



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA EN CIENCIAS MÉDICAS , ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

**TÍTULO DE PROYECTO:**

***Los procesos interculturales en promoción-atención de la salud. Caso del colectivo de promotoras-curadoras de Minatitlán-Coacotla, Veracruz.***

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN CIENCIAS SOCIO-MÉDICAS

PRESENTA:

LTS OMAÑA-MENDOZA TEOATL ALEJANDRO

DIRECTOR DE TESIS: CAMPOS-NAVARRO ROBERTO  
PROGRAMA EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CD. MX OCTUBRE DEL 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS:

A MI MADRE, PADRE, HERMANO Y TODA LA RESPECTIVA FAMILIA, LES DEDICO ESTE TRABAJO QUE MUESTRA LA GRAN HERENCIA, QUE CON CADA UNA DE SUS PARTES, FORMAMOS UN TODO; CON EL MISMO Y PRECISO VALOR DE HUMILDAD, RESPETO Y APOYO INCONDICIONAL.

PARA LOS ESTIMADOS AMIGOS Y AMIGAS, HAGO UNA MUESTRA MÁS DE QUE NUESTRA EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS DE HERMANDAD, SON LAS VALIOSAS HERRAMIENTAS QUE LE HACEN CAMINAR A UNO CON SEGURIDAD EN ESTA CARRERA LLAMADA VIDA.

A GLORIA LE DEBO CADA MOMENTO DE TRANQUILIDAD Y SOPORTE EN MI DESARROLLO Y CONTRSUCCIÓN COMO PERSONA, VARÓN, PAREJA, AMIGO E "INTELECTUAL". SU ACOMPAÑAMIENTO HA SIDO UN ENORME ALIENTO EN ESTE PROCESO ACADÉMICO.

A "GELA", "LUCY", "REBE" Y "LUPITA", JUNTO A TODA SU FAMILIA, AMIGAS, COMPAÑERAS, COLEGAS, CONOCIDOS Y CONOCIDAS, COMADRES Y COMPADRES, PADRES Y MONJAS; ENTRE MUCHAS PERSONAS BELLAS Y CHULAS MÁS. MUCHAS GRACIAS POR EL RECIBIMIENTO EN SUS HOGARES Y HACERME SENTIR QUE ERA PARTE DE ELLOS. CADA COMIDA, DESAYUNO, POSTRE, BEBIDA, EVENTO, O DIFERENTES SUCESOS QUE COMPARTIERON, NUNCA TENDRÉ PALABRAS CON LAS CUALES EXPLICARLES LO QUE SIGNIFICÓ, SIGNIFICA Y SIGNIFICARÁ EN MÍ COMO PERSONA, INVESTIGADOR, TRABAJADOR SOCIAL Y PRÓJIMO.

PARA TODAS LAS Y LOS DOCENTES DEL PROGRAMA DEL POSGRADO, HA SIDO UN ORGULLO COMPARTIR AULAS CON USTEDES Y BRINDARNOS UNA ENSEÑANZA EJEMPLAR. ADEMÁS A MIS COLEGAS TAMBIEN LES AGRADEZCO MUCHO POR TODOS SUS CONSEJOS, PLÁTICAS, PUNTOS DE VISTA Y CRÍTICAS CONSTRUCTIVAS DE NUESTRA FORMACIÓN COMO ESTUDIANTES DE POSGRADO.

A CARLOS JESÚS GUTIERREZ COSS LE ESTOY ENTERAMENTE AGRADECIDO POR HACERME APRECIAR LA VIDA COMO UNO QUIERE Y NO COMO TODO SE DEBE. SABER QUE SI UNO PIENSA MUCHO LAS COSAS, NO LAS HACES, PERO SI YA LAS HICISTE, ¿PARA QUÉ LAS PIENSAS?  
¡SIGUE BRILLANDO DIAMANTE LOCO!

## ÍNDICE

Introducción .....	7
<b>Capítulo I. <u>De las preguntas al método de investigación</u></b> .....	18
Planteamiento del problema.....	20
Interrogantes de investigación.....	21
Justificación.....	23
Objetivos .....	26
Hipótesis.....	30
Marco metodológico y consideraciones éticas.....	31
Ingreso al campo.....	33
Selección de informantes.....	36
Relación de herramientas y objetivos.....	43
Herramientas metodológicas.....	45
Diario de campo - Observación participante	
Entrevistas	
Pláticas informales	
Grupo focal-entrevista grupal y trayectorias de vida	
Fuentes documentales	
Consideraciones éticas .....	50
Problemas, obstáculos y dificultades.....	51
<b>Capítulo II. <u>Caminos teóricos: Modelos Médicos, Sistema Real de Salud e Interculturalidad en salud</u></b> .....	53
Modelos Médicos y Sistema Real de Salud.....	53
Interculturalidad en salud.....	66
Antecedentes sobre la Interculturalidad en salud.....	75
Cuestionamientos.....	83
Marco referencial-Categoría de análisis.....	85
Algunos estudios en la región Olmeca.....	86
<b>Capítulo III. <u>De la teología de la liberación a las catequistas de la salud</u></b> .....	91
Teología.....	93
Teología de la Liberación.....	93
Teología Feminista.....	99
Comunidades Eclesiales de Base (CEB).....	103
CEB en México y sureste del país.....	107
CEB y su relación con las CSP.....	108

<i>Antecedentes socio-históricos de las CSP</i> .....	111
<b>Capítulo IV</b> -“El sueño convertido en lluvia”.....	117
<i>Descripción etnográfica</i> .....	117
<i>La localidad.</i>	
<i>Minatitlán</i> .....	118
<i>Recursos para la salud</i> .....	126
<i>Coacotla-Cosoleacaque</i> .....	127
<i>Recursos para la salud</i> .....	128
<i>Las colonias y comunidad</i> .....	129
<i>Las Casas de Salud Popular</i> .....	133
<i>CSP de Minatitlán-Ampliación M. Hidalgo</i> .....	133
<i>CSP de Coacotla-Cosoleacaque</i> .....	136
<i>Otras actividades comunitarias realizadas por el p-c-p</i> .....	141
<i>Lectura popular de la Biblia</i>	
<i>Venta de alimentos y bebidas tradicionales en la parroquia</i>	
<i>Preparación de platillos para ventas</i>	
<i>Misiones de solidaridad. Cosecha de cacao</i>	
<b>Capítulo V.</b> <u><i>Las Casas de Salud Popular, lugar de atención al proceso s-e: “Mujeres solas invisibles, mujeres juntas invencibles”</i></u> .....	145
<i>¿Cómo se desarrollan las consultas</i> .....	151
<i>Consulta</i> .....	147
<i>Botiquines para comunidades y familias de las promotoras del comité</i> .....	153
<i>Reunión salud en manos del pueblo</i> .....	153
<i>Epidemiología sociocultural</i> .....	154
<i>Principales causas de demanda de atención</i> .....	155
<i>Perfil epidemiológico de la CSP</i> .....	157
<i>Perfil epidemiológico oficial</i> .....	160
<b>Capítulo VI.</b> <u><i>Las promotoras de las CSP como actrices sociales</i></u> .....	167
<i>Relaciones entre las promotoras y los representantes de la Iglesia católica</i> .....	167
<i>Validación y compromiso</i> .....	175
<i>Tareas y eventos impulsados en vinculación con la Iglesia</i> .....	177
<i>Algunos conflictos</i> .....	180

<i>Interacción social con la comunidad y al interior de las CSP.....</i>	<i>183</i>
<i>Relaciones con comunidad.....</i>	<i>184</i>
<i>Difusión de sus proyectos.....</i>	<i>187</i>
<i>Obstáculos y conflictos en su interacción.....</i>	<i>193</i>
<i>Relación promotoras y promotoras-curadoras.....</i>	<i>200</i>
<i>Confianza.....</i>	<i>203</i>
<i>Formas de organización y distribución de tareas.....</i>	<i>208</i>
<i>Conflictos.....</i>	<i>212</i>
<i>Recapitulando .....</i>	<i>217</i>
<b><i>Capítulo VII. Sistema Real de Salud: profesional y doméstico. “La salud debe ser vista como la apertura de las puertas del corazón”.....</i></b>	<b><i>222</i></b>
<i>Reconocimiento y cuestionamiento de lo profesional o académico.....</i>	<i>222</i>
<i>La atención institucional a los trabajadores de la zona.....</i>	<i>234</i>
<i>Representaciones sobre las políticas públicas en salud.....</i>	<i>236</i>
<i>S.R.S: Doméstico y Autogestión.....</i>	<i>237</i>
<i>Recursos.....</i>	<i>238</i>
<i>Adquisición del conocimiento.....</i>	<i>243</i>
<i>Combinando recursos .....</i>	<i>244</i>
<i>La auto-atención, síntesis de saberes.....</i>	<i>247</i>
<i>Acciones de autogestión .....</i>	<i>249</i>
<i>Recapitulando .....</i>	<i>254</i>
<b><i>Capítulo VIII. Sistema Real de Salud. Ámbito popular: “No hay medicina que sane si no trabajas tus emociones”.....</i></b>	<b><i>258</i></b>
<i>La medicina tradicional, lo que se reconoce.....</i>	<i>258</i>
<i>Relación entre los saberes de la medicina tradicional y los saberes de las p-c.....</i>	<i>267</i>
<i>Las CSP donde se practica la medicina natural.....</i>	<i>270</i>
<i>Acciones realizadas y tipo de terapias.....</i>	<i>272</i>
<i>Su formación.....</i>	<i>284</i>
<i>Relación pacientes - p-c.....</i>	<i>288</i>
<i>Las p-c como reproductoras del saber biomédico.....</i>	<i>296</i>
<i>Promoción de la salud y trabajo comunitario.....</i>	<i>300</i>
<i>Compromiso comunitario.....</i>	<i>304</i>
<i>Recapitulando .....</i>	<i>309</i>

<b>Capítulo IX. Conclusiones</b> .....	313
Datos relevantes .....	323
Últimas reflexiones.....	330
 Bibliografía .....	 332
Anexos	
Anexo metodológico.....	340
1. Guía de entrevista semi-estructurada-pacientes.....	346
2. Guía de entrevista grupal semi-estructurada.....	336
3. Guía de entrevista a profundidad: trayecto de vida.....	353
4. Guía de entrevista semi-estructurada-promotoras.....	359
5. Entrevista semi-estructurada con representantes de la Iglesia .....	362
6. Consentimiento informado.....	363
7. Guía de observación.....	364

## **Introducción**

Poder reconocer el papel de la sociedad civil, principalmente en lo que tiene que ver con el proceso salud/enfermedad (s/e), fue el motor que impulsó mi interés en acercarme al colectivo (y/o comité) de promotoras-curadoras (en adelante c-p-c) de Minatitlán-Coacotla. Tuve la oportunidad de conocerlas y trabajar con, por y para ellas, a través del vínculo con algunas organizaciones civiles (como el colectivo “Por tu Salud”) en el estado de Veracruz.

Llevé a cabo una estancia de campo en sus instalaciones de las Casas de Salud Popular (en adelante CSP), realicé trabajo etnográfico y así se pudo obtener información para describir y analizar el proceso de promoción-atención a la salud del c-p-c y sus pacientes, dando cuenta de sus relaciones interculturales en salud dentro del Sistema Real de Salud (en adelante SRS) y la relación, interacción y transacciones que se da entre los distintos Modelos Médicos a los que pertenecen, reconocen e interactúan sus saberes.

Ya que la salud de la población en general y en particular en las regiones marginadas de nuestro país ha sufrido un gran deterioro debido a la limitada cobertura de las instituciones y sus alcances, a pesar de los diferentes programas (COPLAMAR, Oportunidades, Solidaridad, hasta el programa de Seguro Popular junto al Instituto de Salud para el Bienestar –INSABI-), con los que el Estado buscó atender a las comunidades con mayor vulnerabilidad y en situaciones de marginalidad a través de recursos de primer nivel de atención para atender las principales causas de morbilidad en sus zonas; estos objetivos no se han logrado.

A lo largo del tiempo muchos han sido los colectivos que buscan una alternativa holista en los municipios de diversas entidades de la república, donde médicos, enfermeras, trabajadores/as sociales, monjas/es y sacerdotes de diversas parroquias, y procedencias, junto con pobladores de varias comunidades rurales y urbanas, desarrollaron iniciativas progresistas en busca de una alternativa de



atención integral a la salud que el gobierno no proporcionaba, ni proporciona aún hoy en día. Como es el caso de la A.C. Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP), Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas (CENAMI), Comité para la Educación y Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM) AC, entre otras.

El nacimiento y el desarrollo de las tendencias tecnocráticas y su efecto en la política, instituciones y conjuntos sociales, fueron inclinando las acciones a apoyar a la iniciativa privada en cuestión de seguridad personal y pública, lo que ha repercutido en el papel del Estado en muchas áreas y sentidos. Al cambiar del Estado de Bienestar a uno Neoliberal, se dio paso a que las iniciativas privadas se encargaran de ofrecer servicios a ciertos estratos de la estructura socioeconómica del país y ha propiciado el deterioro de las instituciones que tiene como responsabilidad dar atención al proceso s/e de la población en general.

Lo anterior da cuenta que el gobierno mexicano a nivel federal, estatal y municipal ha limitado su responsabilidad y compromiso con las necesidades de la sociedad en lo referente a servicios de educación, cultura, seguridad y salud, por mencionar sólo algunos aspectos. Ha sido la sociedad civil, junto con otros colectivos de corte religioso, quienes se han organizado para gestionar diversas formas de atender dichas necesidades por medio de la articulación de actores-actrices sociales, intelectuales-académicos y políticos; quienes, ante la insuficiencia de las políticas públicas y del aparato institucional, por parte del gobierno, se organizaron y capacitaron para atender gran parte de lo que el Estado está limitado a ofrecer a la sociedad. He ahí el nacimiento y crecimiento “oficial” de las Asociaciones Civiles (AC) u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) presentes en nuestro país como en América Latina, varias de ellas trabajan en el estado de Veracruz con particular interés en problemas de salud/enfermedad.

Por lo que planteo en esta investigación una aproximación a los saberes interculturales en salud y de promoción-atención de la salud del comité de

promotoras, quienes brindan una gama de pluri-terapias (de “atención integral”) en sus CSP a las comunidades de Minatitlán y Coacotla, Veracruz.

A partir de este acercamiento se diseñó una serie de preguntas de investigación relacionadas con los procesos de interculturalidad en salud, dentro de la promoción-atención de la salud y la presencia de los Modelos Médicos en el SRS como ejes teóricos-metodológicos de este trabajo de investigación.

El abordaje etnográfico de la investigación y los datos que fueron surgiendo hizo que paulatinamente fuera comprendiendo como estudiante de maestría el valor y la trascendencia que representa la mujer en los procesos s/e; y el valor cultural que tienen estos actores y actrices sociales pues sin ellos el presente trabajo no tendría forma, fondo y significado. La trayectoria en el trabajo de campo incluye las entrevistas a las integrantes del comité, representantes de la Iglesia y pacientes que asisten a la CSP. Su voz, presencia y participación fueron la punta de lanza de este trabajo.

Es importante mencionar también que sin el apoyo de CONACYT, dentro del programa de posgrado en ciencias de la salud por parte de la UNAM-Facultad de Medicina, no hubiera llegado a realizar el trabajo que presento a continuación.

El trabajo está integrado por nueve capítulos, en adelante haré una breve descripción del capitulado. En el primer capítulo se hace una introducción a la temática, se enuncia el planteamiento del problema, interrogantes de la investigación (teóricas y empíricas), la justificación del porqué y para qué se llevó a cabo el estudio, objetivos e hipótesis, marco metodológico y consideraciones éticas; además de la descripción al ingreso al campo de trabajo, la selección de informantes, relación de herramientas y objetivos, herramientas metodológicas (diario de campo, entrevistas y fuentes documentales) y los problemas, obstáculos y dificultades.

En el segundo capítulo se desarrollan los aspectos del marco teórico con el cual se fundamentó el trabajo de investigación. Inicia con los Modelos Médicos de E. Menéndez, las características estructurales del Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo-Subordinado y Modelo Médico de Auto-atención, la importancia de la articulación y resignificación de los saberes, así como las transacciones que realizan los conjuntos sociales, las cuales se reconocerán a través de la descripción del SRS propuesto por C. Zolla y la epidemiología sociocultural. Con referencia a Interculturalidad son mencionadas las definiciones del concepto, sus perspectivas para después tomar en cuenta la variante de interculturalidad en salud, antecedentes y cuestionamientos. Para finalizar, se encuentran las categorías de análisis y algunos estudios de investigación realizados en la región Olmeca y que tienen relación con algunas temáticas de esta investigación.

En el tercer capítulo elaboré una revisión sobre la Teología de la Liberación, Teología Feminista, Comunidades Eclesiales de Base, en México y específicamente en el sureste del país además de su relación con las CSP. Para finalizar con los antecedentes socio-históricos de las CSP en sus respectivas comunidades.

Para el cuarto capítulo se integra la descripción etnográfica de la localidad de Minatitlán y Coacotla-Cosoleacaque, sus recursos para la salud, historia de la colonia Miguel Hidalgo, datos geográficos, sociodemográficos, económicos, de seguridad y características de la vivienda. Para finalizar con lo que refiere a las CSP en ambas localidades con una descripción de sus consultorios, el espacio, recursos, formas de obtención y otras actividades comunitarias realizadas por el c-p-c (lectura popular de la Biblia, venta de alimentos y bebidas tradicionales en la parroquia, preparación de platillos para ventas y sus misiones de solidaridad, en particular la cosecha de cacao).

En el quinto capítulo se describirá y analizará la organización de los espacios donde se desarrolla la atención que brinda el comité de promotoras de la salud, cómo se desarrollan sus consultas en ambas CSP además de las que ofrecen en la sede de la Parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en Coatzacoalcos. Se habla de los botiquines para comunidades y familias además de mencionar su reunión de salud en manos del pueblo, que se emprende por parte de una de las organizaciones donde se capacitan. La segunda parte del capítulo se enfoca en la epidemiología sociocultural construida de diferentes fuentes de información tanto del comité como de organismos institucionales que cuentan con los datos necesarios. Se tomaron en cuenta las principales causas de demanda de atención de la CSP-Minatitlán y su perfil epidemiológico según expedientes, entrevistas y diarios de campo. Y datos del perfil epidemiológico oficial que obtuvimos de fuentes oficiales en línea (Internet) y en la Jurisdicción del municipio.

Ya para el sexto capítulo se discutirá sobre las relaciones de las promotoras con la Iglesia católica y algunos de sus representantes, retomando temas de validación, compromiso, actividades y eventos que son impulsados por la vinculación que se tiene con la Iglesia y algunos conflictos existentes. Posteriormente se abordará la interacción social con la comunidad y al interior de las CSP, a través de las relaciones con la comunidad, la difusión de sus proyectos del comité, obstáculos y conflictos en su interacción. Para cerrar el capítulo, se retomará la relación entre las promotoras y las promotoras-curadoras<sup>1</sup> (en adelante p-c), su confianza, formas de organización, distribución de tareas y algunos conflictos existentes entre ellas.

En el capítulo siete se abordarán los aspectos del SRS (profesional o académico) se referirán algunos de sus recursos, saberes y eficacia. Se inicia el capítulo con

---

<sup>1</sup> Las promotoras tienen actividades y saberes para tareas de logística y organización, proyectos y programas del comité; mientras que la participación más directa en prácticas terapéuticas, con o sin actividades de organización y logística, se da en el caso de las promotoras-curadoras y a estas últimas les corresponde por tanto asistir a más talleres tanto informativos como especializados en la atención y promoción a la salud.

el reconocimiento y cuestionamiento de lo profesional o académico, la atención institucional a los trabajadores de la zona, las representaciones sobre las políticas públicas en salud que tienen tanto promotoras como pacientes. La segunda parte del capítulo se desarrolla lo referente al SRS en lo doméstico, sus recursos, la adquisición del conocimiento, la combinación de recursos, la auto-atención y síntesis de saberes, algunas acciones de autogestión por parte del comité y conflictos existentes.

El octavo capítulo integra lo relativo al SRS en su ámbito popular, en el que se presentan datos relacionados con la medicina tradicional, lo que se reconoce, o no; junto a la relación entre los saberes de la medicina tradicional y los saberes del c-p-c. Se describen y analizan las acciones realizadas en las CSP como un lugar donde se practica una medicina natural y el tipo de terapias que desarrollan en sus centros de trabajo, la formación de las integrantes del comité y su relación terapeuta-pacientes que asisten a sus consultas. Para concluir con información que muestra a las p-c como reproductoras del saber biomédico, sus acciones en la promoción de la salud y trabajo comunitario en su compromiso con ellos.

El capítulo nueve, integra las conclusiones respondiendo mis interrogantes, dando cuenta de los objetivos e hipótesis, señalando los que consideran los aportes de del presente trabajo y las sugerencias para nuevos proyectos de investigación.

## **Capítulo I – De las preguntas al método de investigación**

Las políticas públicas y los programas en materia de salud intercultural y promoción-atención de la salud generalmente son definidos desde diversas instancias internacionales y nacionales y posteriormente, desarrollados por las instituciones del sistema de salud bajo normas y procedimientos que dirigen sus acciones a la población de manera vertical; es decir, sin consultar y deliberar con los grupos comunitarios a los que van dirigidos los planes, proyectos y actividades.

Frente a esto, existen alternativas comunitarias y de asociaciones civiles, colectivos u organizaciones no gubernamentales que, en diversos contextos urbanos, suburbanos, rurales y pueblos originarios, desarrollan una gran diversidad de acciones de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades con enfoques de la medicina convencional alópata y desde las denominadas medicina tradicional, medicina complementaria o alternativa; y, frecuentemente, con una hibridación de todas éstas.

En la República Mexicana existen iniciativas que desde la sociedad civil y sus diversas formas de organización, ajenas al Estado, han dado respuesta a situaciones de vulnerabilidad en muchos campos de acción (seguridad, salud, educación, cultura, protección, ambiente, uso de tierra, etc.); desde ahí surge el interés de trabajar con colectivos de orígenes comunitarios-civiles, quienes brindan atención en servicios de salud y dan pauta a una práctica emancipatoria con el propósito de resolver ciertas problemáticas.

Por lo tanto, focalicé el trabajo de campo en el c-p-c que actualmente desarrollan sus acciones de salud en las dos CSP ubicadas en la zona urbana (colonias Miguel Hidalgo y Ampliación Miguel Hidalgo) del municipio de Minatitlán y en la comunidad suburbana-indígena de Coacotla en el municipio de Cosoleacaque, al sureste del estado de Veracruz.

El primer objetivo general de este trabajo se orientó a describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las CSP como parte del SRS de la comunidad; e identificar cómo se expresan estas relaciones en los saberes del c-p-c en sus acciones de promoción y atención a la salud en las CSP y en sus comunidades.

Este proyecto de investigación tiene como problemática principal reconocer, desde la perspectiva de los colectivos comunitarios, junto a su población, los mecanismos y acciones relacionadas con algunos aspectos de los modelos médicos, la interculturalidad en salud y la promoción-atención de la salud. Es importante reconocer cuáles son los recursos, saberes, eficacia, entre otros puntos a destacar, con los que cuentan para el proceso salud/enfermedad de manera doméstica, académica y popular en sus comunidades según el SRS; tanto del c-p-c como la población que atienden.

Mi recopilación de la información relevante se logró a partir de la observación participante en las comunidades, registros en el diario de campo, fuentes documentales y entrevistas informales, grupales, semi-estructuradas y de trayecto de vida (a profundidad) de los y las informantes clave seleccionadas.

Se trata, por lo tanto, de un acercamiento a los saberes de los colectivos, que surgen de la sociedad civil organizada, donde se integran acciones de promoción de la salud, educación para la salud y prevención de las enfermedades. Y la aplicación de pluri-terapéuticas que, desde diversas formas de atención a la salud, ofrecen en las CSP.

En estos espacios de atención se dan múltiples contactos o relaciones entre personas (p-c, promotoras, auxiliares -enfermeras y cocineras-, población asistente y representantes de la Iglesia), con similares o diferentes contextos socioculturales, quienes buscan satisfacer alguna necesidad o problema de salud

dentro de sus comunidades gracias a una combinación entre los diferentes modelos médicos.

Por lo tanto, el segundo objetivo general del presente trabajo se dirige a describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos Hegemónico o biomedicina, Alternativo-subordinado y el de Auto-atención, desde la perspectiva de los saberes cotidianas del c-p-c en las CSP y de los sujetos que acuden a demandar algún tipo de terapia.

Desde un enfoque etnográfico y mediante los métodos y técnicas mencionados arriba, se recopilaron los datos cualitativos necesarios, y se hizo la revisión de datos epidemiológicos y sociodemográficos de las zonas de influencia de este c-p-c; se hizo un análisis y revisión biblio-hemerográfica de los principales teóricos y autores en materia de los dos principales temas: Modelos Médicos e Interculturalidad en Salud, y temas referentes.

### **Planteamiento del problema**

En los sistemas de salud actuales en México prevalece la interacción entre diversos Modelos de Atención (pertenecientes a diferentes Modelos Médicos), mediante los cuales se trata de dar respuesta a los problemas de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) de la población. Por un lado, está el sistema institucional de salud (público y privado), desde donde se establecen las políticas públicas, éste con un enfoque preponderantemente biomédico-académico, determina los planes y programas de salud de acuerdo con las prioridades del perfil epidemiológico del país y de sus intereses económicos y políticos vigentes.

Dentro de estas políticas, planes y programas se establecen las estrategias y acciones en materia de salud intercultural y promoción-atención de la salud, donde generalmente la población y sus grupos comunitarios no participan en las deliberaciones y decisiones de las acciones en salud, y solamente son vistos



como receptores de las acciones que determinan y controlan las instituciones de manera arbitraria.

Por otro lado, coexisten diversas agrupaciones que, desde la sociedad civil, con diversas formas de organización, desarrollan acciones en el amplio espectro del proceso s/e/a-p. Estos grupos (colectivos comunitarios, asociaciones civiles y religiosas junto a organizaciones de la sociedad civil) realizan sus intervenciones en el ámbito de la salud mediante diversas prácticas terapéuticas (medicina tradicional<sup>2</sup> y medicina alterna-complementaria<sup>3</sup>) las cuales se incluyen en los denominados modelos médicos alternativo-subordinado y modelo médico de auto-atención.

Dichos modelos integran en sus intervenciones, componentes explícitos e implícitos relacionados con la interculturalidad en salud y la promoción-atención de la salud que pueden, o no, tener alguna correspondencia con las políticas, planes y programas gubernamentales; o pueden, o no, estar visibilizados tanto para la población como para las instituciones de salud.

Los componentes aportados por las organizaciones o grupos de origen comunitario, que otorgan esos servicios de salud al retomar prácticas tradicionales, populares o alternativas, son poco documentados, "silenciados/invisibilizados" y poco reconocidos por las instituciones del sistema de salud en cuanto a sus saberes interculturales y de promoción-atención, al salir de los marcos biomédicos y por sus prácticas de empoderamiento.

---

<sup>2</sup> La medicina tradicional ha sido definida por la OMS como "la suma de conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales. Basados exclusivamente en la experiencia, observación, transmitidos verbal o por escrito de una generación a otra y que ha permitido a los individuos protegerse contra la enfermedad y aliviar sus sufrimientos y curarse a si mismos" (Zhang, 2020).

<sup>3</sup> La medicina alternativa/complementaria se refiere "a formas y productos que no requieren prescripción médica, incluyendo hierbas, homeopatía, suplementos nutricionales, acupunturas y muchas otras." (Australian Medical Association, 2001).

Los procesos interculturales fueron observados para este trabajo, primeramente, a través del SRS de las comunidades (medicina doméstica, popular y académica), presentes en sus diversos estratos sociales. En estos contextos los procesos de la atención y el cuidado de la salud se focalizan fundamentalmente en el rol de las mujeres, quienes integran conocimientos ancestrales, experiencias y prácticas procedentes de diferentes formas de atención y las aplican en distintos niveles como el doméstico y el de sus redes sociales de apoyo (familiares, comunitarias, agrupaciones de la sociedad civil e institucionales). Realizándose transacciones constantes entre lo biomédico, doméstico y comunitario/popular.

El problema central de este proyecto está orientado a una aproximación y comprensión de los saberes interculturales en salud y de promoción-atención de la salud del c-p-c que ofrecen terapias biomédicas, tradicionales y/o alternativas en dos CSP\_\_en las comunidades de Minatitlán y Coacotla; a través del reconocimiento del SRS que opera en las comunidades señaladas y el papel de las promotoras y p-c en éste.

Se buscó, por ende, reconocer la presencia de validación, negociación y filiación cultural en las relaciones entre los diferentes actores sociales e identificar el proceso de articulación de diversos modelos médicos de auto-atención, hegemónicos y/o subalternos, en los saberes del c-p-c y la misma población a la que le ofrecen servicios.

A continuación se presentan las *interrogantes empíricas* que guiaron la presente investigación: ¿cuáles son los referentes socio-históricos de las Casas de Salud Popular y de la trayectoria de capacitación de las curadoras-promotoras en las terapéuticas biomédicas, tradicionales y alternativas?; ¿cuáles son los obstáculos, dificultades, alternativas y expectativas de las promotoras-curadoras para el desarrollo de las Casas de Salud Popular?; y ¿cuáles son las características del perfil (género, educación, aprendizaje) de estas mujeres como promotoras en salud?

*Acerca del tema en SRS se plantearon las siguientes preguntas según sus caracteres:* Doméstica: ¿cuáles son los saberes (preventivos y curativos) que llevan a cabo las promotoras-curadoras y la comunidad en su ámbito familiar?; Tradicional-Popular: ¿cuáles son los saberes (preventivos y curativos) de medicina tradicional y complementaria llevadas a cabo por las promotoras-curadoras y la población que acude a sus casas de salud popular; y Académico: ¿cuáles son los saberes (preventivos y curativos) de medicina alopática llevadas a cabo tanto por las promotoras-curadoras como por la población que acude a sus casas de salud popular?

Además de: ¿cuáles son los saberes (preventivos y curativos) de las promotoras-curadoras y la comunidad respecto de los principales problemas de salud en su ámbito familiar y como se vinculan las diferentes formas de atención (doméstico, medicina tradicional/complementaria y biomédica) para resolverlos?; y ¿cuáles son las relaciones de autoridad que ejerce la Iglesia con los modelos y el SRS?

Con relación a la *promoción de la salud* se plantearon interrogantes como: ¿cuáles son las prácticas de gestión en salud de las promotoras-curadoras que se articulan con los programas públicos en la generación de políticas y programas en materia de interculturalidad en salud?; ¿los sujetos de estudio identifican o reconocen la política pública en materia de promoción e interculturalidad en salud generada por las instituciones?; ¿tienen algún tipo de coordinación con instituciones de salud?; ¿de qué forma tienen contacto las promotoras-curadoras con otros actores sociales para la generación de sus gestiones de promoción e interculturalidad en salud en su ámbito comunitario?; ¿cuáles son las estrategias y acciones de participación ciudadana o comunitaria en salud a partir de la organización de las casas de salud popular?; ¿cuáles son los saberes de educación para la salud que desarrollan las promotoras-curadoras en las casas de salud popular y en la comunidad?; ¿cuáles son los saberes de las promotoras-curadoras relacionados con el cuidado del ambiente y su sustentabilidad?; y ¿qué tipo de política está

asumiendo la Iglesia en Minatitlán-Coacotla y cuál es su relación con la Teología de la Liberación?

Dentro de *los procesos de atención* se planteó: ¿cuál es la forma de organización y funcionamiento de las Casas de Salud Popular para la operación de los servicios pluri-terapéuticos?; ¿qué papel tiene la Casa de Salud Popular para la comunidad?; ¿cuáles son sus recursos materiales, humanos, financieros?; ¿existe alguna correlación entre las políticas, planes y programas en materia de salud intercultural y promoción de la salud de las instituciones de salud con los procesos e intervenciones que realizan las p-c en sus Casas de Salud Popular?; ¿cuáles son los principales motivos (biomédicos y filiación cultural) de demanda de atención en las Casas de Salud Popular?; y ¿de acuerdo con las distintas etapas del ciclo de vida (niñez, adolescencia, adultez hombres mujeres y adultos mayores vejez hombres y mujeres) quiénes solicitan atención en las casas de salud con mayor frecuencia?

*Respecto a los Modelos Médicos se consideraron preguntas como:* ¿cuáles son las diferentes formas de atención por las que acuden las personas para resolver sus problemas de s/e?; ¿cuáles son las principales prácticas de atención que utilizan las p-c en las Casas de Salud Popular?; ¿qué relación existe entre las prácticas terapéuticas de las p-c con la biomedicina?; ¿cómo articulan (o hibridan) entre si las diferentes formas de atención que utilizan las p-c en las Casas de Salud Popular?; ¿cuáles son las prácticas terapéuticas más frecuentes (tradicionales, alternativas o biomédicas); y ¿cómo se realiza el proceso de atención en las Casas de Salud Popular?

*Por último, en el tema de Interculturalidad en salud se plantearon las siguientes preguntas:* ¿de qué manera se dan las relaciones interculturales entre las p-c, entre estas y la comunidad de pertenencia; y con otros grupos y organizaciones institucionales y no gubernamentales? Y ¿cómo se reflejan las relaciones interculturales en las acciones de promoción-atención a la salud de las p-c?

En torno a las *interrogantes teóricas*, se trazaron dos: 1.- ¿Cómo se expresan las relaciones interculturales en salud (validación, negociación y filiación cultural) en las Casas de Salud Popular y cómo se manifiestan los saberes de las promotoras-curadoras en sus acciones de promoción y atención a la salud en las CSP y en su comunidad? y 2.- ¿Qué tipo de interacción se da entre el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Médico Alternativo-Subordinado y el Modelo Médico de Auto-atención en los saberes de las promotoras-curadoras en las Casas de Salud Popular y en los sujetos que acuden a demandar atención de dichas casas en las comunidades?

Con las preguntas *empíricas* y *teóricas* anteriores se estableció una pauta con la cual plantear los *objetivos generales* y *específicos* y de ahí precisar los métodos y técnicas para las guías de observación y entrevista, que fueron aplicados en las sesiones de diálogo con las y los informantes clave del universo de estudio.

### **Justificación**

Mi formación profesional como licenciado en Trabajo Social constituyó la base de interés por las problemáticas del ámbito comunitario y la motivación para contar con mayores y mejores herramientas en el campo teórico y metodológico de las ciencias sociales en general, y en particular de la antropología en salud. Esto se deriva de la reflexión sobre los procesos académicos vividos en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, de donde soy egresado, los cuales considero insuficientes por su alto grado de generalidad y que limitan la comprensión de los alcances de esta carrera; pareciera que nuestra práctica profesional se restringe a realizar funciones técnico/operativas-burocráticas-asistenciales en las instituciones privadas, gubernamentales y no gubernamentales; dejando de lado los aspectos cualitativos en las investigaciones de la disciplina.

Durante el tránsito académico en Trabajo Social, la experiencia de las prácticas profesionales (comunitaria, regional y de especialización) en diversas comunidades de la Ciudad de México, se limitaba a las acciones asistencial-paternalistas y con una insuficiente reflexión teórico-metodológica. Es decir, la profundización y el análisis crítico estaban casi ausentes en mi formación. Importantes huecos teóricos y metodológicos empezaron a ser cubiertos al entrar en el terreno de la antropología en salud, lo cual dio mayor sentido a mi perspectiva profesional, personal y humana.

Desde el ámbito personal, la motivación para realizarse este trabajo tiene que ver por un lado con influencias de mi entorno familiar y social donde es recurrente la temática relacionada con la salud. Por otro lado, el contacto con diversas comunidades tanto indígenas, rurales y urbanas cuya problemática social, política y económica me han sensibilizado para comprender y contribuir en la búsqueda de alternativas y de mejoras profesionales y personales. A ello agrego mi situación personal de enfermedad derivada de un accidente que ocasionó un traumatismo craneo-encefálico sufrido hace años. Este suceso me ha llevado a reflexionar detenidamente sobre los procesos de s/e y brinda así una óptica crítica-constructiva desde las ciencias sociales junto a su completa y dinámica relación con la salud integral.

El *porqué* de esta investigación surge de mi interés en desarrollar un trabajo con promotoras/es de salud, ya que son personajes que emergen de las comunidades, establecen sus actividades al interior de las mismas y por lo tanto comparten sus problemáticas de s/e; pero también se convierten en un recurso para atenderlas. Aún dentro de su rol que ha sido subordinado socialmente como mujeres, en su papel de promotoras tienen la oportunidad de convertirse en agentes de cambio a través de su activismo social. Además, la información sobre estas actrices sociales en esta área y con el enfoque de la interculturalidad y la relación entre las formas de atención/promoción, es limitada.

Los primeros contactos que tuve con el Estado de Veracruz y universo de trabajo se dan a través de un familiar que forma parte del colectivo “Por tu salud” en el municipio de Coatepec, el cual desarrolla una diversidad de intervenciones de promoción, prevención y atención a la salud, integrando terapéuticas biomédicas, tradicionales-populares, alternativas y complementarias en diversas comunidades cercanas (Xico, Xalapa, Los Limones, entre otras). Su trabajo, gracias a su red de vinculación, incide también en el municipio de Minatitlán y la comunidad de Coacotla.

En búsqueda de un espacio dónde desarrollar el proyecto de investigación para la maestría de antropología en salud, y a través del vínculo con el colectivo “Por tu salud”, me fue posible establecer contacto y comunicación con las p-c en Minatitlán y formalizar una primera visita a sus CSP.

La comunicación inicial fue por medio de correos electrónicos, a través de los cuales se solicitó consideraran la posibilidad de que pudiera conocer el trabajo que desarrollan; su respuesta fue positiva y aceptaron recibirme a principios del año 2018.

A partir de la revisión de contenidos teóricos y metodológicos durante la maestría y el trabajo de campo inicial en el entorno de las p-c, reafirmé que era el espacio idóneo para realizar el proyecto de investigación.

Considero que investigaciones como esta brindan la oportunidad de dar a conocer las iniciativas comunitarias que surgen del compromiso y solidaridad desde los actores y actrices sociales para resolver sus principales problemática tanto en salud, seguridad, economía y desarrollo personal, como estrategias deslindadas de las instancias estatales y federales.

## **Objetivos e hipótesis**

Respecto a los Objetivos del presente trabajo me es relevante ahora destacar los particulares, que fueron una de las pautas con lo cual desarrollar los métodos, instrumentos, técnicas y herramientas para conseguir la información más destacada.

Del primer objetivo general que es: describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las CSP como parte del SRS de la comunidad; e identificar cómo se expresan estas relaciones en los saberes del c-p-c en sus acciones de promoción y atención a la salud en las CSP y en sus comunidades. Se desprenden, por lo tanto, los siguientes objetivos específicos:

*1.1 Describir y analizar los orígenes, trayectoria, desarrollo y contexto sociocultural de las promotoras-curadoras y del proceso de gestación de las casas de salud popular;* 1.1.1 Describir y analizar la formación de las promotoras-curadoras; 1.1.2 Describir y analizar la relación que guardan las promotoras-curadoras con la Iglesia católica; 1.1.3 Describir y analizar la influencia de la familia en su formación como promotoras de salud; 1.1.4 Diferenciar y describir, en terapeutas que parten de ser madres de familia, lo que han aprendido de técnicas curativas desde la unidad doméstica; 1.1.5 Describir y analizar las trayectorias de trabajo comunitario de las promotoras-curadoras antes y después de la construcción de las casas de salud popular; 1.1.6 Describir y analizar el proceso de capacitación en diversas terapias a lo largo de su trayectoria como promotoras de salud; 1.1.7 Describir y analizar la relación del sector salud con la capacitación que llevan las promotoras en salud; 1.1.8 Describir y analizar el conocimiento por parte de las promotoras-curadoras y la comunidad respecto de los curadores tradicionales presentes en sus contextos; 1.1.9 Describir y analizar las dificultades y obstáculos a lo largo de la realización de sus proyectos como promotoras en salud; 1.1.10 Describir y analizar su vinculación con organizaciones (públicas, privadas, civiles, nacionales e internacionales) en el desarrollo de los proyectos como promotoras en salud; 1.1.11 Describir y analizar la relación con la comunidad en el desarrollo de los



proyectos como promotoras en salud; 1.1.12 Describir y analizar la difusión desde donde se entera la comunidad sobre los servicios terapéuticos y de promoción de la salud que prestan las casas de salud popular; y 1.1.13 Describir y analizar el contexto social, político, económico y epidemiológico de la región en donde se desarrollan los proyectos como promotoras en salud

1.2: *Describir y analizar las características de las relaciones interculturales de validación, negociación y filiación cultural que establecen las promotoras-curadoras en sus saberes como colectivo, con las personas que acuden a las Casas de Salud Popular, así como con otros grupos vinculantes;* 1.2.1 Describir y analizar si existe correspondencia en los saberes de las promotoras-curadoras y sus pacientes respecto a las enfermedades que atienden; 1.2.2 Describir y analizar si existe correspondencia en los saberes de las promotoras-curadoras y otras promotoras en salud respecto de las enfermedades que atienden; 1.2.3 Describir y analizar si existe respeto por parte de las promotoras-curadoras ante saberes diferentes a los suyos y por parte de sus pacientes; 1.2.4 Describir y analizar la opinión de los asistentes a las casas de salud sobre la atención recibida en otros espacios terapéuticos; 1.2.5 Describir y analizar si en las prácticas terapéuticas o de seguimiento de los pacientes, las promotoras curadoras integran el saber de ellos; 1.2.6 Describir y analizar si en la interacción terapéutica existe confianza por parte de los pacientes para expresar sus opiniones; 1.2.7 Describir y analizar si existe reconocimiento de las promotoras-curadoras hacia el saber de los pacientes para tomar decisiones respecto de su manejo terapéutico; 1.2.8 Describir y analizar si las promotoras-curadoras reconocen enfermedades que proceden de la medicina tradicional y respetan el saber del paciente respecto a ellas; y 1.2.9 Describir y analizar si las promotoras-curadoras reconocen enfermedades que proceden de la medicina tradicional y respetan el saber de otras promotoras en salud

1.3: *Reconocer y describir los saberes en promoción, prevención y atención a la salud por parte de las promotoras-curadoras y la comunidad, de acuerdo a su*

*ámbito real de intervención y vinculación en lo doméstico, lo popular y lo académico;* 1.3.1 Describir y analizar el sistema real de salud de las comunidades de trabajo; 1.3.2 Describir y analizar el lugar que ocupan las casas de salud popular en las trayectorias de atención de los pacientes de las comunidades; 1.3.3 Describir y analizar los saberes de las promotoras-curadoras acerca de la promoción de la salud y cómo se realizan en su quehacer cotidiano; 1.3.4 Describir y analizar los saberes acerca de la gestión comunitaria relacionada con el proceso s/e/a-p que realizan las promotoras-curadoras; 1.3.5 Describir y analizar los saberes de las promotoras-curadoras acerca de la prevención de la salud y cómo se realizan en su quehacer cotidiano; 1.3.6 Describir y analizar los saberes de las promotoras-curadoras acerca de la atención de la enfermedad y cómo se realizan en su quehacer cotidiano; y 1.3.7 Observar y describir el núcleo donde las mujeres encuentran un sitio de protección ante la violencia intra-doméstica y/o comunitaria

*1.4: Describir y analizar el desarrollo de gestiones de promoción e interculturalidad en salud que realizan las promotoras-curadoras con otros actores e instancias sociales (institucionales y comunitarios) en el ámbito comunitario;* 1.4.1 Describir y analizar el conocimiento de las promotoras-curadoras sobre las políticas, planes y programas en materia de promoción de la salud e interculturalidad en salud ; 1.4.2 Describir y analizar la correspondencia entre las actividades realizadas por las promotoras-curadoras y las políticas, planes y programas en materia de promoción de la salud e interculturalidad en salud; 1.4.3 Describir y analizar la opinión que tienen las promotoras-curadoras respecto de las políticas, planes y programas en materia de promoción de la salud e interculturalidad en salud; 1.4.4 Describir y analizar la difusión de las políticas públicas respecto a las políticas, planes y programas en materia de interculturalidad en salud y promoción de la salud por parte de las instituciones públicas; 1.4.5 Describir y analizar las limitaciones u obstáculos que identifican las promotoras-curadoras para la realización de las políticas, planes y programas en materia de promoción de la salud e interculturalidad en salud; y 1.4.6 Describir y analizar la vinculación de las

promotoras-curadoras con instituciones u otras organizaciones en el desarrollo de sus acciones de promoción de la salud e interculturalidad en salud

Ya del segundo objetivo general que es el: describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos Hegemónico o biomedicina, Alternativo-subordinado y el de Auto-atención, desde la perspectiva de los saberes cotidianas del c-p-c en las CSP y de los sujetos que acuden a demandar algún tipo de terapia. Se derivaron los siguientes objetivos específicos:

*2.1.- Describir y analizar las formas de organización, recursos y funcionamiento de las casas de salud popular para la operación de los servicios pluri-terapéuticos en las casas de salud popular;* 2.1.1 Describir y analizar la logística interna en las casas de salud popular; 2.1.2 Describir y analizar la distribución de espacios y horarios para los diversos procesos de atención en las casas de salud popular; 2.1.3 Describir y analizar los recursos económicos, materiales y humanos de las casas de salud popular; 2.1.4 Describir y analizar las dificultades y obstáculos que surgen durante las actividades cotidianas en las casas de salud popular; y 2.1.5 Describir y analizar las redes de trabajo necesarias para el desempeño de las actividades de las casas de salud popular

*2.2.- Identificar y describir los principales motivos de demanda de atención (biomédicos y filiación cultural) en las casas de salud popular de acuerdo con las distintas etapas del ciclo vital (niñez, juventud, adultez y vejez);* 2.2.1 Describir y analizar las cinco principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular reconocidas por la biomedicina; 2.2.2 Describir y analizar las cinco principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular reconocidas por la medicina tradicional; 2.2.3 Describir y analizar las principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular (biomédicas y populares) entre los niños; 2.2.4 Describir y analizar las principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular (biomédicas y populares) entre los jóvenes; 2.2.5 Describir y analizar las principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular (biomédicas y populares) entre los adultos;

2.2.6 Describir y analizar las principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular (biomédicas y populares) entre la tercera edad; 2.2.7 Describir y analizar el tipo de atención que le es brindado a la comunidad, tanto en las casas de salud popular como en otros espacios de atención a la salud de primer nivel, para saber hasta qué punto son resueltas las problemáticas en salud; y 2.2.8 Identificar y describir el tipo de política que asume la Iglesia en Minatitlán-Coacotla y su relación, o no, con la denominada “Teología de la Liberación”.

*2.3.- Describir y analizar las principales saberes de atención en las casas de salud popular que realizan las promotoras-curadoras relacionadas con las medicinas biomédica, tradicional o complementaria y de auto-atención;* 2.3.1 Describir y analizar los saberes de las promotoras-curadoras respecto de las principales causas de demanda de atención (frecuencia, causalidad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, prevención, pronóstico y mortalidad) en las casas de salud popular; 2.3.2 Describir y analizar los recursos terapéuticos utilizados por las promotoras-curadoras ante las principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular; y 2.3.3 Describir y analizar las explicaciones de las promotoras-curadoras respecto de la combinación de diversas prácticas terapéuticas ante las principales causas de demanda en las casas de salud popular

Con respecto a la **hipótesis**, utilicé un modo descriptivo para plantear dos posibilidades, ya que en las investigaciones cualitativas es complicado establecer una hipótesis con la cual no se proceda el obtener resultados aleatorios o relativos sino en relación a lo subjetivo y cualidades. Aún así se planteó lo siguiente:

1. Las promotoras-curadoras realizan acciones de salud que integran componentes interculturales y de promoción de la salud; así como acciones relacionadas a procesos de validación, negociación y filiación cultural que les son propios al contexto donde se desempeñan. Sin embargo, reproducen también diversas formas hegemónicas (en la atención al proceso salud-enfermedad en

primer nivel de atención) de relación intercultural, similares a los servicios de salud institucionales y bajo directrices eclesiásticas; y 2. Las políticas públicas, los planes y programas relacionados con la salud intercultural y la promoción de la salud, se reflejan escasamente en los proyectos y acciones que realizan los colectivos y las promotoras-curadoras. Estos grupos comunitarios desarrollan procesos de empoderamiento con tendencias a prácticas emancipatorias.

### **Marco metodológico y consideraciones éticas**

En mi trabajo planteo un abordaje, como ya se mencionó, desde el paradigma etnográfico<sup>4</sup> que articula e integra métodos y técnicas para la recopilación y procesamiento de información y datos cualitativos. Sustentado primordialmente en observación como participante y participante como observador<sup>5</sup>, una guía de observación, diario de campo y guías de entrevistas: a profundidad, semi-estructuradas y grupos focales (entrevistas grupales).

El trabajo de campo se llevó a cabo, como he señalado previamente, en dos comunidades sureñas del Estado de Veracruz: en el municipio de Minatitlán, en particular, sus colonias Miguel Hidalgo y ampliación Miguel Hidalgo; y en la localidad de Cosoleacaque, ya dentro de la comunidad de Coacotla en su segundo barrio de seis en total; con una estancia aproximada de tres meses, desde finales de agosto hasta principios de diciembre del 2018. La mayor parte del universo de

---

<sup>4</sup> La etnografía es aquella rama de la antropología que estudia descriptivamente las culturas. “[...] Etimológicamente, *etnografía* significa la descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (*ethnos*).[...] en particular, [...] la investigación etnográfica, en el sentido crítico, se ha constituido en la producción de estudios analíticos-descriptivos de las costumbres, creencias, prácticas sociales y religiosas, conocimientos y comportamientos de una cultura en particular [...]” (Martínez-Miguélez, 2015: 181-182).

<sup>5</sup> Bufford Junker (1960) propone subdivisión de los tipos de observador en el texto de Álvarez (Álvarez, 2004: 104-105):

**Observador como participante.** Se refiere al investigador que cumple la función de observador durante periodos cortos, pues generalmente a esto le siguen las observaciones en entrevistas estructuradas.

**Participante como observador.** Consiste en que el investigador se vincule más con la situación que observa; incluso, puede adquirir responsabilidades en las actividades del grupo que observa.

estudio surge de la cabecera municipal (Minatitlán) y sus comunidades aledañas, en el caso de la segunda localidad (Coacotla) no pude acceder de manera constante a sus proyectos y actividades, por cuestiones de logística del grupo y por ser una CSP de reciente apertura.

El amplio universo de trabajo estuvo constituido por una población de promotoras, p-c y sus grupos comunitarios quienes desarrollan diversos procesos de atención dentro de los modelos médicos alternativos de atención y auto-atención en sus dos CSP. Se focalizó el trabajo en el c-p-c de ambas localidades; al igual que en algunos representantes de la diócesis de Coatzacoalcos (sacerdote) y con las personas y familias de pacientes<sup>6</sup> de estas comunidades, que utilizan los servicios ofrecidos en sus centros de atención en primer nivel.

Seleccioné a los/las informantes clave teniendo en cuenta que son parte de “un todo” sistémico con vida propia, para lo cual no se exige elementos aleatorios y descontextualizados para su elección (Martínez-Miguélez, 2015) sino un “muestreo” cualitativo: intensivo<sup>7</sup> y multiplicador<sup>8</sup> donde se prioriza la profundidad sobre la extensión, al dejar de lado la intencionalidad estadística, representando las variables de mejor manera, según sea el caso (especificación de la población

---

Bajo el argumento y discurso de las integrantes del comité, se le denominará a los asistentes a consultas en las CSP como pacientes para guardar lógica con lo dicho por las compañeras.

5 **Muestro intensivo** como: “[...] tipo de muestreo se concentra en ejemplos excelentes, pero no necesariamente extremos, del fenómeno. Las muestras son pequeñas y ricas en información, pero no atípicas, como en el caso de personas con particular experiencia en el tema o centros de salud que prestan servicios pertinentes para el problema de la investigación [...] En cualquier muestra exploratoria pequeña, la indagación intensiva de algunos aspectos con unas cuantas personas o grupos bien informados puede agregar interesantes perspectivas e información profunda, basada en la realidad” (Robinson; Ulin; Tolley 2006: 54).

6 **Muestreo de bola de nieve (o multiplicador)**. “[...] es una técnica para localizar a informantes pidiendo a otras personas que identifiquen a individuos o grupos con un conocimiento especial del fenómeno. El investigador pide a cada participante que sugiera otras personas con una capacidad similar de abordar los aspectos en cuestión” (Ibid: 55).

relevante o el fenómeno de investigación), y al considerar lo que se piensa hacer con la información para contrastar, corroborar o cruzar lo obtenido mediante el uso de técnicas de triangulación (combinación de métodos y fuentes de información: diario de campo, entrevistas, fuentes de información biblio-hemerográficas) (*ibid*).

Se realizó una revisión biblio-hemerográfica sobre los enfoques teóricos-metodológicos acerca de los diversos procesos de la interculturalidad en salud, la promoción de la salud, SRS y Modelos Médicos de atención alternativos/subordinado y el de auto-atención a la salud. Eso con la finalidad de hacer la selección de los métodos e instrumentos adecuados para una búsqueda que de respuestas a las interrogantes planteadas desde el protocolo de investigación.

### **Ingreso al campo**

Desde el primer encuentro con las mujeres del c-p-c de Minatitlán-Coacotla, a mediados de enero del año pasado, aceptaron mi estancia de campo en sus actividades dentro y fuera de las CSP, al visitarles por 3 días a principios del 2018. Lo cual, me brindó la oportunidad de asistir, posteriormente, al primer encuentro de mujeres sanadoras, en el Centro de Educación para el Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM) con sede en Sihuapan Veracruz, a mediados de junio del 2018. Ahí pude entablar un mayor diálogo y reconocer su rol como c-p-c, al identificar los procesos de gestión de redes sociales entre diversas mujeres quienes se coordinan, o participan, en centros de atención a la salud en un primer nivel de atención y sin participación de las instancias de gobierno correspondiente a sus localidades.

Todo lo anterior gracias a que la médica Silvia M. fue quien propició mi primer contacto con ellas, debido a su cercanía, pues, ha sido una de las profesionistas en salud con quien guardan un lazo de afecto por cuestiones personales y profesionales. Ella apoya también con consultas de colposcopia a la CSP de Minatitlán y Coacotla en ciertos periodos de campañas de salud que organiza el

comité de promotoras y en el colectivo “Por tu salud” donde también es una de las coordinadoras. El colectivo y las promotoras asimismo se reúnen por ciertos periodos gracias al financiamiento de asociaciones sociales y ONG, con el fin de desarrollar proyectos comunitarios en materia de promoción y atención a la salud.

Una vez acordada mi estancia en su municipio, en particular en sus CSP, se les puso al tanto del tiempo que se requeriría para lograr el trabajo de campo, según la disponibilidad de tiempo tanto de ellas como del semestre en los calendarios de posgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM. No tuvieron ningún problema en la estadía de tres meses y me ofrecieron residir en casa de dos promotoras, quienes organizan las actividades y proyectos ya sea de manera interna o externa al comité.

Desde el inicio de mi estancia en trabajo de campo en el municipio de Minatitlán-Col. ampliación M. Hidalgo y M. Hidalgo, el 26 de agosto del 2018, las p-c me brindaron cobijo, hospitalidad y aliento en muchos sentidos, pues tuve a disposición comidas caseras y antojitos que diariamente me alimentaron de manera completa, y hasta en exceso; transporte a varios lugares donde ellas tienen actividades o proyectos a seguir, lo cual me permitió conocer: dinámicas de trabajo, organigrama de las CSP, relación entre las promotoras y p-c de ambas CSP, el papel que tienen en el SRS en la sede de Minatitlán-Col. M. Hidalgo/ampliación M. Hidalgo y parte de la comunidad Coacotla; y las relaciones con otras comunidades para el desarrollo de actividades educativas en promoción y atención a la salud, a través de reuniones y asambleas mensuales entre los responsables de base, donde se interviene, coordina, evalúan y administran los recursos y acciones a realizar en sus sedes de trabajo; entre otras cosas relacionadas a mis objetivos de investigación.

Llegando a la comunidad busqué la manera de empatizar con el colectivo de promotoras y la mejor forma de hacerlo fue conviviendo con los menores de edad



presentes en sus hogares. Con ello pude integrarme a los equipos al poder ganar la confianza de sus niños/as y, consecuentemente, la de los adultos/as también.

Respecto a mi presencia en el municipio, con interés en el tema de salud y sobre todo en el trabajo de las mujeres en la CSP, muchas eran sus interrogantes sobre mi presencia en un lugar tan caluroso y poco cómodo como lo es Minatitlán. Subrayé que el interés era describir y analizar sus procesos interculturales en la promoción y atención de la salud en sus espacios (CSP) y el desarrollo de los proyectos y actividades, tanto dentro como fuera de las mismas sedes, combinando múltiples terapias procedentes no sólo de la medicina alópata sino también tradicional-popular y alternativa. Fue constante la misma pregunta de diversos actores en la comunidad, ante la cual mantuve el mismo discurso para no generar dudas sobre el propósito de mi estancia y evitar que hubiera malas interpretaciones de la comunidad y sus integrantes sobre el trabajo a realizar.

Desde la presentación hasta la despedida del trabajo de campo que tuve con las dirigentes del colectivo, propuse una relación de reciprocidad en el trabajo a efectuar en el periodo de la estancia (agosto-diciembre 2018), para que tuviesen en mente que mi intención no era sacar información e irme sin participar y corresponder en sus actividades, sino al contrario, colaborar en las mismas ya fuera en relación directa con las CSP, con la comunidad e incluso con sus familiares y conocidos en donde tuviese la oportunidad de aportar algún apoyo o soporte de cualquier índole, en caso de ser necesario. Ellas lo hicieron conmigo, al tenerme seguro en un lugar donde poder hacer el trabajo de campo sin complicaciones respecto a mi seguridad. Aceptaron, como primer caso, la presencia de un varón por tanto tiempo.

Llevé a cabo tres entrevistas a profundidad con integrantes del c-p-c; dos entrevistas semi-estructuradas sobre los trayectos de vida de compañeras pertenecientes al mismo grupo; y tres entrevistas a profundidad con pacientes que asisten a las consultas de las CSP. Además, tuve la oportunidad de realizar una

entrevista semi-estructurada con el sacerdote de la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en la localidad de Coatzacoalcos y con una monja que reside en el mismo municipio y presta sus servicios de manera voluntaria y particular con el comité de Minatitlán-Coacotla.

Cabe señalar que, de los tres grupos focales o entrevistas colectivas con las promotoras, planeados en el protocolo, tan solo pude realizar una con el grupo de Coacotla debido a que los tiempos correspondientes al trabajo del comité en Minatitlán, y sus vidas personales de las participantes, limitaron la posibilidad de trabajar de manera conjunta con las promotoras de esa sede. Ya que para el grupo de pacientes era necesario tiempo extra para establecer una relación con esa población y tener su disposición de algunos de manera voluntaria; sin embargo, esto no fue posible por el corto tiempo determinado a la estancia del trabajo.

### **Selección de informantes**

Durante el proceso de arranque al trabajo de campo pude observar, participar y escuchar sobre temas de interés para la investigación, y esclarecer las fuentes donde podría recabar los datos más relevantes, según mis objetivos y preguntas de investigación. Así también seleccioné a las y los informantes clave, después de establecer empatía con quienes consideré “reunían las condiciones”, según su trayecto de vida, saberes y vinculación con el colectivo de promotoras y su proceso de trabajo en las diferentes comunidades.

<b>Tabla N°1 informantes clave del comité de promotoras de la salud y representantes de la Iglesia</b>					
Nombre	Edad	Escolaridad	Comunidad	Función/actividad	Etnia
Helena (H-P.C.)	65	Primaria trunca	Coacotla, Cosoleacaque	Promotora-Curadora	Nahua-indígena
Nancy (N-P.C.)	55	Primaria	Minatitlán-Pajaritos	Promotora-Curadora	Mestiza
Francisca (F)	45	Primaria	Coacotla-	Promotora	Nahua-

P.A.)			Cosoleacaque	Auxiliar	indígena
Miriam (M-P.C.)	56	Primaria	Minatitlán	Promotora-Curadora	Mestiza
Victoria (V-P.Q.)	35	Licenciatura	Minatitlán	Promotora-Química	Mestiza
Paquita (P-P.M)	40	Licenciatura	Coatzacoalcos	Promotora-Monja	Mestiza
Arturo (A-S.C)	50	Licenciatura	Coatzacoalcos	Sacerdote-Curador	Mestizo

Fuente: Diario de campo 16/septiembre/2018

**Tabla N°2 informantes clave por parte del grupo de pacientes de la CSP-Minatitlán**

Nombre	Edad	Escolaridad	Comunidad	Función o actividad	Etnia
Leo (PAC1)	65	Primaria	Minatitlán	Paciente 1	Mestizo
Blanca (PAC2)	45	Licenciatura y especialidad	Minatitlán	Paciente 2	Mestiza
Manuel (PAC3)	50	Secundaria	Minatitlán	Paciente 3	Mestizo

Fuente: Diario de campo 20/septiembre/2018

A continuación, describiré cómo fueron seleccionados las y los informantes clave anotados en la tabla anterior, para lograr reunir la información necesaria para la tesis según las interrogantes de investigación y los objetivos planteados desde el protocolo:

La principal informante fue la p-c Miriam, de quien no había duda sobre su relevancia en la investigación por ser una de las coordinadoras de todo el colectivo desde sus inicios hasta la fecha; además fue quien me recibió en su casa y aportó un ambiente hogareño, fuera de mi morada-lugar de origen. A través de ella pude

conocer a otra importante informante, su sobrina Victoria quien es de las compañeras jóvenes del equipo y tiene una formación profesional en ciencias químicas-clínicas por parte de la Universidad Veracruzana en su sede de Xalapa. Victoria me brindó una introducción a las actividades realizadas en la CSP de Coacotla. A ambas les realicé una entrevista sobre sus trayectorias de vida, casi al final del trabajo de campo y con varias sesiones de encuentro con cada una, ya que una es de las fundadoras del comité y la otra proporciona una mirada científica a partir de su formación profesional del trabajo de las CSP.

Los/as demás informantes se fueron eligiendo en otros momentos. La primera entrevista que realicé fue con un paciente a quien las promotoras le pidieron diera su punto de vista respecto a lo que se buscaba conocer (el tema de investigación). Esto no se dio de inmediato pues mi estancia en campo era reciente y aún no tenía en mente entrevistar pacientes; planeaba iniciar directamente con las promotoras y p-c, por ser el universo más cercano y con el cual ya había empatía. Con los pacientes, aún no se tenía un acercamiento directo y seguía siendo el investigador para ellos, sobre todo en ese momento inicial, un agente externo y/o extraño.

Finalmente entrevisté a Leo, el primer paciente y primera entrevista, poniendo en claro que su caso serviría como una prueba piloto para saber si las guías de entrevista eran comprensibles, es decir, si las preguntas eran claras para quien era entrevistado. Aceptó la entrevista sin mayor problema, aunque cabe señalar que por esta razón no se le pidió firmar el consentimiento informado, aunque él de forma verbal estuvo de acuerdo en compartir su experiencia.

Por supuesto se tenía una guía específica para cada sector de la población a quien debía entrevistar, ya que, al tener un enfoque relacional dentro de la investigación no pretendía descartar a ningún sector de mi universo de estudio (promotoras, p-c y pacientes) aunque lo que no se consideró previamente fue realizar una guía para los representantes de la Iglesia dentro del campo de la

salud, pues no tenía presente que tuviesen un vínculo directo con el comité. Esta idea se modificó cuando pude estar presente en varias de las reuniones del equipo de base y notar la asistencia del padre Arturo, encargado de una de las parroquias en el municipio de Coatzacoalcos, quien es también uno de los coordinadores del trabajo tanto en el comité de Mina (diminutivo para referirse al municipio de Minatitlán) como en el de Coacotla.

Además, asistía otra religiosa, la monja Paquita, quien se encontraba colaborando con el colectivo debido a que el padre Arturo le dio esa comisión, como una tarea particular, pese a que comúnmente participan más religiosas en proyectos eclesiales de y en comunidades marginadas específicas.

Ambos representantes de la Iglesia y vida eclesial me han brindado información relevante respecto a la relación que existe entre el c-p-c y las parroquias pertenecientes a la diócesis de Coatzacoalcos (Coatzacoalcos, Minatitlán, Las Choapas, Cosoleacaque, Ixhuatlán del Sureste, Hidalgotitlán, Moloacán, Pajapan, Zaragoza, Nanchital, Agua Dulce y Uxpanapa.). En ambos casos fructificaron los objetivos planteados en materia y dieron pauta a la elaboración de una nueva guía de entrevista, en específico para población de informantes como ellos (ver anexos).

Había que ser muy cuidadoso al momento de la selección de los informantes dentro del universo de promotoras y representantes del colectivo, pues muchos tenían ya una relación cohesionada, con sus respectivos aportes y dificultades, lo que exigió ser paciente al momento de identificar y seleccionar a quiénes podrían arrojar mayor profundidad respecto en la información necesaria. Así que comencé a conversar informalmente con quienes tenían un discurso estructurado respecto al papel que representaba servir como promotora o p-c de la salud.

Era un amplio número de mujeres dando un servicio voluntario y comprometido, sin fines de lucro; había entre ellas quienes al inicio se mostraban renuentes a

participar en el trabajo de investigación, aún así más tarde aceptaron, ya que era importante para ellas ser reconocidas y plantearon un discurso claro de lo que querían transmitir de su trabajo.

Finalmente, fui identificando a las informantes clave por sus saberes en el trabajo realizado en las CSP, al reconocer a quiénes eran promotoras o p-c en ambas sedes; a quiénes estaban en formación de curadoras y participaban en la mayor cantidad de actividades organizadas por el colectivo; y, a quienes, aunque no buscaban ser escuchadas, me proporcionaban información relevante o que fuera de interés para el proyecto de investigación.

Para el caso de las compañeras del comité de las CSP identifiqué, y posteriormente, seleccioné a informantes clave, según varios factores:

1. Quienes eran solamente promotoras de la salud y quienes eran p-c;
2. Su papel en las CSP, pues, podrían ser auxiliares, recepcionistas, personal de botica, curadoras o enfermeras. Algunas podrían tenerse uno o más roles en las distintas sedes.
3. Reconociendo su participación, cohesión y liderazgo en la organización de las actividades del comité, tanto dentro como fuera de las CSP.

Fue importante distinguir hasta qué punto la información brindada durante pláticas informales, era dada a modo para satisfacer lo que creían era de mi interés como investigador y cuáles de esos datos buscaban hacer notar “el deber ser” en los servicios, relaciones y recursos brindados en las CSP. En otras palabras, hasta qué punto condicionaban sus narrativas para mostrar una información óptima, sin mostrar una crítica constructiva al respecto.

Gracias a los criterios de selección pude elegir a seis integrantes del comité de las CSP, con cuatro de ellas se realizó entrevistas a profundidad y con dos entrevistas

de trayectos de vida, como mencioné anteriormente, dentro de su proceso como *actrices sociales* en la comunidad y en las casas de salud.

Seleccioné también dos compañeras originarias de Coacotla, una es promotora de la salud en formación a curadora y la otra es p-c quien participa no solo en Coacotla sino brinda atención con maso-terapias en una nueva sede de consulta en el municipio de Coatzacoalcos dentro de las instalaciones de una parroquia. Ambas son descendientes de población náhuatl de la zona. Conocieron al padre Arturo cuando él tenía la responsabilidad de la parroquia de Zaragoza y participaron en talleres de promoción de la salud, así como de formas de auto-sustento, gracias a cajas de ahorro comunitarias organizadas por la parroquia.

Otra de las informante clave es Nancy, quien fue parte de los talleres parroquiales donde se formó como promotora. Ella se capacitó en homeopatía, pero especialmente en la toma de la prueba de Papanicolaou a través de talleres brindados por CENAMI<sup>9</sup> en la Ciudad de México. Fue nombrada líder en la CSP de Coacotla, debido a que reside cerca de la comunidad, lo que le brinda facilidad de acceso a la población donde es reconocida como una p-c con la designación de “doctora” por parte de la comunidad.

También Nancy colabora en la CSP de Mina pero solo en lo correspondiente a pruebas ginecológicas, auriculoterapia y masajes relajantes. Su papel, por lo tanto, resulta trascendente para la investigación pues nos brindó sus saberes respecto los diferentes roles que juega en los proyectos y actividades del comité.

Otra promotora de la salud seleccionada fue la monja Paquita, quien se encuentra en proceso de formación. Fue enviada por el padre Arturo para apoyar en ciertas actividades en las CSP. Tiene la responsabilidad de la recepción de pacientes y

---

<sup>9</sup> Es una asociación civil que funge como: “*instrumento de búsqueda y servicio que facilita el caminar convergente y plural de los pueblos indígenas, para la realización de su propio proyecto de vida, en la sociedad y en la Iglesia*”. (Valdez Uribe)

elaboración de medicamentos en ambas localidades. En Mina es quien recibe a los pacientes en turno, toma la presión arterial, toma el peso e interroga a los asistentes sobre estudios médicos realizados previamente a su visita, en caso de ser necesario. Paquita es quien, en ciertos eventos del comité o algunos festejos, realiza las plegarias antes de tomar los alimentos. Al ser formada como monja católica desde joven fue enviada a varias misiones evangélicas y de catecismo en comunidades indígenas retiradas y marginadas de las zonas sub-urbanas del sureste veracruzano. Tiene también formación de trabajadora social por parte de una universidad religiosa de Colima. Es una religiosa crítica al papel de la Iglesia en la comunidad debido a que ella se considera participe de la teología feminista y rechaza el papel patriarcal de la Diócesis a la cual pertenece (Coatzacoalcos); con ello y por lo cual genera disputas y visiones encontradas con el padre Arturo, y otros representantes de la Iglesia.

Ahora bien, en el caso de los pacientes, me resultó una selección y búsqueda más compleja debido a que la mayor parte de los asistentes a consultas son mujeres adultas y de la tercera edad, quienes ya tienen todo un transitar por las CSP. En muchos casos, acuden acompañadas de sus maridos, hijos/as, hermanas o nueras quienes están dispuestas a tener una consulta compartida. Son pocos los casos en los cuales asisten de manera individual.

Al ser las CSP lugares de atención y acompañamiento para diversos casos de malestares o padecimientos, al inicio resultó complicado acercarme a dialogar formal o informalmente con algunos de los hombres asistentes ya que vienen acompañados de su esposa, madre, hermanas o cuñadas quienes ya tenían un largo trayecto en consultas; pude acercarme a algunos gracias a que acudían de manera individual, conocidos por algunas de las compañeras del comité y eran personas que buscaban compartir su experiencia y ser escuchados.

Tuve que esperar los momentos adecuados para dialogar sobre una posible entrevista a profundidad con los asistentes a consultas. El momento adecuado fue



al participar en las consultas de Miriam quien aceptó incluirme en el espacio de la consulta, siempre y cuando los asistentes estuvieran de acuerdo, una vez que me presentaba con ellos. Hubo casos en donde la misma p-c me pedía retirarme ya que se estaban tratando temas delicados y prefería no incomodar.

Al estar asistiendo mes y medio a las consultas en Mina, pude acercarme a Brenda, una paciente de 43 años que además de ser diabética, tenía más de 20 años asistiendo a consultas en la CSP. Esta mujer estuvo en la búsqueda de un lugar de confianza que le brindara atención integral para poder embarazarse y la CSP le acompañó en este trayecto. Hoy en día asiste a consultas con sus dos hijos para quienes busca una atención complementaria, pues, los servicios alópatas, tanto públicos como privados, le resultan inaccesibles por sus altos costos y han padecido los efectos secundarios de los medicamentos usados. Brenda aceptó brindarme una entrevista, ya que estuve presente en tres de sus consultas y reconoció mi presencia respetuosa (bajo una observación no participante) dado a que nunca interrumpí o hice comentarios en sus sesiones.

Otro paciente a quien pude entrevistar fue el cuñado de Miriam, Manuel, quien ha estado en todo el proceso de construcción y lucha por la CSP y por los recursos y servicios necesarios para que la colonia pudiese librarse del basurero. Él es pensionado del IMSS, laboró más de 10 años en empresas privadas como rotulista y auxiliar de seguridad en varios lugares. Él fue diagnosticado con cáncer de colon, por esta razón recibió una pensión por enfermedad y fue sometido a las quimioterapias necesarias, las que aceptó para que el Seguro Social le financiara los gastos médicos y, en caso de posible defunción, su esposa e hijos tuvieran derecho a una pensión.

### **Relación de herramientas y objetivos**

A partir del primer objetivo general que busca describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las CSP como parte del SRS de la comunidad e identificar cómo se expresan éstas en las saberes del c-p-c en sus acciones de

promoción y atención a la salud, desagregué 4 objetivos específicos que, para su abordaje se utilizaron: en el primer objetivo específico<sup>10</sup> tomé en cuenta aspectos históricos y etnográficos donde se utilizaron fuentes documentales (tesis en Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, carpeta del padre Modesto Juárez y folletos informativos de la CSP) y entrevistas a profundidad (junto con pláticas informales y trayectos de vida) realizadas a promotoras, colonos y representantes de la Iglesia.

Para el segundo específico<sup>11</sup>, fue mediante mi observación participante en consultas y en las diferentes actividades del c-p-c con lo cual llegué a cumplir lo dicho en el objetivo. Además de entrevistas a las promotoras, grupo focal con compañeras de Coacotla, pacientes, sacerdote y habitantes de las colonias que acudían a su cocina llamada “*Tonatzin*”. Para el tercero de los objetivos específicos<sup>12</sup> utilicé fuentes documentales como expedientes médicos de la CSP-Mina, entrevistas a las promotoras y a pacientes de sus actividades; en particular usé las entrevistas grupales y las trayectorias de vida. En el cuarto, y último, objetivo<sup>13</sup> las fuentes provienen de la observación sobre su vinculación en diferentes sujetos sociales existentes, folletos elaborados a través de sus vínculos con otras instituciones, entrevistas a las promotoras desde las semi-estructuradas grupo focal así como con los trayectos de vida.

Del segundo objetivo general que busca el describir y analizar la interacción y coexistencia entre los Modelos Médicos, desde la perspectiva de los saberes cotidianos del c-p-c en las CSP y de los sujetos que acuden a demandar algún tipo

---

<sup>10</sup> 1.1 *Describir y analizar los orígenes, trayectoria, desarrollo y contexto sociocultural de las promotoras-curadoras y del proceso de gestación de las casas de salud popular.*

<sup>11</sup> *Describir y analizar las características de las relaciones interculturales de validación, negociación y filiación cultural que establecen las promotoras-curadoras en sus creencias y prácticas como colectivo, con las personas que acuden a las Casas de Salud Popular, así como con otros grupos vinculantes.*

<sup>12</sup> *Reconocer y describir los saberes en promoción, prevención y atención a la salud por parte de las promotoras-curadoras y la comunidad, de acuerdo a su ámbito real de intervención y vinculación en lo doméstico, lo popular y lo académico.*

<sup>13</sup> *Describir y analizar el desarrollo de gestiones de promoción e interculturalidad en salud que realizan las promotoras-curadoras con otros actores e instancias sociales (institucionales y comunitarios) en el ámbito comunitario.*

de terapia. De los tres objetivos específicos que le corresponden obtuve las fuentes, en el primer específico<sup>14</sup>, se cumplió gracias a la observación de su actividad en las CSP, entrevistas con algunas de las promotoras y las trayectorias de vida empleadas con un par de compañeras más. En el segundo específico<sup>15</sup> hice la revisión de expedientes de la CSP-Mina y la información epidemiológica oficial, más una observación participante en la consulta, entrevistas a semi-estructuradas, grupo focal y trayectorias de vida a las promotoras y entrevistas con pacientes. El tercer objetivo<sup>16</sup> específico utilicé la observación en consultas y su actividades de las promotoras en la CSP, más las entrevistas a profundidad con ellas, junto al grupo focal, y trayectorias de vida como las fuentes de consulta y resolución.

### **Herramientas metodológicas**

#### *Diario de campo - Observación participante*

La observación participante se realizó desde el comienzo del trabajo de campo como mi primera herramienta-instrumento de obtención de información, dado el desconocimiento y escasa empatía del universo de estudio; una vez se establecieron vínculos con las promotoras la observación fue un punto nodal para toda la elaboración del diario de campo con el apoyo de una guía de observación (ver en anexos).

Más adelante, la observación participante la establecí en diferentes espacios: durante las consultas en las CSP, algunos lunes de 10 am a las 5 pm me presentaba en Coacotla para estar presente en la recepción, elaboración de botiquines comunitarios y medicamentos para sus consultas. También en la misma sede observé participativamente dos sesiones de lectura popular de la Biblia, al

---

<sup>14</sup> *Describir y analizar las formas de organización, recursos y funcionamiento de las casas de salud popular para la operación de los servicios pluri-terapéuticos en las casas de salud popular*

<sup>15</sup> *Identificar y describir los principales motivos de demanda de atención (biomédicos y filiación cultural) en las casas de salud popular de acuerdo con las distintas etapas del ciclo vital (niñez, juventud, adultez y vejez)*

<sup>16</sup> *Describir y analizar las principales creencias y prácticas de atención en las casas de salud popular que realizan las promotoras-curadoras relacionadas con las medicinas biomédica, tradicional o complementaria y de auto-atención*

igual que dos reuniones del equipo de base para la organización de sus proyectos, actividades y recursos necesarios, realizado una vez al mes.

Las últimas semanas del trabajo de campo pude participar en consultas de la CSP en Coacotla, una vez me fue autorizado por las coordinadoras e integrantes del equipo.

Los jueves de 9 am a 5 pm pude tener observación participante en la CSP de Minatitlán desde el desayuno de las promotoras, en la recepción de los pacientes a consultas o solicitud de medicamentos, la elaboración de comidas para las integrantes del comité y, una vez autorizado por Miriam, en las consultas de ella durante mes y medio. En la misma sede pude observar la kermes del 15 de septiembre, la mayordomía a la virgen de Guadalupe que organiza el colectivo en la colonia perteneciente (M. Hidalgo) y sus actividades cotidianas para la venta de antojitos en la cocina *Tonatzin*. Además de observar la preparación de platillos que realizan como fuente auto-gestiva de ingreso económico para la elaboración de sus medicamentos disponibles en las farmacias.

Otra observación participante a destacar son las misiones de solidaridad en las que colaboré con el c-p-c tanto en la cosecha de cacao, venta de alimentos y bebidas fuera de la parroquia y en el concierto del Casino Petrolero, de Coatzacoalcos Veracruz, las cuales se abordarán más adelante.

### *Entrevistas*

Las entrevistas a profundidad y semi-estructurada que realicé con el universo de estudio fueron un trabajo arduo desde la selección de informantes clave, contacto con las personas correspondientes, así como una constante perseverancia para aguardar el momento correcto para citarlos a dialogar.

La mayor parte de las entrevistas a profundidad y semi-estructuradas se realizaron en las CSP, con dos promotoras, se realizaron en la CSP sede de Mina mientras

que otras 3 compañeras fueron entrevistadas en Coacotla. A todas las cité después de la comida o en momentos donde la carga laboral no fuera demasiada y así contar con el tiempo necesario para la entrevista, realizada en algún sitio donde se genera un ambiente de respeto hacia las participantes del encuentro, por ser el único varón presente en su trabajo y con intereses de participar, conocer y documentar. Todo lo anterior con una guía de entrevista para cada caso (ver anexos).

En el caso de los/las pacientes se entrevistaron a dos en la CSP de Mina, por su vínculo estrecho con las promotoras y por ser ellas el medio de contacto, selección y cita. El tercer paciente era familiar de una de las promotoras que me dieron hospedaje, pude acceder a su casa para realizar la entrevista sin mayor complicación. En los tres casos se utilizó una guía de entrevista específica para los pacientes (ver en anexos).

Las *entrevistas-pláticas informales* las realicé en diferentes momentos, las más frecuentes eran al estar en casa de las promotoras coordinadoras quienes mediante diálogos informales me brindaron datos importantes para la investigación. O también durante los días de consulta o atención en la cocina *Tonatzin* en donde entablaba charlas con las diferentes integrantes del equipo. También durante consultas a domicilio o visitas a la granja de pollos orgánicos, perteneciente al c-p-c, pude entablar pláticas informales sobre la presencia de curadores o médicos tradicionales en la zona, entre otras temáticas.

Gracias a dichas pláticas informales con las promotoras integrantes del comité pude instaurar empatía, para así establecer una de las primeras pautas de selección de mis informantes clave. Ese mismo proceso generó relaciones estrechas con el colectivo, ya que se presentaba un diálogo horizontal y recíproco.

Otras pláticas informales relevantes se dieron con pacientes en espera de consultas en las CSP, generalmente con varones, con ellos pude obtener su

perspectiva sobre la atención brindada por las integrantes del comité y su opinión sobre la medicina tradicional presente en sus hogares o con curadores tradicionales, entre otros temas; fue gracias a ese tipo de pláticas que pude obtener información sobre las consultas, pues, de manera formal resultó difícil por los limitados tiempos de que disponían ellos.

#### *Grupo focal-entrevista grupal y trayectorias de vida*

En el caso del Grupo focal (entrevista grupales) se realizó con limitaciones según el planteamiento original de tres grupos, una era la falta de disponibilidad de tiempo por parte de las integrantes del comité de cada CSP, sobre todo en Mina, por lo cual tuve que seleccionar un momento adecuado para realizarlo; la segunda era que la misma situación se presentó con los pacientes con quienes además no había una relación directa conmigo, por lo cual tuve que abandonar la opción de un grupo focal con ellos. Al final sólo pude llevar a cabo un grupo focal con las integrantes del equipo de trabajo en Coacotla, donde participaron 8 compañeras una vez terminado su trabajo en un lunes de consulta y la comida correspondiente. A través de una guía de entrevista grupal llevé a cabo el grupo focal con integrantes de la nueva sede de CSP (ver en anexos).

Las dos trayectorias de vida realizadas en este trabajo las realicé a través de una selección de informantes según sus saberes y vinculación con el universo de trabajo; para lo cual se presentaron dos oportunidades. La primera fue con Verónica quien al ser una de las integrantes más jóvenes del comité de promotoras, con formación profesional en ciencias químicas clínicas, me brindaba la oportunidad de obtener información enriquecedora sobre su trayecto de vida dentro de la promoción de la salud. La entrevista con ella fue llevada a cabo en una palapa donde se reúnen los integrantes de la Comunidades Eclesiales de Base (CEB) de la zona el Jagüey, dado los tiempos disponibles por la compañera. Para el segundo caso, que se realizó con Miriam, quien es una de las líderes-coordinadoras del comité y que gestionó los proyectos de la CSP, era importante tener en cuenta su experiencia para la presente investigación. Ejecuté la entrevista

en tres momentos, el primero fue en un restaurante de comidas típicas en el centro de Minatitlán y las dos subsecuentes citas fueron en su casa a la hora del desayuno y comida. En ambos casos se utilizó una guía de entrevista para el trayecto de vida (ver en anexos).

### *Fuentes documentales*

Las fuentes documentales que fueron de consulta para la investigación y de gran importancia, tanto para mí como para las promotoras, fueron las tesis de la Universidad Veracruzana- Minatitlán y de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, donde las autoras/es tomaron los temas de investigación en relación de las CEB con la praxis y teología de las mujeres promotoras y una monografía de la historia de la colonia Miguel Hidalgo y el papel que jugó el comité de mujeres para disponer de los servicios sanitarios necesarios según lo dictan las ciudades. Otra fuente con relación a lo anterior fue el documental “El sueño convertido en lluvia” donde se expone la historia, contexto y logros de la CSP de Minatitlán por parte del Instituto de la Mujer del Estado de Veracruz en conjunto con Pobladores AC.

Otras fuentes fueron algunos folletos, trípticos y guías elaboradas en colaboración con la CSP y fundaciones privadas y/o organismos públicos en materia de lo social y salud. Las anteriores fuentes se tienen disponibles varias copias en la sede de Mina para los pacientes que lleguen y se interesen en alguno de ellos, sobre todo los/las jóvenes.

Por otra parte, recurrí de una carpeta que elaboró el sacerdote Modesto Juárez en donde se tiene un registro de documentos oficiales sobre el proceso para disponer del recorrido del basurero, la edificación de la CSP y los trámites burocráticos correspondientes con cada órgano estatal para lograr su cometido. En la misma carpeta se tienen fotos del basurero antiguo, la reunión de los colonos en varias protestas para exigir sus derechos básicos de vivienda,

publicaciones de periódicos de la región sobre su lucha social y los formatos escritos del terreno cedido por el municipio.

Una fuente significativa para su trabajo de las CSP son los archivos que tienen con los expedientes médicos, en donde registran la consulta de cada paciente según los síntomas particulares, generales y mentales junto a sus exámenes médicos correspondientes, según sea el caso. Los mismos archivos son importantes para mi investigación pues son una fuente informativa sobre el perfil epidemiológico de la zona según los registros; además cuenta con representaciones que se tienen sobre la enfermedad tanto para el paciente, así como para las p-c.

Los reportes epidemiológicos del sector salud del municipio fueron una fuente de problemas ya que no hubo posibilidad de obtener mayor información que la dispuesta por un conocido compañero laboral de una de las coordinadoras del comité de promotoras, quien además trabaja como laboratorista en el único Hospital General del IMSS en la localidad. Este servidor público me proporcionó información sobre las 10 principales causas de enfermedad en Mina de la semana 1 a la 57 del año 2017 según la Jurisdicción Sanitaria #11 – Coatzacoalcos. Las demás consultas fueron llevadas en la web en páginas oficiales del sector salud (CUBOS) de donde puede acceder limitadamente a su sistema debido a que su red se cae consecutivamente y no fue posible ir a la sede de la jurisdicción por prevención a la violencia presente en la localidad vecina: Coatzacoalcos.

### **Consideraciones éticas**

En la presente investigación se consideró como requisito asentar factores éticos fundamentales respecto a la información brindada por parte de las promotoras de la salud, p-c en salud, representantes de la Iglesia y pacientes. Esto lo llevé a cabo mediante el uso de consentimientos informados (ver en anexos) donde solicité una firma que protege legalmente a los informantes clave y a mí como investigador, de acuerdo con la ley de protección de datos personales, sus



nombres y datos relevantes de procedencia. Lo que garantizó una confidencialidad respecto a la información otorgada, les cambié sus nombres completos por alías, para guardar y respetar su identidad e intimidad respecto de los temas de salud, sociales o culturales que se tratan en el presente trabajo.

Tomándose en cuenta que existe responsabilidad para y con la ética en la profesión antropológica al momento de solicitar la participación activa y/o representativa de los/las informantes clave, en donde brinden datos respecto a sus saberes sobre los saberes populares y personales en materia de atención y promoción a la salud, temas del proceso salud/enfermedad/atención-prevención en relación con enfermedades agudas y crónicas junto a la interculturalidad en salud y promoción de la salud.

Puede que en ocasiones quedaran expuestas sus ideologías, conocimientos y prácticas para fines académicos como categorías y variables a analizar, por lo cual me fue indispensable el resguardar su identidad y patrimonios culturales, por lo que resulta indispensable solicitar su aceptación al brindar la información necesaria, bajo un código de ética.

Por lo tanto, desde el inicio del trabajo de campo se les informó y solicitó su consentimiento, dándoles a conocer los objetivos de la investigación a cada persona seleccionada y el porqué de su invaluable información que pretendo respetar, difundir y reconocer su papel como agentes de este proceso de s/e.

### **Problemas, obstáculos y dificultades**

Algunos problemas y obstáculos a lo largo del trabajo de campo, se presentaron durante la obtención de información, selección y entrevistas con informantes, dadas las condiciones de violencia estructural en la zona, por lo que fue necesario adaptarse constantemente a los tiempos, lugares de encuentro y seguridad personal según la postura ética del trabajo de investigación. Hubo actividades que se hicieron y otras que no, por ejemplo, los recorridos de reconocimiento en la

zona me fueron limitados por las condiciones ambientales y la inseguridad de los alrededores. En contraste si pude conocer localidades vecinas de la sierra de Santa Martha por la disposición de un automóvil, y el acceso a un tejido en redes de organizaciones comunitarias (a lo largo del sureste de la República Mexicana) con intereses en el tema de la salud integral, donde el c-p-c dan talleres formativos en promoción de la salud con terapéuticas homeopáticas, principalmente.

Algunas condiciones durante el desarrollo del trabajo, fueron las investigaciones académicas realizadas con el c-p-c, con interés en su trabajo comunitario. Han recibido la visita de sociólogas de la UAM Xochimilco, y trabajadoras sociales de la Universidad Veracruzana, quienes en los años 90 mostraron interés en este tipo de grupos y luchas sociales comunitarias. Esto generó una pre-disposición de parte de las promotoras acerca de mi tema de investigación, y el correspondiente trabajo de campo, en sus actividades y saberes.

También surgió la dificultad que a ellas les representaba mi presencia, como un varón introduciéndose en su cotidianeidad y en la de la CSP, lo cual no es frecuente y menos aún que se tratara de un varón joven y urbano-capitalino. Esa misma situación hacía que sus respuestas y comportamientos muchas veces se estructuraran dentro del “deber ser”. Otro aspecto importante a señalar es su constante negativa al reconocimiento de la medicina tradicional en la zona, ellas argumentaban que ese tipo de medicina es rechazada en su formación religiosa y por lo tanto se niega su presencia, pero en la práctica algunas de las p-c reconocen ciertas enfermedades de filiación cultural y sus formas de tratamiento según la población a la que se atiende. (niños/as, jóvenes, adultos, mujeres o personas de la tercera edad).

## Capítulo II

### Caminos teóricos: Modelos Médicos, Sistema Real de Salud e Interculturalidad en salud

#### **Modelos Médicos y Sistema Real de Salud**

A partir de la descripción etnográfica del proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) en las CSP, presentaré las características básicas de los conocimientos y prácticas de las p-c y los pacientes sobre dicho proceso y cómo estos se combinan y sintetizan con los saberes procedentes de la biomedicina. Es indiscutible que la medicina alopática se ha desarrollado y ha influido directa e indirectamente en los diferentes sectores sociales. Si bien, los grupos comunitarios son los que menor penetración directa han tenido por parte de los servicios oficiales y privados de salud, no cabe duda que han generado modificaciones asociadas a toda una serie de factores.

La presencia de servicios de medicina alopática, la escuela, los procesos migratorios, la Iglesia, etc., todos han incidido para generar transformaciones que, no obstante, no han eliminado la importancia de las acciones y los conceptos populares.

Si bien se ha dado una penetración de la medicina alopática, toda una serie de factores favorecen a un proceso de síntesis y reinterpretación entre elementos de la biomedicina en los saberes médicos que desarrollan los/las curadoras, madres-padres de familia, en las comunidades.

Es decir, se genera un desarrollo condensado en el cual la tendencia dominante sería la aceptación progresiva de la medicina denominada científica. Si bien, la aceptación de las prácticas biomédicas ha sido producto de su eficacia, el mantenimiento de prácticas tradicionales y alternativas es debido a que dan cuenta de aspectos no atendidos ni reconocidos por la biomedicina (lo

emocional, lo sociocultural, entre otros) y en consecuencia siguen siendo necesarios para los grupos sociales.

El proceso s/e/a-p es parte esencial de las características socioculturales de un grupo y a través de dicho proceso se expresan gran parte de los saberes culturales del mismo. La medicina alopática penetra y modifica las prácticas y representaciones populares, pero a partir de un proceso de reinterpretación propio del universo de los participantes en el estudio analizado.

Me interesó, por lo tanto, conocer el proceso a través de la descripción del perfil epidemiológico sociocultural, tal como es referido por las instituciones, las p-c y sus pacientes, tratando de observar el proceso de interrelación que se da. Se planteó, entonces, realizar una *epidemiología sociocultural* como una perspectiva que integra e incluye la dimensión colectiva del eje s/e/a-p, reconociendo las causas de demanda de atención, la morbi-mortalidad de los conjuntos sociales de estudio desde la mirada no únicamente oficial sino también de las p-c de las CSP.

Lo anterior es una propuesta, con la cual “[...] *considerar los diversos factores que intervienen en los problemas de salud pública y que definen [...] el perfil epidemiológico de una determinada población [...]*” (Haro, A. 2009: 9) y con ello plantear una aproximación a la ya denominada epidemiología sociocultural<sup>17</sup>.

Ya que, la epidemiología clásica, exclusivamente biomédica “[...] *merece de una necesaria reestructuración que le otorgue un sentido integral y resolutivo al quehacer de la investigación [...]; mediante la combinación de metodologías cuantitativa y cualitativa, la reflexión y vigilancia epistemológica y, especialmente, con la incorporación de las voces de actores sociales que son relevantes en la definición y gestión de los problemas de salud, no solo las de aquellos que son reconocidos como expertos*” (Ibid: 9).

---

<sup>17</sup> “[...] *se concibe como una propuesta que intenta reconfigurar el modo en que se conceptualizan los problemas de salud [...] que alude a la apertura de un necesario diálogo entre epidemiología y ciencias sociales. Que implica, además, un giro epistemológico en la manera de abordar los problemas de salud [...]*” (Ibid: 11).

También describiré en el trabajo los recursos con los que cuenta la comunidad para hacer frente a la enfermedad y la percepción que la población tiene acerca de ellos. Se tratará además de observar cómo los diferentes sujetos, actúan ante los padecimientos para identificar la aceptación, resistencia o rechazo hacia la biomedicina y las formas médicas populares. Es decir, conocer la interrelación entre lo hegemónico, representado en este trabajo por la medicina alopática y el saber de la medicina popular tal como se dan en el proceso s/e/a-p, que opera en las CSP a partir de los diferentes sujetos y grupos, sus saberes y de su propia experiencia de enfermar, sanar y atender.

La experiencia de enfermar y de buscar opciones para recuperar la salud, se expresa individual y socialmente, mediante dicha experiencia se hacen evidentes los factores culturales, económicos y políticos que condicionan el proceso s/e/a-p; incluido el significado que el mismo tiene para los enfermos y los curadores.

La biomedicina reconoce al sujeto enfermo como un conjunto de órganos, pierde de vista la dimensión cultural de la persona y de su comunidad, y elimina la dimensión histórica y social que lo constituyen en sujeto.

Las diferencias socioculturales de las colectividades respecto de su salud y la enfermedad dan cuenta de una estructura social donde existen contradicciones, no solo culturales sino también políticas y económicas. Las diferentes formas de atención a la s/e reproducen las tendencias dominantes de la vida social, como parte de un sistema donde se expresan relaciones de hegemonía y subalternidad.

El concepto de hegemonía representa un aporte de la teoría marxista-gramsciana, como *“el conjunto de operaciones ideológicas a través de las cuales se incorporan los sentidos sociales que tienden a reproducir puntual o globalmente el control económico, político y social de las clases, sectores de clase y grupos en el poder y que se basa fundamental, pero no exclusivamente, en la construcción/obtención*

*de consenso por parte de los sectores, clases y grupos subalternos.” (Buci-Glucksmann, 1975 en Módena, 1990: 35).*

El proceso de la hegemonía lo que pretende propagar es un estilo de vivir y de pensar con una concepción del mundo que se difunde a toda la sociedad y sobre la que se construyen saberes que son comunes a la mayoría de la población. Así pues, las clases dominadas (subalternas) adquieren los principios ideológicos de la clase en el poder y esta adhesión se basa fundamentalmente en el consenso, a través de un complejo de operaciones mediante las cuales se aceptan los intereses de la clase dominante (hegemónica).

El concepto de hegemonía refiere siempre a situaciones en las cuales existe un juego de relaciones, económicas e ideológicas, y de las cuales se puede abstraer la estructura dominante que supone una situación no sólo de dominación económica, política e ideológica, sino de subordinación, asumida por los propios sectores subalternos.

*Así pues, “la capacidad de la hegemonía se da al incorporar sus conceptos en los sectores subalternos, que los identifican como propios y los incorporan en su dimensión social e histórica, siendo que en realidad parten de los intereses de la clase dominante. Pero los grupos subalternos no realizan una reproducción idéntica de los modelos hegemónicos, los reproducen, reinterpretan y les dan significado bajo contextos específicos, cada vez más sintetizados y subordinados a las concepciones que extraen de la hegemonía. No obstante, lo subalterno se modifica a través de su propio juego, es decir que a pesar de la imposición que la biomedicina realiza, las prácticas y representaciones populares también imponen y establecen sus bases y sobre ellas se transforman. Es decir, opera un proceso de transacciones<sup>18</sup> entre el saber popular<sup>19</sup> y el biomédico” (Menéndez E., 1981: 376).*

---

<sup>18</sup> Concepto de transacción es el que explica “los procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos sociales” (Menéndez 1990:86).

El esparcimiento de la medicina científica como ideología curativa dominante supone la exclusión ideológica de otras prácticas, pero no su eliminación ni necesariamente su oposición, generando en las prácticas médicas subalternas la apropiación, transformación y síntesis, que son complementarias al sistema médico dominante. Esta relación entre la medicina científica y la medicina popular ha sido visualizada y analizada desde diferentes enfoques teóricos en el campo de la Antropología Médica, reconociendo los saberes que se construyen sobre el proceso s/e/a-p tanto por su significado como por la función que tienen para el grupo social, y se expresan cada vez más sintetizadas y subordinadas a los saberes que proceden de la medicina científica.

Las prácticas populares en salud en la actualidad, no pueden ser separadas de las prácticas alopáticas, esto se hace notorio si analizamos los saberes de pacientes y curadores, en nuestro caso de las p-c, en donde se mezclan las diferentes explicaciones y prácticas de atención, en la búsqueda de la prevención-curación.

Aunque cuando numerosas investigaciones identifican la presencia de las prácticas curativas científicas y populares en los diferentes grupos sociales, incluyendo los grupos campesinos y étnicos, la interpretación que se da de esta presencia es diversa, en pocos casos se hace mención de la característica estructural de la auto-atención, ni de la influencia que el Modelo Médico hegemónico tiene en el incremento de esta automedicación en los grupos sociales, como parte de un proceso de apropiación de los conceptos que proceden de lo científico y la creciente medicalización.

Ante la enfermedad los sectores subalternos, establecen acciones incluyen técnicas generadas desde afuera, pero que les han demostrado eficacia,

---

<sup>19</sup> Se caracteriza por un proceso constante de modificación, en el cual se sintetizan, provisionalmente, concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico (Menéndez 1990)

incluyendo las biomédicas. Más que un rechazo hacia las prácticas de la biomedicina, se observa una creciente demanda de ella, que incluso se manifiesta en las demandas de bienestar social que tienen dichos grupos. Las actitudes de descontento, cuando se dan, se dirigen hacia las instituciones y en dichos casos la alternativa es recurrir a la práctica médica privada corporativa.

Lo fundamental es establecer los procesos reales que operan en la producción y reproducción de los fenómenos s/e en una población, describir los procesos a través de los cuales la hegemonía obtiene el consenso y se fundamenta. *“En la dimensión salud/enfermedad este proceso de transacciones se desarrolla con la aceptación del desarrollo de los procesos de morbi-mortalidad, la aceptación de la explotación económica de la enfermedad por parte de la medicina privada, la aceptación del mal funcionamiento de los servicios, del no funcionamiento de los programas así como la inclusión de la población en ellos, sólo en términos receptivos, la transformación de las prácticas tradicionales y la pérdida de la hegemonía de estas”* (Ibid: 380).

La medicina popular y la medicina científica fueron utilizadas por todos los sectores de la población estudiada en la investigación, aun cuando la tendencia predominante fue la síntesis. Combinatoria que en los conjuntos sociales no se manifestaba como un cuestionamiento a una u otra práctica, sino como una tendencia a la incorporación de saberes y recursos médicos en la actividad curativa y que se construye de diversas prácticas curativas; a las que se les reconoce su eficacia empírica.

Retomé en este trabajo la propuesta de Modelos Médicos de Menéndez y su énfasis en las relaciones de hegemonía y subalternidad; así como el análisis también relacional de las condiciones socio-históricas, económicas, ideológicas y políticas en la dinámica y organización de dichos modelos (Osorio, 2001). Esta propuesta teórica permite dar cuenta del funcionamiento y organización de saberes teórico-técnico, ideológico y socioeconómico entre los conjuntos sociales



de terapeutas, pacientes e instituciones respecto al proceso s/e/a-p de mi comunidad de trabajo, poniendo el acento en el papel hegemónico de la biomedicina y en las transacciones realizadas por los sectores subalternos.

La propuesta de Menéndez se apoya en el concepto de *Modelo Médico* que “son construcciones a partir de rasgos estructurales que surgen no solo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones, incluidos los curadores, sino de la participación de los conjuntos sociales involucrados” (Menéndez E. , 1990: 85). Los cuales “están planteados desde una perspectiva metodológica relacional, donde se dan procesos de hegemonía/sub-alternidad y el concepto de transacción permite explicar procesos de reapropiación y rearticulaciones generadas por los grupos sociales” (Ibid: 86).

Se reconocen entonces tres modelos médicos: el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH), el *Modelo Alternativo Subordinado* (MAS) y el *Modelo de Autoatención* (MA):

- MMH: refiere al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos, así como por el Estado” (Ibid: 83). Al institucionalizarse podemos reconocer tres sub-modelos: el *individual privado*, el *médico corporativo público* y el *médico corporativo privado*.

Los rasgos estructurales principales son “el biologicismo, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la s/e como mercancía, orientación básicamente curativa, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico, prevención no estructural, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad

*científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia dominio de la cantidad y productivo sobre la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Ibid: 87). Las funciones de este modelo son “aquellas que cumplen las funciones preventivas, curativas y de mantenimiento; aquellas que integran las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, y por último aquellas que incluyen las funciones económico-ocupacionales.”(Ibid:104).*

- El segundo modelo MAS: *“integra a las prácticas reconocidas como ‘tradicionales’, y otras prácticas alternativas, que son influidas por el MMH” (Ibid: 88). Los caracteres básicos que constituyen este modelo son: “concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, la eficacia simbólica, la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, tendencia al pragmatismo, a-historicidad, asimetría en las relaciones curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o grupal de las actividades curativas, tendencia a la exclusión del ‘saber y prácticas curativas’ de los otros y tendencia reciente a la mercantilización” (Ibid: 88).*
- El tercer Modelo MA: es aquel en que el diagnóstico y la atención (prevención) la lleva a cabo la persona o los integrantes del grupo familiar o de los grupos comunitarios, donde no intervienen curadores profesionales. *“Es el podio de todos los anteriores ya que constituye el primer nivel real de atención en todos los conjuntos sociales” (Ibid: 89). Sus características son: “eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; legitimidad grupal y comunal; concepción basada en la experiencia; tendencia a la apropiación de otras prácticas médicas: tendencia sintetizadora; tendencia a asumir la subordinación respecto de los otros modelos” (Ibid: 89-90).*

El tercer modelo, al ser el uno de los más destacados en este trabajo, establece una relación entre lo micro y lo macro-social a través de la estructura social y la de los significados en el proceso de s/e/a-p. Recupera el conflicto y las relaciones de

poder, ya que estas relaciones no se limitan exclusivamente al encuentro clínico, se recuperan dimensiones (micro y macro) en las relaciones de hegemonía/subalternidad. La práctica médica y el acto médico-clínico son actos sociales e ideológicos que hacen evidente las relaciones de desigualdad social tanto en el quehacer clínico como en la capacitación o aprendizaje profesional y en la investigación médica (Ibid).

Así pues, el modelo médico *hegemónico* comprende al saber médico en términos de sus racionalidades teórico-técnicas; vista como la única forma concreta de diagnosticar, explicar, aprender y solucionar problemas de enfermedad gracias a su legitimación científica y política; por su parte el *modelo alternativo/subalterno* se enfoca en integrar/articular los saberes de otras prácticas médicas como: acupuntura, herbolaria, entre otras. Y el *modelo de auto-atención* que se comprende como una serie de actividades orientadas, directa o indirectamente, en asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstica/familiar, el cual es identificado en cualquier tipo de sociedad y se constituye en el primer nivel real de atención con funciones curativo/preventivas y de índole socioeconómica (Osorio, 2001).

El modelo médico hegemónico, en una constante dinámica de expansión e influencia hacia los demás modelos, genera procesos de complementariedad y hegemonización de las diversas formas de atención que favorecen procesos de producción y reproducción económico y político. Se apropia y transforma propiciando una subordinación ideológica y técnica. Es decir, se logra una exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención (Menéndez E., 1990). Lo cual muestra que el proceso s/e/a-p es una expresión más de las condiciones políticas y económicas de las sociedades.

La medicalización<sup>20</sup> de la salud, otra de las características centrales del modelo médico hegemónico, expresa una forma más de control social ante ciertos padecimientos o formas de vida social, que colocan a la medicina alópata como la más confiable para el cuidado de la salud.

Al perder fuerza la institución religiosa, como controladora social, la biomedicina se coloca como una de las instituciones de control social, al imponer su racionalidad y ser legitimada por la legislación y la ciencia. *“Seculariza además los cultos tradicionales de curación por parte de ciertos sectores poblacionales al menospreciar su eficacia simbólica frente a la racionalidad técnico-ideológica de la ciencia biomédica. Sustentada sobre todo en el manejo de la tecnología como principal escudo, se ha logrado así establecer una jerarquía socio-cultural en distintas sociedades ajenas a lo occidental”* (Conrad, 1992: 57).

Cabe señalar que ese control social también se ha visto limitado al enfrentar padeceres como es el caso de las adicciones a sustancias como el alcohol o psicotrópicos, así como problemas relacionados con la salud mental. La biomedicina separa al cuerpo como biología, de la mente y la sociedad de donde procede, debido a la concepción biologicista del cuerpo humano, y pierde de vista considerar al sujeto como un ente bio-psico-social.

La extendida medicalización de las sociedades actuales y el reconocimiento de la eficacia pragmática de lo biomédico son dos de las características que hacen evidente la hegemonía de la medicina alópata. Pero ¿será esta la única manera de atenderte en el primer nivel real de atención? o ¿existen otras posibilidades de prevención y atención de las enfermedades? La promoción de la salud tendrá un papel importante, más allá de informar a la comunidad, sino como una acción social comunitaria de compromiso y sinergia con la cual desarrollar estrategias

---

<sup>20</sup> Es el “[...] proceso por el cual cada vez más de la vida cotidiana ha estado bajo dominio médico, influencia y supervisión [...] además de que [...] debe incluir todos los problemas que se definen en términos médicos” (Conrad, 1992: 68).

frente a los padecimientos, la utilización de los recursos materiales y humanos para dar respuesta a sus riesgos para la salud.

En este punto me parece conveniente integrar, de forma más descriptiva que teórica, lo propuesto por Carlos Zolla en el *Sistema Real de Salud*. Entendido como: “*el conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte*”; de tal manera que “*está constituido como un campo de interacción donde los usuarios constituyen los agentes más activos de interculturalidad y por lo general perciben a los servicios como complementarios, es decir, no mutuamente excluyentes*”<sup>21</sup> (Zolla & Sánchez-García, 2016: 90).

Ese SRS surge de la persistente incorporación de la medicina académica institucional en los distintos campos y contextos indígenas con su medicina doméstica y tradicional en México, para mostrar la interculturalidad en salud existente en muchas esferas poblacionales. Se buscó, a través de investigaciones del IMSS-COPLAMAR entre 1979 y 1981, hacer evidente el contraste en la dotación de servicios educativos y de servicios institucionales de salud en las urbes y lo rural (Ibid).

Lo que se obtuvo por la investigación y la información recabada, “*confirma el alto grado de vulnerabilidad de la población indígena, el predominio de la patología de la pobreza reflejada en el alto impacto de las enfermedades infecto-contagiosas, [...] las limitaciones en el acceso a los servicios y la inadecuación de los modelos al tipo de población a atender*” (Ibid: 95).

Mostrando que tanto los sistemas y modelos de atención a la salud y el SRS pueden conjuntar sus aportes teórico-descriptivos para comprender y facilitar las

---

<sup>21</sup> Los tres ejes de este sistema real de atención son: medicina tradicional (recursos locales para la salud), medicina doméstica o casera (modelo estructural básico) y medicina académica (alopatía). Notando más un modelo médico intercultural.

relaciones ante el evidente pluralismo médico y las transacciones de saberes presente en las comunidades de estudio, en este trabajo la propuesta fue recuperar los datos empíricos a través del reconocimiento del SRS de la población de estudio y analizarlos a través de la relación que se establece entre los Modelos Médicos.

A través de múltiples acuerdos, cartas y conferencias internacionales en materia de salud por parte de la Organización Mundial de Salud, se aprobaron los *Sistemas Locales de Salud (SILOS)*<sup>22</sup> como parte de la estrategia de la *Atención Primaria de la Salud (APS)*<sup>23</sup> del Alma-Ata; al hacer evidente la necesidad de diagnósticos o estudios especializados que den cuenta de la estructuración del SRS, el número y características de los terapeutas (Ibid), las Causas de Demanda de Atención (CDA<sup>24</sup>), entre otras cosas.

En mi opinión, resulta necesario centrarse en aspectos puntuales del proceso s/e/a-p a través de un enfoque etnográfico. En este caso, el proceso de promoción y atención del c-p-c hace identificar las relaciones de hegemonía/subalternidad que se dan en sus saberes e interacciones para construir la interculturalidad.

Al partir de que *“toda intervención en salud pública que quiera contar con la participación activa y la corresponsabilización de los actores y grupos sociales debe apoyarse en los saberes y prácticas locales”* (Martínez-Hernández, 2008: 64), los conceptos de SRS (APS y los SILOS) y los modelos y sistemas médicos se constituyen en categorías teórico-metodológicas con las cuales describir y analizar

---

<sup>22</sup> La propuesta de organización de los SILOS significa un cambio importante en la manera de dar prestación de servicios. En realidad significa tomar los componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y ponerlos en práctica concreta a nivel local (Dibarboure, 1991).

<sup>23</sup> Fue a partir de esto que *“Se permitirá a los poderes públicos de realizar los objetivos de la “Salud para todos en el año 2000”, a saber: dar a todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”* (Saco, 1994-95: 79).

<sup>24</sup> CDA: *“[...] son los motivos de consulta; es decir, las razones por las cuales las poblaciones demandan los servicios de los médicos [...]”, en este caso, de las p-c. Lo cual “[...] guarda una relación estrecha tanto con los criterios diagnósticos y de clasificación de enfermedades, como de recursos terapéuticos empleados”* (Buendía, 2013: 23-24).

etnográficamente el uso de las diferentes medicinas por parte de los conjuntos sociales. Puede así comprenderse la influencia de la medicina académica sobre las otras formas de atención, a través de las variadas transacciones que se generan entre saberes y racionalidades, en un primer nivel real de atención<sup>25</sup> a la salud, de ciertos conjuntos sociales expuestos a la marginación socio-económica.

Es aquí que *“el papel de la etnografía es especialmente adecuado[...] pues permite un análisis relacional que, mediante sus juegos de condensación (relación de las partes con el todo) y de desplazamiento (relación entre las partes), facilita la recomposición de un paisaje de factores de extraordinaria complejidad”*. De tal forma que *“la aplicación de la mirada etnográfica devuelve a los procesos de salud, enfermedad y atención en su condición de hechos sociales y a la vez desvela críticamente las estrategias de encubrimiento que permiten la naturalización de estos fenómenos”* (Ibid: 65).

Por lo tanto *“la etnografía con su dialéctica oscilatoria entre el extrañamiento y la pertenencia, entre la observación y la participación, ofrece un modelo tanto para el análisis de la realidad como para el establecimiento de puentes de comunicación con ella”*; así pues, *“[...] esta relación puede fomentarse en los programas de promoción de la salud explotando las posibilidades del método etnográfico, pues el establecimiento de una mayor simetría deriva también en una mayor corresponsabilidad y empoderamiento de los actores y los grupos sociales”* (Ibid: 97).

---

<sup>25</sup> Niveles de atención según la organización del sistema de salud: el *primer nivel* de atención conformado por los centros de salud, las unidades médicas familiares, consultorios anexos a farmacias en donde se brinda una atención a los principales problemas de salud por médicos generales o familiares con un limitado uso de la tecnología, pero abarcando el mayor porcentaje de las problemáticas en salud (gripas, parasitosis, crónicas etc.); *segundo nivel* de atención está conformado por hospitales generales de zona u hospitales regionales o consultas privadas de especialistas que brindan una atención a problemáticas más específicas con el uso de mayor cantidad de tecnología diagnóstica y de fármacos más especializados; y el *tercer nivel* de atención está conformado por los centros médicos, institutos médicos nacionales que atienden problemas de sub-especialidad e investigación biomédica y hacen uso de los recursos más especializados de la tecnología médica y recursos terapéuticos de alta especialidad.

La intención de este trabajo es reconocer las representaciones sociales y prácticas de las promotoras y p-c de las CSP así como su papel en el proceso s/e/a-p de su comunidad; cómo se dan las relaciones entre las diferentes formas de atención y modelos médicos, así como las transacciones de los conjuntos subalternos y las relaciones con un modelo dominante representado por la biomedicina. Con tal propósito, se retoma la propuesta de C. Zolla, sobre el SRS, para reconocer los saberes en el ámbito doméstico, tradicional y académico respecto a la medicina y la forma como se dan las transacciones en los conocimientos médicos en la atención y en la formación del personal que atiende en las CSP, reconociendo sus alcances y limitaciones, locales y estatales.

Recurrir a los conceptos de sistemas y Modelos Médicos de E. Menéndez, me permitirá reconocer la relación de poder entre la biomedicina y las CSP (hegemonía y subalternidad) y cómo se ha conformado su racionalidad respecto a la atención brindada y sus saberes respecto de las diferentes formas de atención que realiza en el c-p-c.

Es importante dar cuenta de las características de estas formas de atención, y reconocer si son expresión de los diferentes modelos médicos, a través de un enfoque etnográfico que permita un diálogo entre las promotoras de la salud, p-c y la población atendida para identificar sus representaciones y prácticas sobre la s-e, atención-promoción e interculturalidad en salud; buscando la interacción y complementariedad de diversos saberes y racionalidades de curación, reconociendo el pluralismo médico presente.

### **Interculturalidad en salud**

La problemática de s/e en un país pluricultural como el nuestro puede ser contemplada desde infinidad de perspectivas: políticas, económicas, médicas, históricas, legales, culturales. Cada una de ellas se vincula con las otras y todas se articulan para conformar un resultado. Si bien el proceso s/e/a-p remite a relaciones, las cuales están en constante transformación, a mi me interesa



reconocer las relaciones entre las diferentes formas de atención y las relaciones interculturales en salud que se desarrollan a través del quehacer cotidiano de un grupo de p-c en las comunidades de Minatitlán y Coacotla en el sur del estado veracruzano.

Es necesario entonces desarrollar algunos planteamientos teóricos respecto de la interculturalidad y específicamente de la interculturalidad en salud.

El concepto de interculturalidad tiene múltiples facetas e interpretaciones ya que su punto de partida se ve asociado con el desarrollo de políticas públicas<sup>26</sup> que alrededor de los años 80 y 90 del siglo XX se implantaron; siguiendo la línea de acuerdos internacionales principalmente en Latinoamérica. Dirigidas a comunidades indígenas, primordialmente, buscando su integración y legitimación de usos y costumbres respecto de las medicinas tradicionales, así como aspectos educativos o jurídicos, es importante resaltar que México se encuentra entre los cinco países de América Latina, y el mundo en general, con mayor porcentaje de comunidades y lenguas indígenas y de ahí la importancia que tiene su reconocimiento como sujetos de derechos humanos.

Sin embargo, se cuestiona si la interculturalidad refiere exclusivamente a comunidades indígenas, y ¿qué pasa con las poblaciones mestizas o afros suburbanas, rurales y campesinas, comunidades periféricas a las grandes urbes contemporáneas en toda la República Mexicana?, las cuales parecieran no ser consideradas dentro de estas políticas de interculturalidad. La constitución mexicana, como la de otros países del continente americano, hacen un reconocimiento de nación pluricultural y ponen a disposición de toda su población

---

<sup>26</sup>Se entiende por política pública una *“respuesta estatal que responde a demandas sociales puede corresponder a la expedición de normas, creación de instituciones, ofrecimiento de servicios, prestaciones y bienes públicos. E igual la política pública puede surgir de la influencia de organismos internacionales e incluso ser producidas por los propios políticos y funcionarios al crear alguna necesidad o dar una solución no considerada a un determinada cuestión”* (Campos-Navarro, 2015: 3).

los servicios necesarios para una vida digna, pero con una postura neoliberal segregacionista.

Iniciaré el análisis del término de interculturalidad retomando algunas definiciones de conceptos relacionados para diferenciarlos según su uso:

- La **multiculturalidad** es el *“reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes, derivadas o variantes de una cultura hegemónica. También se le entiende como “presencia en un territorio de diferentes culturas que se limitan a coexistir pero no a convivir. En este caso no tienen porqué darse situaciones de intercambio, es un concepto estático que lleva a una situación de segregación y de negación de la convivencia y la transformación social debido a la adopción de posturas paternalistas hacia las minorías culturales presentes”.* (Villodre, 2012: 69)
- **Pluriculturalidad:** *“El prefijo “pluri” hace referencia a “muchos”, es decir, con él nos referimos a muchas culturas, a una pluralidad de culturas. Desde el punto de vista sociológico, el término pluralidad designa la presencia de diversas tendencias ideológicas y grupos sociales coordinados en una unidad estatal. Así pues, la pluriculturalidad puede ser entendida como la presencia simultánea de dos o más culturas en un territorio y su posible interrelación queda definida como un fenómeno que puede tener lugar en cualquier sociedad, fruto de los fenómenos migratorios, y que trae consigo la pluralidad de culturas frente a la idea monocultural potenciada por el control económico de los Estados Unidos de América y otras potencias mundiales de Europa y Asia”* (Ibid: 70).
- El **multiculturalismo** identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se limitan o derivan de las diferencias étnicas. El multiculturalismo se genera dentro de la cultura occidental como una expresión del derecho a la diferencia, a la

diversidad, y no exclusivamente por su componente étnico. (Barabas A., 2014)

- La **asimilación cultural** de un grupo se produce cuando las barreras ya no existen y se deja de oponer una respuesta de autodefinición. En este caso el grupo acepta y asume una definición impuesta, olvida lo que era y se identifica con la nueva imagen que se le atribuye (Ibid). Si bien este concepto es muy cuestionable, ya que los grupos sociales más que dejar en el olvido su autodefinición, resignifican lo nuevo a través de su propia cultura.
- **Aculturación** comprende aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto, continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos. De allí parte que el contacto cultural entre esas varias culturas se constituya en un espacio de múltiples contactos interculturales (Ibid).

En discrepancia la **interculturalidad** se entiende, para algunos investigadores, como un *“mecanismo o estrategia de relación y comunicación que permite la convivencia entre las distintas culturas en contacto, que le garantiza a cada una [de ellas] un espacio para desarrollarse en forma autónoma. Esto implica el reconocimiento y valoración del otro”* (Cañulef y Diaz-Coliñir, 2003: en Campos-Navarro, 2003: 6).

No obstante, el concepto en sí se cuestiona y *“se define en construcción o como un ideal más en el terreno de lo teórico. Considerando incluso que se está en una etapa de acuerdo entre las partes, una frente a la otra, más bien en un orden binario bicultural. Sin embargo, se podría considerar ya el inicio de nuevas formas de expresión que podrían merecer el nombre de interculturales”* (Ibid: 7).

Se discute la diversidad de formas en que el concepto es utilizado no solo en expresión de relaciones culturales sino *“[...] como un término más complejo y*

*polisémico que refiere a relaciones que existen dentro de la sociedad entre diversas constelaciones de mayoría-minoría, y que se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos de etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad [...] en algunas sociedades, la interculturalidad se utiliza para referir a la diversidad ‘provocada’ por la migración, mientras que en otras la misma noción se aplica para las interacciones entre pueblos indígenas y descendientes de colonizadores” (Dietz, 2017: 192). Así como a la sectorialización que se hace de su uso en áreas muy específicas como el terreno educativo, de la salud y el derecho con poblaciones específicas.*

Siendo importante distinguir el enfoque intercultural de otros como el ya descrito de multicultural que remite a la composición diversa de la sociedad y su segmentación en grupos, *“la perspectiva intercultural enfatiza no la composición de los grupos, sino el tipo y la calidad de las relaciones intergrupales dentro de una sociedad [...], el interculturalismo hace énfasis en la necesidad de transformar la naturaleza de las relaciones entre estos grupos, lo cual implica no sólo empoderar a unos, sino también alterar las percepciones de la mayoría y promover los procesos recíprocos de identificación entre grupos que han sido privilegiados y aquellos que han sido excluidos históricamente” (Ibid: 193).*

Cabe mencionar que han sido criterios europeos y estadounidenses (estructural-funcionalistas) quienes influyeron en primer momento en los enfoques de interculturalidad, al partir de explicaciones mecánicas que suelen fusionar la evolución geográfica con la aculturación presente en la modernidad occidental. Hoy en día los criterios surgen más de razonamientos antropológicos-humanísticos (antropología crítica) donde las culturas se reconocen como dinámicas y complejas por la articulación de procesos para la identificación y creación de la otredad dentro de la sociedad. Lo que lleva a que la interculturalidad sea comprendida en un sentido dentro de lo híbrido, procesual y contextual (Ibid).

En países de América del norte se han dado acciones relacionadas con la interculturalidad enfocadas en las comunidades de migrantes, pertenecientes a un

sector minoritario y subordinado, buscando integrarlos y evitando que su identidad no sea una barrera de acceso a los servicios. En cambio, Europa buscó se transversalicen las habilidades o competencias internacionales tanto para las minorías excluidas y sobre todo para las mayorías excluyentes de poblaciones ajenas a su realidad cultural. Asimismo, en Latinoamérica se han dirigido las acciones de la interculturalidad a cuestiones étnico-indígenas en búsqueda de una educación bilingüe e integracionista a los modelos de modernidad que son un reflejo de las corrientes occidentales. En donde, además, se reconoce a las poblaciones originales pero bajo parámetros ajenos a sus culturas de origen. (Ibid.)

Desde finales de los años 80 del siglo pasado en América Latina, las políticas públicas han buscado promover relaciones positivas entre grupos culturales para dar respuesta al racismo, exclusión y xenofobia y construir ciudadanos capaces de identificar las diferencias y con ellas trabajar en colaboración para la edificación de una sociedad plural con búsqueda a un respeto de sus multiplicidades (Dietz, 2017). Desgraciadamente esto ha quedado más en el papel (*teoría*) que en las acciones reales (*praxis*) al identificar que dichas políticas buscan indemnizar errores de una justicia no distributiva.

Desde posturas más individuales o de relaciones personales, el autor Xavier Albó señala que: *“La interculturalidad se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales [...] donde se pueda desarrollar al máximo la capacidad de las personas pertenecientes a múltiples culturas y vincularse de manera positiva y creativa; incluyendo además a las propias estructuras de la sociedad e instituciones que la sobrellevan. Se trata de ir más allá de una tolerancia en coexistencia sino de hablar de respeto al momento de una convivencia entre las culturas y sus personas, quienes al interaccionar entre ellos existe un diálogo intercultural que enriquezca los aportes que se ofrecen por los demás y adoptar los elementos ofrecidos y enriquecedores. Para lo cual no es un proceso sencillo ya que se debe involucrar tanto a las*

*personas, su sociedad y el propio Estado*” (Albó, 2010: 150-151).

Desde esta figura interpersonal, la interculturalidad pasa por las actitudes interpersonales enlazando comunicación y el conocimiento de códigos culturales simbólicos a los que denomina un para-lenguaje, que al ser relegados pueden generar malos entendidos (Ibid). No obstante, este planteamiento resulta interesante al centrarse solo en los aspectos del individuo y se pierde de vista el contexto y estructuras en donde estas relaciones de dominación se dan.

Ya que no solo son los elementos personales los necesarios para transformar las relaciones desiguales, se debe de confluir en las estructuras e instituciones sociales para facilitar una forma de relación creativa en cualquier contexto; ya sea en la organización de la administración pública, el sistema escolar, prácticas legales, de la medicina o el trabajo comunitario. Debe existir una disposición de las personas al promover acciones de capacitación que favorezcan al desarrollo de valores sobre la interculturalidad a nivel personal y estructural. (Ibid.) De este modo promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales, hay que esforzarse en plasmar ciudadanos conscientes de las diferencias culturales y capaces de trabajar en conjunto para el desarrollo de una sociedad equitativamente justa, igualitaria y diversa (Walsh, 2009).

La interculturalidad es un concepto que es usado en varios contextos y con múltiples intereses sociopolíticos, por tanto es compleja y difusa la intención con la que se plantea así como sus perspectivas. A continuación, describiré las perspectivas existentes y dónde considero sería posible ubicar a los proyectos y actividades de las CSP y el comité de promotoras de la salud.

La primera perspectiva según Walsh es la *relacional* “*la que hace referencia de forma más básica y general al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, los que podrían darse en condiciones de igualdad o desigualdad*”. En esta perspectiva “*el problema es que, típicamente, oculta o minimiza la conflictividad y los contextos de poder, dominación y colonialidad continua en que se lleva a cabo la relación*”.

*De la misma forma “limita la interculturalidad al contacto y a la relación - muchas veces a nivel individual-, encubriendo o dejando de lado las estructuras de la sociedad - sociales, políticas, económicas y también epistémicas- que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad” (Ibid: 2).*

Una segunda perspectiva de la autora, según los planteamientos filosóficos de F. Tubino (2005), se denomina *funcional*: “se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales, con metas a la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida. Desde esta perspectiva -que busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia-, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente, no toca las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales, tampoco ‘cuestiona las reglas del juego’, [...] por eso [...] es perfectamente compatible con la lógica del modelo neo-liberal existente” (Tubino, 2005 en Ibid: 4). De esta manera “[...] el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación, que apunta no a la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico y la conservación de la estabilidad social con el fin de impulsar los imperativos económicos del modelo (neoliberal) de acumulación capitalista, ahora “incluyendo” a los grupos históricamente excluidos en su interior.” (Ibid: 3).

Por último, se encuentra una tercera perspectiva denominada *crítica* donde hay “un reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, con los blancos y “blanqueados” en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores. Desde esta posición, la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente -y como demanda de la subalternidad-, en contraste a la funcional, que se ejerce desde arriba. Apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas.” (Ibid: 4).

Aunque cabe aclararse que la *“interculturalidad entendida críticamente aún no existe, es algo por construir. Por eso, se entiende como una estrategia, acción y proceso permanentes de relación y negociación, en condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad e igualdad. Pero aún más importante es su entendimiento, construcción y posicionamiento como proyecto político, social, ético y epistémico -de saberes y conocimientos-, que afirma la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación.”* (Ibid: 4).

### **Antecedentes sobre la Interculturalidad en salud**

En América Latina la interculturalidad empieza a impulsarse, desde los años 80 del siglo XX, dada su relación con las políticas públicas educativas promovidas hacia los pueblos indígenas, las ONG, organizaciones internacionales y/o el mismo Estado, con la llamada educación intercultural bilingüe (EIB) (Ibid).

Es a partir de la educación, modernización y desarrollo urbanístico en donde la interculturalidad sirve para introducir la diversidad y el reconocimiento del otro, a través de una convivencia, tolerancia y exploración de la diversidad cultural presente en países como México y sus extensas y variadas étnicas.

Fueron las políticas emergentes del Siglo XX, como ya señalé, los que ofrecieron un sentido de pertenencia a un proyecto en común con la modernización, globalización y competitividad. Así como su relación con culturas latinoamericanas, en específico en sus Estados-nación, frente a las relaciones de poder con una postura de de-colonización<sup>27</sup> educativa y así poder definir políticas de educación en donde se tomen en cuenta las diferencias y desigualdades. (Ibid)

Si me remito al contacto y relación entre diversas formas de entender y atender las

---

30 Dicha de-colonialidad se refiere a construir una pedagogía que permite cuestionamientos continuos de poder, saber y vivir. A diferencia de una matriz de colonialidad en donde exista una fragmentación de cosmovisiones según el poder dominante y su saber desde una sola perspectiva hegemónica y deshumanizante (Walsh, 2009).



problemáticas de salud de la población estudiada, se puede referir a los servicios que se dieron en términos de educación y salud a los pueblos originarios una vez culminada la conquista de México. Fueron las instituciones eclesiásticas las que proporcionaron servicios de atención a la enfermedad a través de acciones de caridad hacia las poblaciones indígenas<sup>28</sup>, desde una perspectiva de misericordia con los dominados y con relaciones de desigualdad e intenciones de evangelización, manteniendo los cuerpos de los y las indígenas en buenas condiciones para su explotación.

Durante el siglo XIX ante las transformaciones políticas en el territorio mexicano, surgen movimientos en busca de eliminar barreras étnicas-culturales y la evidente falta de distribución equitativa de recursos y riquezas. A finales del XIX y primera parte del XX se presenta una preocupación estatal por los pueblos indígenas, actores activos en las múltiples batallas de independencia y revolución en México, lo que da origen a acciones integracionistas, las cuales iban dirigidas a poblaciones originarias, construidas desde la visión vertical de una sociedad mestiza occidentalizada.

En los años 20 se promueven misiones culturales y de religión con la presencia de maestros rurales y médicos comunitarios quienes guiaban a las comunidades rurales e indígenas en torno a temas de salud para la aplicación de vacunas y uso de medicamentos, así como alfabetizar a las poblaciones para que reconozcan al

---

31 Una vez se cimientan las primeras poblaciones de europeos en el Nuevo Mundo es que se busca construir un verdadero hospital y es hasta 1503 que se culmina el llamado hospital San Nicolás de Bari, en América se fundó en Santo Domingo de Guzmán, capital de La Hispaniola, actual República Dominicana, fundado por Nicolás de Ovando, quien en ese entonces fuera gobernador de la isla. Se ocupó el recinto para los contagiados de lepra y como asilo más que como centro asistencial. Ya en México en 1524 se edificó el Hospital de Jesús Nazareno y en 1566 se contó con el primer manicomio en el Hospital de Inocentes. En el 1538 se establece en Lima, el Hospital del Perú, fundado por Francisco Pizarro. En el 1543 en la ciudad de Santos, en Brasil, Bras Cubas, fundó el Hospital de Santa Misericordia de Todos los Santos. En el 1552, Pedro de Valdivia, fundó en la ciudad de Santiago de Chile el Hospital de San Juan de Dios. y en 1563 el Hospital de San Lázaro, como el primer centro de atención de pacientes con lepra en América. En 1565 se establece en Quito, capital del Ecuador, el Hospital de San Juan de Dios. En la ciudad argentina de Córdoba, se estableció en el 1576, el Hospital de Santa Eulalia, fundado por Lorenzo de Juárez y Figueroa. En Brasil en el 1582, es fundado el Hospital de la Misericordia en la ciudad de Rio de Janeiro y en el 1592, es fundado en la ciudad de Caracas, Venezuela el Hospital de San Pedro. (Muriel, 1990)

español como lengua oficial de la nación, sin tomar en cuenta sus orígenes lingüísticos o formas de atención, ante problemáticas en salud de sus comunidades y contexto.

Es la teoría culturalista la que imprime su influencia en la construcción de las propuestas indigenistas. El culturalismo norteamericano encabezado por Franz Boas y sus discípulos, algunos de ellos mexicanos, consideraban la inexistencia de culturas superiores o inferiores, y fundamenta la aplicabilidad de una antropología en función del respeto a la existencia de culturas consideradas diferentes (Campos-Navarro, 2015).

Son los mexicanos Manuel Gamio, Miguel Othón de Mendizábal y Moisés Sáenz quienes generan los fundamentos teóricos de la política pública de asimilación e integración del indígena a la vida nacional, que años más tarde sería adoptada por el cardenismo y gobiernos subsiguientes y aportan las líneas teóricas y prácticas del *Congreso Indigenista Interamericano* celebrado en Pátzcuaro, Michoacán en 1940, que será fundamental para la creación de los institutos nacionales indigenistas en Bolivia (1941), México (1942), Guatemala (1945), Perú (1946), entre otros países latinoamericanos con una elevada proporción de población indígena en su conformación sociodemográfica. En dicho congreso se concluyó que era de interés público reconocer el problema de los pueblos indígenas del continente americano. En el área de la salud se propuso la instalación en regiones indígenas de “*Centros de Medicina Social, Preventiva y Curativa*” que se ocupen en mejorar las condiciones de salud de los habitantes y de combatir las enfermedades con especial atención a patologías infecto-parasitarias (oncocercosis, paludismo, el mal de pinto, etc.), la creación de escuelas médicas rurales, la investigación científica de la botánica medicinal indígena y el mejoramiento de la alimentación (Ibid).

Gonzalo Aguirre Beltrán es el creador institucional del indigenismo integracionista a través de las políticas del Instituto Nacional Indigenista (INI) y de su vasta producción de textos relacionados a la salud, la antropología médica, el

curanderismos y la botánica médica, con obras importantes como Programas de salud en la situación intercultural (1955), también construye el concepto de aculturación: *“aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto, continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos”* (Ibid de Zolla, 2008: 10). Sus aportes teóricos en México serían la guía y la orientación de las acciones indigenistas en salud durante poco más de cuarenta años.

Con la conformación del INI se elaboran programas de acción intercultural en el primer nivel de atención, en los años 60-70 se extiende la cobertura de salud en todo el país con el programa IMSS-COPLAMAR y sus clínicas rurales. Fue a través de trabajos comunitarios como las propuestas de interculturalidad que se extienden la atención médica a zonas rurales, pero no saliéndose de una lógica biomédica (Ibid).

Inicialmente existía falta de interés del Estado mexicano respecto de los curanderos tradicionales. Fue durante el gobierno de Echeverría que se adopta la política de planificación familiar, donde da comienzo el proceso de capacitación a las parteras tradicionales para introducir el control natal en comunidades indígenas, rurales y campesinas. Los adiestramientos para las parteras en torno a métodos de atención prenatal y la aceptación de esterilización de las mujeres tenía una doble finalidad que era atender partos bajo la obtención de técnicas higiénicas y un claro control de la natalidad por parte del Estado.

Los hospitales de la Iglesia se transformaron en civiles en el siglo XIX y ya para el XX con el periodo cardenista comienzan algunos servicios rurales o ejidales; y en los años 60 se dará una extensión de cobertura por la creación de centros de salud con una atención dirigida a los espacios hospitalarios-clínicos. Fue con el presidente López Portillo que se crea un nuevo programa en salud con fondos estatales, el IMSS-COPLAMAR. Años después durante la década de los 80 se inicia una nueva postura desde el Instituto Nacional Indigenista respecto a la

relación con los médicos indígenas logrando su corporativización en 60 organizaciones regionales, se organizan dos congresos nacionales, se crea la Biblioteca de la Medicina Tradicional y se conforma el Hospital de Cuetzalán con la interacción de terapeutas biomédicos y tradicionales de la organización de médicos indígenas de la Sierra Norte de Puebla (Zolla, 2011 en Ibid).

En los acuerdos de San Andrés surgidos del periodo de intervención guerrillera zapatista (EZLN) se plantean cuestiones que aunque ya estaban convenidas por parte de las políticas públicas en materia de salud, educación, entre otros, dichas políticas no se adoptaban. El énfasis se puso en el reconocimiento de la pluriculturalidad en el artículo dos constitucional, en particular en lo referente a la medicina tradicional y legalización de las prácticas de médicos tradicionales. Es hasta el 2006 que se aprueba la Ley General de Salud para la legitimidad de la medicina tradicional, sin embargo, frente a la realidad de las condiciones de salud en las que se encuentran muchas comunidades indígenas marginadas y desprotegidas actualmente, queda claro que no hay un cumplimiento de lo establecido en la ley.

A inicios del presente siglo se crea la *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DGMTDI)* de la Secretaría de Salud federal con presencia más discursiva y mediática que acciones concretas, consecuencia de la ausencia de un presupuesto, de personal suficiente y de contactos reales con los pueblos indígenas (Ibid).

En el caso particular del Estado de Veracruz se han implementado estrategias de interculturalidad como son: el *Programa de Salud Indígena y Medicina Tradicional con Enfoque Intercultural (2006)* que desarrollaba talleres formativos para el personal de salud y la conformación de “*mediadores interculturales*” para establecer espacios de diálogo con los médicos indígenas (Ibid).

En el 2013 se crea la *Coordinadora Estatal del Programa de Interculturalidad* a partir del *Departamento de Salud del Migrante y Pueblos Indígenas* con un *Modelo*

*de Salud Indígena con Pertinencia Cultural* con los objetivos de capacitación en el enfoque intercultural y de género, reconocimiento de las lenguas indígenas y de la medicina tradicional a través de talleres comunitarios interculturales de promoción de salud y adecuación de las unidades de medicina a la “*cultura de los usuarios*” (Xoquihua & Mongue, 2014 en Ibid).

Los avances que se documentan son la capacitación a funcionarios jurisdiccionales y de unidades médicas, la contratación de promotores de salud bilingües interculturales egresados de la *Universidad Intercultural del Estado de Veracruz*, la enseñanza de algunas lenguas indígenas y la implementación de centros de salud culturalmente competentes. (Ibid)

La Interculturalidad es reconocida desde finales del siglo XX, lo que he señalado en todo este apartado, como una teoría relevante para el Sector Salud de nuestro país y otros países de América Latina, siguiendo las iniciativas internacionales que surgen de la reunión de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud en 1978 que recomienda la incorporación de la medicina tradicional para incrementar la cobertura de los servicios de salud, principalmente en los sectores rurales e indígenas. Este enfoque también se implementó durante esta época en países europeos y en otras potencias como Estados Unidos de Norteamérica, debido a los grandes flujos migratorios que los caracterizaban, apareciendo la postura intercultural como una respuesta a las necesidades sanitarias y de asistencia a la población migrante, tratando de que la identidad étnica nos se convirtiera en una barrera de acceso a los servicios. (Haro, Paulo Maya, & Betina Minjárez, inédito)

Para la OPS, la interculturalidad es esencialmente un proceso de comunicación en relaciones de convivencia, donde se promueven condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, escucha, comprensión mutua y sinergia. También, señala esta instancia que “puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es

una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos” (OMS/OPS, 2008). Sin embargo, como señala Walsh y Dietz la interculturalidad está relacionada también con las relaciones de dominación entre diversos grupos culturales, étnicos, generacionales, lingüístico, de género, etc. Y en el caso del sector salud entre los saberes científicos y saberes locales, instituciones de salud, prácticas médicas, etc.

Mientras tanto, los organismos internacionales en salud plantean el diseño de programas en salud intercultural que incorporen los saberes de la medicina tradicional para lograr introducir eficazmente los servicios biomédicos y así mejorar las condiciones de salud y cumplir con los objetivos internacionales del Milenio.

Desde finales del siglo XX la interculturalidad en salud es un marco de referencia de las políticas nacionales de países de América Latina, a la par del reconocimiento de la diversidad cultural, el patrimonio biocultural y los derechos de los pueblos originarios. No obstante, las políticas aplicadas proponen una versión de interculturalidad que se reduce a la adquisición de competencias que deben adquirir el personal de salud o bien a la incorporación descontextualizada de recursos de la medicina tradicional, perdiendo de vista las condiciones estructurales, la discriminación y la falta de acceso a los servicios que caracteriza a las poblaciones donde estos programas se aplican (Haro, Paulo Maya, & Betina Minjárez, inédito).

Dichos planteamientos socioculturales se enfrentan a los saberes y formación profesional del personal de salud, así como a las condiciones reales de las instituciones que ofrecen atención, perdiendo de vista que el modelo biomédico tiene como parte de sus características ignorar la voz y experiencia de los actores (Ibid).

En consecuencia, la *interculturalidad en salud* se entiende como: “*la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales*”

*diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas”* (Campos-Navarro, 2003: 6 de Ibacache y Oyarce). Autores como Luca Citarella lo define como *“[...] el concepto [...] que expresa la intención de conocer y tomar en cuenta la cultura del paciente en el proceso de atención a la salud, considerando al individuo como el producto activo de factores culturales, sociales, geográficos y biológicos”* (Campos-Navarro, Citarella, & Zangari, 2010: 16).

Otras definiciones de interculturalidad en salud se dirigen a un enfoque metodológico, como *“[...] una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud”* (Haro, Paulo Maya, & Betina Minjárez, inédito).

Ahora bien, para R. Campos-Navarro es *“el ejercicio de la práctica médica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y de donde se requiere un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería), sean satisfactorios para las dos partes”* (ibid).

Algunos convenios internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989), firmado por México en 1991 y ratificado en 2001, y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007, así como instrumentos desarrollados en la Organización de los Estados Americanos (OEA) y su Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) señalan el derecho a la autodeterminación, al territorio, derechos culturales, incluyendo el uso de la medicina tradicional, el derecho a la atención sanitaria y a los recursos de la biomedicina con pertinencia cultural y lingüística

(Ibid).

Los **cuestionamientos** a la interculturalidad en salud se enfocan a que, por ser un concepto en construcción, presenta serias ambigüedades en la forma como se aplica en las políticas en salud, así como en proyectos de algunos Organismos de la Sociedad Civil. Las discusiones en las investigaciones y políticas públicas se centran en los aspectos ideológicos y metodológicos con los cuales dicha perspectiva fue utilizada. Ya que estas surgieron por iniciativa de agentes externos a las comunidades, ya sea a través de instituciones estatales o no gubernamentales con el objetivo de extender la cobertura de salud a las poblaciones marginadas, articular la biomedicina con la medicina tradicional en busca de relaciones paralelas, buscando la reivindicación popular y técnica de la medicina tradicional como parte del empoderamiento de la cultura indígena, mejorar la relación personal de salud/paciente indígena, no solo buscando aumentar la eficacia clínica, sino como forma de librar barreras de tipo cultural al acceso de los servicios de salud. Es decir, que al surgir las propuestas de una visión externa no se tomaron en cuenta las necesidades y recursos que las poblaciones habían implementado, las condiciones estructurales y las desigualdades socioeconómicas que caracterizaban a estos conjuntos sociales, no fueron analizados y menos integrados a las propuestas (Menéndez E., 2017).

Se consideraron a los grupos receptores de dichas políticas, como homogéneos en términos religiosos, de género, adscripción política, nivel educativo, de grupos de edad, etc., sin considerar infinidad de cambios, entre ellos los generacionales (Ibid). No se contemplaron las diferencias y desigualdades de diverso tipo entre los grupos sociales, tampoco contemplaron la disminución creciente del número de curadores tradicionales y la pérdida de algunas de sus actividades en lo cual han participado directamente las instituciones de salud, a través de sus capacitaciones y normatividad (Ibid). Cuestionamientos del autor que comparto y se mostrará con los datos del trabajo.

Se perdieron de vista relaciones de conflicto y división que se dan al interior de los conjuntos sociales, así como las condiciones de violencia y racismo que a nivel



macro y micro social se han incrementado en el contexto de las poblaciones mexicanas (violencia estructural, del narcotráfico y de género) (Ibid).

Tampoco tomaron en consideración el proceso de expansión y tendencia a la monopolización de la atención a la enfermedad de la biomedicina, así como la fuerte y continua penetración del saber biomédico en el saber popular, lo que ocasiona una constante articulación entre la medicina tradicional, medicinas alternativas y la biomedicina en las prácticas de los conjuntos sociales, incluidos los curadores, ocasionando una fuerte bio-medicalización de los diferentes terapeutas (Ibid).

Los interculturalistas entonces perdieron de vista el pragmatismo del sector salud que ha incluido y excluido a los otros curadores en función de los recursos humanos y materiales de los que dispone y de su utilidad en sus programas prioritarios (Ibid).

Tendrían que haber contemplado el interés real y la importancia que dichas propuestas interculturales tienen para las poblaciones a las que fueron dirigidas y por último no tomaron en cuenta uno de los aspectos más decisivos en términos de interculturalidad a nivel micro-social, los procesos de auto-atención que se dan en todos los conjuntos sociales que integran saberes tradicionales, biomédicos y de otras formas de atención, como una práctica que muestra la capacidad de agencia de los sujetos y grupos sociales (Ibid).

En términos metodológicos estas intervenciones se centraron en la cosmovisión de los grupos con una visión a-histórica. En la búsqueda exclusiva de la diferencia perdieron de vista las similitudes que se dan entre los diferentes conjuntos sociales que entran en interacción a través de sus representaciones y prácticas respecto del proceso s/e/a-p. Se trabajó con un solo actor al que se consideró clave lo que hizo que se perdiera de vista un enfoque relacional. Las propuestas surgen con prenociones respecto de incompatibilidad y no de complementariedad (Ibid).

Todos estos aspectos son, en opinión del autor, las razones por las cuales las diversas propuestas y políticas interculturales han tendido fracasos y muy pobres resultados en su aplicación, ya que surgen de sesgos, omisiones y/o resignificaciones en la forma de usar e impulsar la interculturalidad.

Esto no quiere decir que no sea importante impulsar propuestas en busca de mejorar las condiciones de salud/enfermedad de las poblaciones, sino que se han perdido de vista la capacidad de agencia de los grupos y sujetos para impulsar esos cambios. Reconociendo la diversidad cultural, el pluralismo médico en sociedades pluri-étnicas y multiculturales donde la interculturalidad se vive cotidianamente haciendo uso de las diversas formas de atención a la salud a través de su auto-atención, al recurrir a las medicinas tradicionales y alternativas en combinación con los servicios médicos privados y públicos.

Una vez realizada esta revisión teórica respecto de interculturalidad e interculturalidad en salud, consideré proponer el uso de algunos conceptos claves que permitirán establecer una relación operativa con la temática principal, estos son la *Validación cultural* que consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevante para el proceso de atención de usuarios (Baixeras, 2005); sobre la *Filiación cultural* es aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en lo que es evidente el requerimiento a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo (Zolla, 1983); y la *Negociación cultural*: se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes no se contraponen a las del profesional de salud, interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico (Heurting, 1992).

## **Marco referencial-Categorías de análisis**

A continuación se presentan los conceptos principales con los cuales trabajo en la presente investigación:

*Interculturalidad*: conjunto de encuentros, relaciones y diálogos que se dan entre sociedades pertenecientes a distintas culturas en la búsqueda de una conciliación por ambas o más partes; no solo en cuestiones de interacción cultural sino lingüística, étnica o epistemológica. Donde se involucra la promoción de acuerdos bilaterales para la identificación entre los conjuntos sociales, no solo desde lo personal sino que desde ahí se pueda reconocer a la otredad para generar las transformaciones necesarias a nivel estructural y/o institucional.

Interculturalidad en salud: proceso relacional para el entendimiento y diálogo de saberes entre los diversos actores que intervienen en el proceso s/e/a-p, como son: curadores/as, personal de salud, enfermos/as (pacientes), familiares, entre otros; quienes al pertenecer a culturas complejas pretende generar estrategias de reciprocidad, transitar hacia una atención a la salud integral, digna, eficaz y eficiente. Pero también puede hacer evidente relaciones asimétricas y conflictivas

Sistema Real de Salud: conjunto de elementos (recursos, saberes y eficacia) de la medicina popular, doméstica y académica de los cuales las comunidades y los sujetos sociales echan mano para enfrentar sus principales problemáticas en salud de manera complementaria. Y que pueden variar según su contexto.

Modelos Médicos: herramienta metodológica que aporta elementos para una construcción teórica mediante rasgos estructurales de los mismos modelos (hegemónico, alternativo-subordinado y de auto-atención) para reconocer la constante interacción ideológica y técnica de las formas de atención a través de los diversos actores sociales (relacional), articulando y reinterpretando sus saberes.

Promoción de la salud: procesos de control en la salud/enfermedad en comunidades donde a través de agentes activos se interviene para beneficiar y dar seguimiento a la calidad de vida individual o comunitaria y así adaptarse no solo en el tratamiento y curación en la prevención y sus recursos disponibles con los cuales atender las principales problemáticas de salud.

Práctica emancipatoria: acciones derivadas de una constante crítica por parte de las mismas comunidades y otros actores sociales (ONG, A.C., curadores entre otros) a sus problemáticas en salud, donde se han puesto en marcha diversas iniciativas en prácticas para confrontar alguna situación o problemática en específico.

Atención Primaria a la Salud: son las acciones, actividades y estrategias que se hacen en la comunidad, desde la comunidad o con la comunidad para solucionar diferentes dificultades sanitarias a través de intervenciones civiles, comunitarias o gubernamentales. Esto a parte de que existan centros de salud y hospitales públicos y privados. Diferenciándose a lo que corresponde al primer nivel de atención, que es parte de lo que hacen gobiernos en múltiples partes del mundo dirigido a la atención de la enfermedad.

### **Algunos estudios en la región Olmeca**

Después de una acotada revisión de estudios que se han realizado en esta área veracruzana sobre el proceso s/e/a-p, promoción de la salud o sobre interculturalidad en salud, pude identificar que desde las ciencias sociales, específicamente la antropología, el interés hacia la región se ha dado principalmente con investigaciones sobre las plantas medicinales utilizadas en diferentes comunidades señalando la gran diversidad de especies reconocidas en la zona (de 59 a 61), el reconocimiento de los curadores tradicionales y las principales enfermedades tradicionales que atienden (caída de mollera, mal de ojo, espanto y atención al parto) así como la presencia de la noción de frío-caliente

en la clasificación de enfermedades, plantas y alimentos. Todo ello frente a la falta de acceso de comunidades de la Sierra de Santa Martha, con fuerte presencia de población indígena, a los servicios de salud oficial (Tapia, s/f) y (Chávez-Pérez, 2009).

Respecto a los curadores tradicionales existen trabajos que rescatan los rituales de iniciación y aprendizaje de los principales médicos tradicionales de la región, el reconocimiento de la comunidad, las terapias que utilizan poniendo énfasis en el uso de plantas medicinales, pero también mencionan el dato de que 49% de la población estudiada no ha recibido atención de ningún médico tradicional, aunque no se discute más sobre este dato (Araiza, 2016).

Los curadores tradicionales que se registran en esta área o región Olmeca son parteras, hueseros, chupadores, curanderos, culebreros, hechiceros y brujos; la investigadora Arano se interesó en estudiar las formas comunicativas que desarrollan en sus rituales de curación. (2011) También se estudiaron los cambios y continuidades que tienen curanderos y mayordomos en la práctica de la medicina tradicional a partir de la reivindicación política de la identidad indígena (Frutos, 2017).

Con un enfoque más histórico se han realizado investigaciones en la zona de los Tuxtlas sobre los cambios que la modernidad ha traído a las tradiciones y narrativas de la región de Tatahuicapan de Juárez (Cuevas, 2004), (Salcedo, 2014) y (Roca, 2013).

Y desde la sociología y las ciencias política el interés en la región se ha dado con investigaciones que han estudiado específicamente la organización política y participación social de grupos de mujeres que han conformado cooperativas para gestión de proyectos sociales incluida la atención a la salud con un enfoque de género[ (Cinta, 2007) y (Pérez-Hernández, 2010)], aunque los datos respecto de

este campo son muy acotados y no se profundiza en el papel de estas mujeres como curadoras y su impacto en la atención al proceso s/e/a-p de su región.

Por otro lado, tenemos algunos trabajos realizados en la región desde las ciencias de la salud, tesis de licenciatura y maestría de trabajo social, medicina familiar y enfermería que describen las principales problemáticas de salud reconocidas desde la biomedicina, su vinculación con factores socioculturales que contribuyen a la mortalidad, la necesidad de una educación y sensibilización de la población sobre los programas de prevención[ (Alcocer, 2011) (Rodríguez-Arias, 2004) y (Pérez-Casas, 2008)]. Se proponen modelos de participación comunitaria para mejorar los problemas de salud de estas poblaciones, reconociendo la alta incidencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes y cáncer [(Alvizar, 2011) y (López-Altamirano, 2012)], así como la exposición a agentes químicos, biológicos y psicosociales de los trabajadores de la industria petroquímica con propuestas de salud ocupacional (Alor, 2002). Diagnósticos situacionales y propuestas de intervención para mejorar las condiciones de los servicios institucionales. (Aguilar, 2008). Estudios sobre la violencia doméstica, la ansiedad en amas de casa, las condiciones del adulto mayor, enfermedades de salud mental y la migración y vandalismo asociado con el consumo de alcohol, desocupación y baja escolaridad en la juventud en la comunidad de Coacotla (Martínez-Zamora, 2012); (Magaña, 2013) y (Pérez-Urbano, 2005).

Por último, con el enfoque de la interculturalidad lo que predominan son trabajos que se orientan a implementar modelos de educación intercultural para recuperar el conocimiento popular sobre la medicina tradicional, la participación en temas de salud mental, mejorar la atención de las embarazadas a través de una mejor comunicación con los diferentes terapeutas, principalmente la partera, así como el papel de las promotoras de la salud, poniendo énfasis en temas de comunicación intercultural (Zárate, 2008); (Carrasco, 2007); (Hernández-Hernández, 2018) y (López-Lara, 2009).

Un interés en particular fue acercarse a las investigaciones de la licenciatura en Gestión Intercultural para el desarrollo de la Universidad Veracruzana Intercultural, sede regional las Selvas-Huazuntlán, ya que esta sede se ubica en la zona de influencia de los proyectos que realiza el comité de promotoras de las CSP, y además dicha licenciatura se ubica en el área de interculturalidad en salud. Identificamos algunos proyectos cuyas temáticas se pueden relacionar con nuestro trabajo de investigación, como son la recuperación de la gastronomía de la comunidad de Ixhuapan (municipio de Mecayapan, Veracruz) cuyo objetivo central fue fortalecer la lengua nahua en los jóvenes, mediante la gestión de saberes gastronómicos de las mujeres adultas, para contribuir en la disminución del desplazamiento de la lengua y la cultura náhuatl en la comunidad de Ixhuapan. (González-González, 2019). Otra temática que se aborda se refiere a aspectos psicopedagógicos para el fortalecimiento del desarrollo personal de niños y niñas, mediante un programa de estimulación para madres adolescentes de la comunidad de Mecayapan. Donde a partir de la recuperación de las pautas de crianza que las madres adolescentes han aprendido de sus madres y abuelas, se reconozca sus necesidades y problemáticas, haciendo notar que estas acciones son realizadas por las madres sin un espacio de reflexión sobre qué áreas favorecen el desarrollo de los menores de edad (Luis-Bautista, 2019).

También hay un escrito de investigación sobre la participación comunitaria para la revitalización de la medicina tradicional como una alternativa en la atención de la salud entre zoques y totonacos del ejido la Nueva Vida (Municipio de Uxpanapa, Veracruz). Resaltando el hecho de que actualmente las nuevas generaciones están haciendo a un lado los conocimientos tradicionales sobre plantas medicinales, las cuales han sido utilizadas para el tratamiento de enfermedades y padecimientos a lo largo de su historia. (Gómez-Méndez & Mondragón, 2019). Por último, recuperé una investigación cuya temática son las estrategias para mejorar la alimentación y nutrición con niñas y niños de tercero y cuarto grado de la escuela primaria Rafael Ramírez de la comunidad de Tonalapan (Mecayapan, Veracruz). El documento ha sido planteado desde la perspectiva de una mirada comunitaria sobre alimentación y la importancia de crear hábitos que permitan

tener una buena salud, desde la manera en cómo nutrir el cuerpo hasta llegar a los hábitos de higiene. Aquí se observa que la salud intercultural es un concepto en construcción en la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI) a través de la orientación de salud, donde se ven aspectos de la vida cotidiana enfocados al bienestar del cuerpo desde las percepciones culturales y vivenciales. (Carbajal, 2019)

Los trabajos revisados si bien muestran un panorama respecto de las investigaciones vinculados con la interculturalidad en salud en la región de estudio, permiten reconocer que los intereses disciplinares siguen orientándose a temáticas diferenciales, tal el es caso de los trabajos antropológicos que desarrollan temas relacionadas con la medicina tradicional, sus curadores y sus recursos, principalmente la herbolaria medicinal.

Los trabajos que surgen de la sociología y la historia se enfocan a procesos sociopolíticos de organizaciones, los cuales fueron de interés para conocer el proceso de formación del comité de promotoras de las casas de salud, pero no abordan las temáticas relacionadas con su trabajo en salud. Las investigaciones que surgen de disciplinas con una orientación aplicada como el trabajo social y la gestión intercultural describen problemáticas específicas en contextos étnicos identificando las transformaciones que estos grupos sociales tienen y tratando de implementar estrategias para recuperar saberes tradicionales, la lengua de origen o los conocimientos médicos tradicionales.

Solo tengo conocimiento de un trabajo realizado en el área de antropología médica en la zona cercana a Minatitlán, que muestra la interacción entre los saberes de las diferentes formas de atención entre las madres y los curadores, reconociendo la fuerte presencia de la biomedicina en ese contexto, dicho trabajo no aborda a promotoras de la salud, sin embargo fue un referente importante para reconocer las condiciones de salud de la región en décadas anteriores.



### Capítulo III

#### De la Teología de la Liberación al Catequismo de la Salud

El vínculo del c-p-c con las Comunidades Eclesiales de Base (en adelante CEB) estuvo presente durante la gestión y el desarrollo de sus primeros trabajos comunitarios en materia de promoción-atención a la salud y otros proyectos comunitarios. Por ser estas CEB el origen de una filosofía católica del siglo XX, denominada Teología de la Liberación (en adelante TL), me interesa en este apartado realizar una pequeña síntesis sobre el origen de este movimiento eclesial de los años 60, sus antecedentes, contexto, desarrollo y su relación con la llamada Teología Feminista (en adelante TF), que surge como consecuencia de una crítica constructiva del actuar cristiano, fuera y dentro de la Iglesia, y el papel que tiene la mujer. Siendo esta última, parte importante de la postura teológica que fundamentan las acciones de las integrantes del comité de las CSP.

Partiré por desarrollar aspectos puntuales sobre el concepto de teología, para después abordar lo correspondiente a la TL y Teología la eco-Feminista<sup>29</sup>, según algunos autores en materia, para tener elementos sobre lo relacionado con las CEB como punto de partida de ambas directrices eclesiales pertenecientes al complejo contexto socio-cultural de mediados del siglo pasado.

Algunas posturas de la Iglesia católica actual reconoce el dinamismo de la sociedad, se propone ya no cristianizar o neo-cristianizar sobre la devoción a Dios,

---

<sup>29</sup> Ivonne Gebara: mujer religiosa de origen brasileño es quien se proclama como pionera de la teología eco-feminista. Originaria de Lovaina donde realiza sus primeros estudios, para después residir en Recife Brasil, durante la plena efervescencia de la teología de la liberación (1973), mostró un fuerte interés en sus postulados y en especial en la condición de los pobres. Desarrolló acciones siguiendo dichos postulados y así reconoce cuestiones relacionadas con las mujeres y como estas no eran tomadas en cuenta en la discusión de la teología de la liberación respecto de temas como el cuerpo, sexualidad, aborto, trabajo en el hogar, etc. Lo que la sensibiliza en torno al papel subalterno de la mujer dentro del sistema patriarcal de la Iglesia católica. Fue a partir de su encuentro con el movimiento de la Teología de la Liberación y el reconocimiento de condiciones que la involucran como mujer, lo que la impulsa a identificarse como teóloga feminista. (Freixas, 2019)

sino trabajar con las comunidades y comprenderlas, integrando sus usos y costumbres, es decir, plantean una propuesta intercultural. Por lo cual en la segunda parte de este capítulo se abordarán las relaciones que establecen la institución eclesial a través de sus representantes con el c-p-c de las CSP.

## **Teología**

Según Gustavo Gutiérrez<sup>30</sup> *“la teología es inherente a una vida de fe que busque ser auténtica y plena, y, por lo tanto, a la puesta en común de esa fe en la comunidad eclesial. En todo creyente, más aún, en toda comunidad cristiana, hay pues un esbozo de teología, de esfuerzo de inteligencia de la fe.”* (Gutiérrez, 1975: 21). Aunque a lo largo de la historia la teología ha cumplido diversas funciones desde el surgimiento de la Iglesia, la teología *“[...] se trataba fundamentalmente de una meditación sobre la Biblia, orientada al progreso espiritual [...] caracterizada por una vida espiritual alejada del quehacer mundano”* (Ibid: 23). En consecuencia, *“[...] la teología debe ser un pensamiento crítico de sí misma, de sus propios fundamentos. Sólo eso puede hacer de ella un discurso no ingenuo, consiente de sí misma, [...] no obstante, se busca de la misma, hoy en día, [...] una actitud lúcida y crítica respecto de los condicionamientos económicos y socioculturales de la vida y reflexión de la comunidad cristiana, no tenerlos en cuenta es engañarse y engañar a los demás”* (Ibid: 23-24).

Gutiérrez además habla de *“reflexionar sobre la presencia y el actuar del cristiano en el mundo, significa, además, y esto es de importancia capital, salir de las fronteras visibles de la Iglesia, estar abierto al mundo, recoger las cuestiones que se plantean en él [...] esta abertura a la totalidad de la historia humana es precisamente lo que permite que la teología pueda cumplir sin estrecheces una función crítica de la praxis eclesial.”* (Ibid: 38-39).

---

<sup>30</sup> Filósofo y sacerdote peruano en 1959 y dominico desde 2001, es quien cuestionó con mucho fundamento y abiertamente a la Iglesia Católica con la obra denominada Teología de la Liberación la cual fue traducida a más de 30 idiomas; siendo igual uno de los principales representantes de la corriente teológica latinoamericana de liberación como una de las más influyentes del siglo XX.

La teología es entendida como el estudio sobre la experiencia en relación con Dios y las cosas referentes a él. Es una disciplina investigativa que busca exponer las verdades religiosas en forma de proposiciones racionales a lo que se denomina *Revelación* por parte de la Iglesia católica, es decir, la palabra de Dios, transmitida e interpretada por la misma Iglesia y su magisterio<sup>31</sup>; y acogida por la fe. (Enciclopedia Cubana, s/f) De tal forma que teología, según Gustavo Gutiérrez, “*es una reflexión que está orientada al anuncio del evangelio y es así que tiene realmente sentido. La teología no se hace por hacer escritos, se hace pensando en la tarea de la Iglesia.*” (Gutiérrez, 1975: 43).

### **Teología de la Liberación**

Los antecedentes de la TL en el continente americano datan de 1511 con Fray Bartolomé de las Casas, quien en Cuba reconoce el papel de la Iglesia al apoyar la opresión de los conquistadores, quienes en búsqueda de grandes riquezas explotaban y maltrataban a los pueblos indígenas, sometiéndolos a trabajos forzados. De las Casas buscó hacer valer los derechos de estos pueblos (Welsh, 1994).

La postura de la Iglesia se mantuvo a lo largo de la época de la colonia bajo el argumento de la necesidad de evangelizar a los pueblos originales del nuevo mundo, aún a costa de su dominación y fuerte explotación (Ibid).

Durante el siglo XIX se dan los movimientos de independencia entre España, Portugal y sus colonias. A partir de estos acontecimientos, varios sacerdotes como Hidalgo y Morelos, así como otros sujetos relacionados con la Iglesia realizan una praxis emancipadora, con una justificación teológica, en apoyo a los cambios estructurales del contexto socio-histórico (caso de independencia en México y varios países del continente americano). Así, se fue consolidando la Iglesia en

---

<sup>31</sup> Al tratar principalmente las relaciones entre alma y cuerpo: su espiritualidad puede ser demostrada ahí (Gutiérrez, 1975).

América Latina en donde se dará apertura a diversos enfoques de una teología conservadora (Ibid).

En otros espacios sociales surgen también cuestionamientos sobre las condiciones de vida de poblaciones vulnerables, como es el caso de Joseph Cardijn, pastor, pedagogo, misionero, sacerdote belga de finales del siglo XIX (1882) testigo de los problemas vividos por los trabajadores en plena época de industrialización, lo que le lleva a dedicarse a la acción pastoral en comunidades obreras (Juventud Obrera Cristiana, 2014).

Es en 1925 cuando Cardijn funda la Juventud Obrera Cristiana (JOC) con la intención de evangelizar a los jóvenes del mundo obrero belga. A través de dicha organización pretende que la juventud se encuentre con Jesucristo, descubran su vocación y dignidad personal y se comprometan por un mundo más justo en base a una sociedad igualmente justa. Fue además uno de los principales promotores del compromiso social de la Iglesia a comienzos del siglo XX. Percibió a la JOC como instrumento de liberación para todos los jóvenes del mundo proletario y colaboró en el despertar de la conciencia social de los cristianos y el compromiso por la justicia (Ibid).

Cardijn recoge y desarrolla una gran intuición evangélica: *“encarnarse, actuar desde dentro, desde el corazón de la masa, ser uno de tantos, vivir la fe en medio de la gente [...] Aportó además la revisión de vida que ha sido ocupada, enaltecida y permanece en muchos otros grupos, movimientos y comunidades (caso de las CEB en Latinoamérica). Se basa en el método **“ver-juzgar-actuar”** el cual ha apoyado a muchos jóvenes a reflexionar sobre su vida desde la fe. Hoy la Revisión de Vida es un método plenamente acogido en la Iglesia.”* (Ibid).

Son antecedentes importantes de las actuales CEB. No obstante, continuaban reflejando sus orígenes europeos. Sus sacerdotes estaban poco interesados en

extender estos movimientos, a menudo limitándose ellos mismos a dos o tres células.

Una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial surgió el movimiento católico de Acción Cristiana el cual dio inicio a una nueva teología llamada teología de la “Nueva cristiandad”<sup>32</sup>, que genera un precedente más a la teología latinoamericana, pues, al existir diversos movimientos de acción católica entre obreros y estudiantes, se impulsan acciones evangelizadoras a lo largo del globo terráqueo.” (Welsh, 1994: 26).

Es hasta 1955 que se crea el CELAM (Consejo Episcopal Latinoamericano) en donde se reúnen obispos de múltiples naciones del continente americano quienes, entre otras temáticas, abordaron el problema de la proliferación de grupos protestantes y, la influencia del comunismo entre intelectuales, obreros y grupos de acción política popular. (Pérez-Hernández, 2010) El mismo consejo, en su segunda conferencia general (1968), “promovió la fundación de cooperativas de ahorro y crédito, escuelas parroquiales, dispensarios médicos, [...]” (Ibid: 114), entre otras propuestas. Fueron esfuerzos que acercaron más a la Iglesia a los problemas sociales de las comunidades marginadas en Latinoamérica.

Otro de los principales pilares de la TL es Paulo Freire quien en su trabajo pedagógico propició con éxito la alfabetización creciente en Brasilia, en 1963, participó en reformas educativas (durante el periodo de Eduardo Frei en Chile). En la pedagogía de la liberación, su principal tesis, consiste en la imposición evidente, puesta por prescripción, del comportamiento de los oprimidos según los opresores (Ibid).

---

<sup>32</sup> Las tesis de la nueva cristiandad llegan en otro momento de la vida de la Iglesia. “Se trata de un primer y bien estructurado esfuerzo que procura además “echar sus raíces en el pensamiento tradicional de la Iglesia [...] gracias a la influencia de Tomás de Aquino quien [...] abre las posibilidades de una acción política más autónoma y desinteresada en búsqueda de una sociedad basada en la justicia. Esta posición representa un primer esfuerzo por valorar la tarea terrestre de ojos de fe; así como situar mejor a la Iglesia en el mundo moderno [...]; los cristianos que se situaron en esta perspectiva tuvieron que enfrentar muchas veces la animadversión del grueso, y de las autoridades de la Iglesia, ligado a una mentalidad conservadora.” (Gutiérrez, 1975: 35).

Así como él, existen otros autores importantes como es el caso de Ivan Illich quien realizó planteamientos filosóficos y teológicos de transformación social radical. Él funda el Centro Intercultural de Documentación en Cuernavaca, como parte de su estrategia de liberación de los excluidos tras una desescolarización (Ibid).

Uno de los participantes del Concilio Latinoamericano fue Monseñor Sergio Méndez Arceo<sup>33</sup> siendo uno de los propulsores del proceso de la TL en México. Quien además, según Raúl Macín, *“en su afán por centrar la atención del pueblo en el sacrificio de Cristo, el obispo encuentra a éste en el pueblo y decide seguirlo [...] gracias a un auténtico compromiso con los pobres de su diócesis, compromiso que se inició con el reacondicionamiento de la catedral”* (Marcín, 1972: 81). También propuso una versión popular del nuevo testamento, en 1962, como iniciativa que surge del Concilio Vaticano II, para que su calidad y bajo costo sea disponible a su propósito, al considerar que *“en la Biblia hay un mensaje de liberación que la gente necesita comprender y destacar, es decir, vivir plena e intensamente”* (Ibid: 83).

La TL resulta ser un intento por re-conceptualizar la fe cristiana desde la perspectiva de los pobres y oprimidos *“[...] propone la organización popular con base en el argumento de alentar y favorecer todos los esfuerzos del pueblo por crecer y desarrollar sus propias organizaciones de base”* (Pérez-Hernández, 2010: 91-93, en Ibid).

Sergio Silva de la Facultad de Teología de la Pontificia Universidad Católica de Chile retoma los postulados de la TL en un ensayo donde menciona que ésta *“[...] hizo suya la perspectiva de la teoría de la dependencia. Ésta aparecía como la visión más adecuada no solo para explicar la pobreza y la opresión de nuestros pueblos, sino ante todo como la que podía proponer las vías eficaces de su*

---

<sup>33</sup> Nació en Tlalpan, CDMX, el 2 de octubre de 1907. Fue ordenado el 28 de octubre de 1934 y consagrado obispo el 30 de abril de 1952 en la ciudad de Cuernavaca. Participante como cristero en los años de 1926 a 1929 (Marcín, 1972).

*superación, precisamente porque detectaba los mecanismos que en la sociedad generan la opresión y la pobreza. Sobre todo, por este acento puesto en la necesidad de eficacia en la acción, entraba en la Teología de la Liberación el talante de la modernidad. La teoría de la dependencia se presentaba, además, con un “plus”: era una teoría social elaborada principalmente por científicos sociales de América Latina, en diálogo con las ciencias sociales críticas de orientación marxista dado al contexto socio-histórico” (Silva, 2009: 98).*

La TL ha hecho suyo el método “Ver-Juzgar-Actuar”, desarrollado en los movimientos centroeuropeos de la Acción Católica Obrera de los años 30 del siglo pasado y asumido oficialmente por la jerarquía de la Iglesia tanto en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes (GS)*<sup>34</sup> del Concilio Vaticano II<sup>35</sup>, como en los documentos de las Conferencias Generales del Episcopado de América Latina en Medellín y Puebla y, luego del intervalo de Santo Domingo, en Aparecida. Se trata de un “*método orientado a la acción, a reforzar y eventualmente orientar la praxis liberadora de los creyentes, como se ve por el hecho de que confluye en el “Actuar”. Para contribuir a esa acción, la fe aporta sus criterios de juicio, su iluminación; es lo que se hace en el segundo momento del método, el “Juzgar”. Pero lo decisivo es el “Ver”. Como se trata de una fe entendida de partida como praxis de liberación y se está en un continente en que la opresión económica,*

---

<sup>34</sup> Constitución destinada de la palabra conciliar del Concilio Vaticano II, tras haber profundizado en el misterio de la Iglesia, se dirige ahora no solo a los hijos de la Iglesia católica y a cuantos invocan a Cristo, sino a todos los hombres, con el deseo de anunciar a todos cómo entiende la presencia y la acción de la Iglesia en el mundo actual (Constitución Pastoral, 1965).

<sup>35</sup> ¿Qué son los concilios en la Iglesia católica?, éstos dependen de un Magisterio que se basa en la tradición y la escritura para comunicar al pueblo cristiano las verdades de la fe. Hay muchas formas de ejercer el magisterio y una de ellas es mediante los concilios, los cuales se dividen en: **provinciales, sínodos diocesanos** y los **concilios ecuménicos**. Su origen viene de los emperadores Bizantinos. Este último es una actuación del magisterio ejercido por todos los obispos en el mundo y en comunión con el Papa. Es el episodio supremo de la colegialidad episcopal. Los concilios no solo tratan temas doctrinales sino también cuestiones disciplinares o de índole política o social, y siempre con fines pastorales. Pese a una extraña cronología cada concilio ecuménico emerge de una necesidad urgente, bien dogmática, moral, social o política. Hasta el presente siglo, los concilios ecuménicos han sido 21, el primero fue Nicea en el año 325 y el último Vaticano II en 1962-65. Cabe señalar, que el Concilio de Trento (1545-1563) es donde se discutió sobre si los indígenas se consideraban personas con alma, o no. (Correa, 2013).

*política y social salta a la vista, se tratará ante todo de ver esa situación de opresión que desafía al carácter liberador de la fe. No basta aquí, obviamente, con el solo ver descriptivo, que a lo más puede llevar a acciones asistenciales puntuales. Hay que llegar al fondo, es decir, a las causas de la opresión. Es por esta puerta por donde entra el análisis que las ciencias sociales hacen de nuestro continente, en la TL Es lo que se suele llamar la “mediación socio-analítica” de la teología; ya se ha visto que en los comienzos se usó la teoría de la dependencia. Para los otros dos momentos del método se habla de “mediación hermenéutica” (Juzgar) y “mediación práctica” (Actuar)” (Ibid: 99).*

Lo importante es que el creyente se comporte en su vida cotidiana de acuerdo a su fe en Jesús, que lo siga. Y la fe es concebida como esencialmente liberadora. *“La praxis de la fe, que es lo primero, es praxis de liberación en la historia. Luego viene la teología como acto segundo, para re-flexionar esa praxis a la luz de las Escrituras (y de los demás lugares teológicos). Ahora bien, dado que la TL nace – como acabamos de ver– por el impacto sobrecogedor de la experiencia de la pobreza, en esta praxis la liberación política y económica ocupa el primer plano y a ratos, incluso, toda la visión. Sin embargo, como ha subrayado Gustavo Gutiérrez en repetidas ocasiones, desde el comienzo está claro que esa liberación es sólo el primero de tres niveles, cada vez más profundos, que constituyen la liberación que busca y ofrece la fe; los otros dos son la liberación personal y la liberación del pecado” (Ibid: 99).*

En el contexto de América Latina, la TL ha subrayado la decisiva importancia de los pobres, entendidos no sólo como lugar epistemológico (contexto desde el cual y para el cual hay que hacer la teología) sino también como lugar propiamente teológico, porque en ellos se está haciendo presente Dios (Ibid).

Cabe destacar que, ante este movimiento eclesial latinoamericano, se desencadenó un periodo caracterizado por *“la defensa de la ortodoxia y la estricta observancia de las directrices romanas”* (Siller; Puente-Lutteroth, 1993: 81-82), por resultar inquietante a la jerarquía interior de la Iglesia.



El éxito y propagación de estas CEB en su inicio, dada la fuerte relación entre los sacerdotes con los grupos creados, pronto generaría una respuesta por parte de la alta jerarquía eclesiástica que contribuiría a una disminución de estos vínculos con las comunidades.

Otra participación de México durante el periodo de origen y desarrollo de la TL, fue la presencia de Monseñor Samuel Ruíz, el padre Jesús García y el Dr. Luis González en el Primer Encuentro Pastoral de Misiones de América Latina en Melgar, Colombia, en 1968. Donde se orientó el análisis a la situación indígena y la revalorización de sus culturas (Pérez-Hernández, 2010, Ibid).

De 1964 a 1971 se crea la Unión de Mutua Ayuda Episcopal (UMAEE) en México, donde participaron obispos de Papantla, Monseñor Alonso Sánchez Tinoco y Samuel Ruíz de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Se inicia una experiencia de colaboración inter-diocesana. En su texto, Roberto Blancarte señala que durante el Concilio Vaticano II, en México se creó el Centro Nacional de Comunicación Social (CENCOS) con la finalidad de dar información y comunicación intra-eclesial a la opinión pública sobre el equilibrio del mundo bajo un conocimiento amplio y continuo de la actualidad (Blancarte, 1992).

### **Teología Feminista**

Pese al importante rol de las promotoras en las formas de organización, logística y cohesión con los grupos comunitarios, un aspecto que hay que resaltar es que la participación de las mujeres dentro de las CEB, parroquias o iglesia en el mundo eclesiástico han sido subordinado, por no decir menospreciado. Por ello, la Teología Feminista (TF) se presenta como una propuesta esperanzadora para la humanidad, ya que su mensaje apunta a la construcción de una nueva sociedad por un lado, al promover la igualdad fundamental entre todos los seres humanos y por otro, al considerar a los sujetos, concretamente a las mujeres, en sus condiciones particulares (Pérez-Hernández, 2010, Ibid).

Desde sus inicios, la TF se preocupó por mirar la realidad humana desde la perspectiva de la mujer, no obstante, hoy exige una resignificación de su ser y de su misión en sintonía con la del varón y, de esta forma, tratar de disminuir las brechas existentes en las relaciones de poder que surgen de estas interacciones e individualidades inter-genéricas (Zamora, 2014).

En este aspecto, la incorporación del tema de la naturaleza vinculado con la interrelación que se genera entre la mujer y el varón y cómo uno afecta al otro, hace que surja una teología mucho más especializada y focalizada. De esta manera, el eco-feminismo, como concepto integrador, apareció a finales de 1970 con Françoise D'eaubonne<sup>36</sup>, quien intentó hacer una crítica a la modernidad desde el feminismo y el ecologismo buscando establecer esa conexión ideológica entre la explotación de la naturaleza y la de las mujeres dentro del sistema jerárquico-patriarcal (Ibid).

Como parte de este universo de opciones, teorías, posiciones y tipología de la teología; ha surgido la TF como una opción inclusiva de solidaridad y participación frente a la incertidumbre, el desconocimiento, la crítica y la exclusión, fundamentalmente de la mujer, en la experiencia religiosa y en la vida doctrinal (Ibid).

Como un discurso jurídico reconfigurando la concepción religiosa, la TF se fundamenta en representar y a la vez afirmar que Dios (ley) ha hecho

---

<sup>36</sup> Filósofa francesa visionaria alumna de Simone de Beauvoir, además de escritora y feminista, quien acuñó el término de eco-feminismo para identificar a la mujer no solo por su naturaleza de maternidad, sino, frente también a la crisis ecológica para lo cual es necesario que se trascienda, y así, asumir el daño que le hacemos al ambiente. Se necesita una postura ética radical: la autoconstrucción de la mujer a partir de la ampliación de la justicia en un mundo igualitario y unido con la naturaleza. En donde se toma en cuenta que una tarea específica de esta postura para la mujer es el evitar la sobrepoblación ya que, según ella, es el principal factor de daño al ambiente al explotar la reproducción bajo un dogma patriarcal en donde la cantidad de hijos le dota de mayor valor al hombre, apropiándose del cuerpo de la mujer. Tomando en cuenta el papel destacado de la mujer en el equilibrio ecológico, pues depende de ella la reproducción y la subsecuente moderación de población humana que va a agotar o conservar los recursos terrestres (Sagols, s/f).

a las mujeres y los varones iguales en dignidad y derechos. Asimismo, afirma que Dios (Iey) ha creado a las mujeres y a los varones en relaciones de equidad, con la suficiente inteligencia para que brinden al máximo los talentos que les han sido dados y así, en igualdad de libertad, puedan intervenir en la vida religiosa y en el ámbito doméstico de la vida cristiana (jurídica), bajo el amparo del amor.

La intención de Gebara es generar o proponer una teología que abandone los significados patriarcales y aquellos otros arraigados en nuestra tradición religiosa, en especial la católica. Busca que el movimiento sea pensado como sabiduría de vida que se logra sobreponer al bien estructurado, dogmatismo y pensamiento patriarcal (Ibid).

Por ello Gebara reconoce propiamente, a través de la TF, que el ámbito principal de la opresión ha sido la desigualdad. Por ende, es un hecho que el espacio histórico y teológico de las mujeres ha sido violentado y limitado mediante una imposición del patriarcado a la corporeidad femenina, al plano simbólico de estas y en términos generales a la vida de las mujeres en su interés por interpretar teológica y religiosamente las escrituras y la ubicación que ostentan a través de una posición diferenciada y de bajo o casi nulo perfil, prácticamente al servicio del cuerpo del varón (Ibid).

Desde su posición, se busca intensa e incansablemente un replanteamiento de la idea del sujeto visto en la modernidad patriarcal o en la reconstrucción de esta; buscando promover a través del quehacer teológico un nuevo discurso y una construcción simbólica totalmente anti-patriarcal. Se busca seguir en la lucha social y política en contra de la injusticia, dotar de nuevos significados a la religiosidad y reformular los aprendizajes religiosos que han sido opresivos y discriminatorios en la vida de las mujeres (Ibid).

Gebara, por medio de su enfoque, propone un método teológico inclusivo e incluyente que incorpore implícitamente la vida de las mujeres como lugar

teológico, desde una mediación de género, en donde se libere la corporeidad masculina y femenina, y en una búsqueda epistémica de la femineidad.

*“La Teología de la Liberación, la Teología Feminista y las CEB son consideradas movimientos sociales con acciones colectivas dirigidas contra un adversario social para la apropiación, control o la orientación de los medios de producción social. La Teología de la Liberación, las clases poderosas opresoras, la Teología Feminista agrega a la dimensión de clase, el carácter androcéntrico de la opresión, y en las Comunidades Eclesiales de Base, una interesante coexistencia de ambos cuestionamientos.”* (Pérez-Hernández, 2010: 154). En donde, los círculos eclesiásticos conservadores observan a la TF como manifestación de una profunda crítica a las relaciones jerárquicas en el interior de la Iglesia como institución al ser regida por varones, en su mayoría.

La TF, al estar inserta en la lucha por la liberación de los pobres, reconstruye la opción por las mujeres, además de luchar contra las perspectivas hegemónicas patriarcales de la Iglesia; de manera que, esta teología se involucra paralelamente en su trabajo teórico, por de-construir las desigualdades en torno a diferentes ejes de opresión, de género y de clase (Hernández-Castillo, 2004).

### **Comunidades Eclesiales de Base (CEB)**

El origen de las CEB se da a finales de la década de 1940 e inicios de la 60, ellas surgieron en varios lugares de Brasil y en otros países de América Latina y el Caribe, su bautismo eclesiástico se dio con CELAM II (1968). Inicialmente eran llamadas Comunidades Cristianas de Base: la célula inicial de estructuración eclesial y foco de evangelización y actualmente factor primordial de promoción humana y desarrollo (Peppino, 1999).

Hubo un largo período de preparación del terreno para el surgimiento de las CEB. Entre otros elementos se destaca la experiencia de la catequesis popular (movimiento catequético), la contribución a la Acción Católica Brasileña que asume

el modelo belga, francés y canadiense de la Acción Católica especializada, como fue mencionado en el caso de la JOC, contando aún con el Movimiento Bíblico que busca nuevas formas de interpretación de la Palabra de Dios, y el Movimiento litúrgico en Europa y también en Brasil. Este proceso posibilitó que el terreno fuera moldeado para el surgimiento de las CEB (Ferraro, s/f).

Las formas en que iniciarían las CEB varían conforme al contexto del que provinieran; una de ellas fue la experiencia-texto-experiencia, denominada el “círculo hermenéutico-bíblico” donde se discuten textos de temas en materia y la forma en que son interpretados desde una perspectiva liberacionista. Buscando que la gente encuentre su propia experiencia reflejada en la Biblia. El brasileño Frei Betto dice que los sacerdotes tienden a ver la Biblia como una especie de ventana por la que atisban con curiosidad. La gente de las comunidades de base, no obstante, “miran en la Biblia como en un espejo para ver su propia realidad” (Berryman, 1989).

Las CEB son una primera materialización de la TL, aunque no son creación de ella, así que las CEB pueden definirse como 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 contextos y para establecer una sociedad más justa. Como la TL, las CEB son una respuesta a un conjunto de problemas experimentados en el trabajo pastoral desarrollado en sectores marginados de la sociedad y la economía latinoamericana (Ibid).

Los teólogos y teóricos sociales proporcionaron un análisis razonado para este nuevo tipo de trabajo pastoral. Señalaron que las comunidades del Nuevo Testamento eran “casas-iglesias”, por lo tanto, las CEB estaban recuperando una tradición olvidada. Desde la sociología (Phillip Berryman) se señala que, al contrario de la estructura parroquial más grande, en la que los individuos se perdían en una masa anónima, la pequeña comunidad favorecía el compromiso, el crecimiento personal, el diálogo y el pensamiento crítico. Algunos sugirieron que la

CEB debía volverse la célula básica de la Iglesia y que la parroquia debía convertirse esencialmente en una red de esas comunidades, en las cuales el sacerdote o la hermana serían entrenador, adiestrador y guía espiritual (Ibid).

En concreto, las CEB surgieron de una consciencia crítica de lo inadecuado de los modelos pastorales existentes, como resultado de algunos esfuerzos pastorales tempranos basados en grupos pequeños, de experimentos iniciales en varios países y de un análisis razonado, proporcionado por teólogos y sociólogos en materia.

En otros casos de CEB un sacerdote o una monja pueden estar comprometidos con una comunidad, ayudándola a organizarse para luchar por sus derechos, y entonces gradualmente guiar a la comunidad, o a algunos de sus miembros, para orar y reflexionar sobre el significado de su complicidad en la sociedad. En la práctica, las actividades religiosas y sociales de una comunidad tienden a encajar. Un grupo puede reunirse para leer la Biblia, cantar, reflexionar y orar, y después pasar a discutir la situación de una cooperativa, o salir a arreglar un camino para que los autobuses y camiones puedan llegar al pueblo (Ibid).

Lo que ha llamado la atención, no obstante, ha sido el potencial político de estos grupos, especialmente en las circunstancias más extremas, como en Centroamérica, donde el trabajo pastoral de las CEB preparó el terreno para organizaciones populares y luchas revolucionarias de izquierda (Ibid).

Tradicionalmente, los líderes locales de la comunidad han tendido a copiar los modelos existentes de la sociedad dominante, convirtiéndose ellos mismos en pequeños dictadores o a lo más en populistas embaucadores. Al compartir ampliamente el liderazgo y al buscar actuar con consenso, las CEB han dado a mucha gente el sentido de una forma popular del proceso democrático. Esa experiencia a su vez los ha hecho más críticos sobre los procedimientos políticos existentes, aprovechándose, o no, del poder que representa (Ibid).

Frecuentemente al nivel de pueblo, la misma gente que ha formado las CEB puede convertirse en miembro de una organización campesina militante, pues en su interior había una relación directa entre su despertar por medio del Evangelio, sus esfuerzos de organización local y su decisión de unión en una organización nacional campesina (Ibid). Al igual que en comités de atención y promoción de la salud concentrados en las CSP como es el caso de Minatitlán-Coacotla.

Las CEB, junto con la noción de “Iglesia del pueblo”, eran temas de controversia cuando los obispos latinoamericanos se reunieron en Puebla en 1979. Junto con alabanzas a las CEB, los obispos expresaron palabras de cautela y de advertencia. Insistieron en que la Iglesia debe verse “*como un pueblo histórica y socialmente estructurado [...] que [...] representa la estructura más amplia, más universal y mejor definida en la que debe inscribirse la vida de las comunidades de base, si no quieren caer en el peligro de la anarquía organizativa o el elitismo de miras estrechas y sectarista*” (Ibid) Curiosamente, los obispos (la dirección superior de la Iglesia), que gozan de los privilegios de las principales élites en las sociedades latinoamericanas, sugerían que los cristianos pobres en los barrios o pueblos corrían el riesgo de convertirse en élites. Teológicamente afirmaban que las CEB estaban incompletas sin las instituciones de la Iglesia más amplia: esto es, la parroquia y la diócesis. Al mostrar un desacuerdo con las CEB al no ser parte de la estructura, organización y funcionalidad de la Iglesia (Ibid).

En su descripción más directa de cómo trabajan las CEB, los obispos destacan los aspectos religiosos, aunque mencionan el compromiso con la justicia, la solidaridad y el compromiso en general. El término “base” se toma en el sentido de una célula en un organismo más que en el de ser la parte más baja de una clase social. Se dice que las CEB “*personifican el amor preferencial de la Iglesia por la gente común*” (Ibid).

Ahora bien, según su página web, las CEB son un modelo eclesial que nace por la fuerza del Espíritu Santo en el contexto restaurador (renacimiento) del Concilio Vaticano II a la Iglesia católica. Donde se quiere rescatar el modelo de la Iglesia

primitiva, creado y dinamizado por el Espíritu. Por eso las CEB viven su fe desde la construcción de la comunidad como estilo prioritario y esencial de hacer Iglesia, desde la vida y desde el compromiso con los pobres y marginados por los que optó Jesús (Comunidades Eclesiales de Base, 2016).

Se les considera a las CEB como una nueva experiencia eclesial, un renacer de la propia Iglesia y, por sí mismas, una acción del Espíritu en el horizonte de las señales de los tiempos definidos por el Vaticano II (Boff, 1997). Las CEB surgen entonces, en la articulación de la sociedad contemporánea que produce una atomización de la existencia, un anonimato general de las personas y una fragmentación en prácticamente todos los niveles de la convivencia humana, debido a los desafíos procedentes de una sociedad moderna, globalizada y urbanizada donde la vivencia comunitaria parecía no tener más espacio para existir (Rodríguez-Quintero, 2013).

La inserción en las luchas populares por la liberación ha sido el inicio de una nueva manera de vivir, transmitir y celebrar la fe para muchos cristianos de América Latina y del mundo en general. Provenientes de una consiente y clara identificación con los intereses y combates de los oprimidos del continente. Éste es el mayor acontecimiento de la comunidad cristiana de América Latina en los últimos años y continúa siendo la matriz del esfuerzo del esclarecimiento de la TL (Gutiérrez, 1981).

Por eso, dice Ferraro, en toda América Latina y el Caribe se encuentran víctimas que, como Jesús de Nazaret, enfrentan la persecución y llegan hasta el extremo del derramamiento de la sangre como forma de represión institucional. Son trabajadores y trabajadoras del campo y de la ciudad, indígenas, negros y negras, abogados y abogadas, religiosas y religiosos, padres, obispos. Muchos mártires salieron de las CEB y expresan la dimensión profética de la/s iglesia/as. La entrada de los cristianos y cristianas en la lucha de la liberación de los pobres y



excluidos posibilita una nueva forma de vivir la fe, un nuevo modo de transmitir la fe y una nueva manera de celebrar la fe. (Ferraro, s/f, Ibid)

### **CEB en México y sureste del país**

La pastoral social o indígena<sup>37</sup> cobró vigencia durante la década de los 70, cuando fue promovida por miembros de la Compañía de Jesús. En 1964, año en que fue nombrado superior general de los jesuitas el sacerdote Pedro Arrupe, se lanzó la consigna de emprender estudios de evaluación y reestructuración de la actividad apostólica; en 1966 iniciaron las investigaciones mediante Centros de Investigación y Acción social (CIAS). Por lo tanto, *“la base de acción jesuita era el apostolado integral enfocado en el pobre y oprimido-vulnerable, al estudiar y denunciar las estructuras socioeconómicas y políticas injustas, en defensa de los derechos humanos, el establecimiento de centros de estudio y análisis socio-político.”* (Muro, 1982:140).

De esta forma *“se privilegió la formación de comunidades de sacerdotes y estudiantes que vivieran y se vincularan directamente con la gente de zonas marginadas y colaboraran en la solución de las problemáticas comunitarias”* (Ibid: 141).

Lo anterior fue gracias a que en 1968 los jesuitas promueven cambios de acuerdo a los principios de la TL (justicia social y contacto directo con las comunidades) en

---

<sup>37</sup> *“Está enfocado hacia la atención asistencial y paternalista de los mínimos necesarios para la sobrevivencia humana (necesidades básicas y mínimos biológicos), pasando por alto cuestionar los mecanismos y factores estructurales que perpetúan esas condiciones en enormes grupos de la población. En el discurso de los agentes de la Pastoral Social, frecuentemente se refirieron a la acción de “cubrir” las necesidades de los pobres. Llama la atención que su objetivo general coloca al servicio social en el pleno de las buenas acciones y no de la justicia social, donde la limosna y caridad son bases filantrópicas que sirven como instrumento funcional para el régimen”* (Barrientos, 2008: 218).

la solidaridad con diferentes movimientos sociales en búsqueda de una dignidad humana y la equitativa distribución de la riqueza. (Ibid)

Alrededor de los 70 hubo una participación activa en cooperativas de producción y el fortalecimiento de iniciativas en materia de educación (académica y en salud), donde sobresale su intervención en varias misiones en la sierra Tarahumara y en Bachajón en la diócesis de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; los principales centros de acción jesuita con ideas de la TL, se encontraba en Chihuahua, Coahuila, Chiapas, CDMX (antes Distrito Federal) y Veracruz, por mencionar algunos. Buscando soluciones a los problemas productivos de campesinos, colonos y obreros se desarrollaron programas alternativos para la atención a la salud, entre otras, mediante la medicina complementaria-integral de la zona tanto en Chiapas como en Veracruz (Gutierrez-Casillas, 1981).

Según Luis Miguel Flores, jesuita responsable de la provincia mexicana de la Compañía de Jesús, la migración es una problemática dentro de la línea de acción jesuita que ha sido merecedora de una atención en la República Mexicana (Ibid). Sobre todo, en regiones donde emigran las personas (Tatahuicapan de Juárez-Veracruz o en Chiapas), y en las zonas a donde se trasladan (CDMX, Monterrey, Guadalajara, entre otras entidades federativas y extranjeras). Actualmente la Compañía de Jesús colabora con las diócesis de Saltillo, Chihuahua, San Andrés Tuxtla, Villahermosa, San Cristóbal de las Casas, Xalapa, con la arquidiócesis de la CDMX, entre otras.

### **CEB y su relación con las CSP**

De manera particular, en el municipio de Oteapan, en el sur de Veracruz y cercano a Minatitlán, en los linderos de la Sierra de Santa Martha, se encuentra un centro donde un grupo de jesuitas promovieron las CEB desde los 70 hasta la fecha. Varios personajes como el sacerdote Modesto Juárez (en adelante M.J), párroco de Oteapan en esas fechas, se involucraron en la búsqueda de un cambio en el contexto local (Pérez-Hernández, 2010, Ibid). El sacerdote M.J tuvo un

acercamiento a la práctica de una medicina alternativa aplicada en un contexto comunitario, debido a la vinculación jesuita con la diócesis regional de San Andrés Tuxtla (relaciones inter-diocesanas). Esto reforzó la convicción del sacerdote para que, al hacerse cargo de la parroquia de Minatitlán, iniciara con la construcción de unas de las 7 CEB registradas en dicha cabecera municipal.

Desde 1978 el padre M.J tiene contacto con grupos de mujeres de Minatitlán quienes posteriormente serían promotoras de salud al vincularse con temáticas en salud y mujer.

Son diferentes las vías que existieron para que la TL y las CEB, establecieran una relación con el c-p-c. Una de ellas es su contacto con la religiosa Guadalupe Abdó (ex-integrante de las Hermanitas de Jesús) capacitada como paramédica y que se involucró con promotoras/es de la salud en Santiago Tuxtla, así como con población indígena de la Sierra de Santa Martha en materia de plantas medicinales (Ibid).

En 1979 se funda una farmacia de medicina alópata en la comunidad de Limonta, Minatitlán, para así aprender a administrarla y no tener que recurrir a un farmacéutico ya que los costos serían desproporcionados (Ibid).

De 1979 al 81 se llevaron a cabo en Oteapan y Limonta los primeros talleres de salud donde colaboraron parteras, curanderas y curanderos tradicionales que apuntaban sobre la importancia de las plantas medicinales, herbolaria y procesamiento de las plantas, en dichos talleres participaron algunas de las promotoras de la CSP-Minatitlán (Ibid). Sobre dichos talleres Miriam me narra: *“[...] inicié igual por una práctica religiosa de catequista. Me acuerdo que la mamá del padre Modesto, quien es el que nos inicia en todo esto, me invita; [...] el último año me dijo ella: -oye, ¿no quieres participar en un taller de salud? mira que es importante porque los niños cuando se enferman-; [...] así fue como fui a un taller de salud de tres días en un lugar que se llama Oteapan. Era un lugar como muy*

*apartado; tenías que caminar como una hora para llegar al lugar. Todo era como de muy del monte, había tres casitas de palma y ahí se reunían para dar esos talleres. Y cuando yo fui, yo decía: -porqué vine a esto; además está feo, está solo-, pero bueno ahí me hice de amigos y ahí empezamos a platicar: -¿no que es un taller de salud, que van a llegar los doctores- y no sé qué; pues nosotros esperando a los doctores y cuando vemos que ya llegó toda la gente y ya nos presentaron al equipo que nos iba a dar el taller y mi sorpresa era que eran puros hermanos indígenas y descalzos. Cuando yo los vi dije: - no daba crédito a lo que estaba viendo y éstos qué me van a enseñar a mi ¿si no tienen ni la bata de médico!-. Yo ya tenía la idea de que yo me “pelo”; y ya, cuando empezaron a cantar un canto, en ese canto, yo dije: -ah chingente-: “tu eres el Dios de los pobres, el Dios humano y sencillo”, cuando oigo todo ese canto yo dije: -pues, de qué Dios me estás hablando-, yo conozco al Dios de acá arriba, no el de acá abajo. En eso que nos empiezan a explicar todo lo de la salud, de cómo está la salud y hacen un análisis de la salud y de cómo están nuestras comunidades y todo. Dicen ellos: “y vamos a enseñarles a hacer medicina tradicional y hay muchas medicinas que puedan ayudar a los enfermos”; dicen: “y en uno de ellos vamos a hacer un jarabe que es muy bueno para los asmáticos” y “chin” dije: “mi papá es asmático”, entonces, no me voy hasta que me lleve yo el jarabe y ya me quedé por ése jarabe. Ya nos quedamos ese día y nos quedamos el segundo día y hasta el tercer día; y ahí inicié, con eso. Así fue mi inicio.” (Entrevista M-P.C.).*

Ya para 1981 y 82 la CEB fundada por el padre M.J se vincula con una organización no gubernamental llamada PRODUSSEP quien trabajaba cuestiones de terapéuticas tradicionales, con la participación de médicos alópatas con interés en lo natural y alternativo de la medicina, impartiendo talleres de capacitación para la elaboración de diversos productos elaborados con plantas medicinales.

Para el desarrollo de los talleres fue Guadalupe Abdó quien amplió el tema sobre la salud de la mujer y dio seguimiento a la formación de las promotoras en la región Olmeca cada dos meses, incluyendo los grupos de Minatitlán. A mediados

de los noventa inauguraron Abdó, su esposo y otros integrantes de sus talleres la Asociación Civil de Centro Regional para la Educación y la Organización (CREO A.C.) bajo un plan de acción en la zona de los Tuxtlas y Olmeca (Minatitlán, Zihuanpan y San Andrés) (Ibid).

Son tres movimientos eclesiales característicos de América Latina los que fueron la pauta con la cual las integrantes del comité de promotoras en Minatitlán desarrollaron en conjunto sus actividades, proyectos y programas. Surgen como organización dentro de las 7 CEB de la cabecera municipal y desarrollan la promoción-atención a la salud al participar en múltiples talleres y encuentros de salud, se relacionan con diferentes organismos para capacitarse y validar su presencia en una CSP que atiende las problemáticas en salud de la región, brindando atención a población vulnerable, pero al conocer a integrantes de Mujeres para el diálogo AC (1979) con quienes hasta la fecha llevan un seguimiento y asesoría en materia de género, derechos humanos, salud y religión, entre otros temas, como la violencia actual en Veracruz (Ibid), enfocan su participación en apoyo a mujeres que se encuentren violentadas por diferentes situaciones y que comparten experiencias similares a las vividas por muchas de las integrantes del comité, antes, durante y después de su afiliación.

### **Antecedentes socio-históricos de las CSP**

La conformación y desarrollo del c-p-c tiene sus orígenes en el año 1984, en sus inicios no estaba conformado como tal, sino eran parte de agrupaciones religiosas católicas (pastoral social e indígena<sup>38</sup>). Tal es el caso de las dirigentes e iniciadoras del colectivo, quienes llevaban a cabo proyectos comunitarios de catequismo y pases en cadena<sup>39</sup> de productos primarios como animales de traspatio, frutas y verduras entre algunos vecinos de la colonia Miguel Hidalgo y

---

<sup>38</sup> Representa la manifestación de una Teología India incipiente, que no se confecciona por expertos de gabinete, sino por la propia gente que la inspira (Hernández-Castillo, 2004).

<sup>39</sup> Metodología utilizada de forma intra-comunitaria para recibir alguna materia prima (animales, verduras, agua, repesas, fondos rotatorios e inversiones) y entregarle su respectiva parte a otra familia, en un tiempo acordado, para seguir con el proceso en cadena según las redes sociales inscritas en el acuerdo.

ampliación M. Hidalgo del municipio de Minatitlán. Posteriormente se capacitaron como promotoras de salud al vincularse con temáticas en salud y mujer. Paralelamente, a través de su participación en movimientos-marchas de lucha social que se promocionaron en la comunidad, buscaron contar con espacios dignos y salubres en su colonia Miguel Hidalgo, y su ampliación, para tener los recursos y servicios suficientes que ofertaba (y oferta) una ciudad industrial como Minatitlán.

El objetivo final de lo planteado en el párrafo anterior era contar con un espacio físico específico en el cual realizar sus prácticas de promoción-atención a la salud. La idea se orientó a no depender exclusivamente de los servicios de salud que proporcionaba el Estado y sus instituciones, frecuentemente insuficientes y con carencias reconocidas a través de su tránsito por las mismas, sino, buscar una práctica emancipadora con la cual auto-gestionar sus programas, proyectos y actividades dentro y fuera de un espacio de primer nivel de atención: las CSP.

El terreno actual donde brindan sus servicios en la CSP fue recuperado del antiguo basurero municipal de Mina gracias a las aportaciones de la Embajada de Canadá cuyo apoyo fue gestionado por la AC de Pobladores<sup>40</sup>, la Secretaría de Desarrollo Social (hoy Secretaría del Bienestar) y el Instituto Nacional Indigenista. También lograron llevar a cabo el proyecto integral de mejoramiento urbano y social junto con otros organismos como la Unión de Colonos, Inquilinos y Solicitantes de Vivienda (UCISV-Ver). Así, consiguen tener un espacio de Atención Primaria a la Salud, como resultado de un movimiento social progresista de más de nueve años de duración para habilitar el desalojo de predios contaminados por el basurero y construir la CSP en el año de 1992 cuando se puso la primera piedra.

---

<sup>40</sup> Organización social autónoma, con liderazgo femenino, consolidada y reconocida por su capacidad de promover y ejecutar procesos organizativos con relación a la producción social del hábitat.

En el mismo periodo pudieron establecerse algunas de las compañeras como beneficiarias del programa Hábitat<sup>41</sup> del gobierno federal para contar con una casa-habitación con los medios básicos y dignos para una vivienda.

En ambos casos de construcción (CSP y hogares-hábitat), se solicitaron recursos materiales para edificarlos. Aunque se obtuvieron en el caso del programa Hábitat, el apoyo para la CSP llegaba de manera intermitente e irregular sin mucho compromiso de las instituciones municipales (Ayuntamiento).

Respecto a los recursos humanos y financieros para realizar las construcciones, ellas tuvieron que hacerse cargo de toda la responsabilidad. Fueron ellas quienes, por medio de la venta de antojitos (tamales y guisados característicos de la zona) en diversas partes del municipio, adquirieron los recursos necesarios para pagar el material. Las promotoras, con varios vecinos-colonos, fueron quienes proporcionaron la mano de obra y tan solo contaron con un maestro albañil para dirigir la obra con un sueldo fijo, con comida y bebida incluida. En el caso de Hábitat, los recursos materiales fueron proporcionados por el plan federal a diferencia de la CSP.

A través de estos proyectos se volvieron representantes ciudadanos (tanto promotoras como algunos colonos) en la lucha por mejorar las condiciones en las que se encontraban sanitariamente, pues, en ese predio, se tiraban los residuos, no sólo del municipio de Mina sino también de otros municipios aledaños como Zaragoza y Cosoleacaque (Diario de campo 3/sept/18). Incluso era el lugar de basura de los hospitales de la región, que *“dejaban desechos orgánicos peligrosos hasta productos de abortos (fetos) y material quirúrgico usado y tóxico”* (Entrevista M-P.C). Era un hecho que la presencia de dichos residuos contaminantes en la

---

<sup>41</sup> *“Articula los objetivos de la política social con los de la política de desarrollo urbano y ordenamiento territorial del Gobierno Federal, para contribuir a reducir la pobreza urbana y mejorar la calidad de vida de los habitantes”* (Secretaría de Desarrollo Agrario, 2015).

zona dio como resultado la presencia de enfermedades gastrointestinales y dermatológicas, sobre todo en población de menores de edad, por mencionar los casos más graves de mortalidad (Diario campo 27/sept/18).

En el año de 1989, se presenta un incendio en el basurero lo que hace abandonar sus casas a varios habitantes de la colonia ampliación Miguel Hidalgo. Se unen entonces a la UCISV-Ver (Unión de Colonos, Inquilinos y Solicitantes de Vivienda), con el fin de enviar oficios al Departamento de Patrimonios del Estado solicitando la regularización de los lotes de sus viviendas (Carpeta del padre M.J).

El municipio no reconocía sus propiedades y acusaba a los colonos de paracaidistas, bajo el pretexto de que el basurero había llegado primero a la zona suburbana, por lo cual no prestaban atención a la demanda de servicios de las comunidades afectadas ni tomaban en cuenta que los lotes fueron cedidos por representantes de Pemex en la zona y por líderes priistas, quienes vendieron los terrenos y haciendas a sus trabajadores (ver más al respecto en la descripción de la colonia).

A pesar de que estaba ganada la “batalla” con el gobierno municipal sobre el uso de sus terrenos, fueron amenazados en varias ocasiones para abandonar sus territorios por parte de la policía municipal y estatal, al igual que por hombres enmascarados, quienes amenazaban de muerte si seguían en la zona. Aunque, según el relato de una de las integrantes del comité de promotoras, les ofrecía merienda a los policías responsables de la vigilancia en turno vespertino, y ellos agradecían su atención y afirmaban que sería un éxito la lucha, motivándolos a seguir de ese mismo modo su manifestación (Diario de campo 4/dic/18).

Eventualmente, el gobierno municipal respondería a las demandas no sin antes defender los terrenos de los terratenientes principales y allegados al presidente municipal de aquel momento: Ignacio Hernández B. Se logró, sin embargo, tener un predio donde el DIF pudiera brindar asistencia social, lo cual era su función



principal, pero los amedrentamientos de las fuerzas de seguridad evitaron un impacto en beneficio de las comunidades y el mismo centro del DIF no prestó atención a su población sino que se volvió un agente inactivo ante la situación de la colonia.

En los años subsecuentes (1991 y 1992) se fueron otorgando las escrituras de algunos terrenos a varios de los colonos, junto con los de la casa de salud. Era evidente la necesidad de contar con un lugar donde se pudieran atender las demandas de salud que tenía la zona y en donde hubiese una actividad constante y comprometida con la comunidad y sus problemáticas en salud (Carpeta del padre M.J). Aún así, a pesar de contar ya con documentos oficiales para iniciar la construcción de la CSP, la policía estatal-municipal volvió a impedir la obra y retiró las herramientas de trabajo a base de insultos y golpes. Meses después se volvieron a pedir los terrenos cedidos por el municipio, pero ahora a través de marchas y plantones en la capital del Estado de Veracruz (Xalapa), logrando finalmente que se retiraran las fuerzas públicas del municipio en octubre del 1993 (Carpeta del padre M.J).

Como forma de recapitulación se puede decir que el predio donde se encuentra la CSP cuenta con una de las ocho hectáreas que ocupaba al basurero municipal, cuyo origen data desde 1972 y es hasta 1993, que deja de ser un depósito de residuos municipales para convertirse en un espacio público-deportivo-comunitario donde se ubicaría además el centro de atención primaria a la salud y con prácticas de la medicina tradicional y alternativa (la CSP).

La presencia de los organismos independientes al gobierno veracruzano fueron los principales canales para que en la colonia fuera reconocida la CSP, donde se brindaría una atención a la salud de manera integral o complementaria, a bajos costos. Con este logro, la misma comunidad estaría ejerciendo un derecho ciudadano.

Otra parte que destaco de su desarrollo socio-histórico, reciente, es el acondicionamiento de una segunda CSP, esta vez en la comunidad de Coacotla. Fue posible conseguir el espacio gracias a los fondos recabados por el colectivo y su vinculación con la comunidad pastoral de la localidad de Zaragoza quienes ofrecieron ese recinto a un precio accesible (100 mil pesos) ante el abandono de la casa por parte de religiosas por su avanzada edad y falta de participación por parte de la comunidad en sus proyectos. (ver más al respecto en lo respectivo a las CSP-Coacotla)

Ante las condiciones de marginación y pobreza de estas comunidades y su impacto en la salud de sus pobladores, las p-c se han organizado y comprometido para afrontar las problemáticas en salud de su localidad mediante acciones de atención y promoción, sin dejar de lado la búsqueda de prácticas de empoderamiento de las mujeres, quienes son víctimas de la desigualdad y de la violencia social, que se padece no sólo en el Estado de Veracruz sino en México en general.

## Capítulo IV

### “El sueño convertido en lluvia”

#### Calor, contaminación y pobreza. Minatitlán y sus localidades

##### *La localidad*

El trabajo se desarrolló, como he ido señalando, en dos comunidades de diferentes municipios de Veracruz. Describiré de una forma general algunas de sus características geográficas, sociodemográficas, económicas y de los recursos para la salud, que permitirán tener un contexto en donde ubicar los problemas de salud/enfermedad y las acciones de promoción-atención e interculturalidad en salud de este comité de mujeres promotoras de la salud.

##### *Minatitlán*

Sus orígenes étnicos-prehispánicos son de comunidades olmecas pero el nombre de la localidad proviene, etimológicamente, del híbrido entre español y náhuatl; *mina* que significa tirar con flecha; *ti* como ligadura fonética (de); y *tlán* se refiere a la abundancia o lugar. Por ende, se le conoce como el lugar donde tiran con flecha o pueblo de flechadores. Aunque oficialmente, según el gobierno municipal, el nombre del municipio fue dado en 1826 por Tadeo Ortiz quien nombró así al pueblo de Minatitlán para homenajear a Javier Mina, héroe insurgente de la independencia de México (Diario de campo 22/septiembre/2018).

Las comunidades originarias antes de la conquista eran comunidades nahuas-popolucas que se dedicaban a la agricultura y la pesca, gracias a los recursos de la zona y sus riquezas de la zona costera. Aunque la población y asentamiento occidental existente data de 1601, se tienen registros de un incendio a la Villa del Espíritu Santo ocasionado por piratas ingleses, lo que provocó el abandono de la zona (Diario de campo 24/septiembre/18).

En 1825-26 la civilización fue fundada por Don Tadeo Ortiz de Ayala para poblar las riberas del río Coatzacoalcos en un programa de colonización de las tierras.

Para 1831, la cabecera de la colonia del Coatzacoalcos fue Minatitlán y en 1853 el presidente interino de la república (Juan Bautista Ceballos) declaró al pueblo de Mina como villa y territorio de Tehuantepec.

El municipio de Minatitlán, en el estado de Veracruz, fue un puerto de altura a orillas del río Coatzacoalcos, hasta 1888. A partir del 15 de septiembre de 1910, 100 años después de la independencia, es declarada como una ciudad-municipio por el presidente en turno de la República Mexicana, Don Porfirio Díaz (Diario de campo 24/septiembre/18).

La localidad se encuentra en las llanuras del Sotavento y a 32 kilómetros del Golfo de México; con una ubicación geográfica de 17°58'47''norte y 09°35'31''este del meridiano de México; a unos 31 metros sobre el nivel del mar y con una altitud de entre 5 y 400 m. (Secretaría de Finanzas y Planeación del estado de Veracruz, 2016). Su ubicación genera agudos temples.

Durante el trabajo de campo, experimenté altas temperaturas que pocas veces vives cuando se proviene de una zona templada como la Ciudad de México. Por eso, es común el uso de ventiladores eléctricos o sistemas de aire acondicionado en Mina y alrededores para mantener un clima confortable en las viviendas, otras cuentan con mosquiteros para evitar la presencia de insectos. En mi caso, pude contar con un ventilador eléctrico, al lado de la cama y el escritorio improvisado, y fue en la habitación donde pasé la mayor parte de mis tardes-noches durante el trabajo de campo con temperaturas superiores a los 25° durante la noche y gran parte de la madrugada, con sensación a los 30° C por las tardes y una humedad arriba del 70% todo el día.

La dimensión territorial del municipio es de 4.124 km<sup>2</sup>, cifra que representa el 2.95% total del Estado, el 80% es área rural y el 20% zona urbana. Tiene una población total de 166,049, casi la mitad de lo que tiene el municipio vecino de Coatzacoalcos. Es uno de los 212 municipios del estado. Veracruz representa el

3.66% del territorio nacional, con una población total de 8,112,505 (el 6.8% del total del país) (Ibid).

Minatitlán cuenta con 293 localidades de las cuales tres son urbanas y 290 rurales, en donde el uso de suelo se utiliza para la agricultura y pastizal, con diferentes tipos de superficie que va desde selva, matorral xerófilo y grandes cuerpos de agua y pantano (Ibid).

El municipio tiene un 63% de gente “joven y adulta” (18 a 63 años) y de la población total un 51.9% son mujeres y 48.1 % son hombres. Sólo el 3.11% son hablantes de lengua indígena y, de ellos, el 0.89% son monolingües del zapoteco. Respecto al analfabetismo solo un 5% están registrados bajo esa categoría (Ibid).

El municipio se caracteriza por sus siete colinas que tienen en el sur al río Coatzacoalcos, en el norte están los llanos de Tacoteno donde se ubican colonias residenciales en su mayoría, al oriente se encuentra la refinería de Petróleos Mexicanos, “General Lázaro Cárdenas” y, finalmente, al occidente está el río Tajocalpa y el ejido de Jagüey donde se encuentran otras colonias residenciales cercanas a la CSP.

Respecto al río Coatzacoalcos se conoce que sus afluentes son Coachapa, los Juanes, Nanchital, Uxpanapa, Tacojalpa, San Francisco, Tierra Nueva de las Calzadas y San Antonio, en donde existen tierras que cuentan con una gran fertilidad; ejemplo de ello es la cosecha de maíz, frijol, arroz, té, caña de azúcar, cacao, naranja, plátano de diversas clases, piña, zapote; además de hortalizas, repollo, rábanos, pepinos, lechuga, chiles y tomates, entre otras verduras y frutas.

Otros de sus recursos son la ganadería y la pesca; cuentan con múltiples cabezas de ganado vacuno, caballar, porcino, caprino y plantas avícolas. La industria pesquera se centra principalmente en la venta de camarón y tortuga (ésta última no permitida hoy en día por su riesgo de extinción) (Ibid).

A Minatitlán le corresponde el séptimo lugar por su importancia económica de los 212 municipios del estado, al ser una de las ocho ciudades medias de Veracruz (Vela, 2015). Cabe aclarar que al Estado tiene un aporte del 4.7% al PIB nacional (INEGI, 2016), siendo su principal sector de actividad el comercio, que aporta un 13.9% al PIB estatal, por disponer de diversos puertos con gran afluencia comercial nacional e internacional. Además de servicios inmobiliarios, industrias del plástico y hule y minería petrolera, entre otros (Secretaría de Economía, 2016).

En la distribución de la población económicamente activa del municipio, por sector, aparecen en el primario un 15.2%, en el secundario un 30% y en el terciario un 53.3% (Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, 2016). Lo que confirma que la industria privada es de los principales motores del PIB, con la presencia de fábricas como Coca-Cola™<sup>42</sup>, Pepsi-Cola™, Cervecería Cuauhtémoc™ y empresas de autoservicio como Soriana™, Aurrera™, Coppel™, entre otras; e Industrias de complementos a hidrocarburos tanto públicas como privadas.

El municipio se encuentra comunicado por la carretera del circuito del golfo y por la trans-ítmica que se conecta con los Estados de Chiapas y Oaxaca; se une con caminos que van hacia la Sierra de San Martín por medio del río Coatzacoalcos de la ciudad hasta los pueblos ribereños.

Algunos de los servicios públicos disponibles, aunque no en todo el municipio, son: agua, drenaje, pavimento, banquetas, alumbrado eléctrico; además del servicio telefónico local y celular, correo, internet, transporte urbano y sub-urbano, cuatro hospitales (IMSS, ISSSTE, PEMEX y SSA), Cruz Roja, clubes de servicios y deportivos (Casino Petrolero) y un aproximado de seis mercados públicos junto con cuatro supermercados o tiendas de autoservicios (Soriana™, Aurrera™, Chedraui™ Super-Sánchez™ y Coppel™) y mercados locales donde productores

---

<sup>42</sup> Tem Marketing: para derechos de autor.

rurales ofrecen su producto fuera de los mercados de la ciudad; una central de abastos y escuelas desde nivel primario hasta el superior con sedes públicas y privadas en toda la localidad, principalmente en la zona centro. Se cuenta también con salas de cines (Cinépolis™ y Cinemex™) y una amplia variedad de tiendas de empeño; al igual que con múltiples farmacias comerciales (farmacias Unión™, del Ahorro™, Similares™, Guadalajara™, entre otras).

La producción de las refinerías, en Minatitlán estaba principalmente en manos de “El Águila” a principios del siglo XX, empresa privada mexicana con dirección estadounidense, quienes tenían el manejo del petróleo en México hasta la llegada del presidente General Lázaro Cárdenas.

En particular, Pearson and Zone S.A. de C.V., fue la empresa estadounidense que en 1901 dio inicio a la exploración petrolera en el territorio; en 1902 se encontró el primer pozo petrolero y en 1905 se construye una refinería experimental en el municipio, en 1906 empiezan los trabajos en la actual refinería en donde se refina el petróleo comercial desde el 18 de marzo de 1908. Dentro de los siguientes dos años (1908 a 1910), pasarán las propiedades de ser de la compañía norteamericana, a la petrolera “El Águila”, S.A. Finalmente, el 18 de marzo de 1938, la refinería pasa a propiedad de Petróleos Mexicanos, llegando a ser, para la época, la más grande de México y de América Latina (Diario de campo 25/septiembre/18).

Gran parte de los informantes clave y conocidos, dentro y fuera de las CSP, refieren que en los años 60-70 del siglo pasado, la vida fluía en el municipio gracias al petróleo. Había grandes hoteles y restaurantes ofreciendo servicios de turismo y alojamiento a los extranjeros que venían a trabajar en la refinería. La mayor parte de los trabajos en la localidad se generaban en la misma y se contaba con los servicios urbanos necesarios debido a la gran afluencia de familias de los trabajadores petroleros. Los padres, hermanos, esposos y familiares (en general los varones) de las mujeres conocidas y entrevistadas, en algún momento

laboraron en la refinería tanto de la empresa “El Águila”, como posteriormente de Pemex.

A partir de los años 80 empezaron a liquidar a los trabajadores de la empresa mexicana Pemex al argumentar que no había más petróleo que refinar y, por ende, era necesario despedir a la mayor parte de la mano de obra en la industria. Ese mismo discurso se ha manejado desde entonces a la fecha pero lo que no se ha suspendido es el trabajo de las pipas de la Refinería pues se sigue trabajando aunque a un menor grado, el refinado de los hidrocarburos. Los trabajos se realizan actualmente en periodos cortos y sin prestaciones sociales. Se busca no generar antigüedad ni contrataciones de bases en los puestos ofrecidos, tan solo que fueran trabajadores de nómina durante periodos cortos, no más de seis meses activos (Diario de campo 25/septiembre/18).

Respecto a la participación de población indígena en el trabajo de la refinería, fueron personas del Istmo quienes en su momento se incorporaron, como se explica más adelante. Entre los grupos étnicos de la zona se encuentran los popoluca y nahuas, en menor y mayor proporción respectivamente, los cuales habitan principalmente en los municipios aledaños de Zaragoza y Cosoleacaque. Sin embargo, parte de la población indígena actual del municipio proviene del Istmo de Tehuantepec y principalmente del estado de Oaxaca ya que, ante el desarrollo de las refinerías petroleras, los residentes de Mina fueron los menos interesados en actividades industriales al dedicarse principalmente a la ganadería, agricultura y pesca; de tal forma que los vecinos del Istmo aprovecharon las ofertas laborales que brindaban las empresas petroleras y poblaron significativamente el municipio.

Hoy en día se les dicen “*tecos*” a los que vienen del Istmo, es decir minatlitecos; a diferencia de como se identifica a los locales a quienes se les dicen minatitleños. Caracterización que refleja la distinción entre los migrantes y los originarios de la zona, ya que, hay ciertas colonias del municipio en donde viven exclusivamente



gente oaxaqueña o del Istmo, pues fueron replegados en colonias específicas. Los demás se establecieron en otras colinas, acentuando la fragmentación de la sociedad según sus orígenes (Diario de campo 19/septiembre/18).

Con respecto a los servicios urbanos, de las 46059 viviendas registradas por el CONEVAL en el 2015, 75.2% disponen de agua entubada, el 97% de drenaje y el 98.1% de energía eléctrica; por otro lado, la población considerada en condición de pobreza asciende al 41.8% de la población total, de la cual el 31% de la misma corresponde a pobreza moderada y el 10.3% restante a extrema. La población vulnerable por carencia social es un 30.1%; la población vulnerable por ingreso es de un 4.8%; y a la población no pobre y no vulnerable le corresponde tan solo un 23.3% de la población total (Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, 2016). Esto significa que más del 70% de la población se encuentra en situación vulnerable mientras que el resto cuenta con los recursos suficientes para no padecer lo que gran parte de la población en el municipio padece.

Veracruz es reconocida actualmente como una de las entidades federativas más peligrosas en el país, los altos índices de violencia se incrementan con el gobierno del priísta Javier Duarte, continuaron con el panista Miguel Ángel Yunes, y, desgraciadamente, siguen presentes hoy en día (2020) con el nuevo gobierno de MORENA. Mientras que en el país han bajado los niveles de secuestro, en Veracruz aumentaron junto con otros delitos. Según cifras oficiales, Veracruz tuvo una incidencia delictiva de 4,033 casos durante el mes febrero del presente año y de 4.8 por cada 100 mil habitantes padecieron de presuntos delitos. En ese mismo mes, el número de víctimas por homicidios dolosos en Veracruz es de 133 y a nivel nacional es de 2,796, es decir, un 4.7 % del total nacional le corresponde a tierras veracruzanas (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2019).

Los índices delictivos del municipio de Minatitlán son también alarmantes según cifras del año 2010: 101 robos con violencia, 360 robos sin violencia, 107 lesiones

y ocho homicidios dolosos. Ese año, Coatzacoalcos, municipio colindante a Minatitlán, con mayor desarrollo urbano, poblacional y económico, tuvo un escenario delictivo de: 209 robos con violencia, 721 robos sin violencia, 217 lesiones dolosas y 14 homicidios dolosos (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2019).

El municipio costero (Coatzacoalcos) es actualmente uno de los lugares más peligrosos del sur veracruzano dada la fuerte presencia de grupos delictivos organizados que se convierten en caciques y terratenientes locales, de zonas específicas. Ello tiene efecto en la localidad de Minatitlán; considerada una zona marginal a comparación de Coatzacoalcos (diminutivo popular del mpio. Coatzacoalcos), donde los delitos e inseguridad tienen un menor registro y resolución-atención por parte de las instituciones de justicia. Es cuestionable si las cifras del 2010 tienen un menor registro ante la situación actual del país y sobre todo del Estado y sus múltiples localidades que se encuentran en una encrucijada por la delincuencia organizada, los gobiernos corruptos y la ineficiencia de las instituciones públicas.

Se tiene la idea generalizada de un sub-registro de delitos relacionados con la violencia en el municipio y sus alrededores, pues la realidad no concuerda con las cifras oficiales reportadas por las autoridades. Tan solo durante mi estancia de tres meses pude presenciar, indirectamente, tres homicidios en la colonia donde residí; hubo un gran número de robos y homicidios reportados no sólo en la revista "Órale" de corte amarillista en el Municipio sino también en el diario popular más vendido, "El istmo del sur", donde se dan a conocer diversos actos delictivos tanto en Mina como en Coatzacoalcos, Nanchital, Chinameca, Oteapan, Cosoleacaque, Zaragoza, entre muchas otras localidades cercanas.

Es de todos conocido que el negocio del mercado "negro" transporta y mueve sus productos mediante taxis oficiales o "piratas", y son los mismos conductores quienes son acribillados por estar en negocios delictivos o son ellos quienes

secuestran, roban, matan a la población por diversas circunstancias y sobre todo son responsables, en parte, de los múltiples feminicidios.

### **Recursos para la salud**

En el sector salud en la región las unidades de consulta externa pertenecen en un 11% al ISSSTE, un 7.7% al IMSS-Prospera, el 20% a la Secretaría de Salud y lo restante (60%), es decir la mayoría, a Pemex (Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, 2016, Ibid).

En el centro de Minatitlán, a una distancia aproximada de 15 minutos de las colonias, se ubica la zona de las principales farmacias de la localidad: Similares™, del Ahorro™, YCA™, Guadalajara™ y Unión™, algunas de ellas brindan servicio de orientación médica gratuita (Del Ahorro™) y en otras brindan servicio de consulta médica privada en consultorios anexos a las farmacias (Similares™, Guadalajara™ y Unión™). Cerca de la zona centro se encuentran el Hospital General de Especialidades y Rehabilitación del IMSS y el Hospital General del ISSSTE; está también una casa de salud urbana (Secretaría de Salud), una clínica de salud para la mujer del DIF, una clínica de PEMEX, un centro de salud familiar y el Hospital General del municipio por parte de la Secretaría de Salud (SS).

### ***Coacotla-Cosoleacaque***

Respecto a Cosoleacaque, este municipio se ubica entre los paralelos 17° 52´ y 18° 09´ de latitud norte; los meridianos 94° 25´ y 94° 42´ de longitud oeste; y altitud entre 10 y 69 m. Sus límites colindan en el norte con los municipios de Chinameca, Pajapan y Coatzacoahuila; al este con Coatzacoahuila, Nanchital, Ixhuatlán y Minatitlán; y al sur con el nuevo Mina, Zaragoza y Jaltipan (Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz b, 2016).

Tienen un rango de temperatura de 24 a 28° centígrados y con una sensación mayor de 30°C. El clima es húmedo y con abundantes lluvias en verano que continúan en otoño e invierno causando incomunicación; esto debido a las

inundaciones ocasionadas por la falta de mantenimiento a sistemas de drenaje y porque los ríos se desbordan por las modificaciones en su curso que provocan los trabajos de urbanización en los municipios (Ibid).

Cuenta con un total de 160 localidades de las cuales 7 son urbanas y 153 son rurales; los usos de suelo y vegetación se concentran en agricultura y pastizal; las acciones en materia ambiental tienen un volumen de residuos sólidos recolectados de 36.5 mil toneladas, recolectados por 12 camiones recolectores. Además, de que cuenta con siete plantas de tratamiento de aguas residuales, mientras que en Mina hay solo tres (Ibid).

La población total registrada en 2017 es de 130, 567; el 48.4% son hombres y el 51.6% son mujeres, con mayor presencia de jóvenes y adultos (15 a 64 años). En específico, Coacotla cuenta con 6,873 habitantes y solo una minoría conserva la lengua materna náhuatl, debido a la sobre valoración de la lengua castellana (Ibid).

Las viviendas particulares habitadas, según la encuesta intercensal 2015 por parte del INEGI, tienen un registro de 36,984, de las cuales el 80% disponen de agua entubada, 97% de drenaje, 96%; con energía eléctrica; respecto al tipo de piso, el 66% cuenta con piso firme o cemento, el 4% con piso de tierra y madera, el 29% con mosaico y otros recubrimientos (Ibid).

La pobreza según indicadores del CONEVAL en el 2010 muestran que el 43.9% de la población total del municipio se encuentra en esa situación; de lo que le corresponde al total un 8.8 % en pobreza extrema y un 35.2 % en pobreza moderada. Registra un índice de rezago social muy bajo y ocupa el lugar 192 a nivel estatal (Ibid).

Su población económicamente activa está dividida de la siguiente manera: en el sector primario se encuentra 4.7%, mientras que en el secundario está en un

31.4% y en el terciario un 62.5%. Lo que muestra el papel que representan las actividades económicas del sector privado en la zona (Ibid).

Su agricultura se caracteriza por tener sus principales cultivos en maíz de grano, frijol y palma de aceite; ya sobre su ganadería y avicultura se concentra en lo bovino, porcino, ovino y aves.

A Coacotla en particular se le conoce de manera popular como “el hijo mayor de Cosoleacaque” en donde se ha podido establecer la mayor infraestructura urbana, con sus servicios correspondientes (agua, drenaje, luz, transporte, teléfono e internet). La comunidad se divide en seis barrios, la CSP se localiza en el segundo y son las p-c originarias de la región las encargadas de atenderla junto con algunas otras promotoras y p-c que apoyan tanto ahí como en Mina.

### **Recursos para la salud**

En la localidad de Coacotla-Cosoleacaque hay varios consultorios privados a un lado de farmacias con productos genéricos, muchas de ellas no pertenecen a las cadenas farmacéuticas comerciales. También se cuenta con una clínica familiar de la Secretaría de Salud la cual dispone de una ambulancia para casos de urgencia.

En el trayecto entre Coacotla y Minatitlán se ubican varias farmacias de Similares™ e YCA™, que brindan servicio de laboratorio clínico, rayos X y consultas privadas con un costo de 50 pesos. También hay una casa de salud para la mujer (DIF) en el municipio de Zaragoza y algunos laboratorios clínicos privados con rayos X y ultrasonido.

En el municipio de Cosoleacaque hay un Hospital General, pero se encuentra lejos de la comunidad de Coacotla, a más de 30 min. de distancia en transporte público. Hay 14 unidades de consulta externa (IMSS, ISSSTE e IMSS-Prospera). Las consultas externas otorgadas a la mayor parte de la población son por parte del

ISSSTE e IMSS-Prospera, con una población de 95 médicos, quienes en su mayoría laboran para la Secretaría de Salud (Ibid).

Cabe destacar que ambas localidades no cuentan con servicios odontológicos ni psicológicos por parte del sector salud municipal, solo hay algunos consultorios privados, sobre todo en la cabecera municipal, pero no es un servicio accesible al público en general. Los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y PEMEX pueden acceder a estos servicios por ser beneficiarios de dichas instituciones.

### **Las colonias y comunidad**

Las colonias donde se ubican las CSP se encuentran a una distancia de 15-30 min en transporte público (taxi-camiones) del centro del municipio de Mina y en ellas se ubican: el Casino Petrolero de Pemex, la escuela primaria “Adalberto Tejeda”, la secundaria técnica federal núm. 5, dos hoteles (Del Jagüey y Atenas), dos tiendas de abarrotes OXXO™, otras tres fuera de cadenas comerciales, el campus de Minatitlán de la Universidad Veracruzana (con carreras de odontología, medicina, enfermería y trabajo social); y varios comercios informales con venta de huevos, abarrotes y materia prima para usos caseros. Además de un panteón con diversas florerías en las afueras.

En la colonia ampliación Hidalgo se cuenta con un centro de rehabilitación por parte del DIF, localizado a un costado de la CSP, el cual no brinda servicios hasta el día de hoy, según información brindada por residentes e informantes clave.

El IMSS-PROSPERA presta servicios médicos generales en unidades móviles a través de campañas de salud relacionadas con periodos electorales. En la colonia vecina, Miguel Hidalgo, se cuenta con una clínica privada de medicina integral y humanística con atención las 24 horas y un consultorio privado en donde se llevan a cabo estudios de gabinete con rayos X . Se cuenta en la misma colonia con dos farmacias que venden medicamentos genéricos o similares, cada una brinda el

servicio de consulta médica con costo de 35 a 50 pesos. Además hay una clínica veterinaria para pequeñas especies en la colonia.

Hay un centro de rehabilitación del DIF, a pocos metros de la CSP, el cual no presta servicios de atención pese a contar con ciertas herramientas. Aunque, se utilizan las instalaciones para albergar a comunidades necesitadas de insumos y refugio, como consecuencia de las inundaciones provocadas por lluvias torrenciales y la sobrepoblación en ciertas regiones con pésimo drenaje, construcción de obras de comunicación o asentamientos que provocan modificaciones territoriales donde pasan flujos naturales de agua procedentes de los ríos de Coatzacoalcos, Tonalá y Galván.

Ahora bien, respecto a los orígenes de la colonia Miguel Hidalgo, éstos datan de 1918 y 1919 al formar parte de una compañía de inmuebles subsidiada por parte de la empresa de petróleos del momento, “El Águila, S.A.”, la cual se apodera de terrenos periféricos del municipio para construir fraccionamientos residenciales y dar vivienda a sus trabajadores. Al ser expropiada la compañía de inmuebles, dichos terrenos pantanosos se venden a familias con recursos como la familia Torres, dueña del rancho Mata Garrapata, Don Abel R. Pérez y el Diputado Antonio Ortiz Ríos, quienes inician la lotización y fraccionamiento de los terrenos, así también son quienes proporcionan el sustento legal para conformar oficialmente la colonia Miguel Hidalgo (Blanco, 1997).

Otros datos relevantes sobre la colonia se refieren a sus condiciones sanitarias en épocas pasadas. Dan cuenta de la contaminación atmosférica de la zona por su proximidad con la Refinería “Gral. Lázaro Cárdenas”, con el cúmulo de guanos<sup>43</sup> fertilizantes y la presencia del basurero municipal a campo abierto, aunado a las aguas negras del drenaje, todo contribuyó a que fuese considerada una zona altamente contaminada (Ibid).

---

<sup>43</sup> Sustrato resultante de la acumulación masiva de excremento de murciélagos y aves marinas características de la zona.

Desde 1964, Pemex renta esos terrenos a particulares. Entonces se pagaba un promedio de 20 mil pesos anuales, dependiendo de la extensión otorgada, sin embargo, algunas hectáreas aún eran propiedad privada de un particular (Don Francisco Márquez) (Ibid). Las condiciones de los terrenos y su ubicación determinaban la calidad de la propiedad, ya que las zonas pantanosas dificultaban los cimientos para la construcción de las viviendas; la posibilidad de adquirir un terreno en mejores condiciones dependía de la capacidad económica del comprador. Era evidente la diferenciación residencial, por ejemplo, el fraccionamiento casino-petrolero cuenta con servicios óptimos de drenaje, luz, gas, internet y seguridad privada, lo cual no se encuentra en absoluto en los terrenos aledaños donde el drenaje sigue a cielo abierto, algunas calles no están pavimentadas y carecen de servicios básicos como luz pública y seguridad.

La electrificación en la colonia data de 1966, cuando se empezó a brindar el servicio a gran parte de la colonia, aunque hubo zonas no cubiertas por la falta de recursos y por la poca participación ciudadana para la gestión del servicio, unos años después, en los 70, se introdujo el agua potable sólo en algunas zonas y fue hasta 1983 se obtuvo el servicio de drenaje, el 40% de la colonia está cubierta con esta red y el resto de las viviendas tenían fosas sépticas, letrinas e incluso practicaban el fecalismo al aire libre, en el basurero público cuando éste existía (Ibid).

Estas deficientes condiciones de salubridad, fueron un foco de generación y transmisión de enfermedades, las cuales no fueron atendidas por las instancias municipales. Generaban la presencia de fauna nociva como: moscas, insectos, cucarachas, roedores, entre otros animales como murciélagos; situación producida por las condiciones inadecuadas de las viviendas y del medio ambiente (Ibid).

Se tienen registros de que el 90% de las enfermedades reportadas en esa época correspondían al aparato digestivo, parasitosis intestinal e infecciones ocasionadas principalmente por falta de higiene y el mal manejo del agua potable.



Otras enfermedades presentes en su momento fueron infecciones del aparato respiratorio debido a las insalubres condiciones en el área del basurero, incluyendo sus respectivos malos olores; por último, también están las enfermedades dermatológicas provocadas por piojos, granos, manchas en el cuerpo, todo como efecto de la falta de higiene en el pasado y en la actualidad, con daños visibles principalmente en menores de edad quienes están más expuestos a las condiciones de insalubridad (Diario de campo 27/septiembre/19, Ibid).

El basurero fue en su momento el lugar donde se arrojaban los desechos de camiones de basura que pasaban tres veces a la semana. Cuando no brindaban el servicio la gente prefería, y prefiere aún, quemar la basura ya que no hay una recolección adecuada y periódica por parte del municipio. Hoy en día el volumen de residuos sólidos urbanos recolectados es de 52.9 mil toneladas a través de 17 vehículos recolectores, los cuales son depositados en el nuevo basurero de Las Matas que se localiza en una de las carreteras rumbo a Coatzacoalcos; *“el municipio de Mina no cuenta con superficie de rellenos sanitarios ni una capacidad para el manejo de los desechos”* (Entrevista M-P.C).

Existen en Mina sólo tres plantas de tratamiento de aguas residuales (Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz, 2016, Ibid.). Y en época de lluvias se frena la actividad de dichas plantas pues las inundaciones son inevitables cada año. Es importante señalar que, durante los meses de agosto a diciembre, esta localidad se encuentra permanentemente inundada y las explicaciones populares son: las condiciones pantanosas de la región, el exceso de basura generado por la sobrepoblación y su mal manejo, y la intención de los responsables de las plantas de tratamiento que paran las plantas para evitar su saturación (Diario de campo 4/octubre/18).

Acerca de las características de las viviendas, la mayoría de las casas en la colonia M. Hidalgo cuentan con materiales de techos de losa, suelo de cemento y

paredes de tabique, en contraste con las casas de la colonia ampliación Hidalgo donde el techo es de lámina, sus paredes de madera/cartón y el suelo de tierra. Lo que hace evidente diferencias estructurales y sanitarias que generan condiciones desfavorables para la salud de sus habitantes (Ibid). La presencia de animales callejeros (perros y gatos) y de traspatio (gallos, gallinas, puercos, cabras y guajolotes) es notable en ambas colonias.

En las colonias de Minatitlán, hasta donde pude observar, existe un recurso común de aguas purificadas, con precios variados según la calidad en su producto, en plantas de agua potable (E-pura™) de cadenas comerciales o de micro empresas en las colonias; el agua potable proporcionada por el Ayuntamiento se encuentra contaminada por un alto contenido en plomo y químicos utilizados por parte de las empresas industriales en la zona, lo que ocasiona complicaciones en la salud de la población. En Coacotla por el contrario, no son frecuentes esas purificadoras de agua y la gente se abastece de pozos que aún contienen agua potable pura pese a la contaminación de los alrededores.

Coacotla, municipio de Cosoleacaque, es una localidad vecina a Minatitlán; para llegar a ella es necesario atravesar el municipio de Zaragoza que entrelaza los municipios de Mina y Cosolea (diminutivo utilizado para referirse al municipio de Cosoleacaque). El tiempo de traslado entre Mina y Coacotla es aproximadamente de 50 min en transporte público (camiones sub-urbanos) y unos 30 min en transporte particular (taxi y/o auto particular).

Hay solo dos posibilidades de acceso en vehículos particulares; uno es tomar por la ruta del camión sub-urbano que pasa por el camino rumbo a la Sierra de Santa Martha y, estando en Cosoleacaque, dirigirse rumbo Zaragoza. Una vez pasando el centro del municipio se enlaza nuevamente con Cosoleacaque donde empieza Coacotla y está la entrada a Monte alto y a la Granja Los Limones.

La otra ruta corresponde a la carretera que va hacia Acayucan en dirección a la Ciudad de México; pasando el km 10 y después de la primera gasolinera de Pemex, se toma camino de terracería que cruza la carretera y da acceso al lado opuesto a la primera entrada descrita anteriormente.

Los caminos en ambos casos están en pésimas condiciones por la presencia de hoyos y baches en carreteras, avenidas y calles aledañas; además de los topes que frenan la circulación y están casi desechos por las constantes lluvias y la frecuente circulación de camiones de carga con capacidad para varias toneladas. Los caminos son incómodos para todo tipo de transporte y su reparación de los mismos se lleva a cabo mediante el trabajo de algunos pobladores quienes, con el uso de palas y picos, buscan “reparar” las deficiencias del camino al colocar tierra y piedras en donde los obstáculos son más marcados y de donde ellos generan ingresos gracias a la petición de cooperación voluntaria para los conductores de la zona.

En estas localidades (Zaragoza y Cosolea-Coacotla) hay una mayor presencia de población indígena nahua y popoluca, la cual se fue asentando aquí por la fuerte atracción que generan los municipios industriales de Coatza y Mina, en términos urbanos, económicos y laborales.

### **Las Casas de Salud Popular**

La *CSP de Minatitlán* se encuentra en los límites con la colonia Hidalgo y ampliación Hidalgo, en las calles de Naolinco y Berlín. Se ubica en un terreno de aproximadamente una hectárea, cuenta con un patio con árboles de limón y carambola, un pequeño huerto de plantas medicinales como: tomillo, pata de gallo, flor de león, entre otras. En el patio se tiene otra sección donde se maneja la composta y una más en donde elaboran el nixtamal con molinos manuales sobre troncos de madera previamente manufacturados para la producción de la masa para todos sus tipos de tamales en venta.

En su pared exterior hay un mural pintado por jóvenes de Acayucan, con imágenes de mujeres trabajando de manera comunitaria y con la frase “*mujeres solas invisibles, mujeres juntas invencibles*”. Ya dentro del terreno hay otra pared, cerca del local de antojitos, donde se representa una escena con varias mujeres cocinando y sirviendo alimentos e imágenes de naturaleza y fauna regional.

La sala de recepción cuenta con varias sillas de plástico, un escritorio donde se encuentra la recepcionista (madre Paquita) y los archivos de expedientes médicos. Ella elabora una lista de los pacientes citados previamente y así es como se dan los turnos de consulta. Cuenta también con una báscula para el registro del peso y otros instrumentos para la toma de la presión arterial del paciente, que van desde un aparato electrónico hasta el tradicional de mercurio que funciona de manera manual. En el espacio resalta una imagen de la virgen de Guadalupe en un marco grande colocado en un anaquel sobre una de las paredes de la recepción, junto hay otros letreros en contra del fracking para la exploración de nuevos pozos petroleros y de agua, y detrás del escritorio de recepción se encuentra un tejido sobre la historia de las promotoras en donde muestran paso a paso (cuadro a cuadro) el transcurso de su trabajo comunitario. Se inicia con los llamados pases en cadena, donde se intercambian animales de traspatio y ciertos frutos o vegetales de auto consumo, la puesta de letrinas y fosas sépticas en varias casas en la colonia; otra parte representa la manifestación del c-p-c sobre las condiciones de vida óptima frente al gobierno municipal y estatal, también la exigencia y búsqueda de condiciones de vida frente a las malas condiciones del basurero; y por último, hasta cuando edificaron la casa de salud y las casas habitación de algunas compañeras gracias al programa federal de “Hábitat”.

Después de la recepción se encuentra la entrada al jardín, en donde también pueden esperar los asistentes para sus consultas, pues cuenta con más sillas de plástico. Siguiendo el pasillo se ubica otra sala con una cocina amplia, aquí se elaboran los medicamentos como cápsulas, tinturas, jarabes y pomadas. La preparación se realiza ese mismo día o en otros, según se acuerde, en base a la

demanda de determinados medicamentos. Aquí, las encargadas del comedor preparan alimentos para las compañeras que estén ofreciendo servicios en la CSP cada jueves.

Se tienen tres refrigeradores, una estufa de cuatro hornillas más un anafre grande para la elaboración de sus tamales; una mesa grande y gran número de sillas de plástico. Entre sus utensilios de cocina están aproximadamente cinco cazuelas grandes, tres sartenes medianos y una gran cantidad de cucharones, cubiertos, vasos y tasas.

Esta CSP tiene tres consultorios. El que está frente al jardín es exclusivo para exploraciones ginecológicas, cuenta con un lavabo, una cama de exploración y un aparato para esterilizar material de curación, además de los instrumentos necesarios para la prueba de Papanicolaou. En una de las paredes hay otra imagen de la Virgen de Guadalupe. En este consultorio atiende la promotora Nancy quien se dedica a ese tipo de pruebas, además de ser la principal p-c en la CSP de Coacotla.

Junto al consultorio de exploración ginecológica se encuentra la farmacia verde, con muchos anaqueles y muebles para depositar y preparar los medicamentos necesarios para cada caso durante la consulta del día. Aquí se ubican todas las tinturas preparadas, botellas, jaraberos y glóbulos para los medicamentos homeopáticos, así como otras herramientas con las cuales preparar lo necesario para surtir las recetas a los diferentes pacientes (tés, micro-dosis de tinturas, jarabes y medicamentos homeopáticos), así como varios instructivos y guías impresas pegadas a la pared para la preparación de los medicamentos pues aunque llevan años elaborando los productos, evitan tener errores al momento de elaborarlos. Este trabajo es realizado por tres de las promotoras, dos de ellas (Amaranta y Odette) se quedan dentro del cuarto-farmacia mientras que la tercera (Flor) se encuentra recibiendo y surtiendo las recetas de los pacientes, acompaña a los pacientes cuando les corresponde su turno o al salir de la consulta y busca

mantener informadas a las compañeras de la farmacia sobre cuáles son los medicamentos se deben elaborar.

El segundo consultorio se encuentra a un costado de la sala de recepción, es más sencillo que los demás, ahí se cuenta con un escritorio y varios anaqueles donde se tienen folletos, trípticos y libros obtenidos en eventos donde ha participado el comité con otras organizaciones tanto gubernamentales como asociaciones civiles y fundaciones. En dicho consultorio se encuentra la promotora-curadora Sonia, quien es la de mayor edad del equipo y es parte de la CEB de la zona Jagüey.

El tercer consultorio es donde brinda consulta la p-c que coordina a las demás compañeras, éste cuenta con un escritorio amplio en donde tiene diversos libros de consulta en homeopatía. En las paredes hay cuadros sobre el aparato digestivo y respiratorio donde se señalan ciertas partes del cuerpo y sus posibles enfermedades y también cuadros sobre auriculoterapia y las zonas correspondientes a cada parte del cuerpo y su padecimiento. Hay una cama de exploración y un anaquel donde se tienen los medicamentos homeopáticos y fitoterapéuticos necesarios. Cabe destacar que este tercer espacio es el único que cuenta con un timbre para avisar cuando terminan las consultas, ya que esta p-c es la más solicitada por los asistentes a la CSP, quienes pueden esperar más de dos horas para recibir una consulta con ella, ya que habitualmente sus consultas, al igual que en el resto de la CSP, duran entre 40 min y una hora y media, dependiendo del caso y la necesidad de atención del paciente.

La CSP cuenta con dos baños al final del pasillo y frente al jardín en donde se ofrece el servicio de WC en adecuadas condiciones; y a un costado, frente al depósito de la composta, se encuentra un pequeño cuarto almacén donde guardan materiales para los medicamentos (botellas, jaraberos, glóbulos y plantas medicinales), ciertos productos herbolarios y fitoterapéuticos que se guardan para surtir a la farmacia en cuanto se necesiten recursos para la elaboración de sus medicamentos.

A un costado del inmueble donde se sitúa la CSP, se encuentra el predio donde se edificó otra construcción que funciona como local de venta de antojitos en la región ("*Tonatzin*"), este local fue construido hace aproximadamente cinco años cuando se decidió tener un negocio establecido con el propósito de ser autosuficientes para cubrir gastos y ciertas remuneraciones para algunas compañeras. La venta de antojitos les ha sido de gran apoyo para mantener sus proyectos, actividades y recursos necesarios. En dicho local se cuenta con una estufa grande con seis hornillas, un refrigerador grande, cafetera, tres ollas, lavadero, baño, recursos materiales-auxiliares (servilletas, materiales de unicel, bolsas de plástico), cubiertos y platos.

En la cocina grande de la CSP se elaboran los pedidos de mayor volumen, ya sea por encargos durante algunas épocas del año o por las necesidades del local de antojitos. Además, se cuenta con un almacén en donde guardan otra estufa de cuatro hornillas para cuando requieren elaborar una mayor cantidad de alimentos.

Generalmente se hacen equipos de trabajo por día en la cocina "*Tonatzin*", de martes a domingo, pues los lunes es su único día de descanso en la venta de antojitos. Dos compañeras del equipo, quienes no tienen actividades en la promoción-atención a la salud (Federica y Ortencia), se hacen cargo de la elaboración de alimentos y administración de los ingresos según su día laboral en el local. Ellas son mujeres adultas mayores quienes han participado en diversas actividades con el comité pero que ante la falta de trabajo, se les ha ofrecido esa tarea por la confianza que les tienen y para apoyarlas en su situación de desempleo, también tienen el rol de madres-abuelas en sus familias y apoyan en el cuidado de nietos por la sobre carga de trabajo de sus hijas.

Las demás compañeras a quienes les corresponde trabajar cada día en el local, deben estar en el molino más cercano a las 7 am para obtener la masa de maíz suficiente para la producción diaria (unos 5 a 7 kilos aproximadamente),

posteriormente se desplazan al local y abren a las 8 am. Sus clientes son personas que se detienen a consumir alimentos en el camino a sus trabajos; también acuden familiares de las promotoras y de las compañeras de la cocina, vecinos jubilados de los alrededores que se han convertido en clientes frecuentes por la relación de apoyo, amistad y compadrazgo con el comité de promotoras, ante años de trabajo comunitario y social en la colonia.

Se dividen los días de trabajo por equipos de tres a cinco personas (no necesariamente todas deben ser promotoras o integrantes del comité) que ocupan el puesto de cocineras, administradoras y meseras, todo está acordado en sus reuniones de trabajo y evaluación de actividades, donde además de contemplar lo necesario para las CSP y sus diversos proyectos, también revisan sus finanzas y trabajo dentro del local de antojitos "*Tonatzin*".

#### *CSP de Coacotla-Cosoleacaque*

El origen de la CSP en esta localidad, surgió de la concesión que hizo el párroco de Zaragoza, el Padre Arturo, quien ofreció esta casa que era habitada previamente por monjas de la "Compañía de María", mujeres devotas que llevaban a cabo misiones de catequismo y evangelización en zonas cercanas o alejadas de la iglesia. Ellas profesaban la religión católica y motivaban a los habitantes que quisieran acercarse a la religión. Las monjas fueron envejeciendo y desgraciadamente la sociedad de Coacotla se acercó cada vez menos a la Compañía, lo que provocó que la casa fuera abandonada.

En ese momento (2014-15), el padre Arturo era el encargado de la parroquia de Zaragoza y, según las delimitaciones territoriales diocesanas, le correspondía recibir a los devotos de las comunidades de la región cercana al recinto, entre ellas Coacotla, pese a pertenecer a otro municipio. Eso le dio la facultad de ofrecer el territorio de la "Compañía de María" a algún interesado en hacer trabajo comunitario. Por esta razón, ofrecen el inmueble al c-p-c de Minatitlán, con quienes tenían experiencia de trabajo previo (finales de los 90), cuando él era



padre de la Parroquia de las Choapas y llevaron a cabo talleres, con mujeres, de promoción de la salud y medicina homeopática.

En la casa ofrecida en venta al c-p-c, se establecería otra casa de salud en dónde atender a más población indígena de la Sierra de Santa Martha, porque sus unidades de medicina rural cuentan con pocos recursos y problemas de prestación de servicios por parte de pasantes de medicina de universidades públicas o privadas de la zona sureste del estado de Veracruz. No existe una atención continua de primer nivel, dado el grado de marginalidad en que se encuentran los habitantes de la zona y el desinterés de los gobiernos municipales y el estatal.

Las p-c originarias del proyecto CSP-Mina han estado trabajando en diversos municipios que se encuentran en los alrededores y cuentan con la aceptación popular necesaria para establecer un vínculo con las comunidades, para brindar atención integral.

La CSP de Coacotla la conforma un inmueble principal y varios espacios aledaños en un terreno de 400 metros cuadrados, aproximadamente. Tiene tres recámaras en donde, algunos días de la semana, residen compañeras con sus familiares o gente cercana que cuidan la CSP. Cada recámara tiene sistema de clima para enfrentar las altas temperaturas de la región, aunque ninguno funciona; se cuenta con camas y algunos muebles en cada uno de los cuartos.

Un cuarto está dedicado a una ofrenda católica-nahua, en donde se tiene una imagen del santo patrono (San Juan Bautista) y ciertos artefactos y piezas que reflejan la cultura nahua. Se cuenta con una cocina, sala y comedor con todos los utensilios necesarios para cocinar los días de consulta (los lunes de 10 am a 4 pm). También existe un cuarto donde se ubica la farmacia verde, que cuenta con hierbas, jarabes, microdosis de tinturas fitoterapéuticas y pomadas, así como el material necesario para surtir las recetas de los asistentes a consultas; dicha farmacia es atendida por tres promotoras que forman parte del equipo (Valeria,

Helena y Martita). Los accesorios de esta farmacia tienen menor calidad y la mayor parte se encuentra en el suelo o sobre puesta en los anaqueles ocupados también por otros productos.

Fuera del inmueble principal se ubica un baño con varios sanitarios y regaderas. Junto está el consultorio principal, éste cuenta con un escritorio, un archivero y una cama de exploración. Enfrente se tiene un jardín con diversas plantas y hierbas que son sembradas y cultivadas por las mismas promotoras, tanto para sus medicinas como para la elaboración de las comidas. Se tiene un árbol de coco, plátanos y cacao; además de hierbabuena, tomillo, flor de león, manzanilla, entre otras plantas medicinales.

En la parte trasera (alrededor de 200 metros cuadrados) del inmueble hay un patio cubierto por palma, madera y lámina que es donde llevan a cabo reuniones tanto de formación de promotoras, como de organización y evaluación de las actividades y proyectos de los grupos bases y comunitarios de ambas CSP. También aquí se ubica un salón donde guardan medicamentos alopáticos donados por varios médicos con quienes guardan relación en su trabajo comunitario; folletos, trípticos y libros sobre el trabajo comunitario de la Iglesia y su forma de difusión y materiales para los talleres que se llevan a cabo y una gran cantidad de sillas de plástico y un par de mesas para las reuniones. A un costado se tiene una cocina con los recursos necesarios y otros sanitarios.

La calle donde se ubica la CSP es de terracería y justo enfrente está la escuela primaria federal "Felipe Carrillo Puerto". Al caminar rumbo a la calle principal (Miguel Hidalgo) es posible encontrar calles con pavimentación adecuada y es donde transitan los camiones rumbo al centro de Mina. En ese mismo trayecto se encuentran algunas farmacias Similares™ y otras que no corresponden a cadenas comerciales. Pero en general, en la localidad es complicado tener acceso a alguna unidad de primer nivel de atención tanto público como privado (tan solo se cuenta con una Casa de Salud para la Mujer en el municipio. de Zaragoza y una clínica

de medicina familiar en la misma localidad de Coacotla), por lo cual el servicio que ofrece la CSP trata de compensar deficiencias en la atención a la salud/enfermedad por parte del municipio.

A diferencia de Mina, en Coacotla no se cuenta con la misma cantidad de pacientes debido a que sus actividades iniciaron hace menos de cinco años; mientras que en Mina, la CSP tiene presencia desde hace más de 20 años. La difusión de ambos espacios de atención a la salud no es igual y tampoco el reconocimiento por parte de la comunidad.

### **Otras actividades comunitarias realizadas por el c-p-c**

#### *Lectura popular de la Biblia*

Una vez establecido en mi trabajo de campo, pude presenciar dos sesiones sobre la lectura popular de la Biblia, con un misionero franciscano colombiano, invitado del padre Arturo. Estas sesiones formaron parte de talleres quincenales y tenían por objetivo: “dar un acercamiento a la palabra de Dios que sea propia de las personas y desde el contexto de cada uno. Con lo cual construir reflexiones en colectivo y compartir las experiencias” (Diario de campo 20/sept/18). En varios Estados de la república se llevan a cabo estos cursos, como: Guerrero, Baja California y la Ciudad de México. Gracias a la agrupación de los estudios teológicos de México<sup>44</sup> se generó una plataforma digital donde se sube la información que corresponde a cada entidad y sus grupos; se comparte lo más significativo sin que con ello se pierda la intimidad de temas delicados en ciertos casos (Diario de campo 19/septiembre/18).

Esta actividad fue propuesta por el padre Arturo quien, al realizar una especialización en Colombia en temas eclesiásticos de la pastoral social-indígena conoció a Víctor, varón de 27 años con una formación franciscana en Medellín, Colombia, a quien le pidió coordinar esta actividad con la comunidad. El joven

---

<sup>44</sup> No se tiene información al respecto pues no difunden su proceso por medios digitales ni por otro ámbito público que no sean representantes eclesiásticos y sus discípulos que se encargan de talleres en materia.

Víctor cuenta además con capacitación en auriculoterapia, la cual adquirió para tratar a su madre quien sufrió heridas de bala en las manos, a consecuencia de la violencia entre guerrilleros y fuerzas paramilitares en Colombia; ante su constante dolor, Víctor buscó una forma de atender el padecer de su madre, recurriendo a la auriculoterapia y posteriormente utilizándola como un recurso de atención a sus familiares y algunas personas conocidas de la Iglesia y su misma comunidad.

Debido a lo anterior, el sacerdote de la parroquia en Coatzacoalcos, invitó al misionero a visitar México para que conociera las labores del c-p-c en Minatitlán-Coacotla y colaborara temporalmente con sus servicios al brindar consultas dentro y fuera de las instalaciones de ambas CSP, junto a otras actividades.

La primera invitación para la lectura popular de la Biblia fue difundida a familiares y conocidos de las integrantes del comité de trabajo en las CSP y la cocina “*Tonatzin*”, a la cual asistieron una docena de mujeres el 19 de septiembre de 2018.

En la sesión organizada por el padre Arturo, la promotora Victoria y el misionero Víctor desarrollaron las actividades con tres equipos de trabajo para realizar una hermenéutica<sup>45</sup> sobre algunos pasajes de las Sagradas Escrituras de la Biblia Católica, según algunos textos de especialistas en cuestión (consultar [koinonia.org](http://koinonia.org) donde se encuentran otros escritos en cuestión de autores como Pablo Richard y Carlos Mester).

La temática principal en esa ocasión fue ver el papel protagónico, pero subordinado a la vez, de la mujer en la Biblia para generar reflexiones, críticas y aportes entre las asistentes. En cada sesión se toma nota de la lectura y de las

---

<sup>45</sup> Para la lectura popular de la Biblia hay que tener en cuenta la interpretación de la creación del escrito sagrado donde: mirar el texto en su contexto, el acercamiento a la realidad del propio texto, contexto histórico en el cual se desarrolló y la actualización del texto para nuestra vida del qué nos dice hoy la lectura. Con los puntos anteriores se busca el crear comunidad (Diario de campo 19/septiembre/18).

reflexiones de los asistentes para posteriormente compartir la información en los medios digitales y así generar una comunidad cibernética y el reconocimiento y validación de la palabra del pueblo feligrés, por parte de la Iglesia.

Ya en la segunda sesión hubo menos participantes, solo cinco compañeras promotoras, auxiliares y p-c de las CSP, entre ellas la madre Paquita y el franciscano Víctor quienes fueron los organizadores. Se trabajó en dos grupos, en uno se leyó un texto bíblico sobre Rizpá<sup>46</sup> en el Nuevo Testamento; el otro leyó una historia sobre la violencia desde la biblia judía (Antiguos Testamentos). El objetivo era identificar y reflexionar sobre la violencia, y sus diferentes tipos, como aparece en las Sagradas Escrituras.

La historia de Rizpá sirvió como referente para generar una discusión con el grupo sobre el cuidado brindado por la mujer ancestralmente y “cómo hoy en día tienen esa misma figura al salvaguardar a sus hijos, nietos y esposos de la violencia del Estado” (Diario de campo 22/septiembre/18). Esto propició seguir profundizando en el papel de la mujer viuda, condición común entre muchas mujeres en las comunidades de origen de las asistentes<sup>47</sup>. Estas reflexiones se registran en textos elaborados por los equipos participantes, dichos textos fueron transcritos por el misionero Víctor y subidos a la plataforma digital el mismo día.

Después de la sesión, el padre Arturo señaló que: *“es en la práctica cotidiana donde debemos reflexionar. A partir de las comunidades eclesiales de base (CEB) y del Concilio vaticano segundo en Medellín, quienes impulsaron una lectura*

---

<sup>46</sup> “Concubina de Saúl. “Después de la muerte de éste, acusó a Abner de haberla tomado, y lo reprendió por ello, temiendo que hiciera planes de usurpar el poder real. Como Abner se ofendió, se pasó a David, pero luego perdió su vida por la traición de Joab (2Sa 3:6-28). Durante el reinado de David, los hijos de Rizpá, Armoni y Mefiboset, fueron ejecutados, con otros 5 descendientes de Saúl, para expiar un crimen cometido por éste contra los gabaonitas. Rizpá cuidó los cuerpos muertos y los protegió de las bestias y las aves de rapiña hasta que David, al oír de su acto de amor, hizo que se juntaran los restos y recibieran honrosa sepultura en la tumba familiar de la casa de Saúl” (Douglas, 2016).

<sup>47</sup> Lo que permite poner el acento sobre “la fortaleza y soledad de una mujer hereje pero con la fe y apoyo de un Dios” (Diario de campo 14/octubre/18).

*popular de la Biblia; buscando entender qué nos quiere decir Dios en una situación de opresión, en una situación de violencia, de injusticia y cómo podemos responder a esos desafíos, como CEB, como hombres y mujeres de fe.”* (Entrevista A-S.C.).

El sacerdote es reconocido por las integrantes del comité dada la formación que recibieron en la parroquia del municipio de Zaragoza y donde estuvieron 12 a 13 años preparándose en temas como la medicina tradicional, la lectura popular de la Biblia con perspectiva de género, cajas de ahorro comunitarias, el pastoral social y temas en materia de promoción de la salud (Diario de campo 15/octubre/18).

Como otra propuesta del padre Arturo y conforme a la tradición de venta de bebidas y comidas de la región en las afueras de algunas parroquias o en ciertos eventos, el c-p-c han participado en la comercialización de sus productos elaborados tanto en las CSP como en las viviendas de las compañeras. Ellas preparan y venden tamales (diferentes versiones), cocadas, pollos orgánicos y Popo<sup>48</sup> (bebida de los dioses).

Cada domingo, desde finales del mes de septiembre, ellas ofrecen sus productos y así generan recursos económicos para gestionar los gastos de las CSP. Se organizan en equipos de trabajo para vender antes, durante y después de las misas en la parroquia. A todas les toca liberar espacios dominicales para realizar esta actividad, sobre todo a Helena que es la única que sabe elaborar el Popo; ella tiene que preparar la bebida cada domingo por las mañanas antes de la primera venta que es a las 9 am en Coatzacoalcos.

---

<sup>48</sup> Es de origen náhuatl y significa cosa que humea o hace espuma. Se llega a producir en municipios como Jáltipan, Acayucan, Cosoleacaque y Tlacotalpan. Los ingredientes de esta bebida jarocho son arroz, anís, axquiotte, canela y cacao. Su elaboración dura hasta dos días porque el molido del arroz debe realizarse cuando se encuentra previamente remojado (Diario de campo 29/noviembre/18).

### *Venta de alimentos y bebidas tradicionales en la parroquia*

En el atrio de la parroquia los días domingos se colocan puestos donde se venden libros y amuletos con representaciones católicas; una mesa de donación para comunidades necesitadas por las inundaciones, frecuentes durante el otoño-invierno en los ríos cercanos a algunas localidades, organizado por Cáritas; y una mesa más para inscripciones a las sesiones de catequismo que realiza la misma parroquia. Al lado de todo esto, se encuentra el puesto de venta de las promotoras de la CSP de Minatitlán-Coacotla.

Las actividades de administración y contabilidad son realizadas por integrantes del mismo comité, quienes tienen a su cargo la tesorería de las CSP, el comedor “*Tonatzin*” y/o los diferentes eventos. Ellas registran y distribuyen los recursos, administrando las inversiones iniciales aportadas por las mismas compañeras; pagan los insumos necesarios para cada caso y obtienen un ahorro para seguir pagando la CSP de Coacotla, junto a otros gastos correspondientes a servicios de su cocina de antojitos.

También por iniciativa del sacerdote Arturo, las promotoras tuvieron la oportunidad de vender sus productos durante un concierto (en las instalaciones del casino petrolero de la localidad de Coatzacoalcos), que brindó una cantante local, Rosa Marta Zarate, en beneficio de la parroquia. Vendieron alimentos y pusieron una exhibición de sus medicamentos en botiquines comunitarios, con el fin de que la comunidad asistente conociera los productos del c-p-c, no solo gastronómicos sino médicos e incluso cosméticos. Durante este evento se prepararon aprox. 500 tamales, 5 lts. de popo, 5 kgr. cocadas, 5 kgr. de empanadas dulces y 15 pollos orgánicos, así como cinco botiquines comunitarios, todo esto con el apoyo de las mujeres del comité y sus familiares, lo que implicó la preparación durante dos días previos y aproximadamente 6 a 7 horas de trabajo durante el evento. Con una ganancia final total mayor a los 10 mil pesos.

### *Preparación de platillos para ventas*

Con el objetivo de mantener su proceso auto-gestivo, las integrantes del comité de las CSP realizan diversos eventos o atienden pedidos a lo largo del año para los cuales elaboran platillos según la época. Obtienen estos recursos financieros gracias a sus redes sociales que incluyen a la comunidad eclesiástica, sus núcleos familiares y las comunidades de origen.

Durante mi estancia en campo pude participar en actividades de venta de platillos durante la kermés anual organizada cada 15 de septiembre, para la cual se preparó una amplia cantidad de alimentos: frijoles, pan, carne de Chinameca, tamales, plátanos asados, quesadillas, mole, empanadas, tinga, popo, champurrado, arroz con leche y tortillas hechas a mano con diferentes tipos de carne (bistec, chorizo). Los insumos se obtienen por donación de cada una de las integrantes del equipo. Ese mismo día se adornan las instalaciones de la cocina “*Tonatzin*” con arreglos característicos del mes patrio y se reúnen tanto las compañeras como sus familias y amigos para generar un ingreso extra.

Otra actividad realizada cada semestre es la venta de chiles rellenos-capeados. Éstos se elaboran por encargo. Cada integrante del comité debe conseguir a cinco clientes, una vez se cuenta con los pedidos las compañeras del comité se reúnen en la CSP de Mina a elaborarlos, algunas aportan algunos productos (sal, hierbas, cebolla, chile, azúcar) y el resto se compra, tratando de obtener el mayor beneficio económico.

En la CSP de Coacotla se lleva a cabo un taller de repostería por parte de Verónica donde se elaboran postres y son preparados con materias primas disponibles en la zona. Sus productos son: alegrías, empanadas de piña, pasteles de elote, cocadas, helados o paletas de fruta de temporada, pan integral, entre otras cosas. Esta repostería se pone en venta durante los días de consulta (lunes y jueves) así como en los diversos eventos donde participen.



Otra actividad importante en que organizan las promotoras es una peregrinación por la Virgen de Guadalupe (11 de diciembre). La realizan cada año junto con feligreses de colonias vecinas, se convoca a los vecinos de la CSP de Mina y a familiares de las promotoras y equipo de trabajo de su cocina. Se reúnen en la CSP en punto de las 6 p.m. para caminar rumbo a la nueva parroquia del municipio (5 kilómetros aprox.). Todo el trayecto es acompañado de una banda de música que toca canciones dedicadas a la Virgen de Guadalupe en su día y una vez se llega a la iglesia, previo a la misa, se tocan nuevamente las mañanitas junto a canciones características del festejo.

La procesión de feligreses concentra un poco más de 30 personas; algunas van arregladas con trajes típicos de la zona sur del Estado veracruzano para conmemorar a la Virgen. Llevan un arreglo floral que va sobre un panel de madera que soporta un marco con la imagen de la Virgen, la cual es cargada por los pocos varones que asisten a la reunión y participan; o, en ciertos momentos, por mujeres que sean capaces del esfuerzo físico que representa la carga por varios kilómetros.

Al concluir la misa en la parroquia, el sacerdote hace un reconocimiento a los grupos que realizan la peregrinación para festejar a la virgen más popular en México. Las promotoras invitan a la comunidad de fieles a regresar a la CSP para rezar un rosario más y ofrecer a los visitantes una comida para la celebración, dependiendo de los recursos disponibles. Este evento es preparado con tres días de anticipación, para disponer no solo de la comida y bebida necesaria, sino para preparar pequeñas despensas en bolsas de mercado con imágenes promocionales de la CSP y del 30 aniversario luctuoso del padre M.J: “*evangelizador de los pobres*”, las cuales solo se reparten entre quienes hayan acompañado la peregrinación, la misa en la parroquia y los rosarios en la sede de la CSP.

### *Misiones de solidaridad. Cosecha de cacao*

Una de las actividades de solidaridad (entre otras realizadas por el c-p-c) a la que pude asistir fue para la cosecha del cacao, en una colonia-ranchera cercana del municipio de Las Choapas, cuyo nombre es 5 de Mayo (hay un ejido cercano con el mismo nombre). Los terrenos privados son de rancheros locales que tienen varias hectáreas con ganado, animales de traspatio, parcelas de siembras de cacao, coco, chiles habaneros, maracuyá, entre otros productos característicos de la zona tri-frontera entre Tabasco, Chiapas y Veracruz.

En colaboración con algunas integrantes del comité de las CSP y sus familiares, nos dedicamos durante dos noches y tres días a recoger cacao en las siembras de una p-c residente de la colonia<sup>49</sup>; es un proceso laborioso y con amplia dedicación entre tiempos y esfuerzos físicos. A petición de una compañera, en este caso Jaqueline residente de esta comunidad, se solicitó apoyo al c-p-c de Mina para realizar una tarea productiva, en este caso la cosecha de cacao, que ella estaba imposibilitada de llevar a cabo. Ofreció al grupo alimento y hospedaje, el grupo proporcionó trabajo solidario y casi todo el beneficio por la venta del producto en las CSP para Jaqueline. Este tipo de trabajo se considera como una misión de apoyo solidario a mujeres en condiciones de marginalidad.

En resumen, la cosecha del cacao comienza al bajar de los árboles el fruto con el uso de largos palos de madera, que en la punta tienen una navaja y pueden alcanzar hasta 3 metros de altura; junto con el de machetes para los frutos más cercanos al suelo. Se recogen y reúnen en montones para ir quitando la cáscara con navajas y luego sacar a mano la semilla del cacao repleta de rebabas húmedas.

Con los dedos de las manos se retira la rebaba del producto con todo y semilla para ponerlo en un cesto de bejuco grande, meterlo en costales, montarlo sobre

---

<sup>49</sup> Quien además se ha capacitado en varias ocasiones con Miriam sobre medicina homeopática, fitoterapia y herbolaria. Siendo profesional en trabajo social por parte de una universidad católica del estado de Colima.

caballos y llevarlos a un almacén de casa. Un día después se sustraen los sacos para que se extraigan las rebabas de las semillas retiradas; hay que lavar con cubetas de agua y con la presión de los pies y hasta que el agua quede libre de rebabas y se transparente con el constante lavado. Así, finalmente, se pone bajo el sol en una plancha de cemento durante cuatro días seguidos para que se seque lo suficiente y para después ponerlo en costales para su venta en los alrededores.

El periodo para sacar la cosecha debe ser preferentemente cuando hay luna llena grande ya que, según Jaqueline, es cuando mayor rebaba tiene el fruto y de ahí depende la calidad del producto (Diario de campo 21/octubre/18). Sin embargo, ella no dispone del tiempo y fuerza suficiente para llevar a cabo este trabajo, ya que tiene que cuidar a su madre y padre de 75 y 92 años respectivamente, ambos con enfermedades crónicas-degenerativas. Esto, además de realizar tareas domésticas como limpiar la casa, preparar comida, darles de comer a sus padres, atender al ganado y aves de traspatio, cosechar cacao (recoger, limpiar y secar), recoger huevos de sus gallinas, patos y guajolotes, bañar a su perro, sacar leche de vacas, hacer queso, entre muchas otras tareas. Por ello se pidió apoyo solidario del grupo de Minatitlán-Coacotla.

## **Capítulo V**

### Las Casas de Salud Popular, lugar de atención al proceso S/E

#### “Mujeres solas invisibles, mujeres juntas invencibles”

En la primera parte de este capítulo describiré y analizaré la organización de los espacios donde se desarrolla la atención que proporcionan el c-p-c, en las CSP de Mina y Coacotla, el predio parroquial y su participación en encuentros con otras organizaciones de promotores y curadores, a través de la descripción de las consultas, el uso de expedientes, el tiempo otorgado a la escucha de los pacientes y la interpretación de exámenes biomédicos; la organización de la farmacia verde y la atención de los pacientes desde su ingreso hasta la obtención de los medicamentos.

En la segunda parte describiré el perfil epidemiológico sociocultural del municipio y en particular de la CSP-Mina, a través de fuentes oficiales de los servicios de salud, así como de información proveniente de los expedientes de la CSP y de las representaciones sociales de las p-c acerca de las principales causas de demanda de atención.

#### **¿Cómo se desarrollan las consultas?**

En lo que respecta a las consultas, tanto en Mina como en Coacotla, se caracterizan por durar un tiempo entre 30 a 90 minutos de escucha, ellas consideran la enfermedad desde el punto de vista biológico y toman en cuenta el contexto sociocultural en donde se desenvuelven los pacientes al igual que lo emocional respecto de la enfermedad.

Durante las consultas se usan expedientes donde se registran los datos generales, particulares y mentales (psicológicos). Este formato tiene como base el enfoque de la homeopatía, principal terapéutica ofrecida en ambas CSP, que necesita reconocer las emociones y sentimientos del paciente, al ser posible raíz de la enfermedad y/o padecimiento que experimenta cada sujeto. Este tipo de

enfoque requiere de mayor tiempo de consulta, ya que también implica explicar al paciente que la medicina alternativa no actúa de la misma forma que la alopática, requiere de un período más largo, al tratar de solucionar el problema de base, no con lo contrario a la enfermedad sino con lo semejante, ocasionando que el cuerpo reaccione en un proceso de auto-curación, a partir del padecer y las emociones expresadas.

Los jueves son los días de consulta en la CSP de Minatitlán, la jornada inicia a las 8 am en el local de antojitos "*Tonatzin*"; ahí se reúnen las compañeras del comité para desayunar algún platillo (tamales, empanadas y café), antes de dar inicio a sus labores. A las 9 am en punto abren las puertas de la CSP, aunque hay pacientes que se acercan a las p-c durante su desayuno, buscando ser los primeros en ser atendidos. Esto es posible siempre y cuando no hayan personas registradas previamente, de otra manera deben esperar a que se libere un turno. Hay algunos pacientes que apartan su cita desde una semana antes, o inclusive el mismo día, llegan temprano y se anotan en la lista para regresar más tarde a su consulta.

Una vez se abre el acceso a la recepción, los pacientes y sus familiares se sientan en las sillas de plástico que dispone la CSP para que la espera sea lo más confortable posible. Mientras tanto, las compañeras se integran a sus funciones; unas van a la farmacia para tener todo el material necesario (Amaranta y Gloria, a veces Susana), otras se dirigen a sus respectivos consultorios (Sonia, Miriam, Ramona y Nancy) donde, regularmente, ya tienen a sus pacientes en espera.

La recepcionista registra a los pacientes que se encuentran presentes y según su turno les hace pasar a consulta. Previamente les toma la presión arterial, registra el peso que marque la báscula y pregunta con qué p-c desea pasar. Los datos se apuntan en las listas de asistencia y en trozos de pequeñas notas que son entregadas a la p-c correspondiente para que sean registrados en los expedientes. Esto lo hace Flor (promotora-enfermera-asistente) quien cumple el papel de

acompañamiento a las consultas, recibe los expedientes para preparar los medicamentos necesarios según el diagnóstico, al igual que restablece un diálogo con los pacientes para tranquilizarlos mientras esperan o al salir de la consulta, mostrándose siempre empática.

La mayoría de los asistentes solicitan consulta con Miriam, ella es a la única con un reconocimiento popular a quien la mayoría de los pacientes le refieren como “Doctora” pese a que no tiene un título profesional que la acredite como tal.

Al momento de pasar al consultorio se le permite al paciente entrar acompañado, se les invita a sentarse y comenzar a exponer el padecimiento por el cual asistió. Si es un paciente conocido en la CSP, se le da la bienvenida al consultorio con muestras de amistad y gusto de volver a verlo. Aunque algunos reciben llamadas de atención por su ausencia de meses o años.

A los pacientes de primera vez se les da un recibimiento más formal, se inicia preguntando sobre el malestar por el cuál asiste. En los subsecuentes encuentros, con un historial previo, se empieza la sesión con una revisión de su expediente proporcionado por la recepcionista y la enfermera.

Los expedientes cuentan con tres apartados dónde anotar los síntomas del paciente: uno tiene que ver con los síntomas generales, otro respecto a los síntomas del malestar en particular y un tercer bloque sobre los síntomas mentales. Lo más importante para diagnosticar e indicar un tratamiento es obtener del paciente toda la información necesaria respecto a su enfermedad. En la CSP es la homeopatía la terapéutica fundamental, por ello es necesario explorar lo que siente la persona física, mental y emocionalmente.

Durante la consulta el paciente tiene la oportunidad de expresar a la p-c hasta donde lo desee, esta información pasará por la interpretación de las p-c que se apoyan en textos especializados para tratamientos homeopáticos ya sea en

problemas de articulaciones, corazón, hígado, riñón, entre muchas otros. Muchas veces validan su diagnóstico entre las mismas compañeras del comité ya sea con la enfermera, boticarias o promotoras que se encuentren en formación de curadoras.

Con los pacientes subsecuentes se consulta en su expediente los tratamientos y medicamentos previos para saber el grado de eficacia que han tenido los tratamientos en diagnósticos previos y saber qué se les puede brindar.

Dependiendo del paciente en turno es el nivel de profundidad de la entrevista y el tiempo necesario. Hay ocasiones donde la paciente muestra tristeza y desesperación durante la consulta, a diferencia de un paciente varón que sea más cerrado y limitado en sus comentarios. En el caso de que se cuente con un/a acompañante se le solicita información que pueda ampliar la perspectiva de la p-c, lo cual puede alargar y complejizar la consulta.

Me fue frecuente escuchar llantos, risas, quejas, enojos y múltiples expresiones de sentimientos y emociones, dado que en consulta se busca indagar todo problema que le aqueje al paciente. Problemas de relación de pareja, parental o laboral son expresados en las sesiones de consulta según la disposición del paciente en abrirse con las terapeutas. Al ser mujeres quienes asisten con mayor frecuencia a las consultas, existe confianza para poder expresarse con las promotoras sobre los problemas que conforman su padecer, en el caso de los varones hay una barrera genérica que resulta complicado evadir.

Al terminar la consulta, en el caso de Miriam, llama con el timbre a la enfermera Flor, para que recoja el expediente y lo lleve a la farmacia en donde se elaborará el medicamento recomendado, mientras que la p-c se despide fraternalmente de los pacientes con expresiones como “chula/o” o “querida/o”. Regularmente se despiden con un abrazo o un cordial apretón de manos y salen del consultorio para esperar a que se les prepare el medicamento.

Hay ocasiones en que llegan familiares de pacientes a quienes se les ha terminado el medicamento y refieren mejoría, por lo que solicitan volver a surtirlo para continuar con su tratamiento.

Las consultas tienen el mismo formato en el caso de las otras p-c, respecto al uso del expediente y el tiempo de consulta, aunque son ellas mismas quienes llevan los expedientes a farmacia, a diferencia de Miriam quien solicita la presencia de la promotora-enfermera (Flor) para que agilizar el tiempo, ya que es quien atiende a la mayoría de los pacientes, hasta 15 pacientes cada jueves. Ellas hacen una pausa para comer, la comida es elaborada por las auxiliares, y la preparan en la misma casa de salud, generalmente Miriam es la última que acude a comer, pues su responsabilidad es mayor y sus compañeras muestran angustia y preocupación por ella, al no poder comer en sus horarios.

En la farmacia verde se realiza la preparación de los medicamentos para cada paciente, ocupando aproximadamente 15 minutos en cada caso, tienen que asegurarse de contar con los recursos necesarios tanto de plantas-hierbas, jarabes, tinturas o micro-dosis según lo recetado por las terapeutas. Una vez se elabora el remedio, es indicado al paciente cuáles serán las dosis por día y por cuánto tiempo debe seguir con el tratamiento, también les es anotado en los envases o bolsas entregadas.

El personal auxiliar y boticario, además de prestar servicios en la elaboración de medicamentos para los pacientes y elaborar la comida para el grupo de trabajo, también imparten clases de tejido con algunas mujeres y familiares de algunas compañeras promotoras.

Los lunes son los días de consulta en Coacotla, se llevan a cabo a partir de las 10 am cuando llega la compañera Nancy a abrir la CSP. Las compañeras que son de la comunidad, Valeria, Francisca y Helena, llegan entre las 10 y 11 am para elaborar lo medicamentos que sean necesarios y preparar la casa para las



consultas. La madre Paquita llega también a la misma hora para ayudar en la preparación de los medicamentos o acomodar lo necesario para que la gente espere en el patio cerca del consultorio. Por último, Amaranta y la maestra Martita se ocupan de la recepción de los pacientes y de preparar la comida para las compañeras asistentes. Son Nancy y Helena, las únicas p-c de la CSP y ambas reconocidas por la comunidad como “doctoras”.

Se usa el mismo formato del expediente médico que en la CSP de Mina, se busca conocer cuáles son los síntomas generales, particulares y mentales de los pacientes. Las consultas duran aproximadamente de 30 a 40 minutos ya que la población de la zona, según la madre Paquita, “*son más cerrados y tímidos por pertenecer a comunidades indígenas*” (Entrevista P-P.M).

En mi observación pude notar que la mayor parte de los asistentes son mujeres adultas acompañadas de hijas o sobrinas, familiares de promotoras en la zona, a quienes les ha sido recomendado asistir por problemas de salud y por falta de servicios de salud en sus comunidades.

Es importante señalar que los medicamentos elaborados en la CSP-Coacotla se utilizan para formar los botiquines que algunas compañeras promotoras (Helena, Valeria, Francisca), llevan a sus comunidades, y constituyen un recurso para la auto-atención de sus familiares y las comunidades, ante la falta de servicios de atención en estas localidades. Los botiquines comunitarios suelen agotarse por la constante demanda en CSP-Mina y ciertas poblaciones, se necesitan por lo tanto producir más productos para las siguientes versiones del botiquín y poder proporcionar a comunidades los medicamentos alternativos necesarios para resolver los principales problemas de salud según la época climática de la zona.

En las consultas donde se utiliza la auriculopuntura, se señalan los puntos donde existe molestia del paciente, según las revisiones y sus diagnósticos, y a partir de eso se sacan las guías para aplicar el procedimiento. Se dibuja en una hoja la

oreja en forma de feto y se apuntan los lugares indicados por el paciente para introducir agujas o colocar balines (semillas) en puntos de energía identificados por la terapéutica.

### *Consulta*

Una nueva sede para ofrecer sus servicios terapéuticos, se ubica en el municipio costero de Coatzacoalcos. Desde finales de octubre y principios de noviembre del 2018, se dan consultas con terapias alternativas (fitoterapia, homeopatía, masajes y auriculopuntura) en la sala de recepción de la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús (avenida Cuauhtémoc num. 3420 colonia Guadalupe Victoria). En este espacio hay un consultorio médico que brinda servicios alópatas de 5 a 7 pm, de lunes a jueves, y las actividades de las promotoras se dan únicamente los martes de 9 am a 4 pm, se cuenta con medicamentos genéricos y de patente organizados en cajas de cartón, lo cuales fueron donados por feligreses, y cuentan también con anaqueles y una cama para exploración y masajes.

Gracias a la difusión que el padre Arturo realiza en sus misas, sobre los proyectos y actividades del comité de las CSP Minatitlán-Coacotla, ellas fueron convocadas por la comunidad de la parroquia para que ofrecieran sus servicios terapéuticos.

Son cuatro compañeras (Nancy, maestra Martita, Helena y Valeria) las que de manera voluntaria dan consulta en este espacio. Se reúnen a las 8 am en el cruce de caminos de sus casas en Mina hacia la carretera a Coatzacoalcos y viajan hasta la parroquia en un auto que presta la maestra. La gente acude a solicitar sus servicios ya que sus tratamientos son reconocidos entre la comunidad asistente a la iglesia.

Sus consultas se llevan a cabo con el mismo formato que en las CSP, aunque la recepción la realiza la Dra. Maribel Eunice, samaritana encargada de hacer un primer diagnóstico de los asistentes; ella reconoce los aspectos biomédicos y da indicaciones a las promotoras para que lleven a cabo sus prácticas. Las

promotoras realizan un nuevo interrogatorio, pero no con la profundidad que caracteriza sus consultas en las CSP, ya que se ven limitadas por el filtro biomédico que realiza la doctora al inicio.

La médica fue parte del coro parroquial y ha colaborado en varias misiones de pastoral indígena en apoyo a comunidades marginadas de la región. Ella se formó profesionalmente en la Universidad Veracruzana, sede Puerto de Veracruz, y laboró en el IMSS, con un cargo directivo para la elaboración de planes y programas para la salud de los trabajadores, desde el ámbito comunitario. Pero su actividad principal no fue la clínica.

Son Helena y Nancy quienes brindan las terapéuticas requeridas, mientras, Martita y Valeria se dedican a la preparación de los medicamentos necesarios en cada caso, según la disponibilidad en los botiquines comunitarios preparados en las CSP.

En el espacio prestado por la parroquia no se cuenta con la privacidad necesaria para llevar a cabo el modelo de consultas que brindan estas promotoras en sus CSP. Ellas tienen que adaptarse al espacio del consultorio de la médica que presta los servicios ahí. Incluso cuando tienen muchas consultas, tienen que atender en la sala de recepción, mientras las actividades de la parroquia siguen en marcha.

Se ha planteado resolver este inconveniente cambiando el consultorio a una casa que pertenece a la misma comunidad parroquial en donde llevan a cabo los talleres de catequismo con jóvenes y niños, o bien buscar otra casa-habitación que sea prestada por los feligreses samaritanos.

La duración de la consulta puede ser variable entre 20 a 40 min, ya que las compañeras buscan que sus sesiones sigan el mismo modelo que las CSP, donde la palabra y la escucha tienen gran peso para las opciones terapéuticas que se les

brinda a los pacientes; se le brindan a los pacientes opciones terapéuticas, puede ser un masaje relajante que dura 30 minutos aproximadamente o puede ser una consulta homeopática que requiere de más tiempo. El precio de sus consultas es de 25 pesos y sus medicamentos varían desde 50 a 200 pesos, según el caso. Si lo que se aplica es auriculoterapia el costo es de 100 pesos, al igual que los masajes, además de los medicamentos ya recetados. Dichos precios son los mismos que aplican en las CSP.

#### *Botiquines para comunidades y familias de las promotoras del comité*

Una actividad que está en proceso de reactivación es la elaboración de botiquines comunitarios con medicamentos homeopáticos, herbolarios, tinturas y cosméticos, los cuales son llevados por las promotoras a las comunidades y puestos en venta para atender las enfermedades agudas más comunes en la zona y por temporadas; pueden ser un valioso recurso ante la falta de servicios médicos y medicamentos para aliviar las molestias generales e incluso ser un recurso inicial en casos de dengue, zika y chincuncuya.

Estos botiquines se elaboraban antes, cuando se realizaban visitas itinerantes a comunidades del municipio de Cosoleacaque y Zaragoza, en compañía de una médica alópata jubilada y con su enfermera también retirada. Dichas visitas fueron un recurso con el cual obtener reconocimiento popular por las comunidades cercanas a su CSP-Coacotla y difundir sus actividades y proyectos. Hoy en día las visitas se han suspendido, dada la poca asistencia de pacientes durante las visitas y la falta de disposición por parte de las profesionales en salud, a consecuencia de la limitada difusión por parte del comité y la Iglesia.

#### *Reunión de Salud en Manos del Pueblo*

Cada año a mediados de abril se lleva a cabo el Encuentro Nacional de Salud en Manos del Pueblo, este año se conmemora su 30 aniversario. Dicho evento es organizado por CENAMI y algunas CEB. Habría que señalar que las CSP, junto con la mayor parte del c-p-c, hoy en día no pertenecen a la CEB de Minatitlán por

cuestiones de liderazgos y malas interpretaciones en su relación de trabajo. Sin embargo, las integrantes asisten al encuentro por su trayectoria en este tipo de eventos donde pueden compartir sus alcances, limitaciones y dificultades en sus comunidades y así no perder el tejido social que han construido con diferentes comunidades en diversas entidades de la república como lo son: Hidalgo, Chiapas, Tabasco, Campeche, Puebla, Oaxaca y Morelos.

Sus actividades en el evento incluyen integrarse en talleres con temas de análisis y reflexión que servirán para ampliar la mirada sobre su trabajo y desarrollar estrategias de organización respecto a la salud, compartiendo con grupos de curadores tradicionales, promotoras de la salud, parteras y p-c.

Las propuestas generadas constituyen elementos que ayudan a organizar y articular una posible solución de los diferentes problemas que las comunidades reconozcan. Se discute, se registra y se difunde todo lo que surge en los talleres, a través de interrogantes de debate con cada grupo asistente por región; el material se sube a la página web de CENAMI para compartir los resultados de las actividades con el público interesado en la materia.

A mediados de abril del 2019, se llevó a cabo el XXX<sup>o</sup> Encuentro Nacional de Salud en Manos del Pueblo en la sede de Tucta, Nacajuca, Tabasco. Asistieron más de la mitad de las 25 integrantes del comité, que representan a las comunidades de Minatitlán y Coacotla.

### **Epidemiología sociocultural**

Para trabajar con el perfil epidemiológico sociocultural recurrí a las diferentes fuentes de información que permitieron confirmar cómo, a partir de cada forma de atención, lo que se reconoce y registra es diferente; por lo tanto, abarcar, comparar y analizar cada una de ellas, es lo que me permitió configurar de una manera más integral y holística sobre el perfil de enfermedad de esta población.

Para el caso de la CSP-Mina, con previa autorización del c-p-c, se hizo una revisión del archivo de expedientes médicos que se utilizan para el registro de consultas; busqué la frecuencia en que se presentan y registran las principales enfermedades tanto en menores de edad y adultos/tercera edad, tanto mujeres como hombres; también recurrí a la observación en la consulta y a entrevistas con las promotoras para obtener las diez principales causas de demanda de atención de la población en general.

Cabe aclarar que no se utilizaron los expedientes de la CSP de Coacotla-Cosoleacaque por su escaso número y por estar incompletos. Las integrantes del comité señalaron que existe “la necesidad de hacer un diagnóstico situacional de las principales enfermedades en la CSP de Coacotla, sus representaciones al respecto son sobre la presencia de casos de tuberculosis, tifoidea y cáncer, les inquieta reconocer las causas de la presencia de estas enfermedades en las comunidades que buscan atención en esta CSP, con el fin de buscar medidas de prevención de las mismas. Aunque son necesarios mayores recursos financieros para llevarlo a cabo, de los cuales no disponen [...]” (Diario de campo, 13/septiembre/18). Existe también un registro de expedientes “muertos” los cuales tampoco fueron tomados en cuenta por no estar vigentes.

Ahora bien, las principales causas de demanda de atención son:

1.- Las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y dolor en articulaciones, inclusive el cáncer en sus diferentes versiones sobre el cual existe un sub-registro; las promotoras, en diversas pláticas informales y formales, reconocen su presencia, pero no lo registran tratando de cuidar la privacidad de sus pacientes.

2.- Una segunda causa sería trastornos mentales como el enojo, estrés, nervios, depresión, preocupación y ansiedad, los cuales se derivan de problemáticas familiares (ya sea infidelidad, divorcio, pleitos, viudez, abandono de los hijos, etc.), laborales (condiciones de salubridad y seguridad social), de salud (enfermedades

crónicas, terminales y de predisposición genética) o de desigualdad de género (distribución desigual de las tareas domésticas, limitación para desarrollar actividades remuneradas).

3.- Una tercera causa es por problemas y trastornos asociados al climaterio como flujo vaginal, periodos irregulares, quistes ováricos y fibrosis mamaria. Son de los síntomas o diagnósticos más frecuentemente registrados. Habría que subrayar que la mayor parte de los pacientes que asisten a consultas en la CSP son mujeres, aprox. 70% de las consultas, en esta etapa del ciclo vital.

4.- La cuarta causa de demanda es la búsqueda, por parte de los asistentes y sus familiares, de una mediación de las promotoras para la interpretación de los datos biomédicos, hacer más comprensible las indicaciones registradas en los expedientes biomédicos y recetas elaboradas por parte del sector público o privado. Buscan aclarar dudas sobre los medicamentos recetados por los médicos, las indicaciones terapéuticas o las interpretaciones de estudios de laboratorio sobre niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol, ácido úrico, entre otros.

5.- La quinta causa es el miedo a asistir con los médicos de las instituciones (IMSS-ISSSTE-Pemex-SSA) ya que los regañan y los culpan por no acudir al médico de manera oportuna, al mismo tiempo que no les brindan la información necesaria sobre su enfermedad; ni tampoco los medicamentos necesarios.

6.- La sexta causa de demanda de atención tiene que ver con problemas intestinales: salmonelosis (tifoidea), gastritis, colitis y diarreas; son enfermedades causadas por la mala alimentación, calidad deficiente de productos alimenticios y bebidas (agua potable), el alto consumo de alimentos chatarra y antojitos comunes de la zona.

7.- La séptima tiene que ver con los altos costos que representa asistir a la medicina alópata, en caso de algunas enfermedades (crónicas y terminales). La CSP brinda acceso a personas que se encuentren limitadas de recursos económicos, al posibilitar medicamentos y consulta por un precio simbólico.

8.- La octava causa son problemas dermatológicos, principalmente en niños y jóvenes, por las condiciones climatológicas cotidianas de la zona, aunado a la constante contaminación de agua, atmosférica y de suelos a consecuencia de ser una zona industrial–petrolera desde hace más de 100 años.

9.- Una novena causa de demanda de atención tiene que ver con la fe de los asistentes a las terapéuticas que ofrecen las promotoras, como último recurso, y gracias a la vinculación con algunas figuras eclesiósticas de la zona para la difusión y reconocimiento de los proyectos y actividades que realizan las CSP en las comunidades colindantes.

10.- La décima, y última, causa de demanda tiene que ver con el papel que representa la CSP para la comunidad, al propiciar un espacio donde la mujer, principalmente, pueda ser escuchada, respetada y reconocida; se logra construir un espacio de confianza y empatía entre los familiares, así como con residentes de la colonia, municipio o localidades vecinas.

(Fuente: Expedientes, diario de campo y entrevistas a promotoras/curadoras y pacientes)

#### Perfil epidemiológico de la CSP

Las enfermedades que se registran con mayor frecuencia en los expedientes de la CSP, según los grupos de edad, y entrevistas elaboradas, son:

Tabla N°3 Enfermedades registradas en los expedientes de la CSP

Adultos y Tercera edad	Niños-Jóvenes
1. Hipertensión arterial	1. Tos
2. Dolor de cabeza	2. Enojo



3. Nervios	3. Problemas en la piel
4. Diabetes	4. Gripa
5. Insomnio	5. Problemas en garganta
6. Tifoidea	6. Alergias
7. Colitis	7. Nervios
8. Depresión	8. Berrinches
9. Problemas en la piel	9. Parasitosis
10. Problemas en articulaciones	10. Diarreas

(Fuente: Expedientes -29/agosto/2018, diario de campo -10/septiembre/2018 y entrevistas a promotoras/curadoras y pacientes)

Como el listado lo muestra, de las enfermedades más comunes, las promotoras registran datos de síntomas y enfermedades biológicas y emocionales. Ellas ponen gran atención en los síntomas mentales debido a que su terapéutica principal, la homeopatía, se basa en la combinación de lo mental y lo físico, con énfasis en lo primero: “la salud es un estado de armonía física, mental y del individuo con el medio, cuando esta armonía se desequilibra se produce una reacción que es la enfermedad. Por esto en la homeopatía las reacciones de todos los organismos y los cambios de ánimo y carácter de la persona son más importantes que la atención exclusiva de aquella parte orgánica que manifiesta el desequilibrio” (Folleto para taller en formación de p-c de la salud).

Con relación a la distribución por grupos de edad, observé que en el caso de los adultos/tercera edad lo más frecuente son enfermedades crónicas y en el caso de los niños/jóvenes lo que sobresalen son las enfermedades agudas, principalmente infecciosas, alérgicas y parasitarias. En ambos grupos se registran problemas emocionales, en muchas ocasiones relacionados con problemas familiares y laborales, como fue dicho en las CDA.

En los dos grupos de edad, los problemas en la piel e intestinales son una causa recurrente para buscar la atención en la CSP. Estas afecciones pueden deberse a

las condiciones climatológicas y sanitarias del municipio y de la colonia M. Hidalgo en particular, con evidentes carencias en los recursos sanitarios para hacer frente a una zona altamente contaminada por las refinerías petroleras que se encuentran en la zona de Coatzacoalcos, Minatitlán y Cosoleacaque.

Respecto a las enfermedades tradicionales o de filiación cultural, es evidente su falta de registro de ellas por parte de las p-c. En los expedientes médicos que consulté en los archivos de la CSP-Mina, solo se identificó un caso de brujería en uno de los más de 500 documentos en archivo. Miriam, junto con otras integrantes del colectivo, refieren que existe un sub-registro, ya que la brujería se presenta en múltiples casos, pero con la intención de guardar la privacidad de la información proporcionada en sus consultas, ellas optan por no anotar ningún dato en los expedientes, al reconocer que esta condición no pertenece a lo que el campo médico identifica, lo mismo pasa con otras enfermedades que no reconoce al campo biomédico como el susto, mal de ojo o el empacho.

Otro factor que también invalida reconocer este tipo de trastornos, identificarlos como causa de enfermedad y en consecuencia registrarlos en los expedientes, es la formación eclesial que han recibido la mayor parte de las compañeras, durante su capacitación en promoción y atención a la salud. Durante las entrevistas y pláticas informales algunas de las integrantes del c-p-c, verbalmente reconocen tener conocimientos sobre estas enfermedades e incluso algunas poseen el saber para atenderlas, dependiendo de su comunidad de origen, pero ninguna brinda tratamiento tradicional en la CSP a dichos casos, ellas lo justifican diciendo que todo malestar puede ser atendido por la medicina homeopática. Es decir, ellas no manejan cuestiones de “magia negra” sino se basan en la creencia católica para interpretar ese tipo de situaciones, en conjunto con una mirada científica que valide sus diagnósticos.

Perfil epidemiológico oficial.

Otras fuentes a las que recurrí para poner en contexto el perfil epidemiológico de la CSP-Mina fueron los registros oficiales a nivel estatal y de la Jurisdicción Sanitaria de Coatzacoalcos Minatitlán.

En el informe sobre “La Salud de los mexicanos” (SSA 2015), se muestran los principales riesgos y los daños a la salud en el país, se puede observar que Veracruz se ubica entre las cinco entidades federativas con los mayores rezagos en el terreno de la salud, en relación al panorama epidemiológico del país, determinados por un conjunto de características sociodemográficas, epidemiológicas y de infraestructura de los servicios de salud. En el informe mencionado, se describen los indicadores de salud más relevantes, de los cuales seleccionamos los relacionados con el Estado.

Las principales causas de mortalidad general reportadas para Veracruz en 2015, con una población total de 8,046,828, son:

Tabla N°4 principales causas de mortalidad

Causas de mortalidad	Casos reportados de defunción
1.-Diabetes mellitus	8,716 defunciones
2.-Enfermedades isquémicas del corazón	7,035 defunciones
3.-Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3,332 defunciones
4.-Enfermedad cerebrovascular	2,954 defunciones
5.-Enfermedades hipertensivas	2,095 defunciones
6.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,060 defunciones
7.-Nefritis y nefrosis	1,295 defunciones
8.-Infecciones respiratorias agudas bajas	1,058 defunciones
9.-Agresiones	1,041 homicidios

10.-Desnutrición calórico protéica	813 defunciones
------------------------------------	-----------------

(Fuente: [www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html))

Las principales causas de morbilidad general reportadas son: hipertensión arterial y VIH sida en población adulta. Se reportan factores de riesgo para la salud como: viviendas con exposición al aire contaminado, sobrepeso y obesidad y un alto consumo de alcohol.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de mortalidad en la zona sur de Veracruz (Coatzacoalcos, Minatitlán, Agua Dulce, entre otros), con un registro de 7,000 pacientes en la Jurisdicción Sanitaria #11 y 2,000 pacientes más en el Hospital Regional de Especialidades “Valentín Gómez Farías” del municipio de Minatitlán. Algunas de las políticas en salud y de los planes y programas de salud en el Estado (Salud para todos los veracruzanos, Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 y Programa Sectorial de Salud 2013-2018) están relacionadas a actividades de vida saludable para el control de la hipertensión y diabetes (Veracruz, 2010).

Para el caso de la zona Coatzacoalcos-Minatitlán, los datos registrados refieren que las 10 principales causas de egreso hospitalario en el hospital general de Minatitlán, en el 2017:

Tabla N°5 Principales causas de egreso hospitalario en Hospital General de Minatitlán (2017)

Causas de egreso hospitalario	Casos reportados		
	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
1.-Obstétricas directas, excepto aborto y parto único.		1180	1180
2.- Parto único espontáneo.		1140	1140
3.-Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de	422	169	591

causas externas			
4.-Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	143	119	262
5.-Aborto		244	244
6.-Colelitiasis y colecistitis (cálculos en la vesícula biliar)	27	119	146
7.-Diabetes mellitus	76	57	133
8.-Apendicitis	59	54	113
9.-Enfermedades del corazón	44	55	99
10.-Hernia de la cavidad abdominal	34	48	82

(Fuente: [www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html))

Las 10 principales causas de mortalidad en el municipio de Minatitlán, según la Subdirección de Innovación e Información en Salud en el 2015, son:

Tabla N°6 10 causas de mortalidad en el municipio de Minatitlán

Principales causas de mortalidad	Casos reportados de defunción
1.-Diabetes mellitus	192 defunciones
2.-Enfermedades isquémicas del corazón	170 defunciones
3.-Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	64 defunciones
4.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	43 defunciones
5.-Enfermedad cerebrovascular	42 defunciones
6.-Enfermedades hipertensivas	40 defunciones
7.-Nefritis y nefrosis	34 defunciones
8.-Agresiones	32 homicidios
9.-Asfixia y trauma al nacimiento	26 defunciones
10.-Tumor maligno del hígado	23 defunciones

(Fuente: [www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html))

A nivel jurisdiccional (Jurisdicción Sanitaria #11- Coatzacoalcos), para una población total de 1,031,592, correspondiente a los municipios de Cosoleacaque, Chinameca, Las Choapas, Hidalgotitlán, Ixhuatlan Del Sureste, Jaltipan, Mecayapan, Minatitlán, Moloacan, Oteapan, Pajapan, Soteapan, Zaragoza, Agua Dulce, Nanchital De Lázaro Cárdenas Del Río, Tatahuicapan De Juárez y Uxpanapa, registraron como principales causas de mortalidad las 10 siguientes:

Tabla N°7 10 principales causas de mortalidad a nivel jurisdiccional

Causas de mortalidad	Casos de defunción reportados
1.-Diabetes mellitus	1,021 muertes
2.-Enfermedades isquémicas del corazón	727 muertes
3.-Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	379 muertes
4.-Enfermedad cerebrovascular	326 muertes
5.-Enfermedades hipertensivas	237 muertes
6.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	228 muertes
7.-Agresiones	185 homicidios
8.-VIH-SIDA	126 muertes
9.-Nefritis y nefrosis	140 muertes
10.-Asfixia y trauma al nacimiento	114 muertes

(Fuente: [www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html))

Los datos epidemiológicos enumerados en los párrafos anteriores, surgidos de fuentes oficiales tanto de los servicios de salud de la región y estatal, como de los registros de las CSP, muestran que las enfermedades crónicas se encuentran entre los primeros lugares de todos los registros revisados, siendo las principales: la diabetes, la hipertensión y las enfermedades del hígado; en seguida se presentan los problemas intestinales como causas de morbilidad, en los casos de la CSP y del Hospital General de Mina, mientras que en los datos oficiales no

están presentes como causa de mortalidad, pero sí aparecen sus complicaciones que son las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares.

Los problemas dermatológicos y trastornos mentales solo los encontramos registrados en los expedientes de la CSP como parte de las principales enfermedades identificadas en sus expedientes.

Cabe señalar que los datos obtenidos en el Hospital General, así como en las estadísticas jurisdiccionales y estatales, corresponden al segundo nivel de atención. Es decir, que en la información recabada no existen datos respecto al primer nivel de atención; en mi trabajo de campo se buscó acceder a dicha información en el centro de salud que le corresponde a la colonia M. Hidalgo y su ampliación, pero no se me permitió el acceso a esos datos, por cuestiones burocráticas y falta de disposición por parte del personal directivo, al estar en marcha el cambio de gobierno federal, estatal y municipal.

Solamente se pudo acceder a la información sobre las 10 principales causas de enfermedad de la 1ra a la 52va semanas del año 2017, según la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en Minatitlán al pertenecer a la Jurisdicción Sanitaria #11, y que son los siguientes:

Tabla N°8 10 principales causas de enfermedad (1ra a la 52va semana, año 2017)

1.-Infecciones respiratorias agudas
2.-Infecciones intestinales por otros organismos
3.-Infección de vías urinarias
4.-Conjuntivitis
5.-Obesidad
6.-Úlceras, gastritis y duodenitis
7.-Otitis media-aguda
8.-Amebiasis intestinal
9.-Vulvovaginitis
10.-Resto de diagnósticos

(Fuente: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en Minatitlán)

Se puede reconocer entonces que en cuestión de morbilidad en la semana 1 a 57 del 2017, existe una correlación con la información de la CSP ya que las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, colitis y amebiasis intestinal se asemejan a lo registrado como enfermedades agudas en la CSP como tifoidea o colitis en el caso de los adultos; problemas de a garganta, gripes, tos y parasitosis en el caso de los niños. Además, la vulvovaginitis tiene que ver con los problemas hormonales de las mujeres asistentes a la CSP.

El perfil epidemiológico sociocultural de la comunidad nos muestra un panorama reconocido por la medicina oficial, en donde son las enfermedades crónicas y sus complicaciones las que ocasionan el mayor daño a la población, también se observa que la mayoría de egresos hospitalarios corresponden a la atención del parto, lo que nos sugiere altas tasas de natalidad. Además se reportan traumatismos y agresiones entre las principales causas de mortalidad, lo que pudiera estar asociado con las condiciones de violencia de la región. Los datos que corresponden al primer nivel de atención hablan de la presencia de cuadros infecciosos y parasitarios en combinación con ciertos cuadros crónicos, aunque no está mencionada la diabetes ni la hipertensión arterial.

La información de las CSP muestran un panorama más complejo y amplio, ya que no solo se reportan las enfermedades infecciosas, parasitarias y crónicas, sino que nos revela la presencia de malestares mentales y sociales reconocidos principalmente como causas de demanda de atención, los cuales no son visibilizados en las otras formas de atención.

La violencia estructural no está reconocida por ninguna de las formas de atención, ni los servicios biomédicos ni las CSP los registran como causas de enfermedad o demanda de atención, no obstante, las CSP reconocen la violencia doméstica y de



género, pero la violencia estructural está invisibilizada, es decir no se habla de ella.

Por último y con base en lo anterior, se debe admitir lo que señala E. Menéndez, en el texto de epidemiología sociocultural, *“la revisión de las investigaciones epidemiológicas, [...] han llegado a concluir que lo básico –y frecuentemente lo único- que aportan la mayoría de los estudios epidemiológicos son mediciones, que si bien son importantes, no permiten comprender muchos de los procesos que miden, dado a que tienden a desconocer la complejidad del campo social donde operan dichos procesos de s/e/a-p”* (Menéndez, 2018: 29 de Bibeau y Corin, 1994), por lo que, para *“[...] la construcción de una epidemiología sociocultural implica reconocer las limitaciones de ambas disciplinas a partir de las cuales establecer una posible y necesaria complementación. Es decir, no permanecer en la crítica de Otro, sino asumir las críticas del Otro, para a partir de ellas –y por supuesto de otros aspectos- favorecer una articulación metodológica y técnica”* (Ibid: 33).

## Capítulo VI.

### Las promotoras de las CSP como actrices sociales.

#### **Relaciones entre las promotoras y los representantes de la Iglesia católica.**

Como mencioné en los antecedentes de la CSP en Minatitlán, sus orígenes muestran un fuerte vínculo con la Iglesia y con las llamadas CEB y su corriente teológica de liberación, el cual continúa actualmente con algunos miembros de la Diócesis de Coatzacoalcos en sus parroquias de Zaragoza, Nanchital, Las Choapas y Minatitlán, por sólo mencionar algunas.

Retomaré las relaciones que se dan con la Iglesia como institución, co-partícipe de algunas actividades con el comité al igual que algunos conflictos, alcances y distribución de tareas; al ser parte de su misma colectividad.

El primer encuentro entre las promotoras y la Iglesia se da a través de dos de las coordinadoras del comité de promotoras de la CSP (Miriam y Luciana) con el sacerdote Modesto Juárez (M.J). Ellas desde su juventud realizaron actividades de catequesis con niños y jóvenes del Movimiento Renovación Cristiana<sup>50</sup> que surge a partir del Concilio Vaticano II y se extiende en la región a través de la arquidiócesis de Xalapa, lugar de formación del sacerdote M.J El movimiento corresponde al grupo de Renovación Carismática en el Espíritu Santo<sup>51</sup> como parte de la “Renovación de la Iglesia” surgida de la Teología del siglo XX (TL).

---

39. La presencia del Movimiento de Renovación Carismática en la Arquidiócesis de Xalapa, Veracruz, según los Estatutos de la Renovación Carismática en el Espíritu Santo, *“llegó a este lugar en la década de 1970 a 1980. El Espíritu Santo fue suscitado lentamente en este lugar por varios grupos de la Renovación Carismática, especialmente en la comunidad de San José de Gracia de Orizaba, en la parroquia de Nuestra Señora Guadalupe de Córdoba y en la parroquia del Calvario de Xalapa; allí se reunían los primeros grupos cristianos para conocer la presencia y el poder del Espíritu del Señor en su Iglesia, y poco a poco las comunidades de la Renovación Carismática se fueron extendiendo a otras parroquias de la arquidiócesis”* (Barrera, 2005:204)

40. Su origen viene de un grupo reducido de estudiantes norteamericanos (de la Universidad Duquense en Pittsburg) quienes experimentan una reunión de oración, visto como una renovación espiritual. Los jóvenes entraron en contacto directo y en persona con Cristo Viviente, lo que se acompañó por una manifestación de ciertos carismas (sanación de lengua, intercesión, entre otras), que se han declarado a lo largo del tránsito vital de la Iglesia (Carrillo Alday, 1985 de

Miriam y Luciana convivieron varias décadas con el sacerdote M.J hasta su muerte en 1988 por complicaciones del cáncer. Ellas se asilaron o acercaron con el sacerdote debido a problemáticas en sus familias de origen, donde existía violencia y el papel de la mujer era menospreciado. En respuesta a este acercamiento, el padre M.J ofreció a Luciana hospedaje y apoyo para terminar sus estudios en Minatitlán, ya que su padre no quería que estudiara y le decía que *“mejor se dedicara a la cocina y la casa”*. En el caso de Miriam, ella colaboró por 15 años en las actividades desarrolladas por el Movimiento de Renovación Cristiana, los últimos cinco como catequista, para más tarde acercarse a la capacitación en promoción de la salud, en respuesta a una sugerencia de la madre del sacerdote M.J e inicia así su vocación en materia de salud, con talleres en la comunidad de Oteapan; continuando con campañas de catequesis en la zona y talleres de salud en los Tuxtlas. Su formación en promoción de la salud se da de forma paralela con sus actividades con la Iglesia, acopla su trabajo comunitario con grupos pertenecientes a municipios y localidades de la zona denominada grandes montañas o zona Olmeca al llevar un trabajo social eclesial.

Durante su formación como promotoras se congregaron en la CEB del Jagüey de la cabecera municipal de Minatitlán mantenían lazos con diferentes grupos de localidades aledañas como Zaragoza, Cosoleacaque y Las Choapas-Nanchital pertenecientes a otras CEB quienes también trabajaban para lograr CSP en sus poblaciones, sin embargo algunas de ellas hoy se encuentran desarticuladas por cuestiones de liderazgo entre los dirigentes eclesiásticos y laicos, o bien una mala administración de recursos humanos y financieros.

---

O'Connor, 1973). Consecutivamente surge un acercamiento a Cristo más pleno que se comparte y se difunde ese regalo de Dios, en su experiencia de los universitarios en otras entidades e institutos educativos. Esta llamada renovadora creció hasta conformarse la Renovación Carismática Católica en el Espíritu Santo (RCEES), en más de 130 países en todo el mundo (O'Connor, 1973).

Una vez inaugurada la CSP-Mina en 1992 una de las coordinadoras (Miriam), con miembros de su comité, empezaron a brindar talleres en promoción-atención a la salud en las Choapas, junto a otras comunidades pertenecientes a la Sierra de Santa Martha, a partir de la solicitud de un sacerdote del cerro del Nanchital: el padre Arturo<sup>52</sup>.

El padre Arturo relata que su primer contacto con la comunidad de su localidad fue cuando: *“empezamos un trabajo de recopilación de la identidad indígena en las comunidades indígenas y de la identidad campesina en las comunidades campesinas mestizas de los alrededores. Entonces, nuestro trabajo fue más de tipo rural, una pastoral rural-campesina-indígena y esto nos llevó a abrirnos, tener una apertura y reconocimiento de nuestra identidad indígena; y empezar a ver las formas y costumbres de los pueblos sin satanizar, sino, acercarnos con respeto. Conocer y descubrir ¿cuál era su cosmovisión?, ¿cómo interpretaban las cosas? y desde ahí tener un aprendizaje mutuo, una retroalimentación del aprendizaje, sin caer en un sincretismo y cuidando también cuestiones de superstición y charlatanería, que también se da. Pero que, rescatando los modos del cómo los abuelas y abuelos se curaban, encontrar también desde ahí una lectura de fe y verdad. Logramos así conectar y no satanizar lo que no es satánico”* (Entrevista A-S.C.).

En este trabajo pastoral se involucró Miriam al tener vínculos diocesanos contruidos por el padre M.J que les permitieron iniciar el proyecto en el cerro de Nanchital, aunque este no se pudo desarrollar debido a falta de aceptación por parte de la parroquia de cuestiones culturales de la comunidad: *“también nosotros tenemos una actitud cerrada a estas cosas, no somos tan abiertos, incluso*

---

<sup>52</sup> Sacerdote formado en el Seminario Mayor de estudios de filosofía, tiene estudios de Teología, algunos diplomados de Doctrina Social por parte del Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana y otros diplomados de pastoral social. Con especialidad en Teología pastoral en Bogotá, Colombia y experiencia de 25 años de párroco en los municipios de Nanchital (su comunidad de origen), Zaragoza y, actualmente, Coatzacoalcos.

*tendemos a satanizarlas, porque implica tiempo y presencia ahí*” (Entrevista A-S.C.).

Estos testimonios muestran la postura de la Iglesia que expresa su intención de reconocer la identidad de las poblaciones (indígenas) y su cosmovisión para lograr la comunicación, aunque al mismo tiempo manifiesta prejuicios sobre sus saberes calificándolas de superstición y charlatanería; no pretenden lograr una articulación con dichos saberes, sino una lectura de ellas desde la fe y la verdad.

El padre Arturo recurre al grupo de mujeres pertenecientes a CEB dentro del movimiento eclesial liberador para desarrollar proyectos en material de salud, las cuales iniciaron con el padre M.J.; que fue quien las involucró en un panorama de la medicina natural-alternativa. Miriam fue quien impulsó todo el trabajo a través de las CEB, *“al entender que su papel, su trabajo y su compromiso estaban, y están, en la promoción de la salud, a partir de la lucha que tuvieron por el basurero que estaba en su colonia (M. Hidalgo) y eso detona el proyecto de la Casa de Salud Popular en Minatitlán”* (Entrevista A-S.C.).

Mientras tanto en el municipio de Zaragoza, otro grupo tiene contacto con el padre Arturo, al asignarlo como sacerdote de esa parroquia, conformado en su mayoría por mujeres que aún se encuentran prestando servicios voluntarios de atención en las CSP de Mina y Coacotla. Ellas pertenecían a la pastoral social-indígena que realizó el sacerdote a través de cajas de ahorro, micro-negocios, promoción de la salud, entre otras actividades como siembra y pases de cadenas entre locatarios. Se logró reunir a un grupo aproximado de 80 personas, la mayoría mujeres de comunidades indígenas quienes buscaban obtener una segunda fuente de ingresos o fuentes de ahorro.

Trabajaron en conjunto con el padre Arturo hasta que él tuvo que retirarse para llevar a cabo su especialización en Bogotá. Él nos menciona al respecto: *“[...] ahí trabajamos doce años, hasta que toca mi cambio, previendo que algo del trabajo*

*en comunidad se iba a acabar, ya que el párroco que viniera iba a satanizar al grupo por creer que buscaban la inauguración de una secta religiosa fuera de su Iglesia. Nosotros ya preveíamos en el consejo parroquial, junto con Miriam, que como iban a correr a los del grupo de la pastoral social, teníamos que buscar un espacio en donde pudieran seguirse manteniendo el proceso, que no queríamos perder; entonces negociando con las hermanas de la Compañía de Guadalupe, les pedimos que nos dejaran su casa en Coacotla. Yo les sugerí que formáramos entonces una Asociación Civil para no tener “mordazas” y para poder trabajar con libertad; no obstante, siempre bajo una inspiración cristiana pues el sustento era que no nos entendemos fuera de una espiritualidad cristiana e indígena”* (Entrevista A-S.C.).

Esta nueva sede de trabajo congregó mujeres, hombres, adultos y jóvenes, provenientes de la pastoral social de Zaragoza pero al no contar con un respaldo diocesano de su parroquia, se separaron de la institución para validar sus acciones sociales bajo una figura jurídica y se construyeron como asociación civil.

Gracias al vínculo existente entre el c-p-c, la diócesis de Coatzacoalcos y el ex-sacerdote de la parroquia de la región de Zaragoza (padre Arturo), logran adquirir el inmueble e inaugurar la segunda CSP bajo la coordinación del sacerdote, Miriam, Luciana y la madre Paquita, esta última monja originaria de Coatzacoalcos, se preparó como religiosa desde los 20 años en diversas misiones en Colima y la sierra Tarahumara en donde llevó a cabo talleres con niños y jóvenes sobre sexualidad, lo que le han hecho cuestionar el papel que tiene la Iglesia sobre las problemáticas sociales en la actualidad, interesándose en lecturas sobre Teología feminista, considera por ejemplo que *“la homosexualidad no es un error sino una simple elección de las personas y que los vicios son los que uno mismo se genera, pues, se modera a manera personal y colectiva dentro de muchos marcos sociales y culturales”* (Entrevista P-P.M.). Su última congregación fue en Amatán, comunidad indígena Zoque que pertenece a la diócesis de Coatzacoalcos, también estuvo en una comunidad cerca de Nanchital en donde conoció al padre Arturo en la parroquia del municipio.

La madre Paquita menciona que ella entra en contacto con el sacerdote y le propone apoyar el proyecto, *“él se comunicó conmigo ya que estaba preocupado, por motivos fuera de su alcance, ya que al moverlo de su parroquia y tener que irse a estudiar fuera de aquí, debía abandonar un proyecto, la gente se quedaría sola y me propuso acompañarlas”* (Entrevista P-P.M.).

La llegada del nuevo párroco a Zaragoza generó problemas con el grupo y distanciamiento con la Iglesia y su feligreses, su actitud fue desacreditar el trabajo de las promotoras incluso llamándolas *brujas*, esto impactó en la comunidad ocasionado que la gente no asistiera a la CSP. Nancy me dijo que *“... como este colectivo de mujeres surge de un proceso de Iglesia, eclesial; entonces, el hecho de no estar articulados en una parroquia ha sido un problema, o sea, ha sido mucho el esfuerzo. El caminar no articuladas a una parroquia y lo más fuerte ha sido el nuevo párroco, desde que llegó se ha dedicado a dividir y hablar mal de nosotras con la gente. Decir que somos gente que queremos formar otra iglesia y cosas así; y para la gente lo que diga el padre tiene mucho peso”*. (Entrevista N-P.C.)

El comité de promotoras ha tenido que esforzarse para demostrar a la comunidad que su trabajo es útil y lograr que se acerquen a la CSP. *“Entonces, la gente se ha ido acercando poco a poco, por el testimonio de que aquí no somos gente mala y no somos lo que dijo el padre, no somos brujas; pero lo más fuerte ha sido con ese señor que ha querido desacreditar este espacio”* (Entrevista Grupo Focal).

La relación entre las promotoras de ambas casas de salud se ha dado a lo largo del tiempo y vinculadas con las diferentes actividades realizadas por las diferentes parroquias. En el caso de Miriam ella dice que su relación con la Iglesia se da porque *“me gustaba mucho el estar con la gente, escuchar también la historia de la gente, escuchar lo que vivían, como algunos decían que: “mi Dios me ha llamado, me ha salvado y Dios me ha dado esta oportunidad”, y eso me gustaba*

*mucho escuchar. A mí siempre me ha gustado mucho tener esa escucha por la gente, tomar en cuenta esa parte de la vida de uno, que a veces no es escuchada por nadie; la Iglesia lo hacía y eso me llamaba la atención y por eso estaba ahí porque yo escuchaba muchas voces ahí. Entonces, eso era lo que me llamaba la atención el pertenecer a un grupo religioso.”* (Entrevista M-P.C.). Ella se proclama como católica y guadalupana ante las comunidades de Minatitlán y si bien reconoce la existencia de un Dios, cuestiona si éste no podría ser una mujer.

Es en la iglesia de Zaragoza donde da inicio la relación entre Helena y Miriam: *“Ella me curó como diez años, en ese tiempo yo no había estudiado de esa medicina. Un hermano que vivía aquí (Coacotla), ya murió, me dijo, que estaban pidiendo cinco personas para salud, ¿qué si no quería ir? Y entonces le dije a Valeria: -¿tu no quieres ir?- y dije: -yo tampoco, pero el padre quiere que me vaya de sus grupos- y así nos íbamos convenciendo, nos convencimos y nos fuimos, fuimos a la parroquia de Zaragoza.”* (Entrevista H-P.C.).

A esos mismos talleres que convocaba el padre Arturo también llegó Nancy *“ya que él hace la invitación, a los que quieran participar como promotores de salud y el único compromiso era de que tenías que servir de manera gratuita, dar el servicio a la comunidad y fui y le dije a mi esposo y me dijo: -sí, está bien, te sirve a ti y sirve para la casa-, y así empecé.”* (Entrevista N-P.C).

Fue en la misma parroquia donde Helena y varias compañeras se capacitaron como promotoras de salud, *“estudiamos lo del jabón, estudiamos en el metate para las heridas, molíamos para las pomadas, jarabes para la tos, Miriam nos enseñó. Poníamos nuestra mesita en la iglesia y vendíamos todos los domingos. Ya teníamos nuestro ahorrito, compramos una mesa de plástico cuadrada, larga y cuatro asientos, ya veníamos a vender cada semana. Teníamos dinero y estábamos juntando.”* (Entrevista H-P.C.).

Pese a surgir un distanciamiento en sus relaciones con la diócesis de Coatzacoalcos, aún conservan una relación con el padre Arturo quien ha sido un



guía, en la actualidad pide la colaboración de las mujeres del comité de las CSP para que den pláticas sobre salud desde la medicina herbolaria y homeopática, así como todas las alternativas existentes en sus centros de atención-promoción, él busca que no se satanicen ese tipo de terapias por parte de su iglesia.

Las promotoras reconocen el trabajo realizado por el sacerdote Arturo, en contraste con la postura del sacerdote actual, una de ellas comparte: *“él si le apostó mucho a la formación de la gente en cuanto a la medicina tradicional, en cuanto a la lectura popular de la Biblia con perspectiva de género, el pastoral social y todo eso. El apostó mucho a la promoción, de hecho, siempre decía él: -tu tienes que saber porqué barres o qué sentido tiene barrer o el limpiar el altar ahí a lado de la iglesia; todo lo demás que se llevará con lo litúrgico-, todo eso si le apostó él a acostumbrar a la gente.”* (Entrevista H-P.C).

Para todas las promotoras incluso las más jóvenes la relación de su trabajo con Dios no tiene cuestionamientos, aunque pueden surgir conflictos con las instituciones, incluyendo la Iglesia: *“creo que sin Dios, no puedes, no eres nada y no puedes hacer nada o sea en tu vida tiene que estar presente Dios, porque él es el que te pone en este camino. Y si, profeso la religión católica, pero a mi manera de ver es diferente. Jesús estuvo 30 años con su familia y 3 se lo dedicó al mundo, entonces, él desde ahí nos enseñó que no todo está dentro de una Iglesia, tienes que salir, hacer la palabra vida y es lo que nosotros hacemos todos los días, la palabra a la realidad. No te puedes encerrar en tu burbuja y no ver lo que pasa a tu alrededor; de que hay muchas necesidades y es ahí donde Dios está presente y en las necesidades de cada mujer, en el que no tiene dinero, en el que no tienen una vivienda, en el que no tiene salud.”* (Entrevista V-P.Q).

En el discurso de estas mujeres se hace evidente la postura teológica con la que se han formado que las motiva a salir a la comunidad para reconocer su realidad social y así trabajar con ella, pero siempre con el eje de la religión católica basada en la fe y en Dios, aunque ellas también se interrogan si ese Dios podría ser una mujer.

## **Validación y compromiso**

La relación que se desarrolla a lo largo del tránsito de las integrantes de las CSP con la Iglesia se basa en una confianza mutua, que se muestra cuando el comité permite al sacerdote Arturo ser del grupo de base que coordina los proyectos y actividades que se realizan en la sede de Coacotla. Al ser él uno de los principales interventores en la obtención del espacio físico para esa CSP. También la madre Paquita ha construido una relación confiable con las demás compañeras del comité, al residir por ocasiones en la casa de salud, no obstante ser una monja, para tener la seguridad de que la casa se encuentra en óptimas condiciones.

Desde el inicio de su trabajo social y comunitario como promotoras de la salud en diferentes comunidades la Iglesia ha validado su figura o imagen pública, de mujeres reconocidas por su acción comunitaria ante las poblaciones, incluso en la primera piedra de construcción en la CSP-Mina está registrada la colaboración del padre Octavio Vilchest; así como en distintos certificados de proyectos comunitarios se encuentra mencionada la Diócesis de Coatzacoalcos. Varios de sus sacerdotes se han integrado a su práctica social, o la han alentado, para que se reconozca que el papel del trabajo comunitario es una fuente de desarrollo para la misma población así como para la Iglesia. Ellas cuentan también con reconocimientos de diversas instituciones vinculadas, o no, con la Iglesia. Todo ello genera la validación y reconocimiento de las poblaciones que incluso las llegan a considerar “doctoras”, aspecto mencionado anteriormente y que discutiré más adelante.

El c-p-c muestra gran confiabilidad en las propuestas eclesiológicas desarrolladas a través de proyectos y actividades, buscando no perder el enfoque del movimiento liberador, mantienen su tarea de una lectura popular de la Biblia, que les ha sido transmitida por el padre Arturo en Zaragoza, cuyos fundamentos vienen de parte de las CEB.

La difusión de las actividades de las CSP se da gracias al vínculo que hay con la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en Coatzacoalcos o por la CEB que se

encuentra en la zona del Jagüey-Minatitlán. Los grupos de oratoria, catequesis y pastoral social de la parroquia son una fuente de información sobre los servicios que se brindan en Mina y Coacotla, ya que los y las integrantes de estos grupos han colaborado en algún proyecto con el padre Arturo. Así se transmite el mensaje sobre la atención que proporcionan las p-c, con la representación de que es la Iglesia quien recomienda asistir a ese tipo de terapias y centros de atención de primer nivel.

Las promotoras establecen una relación de compromiso con la Iglesia que se hace evidente cuando el padre Arturo les pide que acepten en la CSP a un misionero extranjero, Víctor, a quien se le permitió participar en ciertas consultas por ser recomendado del sacerdote. A lo cual las mujeres accedieron y se le brindó la oportunidad de dar auriculoterapias con algunos/as de las/os pacientes. Hecho que no se permite a cualquier sujeto debido a su forma de organización y servicio.

Tanto el misionero Víctor como el padre Arturo opinan que para que exista una interculturalidad hoy en día, la Iglesia tiene que tomar en cuenta el dinamismo de la sociedad actual. Ya no se debe de cristianizar o neo-cristianizar a la sociedad sobre la devoción a Dios, sino que se tiene que empezar a trabajar con la misma sociedad y comprender que no se trata de una neo-colonización, sino al contrario, trabajar-integrar con los usos y costumbres de las poblaciones, principalmente con las indígenas. Aspectos que retomaré para una discusión más adelante.

El compromiso de las promotoras con la comunidad también se basa en su relación con Dios y se hace evidente en la presencia de algunas de ellas que siguen brindando sus servicios pese a que son personas de la tercera edad, ellas argumentan que: “[...] *la razón principal es, porque me gusta, me gusta el servicio y aparte de que es un compromiso más que con el hombre, es con Dios, de todo lo que él ha hecho de mi vida, y también ha hecho maravillas, me cambió [...]*” (Entrevista N-P.C.).

Ellas además realizan prácticas religiosas para propiciar sus actividades y que éstas sean de beneficio, hace tres años propusieron hacer plegarias antes de iniciar su trabajo, “[...] *para que la gente se sintiera más acompañada. A veces se nos ha sumado gente que no es de nuestra Iglesia, y ha orado con nosotras ahí.*” (Entrevista M-P.C).

La gran parte de las mujeres que integran el c-p-c de las CSP se han acercado a la Iglesia por presentar cuadros de depresión asociados a condiciones de violencia en sus hogares, ha sido la Iglesia, y sus diferentes agrupaciones, un medio por el cual encontrar una opción o alternativa de resolución o escape. En un inicio de su filiación a las CSP se enfrentaron con una postura negativa por parte de esposos o padres, quienes les reclamaban su falta de atención a sus obligaciones domésticas, sin embargo, esto no fue un impedimento para que ellas se dedicaran a una tarea eclesial como el “*catequismo de la salud*”.

### **Tareas y eventos impulsados en vinculación con la Iglesia.**

La Iglesia funge como directriz de ciertas actividades sociales y comunitarias, así como gestor de acciones de intervención comunitaria del c-p-c, que le son útiles en el proceso de evangelización del pastoral social-indígena. Utiliza la intervención de las promotoras para estar presente a través de diferentes acciones sociales para mantener una posición de liderazgo ante las comunidades.

Los servicios comunitarios en salud que surgen a partir de proceso de base comunitaria son un medio a través del cual los representantes de la Iglesia se involucran para mantener su presencia e influencia en las comunidades con fines pastorales, aunque con una postura crítica pero eclesial.

La capacitación de promoción y atención a la salud en CENAMI se organiza para fortalecer las tareas correspondientes de cada compañera y sus intereses sobre las áreas de los servicios que brindan. En estos eventos se da la participación de obispos y monseñores que tienen a su cargo la coordinación del trabajo según el área y tema de intervención.

Una tarea reciente son las consultas en la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús, lo importante es que por primera vez se ofrecen este tipo de medicina en esta parroquia en Coatzacoalcos con terapias alternativas.

Diversas tareas de gestión en la diócesis son impulsadas por el padre Arturo, quien promueve actividades para ampliar los alcances de las promotoras y sus servicios de promoción-atención a la salud fuera de las CSP. Al respecto de estas tareas, el padre Arturo comenta: *“inclusive cuando estábamos en el Decanato, en materia de derechos humanos y en salud y todo, mandábamos a las gentes para poder capacitarse. Ahora, yo estuve ausente dos años, apenas estoy reintegrándome nuevamente a la diócesis, pero si hay la apertura de algunos padres, porque se vaya a capacitar algunas personas de sus parroquias, para que puedan también tener eso. Y por parte del asesor diocesano de salud, ya tuvimos una apertura, nos dio un espacio de diálogo de plática y estamos en acuerdo de abrir un proceso diocesano de capacitación de promotoras”* (Entrevista A-S.C).

Durante los procesos de organización de los recursos, planes y proyectos de las CSP esta presente la participación de los representantes de la Iglesia, en la CSP de Coacotla se organizan asambleas de base con las promotoras responsables y el sacerdote Arturo, para hacer una revisión de la administración, programación de servicios y evaluar si las actividades. Otra reunión se realiza entre las promotoras, los representantes de la Iglesia y las comunidades nahuas aledañas a Coacotla, con el objetivo de conocer sus problemáticas y la posibilidad de atenderlas por parte de la CSP. Por último, la reunión que se realiza con el grupo de trabajo de Minatitlán para evaluar el estado financiero, disposición de medicamentos y utensilios, así como la organización de actividades entre las integrantes, solo en esta última no existe la intervención del sacerdote.

Por último, mencionaré la participación de una de las promotoras más jóvenes del grupo en el Curso de verano teológico que se realiza en la CDMX la Comunidad

Teológica de México <sup>53</sup> en colaboración con: Asociación Mexicana de Transformación Rural y Urbana (AMEXTRA)<sup>54</sup>, Centro de Estudios Sociales y Culturales: Antonio de Montesinos (CAM)<sup>55</sup> y el Centro de Estudios Ecuménicos (CEE)<sup>56</sup>. El curso tiene por objetivo: descubrir y fortalecer, con los y las

---

<sup>53</sup> Son una comunidad conformada por *“instituciones de inspiración cristiana y ecuménica, cuya finalidad es la formación holística de personas, en la educación y reflexión teológica liberadora y capacitación de agentes de pastoral, liderazgos eclesiales y laicos para la transformación integral de nuestro país y América Latina. MISIÓN: Ofrecer formación bíblico-teológica, pastoral y espiritual ecuménica, interdisciplinaria e intercultural proponiendo alternativas de acción para la transformación de la realidad, acorde con los valores y compromisos del reino. VISIÓN: Ser un paradigma de formación bíblico-teológica en constante construcción que incida en las realidades de las sociedades en México y América Latina con un sentido de cooperación, integridad, respeto, justicia y equidad de género, compasión, viviendo en koinonía de manera sostenible”* (Comunidad Teológica de México, s/f).

<sup>54</sup> En Amextra, *“estamos convencidos de que la transformación comienza por atender las necesidades básicas de salud, educación y seguridad alimentaria, con la participación de la comunidad; por esto, les animamos a alcanzar en conjunto la sostenibilidad económica y ecológica de todos los proyectos. La Transformación Integral es un proceso espiritual en la que la reflexión bíblica y la práctica se desarrollan a la par, dando un significado más profundo a los proyectos. Nuestra filosofía viene del Versículo bíblico Romanos 12:1-2: “Así que hermanos y hermanas, les ruego por las misericordias de Dios que presenten sus cuerpos en sacrificio vivo, santo, agradable a Dios, que es su culto razonable. No se conformen a este siglo, sino transfórmense por medio de la renovación de su entendimiento, para que comprueben cuál sea la buena voluntad de Dios agradable y perfecta.”* (AMEXTRA, s/f).

<sup>55</sup> El Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos es *“una asociación civil fundada en 1979 y constituida legalmente en 1985. El Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos, es una asociación civil sin fines de lucro fundada en 1979 y constituida legalmente en 1985. Nuestra misión es construir una sociedad justa, equitativa y democrática. Tenemos más de diez años de experiencia en procesos de fortalecimiento democrático en comunidades de base, capacitación e investigación académica respecto a: la participación ciudadana especialmente de las niñas y mujeres, igualdad y no discriminación, violencia de género y desde hace 4 años sobre la trata de personas. Con la intención de contribuir en la detección, prevención y atención de personas que viven en contextos de explotación sexual, hemos realizado 3 Seminarios Internacionales y 2 Congresos Latinoamericanos para intercambiar buenas prácticas en América, así como un Diplomado permanente a servidores/as públicos y sociedad civil. Formamos parte del Espacio DESC y la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo”* (Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos, s/f).

<sup>56</sup> El centro de estudios ecuménicos *“es una organización de la sociedad civil de carisma ecuménico nacida en 1968 en un contexto de convulsión social por la lucha estudiantil (al igual que en Francia y Estados Unidos) por sus justas demandas que pusieron al descubierto a nivel internacional el verdadero rostro autoritario del gobierno de Gustavo Díaz Ordaz a este año en América latina el concilio vaticano disponía las condiciones para una transformación en la vida cristiana católica que permitía vislumbrar albores de libertad desde el compromiso de los creyentes por la justicia y la paz, en ese marco Rolf Lahuesen, pastor luterano alemán, funda el cee como espacio de encuentro para el diálogo con el propósito de fomentar el conocimiento, el respeto mutuo y la cooperación entre personas de diferentes religiones e ideologías”* (Centro de Estudios Ecuménicos, 2016).

participantes, capacidades, destrezas, ánimos y esperanzas que les ayuden a asumirse como sujetos activos de transformación y hacerse cargo de la necesidad de construir el buen vivir en su persona y comunidad. Lo cual está dirigido a agentes de pastoral, líderes y promotores/as comunitarios, educadores/as, acompañantes animadores/as de grupo y comunidades eclesiales, pastores y pastoras. Es en estos eventos donde Victoria se ha capacitando para realizar una lectura popular de la Biblia con actividades dinámicas como el armar con el grupo de mujeres asistentes a los talleres un rompecabezas con una imagen del mapa mundial y del lado contrario tiene otra imagen de la biblia en una mesa con hombres y mujeres agarrados de las manos. Ambos imágenes forman una representación de lo que significa la comunidad (“[...] *entre todos tenemos que construir de nuevo este mundo que está totalmente fracturado*[...]”) (Entrevista V-P.Q) y la misma imagen del cristianismo en las comunidades con unidad y fe. Se arma el rompecabezas entre las asistentes para que pueda representar la construcción del contexto en el que viven las mujeres de la comunidad. Un análisis de cómo está el mundo en la actualidad.

Todas estas actividades muestran la constante relación entre las promotoras y la Iglesia, a través de sus representantes, y como esta relación genera beneficios mutuos pero no deja de estar libre de algunos conflictos.

### **Algunos conflictos**

Como ya señalé en párrafos previos, el sacerdote actual de la parroquia de Zaragoza cuestiona las terapéuticas que realizan las promotoras al calificarlas de “brujas” y no conciliar con la fe católica. Esto condiciona una ruptura entre las promotoras y esta parroquia. Es importante mencionar que previa a la llegada de este sacerdote se contaba con el apoyo de un grupo de casi 80 personas, quienes se vieron influenciados por el prejuicio difundido por el clérigo, que expresaba su temor a la popularidad de las promotoras y su proyecto, quizá sintiéndose amenazado a perder feligreses.

Otro conflicto en la relación entre la jerarquía de la Iglesia con las mujeres que apoyan a la T.F se da por las diferentes posturas sobre el aborto y el casamiento entre personas del mismo sexo. Mientras que los sacerdotes promueven la realización de marchas de protesta en contra de estas posturas, inclusive condicionaron a las 26 parroquias pertenecientes a la diócesis de Coatzacoalcos a comprometerse a llevar en promedio 100 feligreses a dicha manifestación, la cual se llevó a cabo en el mes octubre. El grupo de mujeres con filiación a la T.F no estuvieron de acuerdo en participar bajo el argumento de considerar que son fenómenos sociales que se encuentran fuera de que la injerencia eclesiástica. Aún y cuando al padre Arturo tuvo que participar en dicha marcha ya que por parte del obispo existió una amenaza de una posible: “repercusión apocalíptica”, si no se conjuntaba a la gente necesaria por parte de los párrocos.

En la relación entre la madre Paquita y el c-p-c, todas ellas laicas, existen enfrentamientos ocasionales por posturas ideológicas, dado que la formación e información de la monja en materia de temas religiosos es marcadamente desigual a comparación de las laicas.

La relación entre representantes de la Iglesia, CSP y sus integrantes presenta conflictos ocasionales respecto a la administración de los recursos y la percepción de las promotoras de que el sacerdote tiene beneficios tanto materiales, económicos y humanos. Esto se manifiesta en las reuniones y asambleas de organización y logística de los grupos base, donde existe una disertación sobre el uso de los recursos en las actividades y proyectos correspondientes. Se cuestiona la transparencia de los informes sobre el manejo económico para los servicios necesarios en la CSP-Coacotla. Esto posiblemente surge de la ausencia de una metodología formal de administración de recursos.

Existe una percepción y cuestionamiento por parte de la madre Paquita y varias de las promotoras, que señalan lo que llama “lujos innecesarios de la Iglesia”, que contradicen a los principios y valores de la fe católica, que se basa en la sencillez



y humildad, los cuales no son respetados por la Diócesis de Coatzacoalcos al tener una residencia llamada “Casa de la Iglesia” en la carretera de Canticas que cuenta con recursos y servicios ostentosos, inaccesible a la población de la zona.

Algunas figuras eclesiásticas (sacerdotes y obispos) afirman que la medicina tradicional tiene prácticas no aceptada por la fe religiosa católica, ya que surgen de tradiciones culturales de los pueblos originarios (indígenas) consideradas supersticiones y esta misma representación se reproduce socialmente en los discursos de las p-c. Lo que conlleva a una contradicción entre estas representaciones y su conocimiento sobre las prácticas terapéuticas tradicionales como la cura de empacho, la caída de mollera, las limpias y la atención al mal de ojo. Al momento de cuestionarles sobre el uso de estas terapéuticas tradicionales, niegan su práctica por no corresponder a su ideología religiosa, sin embargo algunas saben realizar las terapéuticas y las utilizan. Por ejemplo, el mal de ojo Luciana lo cura con huevo, mientras que Miriam lo hace con albaca. Esto debido a que la primera promotora sabe manejar más las cuestiones espirituales pues en cada curación ella reza por la persona; mientras Miriam es más práctica y sabe a qué puntos atender de la persona. En relación a otro padecer tradicional se dijo que una forma de quitar el susto es con pimienta mascada, alcohol y su aplicación en cabeza, panza y piernas; ya que ante el olor de la pimienta se puede regresar a la mente de la persona al cuerpo, en vez de que se quede asustada.

Algunas p-c tratan de generar proyectos independientes de la relación con las autoridades eclesiásticas. Ellas buscan partir de una interpretación real de los hechos al trabajar directamente con las comunidades, sin la dirección de las jerarquías religiosas. Generando así algunos proyectos comunitarios con participación de los pobladores sin necesidad de responder a la intervención de los representantes de la Iglesia.

La Iglesia, según las promotoras, tienen “temor” de ser rebasada en su poder y jerarquía al ver que los feligreses tienen una capacidad organizativa y de

convocatoria, gracias a las CEB y grupos de la sociedad civil, que invitan a las comunidades a participar en la atención de sus principales necesidades y problemáticas reconocidas e identificadas por ellos y no por parte de la Iglesia como institución. Como lo expresa Miriam “[...] *la Iglesia, nos tiene olvidadas. Porque nos ve como algo peligroso en poder rebasarlo, porque el pensamiento que tu tienes es diferente y, entonces, tienen miedo a que los rebases, que los critiques, que los juzgues y como si, somos así [...]*” (Entrevista M-P.C).

### **Interacción social con la comunidad y al interior de las CSP**

Son múltiples y diversos los proyectos y planes que realizan estas mujeres fuera de la promoción-atención a la salud de la población. Todos ellos tienen la finalidad de construir, mantener, reforzar y afianzar redes de apoyo con las comunidades ante la situación regional en cuestiones de medio ambiente, alimentación, educación para la salud, entre otras.

A través de estos proyectos se busca concientizar y socializar las funciones de la promotoría en salud y la importancia de la participación ciudadana y/o comunitaria frente a las problemáticas de su contexto y la búsqueda de alternativas de atención y resolución de las mismas, ya sea con la comunidad y la Iglesia. Por lo que ellas se presentan como actrices de cambio en este drama social.

En este apartado abordaré la interacción que surge entre las promotoras con su comunidad y sus grupos familiares, ya que ellos son el cimiento donde se desarrollan todas sus actividades y los que le brindan el reconocimiento y apoyo a su labor como agentes de cambio. Por último, describiré y analizaré las interrelaciones del grupo de promotoras dando cuenta de su estructura, su organización, la distribución de tareas, sus diferencias y jerarquías, así como los obstáculos y alcances en su quehacer comunitario. Por ende, me interesa describir estas interacciones sociales ya que las reconozco como expresiones interpersonales que construyen una interculturalidad en un terreno personal y social.

## **Relaciones con comunidad**

Un proyecto que tiene gran relevancia en sus actividades es la formación de promotores u promotoras de la salud por medio de cursos que se ofrecen a comunidades interesadas en contar con personas capacitadas para atender a su población a través de una medicina alternativa y natural. Se convoca por medio de las relaciones parroquiales de la Diócesis de Coatzacoalcos, al igual que con los contactos surgidos a través de su trabajo comunitario realizado por décadas. Una vez al mes, durante un año, ofrecen talleres en homeopatía, fitoterapia, promoción de la salud, productos herbolarios, relación promotores-pacientes y diversos temas de salud, con el fin de que los/las promotores tengan los recursos necesarios en sus comunidades y puedan reproducir los conocimientos obtenidos de manera autónoma y auto-gestiva.

También el c-p-c lleva a cabo el comité talleres de formación en medicina homeopática a responsables de centros comunitarios en la Sierra de Santa Martha, en varios municipios, quienes solicitan la visita de Miriam, por ser una especialista en materia. Una vez al mes hace visitas para reforzar sus conocimientos en medicinas alternativas y así mejorar la atención integral de la salud de sus habitantes. Dichos talleres se llevan a Tatahuicapan de Juárez, Oteapan, Jaltipan, entre otras localidades colindantes con la Sierra de Santa Marta.

Un proyecto fundado hace 20 años es la granja de pollos orgánicos en el terreno de Chamizal, enfrente de su CSP-Mina, en donde se desarrollaron proyectos de autogestión en la producción de pollos, gallinas ponedoras<sup>57</sup> y huevos orgánicos en disposición de los integrantes del comité y puesto en venta entre sus familiares y a la población interesada en adquirir productos fuera de las cadenas comerciales que explotan los recursos de la región, como el caso de Bachoco™.

---

<sup>57</sup> Aquellas que son criadas únicamente para poner huevos, a diferencia de las de engorde que son con el fin de sacrificarlas y prepararse como alimento. Hay ocasiones en que se busca tener una misma criatura con ambos fines de consumo humano.

Los murales con imágenes representativas del trabajo de las mujeres promotoras en la comunidad que pueden observarse en algunos muros de la CSP-Mina los realizaron jóvenes de Acayucan, a quienes se les solicitó su apoyo para manifestar iconográficamente el papel de éstas mujeres en el trabajo comunitario y darse a reconocer frente a ello.

Actividades realizadas en la CSP-Mina, como la elaboración de composta, reciclaje de productos electrodomésticos y reciclaje de aceites, entre otras actividades, son proyectos que se efectúan en cooperación con algunos pacientes pertenecientes a asociaciones civiles, es una alternativa para mejorar la cosecha de sus plantas medicinales en su terreno y reciclar los restos de aceites utilizados en la cocina “*Tonatzin*”, junto a otros objetos.

Algunas promotoras están involucradas en el levantamiento de los censos de Bienestar, pese a ser un proyecto del gobierno federal, estatal y municipal, se convierte en actividades fuera de las CSP, a solicitud de representantes de MORENA a nivel estatal quienes tienen contacto con el trabajo del comité, en especial con Miriam, al haber trabajado con ellas por varios años en comunidades indígenas-rurales tanto de la cabecera municipal como con otros municipios vecinos por parte de varias ONG como Pobladores-UCIUV AC.

Un proyecto municipal que quedó trunco fue la iniciativa de mercados campesinos donde se distribuyan productos procedentes de comunidades campesinas-indígenas y rurales para fomentar el desarrollo, producción y venta de los recursos disponibles en la región: elote, cacao, calabacitas, maíz y chayotes, entre otros. Las promotoras propusieron que una vez al mes se dispusiera del espacio de la CSP-Mina para llevar a cabo dicho mercado y apoyar así a comunidades marginadas por los mercados municipales. Desafortunadamente no progresó hasta la fecha.

Realizan rifas de productos electrodomésticos donados por algunas integrantes para obtener recursos con los cuales cubrir los gastos necesarios para acudir a encuentros como el de salud en manos del pueblo que convoca CENAMI con

diversos grupos que manejan la promoción-atención a la salud en algunos estados de la República, entre otros.

Una reunión anual a la que asisten algunas compañeras del comité en solidaridad y compromiso con comunidades de la Sierra de Santa Martha, es para la defensa de territorios, principalmente en contra de las mineras que realizan búsqueda de plata en la zona y contra el uso de exploración (Fracking) de fuentes de hidrocarburos llevado a cabo tanto por el gobierno como con empresas privadas extranjeras.

Los llamados pases en cadena<sup>58</sup> han sido dedicados a lo que es la seguridad alimentaria en donde trabajan con las comunidades para que se aprovechen los recursos de materia prima básica y disponible en sus alrededores. Dicho proyecto ha sido una de sus iniciativas originada de su movimiento como luchadoras sociales ante las necesidades que presenta la actualidad.

Un proyecto formal pero externo a sus actividades en las CSP ha sido su participación con el Gobierno del PRD en la tesorería de la regiduría municipal de 1998 al 2000. Este lo obtuvieron gracias a su trabajo comunitario de vinculación de votantes para la campaña de dicho partido en el municipio. Su participación terminó al enfrentarse a un sistema de corrupción, que iba en contra de su principal interés en atender las necesidades directas con su comunidad y no con burócratas-tecnócratas que tienen interés de ganar dinero a expensas del pueblo.

La cocina y venta de antojitos veracruzanos en su local “*Tonatzin*” es una de sus principales fuentes de ingreso, ahí trabajan de manera constante algunas mujeres

---

<sup>58</sup> El pase de cadena “es el sustento filosófico sobre el cual Heifer International ejecuta sus acciones, con este principio, se construye una cadena de solidaridad como una creciente red de trabajo, compromiso, dignidad y sustentabilidad entre las familias participantes y se fomenta y fortalecen valores como la amistad, la confianza, la cooperación y la solidaridad. Esta manera de trabajar, pensar y sentir también permite que las familias que ya han desarrollado experiencias productivas accedan a recursos para seguir desarrollándose. Por lo tanto, al compartir con otras personas o familias, se manifiesta la intención de practicar y fortalecer la cadena de solidaridad como base de una sociedad solidaria, justa y equitativa”(Vásquez, 2015).

de la tercera edad pertenecientes a la comunidad de la colonia Ampliación Hidalgo quienes no cuentan con otra fuente de trabajo, debido a su edad y condiciones. En cuestión de gastronomía llevan a cabo también la elaboración y venta de panes integrales, cocadas, helados, alegrías, pan para diabéticos y dulces tradicionales en la CSP-Coacotla con las mujeres residentes de esa comunidad. Así como la elaboración y venta mensual de pedido de chiles capeados, en nogada, moles y platillos comunes de la localidad para gestionar recursos para las CSP de manera autónoma e independiente.

### **Difusión de sus proyectos**

Son múltiples y variadas las formas en que se difunden los proyectos y actividades que lleva a cabo el c-p-c en comunidades cercanas o no a sus espacios de trabajo. No cabe duda que es gracias a las redes que han construido a lo largo de su trayecto en promotoría de la salud por más de 20 años, lo que origina su popularidad.

El vínculo que construyeron desde sus inicios con diferentes integrantes de las parroquias pertenecientes a la Diócesis de Coatzacoalcos ha sido una de sus cartas de recomendación frente a un amplio público en diversos lugares pertenecientes a municipios como Nanchital, Las Choapas, Monte Alto, San Antonio, Tatahuicapan de Juárez, Los Tuxtlas, por mencionar algunos. Son los mismos sacerdotes o monjas, catequistas, personas del coro o pastoral social quienes dan información sobre las tareas que se realizan en las CSP y la ubicación de sus sedes de trabajo.

Sus talleres de formación de promotoras en Coacotla o sus capacitaciones en comunidades sobre medicina homeopática en la Sierra de Santa Martha, generan fuentes de contacto con los cuales promocionar y recomendar sus labores comunitarias en salud integral. Con ello se pasa de voz en voz la referencia de sus actividades y la localización de sus centros de atención para ampliar sus redes de participación social y comunitaria.

Son los pacientes que se han acercado a las CSP, otro de sus principales medios de difusión de los proyectos de del c-p-c en sus respectivas comunidades, al mencionar a su familia, amigos y seres queridos los servicios que han recibido y sus resultados al asistir a sus terapias. Un reconocimiento específico se da entre ellos (boca a boca) durante los tiempos de espera de sus consultas, ya que en ese periodo comparten su experiencia sobre la eficacia de sus tratamientos en las CSP y las complicaciones que les representa su proceso s/e/a-p.

Una reciente manera de difusión ha sido estar colaborando con los censos de bienestar por parte de MORENA, durante su trabajo de campo en diferentes colonias de Minatitlán, informan sobre sus servicios en la CSP en la colonia Ampliación Hidalgo. Así aprovechan su acercamiento a otras localidades cercanas y lejanas de sus centros de trabajo.

La reunión del consejo nahua en la CSP-Coacotla que convoca a gente de comunidades como Zaragoza, Monte Alto, San Antonio, Limones, Agua Dulce entre otras de los alrededores, con un alcance en zonas de poco acceso a servicios de salud del primer nivel de atención, permite mostrar a través del modelo laboral del c-p-c, que es la comunidad quien pueden trabajar para la atención-promoción de la salud con sus habitantes.

En Coacotla se han buscado hacer difusión del servicio por medio de mensajes a través de las bocinas comunitarias pero habitualmente éstas son utilizadas para enviar dedicatorias de: promoción de negocios, avisos de misas para bautizos, bodas, etc. El costo general de anuncio de la CSP a través de las bocinas es de 15 pesos cada lunes; se hace promoción del trabajo que se realiza en sus instalaciones, los horarios de servicio y el tipo de terapia ofrecida.

Aunque según Miriam no existe un medio de esparcimiento formal para sus servicios y actividades; *“la verdad no hay difusión, nunca hemos difundido; que yo tenga conocimiento, nunca. Únicamente nos plantamos ahí y la gente nos ha ido*

*buscando porque se curó una persona y esa persona le dice a otra. La difusión la ha llevado la misma gente, nosotras no la hemos llevado sino la gente ha hecho la difusión y ellos solo han ido. Nosotras nunca hemos hecho ni campañas nada, nada de eso la difusión es, dijeras tu, de boca en boca. Así ha sido. Además, si en la comunidad eres reconocida plenamente, tienes amistades y amigos que has hecho en este caminar y para mi eso es lo más importante, la amistad' (Entrevista M-P.C.), como medio de difusión.*

Paquita al respecto comenta que es la popularidad de las propias p-c lo que genera la difusión de sus servicios eficaces, “[...] *allá en Mina casi la mayoría, llegan recomendadas, llegan buscando a Miriam, pero también doña Ruby conserva sus pacientes o hay unos que llegan con Sofi. Pero, por ejemplo, si no está Ruby aceptan pasar con otra sin problemas, algunos, y así lo mismo con Sofi; pero si vienen exclusivamente con Miriam y les digo que las voy a pasar con otra, es una resistencia, pues ya vienen recomendadas con la “Doctora” Miriam*” (Entrevista P-P.M).

Las CSP son más que solo centros de atención-promoción a la salud, son espacios donde las mujeres pueden reunirse en grupos para encontrarse a sí mismas y reconocer las cualidades que tienen dentro y fuera del rol femenino que les asigna su comunidad, familia y hogar. Además de ser un espacio con un ambiente de respeto donde poder compartir todo tipo de historias con la confianza de que no será compartido a personas ajenas a la situación.

Existen lazos e interacción que data de muchos años, que han hecho posible que algunos miembros de comunidades lejanas (ciudades de los Estados Oaxaca, Chiapas y Puebla) a las sedes de trabajo de las promotoras reconozcan que las CSP constituyen alternativas de atención terapéutica a bajos costos, una alternativa que no ofrece el sector salud estatal, municipal y federal.



El afecto y simpatía mostrado por parte de las promotoras en todo tipo de actividades y encuentros, hace que la comunidad muestre lazos de empatía fuertes que se van arraigando con los años de convivencia y coexistencia.

Se les reconoce como un grupo de mujeres comprometidas con los intereses comunitarios que ofrecen opciones e intervienen en materia de salud, así como en la participación comunitaria y ciudadana.

Gran parte del reconocimiento de la comunidad hacia la CSP surge de la popularidad que tiene Miriam; aunque en menor proporción, el resto de promotoras comparten esta responsabilidad, en sus funciones de recepción, auxiliar, elaboración de medicamentos o farmacia, todas deben establecer una relación empática con los asistentes para mantener un ambiente afectuoso y de armonía.

El comité reconoce que las promotoras de salud deben estar presentes en la vida comunitaria donde ofrecen sus servicios para así conocer la cotidianidad de sus pobladores y acompañarles en la trayectoria de su enfermedad. Lo que es un elemento básico que sirve como anclaje para que ellas sean reconocidas como promotoras de la salud y accedan con confianza a sus servicios, su interacción con los pobladores ha sido constante, con medios y fines claros de intervención eclesial o de promotoría en salud.

Es esa interacción con la comunidad lo que da validez popular a su trabajo, incluso a algunas de ellas se les reconoce como “doctoras”, por brindar servicios de salud de manera integral y eficaz, también son quienes tienen liderazgo en el equipo de trabajo.

La interacción y reconocimiento que tienen las promotoras con gente de sus comunidades sirve como un medio de anclaje de sus labores de promoción-atención de la salud y motiva para que otras personas se interesen en participar y

capacitarse como promotores de la salud y continúe el trabajo comunitario y en salud. Reconociendo que es la población la que acredita sus labores, *“nos han dicho en los talleres de capacitación en CENAMI que nosotras, el ser médicas, ese título nos lo da el pueblo [...] a nosotras la gente nos hace lo que somos, lo que sabemos; ellos son quienes nos dan el poder y título sin que hayamos pasado por alguna universidad [...]”* (Entrevista Grupo Focal).

El trabajo comunitario de las mujeres integrantes del c-p-c, desde su acercamiento con la Iglesia hasta su formación como promotoras, ha hecho que la comunidad las reconozca como agentes sociales, a lo cual Miriam nos dice: *“Una de las cosas que nosotros siempre llevamos a práctica era estar siempre involucrados en la comunidad, o sea, no perder de vista a la comunidad, trabajar en y para la comunidad. A veces buscábamos hasta enfermos porque no había, pues, nadie nos conocía y entonces íbamos porque alguien nos decía que fulanito se enfermó, entonces íbamos a buscarlo”* (Entrevista M-P.C).

Al residir en la misma comunidad (colonia M. Hidalgo borde con Ampliación Hidalgo) les ha permitido identificar las necesidades de la población, *“si nosotros hoy tenemos esa casa de salud, la tenemos, porque también nos fuimos a vivir a esa comunidad, pudimos ver la problemática de la basura sino, no nos hubiéramos quedado. Yo creo que una de las cosas que perseguía esto de hacer promotores de salud, era que viéramos la realidad y que ayudáramos a componer la situación de la comunidad”* (Entrevista M-P.C.).

La interacción que se da con las mujeres de las comunidades es uno de los vínculos más fuertes buscado por las promotoras, ellas reconocen las condiciones de desigualdad y violencia de una cultura machista en donde son las esposas, madres o hijas quienes reciben el maltrato por parte de los varones. Miriam nos comparte, *“las mujeres como que entran en la etapa de querer vivir una vida diferente (madres o esposas) pero ya no hay tiempo; se dan cuenta que toda la vida estuvieron con los esposos y no fueron valoradas y ahora quieren cambiar. Y*

*por eso entran en una crisis de porqué “me dejé, tantos años, ya no quiero vivir así”. A veces el marido enferma, algunas se vuelven violentas con ellos porque ahora los tienen que cuidar, dicen -me las vas a pagar- y los abandonan, se van a hacer su vida y ya no estar atadas con un hombre que queda paralítico o que esté muy enfermo” (Entrevista M-P.C.).*

También hay relación con otras comunidades religiosas pues se dio desde su lucha por el retiro del basurero municipal, en donde compartieron con personas de otros grupos religiosos, *“cuando iniciamos nuestra lucha hubo un matrimonio de evangélicos que nos acompañaron en todo el trabajo. Nunca mezclamos la religión con la lucha o el trabajo; porque nosotros creemos que cada quien tiene derecho a escoger con quien quiere participar en su fe. Y eso a mi me ha quedado muy claro, me lo dejó muy claro el padre Modesto, me lo dejó muy claro el padre Arturo, que nosotros no podemos obligar a la gente a que sea de nuestra misma creencia, hay diversidad de creencias y por lo tanto tenemos que ser respetuosas con eso; yo he sido muy respetuosa” (Entrevista M-P.C).* Mostrando que su relación de respeto con las comunidades protestantes permitió un diálogo abierto en donde compartir la lucha social.

Los integrantes de la familia de las promotoras del comité reconocen el beneficio que han recibido de la labor que ellas realizan, según Manuel, *“a través de eso a nuestros hijos siempre les dimos la oportunidad de tener una mejor calidad de vida, servicio de casa de salud y probado sus medicamentos, que han sido muy benéficos para su salud porque ellos no se enferman de nada”.* (PAC-3) Este reconocimiento se extiende a conocidos y amigos para que conozcan el papel de los servicios ofrecidos por las CSP.

Las representaciones de las promotoras acerca de su trabajo en promotoría de la salud, rebasa lo relacionado con la atención a la enfermedad, ellas se reconocen como actrices sociales comprometidas con las comunidades vulnerables: *“es realmente llevarla a los lugares donde los más necesitados no tienen el área de salud realmente, darla a todos y enseñarles que la salud no nada más es curarte*

*sino es un todo. Es lo que te decía, una vivienda digna, buenas condiciones de trabajo, una buena alimentación, una buena educación todo tiene que ver con la salud. Eso es realmente dar promoción de la salud, no nada más es curar con una pastilla, dar una consulta e irse, y ya después no sé sabe qué paso, sino es formar a la gente lo que buscamos” (Entrevista V-P.Q).*

Existe una motivación de servicio que se comparte con los representantes de la Iglesia con los que ellas trabajan, es el caso de la madre Paquita que muestra interés con la promotoría de la salud a partir de vocación de ayuda, *“para mi, de manera personal, me ayuda a fortalecer mi vocación como religiosa, mi idea es ayudar y yo creo que esta es una herramienta más para yo poder ayudar también o compartir; bueno más que ayudar, yo siempre digo, es devolver un poquito lo que la gente me da; es el devolver un poquito a la gente y por ese sentido me gusta y me convence porque ya en la práctica me ha gustado; ya me animo a poner las agujas de la auriculoterapia, me gusta y siento que puedo, lo cual me motiva” (entrevista P-P.M.).*

### **Obstáculos y conflictos en su interacción**

La CSP se halla ubicada en un municipio que está lejos de reunir las condiciones de una zona urbana, *“es un lugar olvidado por toda autoridad”*, según sus residentes, lo cual complica vivir en una región contaminada por cielo, mar, tierra y política. Las colonias aledañas a la CSP-Mina son áreas marginadas donde la situación es más complicada, sobre todo, para jóvenes quienes no tienen oportunidades de desarrollo de sus proyectos de vida por la situación de inseguridad en el estado veracruzano, la mala distribución de riquezas en ciertos sectores poblacionales y la falta de oportunidades laborales en el municipio.

El gobierno municipal ha participado en la atención de algunas problemáticas y necesidades de las comunidades señaladas, pero ha provocado al mismo tiempo una división selectiva dentro de las comunidades y la muestra es lo referido sobre la población del istmo.

Una condición presente entre las integrantes del comité de las CSP es la relación que tienen con sus familias, al tener que dedicarse al cuidado de los menores de edad, por disponer ellas de espacio y tiempo que no tienen sus padres por sus respectivos trabajos. Esto puede generar conflictos de logística y planeación de algunas actividades mientras laboran voluntariamente en las CSP. Por lo tanto, los tiempos y su puntualidad es un factor que genera apuro o relaja su compromiso de trabajo con la comunidad. Otro deber que realizan algunas integrantes con sus familias es el cuidado de sus progenitores, sobre todo de las madres, a quienes deben dedicar una gran parte de su tiempo durante la semana, pues los demás familiares no atienden esa demanda de atención.

La relación de las CSP con sus vecinos fueron en ocasiones causa de conflicto, cuando se inició el trabajo en Minatitlán, los residentes cruzaban por su predio para ir al campo de beisbol de la colonia ampliación Hidalgo, eso generó problemas y se decidió construir un muro para que no se orinaran o estacionaran sus autos en la zona respetando su espacio, lo que les generó algunos pleitos hasta delimitar los espacios correspondientes.

Algunos vecinos realizan la quema de basura afuera de su vivienda, lo que provoca molestias por parte de los asistentes a consulta y las p-c (Coacotla principalmente) por la falta de higiene y conciencia de lo que implica en las condiciones del medio ambiente.

Durante la lucha por retirar el basurero municipal, en la colonia ampliación Hidalgo, muchas fueron las quejas de vecinos que se dedicaban a pepenar la basura y era su fuente de ingresos. Según los informantes clave e integrantes del comité fue el gobierno municipal quien les proporcionó el acceso como pepenadores de la zona e incluso les distribuyó terrenos para que construyeran sus casas cerca de sus zonas de trabajo. Al retirarse el basurero y empezar la

construcción de la CSP fueron varios los vecinos que se mostraron en desacuerdo al quitarles su ocupación laboral.

Las promotoras enfrentan incomodidades durante su trabajo en la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús, en Coatzacoalcos, donde el comité de las CSP ofrecen alimentos y bebidas en el atrio de la iglesia los domingos antes y después de misas. Al ser ellas agentes externas a la logística del comité parroquial organizador surge inconformidad de los personajes locales por el uso de material propio de la iglesia. Por proceder de Minatitlán son consideradas originarias de una localidad menos avanzada, urbanística y económicamente, surgiendo menosprecio de su valor eco-cultural; algo similar a lo que pasa en la Ciudad de México con el conjunto de personas trabajadoras procedentes del Estado de México, Puebla, Querétaro y otros estados colindantes a la metrópoli que representa la capital del País.

Un aspecto importante a destacar es su relación con la comunidad y los varones, al estar constituido el comité de promotoras por mujeres y mantener una postura donde son las mujeres quienes deciden sobre aspectos en la casa de salud y acciones, proyectos y programas del comité, en contraste con una postura de sumisión que tenían en sus hogares. Lo cual puede ser una fuente de conflictos con la comunidad al no reconocerse la voz de algunos varones, menospreciar su participación o incluso ignorar sus comentarios sobre temáticas a tratar en diálogos informales en sus sedes de trabajo.

Cabe aclarar que los varones en la mayoría de los casos no se involucran en sus proyectos y actividades y en lo general son vistos como violentos y útiles sólo en caso de ser necesarios en trabajos físicos. El c-p-c identifica que han surgido diversas dificultades para poner en práctica una propuesta feminista en el trabajo del comité de las CSP, según la monja Paquita: *“hablando desde mi postura feminista, las mujeres siempre culturalmente nos enseñaron a competir y eso a veces es un problema cuando quieres hacer un colectivo; porque en un colectivo*

es muy diferente a formar una comunidad pues todas somos valiosas y todos aportamos, pero siempre se mete eso que traemos culturalmente como la competencia, [...], de que alguien quiere sobresalir y siempre están como en disputa. Eso nos ha costado mucho trabajo como mujeres. Y bueno, al mismo tiempo que eso, como la debilidad entre mujeres, nosotras otra cosa que vimos cuando iniciamos el proyecto fue que los hombres al sentir que no eran ellos los que tenían poder, porque eso sí esto es un matriarcado, entonces, por ejemplo, Miriam es como la cabeza de todo esto y ya ahí venimos todas. Es así como que los hombres se percataron que ahora las que están empoderadas son ellas, las que dan la consulta son mujeres, las que atienden la casa son mujeres, la que manda es mujer es así que, como de repente, se sintieron como que no podían y se fueron así como yendo; se fueron así como que ellos no se sentían empoderados pero nunca entendieron el proyecto y en cambio las mujeres sí lo entendimos, o sea, cada una empezó a aportar y ellos se quedaron viéndonos cómo vamos y cuando se dieron cuenta, se quedaron afuera, pero nadie los corrió sino ellos solitos empezaron así como: -es que no sabemos cómo hacerle- y cuando son hombres que también tenían la misma experiencia que las mujeres de aquí, la misma formación, y que en un momento dijeron: -no sabemos cómo hacerle- y se quedaron fuera. Pero porque ellos decidieron así y que fue una de las situaciones que enfrentamos fuerte ahora que regresó el padre Arturo, después de dos años, se dijo: es que eso no se pensó como un proyecto para mujeres; y le dijimos que no se pensó así pero, o sea, como que el mismo caminar del proyecto lo fue marcando así y finalmente se quedó como un proyecto de mujeres, que sigue abierto para hombres pero las que se empoderaron fueron las mujeres. Pero fue coyuntural, o sea, no fue así como lo planeamos: -vamos a hacerle la vida imposible a los hombres para que se vayan-, o sea, no; y aunque el padre a veces así lo entiende como que ustedes los corrieron, y no, o sea, realmente nosotras no los corrimos, o sea, de verdad ellos se fueron yendo porque el proceso de ahorita en el proyecto era dar y entonces, a lo mejor, pensaron que -¿de a qué nos va tocar?-, y, pues, no, ahorita no te va tocar de a nada, igual más

*adelante pero ahorita no; y eso a ellos no alcanzaron a entenderlo.” (Entrevista P-P.M).*

La mayoría de las promotoras tienen una historia de violencia física y emocional en sus familias de origen, en donde soportaron problemas intrafamiliares como alcoholismo, violencia, infidelidad, etc.<sup>59</sup> Ellas han luchado para salir de estas condiciones y revalorar el trabajo y la participación de la mujer dentro y fuera del hogar; generando una perspectiva diferente a las nuevas generaciones sobre el papel de la mujer en la familia, considerándolas con el mismo valor que a los varones.

Un conflicto particular en la comunidad de Coacotla es la falta de alcance del trabajo comunitario de las promotoras encargadas de la región. Como fue dicho más a detalle en la relación con la Iglesia, existe un alejamiento con el nuevo párroco de Zaragoza quien les ha construido una mala reputación con los feligreses de Coacotla, a lo cual se le debe sumar una falta de vinculación con los pobladores de la comunidad, lo que ocasiona la poca afluencia de asistentes a la CSP, por lo que las compañeras promotoras invierten su esfuerzo sólo en actividades internas. Ellas reconocen que, para poder generar progresos en la salud de las comunidades, es necesario conocer a la gente y su contexto, para poder así intervenir en su estado de salud, es necesario que la gente reconozca los espacios de trabajo de las promotoras, para generar confianza y así desarrollar su trabajo de promoción de la salud<sup>60</sup>. A un inicio el trabajo se realizó con las

---

<sup>59</sup> *“Recuerdo cuando ya fui grande que mi papá, aunque mis hermanas ya estuvieran grandes, les pegaba y eso me daba mucho coraje; yo decía: eso no es posible, que mis hermanas no puedan parar y que no le fueran a decir: ¿porqué me pegas?, si lo podían hacer y se dejaban. Pero yo nunca permití que me pegara a mí, nunca [...] vivir así fue de violencia, mi padre fue violento y mi mamá nunca dijo nada, nunca nunca lo paró; y pues ha sido, yo creo que, eso fue y por eso me convencí en trabajar en este trabajo porque yo quería que fuera una vida diferente; y hubiera sido muy diferente la vida de mis hermanas. Yo no soy ama de casa, yo no tengo marido, a mí no me violentan los hombres y por eso yo creo que estoy en este trabajo que ha sido mi pasión más grande y mi esperanza más grande de que las cosas cambien, tienen que cambiar” (Entrevista M-P.C).*

<sup>60</sup> Miriam cuenta que ella tiene más de 30 años trabajando con las comunidades de la región gracias a las campañas de catequesis y su formación como promotora, eso le ha dado a entender



campañas de salud itinerantes en las comunidades de San Antonio y Monte Alto, entre otras, pero la limitada asistencia de la población hizo que se suspendiera el proyecto por parte de las médicas alópatas que participaban.

En su discurso las promotoras reconocen un compromiso con las comunidades que se encuentran vulnerables o marginados de servicios necesarios para la atención de su salud individual y familiar. Por lo que en Coacotla su principal finalidad es poder brindar un espacio donde las comunidades indígenas-campesinas de los alrededores tengan Atención Primaria de la Salud, donde poder promover y atender a la salud, ser una opción disponible y accesible a sus recursos y situación. En reuniones comunitarias se convoca a comunidades indígenas cercanas para armar proyectos que atiendan problemáticas y necesidades expresadas por la población<sup>61</sup>; pero estas reuniones no funcionan debido a que se realizan solo con asistencia de compañeras de origen indígena que integran el comité de la CSP, no hay una respuesta de la demás población ante la convocatoria, lo que ocasiona que no haya participación real de las comunidades nahuas de la región, sino que son compañeras mestizas de comunidades provenientes de Mina y Coatzacoahuila, las que se involucran en la planeación y logística, lo cual hace evidente que en los hechos reales la comunidad indígena limita su involucramiento.

No obstante, ante estas dificultades la postura de las promotoras es de mantenerse trabajando, *“ahorita estamos así, no estamos como novatitas, estamos en la vista de todo el pueblo, ya lo sabe todo el pueblo que hay una casa*

---

que no se puede tener una intervención directa si las compañeras no se insertan en las comunidades; hacerse reconocer es un punto vital para que se gane la promotora de la salud una validez sobre su trabajo en comunidades (Diario de campo 7/octubre del 2018).

<sup>61</sup> Arturo: *“Bueno empezamos con la idea, no tanto de la casa de salud, sino la idea es conformar un consejo comunitario nahua, para los pueblos indígenas de esa región, esa era la idea. Y comenzamos a trabajar con algunas gentes de la comunidad, mujeres y varones, habían jóvenes, eran casi cerca de 70-80 personas, cuando comenzamos este trabajo; pero como fue muy atacado, se fue diseminando y se fueron distanciando, hasta quedarse solo las mujeres que están trabajando ahora* (Entrevista A-S.C).

*de salud aquí. Y no la vamos a cerrar sino abrir. Y ¿porqué abrir? porque la apertura va ser lo que atraerá a la gente. Yo me siento así, muy animada porque, sé que podemos hacer mucho. Cuando me dicen, quiero hacer una pregunta: ¿para ti qué es salud?, yo opino que para mi que la salud es la vida, es vivir bien, vivir mejor, sentirse bien sin nada malo. Si ya no me siento bien, no tengo salud, pero la salud es de nosotros mismos. Y eso es lo que queremos trabajar aquí” (Entrevista H-P.C.).*

Sus representaciones respecto a la falta de respuesta del trabajo en Coacotla es que ha existido una limitada interacción con la comunidad y esto ha ocasionado falta de reconocimiento a sus labores en la CSP, *“yo creo que es la falta de comunicación y que falta más hacer conciencia en la gente, porque la gente conoce el trabajo y todo, pero no hace conciencia de todos los beneficios y que la salud no es nada más tomarme mis medicamentos genéricos o de patente, para que se quite el dolor pero siguen teniendo el problema ahí. Y nosotros aquí es ver desde donde viene la raíz del problema, desde ahí, esa es la prevención de la salud, y eso es lo que la gente no entiende, la gente se desespera y ya quiere que se le quite el dolor y punto, aunque luego les quede la enfermedad” (Entrevista N-P.C).*

En la historia del trabajo de estas promotoras ha habido encuentros complicados con las comunidades indígenas que trabajaron por 14 años en colaboración con el padre Arturo, estableciéndose una relación segregacionista pues, según Miriam, *“ellos nos castigaban a nosotras por no ser indígenas y nosotras queríamos entrar a su ritmo de ellos, pero no, ellos tienen los suyos. Y decía siempre que ellos se lamentaban o lamentan de que son discriminados, pero ellos también discriminan a uno, eso fue lo que yo descubrí. Y es algo que han aprendido muy bien y muy fuerte a hacer eso” (Entrevista M-P.C.);* han sido relaciones complicadas con ciertos grupos, aunque ellas vengán, en ocasiones, con la representación de una institución como la Iglesia católica.

Las representaciones de la monja Paquita respecto a esta problemática se centran en diferencias culturales, existe una dificultad cultural que impide una comunicación intercultural, ya que *“aquí en Coacotla es una comunidad indígena, y entonces, es otra cosmovisión, es otra mentalidad y otra manera de entender la vida, el mundo y todo; y la visión occidental de las que nos decimos mestizas, aunque nuestras raíces son indígenas, pero crecimos en lo cultural occidental. A veces nuestra manera no sólo de pensar, sino de hacer las cosas, es muy diferente a las de aquí de la comunidad”* (Entrevista P-P.M.). Hace mención sobre todo a lo que respecta al trabajo terapéutico de las promotoras en la comunidad: *“[...] aquí por ejemplo sabemos que es cultura indígena, entonces para las mujeres el decirle lo del Papanicolaou hay que llegarles con mucho cuidado; porque las mujeres de aquí con esa parte de su cuerpo, no son tan abiertas. Hay que saber como no decirles, sino invitarles. E igual con los hombres, pues, sabemos que la cultura indígena es machista y entonces, si de por si viene con una promotora que es mujer, o sea, uno debe de saber cómo tratar a un paciente porque es de acuerdo a la cultura”* (Entrevista P-P.M.).

### **Relación promotoras y promotoras-curadoras**

Este comité de mujeres promotoras-curadoras de la salud reconocen que este es el espacio en donde pueden desarrollarse como persona de manera integral ya que acuden a talleres en CENAMI de sexología, defensa de territorios, cuestiones de salud, género y muchas otras temáticas sobre salud y derechos humanos. Son más consientes de su realidad y eso mismo lo transmiten con las demás compañeras, pues si bien no todas son promotoras o p-c, todas son parte de un grupo y como tal, buscan apoyarse entre ellas, aunque también pueden surgir conflictos entre el comité. Esto genera un carácter positivo lo cual puede ser canalizada a través de las actividades de este grupo de promotoras.

Entre ellas se mantiene una relación constante a través de conversaciones personales o con temas abordados en sus asambleas, reuniones de trabajo o los días de consulta, esto genera una convivencia donde comparten bromas, aspectos

de su vida diaria, o personal, problemáticas con miembros del equipo, incluso respecto de desacuerdos que existen en ocasiones con el padre Arturo, lo que ha generado confusiones y molestias entre las mujeres promotoras de Coacotla, ya que ellas respetan al sacerdote por la figura religiosa que representa dentro de su imaginario; pero también buscan liberación y prácticas emancipatorias de su género, dentro de sus circunstancias de violencia personal y municipal en una cultura machista y patriarcal que también se expresa al interior de la religión católica.

Un punto a destacar son la procedencia de las promotoras del comité ya que su relación se da más cercana entre aquellas que comparten un mismo lugar de origen. Hay un grupo que pertenece al sector más urbanizado, que corresponde a Minatitlán o Coatzacoalcos, otro grupo es sub-urbano son las que vienen de los suburbios o periferia entre Mina, Coatzacoalcos y Cosoleacaque; y se encuentran aquellas originarias de comunidades campesinas-indígenas como Coacotla, San Antonio o Monte Alto. A través de estas relaciones se hace evidente cómo se desenvuelven en el trabajo, su compromiso y alcance de sus labores comunitarias.

En lo que corresponde a sus reuniones o asambleas de trabajo del comité existe una dinámica prototipo que se trata de mantener de manera constante. La reunión inicia con una oración del Padre Nuestro y Ave María, se persignan y comienzan sus sesiones. Discuten los temas planteados por una orden del día que varía según las necesidades que surgen; sin embargo, uno de los puntos finales es señalar la necesidad del grupo en seguir repasando las enseñanzas de varias terapias como son masajes, auriculoterapia, acupuntura y homeopatía. Las reuniones de repaso se hacían un lunes de cada mes, pero ante sus numerosas actividades, tiempos de traslado y pendientes lo postergaron a una vez cada dos meses. Actualmente han estado repasando en torno a los policrestos en la homeopatía, la importancia de estos, ya que son los elementos que tienen una acción más profunda en la persona, a través de ellos se atienden lo más relevante,

no curar por enfermedad sino por emoción. Es muy importante fortalecer su conocimiento sobre lo que recetan, capacitarse para lograr una investigación e interrogatorio constante de los pacientes, lo cual es central para las promotoras y su metodología de atención y promoción a la salud en las CSP.

La realización frecuente de asambleas es muy importante para generar vínculos de confianza que se consolida gracias al diálogo intergrupal donde exponen sus dificultades, *“algo que nos ha ayudado es cuando tenemos las reuniones y que tenemos el valor de hablarlas y luego salen cuestiones fuertes, pero se busca aclarar las cosas. Lo que no ha ayudado es cuando vamos y se lo platicamos así en corto a uno y a dos compañeras; cuando no se toca un problema o situación en una asamblea se hace más fuerte la situación. Cuando el problema o el desacuerdo, o lo que sea, llega a una asamblea hasta ahí toca el problema porque se habla y ya se aclara”* (Entrevista P-P.M.).

Se reconoce que ha sido el trabajo entre las mujeres lo que generó su interés en participar en este tipo de organizaciones ajenas a la cuestiones eclesiales, *“pues cuando ya salimos de la Iglesia, o sea que ya no valoraron nuestro trabajo que hacíamos, pues nos hicimos como organización; ahí es donde tuve interés porque el trabajo es más afuera, que estar dentro de una religión. Estando afuera se ve la necesidad de la gente. Las mujeres también me animaron, me apoyaron para estar aquí; y con todo lo que ellas saben, sus sabidurías, me las fueron transmitiendo. Eso me llamó mucho la atención para que viniera al grupo y empezar a definir mi participación en el grupo de salud. Hasta que estuve aquí, es cuando pude creérmela que sí; que ya gracias a las compañeras he ido conociendo muchas causas de las enfermedades, su porqué y cómo se tienen dar una solución a esos problemas”* (Entrevista F-P.C.).

Existe un fuerte compromiso y un arduo trabajo de todo el equipo en sus diferentes tareas en las comunidades donde intervienen para lograr obtener resultados a lo largo del tiempo, aunque actualmente se enfrentan a dificultades que surgen por su menor fortaleza debido a la edad o por su roles familiares

actuales. Miriam señala que: *“estoy convencida de que los resultados se dan y hay buenos resultados nada más que necesitas dedicarle tiempo a eso. Aquí a ninguna de nosotras podemos decirle que no saben, porque nos metimos un año a la siembra todas, en lo de pase de cadena todas íbamos y participamos, ahí nada de que no voy. Y lo que me ha gustado ahí en la casa de salud es que las mujeres, cuando estábamos más jóvenes, jalábamos e íbamos a todas partes y para todo tipo de actividad. Ahorita ya nos han absorbido muchas cosas, por ejemplo, los nietos nos han atareado mucho, los problemas de salud que venimos presentando y también por la edad que tenemos después de más de 20 años de servicio”* (Entrevista M-P.C.).

Las promotoras son capaces de adaptar sus servicios a los diferentes condiciones o necesidades de las personas que se presentan en la CSP ya que, como dice Helena: *“aquí ya todas las mujeres saben qué hacer; saben cuando no le pueden dar su tratamiento, o cómo se lo quieran dar, mejor les dicen “qué te puedes tomar” y si no se lo pueden hacer en casa, nosotras se lo entregamos ya por litro los que son los jarabes, tónicos o tés. Aquí (Coacotla) todavía se usan leñas, se acostumbra a cocer en cocinas antiguas dentro de la casa. Pero en las grandes ciudades ya no, la gente dice que no sabe cómo hacerlas y que mejor se lo entreguemos cocidito [...]”*. (Entrevista Grupo Focal)

A través de la diversidad de trabajos comunitarios en diferentes partes de la zona Olmeca (Minatitlán, Cosoleacaque, Zaragoza y sus circunvalaciones) que han realizado las promotoras, aprendieron habilidades que integran hoy en su vida diaria, son aprendizajes valiosos que les permite aprovechar mejor sus propios recursos. *“Nos dedicamos ahora a muchas cosas, antes no me daba cuenta que podía crecer mucho, ahora mi mente se ha abierto de tantos talleres, de tantos cursos, de tantas experiencias que nos han abierto muchos valores. Por ejemplo, yo no sembraba, mi esposo me traía el maíz y la leña de fuera, no teníamos hojas para hacer tamales de masa cocida, porque uno no le da importancia a las cosas*

*que tiene, a las cosas que hay frente a uno; ahorita la leña la tenemos cerca y podemos traerla” (Entrevista H-P.C.).*

### **Confianza**

Las comunidades donde interviene el comité de promotoras reconoce que el trabajo comunitario de todas las mujeres pertenecientes al grupo, su labor y su esfuerzo ha sido muy valioso, ya que fueron ellas quienes construyeron la casa de salud en Minatitlán; además de las 7 casas-habitación donde residen algunas actualmente. La frase fuera de sus instalaciones representa al grupo y su trabajo, o así lo expresó Julia (promotora) en algún momento antes de su muerte: “solas somos invisibles; juntas somos invencibles”.

Los vínculos entre ellas se fortalecen a través de bromas y “chascarrillos” que comparten en diversos momentos durante consultas, eventos, asambleas o festejos, estos son elementos indispensables para su convivencia y expresa su relación de empatía que desarrollan semana a semana. Seguido de recomendaciones terapéuticas para mejorar su condición como el uso de la Benerva™ cuando olvidan ciertas cosas o de pasiflora cuando no concilian el sueño. Sus diálogos se derivan muchas veces de sus conocimientos de medicina alternativa, ese tipo de comentarios entre ellas refuerzan sus saberes respecto de la consulta.

Todas ellas expresan su opinión respecto a que grupos como el suyo son generadores de proyectos necesarios para hacer evidentes y apoyar a mujeres que se encuentran silenciadas, amenazadas y controladas por miedo y preocupaciones que no pueden compartir. Es a través de su participación en grupos con prácticas emancipadoras que pueden reconocerse a ellas mismas y las cualidades que poseen como mujer en su comunidad, en sus familias y como promotoras de la salud. La invitación, principalmente, a mujeres para unirse a su equipo se encuentra abierta de manera constante, no sólo para capacitarse como

promotoras de la salud sino también para recibir apoyo y acompañamiento en situaciones de crisis.

Ejemplo de lo anterior es el caso de Amaranta, promotora de la salud que cursó durante años con un cuadro de depresión que ameritó el uso de antidepresivos, situación causada por la separación de su marido. Ella era ama de casa y dependía totalmente de su esposo, su separación resultó muy complicada y la llevó incluso a buscar el suicidio. Al acercarse con las mujeres de Mina encontró un espacio de confort donde podía tener valor como persona y ser escuchada, conseguir los recursos suficientes para la educación de sus hijos y para asistir a las capacitaciones que se brindan por parte de CENAMI en la CDMX. Pudo así lograr autonomía e independencia del ex-esposo gracias a la elaboración de blusas, manteles, vestidos, carteras, entre muchos otros utensilios bordados a mano tanto con hilos como de reciclaje de mezclillas y telas que le brindaron sus familiares y compañeras en momentos de carestía y necesidad. Hoy encuentra en el comité armonía y seguridad en su persona al no depender de un hombre para desarrollarse y progresar como agente social de cambio.

Uno de los principales factores de su cohesión, compañerismo y cordialidad es que todas son devotas del catolicismo; acuden a la iglesia, aunque no regularmente ni por obligación, y celebran fechas religiosas de manera individual y grupal. Al compartir un dogma religiosa generan también relaciones de compadrazgo para reforzar su compromiso desde un nivel parental y cohesionar sus labores personales y comunitarias.

Todas tienen en común compartir historias de violencia sufrida desde niñas y jóvenes. Su comité es un lugar donde compartir y sentirse comprendidas, pues ahí nadie las juzga ni cuestiona su nuevo rol en la comunidad, que es difundir y ejecutar acciones de apoyo con una participación civil y comunitaria bajo principios católicos. Pero de fondo construyen vínculos de amistad, compañerismo y



hermandad (sororidad<sup>62</sup>) donde compartir muchos aspectos de su vida y adquirir conocimientos para resolver problemas como madres, amas de casa, agentes de cambio y terapeutas que utilizan como herramientas de auto-atención en sus comunidades, hogares y familias.

Entre las compañeras se encuentran algunas que, por cuestiones de edad y condiciones de su salud, ya no laboran dentro del comité, pero si frecuentan las CSP ya sea para solicitar alguna consulta o acompañamiento. Muchas de ellas son fundadoras de la CSP-Mina y al residir en los alrededores disponen de tiempo de visitar a sus amigas, conversar sobre relatos de sus experiencias como promotoras o compartir problemas en su relación familiar. Sus visitas son frecuentes y bien recibidas por las actuales integrantes del equipo, quienes les ofrecen un espacio de escucha y conocimiento de los detalles sobre el inicio del trabajo que ellas mismas realizan en la actualidad.

Sus labores son realizadas de manera voluntaria y existe entre ellas confianza sobre el manejo de los recursos económicos que se obtienen de las diferentes actividades que desarrolla el colectivo. Hay una encargada de la administración y manejo de los ingresos y egresos, la cual cuenta con la confianza de todas las promotoras. En ocasiones sobra dinero o les faltan recursos, pero nunca se culpan de robo o abuso de confianza, sino que se reconoce que tienen dificultades al brindarle información a la tesorera para realizar una administración óptima de sus recursos. Son capaces de donar sus ganancias a la CSP ya que están seguras de que se utilizarán para atender a la comunidad necesitada y solamente solicitan que se les rembolsen los recursos que invirtieron para desarrollar alguna actividad, para no ver afectada su economía familiar. Rara es la ocasión de reclamos o mal entendidos sobre cuestiones financieras y cuando las hay, se expone en asambleas de trabajo para evitar conflictos.

---

<sup>62</sup> “Es un encuentro sórico, basado en el respeto al género, a las otras mujeres, a la causa, la tradición y la real participación. Implica un orgullo de género producto de la revaloración humana de las mujeres y del feminismo. Es un encuentro entre mujeres investidas de derechos, que dialogan, suman, sustentan y, sobre todo, disienten sin exclusión ni exclusividad, porque saben que construyen juntas y al hacerlo, convergen.” (Lagarde, 2012: 420).

Ellas han construido lazos parentales entre ellas esto ha fortalecido el vínculo, creando una relación muy cercana de afecto y confianza: *“la red familiar más grande que yo siento son las promotoras de casa de salud. Hemos creado como una familia grande también”* (Entrevista M-P.C.), son ellas en quienes confían en muchos aspectos fuera de las CSP y su trabajo comunitario.

Han incursionado en el terreno político municipal a través de la red de contactos formada a lo largo de años en su trayecto con proyectos comunitarios y lucha social. Una de sus compañeras, ya fallecida, tuvo un cargo público en el municipio por parte del Partido Revolución de la Democrática: *“Julia fue regidora primera del municipio y eso nos dio un poquito de apertura para saber y conocer ¿cómo se trabaja en un municipio?, ¿qué hacen? Y si, se roban el dinero y no iban a hacer otra cosa más que robar y robar. Por eso nosotros nos dijimos, o al menos se lo dije a Julia, le dije: ‘este no es nuestro papel, este no es nuestro trabajo yo solamente te pido que nos regresemos otra vez a nuestra comunidad y a trabajar con ella’, y así nos regresamos”* (Entrevista M-P.C.). Resulta ser más importante sus lazos de amistad y sus compromisos comunitarios que el interés de pertenecer a un sector gubernamental burocrático y corrupto, como era, y lo sigue siendo, el gobierno municipal.

El compromiso entre ellas se construye a partir de la propia experiencia al haber recibido el apoyo y beneficio en carne propia, así se establece la inclusión de su vida con el colectivo, como fue el caso de la madre Paquita, *“cuando yo llegué aquí venía con un diagnóstico de anemia, venía con miomas en la matriz, traía un quiste en la mama izquierda y yo no quería ir con el médico; aparte de que anímicamente estaba mal así que como que no me daba la voluntad de ir al doctor. Y bueno, aquí con las mujeres de la casa de salud de Mina con el diagnóstico bio-energético me confirmaron el diagnóstico y ahí me empecé a tratar con homeopatía, con plantas y ellas me sacaron adelante, o sea, yo me hago mi chequeo con ellas y paso a las consultas con ellas y lo del quiste se desbarató, los miomas se me quitaron, mi anemia se estabilizó”* (Entrevista P-P.M.).

### **Formas de organización y distribución de tareas**

Una vez al mes las coordinadoras del comité de promotoras asisten a comunidades de la Sierra de Santa Martha para capacitar a otros grupos y colectivos que quieren capacitarse para ofrecer a su población servicios de promoción-atención con terapéuticas alternativas-naturales. Se transportan por sus propios medios en un V.W. (“Vocho”) versión 2008 para reunirse con los colectivos que hayan acordado alguna reunión de capacitación; dispongan de espacio y reúnan a la gente interesada. La capacitación se da con temas de homeopatía, se les enseña a diagnosticar las enfermedades, preparar medicamentos y dar seguimiento a los pacientes según su padecimiento, a través de textos seleccionados o elaborados por Miriam. Ella elabora una guía con todos los aspectos necesarios sobre la homeopatía y el tratamiento de padecimientos como dolor de cabeza, diarrea, tos, resfriados. Las imprime y saca copias que se les reparten a los asistentes a los talleres, solicitando un pago por ellas.

Un fin de semana de cada mes, durante un año, se coordinan talleres de formación de promotoras de la salud en su CSP de Coacotla con diferentes poblaciones y comunidades de la región olmeca; las compañeras del c-p-c cumplen diferentes tareas. Algunas se dedican exclusivamente a la preparación de los alimentos (almuerzo y desayuno) para todos los asistentes al taller, otras se encargan de la logística en dinámicas grupales y toman asistencia de los y las presentes. La mayoría de promotoras participan en las tareas docentes a realizar, siguiendo una guía de las temáticas a tratar; por ejemplo, se simulan consultas donde se presentan ciertas enfermedades y les enseñan a diagnosticar según la homeopatía y los tratamientos que disponen en sus CSP. La encargada de dar las clases en el taller y principal responsable es Miriam.

El resto del grupo de promotoras brinda asistencia a los grupos asistentes y hospedaje a los mismo, cuando el regreso a sus hogares les implica un trayecto difícil por la lejanía de sus comunidades y condiciones del camino. Al finalizar el

taller se les dejan tareas a realizar para el próximo encuentro y se les responsabiliza de realizarlas para seguir en proceso de formación.

Estos talleres no tienen un costo, solo se les pide su compromiso de emplear estas terapéuticas en sus respectivas comunidades para beneficiar a los pacientes y complementar los servicios públicos y privados de alopática. Los gastos los realiza el comité quienes a través de cajas de ahorro reúnen los recursos necesarios para brindar alimentos y bebidas para más de 20 personas que asisten. El único costo que tienen que cubrir los asistentes son las copias en hojas bond que se les proporciona con la información necesaria para los talleres y su transporte de ida y vuelta.

Las cajas de ahorro recogen los recursos que surgen de las actividades de las CPS y del resto de sus proyectos, dichos recursos son distribuidos para diversas funciones como el mantenimiento de las CSP, la cocina "*Tonatzin*", la granja de pollos en Chamizal y compra de material para todas sus actividades de capacitación.

Luciana es una promotora con diversas responsabilidades dentro de su organización, ella no participa en la consulta ni en la elaboración de los medicamentos debido a que su trabajo le demanda un horario fijo y le impide colaborar completamente en la atención y servicios en las CSP. Sin embargo, ha sido muy importante su apoyo en tareas como la construcción de casas-habitación, ha contribuido en el financiamiento, contaduría y administración para la casa de salud del municipio de Coacotla y en la cocina de antojitos *Tonatzin* algunos domingos, así como en proyectos comunitarios. Pero por su puesto como trabajadora en un hospital del IMSS, puede agilizar las pruebas de Papanicolaou dentro de los laboratorios del Seguro Social y obtener resultados de manera emergente para mujeres que necesiten de ello o de medicamentos que no son de fácil acceso en las farmacias comerciales privadas, buscar acceso a cirugías al

facilitar los trámites necesarios y todo lo que esté a su alcance por las relaciones laborales con las que cuenta dentro del hospital.

Hasta en las misiones de solidaridad existen cargos preestablecidos para organizar sus labores de Luciana y distribuir las tareas según las aptitudes y condiciones de cada una de las voluntarias en participar. Por ejemplo, en la cosecha de cacao en la casa de Jacqueline, Luciana, la madre Paquita y Nancy por tener problemas de salud, tuvieron que dedicarse a partir la cáscara y poner las semillas sobre el costal y Anita fue recogiendo cacao conmigo hasta terminar. Amaranta se quedó en la casa por tener dolor en el brazo y se dedicó a preparar el alimento para que comiéramos antes de regresar a casa a descansar.

Es a Miriam a quién se le pide colaboración para actividades que son ajenas al colectivo y corresponden a asuntos públicos, como los censos de bienestar. Se le solicitó convocar a personas que apoyaran en realizar encuesta en la cabecera municipal y sus colonias. Al c-p-c le encargó a cuatro de las integrantes que participaran y aunque dos de ellas no pudieron concluir con la tarea, sus compañeras promotoras se encargaron de los puestos de aquellas que se ausentaron y sacaron el compromiso adquirido.

Al estar presente en varias de sus asambleas y reuniones de base, fui considerado para participar en la distribución de tareas que tienen pendientes como era la realización de un tríptico para distribuir en sus CSP sobre la nutrición y la importancia de consumir los productos orgánicos de sus zonas: elote, calabacita, coco, papa, cacao, entre muchas otras. También me encargaron diseñar un cartel para promocionar la campaña de Papanicolaou que se llevó a cabo a principios del presente año y un plotter que fuera la pancarta de presentación en la CSP de Coacotla y corregir la ortografía de los textos disponibles para la formación de promotores/as. Cabe aclarar que no pude realizar algunas de las tareas mencionadas por cuestiones de tiempo, falta de

organización de su parte al no proporcionarme la información necesaria y el tiempo establecido en mi estancia de trabajo de campo.

Para el equipo es importante reforzar constantemente la idea de trabajar como organización y demostrar eso en sus diferentes participaciones, como fue el caso del Encuentro de Salud en Manos del Pueblo en la comunidad de Tucta. Para el cual hicieron donaciones de comida, a mediados de marzo llevaron productos como: café, arroz, frijol, sardina, atún, papel de baño, galletas, avena, entre otras cosas. Los recursos se obtuvieron a través de donaciones y rifas de una despensa y cafetera. Esto se hizo con el apoyo de conocidos de las promotoras tanto de Mina como de Coacotla, durante el mes de noviembre.

Dentro de los compromisos de todas las compañeras durante sus asambleas, consultas, encuentros, eventos y talleres está llevar un registro de los acuerdos, tareas pendientes y responsabilidad es para así tenerlos presentes, al igual que el registro de los temas a investigar sobre la homeopatía. Sin embargo, algunas de las compañeras no tienen la educación básica y hacen un esfuerzo considerable para poder anotar todo lo necesario. El objetivo es contar con registro sobre todo lo que sea útil para su formación como p-c, esto es constantemente señalado por Miriam.

Dos compañeras, Flor y Dafne, son las encargadas del podado y cuidado de la granja de pollos orgánicos en el Chamizal, a ellas no les importa que enfrente a su predio se encuentre la “bruja” con quien han tenido pleitos o que los vecinos se dediquen al comercio ilegal. Ellas laboran en lo que tengan por hacer para asegurar la sobrevivencia de los pocos pollos que quedan junto con perros como macotas de protección, ya que han sufrido robos por vandalismo en varias ocasiones tanto en ese terreno como en la cocina “*Tonatzin*” y la CSP-Mina.

## **Conflictos**

Como en toda relación humana se presentan algunas dificultades, obstáculos y conflictos en la interacción cotidiana de las promotoras en sus diferentes labores.

Al existir muchos pacientes que desean recibir consulta con Miriam y requerir de suficiente tiempo para recibir una consulta de calidad, se va dando retraso en las actividades del resto de compañeras del equipo, lo que ocasiona que en cierto momento se genere un ambiente de presión para que los pacientes que esperan su turno puedan ser atendidos y así ellas puedan terminar su jornada y salir rumbo a sus hogares a atender otras actividades pendientes fuera de la CSP .

La existencia de subgrupos en el equipo dado su origen étnico y residencia (urbanas, sub-urbanas y campesinas-indígenas) es muy evidente, esto impacta su interacción cercana, ya que se reúnen entre ellas para trasladarse, comer o platicar, así como el desempeño de sus funciones o la supervisión de las laborales entre las compañeras, siendo generalmente las urbanas las que se consideran con la autoridad de dar indicaciones o evaluar el trabajo de las mujeres indígenas, aunque nunca en una actitud evidente de menosprecio o descalificación de sus labores.

Han surgido pequeñas rivalidades por tener liderazgo entre algunas de las promotoras que no tienen el rol de coordinadoras. Se subordina a quienes no tienen la iniciativa de dirigir actividades ya sea en asambleas, tareas comunitarias o proporcionar consultas y terapéuticas. Aunque de forma sutil se impone un poder de algunas sobre otras basado en el valor asignado a sus actividades y esto genera incomodidades durante sus labores y fuera de las mismas.

Actualmente existe una tendencia a la falta de involucramiento por parte de las compañeras del c-p-c con las comunidades, su trabajo lo desempeñan principalmente en el espacio de la CSP; esto ha generado el temor por parte de la coordinación, de que se abandone el trabajo de tantos años y se echen por la borda los esfuerzos monetarios y personales generados para su trabajo comunitario. Algunas promotoras han tenido la oportunidad de laborar en otros

lugares ajenos a la CSP, sería una posibilidad de mejorar su economía familiar, sin embargo, hasta ahora siguen priorizando su labor en la promoción-atención a la salud y su compromiso con su grupo de compañeras, aunque por momentos han considerado aceptar esas ofertas laborales dadas las condiciones socio-económicas de sus familias y comunidad.

Al preguntarles a algunas promotoras, como Francisca, sobre dificultades que existan hoy en día en las CSP se señala que “[...] *realmente no todas se comprometen; o sea, quisiéramos más gente comprometida que estén en este espacio. Pero no es fácil, ha habido promotoras, por ejemplo, ahí en mi pueblo, que se prepararon desde hace muchos años en las otras capacitaciones que se dieron por el Dr. Abad en CENAMI, pero en vez de trabajar para la comunidad se fueron a hacer un negocio propio para vender sus medicamentos y jarabes. Se capacitaron con ese fin, como los médicos alópatas que para ellos todo es ganar dinero*” (Entrevista F-P.C.).

Por su parte, la mayoría de ellas son mujeres arriba de los 40 años y con una vida difícil, lo que ha afectado su salud mental y física, por lo que muchas veces se encuentran enfermas o muy cansadas, pero no ponen suficiente atención en su salud. Miriam comenta que “*a lo mejor a nosotros nos hace falta como orientaciones precisas, porque sabemos hacer muchas cosas, pero a veces no las usamos para nosotras, ¿no?, son las mismas promotoras y yo las regaño y les digo que si ya tienen tantos años en la salud aquí y me dices -¿qué estás enferma? Y ¿porqué? Promotora de salud ¡cúrate!. Es lo mismo, analízate, tu misma ve qué te está haciendo daño, no esperes que te lo resuelvan, yo promotora de salud me hago mi misma evaluación-*” (Entrevista M-P.C.).

La violencia de género presente en los contextos comunitarios de todas las compañeras ha sido uno de los principales obstáculos con los que tienen que lidiar para desenvolverse y enfrentarlos. Helena dice: “*antes las personas eran muy machistas, se decía que las mujeres no valen, las hermanas decían que los que*



*valen son los hombres; nosotras no valemos como mujeres eso se decía entre las compañeras de la iglesia en la pastoral social'* (Entrevista H-P.C.).

Los conflictos con los representantes de la Iglesia expresan relaciones desiguales de género o rango religioso, y genera que las promotoras traten de limitar hasta donde es posible el desarrollo de actividades conjuntas, así como una convivencia frecuente. Esto ocasiona un ambiente no adecuado para el trabajo social y comunitario que desarrollan frente a los retos y alcances que pretenden lograr en cortos y medianos plazos. Hay falta de interés y disposición entre las compañeras del comité por asistir a los talleres de lectura popular de la Biblia realizados en Coacotla, en ocasiones prefieren ausentarse ante el esfuerzo que implica el tiempo de traslado para algunas (ida y vuelta de 2 horas mínimo aproximadamente) y la necesidad de atender otras actividades en sus hogares.

Por su parte la madre Paquita señala que en su proceso de participación con el c-p-c, han estado presentes diversas complicaciones durante su trabajo desde el interior del grupo, pero el trabajo en el grupo a través de la discusión en asambleas es un recurso útil, *"en momentos han habido rivalidades lo cual si no se es tratado a tiempo y de manera correcta en nuestras asambleas, crece el problema como una bola de nieve que crece y crece, se sigue dividiendo el grupo y a eso no hay manera de solucionarlo"* (Entrevista P-P.M.).

Se busca horizontalidad en la relación de trabajo para no formar bandos con intereses contrarios al cumplir con sus tareas ya sea dentro o fuera de sus CSP. La idea es que todas las promotoras, independientemente de la comunidad o colonia de la que provengan, tengan la confianza y seguridad de tratar asuntos de interés común. Para generar los cambios necesarios en búsqueda de un bienestar comunitario y no sólo en los alrededores de las CSP.

No existen acuerdos o reglas de manera formal para el trabajo en equipo, con el fin de crear una cohesión grupal sólida tampoco se han puesto a discutir sobre su

misión y visión como colectivo. Pero profesar la misma religión católica les ofreció una base de trabajo común donde el bienestar y la fe son el centro y también les permite dejar de lado las diferencias entre las integrantes del colectivo. Y pese a existir complicaciones y complejidades en las relaciones personales y de trabajo (intra e inter laboral), es Miriam quien lidera a todo el equipo en búsqueda de un equilibrio y coordinación grupal.

Este liderazgo se expresó también en el respeto y colaboración que obtuve en mi trabajo de campo por todas las integrantes de las CSP, la comunidad e incluso las autoridades eclesiásticas, gubernamentales e institucionales. Haber residido en casa de las dos coordinadoras del comité, me permitió tener acceso a toda la información disponible de sus servicios y me abrió la puerta a todos sus vínculos.

La preparación profesional genera también diferencias y estatus entre las integrantes, al ser Victoria la única entre las promotoras con estudios de licenciatura, se le reconoce con más conocimientos en ciertas áreas durante las consultas, asambleas o talleres. Su formación como química-clínica la legitima para interpretar y traducir exámenes de laboratorio, asumir una posición mayor en la CSP, participar en tareas fuera del comité, entre muchas otras.

En el equipo de Coacotla sus principales líderes son Paquita, Nancy e Helena por ser quienes ofrecen consultas y tener el reconocimiento eclesiástico. Helena por ser una de las compañeras (p-c) con mayor edad, se le identifica como líder debido a sus saberes sobre la medicina tradicional y natural, al ser originaria de comunidades indígenas nahuas tiene el respeto de todas las compañeras al resolver las problemáticas en salud desde muchos enfoques, además de reconocer su fortaleza ante un pasado de depresión, intentos de suicidio y maltrato en su juventud y parte de adultez.

La posición de liderazgo que ha sido tan señalada en el caso de Miriam, es reconocida por otros grupos comunitarios de la sociedad civil quienes le piden

asesorías para replicar su modelo de atención-promoción a la salud en sus respectivas comunidades. Incluso las nuevas autoridades gubernamentales de MORENA en el Estado y municipio, saben de su aceptación y reconocimiento y le solicitan su participación para dar algunas conferencias y sesiones de preparación para los servidores de la nación en capacitación. Su facilidad de oratoria en grupos y su compromiso comunitario es lo que genera su popularidad y solicitud de asistencia en eventos públicos.

La experiencia en las diferentes actividades, genera una relación de asesoría para aquellas compañeras que se encuentran iniciando su proceso como promotoras de la salud. Es el caso de Francisca un claro ejemplo al identificar *“necesito platicar más con las compañeras que ya saben más; estar más de cerca con ellas y tener una plática para poder asesorarme. Porque luego hay un paciente que presenta fiebre y ya sabe uno que le va dar; que si tiene, por ejemplo, problemas emocionales ya sabemos qué le vamos a dar. Pero que se te presente un paciente que venga complicado, no sabría que darle. Así que debo de estudiar más para saber el porqué del paciente e ir notando y escribiendo, mientras la compañera ve al paciente e ir anotando; y al final hay que sacar a la práctica qué aprendemos en cursos y consejos de quiénes saben más”* (Entrevista F-P.C.).

Ha existido una distribución en las áreas o actividades donde algunas compañeras tienen mayores habilidades, las líderes de las CSP reconocen esto sin cuestionarlo, como me fue señalado *“[...] había un equipo que se encargaba de la siembra y todo; bueno a quien le gustaba mucho eso era a Julia, ella era muy como de la siembra y le gustaba mucho sembrar. Inclusive cuando ella estaba en el patio tenía muchas cosas que hacer y todas ayudaban, pero ella era la líder porque ella manejaba todo eso. Yo, mi trabajo siempre ha sido de formación a la gente para cuestiones de la salud, con buenos resultados solo que nos hace falta gente para hacerlo. O sea que, yo digo, que para echar andar eso, con unos jóvenes comprometidos ahí, a la sierra, con eso lo hacemos”* (Entrevista M-P.C.).

En el tema de capacitaciones en CENAMI, la decisión de quiénes acuden depende de las estructuras indirectas y/o implícitas en las CSP, se les da prioridad a aquellas que muestran interés o facilidad en ciertas áreas, son ellas las que tienen la oportunidad de asistir. Ejemplo de ello es la formación en estudios bioenergéticos donde fueron capacitadas sólo Nancy, Flor y Miriam por parte del Dr. Abel Cruz uno de los tres expertos en esta materia en México. Hay compañeras que no tienen interés en la capacitación de terapéuticas que se ofrecen en las CSP y prefieren seguir colaborando en otras áreas más técnica-administrativas-operativas. Es su carácter, sus actitudes y aptitudes lo que va conformando su forma de participación.

La madre Paquita al ser una promotora con características diferentes al resto del grupo, identifica que las jerarquías son algo que se da dentro del grupo y son necesarias para lograr un fin en común, aunque también puede generar problemáticas. Aún con una postura feminista su discurso muestra prejuicios acerca de las relaciones intergenéricas e interétnicas: *“Como mujeres, y bueno ya te estoy hablando desde mi postura feminista, las mujeres siempre culturalmente nos enseñaron a competir y eso a veces es un problema cuando quieres hacer un colectivo; porque en un colectivo es muy diferente a formar una comunidad pues todas somos valiosas y todos aportamos pero siempre se mete eso que traemos culturalmente como la competencia, ¿no?, de que alguien quiere sobresalir más o los pequeños cargos son pequeños reinos o podercitos y siempre están como en disputa. Yo me quiero quedar aquí, pero a veces, no tanto por el servicio sino para poder tener un poder, un poder sobre y no un poder para; y más aquí porque es comunidad indígena. Eso nos ha costado mucho trabajo como mujeres”* (Entrevista P-P.M).

### **Recapitulando**

Es evidente que la participación social y comunitaria del c-p-c abarca más de una docena de actividades además de las relacionadas con la atención a la salud, incluyendo diferentes áreas vinculadas con el cuidado a la vivienda, a la tierra, a

los recursos naturales, al abasto y la alimentación. Proyectos vinculados principalmente con la población, pero también con instancias municipales, locales e incluso gubernamentales, aunque con ésta última no tuvieron una buena experiencia.

El reconocimiento y validación de las promotoras se basa en que surgen de las mismas comunidades y comparten con los grupos con los que trabajan su condición de mujeres, de locatarias, su procedencia de familias violentas y marginadas, ellas han experimentado la vulnerabilidad como hijas, madres, esposas y enfermas lo que les permite construir una relación empática y una actitud de servicio y respeto hacia los otros; incluso ante aquellos que no comparten sus mismas creencias religiosas.

Algunos obstáculos y dificultades que reconocen las p-c en su desempeño del trabajo comunitario surgen de la necesidad de cumplir con diferentes labores en su espacio doméstico y su acción comunitaria, lo que las desgasta incluso puede generar conflictos. Desde sus primeras luchas sociales se han presentado problemas con sus vecinos ante el uso y delimitación de sus espacios territoriales, aunque han podido solucionarlas.

La labor de las promotoras busca integrar los usos y costumbres de las personas de sus comunidades, aunque en ocasiones esto se logre parcialmente, sin ignorar que es la fe en Dios el motor que le da sentido a sus actividades terapéuticas, realizando una interculturalidad en salud con las poblaciones, y entre ellas, al poner en interacción los saberes eclesiales con sus saberes terapéuticos y comunitarios.

Son además las promotoras el vínculo que articula las propuestas e intenciones teológicas de la Iglesia hacia las poblaciones con el propósito de lograr las condiciones necesarias para ser actores activos en la resolución de sus problemas, ya sea a través de proyectos relacionados con la salud, adquisición de una vivienda digna, cuidado del medio ambiente, entre otros. En este vínculo se

comparten aspectos culturales como es el reconocimiento de un ser omnipresente en su vida, la fe en Dios, su rol como confidentes de los problemas familiares y sociales de los pacientes, su práctica de atención y acompañamiento como parte de su servicio misericordioso que se aleja de una comercialización de la atención brindada.

Ellas cumplen un rol *funcional* a los intereses interculturales de la diócesis, ya que a través de sus acciones comunitarias legitiman la presencia de la Iglesia como un actor central frente a las comunidades y sus problemáticas, en contextos de pluriculturalidad existente en sus diferentes áreas de influencia. Hasta el punto de ser reconocidas, algunas de las p-c, como “doctoras” debido al mérito social que les adjudican en las comunidades las personas asistentes a sus consultas.

Los conflictos están relacionados con los estructuras jerárquicas entre la Iglesia y las CEB, la visión conservadora de la Iglesia frente a la visión de la T.F de las CSP respecto de las comunidades y de los pacientes.

No obstante, se reconoce a las mujeres del c-p-c, en palabras del sacerdote Arturo, como mujeres “*catequistas de la salud*”, existe confianza de la Iglesia respecto de su trabajo con las personas. Son las comunidades y la institución eclesiástica quienes validan su imagen pública de terapeutas en materia de salud en las poblaciones pertenecientes a la Diócesis de Coatzacoalcos, las cuales se encuentran marginadas y con grandes necesidades en su proceso de atención a la S-E.

Mientras tanto, las relaciones de género e interétnicas han sido fuentes de conflicto que se expresan principalmente en la CSP-Coacotla, comunidad indígena que aún no las reconoce como curadoras, ya que utilizan otro tipo de terapias diferentes a las tradicionales, no comparten algunas formas de interpretación sobre la enfermedad y el párroco de la región difundió rumores sobre ellas al nombrarlas como “brujas”, lo cual obstaculiza su trabajo.

Las relaciones interpersonales que se dan entre las promotoras se fortalecen con una convivencia cotidiana donde se comparten experiencias, vivencias, dificultades a través de sus pláticas, sus risas y bromas. Esto genera un ambiente de confianza y hermandad (sororidad<sup>63</sup>), originado en su condición de mujeres que quieren transformar su vulnerabilidad y comparten una base espiritual católica. Aunque se dan diferencias de procedencia u origen étnico que incluso puede generar ciertos inconvenientes estos pueden ser discutidos a través de sus reuniones y asambleas regulares, en la búsqueda de soluciones y no crear distanciamientos. Todo esto establece la base para su trabajo comunitario donde también es importante la actualización y constante fortalecimiento de su capacitación.

Las relaciones entre las integrantes del grupo muestran la existencia de jerarquías que se establecen a partir del conocimiento adquirido, de las destrezas y habilidades reconocidas, de su capacitación y de su preparación profesional. Es el rol de curadora, el acceso a una universidad (en el caso de Victoria) y su vinculación con los servicios biomédicos (en el caso de Luciana), lo que les permite tener un liderazgo frente al grupo de promotoras. Las diferencias en el desempeño de algunas actividades menos reconocidas o bien el origen de comunidades indígenas las ubican en un estrato con menor valoración, aunque siguen siendo parte del grupo y nunca se hacen evidentes actitudes de menosprecio o discriminación.

Es en las relaciones cotidianas a nivel micro social donde pude constatar que se van tejiendo vínculos interpersonales donde se comunican códigos culturales que se respetan y reproducen para mantener relaciones estables de convivencia para llevar a cabo sus proyectos, donde se comparten intereses comunitarios que

---

<sup>63</sup> “[...] es la dimensión feminista prioritaria para consolidar la herencia de la que somos portadoras y nuestra construcción vital. El pacto sororario es el más terrenal de los pactos y es el fundamento ético de las prácticas políticas entre mujeres para deconstruir la enemistad patriarcal, el racismo, el adultismo, y todas las formas de supremacía, desigualdad y dominación entre las mujeres, con acciones prácticas de cooperación, alianza y sustentabilidad entre nosotras.” (Lagarde, 2012: 420)

benefician a las poblaciones, sus territorios, sus recursos y el medio ambiente. Establecen redes con otras agrupaciones y grupos comunitarios con los que interactúan, comparten saberes y realizan actividades de capacitación para reconocer las necesidades y recursos con los que cuentan para atender su proceso s/e.

El c-p-c de las CSP busca generar recursos humanos e instrumentos para construir acciones y estrategias desde la gente para ir transformando desde dentro las estructuras comunitarias en donde hay relaciones de dominación y enfermedad. A través no solo de proyectos de promoción-atención a la salud, sino que inciden en la educación popular, cultura de la prevención, gestión comunitaria, misiones de solidaridad y prácticas de empoderamiento con perspectiva de género. Sin embargo, este proceso está cargado de dificultades y avanza con limitaciones al enfrentarse a un contexto social donde las estructuras de desigualdad permean las condiciones sociales.



## Capítulo VII

### Sistema Real de Salud: Profesional y Doméstico

“La salud debe ser vista como la apertura de las puertas del corazón”

A partir de este apartado iniciaré la descripción del Sistema Real de Salud de las localidades a las que atiende el c-p-c de las casas de salud en Minatitlán y Coacotla, como respuesta organizada de estos conjuntos sociales frente a sus problemas de s/e/a-p que se conforma en espacios de interacción complementarios entre sus diversas formas de atención. Referiré los recursos con los que se cuenta, así como las representaciones que pacientes y promotoras tienen sobre ellos. La información se organizó en los tres apartados que conforman el SRS en su ámbito doméstico, popular y académico. Iniciaré con lo profesional o académico, ya que hice mención en capítulos anteriores de los recursos biomédicos con los que cuentan las comunidades de trabajo y de las principales causas de enfermedad reconocidas a nivel institucional, ahora abordaré las representaciones que pacientes y promotoras tienen sobre ellos.

#### **Reconocimiento y cuestionamiento de lo profesional o académico**

Según las promotoras todos sus pacientes reconocen a la medicina alópata, que se brinda en hospitales y consultorios, como la mejor opción para atender la salud de la familia y comunidad en general, siendo en condiciones de mayor gravedad o complicaciones cuando se busca para tener mayor certeza.

Los hospitales, clínicas o centros de salud de diferentes municipios son reconocidos de manera popular por la carencia de recursos humanos y materiales (principalmente de medicamentos), agregándose los problemas de acceso para algunas comunidades, por su lejanía de las zonas urbanas y el limitado transporte.

Es frecuente escuchar a las mujeres del comité relatan que en los últimos 30 años los servicios de salud pública carecen de recursos y espacios, que ha ocasionado que los pacientes tengan que esperar fuera del Hospital General del IMSS #33 para recibir la atención, han cerrado la calle enfrente de la institución para

acomodar a los pacientes en espera de consultas. Tuve oportunidad de constatar algo parecido cuando acudí un par de ocasiones por Luciana a su trabajo y observé que en el área de urgencias y consulta externa existe muchas personas que se encuentran sentadas en el suelo, bancos improvisados de plástico y madera, esperando recibir la consulta y tratamientos, lo que hace evidente la insuficiencia de la institución para atender la amplia demanda atención en la cabecera municipal.

Muchas de las personas asistentes a las CSP prefieren el uso de servicios privados de salud (consultorios privados y farmacéuticas con asistencia médica) ante las deficiencias en los servicios público del IMSS, ISSSTE, Pemex o Seguro Popular. No obstante, no disponer de los recursos económicos necesarios para enfrentar problemas que ameritan un segundo nivel de atención a nivel hospitalario. Ellos buscan reunir recursos para consultar con especialistas en el municipio (ya sea Cosoleacaque o Minatitlán). Uno de los informantes me comentó haber gastado 30 mil pesos en cada una de sus quimioterapias.

Las promotoras, pacientes y sus familias opinan que la medicina alópata tiene un doble filo; por un lado, beneficia y proporciona mejoras evidentes (pragmáticas) pero también puede afectar a los órganos del cuerpo como parte de los efectos secundarios.

Pacientes como Leo me expresó su opinión sobre los servicios alopáticos que ofrece Pemex, reflexionando sobre la saturación y mecanización de la atención: *“A veces pienso que allá no hay el mismo interés, quien sabe si es porque somos muchos. El caso es que siente uno, porque es muy importante la terapia del trato, de que tu médico te explique eso; pues cuando el médico ya están muy mecanizados en el servicio. Aquí pues como que es la otra parte es de recuperarse uno ¿no?, pues en un servicio al ser humano, pues allá en Pemex sí no hay corazón. Si me han tocado médicos traumatólogos, él sí me dijo de mis*

*huesos: -vamos a hacer esto-, me quedé un tanto sorprendido, haré lo que pueda, pero ya me enseñó un filtro pero él hace lo demás [...]* (Entrevista PAC-1).

Miriam me narró como antes los servicios institucionales en salud eran mejores para la comunidad. Había una mayor responsabilidad y conocimiento de los médicos sobre las situaciones regionales y tenían en cuenta las condiciones del contexto, se contaba con promotores de la salud en cada colonia por parte de la Secretaría de Salubridad, hoy Secretaria de Salud, quienes realizaban acciones sanitarias y visitaban a los enfermos, los enviaban a sus respectivas clínicas o centros de atención a la salud en caso necesario, “[...] *antes estábamos mejor, las clínicas que había. Creo que los médicos, todos murieron, los médicos tenían otro concepto de la salud que los de ahora, creo que eso era. Al saber escuchar un poco más e iban a la comunidad, porque Salubridad iba. Salubridad siempre estaba metida ahí. Ahora tiene muchísimos años que ya no se acercan, ellos iban a ver a los diabéticos porque siempre, lo más problemático ha sido la diabetes y los problemas de dengue porque vivimos en una zona de pantanos; y Salubridad siempre estaba ahí, hacían campañas con doctores e iban los doctores, iban, ahora ya no, ahora están ausentes totalmente [...] yo me acuerdo que los médicos, ellos formaban sus promotores, había promotores que tampoco hacían nada, pero por lo menos ellos decían que tenían un promotor que es el que nos avisa cuando hay algo y venían a ver. Si había una mujer con cáncer se la llevaban al hospital, y ahora ya no hay. Por ejemplo, ahora lo que está pasando con los zancudos antes pasaban a fumigar porque había muchos, ahorita ya nada o ya se están atrasando porque ya estamos en octubre. En junio empezaban las campañas del dengue y ahorita ya no*” (Entrevista M-P.C.).

Esta opinión sobre las deficiencias de las instituciones de salud es compartida por los pacientes, que enfatizan su necesidad de cumplir lo normado desde la institución, aunque muchas veces no estén de acuerdo, ya que corren el riesgo de perder la prestación médica. “*Mira no podemos decir que esto está mal, sino que pasa, que el mismo sistema que ha implementado y ya ahorita en la actualidad ya*

*la opción de un enfermo de diabetes, un enfermo de cáncer no es redituable para la institución, sobre todo para el gobierno entonces como que los limitan a hacer su trabajo realmente lo humano se pierde y se vuelve una rutina de que “bueno un paciente, porque por ejemplo en mi caso que me hacen estudio casi cada 6 meses de laboratorio, que ultrasonidos, y se los llevo al médico, y agarra y al estar con el asistente le dice `No, pues está usted bien, otros estudios y usted como que haciendo una rutina de todos modos se va a morir` entonces dices: `bueno´. Yo en lo personal, no quería las quimios, pero si yo no aceptaba las quimios, a mi esposa le quitaban la seguridad de tener una pensión si yo me moría, si llegaba a fallecer; por eso lo hice, yo no me iba a poner quimioterapias, pero me dijeron “No, si no te las pones te piñas”, como dicen aquí, pero es una cosa las quimioterapias, y que bueno que nada más fueron quimioterapias, que no fueron radioterapias ni nada de eso, es muerte, para mi es muerte” (Entrevista PAC-3).*

Durante uno de los días de la mayordomía en Chinameca fui testigo del accidente de una hermana de Luciana quien sufrió de un golpe en el tobillo derecho al caer dos veces en una misma tarde. La familia atribuía la caída a consecuencia de un desorden en los triglicéridos. Después de buscar un lugar donde se le tomara estudios (placas de rayos X) fue Luciana quien sugirió ir al Hospital regional del IMSS donde labora, en cuestión de media hora se obtuvieron los estudios necesarios, el diagnóstico de un esguince y los medicamentos antiinflamatorios.

Desgraciadamente el diagnóstico no fue acertado ya que en realidad lo que tenía eran fisuras en los huesos del tobillo y tuvieron que realizar una cirugía colocando tornillos en la zona afectada, como resultado de la mala atención que recibió pese a contar con las redes de apoyo en el instituto por parte de su hermana.

No obstante, los cuestionamientos y críticas a la biomedicina, las promotoras reconocen que la eficacia de la biomedicina es un recurso cuando las plantas y la homeopatía no brindan los resultados esperados para el paciente. “*Con plantas medicinales y homeopatía, toda mi vida, la mayor parte de lo que utilizamos es*

*eso para los problemas de salud, en mi casa y otras compañeras. Pero cuando se necesita lo alopático es cuando son cosas que, ya muy graves que no las puedes tratar en la casa de salud o los propios hogares, no se encuentra una solución y se necesita recurrir a los hospitales y clínicas del gobierno” (Entrevista V-P.Q.).*

Como fue el caso de un paciente con una infección, a quien la promotora Victoria pudo diagnosticar al poseer el conocimiento profesional para hacerlo y le recomendó la intervención de especialistas fuera del municipio de Minatitlán y del estado veracruzano “[...] te digo ese señor, tenía como un año, creo que fue, anduvo aquí en la consulta y no encontraban qué era lo de su pierna, hasta que, dijimos no pues busca ir a Ciudad de México a un lugar donde, un instituto o asociación civil, ya investigado por los compañeros de la sierra un Centro Dermatológico y como es de la misma Ciudad de México pues les cobran una cantidad mínima ¿no?, y entonces fue a la consulta, lo atendieron y investigaron entonces, ellos ya lo trataron” (Entrevista V-P.Q.).

Aún ante el mal trato y los tiempos limitados de consulta en los centros de salud oficiales, los pacientes buscan la atención en forma conjunta con las CSP. Incluso en Cosoleacaque donde la disponibilidad de los servicios institucionales para la salud es más limitada, “Coacotla es un lugar de origen nahua, si, la mayor parte de la gente ahí se atendía con curanderos tradicionales, parteras y los centros de salud solo hay una clínica, pero la abrían cada ocho días, creo, actualmente ya tienen consultas todos los días, hasta de lunes a viernes pero la atención es mínima, o sea, ellos no tienen otra opción, ellos tienen que recurrir a Cosoleacaque que es lo más cercano, que tiene un poco más de acceso o a la clínica COPLAMAR de Jaltipa” (Entrevista V-P.Q.).

Otra compañera del comité opina que es la formación de los médicos en universidades e instituciones de salud, la que orienta su profesión hacia una práctica mercantilizada y comercial y no se reconocen las condiciones en las que viven las personas y les causan enfermedad, en contraste con la práctica de las

CSP: *“pues a lo mejor hay médicos que si, que puedan entender lo que estamos haciendo ya que ellos también han atendido. Pero no creo que todos, porque los médicos, su preparación desde que llegan a la universidad, su vida es ganar el dinero. Pero no sanar a los pacientes; y en cambio nosotros no estamos como para ganar dinero. Nosotros estamos para que la gente reciba una respuesta de en salud pero no con miras al dinero. En cambio, los médicos profesionales, ellos si van viendo el dinero para hacer un dinero”* (Entrevista F-P.C.).

Los pacientes y las promotoras refieren que para los médicos alópatas existe solo una alternativa eficaz y es el uso de fármacos, sin muchas veces realizar un diagnóstico acertado y desconocer la situación de los pacientes. Ese fue el caso de Victoria quien antes de entrar a la licenciatura tuvo un cuadro de dengue y al ir al hospital general de la cabecera municipal (Minatitlán), le recetaron únicamente paracetamol para reducir las molestias y le indicaron reposo por unos cuantos días. Al evolucionar la infección resultó ser un dengue hemorrágico y optó por atenderse con medicamentos de la CSP y asistencia privada. Fueron semanas de angustia y malestar de toda la familia y enojo ante el sistema de salud que no reconoce un problema grave y no se toman las medidas necesarias para evitar su propagación. Antes se hacían fumigaciones para evitar el criadero de mosquitos portadores, en la actualidad ya no se hacen jornadas por parte de Salubridad para prevenirlo y son particulares quienes lo llevan a cabo, pero existen también casos de asaltos a casas-habitación de sujetos que dicen acudir a “fumigar” los patios de las casas y al darles acceso realizan robos a particulares o casas-habitación.

Otros reclamos que existen sobre los terapeutas biomédicos es el abuso del sector privado en el municipio, que realizan diagnósticos equivocados y provocar grandes gastos económicos a pacientes y familiares. Tal fue la situación de un paciente de la CSP-Mina quien gastó más de 50 mil pesos en terapias y medicamentos contra el cáncer en una clínica privada, al quedarse sin dinero se acercó a la casa de salud donde pudieron estabilizarlo, posteriormente se dieron cuenta que no se trataba de un cáncer según su estudio bio-energético. Hoy en

día el señor viene una o dos veces al año y se encuentra laborando sin complicaciones ni presencia de cáncer.

Se expresa también el malestar por la falta de medicamentos en el Seguro Social, sobre todo en el caso de pacientes crónicos que no reciben sus dotaciones mensuales. Las promotoras les piden que sean conscientes de la situación en la que se encuentran no sólo el municipio sino el estado veracruzano y toda la República Mexicana, que no culpen a los terapeutas e instituciones que desde los años 90, incluso antes, han enfrentado una crisis político-económica. Aconsejan que sean pacientes y regulares en sus citas para buscar los recursos dentro de lo posible.

Muchos pacientes en diálogos informales me compartieron que la atención en los centros oficiales del sistema de salud se caracteriza por otorgar poco tiempo durante las consultas médicas, no existe una buena comunicación no solo con los médicos sino incluso con todo el personal de salud que se encuentra en los centros de trabajo (trabajadoras sociales, secretarias, enfermeras); ya sea por exceso de pacientes o protocolos de atención. Es esta una queja frecuente entre las personas que asisten a los servicios institucionales de salud y prefieren ahorrar dinero para atenderse con los médicos privados más cercanos. Ellos opinan que los médicos alópatas desconocen las condiciones en las que viven sus pacientes, trabajadores de las refinerías, de las fábricas-industria, del campo, amas de casa, ni el tipo de trabajo que realizan y sus emociones.

Las promotoras cuestionan acudir a la medicina alopática frente a las limitaciones institucionales, ya que están seguras de que los medicamentos naturales-populares obtienen mejores resultados a menores costos, “[...] *si uno sabe de las plantas, pues, te puedes curar con ellas; o sea, no hay necesidad de que te vayas con un doctor al no tener dinero y por lo cual no tienes con qué pagar los medicamentos. Sobre todo, ahora que ya no tienen medicina que distribuir; así que uno la tiene que comprar; aunque se tenga el Seguro Popular, es lo mismo*

*que en lo particular, pues, no te cobran la consulta pero si tienen que comprar los medicamentos, y si no cuentas con recursos, pues, ¿de dónde?. Entonces, es una necesidad y no nada más de uno, sino que, irles diciendo a las demás personas que pues, vayan conociendo también de ello (medicina natural); ese también es el motivo de que se sigan haciendo las capacitaciones cada año, para que la gente cada año (jóvenes, señoras y quienes quieran) vayan preparándose y se sigan formando, nada más para que vayan conociendo la medicina tradicional” (Entrevista F-P.C.).*

Hay pacientes como Manuel que han vivido una experiencia muy significativa respecto de las terapias de la CSP, al ser él un paciente con una enfermedad incurable y fuera de tratamiento desde la biomedicina, de lo que obtuvo eficacia y una esperanza al recurrir con las promotoras de la CSP. *“Durante mi tratamiento por parte del Seguro Social, a mí me empiezan a meter quimioterapias, pero iba acompañado de la homeopatía que me daban en la casa de salud; entonces era una lucha de que me metían veneno y me daban homeopatía para contrarrestar todo el veneno que me metieron en el cuerpo con las quimios. Un día el médico me dijo: -Las quimioterapias no te van a ayudar en nada la verdad- así me lo dijo el médico, el oncólogo y el onco-médico, me decía: -¿Qué esperanzas puedes tener en la homeopatía?, ¿cómo vas a creer que en la casa de salud vas a encontrar el remedio?-. Pero yo decidí seguir, era la comparación de una institución del gobierno a una casa de salud. Pero logré salir adelante, gracias a Dios porque me puso en manos de esas personas en el momento preciso” (Entrevista PAC-3).*

El c-p-c refiere que antes la relación médico-paciente en las instituciones como Pemex y el IMSS, había una relación más cercana y el médico familiar le daba más tiempo en la consulta, Miriam me compartió su experiencia, *“ibas, sacabas tu cita, los médicos te daban una cita así igual como hoy en día, no ha cambiado nada excepto de que habían médicos que platicaban un poquito más con las mamás, ¿qué era lo que estaba pasado con el niño o la niña? Hoy no, hoy el*



*médico nada más receta con cinco medicamentos y salen. Y en tiempos pasados no, los doctores explicaban un poquito más acerca de la alimentación, se daban el tiempo con ellos (pacientes) de darles una plática y decirle: -mira, tu niño se está enfermando por esto, no hagas esto y procura darle recursos domésticos para que se mejore-. También eran médicos que conocían muy bien a las mujeres, porque les hablaban por su nombre. Yo me acuerdo que cuando iba con mi mamá, había un médico que le decía: -¡ya se te enfermó otra vez Esther!-; a ese médico era al que mi mamá le tenía mucha confianza. Ella decía: -él es el que sabe de medicina, él te va ayudar, él te va sacar-” (Entrevista M-P.C.). Desgraciadamente eso ya no pasa en la actualidad, los pacientes se quejan de la atención de todas las instituciones.*

Los pacientes expresan sus preocupaciones sobre los tratamientos y consultas recibidas con los médicos alópatas, ya que no reciben información clara sobre sus diagnósticos ni las acciones a realizar para la curación. Por ejemplo, en un caso de cauterización del cuello uterino de una paciente, no se le informó la razón del porqué emplearon esa práctica médica y sin mayor información “*le abrieron las piernas*”. Ante esto, lo que Miriam comentó es en casos como el de esta paciente, puede estar presente un prejuicio de los doctores quienes sin mayor explicación a sus infecciones vaginales le aplicaron una terapéutica al creer que la mujer con este diagnóstico tiene prácticas de prostitución o adulterio.

Una actitud constante de las p-c es el respeto a los procedimientos e indicaciones de los médicos alópatas ya que consideran que son especialistas en cuestiones biomédicas y ellas son especialistas en terapias alternativas, que en conjunto pueden brindar bienestar al paciente. Incluso en algunos casos ellas recomiendan a los pacientes acudir a médicos especialistas, cuando no encuentren solución al problema del paciente, desde su amplia gama de terapias. Reconociendo que sus terapias pueden tener limitaciones para tratar algunos problemas de salud y es mejor canalizar a las personas a lugares en donde se les brinde una atención más adecuada.

Como ejemplo de esto fue el caso de un joven en consulta con Miriam que presentaba lesiones en la piel y abscesos en brazos y piernas a consecuencia de su trabajo en maquiladoras en Monterrey y su labor familiar, usando pesticidas en los plantíos de maíz, lo que expuso su piel a químicos y productos tóxicos por varios meses. Las promotoras ante esa situación le aconsejaron se fuera a la CDMX y dejara de gastar en el municipio buscando tratamientos, ya que en la capital es donde existen clínicas de asociaciones civiles como la Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, que a bajos precios por consulta (\$25.00), pueden diagnosticar de manera certera cuál es su problema y tener un tratamiento adecuado, con medicamentos más baratos, para lo que las promotoras consideran enfermedades tropicales en las cuales no pueden intervenir.

Un vínculo muy importante con los servicios biomédicos hospitalarios es la promotora Luciana, ya que ella tiene contacto personal con varios terapeutas del Hospital General de zona 33 del IMSS donde ella labora como auxiliar del laboratorio clínico. Durante 25 años de servicio ha construido sólidas redes de apoyo hospitalario y clínico con diferentes médicos, algunos activos en el instituto y otros jubilados o laborando en clínicas particulares de especialidades como pediatría, cardiología, médicos internistas y oncología. Aunque algunos de ellos han abandonado el municipio ante la creciente inseguridad en la región y los múltiples secuestros de médicos, o el riesgo de ser extorsionados por organizaciones delictivas por el pago de derecho de piso en sus consultorios privados, por lo cual han decidido migrar a otros estados de la república (Puebla e Hidalgo principalmente) para evitar daños a su persona y familia. Los que aún permanecen en la localidad brindan consultas gratuitas a personas canalizadas por parte de las CSP como una forma de solidaridad ante la situación en la que viven gran parte de la población del Municipio y toda la región Olmeca.

Una relación con otra terapeuta biomédica ya mencionada es la Dra. Maribel E. quien coordina y dirige las consultas en la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en Coatzacoalcos. Es un vínculo reciente para el c-p-c, ella representa para las promotoras una figura de autoridad por ser médica y una profesionalista en el área de la salud, lo que establece una relación vertical y jerárquica con ellas. Esto se expresa al aceptar que sea la Dra. quien realice el diagnóstico mientras que las promotoras funcionan como personal auxiliar y/o técnico en la atención y preparación de medicamentos y ciertas terapias.

La figura del médico tiene una fuerte valoración por parte del comité, como ya he señalado, pues a lo largo de sus capacitaciones han sido doctores y especialistas en temas particulares de salud, quienes las forman como promotoras de la salud. Aunque también han sido capacitadas por curanderos tradicionales de zonas como Oteapan, los Tuxtlas, Tatahuicapan en su formación en plantas medicinales y terapéuticas con recursos naturales disponibles en la región, sin embargo, ellos no reciben de ellas el mismo reconocimiento que los médicos, por el valor social que representa su profesión.

En muchas ocasiones las p-c son mediadoras e intérpretes de los diagnósticos y tratamientos que médicos institucionales o privados les dan a sus pacientes, quienes refieren confusión sobre cuáles son las indicaciones más adecuadas. Los pacientes se enfrentan a contradicciones entre los diagnósticos que les realizan diferentes médicos o bien indicaciones diferentes en el uso de los mismos medicamentos. Ante esto, ellos buscan en las CSP una opinión que les permita reconocer o entender cuáles son las indicaciones adecuadas para su tratamiento.

En realidad, son pocos los profesionistas en salud con quienes tienen contacto en el desempeño de sus labores, solo en caso de algunas campañas de detección se han vinculado con médicas sensibles al trabajo comunitario o bien durante capacitaciones recibidas sobre nuevas alternativas terapéuticas. Fuera de eso no existe una relación cercana en el terreno de la salud integral.

Hay algunas áreas de la salud que las promotoras reconocen que no son temas que ellas conozcan o puedan manejar, esto es importante de señalar, ya que muestra un reconocimiento de sus capacidades y limitaciones. Este fue el caso de un joven que acudió por recomendación de su madre, ya que ella asiste a consultas regularmente, para una revisión de erupciones en la piel que aparecieron por consumir proteínas y vitaminas al acudir a un gimnasio. Miriam le recomendó consultar con algún nutriólogo para que le informe sobre los efectos secundarios de ese tipo de suplementos que consume y así obtener un mejor diagnóstico que el que se le puede proporcionar con la homeopatía o pomadas de la farmacia verde.

En ciertas áreas de la salud, ellas manifiestan interés y amplio reconocimiento de profesionales médicos, de quienes a lo largo del tiempo han recibido enseñanzas valiosas que les aportan herramientas para su trabajo comunitario, principalmente con las mujeres. Respecto a esto Miriam comenta: *“otra de las personas que a mi me ayudó mucho y que, te puedo decir que es mi maestra aunque ella dice que es la revés, yo digo que ella es mi maestra y es la Dra. Silvia. Para mi ella es una mujer muy brillante y que me ha ayudado a comprender, por ejemplo, los problemas de salud de la mujer. Yo siento que esa ha sido una de mis capacitaciones que a mi me han servido muchísimo en lo que ahora estoy”* (Entrevista M-P.C.).

En el caso de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes o hipertensión, las promotoras insisten en que deben ser revisados por médicos especialistas en su problema, para que el control de su padecimiento sea adecuado, aún cuando ellas participen en mejorar su condición a través de sus terapias. *“[...]nosotros les decimos que ellos deben ir a su clínica, a menos que sea alguien que no tenga nada, pues, a veces también les debemos de mandar a clínicas de salubridad o al hospital civil, pero como son problemas ya crónicos esos tienen que ser atendidos ya más con médicos; aunque nosotros damos una*

*terapia, ya sea para ayudar a que el paciente también ordene un poco su forma de atenderse, porque la mayoría de los pacientes, como los diabéticos son muy difíciles y casi no entienden la problemática de su salud. Ellos piensan que nada más me dio y ya, pero tiene que ver con la alimentación y eso no lo aceptan muchos. Se tiene que hacer un seguimiento de los pacientes diabéticos e hipertensos no solo de nosotras sino también los doctores. Hay gente que te dice que es hipertenso y tiene 10 años sin ir a un cardiólogo, o cinco años, y no puede ser porque el cardiólogo hay que visitarlo una vez al año para ver que tu corazón no esté creando otro problema ahí” (Entrevista M-P.C.).*

En ambas CSP se les pide a los pacientes que complementen sus tratamientos alopáticos con las terapias que ahí se realizan, ya que pueden tomar ambos tipos de terapias sin efectos secundarios pues pueden ir de la mano. Es mejor combinarlos ya que así complementan sus tratamientos para obtener mejores resultados. Ellas no muestran ningún rechazo hacia lo biomédico sino al contrario, se reconoce su utilidad en ciertos casos y enfermedades, pero recomiendan el uso de terapéuticas alternativas como una posibilidad más de atención, pues no todo puede ser solucionado con alopátia y no toda la población dispone de los recursos y servicios necesarios para su atención.

### **La atención institucional a los trabajadores de la zona**

Respecto a la atención biomédica, también fue importante rescatar información de la forma en que las empresas se relacionan con la salud de los trabajadores y con los servicios de atención. A través de las representaciones de pacientes jubilados de Pemex y otras empresas dedicadas a la producción de hidrocarburos y otros productos, a partir de sus relatos pudimos conocer las malas condiciones en las que se encuentran los trabajadores, al estar expuestos a radiaciones y sustancias tóxicas, junto a malas condiciones de trabajo y climatológicas. En los servicios de salud laboral solo se les realizan en ciertas ocasiones estudios de orina o sangre para reconocer los niveles de plomo en el cuerpo. Y en caso de ser necesario los mandan a descansar y tomar leche o miel para desintoxicarse por algunos días,

sin goce de sueldo. Los jubilados de estas empresas hoy en día presentan complicaciones de osteoporosis o cáncer de algún tipo, sin que la institución de seguridad social que les da atención médica y les brinde una atención adecuada, con largas esperas para recibir consulta, terapéuticas y tratamientos especializados y pocos resultados frente a la carencia de recursos materiales y humanos de la institución.

La empresa se deslinda de su responsabilidad al hacerlos firmar cartas en las que los trabajadores dicen estar enterados del lugar donde laboran y los posibles resultados en su salud a consecuencia de su exposición a químicos y sustancias radiactivas con plomo. Los servicios médicos de Pemex, por ejemplo, no reconocen las posibles enfermedades laborales y solo les ofrecen consultas mensuales o anuales a los trabajadores. Incluso narran la presencia de médicos extranjeros que visitaban las fábricas o plataformas para una revisión o diagnóstico situacional de la mano de obra, y aconsejar o dar medicamentos paliativos para quienes se encontraban fuertemente intoxicados. En las consultas a las que acuden en el IMSS actualmente, los médicos no tienen conocimiento de las condiciones de los trabajadores en los centros de trabajo y los de Pemex tampoco.

Los trabajadores de plataformas y fábricas donde se procesaban hidrocarburos para diferentes tipos de producción industrial, característica principal de las empresas de la zona Olmeca, están expuestos a sustancias tóxicas como el plomo y sus derivados, constituyendo riesgos para la salud de los trabajadores que son poco visibilizados. Existe una exposición constante al plomo y sin las medidas de seguridad, cuando esta exposición causa malestares a los trabajadores se les saca de las áreas de exposición y se les enviaba a una fosa que se encuentra al aire libre para limpiarlos o purificar al personal, para después enviarlos a casa a descansar sin goce de sueldo, durante los días que se ausenten. Por lo tanto, muchos trabajadores no reportan sus molestias ante la exposición a productos radioactivos e incluso temen perder su trabajo, cuando les tocan sus revisiones mensuales de orina o anuales de sangre, pues, sabían que el

estar expuestos al plomo podría quitarles días laborales y su respectivo pago. Por parte del seguro médico de Pemex no se daban los medicamentos necesarios para malestares que provoca la contaminación en las industrias y sólo se receta paracetamol para molestias generales, sin elaborar un diagnóstico y tratamiento de enfermedades laborales.

La experiencia de pacientes que han recibido atención en los servicios de salud públicos o de las empresas, reciben maltrato de los médicos, y expresa una falta de compromiso y responsabilidad con el paciente, más bien los servicios médicos se comportan como protectores de la empresa: *“teníamos un médico que estaba en caso de alguna emergencia, se podría decir que te daban una pastilla que: -pa'l dolor- y ya si te veía que no podía hacer nada, te mandaban al seguro sin pagarte el día. En mi caso, cuando empecé a tener los primeros síntomas me dijeron -no, tu tienes una gastritis porque tomas refresco, tomas café, te malpasas-, pero nunca hizo una exploración más a detalle, te decían -yo estoy aquí para darte una pastillita pero no te puedo solucionar tu problema en general, te voy a dar una analgésico para que no me estés molestando y puedas rendir más o te despedimos-. Que es realmente lo que hacen en las empresas ahora y siempre, por ejemplo, del seguro llegaban unas campañas que, para los diabéticos, te checaban el azúcar, te preguntaban según la dieta, que tienes que llevar una dieta muy sana, pero no te daban otras opciones ni brindaban medicamentos ni nada”* (Entrevista PAC-3).

### **Representaciones sobre las políticas públicas en salud**

Existe una evidente desvinculación entre las políticas y programas institucionales relacionados con la promoción de la salud y la interculturalidad, y los proyectos y acciones que se desarrollan por las p-c y sus CSP, este tema no es algo que les interese y se reconoce como fuera de su ámbito de atención. Así lo expresan las representaciones de pacientes y promotoras.

La opinión de las promotoras sobre las políticas públicas en promoción de la salud e interculturalidad en salud, es que no responden a las necesidades de la gente

para una vida digna, sino que se elaboran desde escritorios por personal que no conocen las necesidades de la población, “[...] *a mi no me convencen esas políticas porque muchas no están a favor de la vida, creo que este proyecto es así: a parte de ser un proyecto autónomo está a favor de la vida integral, una vida sana y esos proyectos del gobierno a mi no me dan como para [...] yo digo que, como por ejemplo, en estas comunidades se manejan mucho los programas de gobierno y te obligan a ir a la clínica pero la gente va, porque si no va, no te van a dar tu apoyo, ¿no?, entonces ya están como violentando. A mi se me hace un control contracultural*”. (Entrevista P-P.M.) Nancy también cometa al respecto que, “*Sí, se tendrían que modificar y ver la realidad, porque hay unas políticas que nomás nosotros decimos que están hechas en el escritorio, pero no ven la realidad del pueblo, ¿no?, entonces yo creo que hay si tendrían que irse pues al campo a vivirlo para que ellos vean realmente que es lo que está pasando, y lo que necesita realmente el pueblo*” (Entrevista N-P.C.).

Los pacientes son conscientes de que las políticas públicas en relación con la promoción de la salud e interculturalidad en salud están desvinculadas de lo que hace el c-p-c, si bien sus acciones corresponde a lo que las instituciones públicas deberían cumplir, ellas tienen una opción alterna para cubrir con sus actividades, proyectos y programas y así complementar las deficiencias del gobierno municipal y el ayuntamiento. “*Creo que por parte de ellas si quisieran insertarse en las políticas del gobierno, pero por parte del gobierno no creo que le interese, porque por el mismo desconocimiento que tiene la gente. Le falta mayor difusión de estos proyectos para que la gente los conozca*” (Entrevista PAC-2).

Por cierto, una breve información sobre consultorios adyacentes a farmacias es que tienen un precio sugerido por consultas (de 30 a 50 pesos) e incluso llegan a ser gratuitas (en el caso de farmacias Unión™), donde la población asiste de manera constante, ya sea en las grandes cadenas comerciales farmacéuticas o en las pequeñas empresas de misma materia; con la disponibilidad de consultorios en la mayoría de los casos y todos con servicio matutino.



En toda la zona adyacente al Hospital General de Mina se encuentra la mayor parte de comercios farmacéuticos, pero en todo el municipio junto a las localidades colindantes, hay farmacias en donde de 8 am a 7 pm era común ver personas en espera de una consulta o sugerencia médica. Haciendo obvio que los recursos gubernamentales en cuestión de la salud no ha podido dar respuesta a las necesidades y problemáticas en salud de las comunidades.

Dichos consultorios, según mis informantes clave, los describieron como un “lujo” en caso de que los recursos institucionales en salud no puedan atender a los y las enfermas de ciertas enfermedades tanto agudas como crónicas.

### **S.R.S: Doméstico y Autogestión**

Respecto al SRS en su ámbito doméstico en este apartado abarcaré información que tiene que ver con los recursos y representaciones de promotoras y algunas pacientes en su rol de madres de familia respecto de las estrategias para dar respuesta a los principales problemas de salud/enfermedad a través de medidas de auto-atención, resaltando la constante combinación de recursos procedentes de las diferentes formas de atención (tradicional, homeopatía, fitoterapia y alopatía) en busca de la resolución eficaz de los problemas, así como la utilización de recursos para conservar la salud como el manejo del agua potable y la alimentación. También describiré las acciones auto-gestivas que el c-p-c realizan en el campo del cuidado del medio ambiente, defensa de territorio, misiones de solidaridad como expresión de su participación comunitaria y ciudadana, para identificar cómo estas acciones se integran dentro del SRS de estas comunidades.

### **Recursos**

En el contexto **doméstico** es posible observar que las familias cuentan con un amplio conocimiento sobre plantas medicinales las cuales utilizan como primer recurso en la atención de los padecimientos más frecuentes e incluso de casos que pueden llegar a ser graves y que se dan de forma endémica en la región como es la fiebre del Chinkunkuya, Zika o el Dengue clásico y hemorrágico.

Son las mujeres las que asumen la función de cuidado, ya sea generando estrategias de atención o bien buscando alternativas cuando los cuidados iniciales no dan resultados. Al ser algunas de las promotoras y p-c madres de familia ellas cumplen este rol en su espacio doméstico, utilizan los productos terapéuticos que elaboran en las CSP como tinturas, cremas, microdosis y jabones, incluso con intenciones cosméticas para las manchas de piel, granos y llagas. Ellas asumen que este es el papel de la mujer ya sea como pacientes, promotoras o mujeres de cualquier comunidad, “[...] *lo que más le interesaba a mi mamá era darnos todas esas plantitas, me decía: -guárdala, lo planta en el tiempo de la seca, sécalo y en una botellita guárdalo para cuando la necesites con tus hijos si es que se te enferman-*” (Entrevista H-P.C.).

La representación sobre la dualidad frío-caliente se encuentra presente en algunos tratamientos hechos en casa por parte de pacientes y promotoras de la salud para tratar molestias en articulaciones o aplicar sobadas para dolores estomacales con productos tibios para buscar mejorías. El uso de ceniza en el estómago como complemento de masaje, frente a dolor por cuestiones intestinales. Jarabe de sábila con miel sirve para encapsular células cancerígenas al tomarse diario en ayunas por la mañana, o baños con vinagre y aceite de olivo para combatir piojos o garrapatas en casa, son algunas recomendaciones que se dan para tratamiento en casa.

Se tiene un reconocimiento de medicamentos alopáticos, homeopáticos y herbolarios, utilizándolos muchas veces en forma combinada, como en el caso de un niño con cuadros respiratorios a la cual se nebuliza con productos alopáticos (nebulizador) o con agua hirviendo cubierta por una toalla para concentrar el calor cerca del rostro y provocar la expulsión de las flemas y al mismo tiempo se le da micro-dosis de hierbas suecas en un vaso de agua potable para la tos y mucosidad, al reconocerse su eficacia, cuando se eliminan las molestias y vuelve su energía para seguir jugando con sus hermanos.

En casos de insomnio hay pacientes en la CSP quienes refieren tomar Clonazepam junto a una dosis de pasiflora. O personas con problemas en la piel con importante comezón en cara y cabeza utilizan Bedoyecta™ y otras cremas de elaboradas con plantas para aliviar los síntomas.

Reconocen y utilizan productos como el Ozonol™ para cicatrificaciones, nezafaril para molestias respiratorias o té de gobernadora para dolores menstruales. El uso de lentes oscuros para niños y jóvenes se recomienda para proteger los ojos del fuerte sol y condiciones climáticas que podrían desgastar las corneas oculares y presentarse cataratas más adelante.

La alimentación es reconocida como un área donde hay que poner atención para no presentar enfermedades, sin embargo, muchas veces se queda en el terreno del discurso, ya que la alimentación incluso de las promotoras esta compuesta principalmente por carbohidratos y grasas. El consumo de alimentos chatarra o bebidas dulces gasificadas no son recomendados, a excepción de los festejos familiares o comunitarios, aunque algunas promotoras los consumieron en algún momento y reconocen las consecuencias de su consumo, ellas aprendieron en su formación y función como promotoras de la salud, p-c y madres de familia o amas de casa, la importancia de brindar el ejemplo de qué no se debe hacer y/o consumir.

El consumo irregular de alimentos es una causa reconocida de la obesidad en muchos casos de adultos, jóvenes y tercera edad. Lo que es señalado por algunas pacientes y las promotoras, *“Casi la mitad del pueblo tiene esa enfermedad, pero nos vamos dando cuenta por la falta de qué come uno; ahora nos llegamos a dar cuenta de que, como ahorita yo ya comí y ya más al ratito no puedo comer algo más pesado; si yo me quiero cuidar debe ser algo más ligerito para que pueda así vivir otro poco más porque si no, nos va atacar más rápido la enfermedad. entonces, de eso nos podemos cuidar nosotros”* (Entrevista Grupo Focal).

El diálogo abierto entre los integrantes de la familia (con los jóvenes y los infantes) puede ser un método efectivo entre los grupos familiares para evitar que existan causas de muerte o enfermedad en un lugar como Minatitlán donde la juventud se encuentra involucrada con situaciones de violencia y consumo de drogas, entre otras situaciones que afectan su vida a cortos y medianos plazos. A lo cual Miriam comenta: *“Si no cimientas de cero meses a los 7 años, son los primeros cimientos sino es en ese tiempo, en la adolescencia ya no porque el quiere y ahí está, y dice: -yo puedo hacer lo que yo quiera-. Porqué ahorita es lo que está pasando en Minatitlán, si tu lo estás viendo, están muriendo niños de 14, de 17 o 18, 20 o 21 años, son las muertes que tenemos en Minatitlán y ¿por qué? [...] lo más triste es que los padres no sepan. Cuando yo le preguntó a la mamá: -¿porqué lo mataron?- No saben, no saben qué pasó con su hijo, por eso siempre que platico con mi hermana santa, le digo: -¿en qué momento los padres se pierden con los hijos?, ¿en qué momento los padres dejan de ver a los hijos a los ojos?- [...] yo digo que ellos aprenden y porqué ¿porqué perdemos?, porqué se pierde el diálogo con los hijos, si yo digo que lo único que le vas a entregar al país son hijos buenos y sanos. Por lo cual hay que trabajar con los niños y desde cero meses; a mi me queda claro que los niños de cero meses a 7 años hay que cuidarlos de cómo lo tienes que educar, cómo lo tienes que hacer, porque también ellos tienen sus cambios”* (Entrevista M-P.C.).

Respecto a su conocimiento y uso de plantas medicinales y productos animales, utilizan la manteca de piste, la cual está hecha de semilla de mamey tostada, rayada en un molino y exprimida. Lo que sirve para gripes si se le mezcla con miel y se toma para la tos o la bronquitis. Igual se utilizan plantas de naranja para ponerlas en pies y pecho con el fin de limpiar las mucosas y quitar las molestias. Para la gripe y la resequedad de la garganta un té de tomillo con canela.

Las hojas de mandarina en el caso de que exista dolores generales previo a una gripe o resfriado; mientras que con otro árbol de almendra se atienden casos de

infecciones estomacales, por ser de las enfermedades más frecuentes según las causas de demanda de atención y datos oficiales. Para problemas estomacales como la tifoidea es recomendable consumir en casa la quina roja, huaco y cempasúchil.

Algo que la gente tiene presente es que deben de usar purgas al menos dos veces al año con sales: sal depso, sal diguera, maxicom o magnesia con “rivorbo” (ruibarbo) y jugo de naranja, para mantenerse sanos.

Para problemas de gastritis y estreñimiento usan medicamentos por la recomendación de conocidos: jarabe de sábila, cuachalalate, cancerina, manzanilla, tepezcohuite, pasiflora y flor de tila. Té de orégano para una buena digestión. En sus huertos familiares las integrantes de la CSP y otras personas cuenta con moringa, la cual utilizan para bajar el azúcar, las várices y las molestias del tifoidea, según las propias promotoras y algunos pacientes.

Para evitar lombrices e infecciones en el colón, se usaba (y usa actualmente) la planta de manzanilla, malva o romero, una vez cocidas se pueden utilizar en los lavados rectales para atender problemas particulares. Inclusive cuando hay malestares estomacales, se suele usar el “(res)coldo” de ceniza y un poco de alcohol; ambos deben estar tibios o calientes para masajear en la panza del enfermo y así aliviar los retortijones. En casos de estreñimiento tomar por las mañanas un jugo de papaya y por las tardes comer pollo, chayote y calabacitas para que su sistema digestivo pueda procesar de manera óptima sus alimentos.

Para quitar los bochornos en mujeres con problemas en el climaterio se recomienda consumir leche de soya, cartílago de tiburón, cúrcuma y frutos rojos en casa para aliviar las molestias.

Conocen también plantas que pueden ser abortivas: *“Hay una planta que se llama ajeno, que se vende mucho en México, esa es abortivo, si hay mujeres que no*

*quieren ir al médico y van con los de la Santa Muerte y dicen yo no quiero tener este hijo y le dan el ajeno amargo y se baja, sin tomar medicina” (Entrevista H-P.C.).*

El uso de violeta para tratar la picazón de mosquitos o raspaduras en casa es frecuente; al igual que el uso de huevo de obsidiana<sup>64</sup> para los problemas vaginales y emocionales también. Respecto a los granos se le recomienda usar baños de azufre o vinagre. O bañar a sus mascotas pues puede ser piojos o sarna de ellos, lo que le afecta.

Recomiendan el uso de la calabacita, uvas verdes, plátano, coco, entre otras materias primas que atienden los malestares principales como la fiebre o prevenir las posibles hemorragias por dengue. Uno de los remedios para mejorar los malestares es tomar agua de coco.

### **Adquisición del conocimiento**

Las asistentes a las CSP y las promotoras, en general, reconocen que ellas han recibido información sobre las plantas medicinales a través de sus familias. *“Había personas grandes que usaban plantas y hacían unas mezclas con ellas, y luego las frotaban en el cuerpo y/o en la parte afectada y era uno, pues le embarraban una planta que existe ahora, se llama [...] Nosotros la conocemos como hoja de belladona, quién sabe que nombre tenga, pero esa se usaba mucho para las paperas para desinflamar, las amarraba ya ahí la traías, inclusive hace unos días me estuve poniendo una en la zona de los ganglios donde me duele, para sentarme y pararme” (Entrevista F-P.C.).*

Mientras tanto los mismos pacientes comentan: *“Mi suegro era huesero, el era mucho de hacer hierbas, preparados para los dolores. Si estoy acostumbrada a ese tipo de medicamentos. Mi mamá iba al tianguis y compraba un montón de*

---

<sup>64</sup> Recurso terapéutico con el cual curar “memorias” de padecimientos (quistes, infecciones, etc.) en la zona genital de la mujer (Diario de campo 14/octubre/2018)

*hierbas, porque yo sufría mucho de dolores menstruales, entonces me daba eso y me quitaba el dolor. En el caso de mis suegros, igual, si he estado familiarizada con lo de las hierbas. Mi suegra era muy dada a darnos hierba, que una planta te va a ayudar. Por eso es que no del todo he dejado esto, porque se que al final las hierbas te van a dar resultados” (Entrevista PAC-2).*

Mientras que Miriam me compartió al respecto: *“Yo recuerdo que mi mamá era una mujer que desde hacerte la ropa, hacía la ropa, era muy buena en la cocina y era muy buena en remedios caseros; o sea, ella siempre utilizaba tés, siempre era su té de manzanilla con que a todos nos sacaba; yo conocía la manzanilla desde chiquita y con eso nos ponía en la nariz y con eso; yo me acuerdo, pero, si era mi mamá quien también era muy dada a llevarnos al doctor y si era de remedios caseros, nos curaba todo con manzanilla” (Entrevista M-P.C.).*

Incluso Helena narra que: *“Mi mamá siempre nos enseñó a curarnos con plantas, porque mi mamá sembraba, mi mamá tiene más testimonios, porque ahí tenía sus plantas, tenía la hierba dulce, tenía el pericón, tenía el estafiate, que si tenía diarrea cocía el pericón, el estafiate, si tenía gripa el zacate limón y el sauco, si tenía fiebre el sauco, para ese tiempo no había médico, el médico eran las plantas. Con eso te curabas con las plantas” (Entrevista H-P.C.).*

### **Combinando recursos**

Pero los recursos disponibles en su comunidad pueden ser combinados con los medicamentos homeopáticos como: el árnica con el uso de sebo de vaca para las pomadas o incluso con cera de abeja, igual sirve. Hasta pueden usar el unto de cerdo con aguardiente para conservar los medicamentos ya que ante el clima caluroso de la región se pueden echar a perder varios productos. Eso fue recomendado por las abuelas de diversas informantes clave. El unto sirve para dolores de oído o puede mezclarse con guanábana para las paperas. Son remedios caseros que, según promotoras y pacientes, se han ido perdiendo.

En las casas de las promotoras y algunos pacientes pude constatar que existen medicamentos herbolarios, homeopáticos y fitoterapéuticos, también cuentan con medicamentos alopáticos (paracetamol, ambroxol, antihistámnicos, nitazoxanida) con lo cual tratar los principales problemas de salud de manera doméstica.

Y también han aprendido de los servicios de salud o de su formación profesional a usar ciertos medicamentos en caso de una emergencia. Jacqueline nos comparte: *“Mi madre sufrió de un pre-infarto hace un tiempo y gracias a que en la carrera (trabajo social) me dieron clases de salud pública pude saber que si le ponía sus medicamentos para la presión debajo de la lengua se podría controlar, antes de llevarla al hospital”* (Plática informal J-Promotora).

También las p-c madres de familia me hablaron sobre la forma de curar ciertas enfermedades reconocidas por la medicina tradicional: *“la caída de mollera agarras al bebé así (acomoda sus brazos como si lo cargaran pies arriba) y le pones una charolita de agua, le pones 7 maicitos negros y lo sacudes así para que sacudas y sacudas al bebé y luego se subes por una mano y le sobas la mollera, con dos veces santo remedio, ya no sientes que trae algo atorado porque ahí es la mollera”* (Entrevista H-P.C.).

En los casos de mal de ojo se sabe que cierta planta puede intervenir para que se reduzcan los malestares y sobre todo en niños quienes se encuentran más expuestos, Helena me dijo al respecto: *“A los bebés le duele su oído y que su oído, a ese nada más le pongo el zorrillo, una planta que se llama zorrillo; le pongo con Vic-vaporrúb™, le pongo el orégano, le pongo adentro el orégano con agüita y el niño duerme. Ya sabemos que era un mal de ojo de esos que dices”* (Entrevista Grupo Focal).

Un discurso frecuentemente enunciado entre las promotoras y los asistentes a las CSP es sobre un enfoque integral de la salud y las causas de la enfermedad, que es importante como un recurso de atención a nivel doméstico, *“tenemos que*



*conocer algo de medicina por nuestras familias, cuando ellos se enferman, tenemos que saber qué darles a ellos y a la familia que nos rodean; porque también cuando hablamos de salud no nada más se refiere uno a la medicina, sino la salud se refiere a que cómo tiene que estar una persona saludable; desde ¿qué come?, ¿cómo se viste?, ¿cómo vive?; eso es la salud en general. Porque si yo no como bien o estoy comiendo lo que no es adecuado para el cuerpo, pues lógico que me voy a enfermar” (Entrevista N-P.C.).*

*Las p-c además me comentaron que: “Desgraciadamente no tenemos una buena alimentación y no porque no la tengamos, sino, porque no sabemos comer, ¡no sabemos comer!, porque yo le digo a la gente que en sus comunidades tienen calabaza, tienen ejotes, tienen frijoles, tienen maíz, o sea, tienen todo lo que no hay en la ciudad; tienen plátano y de todo, tienen papas que no son enterradas, son papas voladoras las que nosotros llamamos. Y ellos me dicen que ya están aburridos de eso y mejor pues que me lo den a mi para llevármelo a la ciudad; o sea, en pleno pueblo no saben comer. Les han puesto las tiendas y ahora comen pura chatarra; por ejemplo, Zaragoza que es un pueblo indígena ahora ya comen pizza y hasta me espantó, como ese anhelo por ser urbanos, nuestros hermanos indígenas quieren ser urbanos” (Entrevista M-P.C.).*

En el ámbito doméstico se observa la utilización de recursos provenientes de diferentes formas de atención para resolver de forma inicial los problemas de salud, predominando las plantas medicinales aprendidas en su familia, combinadas con productos animales y minerales de la región. Así como prácticas terapéuticas para resolver las enfermedades más comunes como infecciones respiratorias agudas, intestinales, caída de mollera, alferecía o empacho, en combinación con recursos homeopáticos y biomédicos.

Una de las formas de auto-atención que tienen las promotoras de la salud y su comunidad en general es el consumo de agua purificada que se consigue ya sea a través de garrafones de 20 litros con costo entre 13 a 30 pesos, dependiendo del productor (pequeñas empresas y cadenas comerciales grandes como E-pura™ y

Bonafont™) y la calidad de sus productos. Hay locales disponibles en todas las colonias de la cabecera municipal de Minatitlán, ya que el agua potable en el ayuntamiento se encuentra contaminada por la presencia de residuos de las industrias petroleras y fábricas de producción que afectan los mantos acuíferos de la zona; sin embargo, no todos los locales son recomendables por situaciones de salubridad y calidad de producto.

Un medio de educación popular hacia la comunidad para fortalecer la auto-atención es mediante la información de una alimentación balanceada, para realizar esto las promotoras tuvieron la iniciativa de elaborar trípticos con datos sobre los alimentos sanos y accesibles en la zona como: quelites, yuca, papaloquelite, chayote amarillo (bueno para casos de diabetes), calabaza (para la elevación de plaquetas), nácara (para subir el calcio) entre otros recursos vegetales y cereales según la temporada y disponibles en ciertas comunidades. La intención es que las familias obtengan los beneficios de una correcta nutrición en las poblaciones donde cuenten con este tipo de productos, tratando de disminuir el consumo de comidas rápidas que se obtienen en tiendas de las localidades y ocasionan daño a su salud. Se busca que utilicen los productos que tienen en sus hogares y valoren su calidad alimenticia.

Todas las promotoras consideran que, para poder tener acciones de promoción de la salud, dentro y fuera de las CSP, es necesario que las compañeras del comité den un ejemplo a seguir sobre los cuidados necesarios para cuidar la salud y difundirlo en los espacios sociales que tienen acceso. Lo cual me fue dicho por Francisca, “[...] pues yo la gente que encuentro les digo y les hablo, les platico, y sobre todo ahora que andamos en el censo, a veces me quieren dar un vaso de Coca-Cola™ y les dije que yo no tomo, porque yo trabajo la salud y desde ahí promuevo a la misma salud. Yo sólo denme agua o lo que tenga, pero menos refresco. O sea que ya, uno va promoviendo la salud y le voy hablando a la gente de cómo tienen que comer, cómo tenemos que atender nuestro cuerpo. Si, porque sobre todo, cuando ya nos da una diabetes, ya nos da cualquier enfermedad

*degenerativa, uno tiene que saber porqué le dio; se hace más responsable uno de su cuerpo” (Entrevista F-P.C.).*

Un punto que me parece importante señalar es que aún cuando las compañeras del comité de promotoras de la salud expresan en su discurso la importancia de la alimentación adecuada para evitar problemas de salud como la obesidad y la diabetes, a las cuales reconocen como problemáticas en el país y que ven frecuentemente en las CSP y sus consecuencias, algunas de las promotoras son mujeres con sobre peso y obesidad, incluso con diabetes e hipertensión arterial, lo que pude observar en sus prácticas es que no cuidaron su alimentación, y aunque no consumen refrescos o comida chatarra, su alimentación está basada en alimentos con alto contenido de azúcares y grasas.

### ***La auto-atención, síntesis de saberes***

Las compañeras del c-p-c al enfrentarse en sus hogares con enfermedades agudas, propias o de su familia, del sistema respiratorio o intestinal acuden con médicos (públicos o privados), sobre todo si se trata de los menores de edad. Como en el caso de la Lupita de Miriam y Luciana, Lupita, que presentó un cuadro infeccioso en las vías respiratorias (gripe). Durante una semana, se buscó la consulta de un pediatra, pero hubo poca respuesta a los medicamentos. Al mismo tiempo se le dio micro-dosis (gotas) de prodigiosa más paracetamol y ambroxol, sin obtener mejoría, por lo cual buscaron otro especialista del Seguro Social en su consultorio privado. Aumentaron las dosis de paracetamol y se recomendó nebulizar con productos alopáticos, con lo cual se logró la curación.

Dentro del cuidado de la salud de las integrantes del comité ellas recurren tanto a la atención biomédica como a las terapias de la CSP, sin cuestionarse su combinatoria, lo hacen aprovechando sus redes de apoyo y buscando la resolución de sus problemas de salud. Como es el caso de Paquita: *“ahorita yo me hago los estudios con Lucy cada 6 meses porque tengo Seguro Social, entonces yo le pido a ella lo de mi tarjeta y cada 6 meses, o cuando me siento así puede que sea lo de la anemia, entonces voy con ella y 12 (valor de hemoglobina en la*

*sangre) y no es así como lo máximo, pero bueno de 8 a 12 ya estoy como que del otro lado, porque es lo mínimo lo 12. Y yo, ahorita, con pura homeopatía y no tomo medicina alópata; voy a mi chequeo porque estoy asegurada y un futuro de mi jubilación y si me dan medicamento, pero así como me lo dan se va con la doctora. Con pura homeopatía yo estoy controlada y cuidando mi alimentación” (Entrevista P-P.M.).*

En las representaciones de las p-c el conocimiento de las plantas medicinales es un recurso muy valioso que toda la población debería compartir, ya que, ante las limitaciones económicas o las deficiencias en los servicios de salud públicos, tener el recurso para solucionar los problemas de salud de sus familias a través de las plantas es útil. Por ello su capacitación continua es muy importante, según lo comentado por Nancy: *“si uno sabe de las plantas, pues, te puedes curar con ellas; o sea, no hay necesidad de que te vayas con un doctor al no tener dinero y no tienes con que pagar los medicamentos. Sobre todo, ahora que las clínicas ya no tienen medicina que distribuir; así que uno la tiene que comprar aunque se tenga el seguro popular, es lo mismo que en lo particular, pues, no te cobran la consulta pero si tienen que comprar los medicamentos, y si no cuentas con recursos, pues, ¿de dónde?. Entonces, es una necesidad y no nada más de uno, sino que, irles diciendo a las demás personas que pues, vayan conociendo también de ello (medicina natural); ese también es el motivo de que se sigan haciendo las capacitaciones cada año, para que la gente cada año (jóvenes, señoras y quienes quieran) vayan preparándose y se sigan formando, para que vayan conociendo la medicina natural” (Entrevista N-P.C.).*

Sin embargo, en ocasiones que algunos pacientes recurren al uso de plantas medicinales como parte de su auto-atención, genera respuestas contradictorias por parte de las promotoras, ya que si bien en su discurso es importante que la población recurra a sus propios medios y recursos para no depender en la solución de sus problemas, pero en el caso de la enfermedad, su respuesta es tratar de que los pacientes respeten las indicaciones que se dieron durante su consulta ya que el trabajo que ellas realizan trata de contemplar su proceso de

una forma integral yendo a la causa-raíz de su malestar y al utilizar otros recursos ya sea herbolarios o de otra terapéutica, eso altera el equilibrio del trabajo iniciado por alguna p-c. Algo que tampoco aprueban es que los pacientes se atiendan al mismo tiempo con terapeutas alternativos de otros lugares y con ellas en la CSP, ya que consideran que las terapias pueden contraponerse o bloquear el trabajo que ellas realizan, esto se da principalmente con la auriculoterapia y acupuntura.

### **Acciones de autogestión**

El trabajo inicial de participación ciudadana y comunitaria de este grupo de promotoras fue el que dio origen al espacio donde se encuentra la CSP-Mina, como ya señalé en apartados anteriores, las promotoras y habitantes de la colonia M. Hidalgo y Ampliación M. Hidalgo demandaron ante el Ayuntamiento del municipio disponer de una zona libre de residuos ocasionados por el basurero, con la presencia de desechos tóxicos e insalubres que provenían de las industrias de la zona y hospitales de segundo nivel que incluso desechaban ahí restos orgánicos y material quirúrgico. Aún cuando en las protestas hubo abuso de fuerza física de la policía municipal, las mujeres en compañía de algunos colonos de la colonia resistieron de manera solidaria para obtener, no solo un espacio para la CSP, sino un ambiente libre de contaminación para que las nuevas generaciones puedan desarrollarse sin riesgos sanitarios.

Como una forma más del proceso de autogestión para sustentabilidad de las CSP entre las tareas del c-p-c, se encuentran las cajas de ahorro para obtener recursos y seguir con sus múltiples actividades y proyectos; es una de las formas de auto-sustentar el trabajo comunitario y clínico que llevan a cabo en diferentes comunidades y sus poblaciones. Otras acciones de participación comunitaria del comité fueron rifas que se hacían con la finalidad de obtener mayores recursos financieros al ofrecerse productos electrodomésticos a familiares y conocidos de las promotoras de las CSP. Se trata de motivar la participación de la gente en este tipo de estrategias, que no tienen un motivo lucrativo sino apoyar las actividades de las CSP en las comunidades.

Otras propuestas para emprender la autogestión de comunidades campesinas y estimular su producción es a través de impulsar los ya mencionados mercados campesinos (según algunos informantes esto fue propuesto por el ex-presidente Salinas de Gortari a principios de los 90) ya sea en los centros de trabajo del comité o pedir al ayuntamiento que preste los espacios y acuerdos con los comerciantes para establecer un nuevo punto de encuentro para la venta de elotes, cacao, maíz, chayotes, naranjas y piñas. Para evitar que ofrezcan sus productos en calles principales o carreteras de mayor circulación del público en general. En las carreteras de Minatitlán rumbo a Zaragoza, Cosoleacaque y Coatzacoalcos es común observar tramos con pequeños comerciantes informales que venden algunos de los productos mencionados, entre otros, a más bajo precio que en los mercados oficiales, ya que no disponen de recursos y los equipos y condiciones necesarias para su resguardo y conservación, lo que hace que estén en desventaja respecto de los comerciantes que tienen acceso oficial a los mercados municipales.

Otro beneficio que han logrado obtener a lo largo de sus años de trabajo en conjunto, es aprender prácticas de autogestión a través del conocimiento que tienen otros colectivos; a lo que Helena relata: *“a mi me enseñaron lo que es el campo, qué podemos obtener del campo, en el campo podemos sembrar hojitas, unos matitas de chocho, de chayotes; también el plátano podemos guardarlo en el tapanco. Si queremos comer lo cortamos y comemos. No compramos sino cortamos de lo nuestro. Ahora tengo seis matas de chipilo y si queremos comer vamos a cortar, antes corríamos a las tiendas y comprábamos huevo de los blancos; ahora ya no corremos a la tienda sino corremos a nuestra granjita y ahí tengo mis gallinas para comer sus huevos”* (Entrevista H-P.C).

Encuentran una motivación en participar en este tipo de trabajo, como el de las promotoras de la salud que busca una alternativa de enfrentar las condiciones reales de las comunidades, como en pocos casos se da, *“te das cuenta de las comunidades, su realidad y qué están, o no, haciendo y cómo lo enfrentan todo,*

*¿no? La realidad que viven, cómo la enfrentan y también pues eso te motiva a que sigas trabajando, aunque muchos dicen que estamos locas, pero también hay otros locos con esa misma sintonía y te motiva a seguirle ahí, aunque es poco tal vez lo que hacemos, pero si cuenta, si se hace y se ve” (Entrevista N-P.C).*

Parte de sus acciones de participación social son las misiones de solidaridad que tiene el comité, las compañeras promotoras realizan visitas a compañeras que residen fuera de las manchas urbanas del Istmo de Tehuantepec, para apoyar las actividades de cosecha y venta de sus productos agrícolas. Como fue el caso de Jaqueline a quien se le apoyó por dos noches y tres días en tareas de cosecha de cacao, que ella no podía realizar por cuidar a sus padres, ambos con enfermedades crónicas en etapa terminal, limpiar su casa, preparar la comida para sus parientes y los animales de traspatio, ganado y mascotas, ordeñar a sus vacas, producir queso y yogurt, entre otras actividades.

Se obtuvieron 83 kilos de cacao en costales, 15 de ellos se donaron para su venta en la cocina *Tonatzin* y obtener de esta venta recursos para los proyectos de las promotoras y lo 68 restantes se pondrían a la venta con conocidos y familiares del c-p-c, la ganancia obtenida sería para la dueña del producto.

Otro proceso de autogestión ahora para el cuidado del medio ambiente, se desarrolló mediante acciones de participación ciudadana en las comunidades para reducir el consumo de plástico en botellas de agua, refrescos o bolsas de supermercado, evitar el consumo de refrescos y el uso de automóviles particulares como medio de transporte. Las promotoras buscan generar una responsabilidad compartida para mejorar las condiciones ambientales y así evitar los daños a las futuras generaciones. En sus hogares las promotoras separan la basura, cuando van al mercado uso de bolsas de tela o canastas y así aportan “un granito de arena” para evitar los daños al medio ambiente, aunque no siempre se pueda según mis informantes clave.

Debido al vínculo existente con ONG y colectivos comunitarios se extendieron sus conocimientos e intereses de trabajo sobre otros aspectos no solo relacionados

con salud sino sobre defensa de territorios, de aguas y tierras ejidales; eso es lo que me comentó la madre Paquita al respecto “[...] *bueno, CENAMI es un acompañamiento a las comunidades indígenas y sus proyectos, pues, por ejemplo, ahí es sobre territorios, el agua, la comunidad, autoridades propias, el trabajo comunitario y la salud. Porque desde CENAMI, yo lo que he entendido y que me ha ido quedando claro estos 3 años es que, este proyecto ¿porqué es diferente?, aquí la salud se trabaja desde una visión integral; o sea, si la salud no pasa por el territorio, no es salud; si la salud no pasa por el agua, no es salud; si no pasa por el vestido, por la lengua o por la comida, no es salud*” (Entrevista P-P.M.).

Frente a su activa preocupación al cuidado del medio ambiente, el comité se encuentra de manera continua en la búsqueda de participación comunitaria y ciudadana con los grupos con los que han trabajado en las CSP “*Sería como, reconcientizar a los mismos compañeros, por ejemplo, de Coacotla algunos ya como que saben que algunos no queman basura, otros hacen composta, tratan de cuidar el ambiente, de no talar tantos árboles, si ha cambiado un poco*” (Entrevista V-P.Q.).

Acciones de participación ciudadana y comunitaria de las CSP, procesos de autogestión y lucha social se difunden con colectivos interesados en involucrarse en este tipo de tareas sociales. Reciben propuestas de apoyo de otras organizaciones como el grupo Rotaract que ofrece a personas de 18 a 30 años la oportunidad de intercambiar ideas con los líderes de una comunidad, servir y divertirse a la vez. Según su página de internet “Los socios de Rotary y Rotaract trabajan hombro a hombro en todo el mundo para tomar acción mediante el servicio. Ya sea en grandes urbes o zonas rurales, Rotaract marca el cambio en comunidades “[...]; también fortalecen comunidades al “Colaborar con los líderes de comunidades que buscan trabajar en proyectos que generen un impacto real y duradero en la vida de las personas” (fuente: [www.rotary.org](http://www.rotary.org)).



A este colectivo de promotoras le interesa contar con redes sociales que colaboren en las actividades que se realizan en diferentes localidades y así difundir su trabajo social y comunitario con la población del municipio de Coatzacoalcos. Mujeres feligresas de la parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en Coatza, propusieron a el c-p-c una entrevista en sus instalaciones de la CSP-Mina con el grupo de Rotaract para darles a conocer el trabajo de las CSP en futuros eventos.

Como otra parte más de sus procesos auto-gestivos las p-c han ofrecido su servicio de capacitación y motivación con diferentes organizaciones comunitarias que buscan obtener las herramientas y medios para dar respuesta a algunas de sus principales problemáticas. Así lo señala el padre Arturo: *“Por eso nosotros, hicimos un análisis de esta situación y vimos que una de las cosas que teníamos que atacar era la situación de cómo acercar la salud en manos de la comunidad, y conocí allá en las Comunidades Eclesiales de Base el trabajo de las mujeres de Mina y yo invité a Miriam para que diera unos talleres en el cerro de Nanchital, donde formamos casi 100 promotores en salud de diferentes comunidades, donde teníamos reuniones cada tres meses de tres días dedicados completamente a la formación. Y por ahí me fui involucrando yo también en el manejo de la medicina y fui aprendiendo también”* (Entrevista A-S.C.).

Entre algunos de los obstáculos que tienen las compañeras del comité de promotoras para realizar sus tareas de cuidado del medio ambiente y acciones para una participación ciudadana, ellas reconocen que necesitan mayor apoyo de gente joven y disponer de apoyo comunitario: *“Hay como dos cosas que nos hacen falta: nos hace falta tiempo y jóvenes, nos faltan muchas cosas; por ejemplo, nosotros tenemos bien trabajado que las compostas son buenísimas para la siembra, la sabemos aplicar. La cuestión de la seguridad alimentaria nosotros trabajamos dos años con seguridad alimentaria con las comunidades y la respuesta de la gente fue muy positiva que fue lo de el pase en cadena; que a la gente le entregabas 30 pollos y luego te tenía que regresar esos 30 pollos para pasárselo a otras gentes y así. La gente cumplió, muy cumplida, yo ahí no puedo*

*decir que la gente sea tramposa, pero, por ejemplo, otros como en los casos de Zaragoza que eran como más apapachados por el padre, pues, hubo gente que no cumplió. La gente que no estaba casi con el padre y que eran más guiados por nosotros si cumplió” (Entrevista M-P.C.).*

### **Recapitulando**

En el ámbito profesional o académico de su SRS, la localidad de Minatitlán cuenta con recursos públicos y privados del primer y segundo nivel de atención, así como farmacias de las principales cadenas farmacéuticas del Estado, algunas de ellas con consultorios anexos. Sin embargo, en las colonias donde se ubica la CSP solo se cuenta con servicios médicos privados, inaccesibles a la mayoría de la población, farmacias genéricas con consultorios anexos y un centro de rehabilitación del DIF que no da servicio regular, no existen instalaciones de primer nivel de atención municipal, por lo que el único recurso con el que cuenta una vez a la semana son las comunidades cercanas es la CSP.

Coacotla cuenta con un servicio público y privado de primer nivel de atención, farmacias genéricas con consultorios anexos, el servicio público de segundo nivel se localiza fuera de la comunidad, la nueva sede de la CSP es una de las opciones con las que cuenta la población como Atención Primaria a la Salud.

A través de los datos es evidente la presencia de recursos de la biomedicina en ambas localidades, tanto de la medicina institucional como privada, así como el uso y reconocimiento de este tipo de medicina como una alternativa de atención que se utiliza por la población, aunque con constantes cuestionamientos.

La información obtenida para reconocer el SRS profesional surgió de las representaciones de las promotoras y de pacientes que asisten a las CSP, ya que no era un objetivo de esta investigación acercarnos a los servicios de atención biomédica disponibles en la comunidad, sin embargo fuimos testigos de los limitados recursos materiales y humanos con los que se brinda atención en el

Hospital General del IMSS de la cabecera municipal, en donde los pacientes en urgencias estaban acostados en el suelo o sentados en las escaleras recibiendo tratamiento y en espera de poder acceder a una cama de hospitalización.

Pero por ser el ámbito profesional parte del SRS de estas comunidades es importante referir sus características y la forma en que interaccionan con las otras formas de atención, a través de la relación con las CSP y las terapias alternativas que se ofrecen, así como con las estrategias a nivel doméstico que conforman la auto-atención, con el fin de dar cuenta de las relaciones de hegemonía subalternidad que se establecen entre los modelos médicos.

La mayoría de la atención biomédica que se brinda a la población con la cual trabajé se basa en centros de atención institucional que operan de forma burocrática, existe una falta de responsabilidad con los pacientes tanto en las instituciones como en la atención privada. Son los aspectos biológicos a los que se presta mayor atención y el énfasis está puesto en la curación, la población reconoce la eficacia que surge de este tipo de atención como principal solución a los problemas de salud, principalmente cuando son crónicos o de mayor gravedad. Se excluye a los pacientes del saber biomédico, lo que se hace evidente al no existir mayor explicación sobre su enfermedad, los resultados de sus exámenes diagnósticos o su posible pronóstico.

Existe una marcada preferencia, frecuentemente de parte de los pacientes, por el uso de la medicina privada ya que la población sabe que las instituciones públicas no cuentan con los recursos necesarios para brindarles atención, lo que implica la necesidad de realizar gastos importantes para dar solución a sus problemas, tanto en las consultas como en el uso de los fármacos. También se observa una preferencia por la atención especializada, que incluso las promotoras sugieren y utilizan.

La relación que se establece entre los terapeutas biomédicos y los pacientes es una relación distante, subordinada, otorgada en poco tiempo por lo que no se presta atención a las necesidades de los pacientes, la escucha es casi inexistente y existe franca dependencia del uso de la tecnología médica que está a su alcance.

No obstante, estas características con las que se da la práctica de atención biomédica en estos lugares, mis informantes siguen accediendo y buscando la atención institucional o privada para dar respuesta a sus problemas de enfermedad, no se duda de la eficacia de la misma, lo que se cuestiona son los problemas institucionales durante los procesos de atención, ante esto lo que se busca como una alternativa es la medicina privada, aunque implique un sacrificio a su economía.

Por otra parte, reconocí en las representaciones sociales de las promotoras de salud y madres de familia los recursos y estrategias que tienen para resolver los principales problemas de salud en el ámbito doméstico, como formas de autocuidado y auto-atención que constituyen el primer nivel real de atención, es importante dar cuenta de sus características y la constante tendencia a sintetizar saberes de diferentes formas de atención. También a través de las acciones realizadas por las promotoras me fue posible reconocer algunos aspectos que tienen que ver con prácticas auto-gestivas que realizan como parte de movimientos sociales y permean hacia los sujetos como parte de su trabajo de sensibilización y capacitación.

Es la legitimidad grupal la que valida el conocimiento compartido sobre el uso de diversos recursos de atención para resolver los principales problemas agudos y crónicos que se presentan en el ámbito doméstico. Donde resalta el amplio conocimiento sobre plantas medicinales y técnicas curativas tradicionales que adquirieron a través de su grupo familiar y social, así como la fuerte tendencia a combinar diversos tipos de prácticas médicas procedentes de diferentes formas de

atención que les han demostrado una eficacia pragmática, como es el uso de medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos y fármacos alopáticos, sin mostrar ningún cuestionamiento sobre el uso conjunto de estos recursos. Son las mujeres como promotoras, p-c y madres de familia las que manejan estos conocimientos como un recurso para atender las necesidades de los miembros de su familia, mostrando la apropiación de un discurso integral sobre la salud y sus cuidados que han adquirido a través de las múltiples capacitaciones recibidas.

El trabajo de las CPS no sólo se ha dirigido al terreno de la salud con una visión individual, sino que realizan un trabajo conjunto con diversos grupos sociales conformando una mirada compleja e integral respecto del cuidado de la tierra, el ambiente, el agua, la ecología como parte del compromiso social y comunitario para mantener sana a la población, este trabajo se trata de socializar constantemente hacia los conjuntos sociales con los que se vinculan incluso permea su práctica curativa.

## Capítulo VIII

### Sistema Real de Salud: ámbito Popular

“No hay medicina que sane si no trabajas tus emociones”

En este capítulo describiré formas de atención que conforman el SRS en su ámbito popular, éstas son la medicina tradicional y la medicina alternativa representada por las CSP. Respecto de la medicina tradicional presentaré algunos datos sobre las representaciones de las p-c y de algunos pacientes acerca de los curadores identificados, las principales enfermedades tradicionales y las terapias utilizadas. Sobre la medicina alternativa que se desarrolla en las CSP, expondré las diferentes terapias que se utilizan, sus acciones sobre la promoción y atención a la salud/enfermedad, la relevancia de su enfoque terapéutico sobre los aspectos emocionales y espirituales, y su rol como agentes sociales comprometidos con la comunidad.

#### **La medicina tradicional, lo que se reconoce.**

Los informantes refirieron la presencia de algunos curadores tradicionales: *pulsadores* quienes reconocen el padecimiento de la persona “con tan solo revisar su pulso en la muñeca izquierda”, *sobadores y/o hueseros* quienes tienen conocimientos para atender molestias de los huesos y músculos. Estos tipos de curadores tradicionales, entre otros, se localizan fuera de la colonia donde se ubica la CSP-Mina, algunos de ellos son considerados charlatanes ya que se promueven a través de revistas y periódicos de la zona con frases como: “curaciones con la palabra del señor Jesucristo” o mediante inyecciones de medicamentos “cura-todo”.

En la colonia M. Hidalgo se sabe de la presencia de una curadora a la que se denomina “*bruja*”, según las promotoras. Ella vive a un costado de la granja de pollos orgánicos perteneciente al colectivo y la AC Pobladores en Chamizal; con ella tuvieron un desencuentro por el uso del predio donde se encuentra su vivienda. Esta curadora presta servicio los martes y viernes en un horario flexible,

aunque ninguno de mis informantes ha tenido contacto con ella, ni usan sus servicios, debido a su presencia ilegal en el predio. Pero refieren la presencia constante de personas que la consultan, al observar vehículos estacionados frente a su vivienda y personas esperando consulta. Algunas promotoras me comentaron que es “gente del narco” quien solicita sus servicios.

En Coacotla-Cosoleacaque los recursos populares son diversos, me refirieron la presencia de curadores tradicionales, debido al mayor porcentaje de población indígena en la zona. Las promotoras, algunas pacientes y sus conocidos refieren la presencia de una *partera tradicional* en la casa habitación vecina a la CSP, se encuentra certificada por la Secretaria de Salud; sin embargo, en la actualidad ella no puede brindar sus servicios fuera de hospitales o centros de salud, por lo cual su actividad se ha reducido y nunca observé la presencia de pacientes en su casa; lo que parece ser una de las tantas experiencias, por parte del c-p-c, por lo que dejaron de asociarse con diferentes instituciones gubernamentales, ya que son limitadas en sus acciones/tareas las cuales, además, menosprecian o se consideran riesgosas. Otros recursos de curadores tradicionales en la zona son *culebreros* y *salmadores*, *hechiceros* y *brujos* pero, este último par, no son reconocidos por las promotoras ni por los pacientes.

Manuel me habló al respecto que: *“Pues hay yerberos y, como dicen vulgarmente charlatanes, porque por ejemplo hay personas que te cobran diez y ocho mil pesos y te dicen: -yo te curo de esto y de eso-, no hacen el servicio por ayudar a la comunidad sino para obtener una ganancia. Unos años atrás, unos diez a veinte años, había muchas opciones de parteras, hueseros realmente muy buenos, pues obviamente se murieron, o ya no heredaron o no le dieron continuidad a su proceso, ya nadie quiso aprender”* (Entrevista PAC-3). Este testimonio da muestra de cómo las nuevas generaciones no conocen el significado del saber de los curanderos, ya que su interés está puesto en otro tipo de ganancias.

Un curador popular reconocido en ambas sedes de trabajo es el pulsador, aunque actualmente la opinión de los entrevistados es que están desapareciendo. Helena me dijo que, sobre ellos que *“Se van a morir los pulsadores originales y no se va quedar nadie, porque los hijos ya no le encuentran interés, ya ninguno de ellos están heredando lo que saben”*. (Entrevista H-P.C.) El pulsador evalúa al paciente con el pulso de las venas en las muñecas de las manos. En casos de mal de ojo lava la cabeza, y les recomienda, según sea el caso, bañarlo con hoja de cocuite, *“es buenísimo para eso [...] para quitar el mal de ojo, las fiebres y todo eso”*. O lo indica en té, *“se toma uno el licuado con su hojita y el agua respectiva, se toma su vasito de agüita de esas hojitas”* (Entrevista H-P.C.). Algunas promotoras, como Helena, les indican a pacientes que vayan con el pulsador y él los evalúe, cuando sospechan de un tipo de enfermedades tradicionales.

Hay vendedores de plantas medicinales o compuestos de plantas como el de siete hierbas (se desconoce la variedad). La receta original está hecha por distintas hierbas y era vendida por un señor que paseaba por las calles del municipio de Chinameca, entre otros, anunciando su producto, hasta que dejó de pasar dicho comerciante y actualmente sólo lo venden en algunos mercados de los alrededores y hay poco abasto para su distribución, por lo que no se encuentra regularmente.

Tuve la referencia de una señora oaxaqueña a quien su abuela (partera), le enseñó a curar con terapias de cera para saber de dónde vienen los malos aires y así poder tratarlos antes de que existan mayores complicaciones en la salud. Pero en su momento de llegar a Mina esa señora se convirtió en adventista y, como su Iglesia califica a la medicina tradicional como magia oscura, dejó de practicar y ofrecer ese tipo de curaciones. Ella fue paciente de la CSP-Mina en algún momento, y le dio a conocer a Miriam el tipo de prácticas que realizaba, pero no aceptó trabajar en la CSP, tras frecuentes invitaciones, por miedo a que la sancionaran en su Iglesia.



La Diócesis de Coatzacoalcos rechaza algunas prácticas de la medicina tradicional por considerarlas satánicas, aunque hay casos de sacerdotes (como el padre Arturo, entre otros) que realizan limpiezas en acompañamiento de salmos católicos o ante la presencia de la figura de algún santo. En el fondo existe desconfianza y falta de validez a usos y costumbres de poblaciones indígenas en la zona.

Algunas promotoras del comité reconocen que sus abuelos y abuelas usaron ese tipo de medicina tradicional, para enfermedades de filiación cultural pues, según ellas, todos tenemos un origen indígena. Existe un reconocimiento de lo frío y lo caliente, como el uso de la ceniza que se le pone en el estómago al enfermo con malestares intestinales; se busca calentar el estómago para quitar los síntomas ocasionados por un medicamento, bebida o comida fría, el uso de purgas dos veces al año o ponerles ventosas para desinflamar las anginas. Recuerdan algunas/os informantes que en su infancia había curadores que usaban belladona quemada para tratar problemas en paperas o sobre el cuello para bajar las inflamaciones, amarraban con hilo la planta cocida. Incluso en su historia personal existe la experiencia de haber padecido o ser curada por alguna enfermedad tradicional. Como fue el caso de Miriam: *“Cuando ya no querías comer y que tenías mucha diarrea y que ni los médicos te hacían. Te decían: -llévatela con la señora del Juayabal-; o si se espantó: -llévalo con doña Juanita- y así nos curaban antes [...] la señora del Juayabal simplemente hacía las purgas de aceite con no se qué y te los daban porque te los tenías que tomar y ya te tallaban y ya. Eso sí, era una mujer grande, blanca, de unas trenzas así blancas, con mandil; me acuerdo mucho de ella porque a cada año nos llevaban ahí a curar y como yo fui, como decía mi mamá que era muy enfermiza, pues siempre andaba yo en esos trotes con la curandera, con la sobadora, etc.”* (Entrevista M-P.C.).

Algunas pacientes de la CSP reconocen las enfermedades tradicionales, ya sea el susto o el espanto, como causa de enfermedad en sus familias y también refieren haber necesitado una limpieza, para solucionar malestares que se presentaron ante

la muerte de un familiar, con resultados positivos. No obstante, las promotoras opinan al respecto que depende de las creencias de la persona, ya que las enfermedades tradicionales pasan a un segundo término, cuando ellas les brindan un enfoque integral en sus consultas, aunque algunas de ellas saben realizar las técnicas terapéuticas para tratar estas enfermedades. Paquita me relató al respecto que: *“Helena es la que sabe de esas cosas; entonces, si está el empacho ella los paladea con miel y les mete el dedo con algodón en la boca y le hace así (arriba abajo con los dedos); o el susto igual con albahaca y alcohol y algún aceitito y cosas de esas, no es mucho, pero ella si lo trata. Si cuando viene alguien así y que ellas ven, por ejemplo, que trae a un niño, no es muy común, a mi me ha tocado con dos niños que han llegado a atender ella y le dicen: -es que el niño no come y quien sabe qué-; no pues tiene empacho y se tragó un chicle, que dicen ellas, porque dicen que se tragó un chicle porque parece que tiene uno de ellos en el estómago. Y pues le dan masaje al niño en el estómago y le soban y quién sabe que, y bueno le sacan todo”* (Entrevista P-P.M.).

En relación a enfermedades tradicionales, o de filiación cultural, que refieren algunos pacientes en su consulta, las representaciones de las p-c acerca de su frecuencia y los recursos que ellas pueden ofrecerles es la siguiente: *“en las ciudades ya casi no, es muy raro, muy raro pero si hay todavía; si puedes orientar a alguien sobre lo que le está pasando de eso y ahí tu dices que, por ejemplo, a los niños que desparasitas y todo y los niños siguen todos raquíuticos, todos flacos y enfermizos de la panza, tu le recetas una sobada del empacho; yo lo hago ahí en la consulta, yo cuando ya tengo los pacientes y les digo: -ya les toca una sobada-. Y, maravillosamente, los niños vuelven a agarrar su carril en la comida porque como dejan de comer se ponen flacos y melindrosos”* (Entrevista M-P.C.).

Las promotoras reconocen la presencia de la medicina tradicional en algunas comunidades debido a que por mucho tiempo no se tuvo acceso a los servicios médicos públicos. No había ni clínicas rurales ni consultorios privados o farmacéuticas. Así que la gente hacía uso de sus plantas locales por sus

propiedades medicinales para atender así las enfermedades principales. Se conservan representaciones sobre las formas de aprendizaje y compromiso de los curadores tradicionales, aunque se refieren a las zonas indígenas de la región, como donde trabajó el sacerdote Arturo: “[...] empezamos a hacer un trabajo de recuperación y en ese trabajo estaba también la medicina tradicional, porque ahí en Zaragoza, en Coacotla, en esas comunidades nahuas, están muy fuerte las cuestiones de las personas que curan, la alferecía, los culebreros, los hueseros, las parteras que son gente que no aprenden, sino que a través del sueño son capacitados, o en el caso del culebrero es la culebra quien escoge a quien va a curar, le va a enseñar qué planta tiene que utilizar para los piquetes, y que ellos entienden que tiene que ser gratuito porque lo entienden como un don de Dios y no pueden cobrar, porque si ellos cobran entonces ese don se les quita. Y ellos dicen que, si enseñan a otras personas, dicen que les puede pasar algo y hay el caso de un señor que quedó ciego, porque quiso enseñarle a su hijo y quedó ciego y ellos siempre lo ponen como ejemplo” (Entrevista A-S.C.).

Incluso han mantenido un intercambio con estos curadores en algunas comunidades y reconocen su saber; es el caso de Miriam: “[...] en mi experiencia yo creo en todo eso porque yo le he vivido y además he convivido con muchos médicos tradicionales. La convivencia tanto en Coacotla y Zaragoza, Monte Alto, donde están ellos ha sido como ese reconocimiento a sus saberes, porque tienen muchísimos saberes y yo creo que eso a ti te hace como tener confianza en lo que ellos están diciendo, o sea, yo no puedo desconfiar de un pulsador; no puedo desconfiar de alguien que cura de caída de la mollera porque yo he aprendido de ellos, ¿sí?, y ellos tienen o te dan cómo, el porqué, siempre te dan explicación de qué fue lo que pasó [...] Yo creo que eso es sabiduría del pueblo que se quedó estancada, porque empezaron a crearles conflictos y vuelvo a recalcar que la Iglesia ha tenido mucha culpa en esto porque los han puesto como los malos, como que la gente es mala pues, como que esas cosas no son de Dios; cuando es la sabiduría ancestral de los pueblos que por siglos y siglos se han heredado” (Entrevista M-P.C.).

Es evidente nuevamente la presencia de la Iglesia en el cuestionamiento hacia la medicina tradicional y no solo de la Iglesia católica sino de otras iglesias que se han introducido en la región. A lo cual Helena me narró que *“así pasó con un hermanito mío cuando teníamos 9 años, me dice mi mamá: -lo vamos a llevar a Jáltipan-, lo llevábamos cargado en la espalda, yo le ayudaba a cargarle los pies con mi mamá. Pero no fuimos a Jáltipan, sino más lejos, ahí en una montaña donde estaba una clínica y ahí lo llevamos, y cuando lo llevamos nos dijeron que preparamos la caja, porque su niño se iba a morir de un susto, -¿porqué?- le preguntó mi madre, -¿qué le había pasado?- y le dijo que en sueños se ahogó en un río lo que le pegaba la calentura, pero mi mamá no creía en los curanderos, había curanderos que ensalmaban, pero mi mamá no creía, ella era de la Iglesia pentecostés y ella no creía, antes si creía pero cuando entró en esa Iglesia ya no creyó en eso. Porque ella pensaba que un curandero era un brujo”* (Entrevista H-P.C.).

En el caso de Miriam, ella asistió con curanderas de su colonia cuando era niña y fue curada de susto, pero esa curandera también realizaba hechizos, mandos o brujerías, por lo que, para ella eran charlatanas cuyas prácticas no eran efectivas, según lo que ella recuerda. *“[...] mira la señora que nos curaba de espanto no nada más se dedicaba a curarte, después yo ya supe que también se dedicaba a hacer como oraciones para enamorados y tenía un altar grandote con santos, con velas, pero a nosotros los niños nunca nos llevaban ahí; a los niños los llevaban a una casita que tenía, nos ponía un asiento, nos soplaban con agua y alcohol, y nos rameaba. Yo porque era curiosa, entonces, yo iba y me metía a ver qué tenía en ese altar e iba yo a ver y decía: -es un altar-. Ya con el tiempo me decían que doña Juanita también se dedicaba a la brujería, pero ella era como de esos charlatanes. Porque a mi primo siempre le dijo que le iba a conseguir el amor y nunca, a mis primas también y nada, nada de eso, pero se le pagaba una buena lana”* (Entrevista M-P.C.).

Enfermedades como la brujería, aunque no son reconocidas por las p-c, se presentaron durante la consulta, pero no se registra ningún dato en el expediente.

Una mujer dijo en alguna consulta estar embrujada. Relató que se casó con un hombre que iba a ser seminarista, la familia de él no estaba de acuerdo con ese matrimonio y les deseaban problemas, y decían que ella era una usurpadora (puta) que alejó de su vocación a su hijo, incluso la suegra prometió encargarse de arruinar el matrimonio para que no fueran felices. Después de un tiempo la señora se sintió enferma con picazón en su cuerpo, con una gran carga por los malos deseos de la familia de su esposo, incluso se siente aún embrujada por ellos. Otro caso de brujería referido por Miriam en pláticas informales, fue el de un joven que al rechazar las enseñanzas en hechicería que quería darle su padre, éste lo sentenció u/o hechizó deseándole una mala vida por no respetar la tradición.

Actualmente dicho hombre acude a consulta por tener pesadillas, insomnio y depresión, siente que le falló a su padre y familia paterna; Miriam le recomendó que debía perdonarse a sí mismo, pues su padre ya no vivía y lo que le dijo no tiene porque afectar su vida y es tarea de él seguir adelante. La opinión de la p-c es que, en cuestiones de brujería o hechizos, son aspectos psicosomáticos de la persona (perspectiva biomédica), los que genera traumas en el cuerpo y se desencadenan enfermedades por largos periodos si no se intervienen de manera adecuada, pero la homeopatía es una muy buena opción. No obstante, algunas promotoras me señalaron que, cuando se trata de pacientes de comunidades indígenas que tienen la concepción de padecer enfermedades tradicionales, tendrían que tomar en cuenta su cosmovisión, para profundizar y reconocer ese tipo de aspectos tradicionales por parte de las CSP y el c-p-c.

Otro caso de embrujamiento fue el de una pareja que pude conocer en consulta, el esposo es infiel desde hace mucho tiempo, según lo narrado a la p-c, y le ejerce violencia e insultos a su esposa. La mujer, en busca de una solución a sus problemas, ha recurrido a antidepresivos y acude a la CSP, para obtener una explicación como la que da ella a su situación, como es que su enfermedad es parte de un embrujamiento de la amante de su esposo, quien busca que él abandone su casa para quedarse con ella. El embrujo estaba dirigido a su rostro pero gracias a que ella acude a la Iglesia tiene esa protección por parte de Dios,

pero le salen manchas en la espalda y acudió con una bruja para curarse, sin resultados. La opinión de Miriam, es que, ante la desesperación de las personas, hay charlatanes que solo les sacan dinero.

Las representaciones sobre la maldad, la brujería, lo obscuro o el daño es algo que se mezcla frecuentemente en las representaciones de las promotoras sobre la medicina tradicional y los curadores. Los brujos, según Helena, “[...] *son los que hacen maldad. Hay muchas plantas que te hacen maldad, hay una planta que se hace como campana, es el famoso toloache es una planta que las mujeres que no las quiere su marido o echan de menos a su marido, usan esa planta que hace que apendejen al hombre. Los brujos son los que hacen trabajos. Las mujeres que piden al brujo que trabajen a su marido, quieren deshacerle la vida y eso lo hacen los brujos*” (Entrevista H-P.C.).

También Helena me compartió de su poblado que: “*Aquí en la comunidad una parte de hermanos que dicen que conocen brujos, pero no lo creo, dicen que te hizo “jolan” (obscuridad en lengua Zoque-Mixe<sup>65</sup>), y los que te dicen que hizo jolan esos no creen en Dios, dicen que te va a ensalmar todo y todo, pero te vas con la finta, es la pura mentalidad porque te engañan. Hay algunos señores de acá, pero ellos eran de Renovación, conocían a Dios, dicen que conocen y van a misa, pero trabajan en otra forma, ellos cobran mucho dinero, ellos no cobran como nosotros 100 -150 pesos, no ellos cobran de 600-1200” (Entrevista H-P.C.).*

Las representaciones de las promotoras acerca del aprendizaje de los curanderos varían también entre un don, sueños o herencia: “*El Chicho aprendió por medio de su papá, de su abuelo y él por medio de su abuelo; o sea, que son herencias. Las parteras son por herencia, o sea, no había una partera que hubiera aprendido sola, no, se lo transmitía la abuela, la abuela a la hija, la hija a la otra hija y así. También tanto los culebreros como los sobadores, todos ellos, tienen que ver con una herencia que dejan los padres y siempre, en todos los pueblos que tu vas, hay*

---

<sup>65</sup>Corroborar en la siguiente dirección: <https://www.mna.inah.gob.mx/docs/anales/998.pdf>

*gente que es sanadora. Yo conozco en Minatitlán, conozco sus pueblos y rancherías y no hay un lugar donde no lleguen la gente que sane de esa manera; están los culebreros, los ensambladores, pulsadores [...] A mi muchos sanadores me han dicho que ellos adquirieron su sabiduría por medio de [...], no sé si son, cuentos, mitos pero ellos lo retoman así. Y las parteras por sueños que cargan niños pequeños, niños en sus brazos, a partir de eso nace la inspiración de eso y la abuela acompaña eso” (Entrevista M-P.C.).*

Las promotoras originarias de Coacotla me describieron cómo se reconoce a un culebrero en su comunidad: *“A ellos los elige Dios, de la siguiente forma: se les da la ocasión de ver una gran cantidad de culebras juntas, en ese momento debe entender que son señales, debe la persona escoger si tener el valor de adquirir ese conocimiento o huir. Si se queda entonces, él ve como las dos culebras se pelean, una de ellas es mordida y van hacia una planta específica que empiezan a comer. Es la manera de cubrir el veneno de la culebra y de ahora en adelante ese conocimiento debe ser utilizado con personas afectadas. Otra opción puede ser que la culebra, una vez la encuentres, te guía a su enfrentamiento con otra culebra. La empieza a atacar y se la come, inmediatamente la culebra que devora a la otra se acerca a una planta que sirve para curarse a ella misma y por ende a toda persona o animal que sea atacado por una culebra”.* (Entrevista Grupo Focal)

Lo anterior muestra que existen diferentes tipos de reconocer los saberes de curadores tradicionales, ya sea por herencia, “don divino”, experiencia o sueños en relación con su próximo saber de sanar.

### **Relación entre saberes de la medicina tradicional y los saberes de las p-c**

Mediante de las representaciones sociales de las p-c, se expresan prenociones de aceptación, reconocimiento o rechazo respecto de otras formas de atención. Hay curadores a los cuales las promotoras consideran charlatanes, como es el caso de los hechiceros o brujos, incluso entre la población de pacientes de las CSP no existe un claro reconocimiento de sus saberes y eficacia. Algunos de estos terapeutas se promocionan en periódicos y revistas de algunas editoriales del

municipio o anuncios en carteles puestos en la calle y esto es interpretado por promotoras y pacientes como signo de dudosa honestidad. En el caso de pulsadores, culebreros y salmadores, las promotoras les otorgan credibilidad sobre sus acciones respecto del procesos s/e, pues conocen a algunos de estos curadores y reconocen que tienen ese don para sanar, en cambio los hechiceros y brujos son considerados falsos, sobre todo los de las regiones más urbanizadas.

El único tipo de terapeuta tradicional que las promotoras de Mina aceptan y reconocen, y a quien concurren en caso de ser necesario, es el huesero-sobador, que maneja el dolor de extremidades y articulaciones por golpes o accidentes; uno de ellos vive cerca del centro del municipio de Minatitlán, lo conocen por su eficacia con una de las compañeras que asistió con él por dañarse un talón en un accidente y lo recomiendan.

Las promotoras que proceden de comunidades indígenas tienen conocimiento de curadores tradicionales de sus comunidades, pero no reconocen que hayan representado una influencia en su decisión de formarse como promotoras, ya que desde su punto de vista ellos solo trabajan con malestares específicos y no tienen una visión amplia en las condiciones de salud, puesto a que ellas como p-c buscan abarcar la enfermedad desde lo particular, lo general y lo mental. Francisca me refirió a que ellos, *“nada más se dedican directamente a lo que ellos hacen. Por ejemplo, si es una mordedura, ya ellos te dirán qué se debe tomar para que el veneno no se te vaya subiendo más. Porque, como dicen ellos, desde que te muerde la víbora el veneno está corriendo por toda la sangre. Entonces ellos te dan ajo o medicina que ellos manejan”* (Entrevista F-P.C.).

Niegan tener algún tipo de vinculación con dichos curadores tradicionales, incluso con los de las localidades donde ellas trabajan, aunque tienen conocimiento de su existencia y sobre sus tipos de prácticas: *“los curadores que yo conozco han sido, buenos, estaban las parteras tradicionales que eran muy fuertes; ellas estaban en una comunidad que se llama Limonta, ahí había entre tres o cuatro parteras*



*tradicionales. También he conocido por ejemplo a Chicho quien es un señor de 80 y tantos años, que es un hombre que cura, o sea, su curación se ha basado en el piquete de la araña. Además que ellos saben curar cuando hay algún veneno de un bicho que hay en una región y saben decir lo que pasó con ellos” (Entrevista M-P.C.).*

Cuando los pacientes que acuden a las CSP mencionan presentar enfermedades tradicionales, las promotoras refieren no tomar en cuenta estas interpretaciones, ya que no son aceptadas dentro de sus representaciones respecto de la enfermedad, tratan de no confrontar al paciente y llevarlo a su propia lógica terapéutica. Como lo explica Helena que, en esos casos, *“No, nosotras no lo permitimos, porque te está probando para saber hasta dónde eres terapeuta. Pero tú como eres promotora de salud tienes que respetarte y a él, lo tienes que respetar como paciente, y le tienes que decir las cosas que están bien y las que no. Tampoco le digo que tiene que buscar a un curandero, porque se está engañando” (Entrevista H-P.C).*

Algunas mujeres de la comunidad que acudieron a la consulta en la CSP de Coacotla me compartieron que en general la población del municipio acude al Hospital General de Cosoleacaque, para atender los partos de mujeres embarazadas. Es frecuente que las embarazadas acudan con la partera tradicional durante el embarazo, pero al decidir dónde atender su parto prefieren ir al hospital, ya que está mal visto por la comunidad que acudan a atenderse con la partera por considerar sus servicios antihigiénicos. Aún existen algunas parteras en la localidad, las cuales son poco solicitadas ante la preferencia de acudir a servicios especializados con un enfoque biomédico que les garantice una atención higiénica y una eficaz intervención.

### **Las CSP donde se practica la medicina natural**

Las CSP son un importante un recurso popular en ambas localidades debido a que brindan gran variedad de opciones terapéuticas dentro de la medicina

alternativa: herbolaria, fitoterapia, microdosis, homeopatía, alopátia (pruebas del Papanicolaou), flores de Bach, ventosas, masoterapia, bioenergética, lectura de péndulo (la cual no se vio realizar en consulta), auriculoterapia y acupuntura. Ambas CSP cuentan con huertos con diversas plantas medicinales como: dientes de león, manzanilla, romero, tomillo, eucalipto, cola de caballo, pie de gallo, cuchoalalate, muérdago, zarzaparrilla y sábila, por mencionar las de mayor uso.

Otros recursos utilizados en las CSP son tinturas, microdosis, aceites y tés de múltiples productos como: belladona, prodigiosa, quina roja, hierba de sapo, aceite tónico, sangre de drago, cacahuilacote, gordolobo, boldo, guácimo, cuachola, árnica, hoja zen, cocolmecha, chíá, muérdago, cuachal, guacaco, maguey morado, caléndula, nogal, manrubio, encino, barraja y cempasúchil, entre muchos otros.

Entre los medicamentos homeopáticos con mayor uso en consultas y registro de expedientes (ya sean policrestos<sup>66</sup>, semipolicrestos<sup>67</sup> y organotópico<sup>68</sup>) son: el mercurius vivus, sulphur, arsenicum, carbo vegetabilis, phosphorus, lycopodium, nux vómica, ignatia, magnesia phosphorica y natrum carbonicum.

En el c-p-c se dedican ciertos días de la semana a la elaboración de medicamentos, como el polvo de cartílago de tiburón que sirve para dolores en articulaciones y de huesos como artritis u osteoporosis; este polvo se pone en varias cápsulas en un frasco. Otro producto que elaboran es el jarabe de sábila, el cual se confecciona con dos pencas de sábila seca, dos litros de miel y uno de aguardiente para su conserva. Lo ideal es que no tenga agua pues eso hace que se espume el jarabe y se eche a perder. Lo usan para los casos de úlceras en el

---

<sup>66</sup> Medicamentos de una amplia esfera de acción en el organismo; por lo que se prescriben en una gran cantidad de afecciones. Son los medicamentos de uso más frecuente en la práctica clínica (Diario de campo 4/octubre/18).

<sup>67</sup> Son aquellos cuya esfera de acción también es amplia, pero más limitada y su uso menos frecuente, abarcando una gran cantidad de síntomas en todo el organismo (ibid).

<sup>68</sup> Medicamentos de acción limitada y específica para ciertos órganos o tejidos (ibid).

estómago, problemas digestivos e intestinales y con personas que padecen de cáncer de colón. Ellas elaboran un galón cada mes pues algunos pacientes lo consumen en grandes cantidades. Elaboran también un aceite para las “sobadas” o masajes que se ofrecen en sus CSP, con albahaca, menta y hierbabuena, jabones medicinales y diversos tónicos como el de verduras naturales que tiene un precio accesible y resulta una opción económica y menos agresiva al cuerpo, y que ellas recomiendan como vitaminas.

También en la CSP-Mina, se realizan pruebas de Papanicolaou y exploración de mama. Están a cargo de Miriam y Nancy, por ser quienes se capacitaron en salud sexual y reproductiva de la mujer y en tratamientos ginecológicos. En Coacotla se ofrece el mismo servicio, pero no siempre se cuenta con los recursos suficientes para la toma de las muestras y el tratamiento posterior, de acuerdo con los resultados del examen.

Miriam cuenta también con un paquete de flores de Bach del cual dispone en ocasiones para prescribirlo a algunos pacientes, aunque no cuenta con todos los 38 remedios comprendidos en el sistema floral del Dr. Bach.

En el caso de las p-c de la CSP–Coacotla, gracias a sus capacitaciones en CENAMI, saben que para tratar la “lalperegía” (alferecía) se puede usar una planta llamada tomillo; cocerla y tomarla mejorará las molestias. Las compañeras, al no contar con esa planta, han utilizado el azafrán para tallar el cual se acompaña de vino-jerez, tlacopatli, roscado y pericón, todo bien molido para dar en dos cucharadas. Helena es quien recuerda que: *“nos hablaron de “lalperegía” y nos enseñaron una planta que se llamaba el tomillo el cual lo coces y lo das de tomar para el dolor de cabeza que tiene el niño y que llora mucho. Pero como yo no le puedo dar tomillo porque aquí no hay; yo llevé una planta que se llama azafrán, lo machuqué y le empecé con el guato a tallar y tallar; y llevé mi vino-jerez y le eché tlacopatli, le eché roscado, le eché pericón, le eché todo molido para que se diera un calentamiento para que tomara. Le di a ese bebé, lo tallé, le oré y durmió dos*

*días y dos noches, me dijo su mamá, y ella me dijo que nunca creía en las plantas como medicinas” (Entrevista H-P.C.).*

Las p-c, como Helena, también reconocen tener conocimientos con respecto a la caída de mollera: “[...] *para la caída de mollera agarras al bebé así (acomoda sus brazos como si lo cargaran pies arriba) y le pones una charolita de agua, le pones siete maicitos negros y lo sacudes así, para que sacudas y sacudas al bebé y luego se subes por una mano y le sobas la mollera, con dos meses santo remedio, ya no sientes que trae algo atorado porque ahí es la mollera. Ese sí me lo han llevado a mi casa, eso si es lo tradicional o lo antiguo, mucha gente ya no lo hace y mejor lo llevan al médico” (Entrevista H-P.C).*

Las compañeras promotoras tienen un amplio conocimiento sobre plantas medicinales de la región, incluso han tenido la iniciativa de poner a la venta algunas de ellas en las CSP: *“les digo a las hermanas que debemos poner un letrero, que tenemos esto que tenemos lo otro, o poner en una mesita las medicinas de las plantas, a veces van aquí a la consulta y la doctora no les da lugar, a veces nos dice esa señora necesita una vitamina y nosotras le decimos nosotros tenemos una vitamina que se ha hecho de un extracto y esa vitamina es legítima, no como una ampolleta que te dan de Bedoyecta™, según nos dicen allá en México el cuerpo solo va a tomar lo que necesita y todo lo demás lo vas a orinar, la orina va a oler a pura vitamina, es más bueno el betabel, el apio, rábano, manzana, los quelites, te ayudan más” (Entrevista H-P.C.).*

### **Acciones realizadas y tipo de terapias**

Antes de iniciar las consultas, los días lunes en Coacotla y los jueves en Mina, las promotoras tomadas de las manos recitan oraciones e invitan a los pacientes a participar, abrir su mente y padecimiento junto a Dios; es una expresión evidente de que las CSP son un espacio espiritual dentro de un marco religioso (católico) donde un ser omnipresente les acompaña en las consultas y terapias, lo cual es una forma simbólica de legitimación de su trabajo terapéutico.

La fe es un eje fundamental de la eficacia y de la búsqueda de este tipo de atención y es reconocido tanto por las p-c como por los pacientes. Así lo narra Leo como paciente: *“aquí lo más importante de todo esto es la fe que uno tenga, al sanar es muy importante. Ahora sí, no sabemos realmente cuál sea pues el estar aquí [...] en el mundo ¿no? Soy de la idea que tenemos algo que hacer, por destino, ¿no? Pero más que nada por el interés de servir, pues, ahora que tuve la necesidad, pues con mucha fe y con respeto al tratamiento, hoy ahora si se puede decir que uno va librándolo ¿no? El problema que me trajo aquí, fue el problema con mi próstata, me hicieron los médicos lo que tenían que hacer, entonces yo busqué esta alternativa [...] acá encontré la disponibilidad de que el tratamiento podía ir a la par y así la he llevado, entonces ahorita se puede decir con lo de la próstata que según ellos me han determinado un cáncer muy avanzado, según más o menos aquí los cálculos como que se encapsuló, entonces con el tratamiento así a la par pues inclusive el médico que me atendía allá, estaba un poco sorprendido y no acepta que busque otras opciones”* (Entrevista PAC-1).

Otro caso es una mujer de 60 años que en una de las consultas con Miriam se presentó con dolores articulares refiere que solo Dios decide el final de la vida de los mayores, lo que la promotora le dijo que es cierto que existe un Dios, pero no se debe menospreciar su condición de abuela, pues aún tiene mucha energía para dar a su edad. La señora agradeció el comentario y mostró interés en probar nuevas opciones para solucionar sus principales malestares a pesar de no frecuentar a ese tipo de terapéuticas de manera frecuente.

En las CSP, la salud mental es el factor principal para la interpretación de sus diagnósticos y la elección de sus terapéuticas pues es necesario reconocer el estado emocional de los pacientes, tal y como refiere una promotora: *“yo creo que todos los problemas de salud, el 90%, son emocionales. Yo en mi práctica siento que el problema son más emociones, muchas emociones que el ser humano guarda, encierra y le es como difícil hablarlo y decirlo: me pasó esto y por eso*

*tengo esto. Creo que son muy pocas las enfermedades que no van ligadas a eso, son muy pocas, yo creo que ninguna y todas tienen que ver con la cuestión emocional. Es muy fuerte en la vida del ser humano” (Entrevista M-P.C.).*

La población que predomina en las CSP es de mujeres adultas, pero observamos consultas y expedientes de niños con importantes problemas emocionales, como aquellos que no querían acudir a la escuela ni salir de su casa: un niño de ocho años acosado sexualmente que presentaba gran ansiedad, otro escolar que por problemas familiares expresaba no querer vivir; estos problemas emocionales son frecuentes también en adolescentes y jóvenes que acuden a las CSP, refiriendo enojo y ansiedad como parte de su padecer.

La atención de los aspectos emocionales, familiares y sociales de los pacientes es un punto central en la consulta de las promotoras, los cuales se ven relacionados con molestias físicas o enfermedades crónicas. A mujeres con molestias por la menopausia e irregularidades en su ciclo menstrual, se les ofrece un control hormonal con plantas medicinales que ayude también a recuperar su apetito sexual, para mejorar sus relaciones de pareja y se les aconseja reconocer la importancia de su rol de madres. Se recomienda no tomar leche sino soya para los bochornos, tintura de aceitilla y placenta, y reconocer el hecho de que ser madre significa perder calcio y sus efectos se muestran más en los periodos premenopáusicos. Así que, es común por parte de las promotoras el darles una “bienvenida” a la menopausia para que no sea vista como una enfermedad sino como un proceso natural del cuerpo de la mujer.

El duelo, el abandono, la soledad son factores frecuentes entre las pacientes que acuden a consulta en la CSP, como el caso de una mujer, viuda desde hace cinco años, quien refiere una reciente crisis nerviosa hace pocos días, cuando fue sacada de la casa de su hija, quien no estaba dispuesta a cuidarla pues también está enferma y no puede hacerse cargo de ella. La señora refirió cansancio y desesperación, no poder dormir en la noche, pero dormir durante el día. Ahora

vive con su hijo y la nuera. Sus hijos no cuentan con un empleo estable y ella se preocupa, suelen tener discusiones entre sus hijos con agresiones para decidir quién la cuida. Por ello que se siente cansada y fastidiada de todo. Lo anterior es tomado en cuenta por las p-c en sus consultas, para elegir el mejor tratamiento. según la causa y sus malestares. Al finalizar el diálogo en la consulta, la señora aceptó que pasa por una fuerte depresión porque sus hijos se mantienen alejados y por falta de atención de sus familiares de apoyo. Siente tristeza por lo económico y la falta de apoyo emocional; en otras palabras, tiene miedo a estar sola. Es el caso de muchas mujeres que se presentan a la CSP.

A las CSP acuden incluso pacientes con enfermedades como el VIH-sida a quienes se les ofrece acompañamiento; las promotoras están conscientes de que sus terapias no son curativas sino cuidados paliativos, para que mejoren las condiciones de salud de esos pacientes.

Helena compartió el caso de una de sus consultas en Coacotla, una persona que tenía paperas e inflamación en la garganta-cuello. Ella le dijo que podía ser algo más que la simple hinchazón, le preguntó sobre su estado en general y que no dijera estar bien solo por decirlo, pues no reconocer que se encuentra mal hace que el cuerpo se tense y genere ese tipo de inflamaciones por la ansiedad y nervios. La p-c le dio masajes en brazos, cuello y espalda, en ciertos puntos donde identificaba los malestares, días después el paciente regresó a agradecerle que le había dado solución a su hinchazón y diversos problemas emocionales.

Helena aprendió que la salud debe ser vista como la apertura de las puertas del corazón; ya que uno mismo encierra sus emociones y eso provoca las enfermedades como el cáncer u otros casos degenerativos. Hay una conciencia del cuerpo; las promotoras del comité consideran a la salud como algo bio-psico-social, inclusive se le puede aumentar lo espiritual.

Con nuevas técnicas que aplican tratando de encontrar un manejo integral de sus pacientes, pero deben tener prudencia en su uso ya que, el desconocimiento de

las técnicas por parte de algunas personas puede despertar desconfianza. Como es el caso de que “[...] *el bio-energético no se les realiza a todas las personas. Depende de que la persona primero tenga confianza en la casa y dos que tenga otro tipo de formación o consciencia, que esté abierto a todas las posibilidades que hay porque el bio-energético solo se utiliza pues, con la misma energía del cuerpo y son terapias que se han utilizado durante años, entonces para eso tienes que tener mucho cuidado con qué tipo de persona lo vas a utilizar que algunos, te digo, algunas personas que son religiosos lo ven como brujería.*” (Entrevista V-P.Q.).

La terapia bio-energética la aplican solo dos de las p-c quienes deben trabajar juntas, para obtener un diagnóstico adecuado, y consiste en lo siguiente: una de las terapeutas sostiene una varilla delgada y corta de cobre (conductor de energías), la coloca en la clavícula del paciente, le pone en el pecho una chicharra (muda de piel de un insecto) ésta para desbloquear la energía del paciente con el fin de que esta se transmita a través de la varilla y pueda ser interpretada por la otra terapeuta. Sobre el abdomen se van colocando los recursos terapéuticos que se pretende utilizar. Una de las promotoras funge como mediadora de la energía con la varilla de cobre en su mano izquierda mientras que con su mano derecha sostiene la mano derecha de la otra promotora, quien interpreta lo que el cuerpo del paciente expresa a través de su flujo energético, al presentarle los medicamentos herbolarios, fitoterapéuticos u homeopáticos. Las promotoras le preguntan al cuerpo del paciente, cuál es el recurso adecuado, cuánto tiempo y en qué cantidad se debe aplicar la terapéutica. Las respuestas se dan mediante de ligeras señales eléctricas que percibe e interpreta una de las promotoras. Este proceso se repite con los diferentes productos que se creen útiles para el paciente y en cada ocasión se menciona el nombre completo de la persona antes de



preguntarle a su cuerpo<sup>69</sup>. Los estudios bio-energéticos se aplican principalmente en adultos con al menos dos consultas previas.

La p-c Miriam menciona frecuentemente que la homeopatía no mata a nadie ni tiene efectos secundarios como lo hacen algunos medicamentos alópatas; una sustancia puede no ser compatibles con la persona, pero entonces se busca otra opción sin que existan consecuencias. Incluso, señala, con los recién nacidos se puede usar la homeopatía, o en mujeres embarazadas; en algunos casos donde el bebé tiene moradas las uñas de pies o manos, situación que lo pone en peligro, da muy buen resultado. En su opinión, la homeopatía tiene mejores resultados en niños o ancianos por ser sujetos más pasivos emocionalmente.

Durante las consultas es frecuente que las p-c informen a los pacientes sobre el uso o utilidad de los medicamentos homeopáticos que recetan. Por ejemplo, la sephia sirve como un depurador mental y físico que revela cuáles son los padecimientos reales, permite identificar el origen de la enfermedad. Dan a conocer al paciente cuáles serán los resultados de cada medicamento. Se debe, por lo tanto, investigar la acción por medicamento; por ejemplo, el sulphur es el “rey” de los medicamentos homeopáticos pues aclara la enfermedad que padece el paciente; genera la confianza para diagnosticar de manera clara lo que presenta la persona.

---

<sup>69</sup> “Nosotras fuimos tres a estudiar bioenergética, bueno cuatro, que fue el compañero de la sierra Don Hilario, fue Nancy, Flor y yo; y quien más la practica soy yo porque para mí, como promotora de salud, es una herramienta muy valiosa que no pienso descuidarla, también porque no la puedes hacer sola sino que tienes que haber otra compañía contigo, entonces es de dos personas; y también tiene que haber mucho en la compatibilidad en la cuestión de la energía del cuerpo, la energía que sale de ti a la que va ser tu ayudante y la que tú receptas. La que está recibiendo energía también tiene que estar como muy atenta a lo que está haciendo porque te puedes descuidar y la energía no fluye, entonces, tienes que estar conectado con el paciente, la que recibe la energía y quien la lee” (Entrevista M-P.C.).

Otras terapéuticas ofrecidas en las CSP son los masajes que realizan algunas compañeras, son un apoyo a otros tratamientos, pero consideran que no debe ser el único recurso para mejorar los malestares del paciente. Es necesario tener una consulta general con las otras p-c, para atender de manera integral a los pacientes y asegurar una su mejoría no solo en el corto y mediano plazo sino una curación que ataque la raíz de la enfermedad. Muchos pacientes no toman en cuenta sus recomendaciones y cada semana se presentan únicamente para sus respectivos masajes y sesiones de auriculopuntura, en espacios fuera de los consultorios como en la sala de recepción o en las sillas que disponen en los pasillos frente al jardín de la CSP-Mina, ya que este tipo de terapias los reconfortan. Helena solicitó en algunas reuniones del comité que se obtuviera una cama especial para los masajes, con el fin de obtener un mayor ingreso económico. Su hija, en su trabajo de masajista, cobra \$500.00 por sesión y considera que en la CSP se puede dar un precio menor, de \$100.00. El grupo estuvo de acuerdo, se planteó la convivencia de perfeccionar el trabajo y disponer de otras herramientas para complementar los masajes, como el uso de aceites relajantes elaborados con plantas de la región.

En ocasiones, previo a la aplicación de cualquier terapia, las promotoras brindan información a sus pacientes. Sobre la auriculoterapia, por ejemplo, se les explica cómo es el proceso y para qué se ponen las agujas o los balines en ciertos puntos de las orejas, *“si, le voy diciendo, por ejemplo le toco y está bloqueado duele más, le digo, ese es su, por ejemplo ese es su riñón, este es el sistema nervioso, y todo eso, y dicen y si me duele, le digo es porque está funcionando, quiere decir que si está funcionando, porque la energía está bloqueada y entonces se libera y esa es la diferencia de la auriculoterapia a la acupuntura, que la auriculoterapia hace que funciones el órgano, lo pone a trabajar pues y la acupuntura solamente desbloquea, libera la energía”* (Entrevista N-P.C.).

Hay personas que asisten a la CSP de forma recurrente para obtener medicamentos que les han resultado efectivos, como el caso de un señor que cada mes asiste por su crema prodigiosa, para quitar las molestias en la columna

y evitar una cirugía; él prefiere consumir los medicamentos de homeopatía y fitoterapia pues no quiere estar como su esposa quien sufre de osteoporosis y no puede caminar. Él trabajó más de 20 años en una empresa que fabrica aditivos de gasolina y sufre de complicaciones en su cadera por haber estado expuesto a altas cantidades de plomo, según su propia versión.

Incluso personajes de las iglesias de la región están abiertos y utilizan algunos de los tratamientos que ofrecen las promotoras en las CSP por resultarles eficaces: *“hasta el obispo me pide que le lleve su estafiate o que le lleve su sangre de drago, me dicen: -diles a las mujeres que me manden estafiate que ya se me acabó- y de los padres hay esa cercanía de, cuando se sienten mal, buscarme para que yo pueda darles algún tratamiento y cuando los mando a la casa de salud, han ido. Abrir así las puertas de ciudades a las parroquias, para poder capacitar a las personas donde se quiere impulsar este tipo de terapias, pese a la negativa de otros”* (Entrevista A-S.C.).

Otro recurso disponible, principalmente en la comunidad de Minatitlán, son los productos Herbalife™ puestos a la venta en gimnasios y centros deportivos privados. Se presentan como una opción “natural” para bajar de peso de manera rápida y sin retrocesos. Su uso no está muy difundido, aunque empiezan a tener presencia en el municipio por la publicidad y estudios de marketing que selecciona y capacita a sujetos específicos, quienes obtuvieron resultados utilizando el producto, y se convierten en Couch Herbalife™, para recomendar, vender y obtener ganancias. Se promocionan como suplementos alimenticios, proteínas y productos “orgánicos” para bajar de peso y mejorar condiciones de salud en gente con obesidad, incluso hay pacientes que se han acercado a las coordinadoras para proponerles distribuir estos productos en las sedes de trabajo del comité de promotoras, lo que ha sido rechazado por el c-p-c ya que consideran que son productos químicos a diferencia de los productos naturales que se ofrecen en las farmacias verdes de las CSP.

Las distintas terapias que se ofrecen en las CSP son aprendidas y practicadas según las aptitudes que tienen cada una de las p-c; como el caso de Francisca *“hasta ahorita con los talleres que estamos viendo, pues, también nos han dicho que los masajes; hemos aprendido también el tapi que es uno de los masajes para igual, para los problemas emocionales; y la digito-puntura es para cuando alguien tiene problemas de tos, gripe, para desbloquear los puntos que están dañados. Si, ese es el completo para la enfermedad del aparato respiratorio”* (Entrevista F-P.C.).

Ellas establecen una clara diferencia entre la forma de actuar y la eficacia de la medicina natural y de la medicina alopática, pero ponen en el centro a la fe como base de los resultados obtenidos. Tal como me comentó una de las promotoras del comité: *“Siempre y cuando teniendo fe también; porque si no se tiene fe a lo mejor no hay resultados. Porque a veces queremos que hoy tomemos una medicina para que al rato estemos muy bien; a veces eso lleva, sobre todo para las personas que han tomado mucho alópata, para que se les desbloquee el cuerpo. Lógico que va tardar tanto, porque, apenas y va a empezar con la medicina natural y va dejar el otro; pues se necesita algo de tiempo que se debe de esperar. Ahora, cuando nuestro cuerpo ha tomado tanta medicina natural, ya está muy suave, no ya, nada más se lo ponen y ya; pero si ha tomado mucho alópata, lógico que se tiene que desbloquear el cuerpo; y todo lo que ha tomado de lo alópata ya luego para que funcione lo otro, lo cual tardará un rato”* (Entrevista F-P.C.).

Pacientes como Manuel también es de quienes reconocen no solo la eficacia en lo físico sino el impacto que tiene la atención en lo espiritual, al recibir un trato humano: *“[...] la alternativa sin duda es lo mejor que puede obtener, es que no solo es la atención, sino lo humano que aplican las promotoras de salud, sobre todo la doctora, dentro de lo espiritual también porque la homeopatía funciona con la parte espiritual, se trabaja el interior del paciente, no nada más como los médicos que dicen me duele la cabeza y ya, no aquí es un proceso a fondo pero*

*también el paciente tiene que dejar también que el médico o el doctor homeópata trabaje con su yo interior; tienen que encontrar mucho eso” (Entrevista PAC-3).*

Un interés central de las consultas de Miriam es reconocer la esencia del padecer, reconocer todos los aspectos que están involucrados, esto se logra a través de largas entrevistas con los pacientes de manera horizontal y permitiendo un diálogo abierto y/o intercultural, “[...] *tu ahorita que estuviste te diste cuenta que a veces es como hasta familiar, ¿no?, como muy o más allá de que me platicuen su enfermedad, o cómo es, ir viendo cuáles son sus necesidades también como personas y no como enfermos porque yo creo que la raíz de todo es la persona, cómo se siente, cómo está y creo que ahí depende del problema que yo encuentre y que tengo que ver aún con más detalle. Trato de que me digan los básico de la enfermedad y muchas veces ni en la primera ni en la segunda ni en la tercera consulta, hay pacientes que pueden estar 6 meses y tu no sabes al paciente qué le está pasando hasta que logra el paciente decirlo, pero ya por la confianza que tienen de ir ya te pueden decir” (Entrevista M-P.C.).*

La búsqueda está en brindar una atención integral para los padecimientos de los pacientes, integrando lo biológico, psicológico y social, al ir más allá de los síntomas y poniendo en el centro a la persona enferma y no al prestigio del terapeuta. Eso fue lo que comentó Paquita: “[...] *la formación que te dan ahí no es para que te capacites para ser una chingonada recetando plantas y te sientas en un consultorio y vienes y das tu consulta y ya, no. Aquí no, o sea, aquí si te enfermas de diarrea aquí es ver la causa; o sea, ¿porqué se enfermó de diarrea?, quiere decir que a lo mejor fue el agua o la contaminación. No nada más es atender el síntoma y decir el efecto, de decir que, ah bueno, si tiene diarrea y le doy la planta que yo sé que le va cortar la diarrea y ya, o sea, no. Aquí tenemos que ir nosotras más allá, por eso nosotras vamos a reuniones de defensa de territorio, hacemos marchas, vamos a los mítines y estamos, porque es eso, es todo” (Entrevista P-P.M.).*

Incluso tratando de integrar en la resolución de sus problemas a las redes de apoyo con las que cuenta el paciente, *“Le vamos explicando, primero se les da su diagnóstico, se les explica. Ellos dicen: -me duelen los huesos-, tienen calentura, tienen diarrea van explicando en la consulta. A veces ahí en la consulta van sacando sus problemas, dicen: -mire es que tengo problemas con mi esposo, yo ya no aguanto, quisiera dejarlo-. Luego invitas a esa familia a que vengan a una plática de mujeres, porque en esa plática nos explican a las mujeres como defender sus derechos. Que no eres artificial, porque yo aprendí a defenderme”* (Entrevista H-P.C.).

Las p-c consultan algunos manuales o libros de homeopatía, auriculoterapia, herbolaria o fitoterapia con los cuales se apoyan ante dudas en diagnósticos o el uso conveniente de ciertos medicamentos, y no dejan de lado ningún aspecto que se deba identificar o repasar. Ellas les señalan a sus pacientes que, para mejorar, debe haber participación de su parte ya que, si esperan que tan sólo con sus consultas, diagnósticos y tratamientos se resuelva el padecer, se encuentran equivocados. Se necesita que la persona enferma se involucre y después incluir a sus redes familiares de apoyo, se invita a que en las subsecuentes consultas incluyan a sus familiares para que se genere un diálogo con todos y poder explicarles sobre su diagnóstico y se reconozcan sus formas de ver el padecer.

El trabajo realizado por las p-c, al involucrarse en la vida emocional y social de sus pacientes, es muy complejo y en ocasiones agotador. Tal como lo expresa una p-c: *“Yo un día antes de ir a la consulta tenía que descansar mucho porque yo me agotaba, o sea, o a lo mejor yo misma me encerraba y me decía: -¡no puedo, no puedo!-. Entonces tenía que descansar un día antes para estar como equilibrada. Pero hace tres años yo dije: -¡es un don!- El saber escuchar, el saber transmitir lo que uno sabe y el tener la capacidad para que la gente te escuche; que quiera escuchar, porque igual vale más su hombría que estar escuchando a esta vieja loca. Que los escuches eso es bueno”* (entrevista M-P.C.).

Otro recurso para hacer evidente la constante combinatoria de saberes de realizan pacientes y promotoras de salud, son las trayectorias de atención que nos muestran las acciones realizadas, sus explicaciones y la búsqueda constante de la eficacia sin cuestionar la forma de llegar a ella.

Tal es el caso que me narró una paciente con su madre enferma, quien recurrió a hospitales, clínicas públicas y privadas, que le dieron diagnósticos incorrectos o limitados, por lo cual se le recomendó asistir a la CSP-Mina: “[...] *le decía mamá vamos, mira allá acaban de implementar un estudio bio-energético, para diagnosticar a ver qué cosa es. Tanto y tanto, decidimos venir, pero mi hermana es médica y no es muy creyente de la medicina homeopática y dijo: -si quieres ir, ve, puedes tener otra opinión-. Le hicieron el estudio bio-energético y salió que mi mamá tenía un cáncer, que no era osteoporosis como dijeron los especialistas, sino lo que tenía era un cáncer. Ellas explicaron que lo que pasaba era que el cáncer o estaba iniciando o estaba avisando que iba a haber un cáncer porque el cuerpo avisa. Mi hermana dijo, -si es un cáncer de huesos es secundario, debe haber un cáncer primario- y empezó mi hermana a buscar, a hacerle estudios a mi mamá y no le encontraba nada. Regresamos a la casa de salud y le detectan donde estaba el cáncer primario, estaba en la matriz. Decía mi mamá: -pero es que yo no tengo matriz-, pero ellas aseguraban que en la matriz. Entonces mi hermana ya específicamente le hizo un estudio de ultrasonido de última generación, y salió que ahí donde a mi mamá la cortaron su matriz ahí tenía una llaga, que si lo dejábamos en dos años iba a evolucionar a cáncer [...] Pero para los médicos lo que aparecía o se reflejaba era una osteoporosis, pero no era una eso, ya estaba la información del cáncer en los huesos y era en la cadera donde específicamente la estaba afectando y porque de la cadera a la matriz está cerca. Entonces se le empezó a mi mamá a atender aquí, le daban ramas, tallos, cortezas, era una bolsa grandísima que se llevaba mi mamá, aparte de la medicina homeopática. Cuando le hicieron el estudio, cuando mi hermana la atendió, a parte seguía tomando los medicamentos que le habían dado, porque le preguntamos si podía seguir tomando esos medicamentos o si eran buenos, así*

*que los tomaba juntos e iban de la mano.” Concluyendo que “Así mi mamá se recuperó, cuando los médicos le habían dicho que no podía salir sola, que con cualquier cosa se podía fracturar, incluso con la sábana se podía fracturar por la osteoporosis que, según ellos, tenía, que estaba en un 80% de avance. Y mira mi mamá en este momento hasta se sube a un parachoque. Aquí fue donde le trataron todo. Mi hermana después la volvió a monitorear le hizo exámenes nuevamente a los dos años y mi mamá está bien ya no tiene nada. Esto fue a partir del estudio bio-energético y toda su terapia aquí” (Entrevista PAC-2).*

### **Su formación**

Las CSP tienen un método de trabajo y este es enseñado a las p-c y promotoras que se encuentran en formación, como es el caso de Francisca quien me refirió el procedimiento para las consultas, según le han enseñado en la CSP y las diversas capacitaciones: *“primero se pregunta el ¿porqué?, cuestionar si ¿están enfermos?; ¿qué sienten?, ¿qué tienen?, ¿qué padecen?, pues, a veces puede recurrir de los masajes o ponerles hojas o puntos de auriculoterapia. Y el masaje depende en si por problemas emocionales, pues si, hay que darle un masajito; y darle una tintura de pasiflora, valeriana, pulsatila para que se relaje. Pero, depende del paciente, la vivencia de su problema y su disposición de sanarse con las terapias con las que contamos” (Entrevista F-P.C.).*

La forma como trabajan las p-c en la CSP es compartida por todas ellas, una herramienta invaluable para ellas es la observación constante, como Francisca me describió: *“la promotora tiene que detectar desde el color, el olor, y tiene que observar; o sea, tienes que ver cómo viene la persona, desde su fisionomía tienes que observar cómo viene. Y tienes que oler y tienes que tocar, si, eso es lo que tiene que tener una promotora para atender a un paciente. Tienes que ser observadora de cómo viene, desde que llega tienes que observar. ¿Qué trae? pues, por eso nos decían que una promotora tiene que estar al rojo vivo todo el tiempo, porque así no mas no; por eso entonces hacemos eso, para ver y qué le voy a dar” (Entrevista F-P.C.).*



Para Nancy existe un tipo de diálogos que sirven para hacer un diagnóstico y tratamiento eficaz, de acuerdo a lo que los pacientes necesitan, *“nosotros tenemos que sacarle, lo más que podamos de ¿cómo vive?, porque de ahí, yo siempre les digo a los enfermos que las enfermedades vienen desde el alma, de lo que también traemos dentro y de lo que vivimos afuera; desde el vientre de la madre, tu infancia, todo, y en el momento en el que estamos ahorita nos indica cómo intervenir si llega a ser necesario y con qué”* (Entrevista N-P.C.).

No siempre es necesario brindar amplias explicaciones sobre el tipo de medicinas alternativas que se ofrecen en los servicios de las CSP, hay ocasiones en que la mejoría es evidente y si el paciente pide mayor información, esta se le brinda, *“la verdad no siempre les explicamos, sólo le indicamos que vamos hacer un masaje o lo que sea necesario. Y ya ellos, cuando regresan te dicen que ya se sienten bien con el masajito y que si se sienten bien; y ya nada más quiere saber ese masajito y ya después preguntan el porqué se le dio ese masaje, para entonces les explicas. Como el caso de ese día que una señora llegó tan mal que le di un masaje y que se puso súper relajada; y lo siguiente que dijo fue -muchas gracias- porque ya se sentía como otra persona, ya no estaba igual porque se sentía muy mal, que en ese momento estaba muy tensa hasta pasó por su cabeza meterse abajo de un tráiler, para que de una vez se hundiera. Pero con la homeopatía que se llevó después de tomar algunos masajes ya ahorita la mujer anda bien”* (Entrevista F-P.C.).

Las p-c en formación, como Francisca, han sido capacitadas para reconocer y trabajar con las emociones de los pacientes, con el fin de ir a la causa real de la enfermedad, *“[...] muchas veces cuando te enfermas, la gente cree que las enfermedades vienen así nada más, y no, las enfermedades vienen de que nuestras emociones no están bien. O sea, por lo que estamos viviendo, hace que nuestro cuerpo se va estresando, así como que nos quedamos guardando todo*

*psicológicamente; y hasta que nos sobreviene una enfermedad y luego se nos va haciendo peor. Son emocionales lo que vamos viviendo” (Entrevista F-P.C.).*

Han hecho suyo el conocimiento que van adquiriendo de distintas fuentes, incluso personalizándolo, ya que lo han utilizado en sus problemas de salud o de sus familiares y les ha demostrado eficacia; como es el caso de Francisca: “yo personalmente conozco mi homeopatía, yo soy una belladona. Y una belladona es acelerada, le gusta que salgan las cosas bien y si no le salen se enoja. Entonces en todos mis tratamientos debo de tomar belladona; y mi hijo también lo es pero además él es un arsénico. Y yo además de ser una belladona, también soy una aconitum, por el miedo. Entonces para las personas que les da miedo cuando quieren decir algo, cosas que ven mal y lo quieren mencionar, pero no lo hacen es porque les da miedo. Entonces, esos son mis medicamentos, cuando me enfermo es un hecho que me lo van a preparar así las demás compañeras” (Entrevista F-P.C.).

Participar en el c-p-c, les brinda la oportunidad de aprender entre ellas a través de la interacción constante en las CSP donde comparten sus conocimientos y saberes, “creo, que mi mayor aprendizaje ha sido aquí con las mujeres de Coacotla. Con Helena, con Francisca, Valeria y con Miriam porque ellas son empíricas, sobre todo Helena que sabe muchísimo de plantas, muchísimo, te dice para qué sirven además de que las conoce a detalle. Entonces, a mi al verlas y escucharlas me dan ganas de aprender cuando las escucho y más porque, bueno yo estoy aquí y a veces viene la gente buscando su salud” (Entrevista P-P.M).

Cuando tienen conocimiento de un nuevo medicamento homeopático o de índole “natural”, experimentan sus efectos con las integrantes del comité, reconocen si se presentan resultados o se presentan efectos secundarios, así validan el uso de nuevos productos entre ellas antes de utilizarlos entre sus pacientes, que en su mayoría son mujeres en etapa menopáusica. Es una forma de estar seguras al

recomendar sus tratamientos, al haber comprobado su eficacia. Es una forma de cuidado para ellas y para sus pacientes.

Reconocer el conocimiento de las compañeras promueve la legitimidad y validación de sus prácticas y creencias como curadoras y como organización, *“creo que también para las mujeres es una oportunidad para valorarse a ellas mismas como mujeres, levantar su autoestima, como por ejemplo Helena cuando tiene que dar la consulta, ella sabe que es la –doctora-, lo cual para ella eso es como muy importante para su autoestima, porque son mujeres que vivieron una vida difícil y dolorosa en su infancia, muy en la carencia totalmente”* (Entrevista P-P.M.).

Las compañeras más jóvenes reconocen en las compañeras de más experiencia, generalmente las de mayor edad, un ejemplo a seguir y una oportunidad de aprender, así lo expresa Victoria: *“yo creo que el estar cerca de todas las mujeres, de cada una de las que forman casa de salud, han sido parte de la inspiración de todo lo que he hecho, durante este tiempo e incluso de mi formación profesional como química y compromiso con la salud”* (Entrevista V-P.C.).

El c-p-c tiene capacitaciones constantes sobre diversas terapéuticas que ofrecen en las CSP, es una forma en la que pueden actualizar y reforzar sus conocimientos: *“yo aprendí, por ejemplo que con el bio-energético te ayuda a ser más precisos [...] como nosotras aquí trabajamos herbolaria y homeopatía ya lo complementamos y como es un estudio que se trabaja con la energía del cuerpo, tienes un receptor, entonces ese te ayuda a saber qué medicamento, qué planta y cómo lo va a tomar; por cuánto tiempo, te ayuda a ser más preciso, pues, porque el cuerpo te dice lo que necesita y con que lo sanas, también”* (Entrevista N-P.C.).

Y obtener resultados con pacientes que han buscado infinidad de alternativas sin obtener mejoría, *“por ejemplo, para personas que tienen enfermedades crónicas así que llegan como desahuciados, pues del seguro de la dependencia del gobierno, ya aquí ya vienen porque no hay de otra, nosotros somos como su*

*última opción, entonces, primero pues los escuchamos, la primera consulta no checamos lo bio-energético sino escuchamos y tratamos de darle así con lo que sabemos y ya si vemos que la persona es constante, que confía y que si va a tomar las cosas, entonces ya le aplicamos el bio-energético y nos ha dado buenos resultados” ( Entrevista N-P.C.).*

### **Relación pacientes-p-c**

Para poder dar cuenta de la relación de las p-c con los pacientes, me fue necesario tener una observación participante y constante del desarrollo de sus consultas, esto implicó tiempo, para poder generar la confianza necesaria con ellas con el fin de que me permitieran estar presente en el consultorio donde se desarrollaba la consulta. Asistí por mes y medio a las consultas de Miriam durante toda su jornada de labores en la CSP-Mina. Ella aceptó que yo estuviera presente, siempre y cuando los pacientes aceptaran mi presencia en el consultorio y mi observación; afortunadamente, en la mayor parte de los casos fue aceptada mi solicitud. Solo en casos que era necesario proteger la intimidad de las o los pacientes se me solicitaba salir del consultorio y regresar con el siguiente. Algunas semanas después, la gente ya me reconocía y tenían confianza; en otras ocasiones, Miriam me presentaba como un compañero de la CDMX quien quería conocer sus procesos de atención-promoción porque me encontraba haciendo una tesis de maestría en la UNAM; por parte de la Facultad de Medicina, y así los pacientes aceptaban mi presencia.

Desde el inicio de mi trabajo, Miriam hizo énfasis en el hecho de que uno de los errores del sistema de salud en México es la falta de escucha al paciente, su opinión es que no se le presta atención adecuada, se ignora a la persona, se desconoce por tanto el origen de la enfermedad y sus malestares. La escucha se hace evidente durante todo el proceso de atención en las CSP, desde la bienvenida en la recepción, donde se solicitan datos detallados sobre la razón de la asistencia del paciente a la CSP. Tanto la recepcionista, como las compañeras de farmacia y las de elaboración de medicamentos, ponen atención especial a los

nuevos pacientes y reciben de manera cordial a los que ya son conocidos. Algo indispensable para ellas saber quien acude sufre de alguna enfermedad crónica degenerativa, o aguda, para poder informar a las p-c a través de en los expedientes y con pequeñas notas en pedazos de papel reciclado que se entregan antes de la consulta.

Las CSP son espacios donde las personas pueden expresar situaciones de su vida que no abren en otros espacios o que nunca se han atrevido a mencionar, por ejemplo, sus preferencias sexuales, el abuso sexual durante la infancia por parte de familiares<sup>70</sup>, o bien cuando comparten casos de brujería, que difícilmente se reconocen, son muestra de que no importando las diferencias en las interpretaciones o los saberes sobre la enfermedad, la CSP brinda un marco de privacidad y respeto como fuente de confiabilidad.

Las promotoras durante sus consultas tratan de darle la voz al paciente, incluso si es un niño o adolescente, cuando acuden acompañados por sus madres; la p-c Miriam escucha la versión de la madre y luego le pide que se retire, para conversar con su hijo y saber cuál es la opinión de ellos sobre sus malestares, se atiende al menor y además se busca mantener un lazo de afecto y confianza con muestras de cariño y empatía.

Problemas familiares, maritales, personales y de todo tipo son escuchados por las integrantes del comité, sobre todo las p-c, su papel es de escuchar lo que acontece en la vida de sus pacientes, generan la confianza de que nada de lo que ellos hablen, saldrá del cuarto de consultas para así poder realizar un interrogatorio detallado con el propósito de brindarles lo más apropiado. Aun y cuando los pacientes se muestren reservados, las promotoras aguardan a que el

---

<sup>70</sup> *“Por ejemplo, las mujeres que fueron violadas cuando son niñas y ahora tienen 70 años o 60 y apenas lo van a decir. Yo veo que cuando un paciente sigue en lo mismo y en lo mismo y no cambia su forma de decir las cosas, ahí es donde yo me voy un poco más profundo a detalle y es cuando logro ver que hay algo más y que no es su enfermedad sino hay algo más que está haciendo daño y es cuando encuentro mujeres violadas en muchos casos”.* (Entrevista M-P.C.)

paciente muestre disposición a expresar datos o pistas para reconocer la raíz de la enfermedad. Según todas las promotoras, muchas de las enfermedades de quienes asisten se relacionan con cuestiones psicosomáticas que provocan padecimientos como: depresiones, rencores, ansiedad, enojos, nervios y diferentes trastornos mentales.

Si los pacientes presentan llanto, lamento, quejas o crisis emocionales son las p-c quienes brindan afecto con abrazos, toman sus manos u ofrecen discursos religiosos de apoyo, para que el o la paciente encuentre una contención a sus problemas y se pueda conseguir un diagnóstico y tratamiento adecuados. Después se les explica qué medicamentos se emplearán y el para qué, todo esto a partir del interés del paciente o cuando la p-c lo considere necesario. Hay pacientes con los que no se profundiza en la explicación, sobre todo en las primeras sesiones de consulta o cuando muestran falta de interés en saberlo.

Existen muchas respuestas del cuerpo ante la situación que vive la persona en su enfermedad y puede haber reacciones a partir del manejo terapéutico brindado, por lo cual se le advierte al paciente, al final de las consultas, que es importante saber escuchar al cuerpo, para poder sanarse y esa es una de sus tareas principales además de tomar los medicamentos correspondientes.

Para que exista un seguimiento del tratamiento, las p-c les elaboran pequeñas notas escritas para los pacientes y les indican no suspender sus tratamientos y medicamentos y poner atención en ciertos síntomas y herramientas para tratar su enfermedad en sus casas sin tener que depender de visitar las CSP.

El seguimiento y contacto continuo con los pacientes es una muestra del compromiso que tienen las promotoras, en general, con las personas que buscan sus servicios, *“por ejemplo, si llega un niño con diarrea, pues se le daría herbolaria o homeopatía y ahí lo resuelves; igual con una tos, pues le das también herbolaria y homeopatía y les damos el cómo y para qué sirve el tratamiento dependiendo de la enfermedad. Ya si está muy mal el paciente, como un niño, les decimos que*

*regresen en 8 días o 15 días, dependiendo del caso, y se le da un seguimiento hasta que ya sale del cuadro más activo y, de ser necesario, estamos en contacto con ellos, cualquier cosa nos hablan para saber si es mejor que se remita a una atención más especial” (Entrevista V-P.Q.).*

Algo muy valorado por los pacientes son las explicaciones que las promotoras brindan sobre los medicamentos y el tipo de terapia que ellas utilizan., “[...] *es que siempre dan aclaraciones. Yo siempre he creído, desde que estuve por primera vez aquí, hay resultados pero sé que es desesperante también porque queremos una medicina como paracetamol, que te cure rápido, y esto no es así. Por eso yo me he ido y me desespero, sé que este tratamiento es lento pero es seguro porque ya va uno sanando, no es que nada más te va a quitar la calentura o el dolor de cabeza, y ya pero el mal sigue hasta que se encuentra el fondo del problema” (Entrevista PAC-2).*

Muchos pacientes llegan por recomendación de algún conocido y al experimentar las terapias que se ofrecen en las CPS reconocen su eficacia, pero lo más valorado es el trato que reciben, *“los pacientes que han llegado, algunos llegan por información de experiencias de que alguien le dijo: -allá venden gotitas y esto-, y cuando llegan por primera vez, llegan con desconfianza, tal vez, llegan no muy seguros, pero cuando empiezan a experimentar los resultados de que la homeopatía o la herbolaria ha sido su mejor opción, ellos mismos empiezan a decir: -recibo un buen trato-, son muy conscientes tanto en la espiritualidad como en lo económico, se preocupan; porque lo que he visto en casa de salud es que a las mujeres les ha interesado la salud de sus semejantes, de sus pacientes, incluso de los que no son sus pacientes invitan a que vengan y se sanen aquí, a que prueben los medicamentos y se mejoren” (Entrevista PAC-3).*

La forma de entender la enfermedad es algo compartido por los pacientes y las p-c, ante la búsqueda de explicaciones respecto de la enfermedad. Las promotoras brindan un panorama que es aceptado y compartido a través de un diálogo que

genera confianza. *“Yo tomaba la enfermedad de mis hijos como algo fuerte, con lo que no podía luchar. Porque a veces uno necesita ayuda de combate, pero aquí me dicen la otra parte que no me dicen los médicos, la otra parte que me dicen aquí es lo emocional, que existen otros factores, la situación a veces de la familia, el medio en el que estás, lo subjetivo se dice aquí; entonces mi concepto de ver la enfermedad ha cambiado gracias a nuestra experiencia”* (Entrevista PAC-2).

La representación de las promotoras, y en especial de Miriam, como p-c con un largo trayecto de servicio, es que para llevar a cabo sus tratamientos es necesario mantener una relación con sus pacientes y con Dios, esta última relación es muy importante, porque de ella surge su posibilidad de curar. Ella me relató al respecto que, *“hace tres años, después de un grave accidente en un camión de transporte rumbo al encuentro de Salud en Manos del Pueblo, yo dije que lo que el señor me regaló fue un don, es un don de sanar. Porque yo te puedo decir que no soy una persona que estudió mucho, pero si yo me pongo a leer algo, te aseguro que una vez que lo lea se me queda. Los medicamentos los leo dos a tres veces y cuando estoy en la consulta los vuelvo a recordar, vienen a mi mente otra vez y ya sé qué es lo que la persona necesita como medicamento, entonces, le voy y pongo esto y aquello nuevo. Hace tres años, ni creas que tiene mucho, yo dije que Dios me dio un don y no lo puedo despreciar. Entonces, eso me ha hecho que ahora vaya con mucho más gusto a la consulta, me prepare más y esté yo más, porque a mi me costaba mucho ir a la consulta y platicar sobre tantos casos tan difíciles”* (Entrevista M-P.C.).

La relación entre terapeutas-pacientes que se desarrolla a lo largo de su trabajo como CSP, genera confianza en los resultados y por lo tanto adherencia a las terapéuticas, *“Hay gente si que tiene muchísima confianza con nosotros y nos tiene dicha confianza para seguir en las consultas; y también como los que están siempre, que nos visitan cada año o cada dos años, pero que están siempre presentes. Hay muy poca gente que es nueva o van llegando nuevos, pero hay gente que siempre ha estado en la casa de salud. Yo digo que les ha gustado el*



*trato y si, si les hemos ayudado, pues, si ayuda. Sienten confianza en la terapia y el tipo de relación que se hace con ellos” (Entrevista M-P.C.).*

Algunos pacientes de comunidades indígenas que asisten a las CSP son bilingües, solo en algunas comunidades en que han ido a dar consultas en la Sierra de Santa Martha encuentran personas monolingües que necesitan de la intervención de un intérprete, *“algunos pacientes son nahuas, ellos ya están muy españolizados o castellanizados, ya hablan los dos idiomas perfectamente e igual con los zapotecos. Donde yo tenía gente que me ayudara en la traducción era en la zona de Tatahuicapan porque allá se habla más todavía el náhuatl, ahí hay mucha gente que no habla el castellano o el español, y entonces si tenía que haber un tipo de interpretación con ellos” (Entrevista M-P.C.).* Las promotoras tratan de dar acceso a sus terapias a todo tipo de población y no poner límites para otorgar su servicio, adaptándose a las circunstancias y contexto donde se solicitan sus prestaciones, aunque muchas veces esto crea dificultades en la interpretación o comunicación con pacientes de lenguas indígenas. No obstante, las promotoras no conocen las lenguas de estas poblaciones y por lo tanto tampoco cuentan con el recurso para poder establecer una comunicación en ellos.

También varios de sus pacientes pertenecen a diferentes iglesias, existe apertura de su parte ante los dogmas religiosos que se presentan en diversas comunidades, principalmente protestantes; las promotoras muestran respeto y cuidado en su trato con ellos, *“puedo decir que tengo muchos pacientes de otras iglesias como testigos de jehová, adventistas, evangélicos, los mormones pero siento que cuando ellos me conocen a mi, siento que ellos como que entienden esa parte porque yo siempre pregunto ¿de qué religión pertenecen? y ya me dicen a la que pertenecen; entonces, yo el trato que hago siempre es como cuidar mis palabras y, como siempre, les digo que oren a su dios para que les ayude” (Entrevista M-P.C.).*

Todo parte de la fe del paciente hacia un Dios; es una de las creencias centrales y que se comparte en todas sus consultas. Las promotoras consideran que sea cual

sea su fe, en ella deben de apoyarse para que exista una curación-sanación a sus malestares. Ellas no cuestionan a las personas ateas, agnósticas o de otra religión, afirman que todos creen en algo y con eso hay que trabajar como medio y fin del bienestar de las personas.

Algo que han aprendido a través de su experiencia es que hay que respetar las decisiones de los pacientes, pues cada uno vive situaciones y condiciones sociales que son diferentes y, a partir de esas particularidades, deciden. Privilegian enfocarse en los cuidados del paciente y comprender que las decisiones personales pueden estar fuera de su competencia, hasta que no sean los propios pacientes (en su mayoría mujeres) quienes pidan auxilio. En casos de infidelidad y de violencia, las promotoras son un apoyo, pero en ocasiones prefieren guardar silencio, escuchar y buscar soluciones a los problemas dentro de lo que les corresponde como p-c y no tratar de dar consejos o sugerir que las pacientes tomen decisiones como la ruptura con sus parejas, ya que esto puede traer más problemas y frustración para las promotoras. Al respecto, Miriam comenta: *“Antes, cuando las mujeres me contaban sobre infidelidades de los esposos, yo les sugería que los dejaran y siguieran solas. Luego me enteraba que ellas regresaban con sus parejas, preferían perdonarlos a quedarse solas y sin alguien que las mantuviera. Aceptaban el adulterio y regresaban con ellos. Esto nos molestaba pues no comprendíamos que preferían seguir sufriendo. Fue hasta platicar con la Dra. Silvia durante una campaña de colposcopia, donde muchas de las mujeres llegaban con infecciones de transmisión sexual a causa de virus del papiloma, ellas reconocían que sus maridos les eran infieles y esto estaba afectando su salud. Ella nos dijo que hay cosas que nosotras no podemos cambiar. Esto nos enseñó que aún en casos graves con riesgo de cáncer, muchas mujeres seguirán perdonando a los varones porque son su sostén económico y de seguridad”* (Entrevista M-P.C).

La relación p-c y pacientes es muy cercana en la CSP y trata de integrar no solo el malestar en el cuerpo sino muchos otros aspectos que conforman a la persona,

fue algo que pude constatar, después de haber asistido por varias semanas a sus consultas.

Desde una postura religiosa existe una identificación de que el diálogo entre las p-c y sus pacientes genera resultados óptimos, eficaces, dentro de las terapéuticas ofrecidas en las CSP, a lo que Paquita menciona: “[...] *la escucha, esa es así como que fundamental, la terapia de la escucha porque incluso mucha gente que viene dice que casi se viene muriendo, pero, la gente empieza a platicar y hablar y ya casi cuando se termina parece que ya no quieren tanto las gotitas, pues, ya se sienten mejor. Entonces, como que esa parte yo le llamo la pastoral de la escucha esa es la mejor terapia que la gente recibe aquí. La otra, sobre todo aquí en Coacotla, son las ventosas, masajes y la auriculoterapia y lo de la escucha. Y en Mina es también más masajes, no he visto que pongan ventosas, la auriculoterapia; se hace el Papanicolaou y las consultas, es lo que se trabaja*” (Entrevista P-P.M.).

Una limitación que señalan algunos pacientes es que el c-p-c solo brindan sus servicios en un espacio, días y horarios establecidos, esto hace que en ocasiones se limite su accesibilidad, “[...] *creo que, aunque existe la convivencia y la disposición de ellas en atenderme, por su sencillez y humildad, desafortunadamente nada más dan consulta un día a la semana y la enfermedad no va a esperar, si da el viernes, hay que esperar hasta el siguiente jueves para poder venir a la consulta. Este es el único problema que hay aquí. Pero de que hay acercamiento, si lo hay y es muestra de más de 15 años de conocerlas*” (Entrevista PAC-2).

Otra limitación reconocida por las promotoras en su trabajo de atención a la comunidad y la resolución real de los problemas de salud, es que no solo es una cuestión del cuerpo o las emociones, sino un problema social y una falta de cultura de cuidado y prevención que se vive en la mayoría de la población. “[...] *no se puede, o yo tendría así algo como que decirte, pues, creo que la gente sana en un*

50 ó 60% pero diría que la gente sigue siendo responsable; quiere que le quites el mal estar y ya se siente sano. Le quitas la tos y ya, pero no sabes que a lo mejor esa tos tiene otra cosa, no es una tos cualquiera y puede ser una tuberculosis, pero la gente no tiene ese hábito y ese es un problema porque tú resuelves lo primero, nada más resuelves el dolor, lo que le está pasando y ya” (Entrevista M-P.C.). Esto ocasiona que la gente siga enfermando o se presenten complicaciones por no prever las consecuencias o los riesgos.

### **Las p-c como reproductoras del saber biomédico**

Es importante señalar que la atención que brindan las promotoras en las CSP reproduce muchas de las características de la atención biomédica, como el uso de estetoscopio en consultas de personas con infecciones respiratorias, para identificar la presencia de flemas en pecho y espalda. O el uso de básculas para el peso del paciente e incluso el uso de monitores electrónicos o manuales para medir la presión arterial de todos los/las pacientes.

Incluyen en los expedientes copias de los estudios de laboratorio con los que cuentan los pacientes, esto genera mayor certeza y validez a las acciones de la CSP. Dar seguimiento a cada paciente a través de datos biomédicos, permite certificar sus diagnósticos y dar continuidad en sus próximas consultas. Las p-c reinterpretan los resultados y dan la información necesaria a los pacientes sobre los riesgos o posibles daños en su cuerpo y, utilizando términos biomédicos, les señalan datos sobre ciertas afecciones en el hígado o en los riñones, como una cirrosis hepática, “por los corajes que surgen por problemas familiares”. En el caso de pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, se les recomienda acudir a sus consultas con exámenes de glucosa, colesterol y triglicéridos, para conocer en la consulta los niveles en la sangre y así darles una mejor atención. Consideran que, para dar un seguimiento a esos casos crónicos de manera óptima, es necesario contar con esa información biomédica.

Reconocen y validan infecciones como las del *streptococcus pneumoniae* (neumococo) cuando se presentan altas temperaturas, con escalofríos, y las

piernas del paciente se ponen rojas. Para ello recomiendan seguir con los tratamientos alópatas, además de consumir plátano, junto a sus hojas y tronco, para preparar un jugo castrado de la planta. Esto le ayuda a los pacientes también con tuberculosis e infecciones parecidas en los ganglios, aclarando que la infección se presenta con mayor intensidad cuando se encuentran las personas con un alto nivel de estrés.

Algunas mujeres llegaban a las CSP después de realizarse una prueba de Papanicolaou para que las promotoras interpretaran sus estudios y les dieran información sobre su cuidado. Hubo un caso de consulta con Miriam donde le llevaron los exámenes y, en su opinión, identificó que la paciente cursaba con una displasia cervical nivel uno, un cáncer a nivel uno. Esa información no le fue proporcionada por su médico ni tampoco el riesgo en que se encontraba la paciente. Las promotoras por lo tanto le recetaron un jarabe de sábila para encapsular las células cancerígenas, lo que debía ser tomado dos veces al día, además de consumir vitamina A de manera cotidiana y seguir en control.

Las representaciones de las p-c se combinan con otras representaciones que proceden del saber médico. En los expedientes de la CSP se registra el peligro de infecciones respiratorias y gripes a causa de la humedad de la región, falta de higiene fuera y dentro de las casas-hogar; adjudican a los “aires” y contaminación de la región como la causa de vómitos, náuseas y dolores generales, debido a las plantas industriales de refinería o producción de productos derivados de hidrocarburos.

Identifican la falta de hierro en la sangre, según los exámenes, como causa de anemia, por lo que recomiendan una mejor dieta que consiste en comida verde como quelites, espinacas, lechuga, brócoli, chayote; con los cuales se pueden complementar las comidas cotidianas pues, para tener mayor energía es necesario subir la hemoglobina para que el hierro pueda aumentar la potencia física, de lo contrario sería necesario hacer una transfusión; refieren a la presencia

del humo de tabaco o cenizas dentro del hogar como causa de un enfisema pulmonar que, aunque se puede atender con el uso de medicamentos alópatas, pero con la homeopatía u otro método alternativo se puede tratar la raíz del problema, evitar la acumulación de moco en el aparato respiratorio para no empeorar la situación.

Estos saberes los han adquirido a través de diversos medios, pero uno muy importante es a través de sus capacitaciones, Francisca me dijo: *“También se nos decía que cuando es un enfisema pulmonar, que a la vez ya no había una posible curación porque ya había un cáncer. Y porqué se debió, porque la tos mal curada, porque no nos tratamos como debía de ser; porque a veces las medicinas alópatas lo único que hacen es que van empeorando, si te da una tos, pero luego que te tomas la medicina y que te quita una tos muy rapidita, pero nunca madura sino que nomás se te quita y ya. Y la medicina natural hace se te madure la tos y ya luego tienes que expulsar todas las flemas; entonces lo que va haciendo el pulmón, pues lo va guardando y va guardando toda esa tos y se va endureciendo hasta que se hace un enfisema. Y sobre todo por causa del humo y todo eso en tabaco; pero sobre todo en las mujeres se da más porque se cocina en la leña, se inhala mucho el humo de la leña y esa es la causa de las enfermedades en los pulmones para nosotras las mujeres”* (Entrevista F-P.C.). Mediante de su discurso, pude identificar como existe una reinterpretación de los conceptos biomédicos que han aprendido y que ellas llevan a su propio saber. Esta información biomédica la reciben de profesionales médicos a los que les reconocen autoridad, y que les brindan conocimientos sobre diferentes aspectos del cuerpo y las enfermedades, enfatizando en las consecuencias de algunas enfermedades crónicas.

Una paciente de más de 40 años llegó a las consultas de la CSP-Mina con el deseo de lograr un embarazo, pero la p-c le sugirió ya no era buena opción para ella, por las condiciones en las que se encuentra el cuerpo de una mujer a esa edad. Ellas opinan que hay límites biológicos que no posibilitan la existencia de un embarazo en óptimas condiciones, para la madre y el futuro hijo y así se lo expresaron. Mostraron de nuevo que en su ideología como p-c existe un marco

biomédico que dicta sus diagnósticos, recomendaciones e incluso algunos de los tratamientos.

Durante el 2017, se elaboró en la CSP-Mina un registro de los pacientes con diabetes e hipertensión; en un formato se anotaron nombre del paciente, edad y padecimiento de cada paciente. En una tabla con tres columnas se asentaba fecha del registro, nivel de glucosa en la sangre (mg/dl) y presión arterial (mm/hg); la parte inferior de la tabla contaba con varios renglones para anotar observaciones sobre el seguimiento del caso. Este registro se tenía con el fin de realizar visitas a esos pacientes, tarea que realizaron por algún tiempo; sin embargo, dadas las limitaciones económicas y la sobrecarga de actividades del p-c, este proceso se suspendió.

Durante otra consulta con Miriam, se atendió a una mujer que acudía a chequeo vaginal, ya que le habían realizado una electro-cirugía para eliminar el virus del papiloma. Ella aseguraba que en el lugar donde le hicieron esta intervención no le fue aplicada anestesia local o gasas, ni tampoco se le proporcionó información sobre el procedimiento. El principal interés de la paciente era acudir a un lugar donde le brindaran una explicación de su enfermedad y la razón por la que le realizaron la electrocirugía. La p-c le dio información sobre la infección del virus, su relación con su vida sexual y le sugirió utilizar condón con sus nuevas parejas, como una protección para enfermedades de transmisión sexual. Se le explica que la intervención quirúrgica fue para evitar las consecuencias de la infección por el Virus del Papiloma Humano. Se le recomienda realizarse sus exámenes de detección en la CSP durante las campañas de Papanicolaou con médicos especialistas en colposcopia y ginecología que las apoyan.

Fueron múltiples las ocasiones en que algunos pacientes acudían con sus estudios de laboratorio con los niveles de glucosa, colesterol y de otra índole, ya sean realizados en laboratorios públicos o privados; acuden con las p-c para que les expliquen de manera simple lo que esos resultados significan. Hubo una ocasión en que una mujer traía sus recetas y medicamentos para que la p-c le

tradujera los diagnósticos y así comprender su situación. A la mujer, su médico le informó que tenía una infección por lo cual se le recetó Levofloxacino, Bezafibrato y Ciprofloxacino. Miriam, al ver las recetas y medicamentos, le hizo un dibujo a la paciente para detallar cuál es la función de las trompas de Falopio y la matriz, advirtiéndole que en su situación debía recibir un tratamiento lo antes posible para no tener mayores complicaciones, incluso cáncer. Ella lamenta que su médico no le haya proporcionado una mayor explicación sobre su caso y los riesgos si no recibe la atención adecuada.

Otra práctica que las promotoras realizan y genera confianza, legitima sus conocimientos y que respalda sus acciones como promotoras, es la consulta de diferentes libros durante la sesión ya que son vistos por los pacientes como una fuente formal de conocimiento al cual recurren profesionales como los médicos. En correspondencia a esta confianza, la p-c constantemente agradece durante sus consultas la confianza que le brindan los pacientes.

### **Promoción de la salud y trabajo comunitario**

Las mujeres que trabajan en las CSP son reconocidas como promotoras de la salud, no solo como curadoras. Las acciones que llevan a cabo dentro y fuera de las CSP les han hecho establecerse como agentes activas para un cambio social. *“Dentro y fuera lo que trabajamos son los talleres con mujeres, luego por ejemplo en casa de salud se trabajó lo de la cría de pollos, les enseñamos a la gente a hacer, o nos enseñaron, porque hasta yo aprendí, hacer el alimento de pollo pero con plantas todo natural, de una manera sin que llevaran tantos agroquímicos pues, como el alimento de Bachoco™ ya no, todo eso nos enseñaron, pa´ hacer el alimento a tratarlo con herbolaria o usar la homeopatía, todo eso”* (Entrevista N-P.C).

Ellas me refirieron que la promoción de la salud debe ser llevada a cabo como si fueran ellas mismas el ejemplo a seguir, *“[...] la promoción es cuando nosotros mismos debemos promocionar porque te ven la actitud de cómo caminas, cómo*



*vas y te vienes, porque la gente nos dice dónde camina y a dónde van; y te ven que andas bien y que sigue ahí, estando ahí entonces te siguen. Pero me debo poner así como muchas más energía porque, nosotros que sufrimos de diabetes debemos poner mucho para nuestras defensas; porque cuando las defensas ya no tenemos y nos debilitamos, se viene y nos ataca la enfermedad” (Entrevista Grupo Focal).*

*Invitan a sus conocidos y comunidades no solo a promocionar la salud sino a promocionarse a sí mismos como sujetos responsables de su salud y ser una referencia para los demás, “Pero cuando tu cuidas tus defensas, pese a la diabetes, te sientes bien y con la energía para trabajar y ahí mismo ve la gente; no podemos dejar de ser valientes y ¿porqué?, es como le digo a Vale, nosotras como promotoras de salud debemos cuidarnos, sino que tenemos que ver y animar a las otras personas más. Yo siento que el promocionar es promocionarse a sí mismo; y ya te dije, quieres mejorar las defensas con las plantas y así, también van a querer los sueros de betabel se debe de promocionar lo mismo que vas a querer. Es promocionar no nada más mencionarlo” (Entrevista Grupo Focal).*

*El papel que representan las promotoras del comité y sus CSP hace que tengan una noción clara de su rol como agentes sociales de cambio. Al entender la salud desde una perspectiva integral, “[...] promoción de la salud es realmente, llevarla a los lugares donde, a los más necesitados donde no, no se tiene ahora si el área de salud realmente, darla a todos y enseñarles que la salud no nada más es curarte sino es un todo, es lo que te decía, una vivienda digna, buenas condiciones de trabajo, una buena alimentación, una buena educación todo tiene que ver con la salud, eso es realmente darle promoción, no nada más es de que te voy a curar con una pastilla, te voy a dar una consulta y ya y te vas, y ya después no sé qué te paso, es formar a la gente en que van a su salud y la de sus familiares” (Entrevista V-P.Q.).*

A lo largo de su trabajo del c-p-c, desde hace más de 20 años, en las CSP han impulsado la educación popular mediante revistas y folletos, con temas enfocados en seguridad alimentaria y situación del campo en México, terapéuticas tradicionales y alternativas, promoción de la salud, elementos básicos de la teoría del género, crías de aves de corral (derecho a la alimentación), nutrición, enfermedades de la etapa del desarrollo, hortalizas, enfermedades por exceso de malas condiciones de trabajo, la importancia de la alimentación para prevenir enfermedades, enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada, enfermedades por falta de agua y servicios básicos, recomendaciones sobre cómo examinar a las personas enfermas, enfermedades de la mujer y salud reproductiva de la mujer, entre otros. Algunos de estos aspectos son parte de los cuadernillos de la CSP de Minatitlán, en colaboración con POBLADORES A.C., la UCIS-Ver y con Heifer internacional en el texto de: cultivando nuestro alimento (pases en cadena). La crianza agroecológica y colectiva de pollos. Además de su colaboración en las revistas de “Compañeras, mujeres campesinas e indígenas del sureste”, donde se habla de los encuentros en los que han participado.

Al surgir como grupo impulsado por la Iglesia católica, un elemento central de su cometido era dar servicio, ayudar, educar, prevenir en el terreno de la salud/enfermedad, por ello se revaloró el término de promotoras de la salud. El sacerdote Arturo nos comparte que “[...] *la propuesta era, llamarlas ‘catequistas de la salud’, empezamos a emplear un término que ellas sintieran que no era aprender para lucrar y negociar, sino que era un servicio, dentro de todos los servicios que tenía la estructura parroquial y que lo fueran sintiendo como un servicio a la comunidad. Por ello no los llamábamos promotores de la salud sino catequistas de la salud. Y era una propuesta dentro de la pastoral social para llevarlos y ayudar a las comunidades, especialmente con el slogan que no era para curar enfermos, sino era ayudar a la comunidad a prevenir enfermedades y educar para que se enfermaran menos*” (Entrevista A-S.C.).

Continúa la charla diciendo que ha sido un largo y duro trabajo a lo largo de varias décadas para obtener un reconocimiento como mujeres pertenecientes a la pastoral social y que a través de una constante capacitación y trabajo comunitario se ganaron el título de promotoras de la salud en las CSP y defensoras populares, *“entonces nos metimos a enlazarnos con CENAMI, que es el centro nacional de apoyo a comunidades indígenas, yo los conocía, empezamos a pedir talleres con ellos, nosotros ir a capacitación al centro del CENAMI, caminamos 12 años que yo estuve ahí en la parroquia, en este sentido impulsando el trabajo de la salud pero entendida desde algo integral, que tiene que ver con los derechos a la vivienda, los derechos a la tierra, al territorio, los derechos a alimentos sanos, a la sustentabilidad alimentaria, y empezamos a tratar todos esos temas, que se relacionan con la salud y empezar a mirar la capacitación de los promotores como un poco mas integral [...]Y entre todos estos proyectos el de la casa de salud es un proyecto donde se estuvo impulsando lo que es el plan integral, las artesanías, lo que es la escuela de derechos humanos que está pendiente, pero que se capacitaron para hacer promotores, les llamamos nosotros defensores populares y la intención era crear aquí una escuela de defensores populares de los derechos humanos. Y toda la cuestión de la defensa del territorio, de la identidad indígena, la recuperación y con ello el mejoramiento de viviendas con eco-tecnias. Materiales propios de la región que se han hecho en algunas casas de las mujeres y son ellas quienes apechugaron todo, y las que se quedaron y las que están ahí y siguen en lucha de defensores populares”* (Entrevista A-S.C.).

En este papel de promoción de la salud del c-p-c, están distanciadas de las políticas públicas en materia de salud y no tienen interés de vincularse por considerarlas impositivas hacia las comunidades, y también surgen cuestionamientos sobre temas vinculados con una posición católica como el rechazo a los métodos anticonceptivos.

A lo anterior el sacerdote me comentó que: *“No, no ha habido relación ni vinculación, tampoco se han metido con el trabajo de ahí, sino que ha sido un*

*trabajo se puede decir paralelo, porque ni bien ni mal. Han estado al margen. La idea es tampoco vincularnos, porque el sector salud tiene una serie de dinámicas y políticas que no son las dinámicas y políticas de nuestros pueblos originarios y entonces el cooptar a las parteras y prepararlas pero meterlas en la dinámica de anticonceptivos y estas cuestiones, que culturalmente no es una decisión de las mujeres sino es una imposición del sistema y no se permite que ellas libremente decidan, si o no. Y con engaños y todo eso, o robarse los conocimientos de la gente, la biopiratería, este, es mejor hacer un trabajo alejado de toda esta estructura política y partidista” (Entrevista A-S.C.).*

### **Compromiso comunitario.**

La forma de vestir de las promotoras y p-c de la CSP en días de consulta busca ofrecer una apariencia de limpieza, al vestir con colores cálidos y claros, con vestidos de la región. Al final buscan un arreglo personal para dar una impresión positiva de bienvenida, desde el personal de farmacia, de elaboración de medicamentos, recepción y terapeutas todas se arreglan de una forma especial para sus días de consulta.

Frente a las situaciones actuales en el sistema de salud pública en México son las CSP una opción alterna en donde se puedan brindar servicios de atención primaria a la salud, en donde sea la misma comunidad quienes intervengan en el proceso s/e, “[...] *ahorita más por la necesidad de la gente, de mucha gente enferma; por ejemplo, ahora que estamos haciendo el censo de bienestar, hay mucha gente que desde que tiene una herpes, o no se que sea en la cabeza, ya están todos preocupados cuando se les preguntan las causas. La gente duda en ¿qué se tomará? o ¿qué hará al respecto?, entonces te das cuenta de la gran necesidad que la gente tenga; y el otro, porque cada día se va haciendo difícil la situación, ¿no?, y qué va haber el momento en que, a lo mejor, no tengamos dinero como para llevar a un familiar con un médico [...] es una necesidad y no nada más de uno, sino que, irles diciendo a las demás personas que vayan conociendo también de la medicina natural; ese también es el motivo de que se*

*sigan haciendo las capacitaciones cada año, para que la gente cada año (jóvenes, señoras y quienes quieran) vayan preparándose y se sigan formando, nada más para que vayan conociendo la medicina tradicional'* (Entrevista F-P.C.).

El papel que tienen las promotoras de la salud en sus comunidades va más allá de dar registro y seguimiento a ciertos casos de enfermos, agudos o crónicos, tienen un mayor involucramiento y compromiso, lo que realmente significa ser un agente social de cambio; Miriam me mencionó al respecto: “[...] *me acuerdo que en la primera vez que a mi me tocó consultas a domicilio fuimos a ver a un señor que tenía una várice desde la rodilla hasta abajo, estaba abierta y vivía solo el hombre; dijeron los compañeros: -lo vamos a curar, ¿todos?, -sí, lo vamos a curar- y a lo último me lo dejaron a mi, yo lo curé como tres años seguidos. Un día si y un día no, le hervía su agua de cuachalalate, iba y le lavaba la pata; hasta que dejé la herida así (señal de algo chico con los dedos); se fue de ser una herida bien grandotota se fue haciendo chica. A mi me sirvió esa práctica, uno: para conocer que un promotor de salud no nada más se puede meter a hacer medicamentos sino va a la comunidad, o sea, eso es lo que yo siempre he dicho [...]*” (Entrevista M-P.C.).

El c-p-c está formado por mujeres que prestan sus servicios de manera voluntaria y sin fines de lucro, aunque esta labor no resulte fácil y genere deserciones, “[...] *en la casa de salud habíamos sido 20 a 21 pero ahorita cada vez somos menos, creo que estamos entre 16 las que están [...]* lo único con lo que contamos es lo que entra de la consulta los jueves para la CSP. No hay otra entrada de dinero ya que lo demás se destina a nuestros demás proyectos. Todo lo que dan las mujeres es un servicio humano, ahí si creo que está rebasado eso” (Entrevista M-P.C.).

Los proyectos que se trabajan junto con la comunidad son cada vez menos, ya que han pasado los años y las necesidades propias, del municipio y sus diferentes colonias, se mantienen dinámicas y constantes “[...] *nosotros vamos haciendo o*

*tratando de seguir haciendo ese trabajo, pero ha sido muy difícil. Está dentro de nuestra línea de trabajo, si, y tratamos de estar un poco conectados con la sierra, que son los que más trabajan la cuestión de eso; pero siempre lo tenemos como algo urgente, siempre como algo urgente pero también decimos nosotras que no somos muchas, que tratamos de meterlo siempre en nuestros talleres de cuidado de medio ambiente como parte de la noción de la salud. Nosotras hacemos compostas y antes nos dedicábamos más, ahora ya no tenemos las capacidades físicas ni la misma participación de los jóvenes” (Entrevista M-P.C.).*

Las integrantes del comité reconocen que su modelo de promoción-atención puede ser una opción, para replicarse en otros espacios comunitarios por parte de las respectivas poblaciones; tal y como lo reconoce Miriam: *“institucionalmente, pues, yo creo más bien que fuéramos como un modelo, como algo que pudiera hacerse en otros lugares ¿no?, con esa intensidad, con ese amor; que la gente lo tomara como un modelo que se pudiera lograr en otros lugares y que si se pudiera hacer. Que lo que sirva de la casa de salud para ponerlo como a caminar, que ese fuera el reconocimiento” (Entrevista M-P.C.).* Es a partir de este ideal que desde su punto de vista se pueden generar políticas públicas debido al impacto de su modelo, *“[...] sería un sueño que pudiéramos tener, pero yo creo que todo se puede, nada más es como que para mi lo esencial es ayudar a los demás, que la comunidad esté bien y si la institución lo puede lograr a hacer porque tienen todo, todo, pues, adelante. Si la Iglesia lo quiere hacer, adelante, porque ellos dos tienen todo, la comunidad siempre espera y se involucra porque la comunidad se involucra. Yo creo que la gente se involucra para hacer las cosas, hay gente buena y gente mala como en todo, pero hay gente muy buena y responsable que quiere hacer las cosas y yo le apostaría que, si realmente un día pudiéramos lograr hacer que el trabajo de casa de salud fuera un ejercicio que se pudiera hacer en otros lados, pues, yo creo que me daría por bien servida en todos mis 30 años de servicio” (Entrevista M-P.C.).*

Todavía con la presencia de obstáculos de diferentes índoles, las mujeres del c-p-c buscan que las CSP mantengan su papel de centros de promoción-atención a la salud de manera integral, pese a los comentarios de que “[...] *hay muchas personas que nos tratarían como bruja; y nos trataron. No fue de otros, fue nuestra vecina quien dijo: la H es una bruja, la V es la bruja porque manejan pura planta y no es así; nosotras estudiamos cuáles son las plantas curativas y cuál planta son tóxica. Con éstas no se puede curar, como el famoso toloache y la campana, no se puede, si sirve para medicina, pero nomás el olor de la flor porque estudiamos qué bota el olor de la flor; nosotros lo estudiamos, pero muchas personas nos están diciendo, como que confundiendo, no, nosotros somos únicamente promotoras de salud herbolaria vaya a donde vaya.*” (Entrevista Grupo Focal).

El trabajo de apoyo a las mujeres por parte de las CSP ha sido un factor que les genera amplio reconocimiento y algo más “[...] luego como trabajamos con mujeres, en acompañamiento con mujeres, luego hay casos así, por ejemplo, donde una chava el marido le quemó la casa, que porque la quería sacar; entonces nos vamos, allá al Ministerio y eso, ya nos dicen más o menos qué hacer y pues ya las acompañamos, las asesoramos una vez que ellas no saben ni hablar, ni que hacer ¿no? entonces las acompañamos nosotras y si nos ha ayudado” (Entrevista N-P.C.).

La postura del c-p-c es el empoderamiento de las mujeres que se incluyen en los proyectos, reconociendo su papel en el cuidado-prevención-promoción-atención a la salud, pero esta postura también ha tenido consecuencias e inconformidades a lo largo de su experiencia como colectivo. “*En momentos ha habido rivalidades, enojos hemos tenido, confrontaciones fuertes lo que ha causado división también y eso ha debilitado mucho el proyecto porque también ha habido deserciones; nosotras otra cosa que vimos cuando iniciamos el proyecto yo te decía que éramos, afortunadamente, 80 personas entre mujeres y hombres; los hombres al sentir que no eran ellos los que tenían poder, porque eso si esto es un matriarcado, entonces, por ejemplo, Miriam es como la cabeza de todo esto y ya ahí venimos todas. Pero yo creo que siempre le he dado su lugar a Miriam tanto*

*aquí y allá. Es así como que los hombres se percataron que ahora las que están empoderadas son ellas, las que dan la consulta son mujeres, las que atienden la casa son mujeres, la que manda es mujer es así que, como de repente, se sintieron como que no podían y se fueron así como yendo [...]”* (Entrevista P-P.M.).

Las CSP buscan ser una opción comprometida para la población que atienden, reconociendo que las condiciones estructurales y de marginación en las que subsisten, están fuera de control. Esto genera frustración, “[...] *no hay otras opciones, aquí no hay otras opciones y a veces si duele y te da impotencia no poder ayudar a la gente, porque no tienes los recursos, no tienes los medios ¿no? y cada día la población va necesitando más y no hay nada que ofrecerles, no hay un proyecto realmente; si está el proyecto de casas de salud pero, a veces nos limitamos por los recursos, como uno quisiera ayudar a todo el mundo y la casa ha sido así, ayudar a todo el mundo como a las personas que van a consulta y te dicen: -no es que no tengo para pagar- y yo siempre, bueno nosotras siempre les decimos, lo importante es que tu te cures, no que nos pagues con un pedazo de papel”* (Entrevista V-P.Q.).

También sus propias condiciones económicas limitan o dificultan la realización de proyectos comunitarios, los cuales se realizan, pero con mucho esfuerzo. “[...] *hay más gastos, porque, se inició la escuela de promotores ¿no?, entonces la misma casa sostiene a veces todo eso ¿no?, otra, porque las consultas a veces, como la situación en el estado de Veracruz ha cambiado mucho porque la gente ya no tiene empleo, entonces a veces no nos pagan los medicamentos ¿no?, nosotros los donamos, porque necesitan la atención y si se ha visto afectado”* (Entrevista V-P.Q.).

El c-p-c reconoce condiciones de racismo o discriminación en las comunidades donde trabajan y frente a esto, buscan poner énfasis en la valoración de las mujeres, como señaló Victoria: “*Te voy a poner un ejemplo, en donde estoy en Coacotla es una comunidad indígena, la mayoría los ven así como de menos*



*como que se tiene una palabra muy fea para decirles que son indios y así ¿no? que son pobres o los ven mal. Yo en el tiempo que he estado ahí tengo un grupo, bueno ahorita está en stand by pero, tengo un colectivo de pan, las mujeres que van son indígenas la mayoría, ese reciente acercamiento me hizo entender muchas cosas, que están en otras condiciones, que es mujer indígena, allá en su comunidad los hombres, ellas están así para la casa, que ellas nada más sirven para eso hay mucha violencia en sus casas por parte de sus esposos hasta de sus mismos hijos, no son comprendidas, entonces en ese espacio de las casas de salud ellas se sintieron como más a gusto, yo en ningún momento hice algún o ningún tipo de discriminación, para mí al estar con ellas, siempre se los he dicho, que aunque yo tenga un título ahí no sirve, yo ahí soy igual que ellas y tengo los mismo derechos” (Entrevista V-P.Q.).*

El c-p-c se conforma como un espacio de cohesión social donde las mujeres pueden compartir sus experiencias y dejar de lado, aunque sea temporalmente, sus condiciones de subordinación y maltrato.

### **Recapitulando**

Como parte del SRS popular se mencionaron la presencia de dos tipos de formas de atención, ambas comparten algunas características del MMAS: la sociabilidad como condición de eficacia, la legitimación comunal de sus respectivos grupos de pertenencia, la eficacia simbólica y la relación subordinada entre curador-paciente. Sin embargo, voy a tratar por separado cada una, ya que las representaciones que p-c y pacientes tienen sobre ellas son diferentes.

Es importante señalar que el acercamiento a la medicina tradicional se realizó a partir de las representaciones y prácticas de las promotoras y p-c de las CSP y algunos de sus pacientes, no era un objetivo central de mi trabajo el contacto con los terapeutas de esta medicina, por lo que la información referida está permeada por las prenociones de estos informantes que acuden o realizan prácticas de medicinas alternativas y que tienen una teología católica.

Existen las representaciones de que el número de curadores tradicionales (pulsador, partera, salmadores y culebreros, entre otros) está en disminución y que la gente ya no recurre frecuentemente a sus servicios, incluso se afirma que están desapareciendo sobre todo en las zonas urbanas, como es el caso de Minatitlán. En Coacotla se tiene la idea de que al existir mayor población indígena es posible encontrar mayor número de curanderos tradicionales en la región, aunque ésta información no fue corroborada.

Respecto a la forma de aprendizaje de los curadores, se refiere que el conocimiento es transmitido por sus abuelos/as o padres a los jóvenes de las siguientes generaciones, lo cual ya no se está dando en muchas comunidades y sobre todo en las más cercanas a las zonas urbanizadas.

Resultó complicado que las p-c reconocieran tener un saber respecto de las enfermedades tradicionales y la medicina tradicional en sus consultas y terapias realizadas en las CSP; no existe una negociación y validación cultural de las mismas. Esto está ocasionado por que la Iglesia católica sataniza o califica como negativa la percepción de ese tipo de enfermedades. La medicina tradicional se reconoce solo en ciertos aspectos de carácter técnico (uso plantas medicinales o maniobras terapéuticas), pero se rechazan los aspectos rituales o curaciones mágicas que relacionan con charlatanería o califican como magia negra y brujería. Sin embargo, algunas promotoras realizan ciertas maniobras terapéuticas como tronar el empacho o levantar la caída de mollera; usan el principal recurso de la medicina tradicional que es la herbolaria medicinal y comparten interpretaciones de la enfermedad que pasan por la polaridad frío-caliente como parte de sus saberes.

Las CSP se conforman como un recurso importante para la atención primaria a la salud en el proceso s/e en las comunidades a las que atienden, en ellas se brindan terapias que proceden de diversas formas de atención alterativa, a las que denominan una medicina natural, expresada a través del uso de plantas

medicinales, homeopatía, técnicas de la medicina china (acupuntura, auriculoterapia y bioenergético), combinadas con un reconocimiento y manejo de los aspectos emocionales, que consideran la base de la mayoría de las enfermedades y de sus terapéuticas. Las p-c creen que la fe, propia y de sus pacientes, es el eje central de su práctica y que toda enfermedad del cuerpo tiene una base psicosomática, lo que construye una visión integral del proceso al que dan atención y este es una de los elementos centrales de su eficacia terapéutica.

Las p-c de las CSP tienen un amplio reconocimiento social lo que da legitimidad a sus acciones y establece una forma de validación ante los grupos que atienden. La relación que se establece entre p-c y paciente si bien es cercana, empática y brinda un espacio de amplia escucha, no evita que sean ellas las que dictan las indicaciones terapéuticas y los cambios en su estilo de vida.

Es evidente una complementariedad de los saberes de estas p-c, ya que manejan pluri-terapias buscando brindar a los pacientes la mejor opción, aceptan e incluso integran saberes que proceden de otras medicinas, principalmente la biomedicina, a la que reconocen como la medicina que puede resolver problemas que están fuera de su alcance, sean complicados o en fase terminal.

Es la escucha, por lo tanto, un factor fundamental en la relación de las p-c con sus pacientes durante el acto terapéutico, incluso dándole la voz a los niños, esta escucha es ampliamente reconocida por todos los actores; mediante ella se construye la confianza y empatía que les permiten reconocer la problemática social, familiar y emocional que identifican como la raíz de los principales problemas de salud que atienden. Otros recursos ampliamente utilizados por ellas son la observación como método de diagnóstico, indicaciones como el reconocimiento del cuerpo, la contención ante crisis emocionales, el acompañamiento e incluso ser intérpretes del discurso biomédico. Ellas establecen un compromiso con sus pacientes a través de brindar la información, el tiempo necesario durante su consulta y un seguimiento continuo.

Muestran respeto a las diferencias étnicas y de creencias religiosas o preferencias sexuales. Legitiman su saber por medio del uso de libros, así como con su relación con Dios. Reconocen las limitaciones de sus prácticas y validan la eficacia de la biomedicina.

Son las relaciones cercanas y respetuosas (horizontales) las que fundan una interculturalidad crítica con la cual crear un espacio de beneficio mutuo para resolver las diversas problemáticas de salud, mediante una articulación de saberes que buscan brindar una atención integral desde, con y para el paciente.

## Capítulo IX

### Conclusiones

Las conclusiones están construidas con el propósito de dar respuesta a mis interrogantes e hipótesis de investigación y alcanzar los objetivos propuestos. Resaltando los que se consideraron datos relevantes del trabajo y así también las líneas que se abren para desarrollar nuevas investigaciones.

En la reconstrucción histórica de este grupo de promotoras de la salud, pude identificar el papel importante de la Iglesia Católica: las formó como catequistas bajo las perspectivas de la Teología de la Liberación, de las Comunidades Eclesiales de Base y de la Teología Feminista. Su rol de catequistas de la salud ha sido un gran facilitador para interactuar con la población y para fungir como agentes de cambio en las comunidades vulnerables, apegándose a las ideas que recibieron en su formación.

Dentro del proceso s/e/a-p la función que tiene la Iglesia, en este y muchos casos, es de suma importancia dado que vincula a las personas enfermas, promotoras, p-c y representantes de la Iglesia con las actividades y proyectos desarrollados en las CSP. En sus formas de promoción-atención a la salud y en los saberes de todos los actores, se hace evidente el alto nivel de compromiso de las p-c; conjugan y desarrollan una perspectiva ideológica, técnica y participativa con los grupos sociales y eclesiales a los que pertenecen. Elementos como la espiritualidad, el compromiso con el prójimo y las misiones de solidaridad, se articulan para construir un instrumento auxiliar en la resolución de ciertos problemas de salud que aquejan a poblaciones en situación de pobreza de diferentes partes de la República Mexicana.

Las actividades del c-p-c validadas por la Iglesia en estas regiones marginadas, pobres y sujetas a una creciente ola de pobreza y violencia derivada de la delincuencia organizada, muestran que el papel de la religión y la espiritualidad

son de suma importancia en el proceso s/e pues a través de ellas se busca resolver, contener o cubrir lagunas institucionales en materia de salud. La institución religiosa busca sanar a los sujetos ya sea con misas, confesiones y juramentos que atiendan alguna problemática de salud en específico, o en el caso de la presente investigación, es la Iglesia y sus representantes quienes forman a los grupos propiciándoles herramientas, para atender la salud con un enfoque integral-comunitario.

La eficacia simbólica es relevante en todas las terapias que se realizan en las CSP ya que la fe en Dios es el medio al cual aluden tanto pacientes como p-c, para lograr la resolución de los problemas, esto hace evidente el rol central de la espiritualidad cristiana, como eje de la atención en estos espacios sociales.

Si bien las CSP, con su colectivo, no pueden resolver las carencias de los servicios en salud que existen en la región Olmeca del estado de Veracruz, sí forman parte del Sistema Real de Salud en el ámbito comunitario de las zonas en donde laboran (Minatitlán-Coacotla). Es ahí donde proporcionan a los conjuntos sociales un espacio de alternativas terapéuticas, independiente de los recursos biomédicos institucionales, y ofrecen una opción para atender padecimientos no visibilizados ni resueltos por los curadores convencionales. El grupo reconoce que la salud no puede entenderse solo desde sus componentes biológicos pues también deben tomarse en cuenta los aspectos psicológicos, culturales y sociales. Precisamente, por tener este enfoque, las CSP se convierten en una opción real de atención que complementa los recursos y saberes de la población, tanto a nivel doméstico como popular y académico, para la resolución de algunas problemáticas en salud como son las enfermedades agudas o crónicas.

Las acciones del comité en materia de promoción o atención a la salud son, han sido y serán, contener y resolver problemáticas de la salud física y emocional que aquejan a las familias y sujetos de las múltiples comunidades donde participan. Entonces las CSP son espacios de escucha, comprensión, seguimiento,

interpretación y reflexión de muchos aspectos del proceso s/e que no son identificados por la biomedicina desde su enfoque biologicista.

Las CSP constituyen un espacio participativo-estratégico que ofrece Asistencia Primaria a la Salud a nivel comunitario y su trabajo ha sido validado por las colectividades a las que atienden. Su trabajo contrasta con las acciones propuestas por el sector salud a nivel gubernamental; este sector, desde una posición vertical, otorga un primer nivel de atención a través de unidades médicas y centros de salud, sin considerar el ámbito comunitario como el espacio desde donde debe emerger el interés y el compromiso, para resolver los problemas de s/e.

Como parte de una cultura de la prevención, el c-p-c fortalece las prácticas de auto-atención a través de una gran diversidad de recursos terapéuticos bajo un enfoque que no solo considera al cuerpo como estructura biológica, sino también a la salud mental como factor que interviene en el proceso s/e/a-p.

La interacción entre los modelos médicos es indudable por la constante combinación de diversas formas de atención, donde se incorporan los saberes de las promotoras, p-c y pacientes. Si bien, es la biomedicina la que establece su hegemonía, a través de la eficacia real que reconoce el comité y los pacientes de las CSP, hay una constante complementariedad al integrar el saber biomédico a los saberes de sus terapias alternativas. Identifiqué, por lo tanto, a la auto-atención como el modelo con el cual se interviene de forma inicial frente al proceso s/e/a-p; por medio de él se articulan de manera continua las diferentes formas de atención por parte de las madres de familia, pues son ellas quienes responden a las necesidades de atención a la salud de sus núcleos familiares.

Aunque en las representaciones de las p-c no se reconoce el saber de la medicina tradicional cuando refieren sus prácticas, sobre todo a nivel doméstico, se hace evidente el uso de recursos y técnicas terapéuticas que proceden de esta

medicina. El reconocimiento y atención a enfermedades de filiación cultural tampoco se expresa, dado a que desde la religión católica se sancionan los aspectos de la medicina tradicional que tiene que ver con lo ritual o lo que se considera brujería; en consecuencia, ellas dicen alejarse de estos conocimientos por calificarlos de magia negra.

Las p-c realizan diversas técnicas terapéuticas que proceden de diferentes formas de atención; las combinan sin ningún cuestionamiento pues consideran que al combinarlas se obtiene un mayor beneficio para sus pacientes. También reproducen prácticas y representaciones que proceden de lo biomédico, como el uso de estetoscopio, baumanómetros, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete; realizan pruebas de detección de cáncer cérvico-uterino y mamario, recomiendan a sus pacientes acudir con médicos alópatas para un mejor control de sus enfermedades, sobre todo en caso de enfermedades crónicas; utilizan la red de apoyo hospitalario de una de las integrantes del comité, para optimizar la atención de algunos de sus pacientes; incluso, aceptan y valoran el ser reconocidas como “doctoras”, por el valor social que esto conlleva.

A pesar de esta constante interacción entre los recursos de las diferentes formas de atención, las p-c encuentran incompatible que sus pacientes busquen utilizar simultáneamente otro tipo de terapias alternativas fuera de las CSP, ya que consideran que el equilibrio logrado durante sus consultas puede ser interrumpido por la utilización de otros recursos y generar efectos indeseables e inesperados para los tratamientos realizados en las CSP. Lo anterior, muestra una postura que trata de excluir y de invalidar terapias alternativas fuera de los procedimientos que ellas realizan, actitud que de alguna manera reproduce aspectos y perspectivas de lo biomédico y nos permite hacer evidente una relación subordinada entre los diferentes saberes y prácticas para la atención de la enfermedad.

Tanto terapeutas como pacientes construyen explicaciones respecto de la enfermedad y a partir de ellas implementan acciones; aun así, en ocasiones puede



haber diferencias entre lo que se cree y lo que se hace. Reconocer las diferentes explicaciones que tienen los pacientes es de suma importancia, para poder realizar la acción clínica. La información que brinda la terapeuta a los pacientes es resignificada por ellos a través de sus referentes culturales, sin embargo, la palabra de la terapeuta tiene un gran peso, condición que no es lo suficientemente considerada por muchos médicos que proporcionan información sin reconocer el peso de su palabra y cómo esta será interpretada por las y los sujetos a los que atiende. La biomedicina pone el énfasis en la enfermedad; muchas veces no da esperanza al no comprometerse con un buen pronóstico y mucho menos proporciona acompañamiento en el sufrimiento que la enfermedad ocasiona.

Tener confianza o fe en la persona que se busca para atender un padecimiento o enfermedad, en las terapéuticas que utiliza, o incluso en un ente sobrenatural, sea Dios, santos u otros personajes, resulta muy importante ya que es saber que gran parte de la eficacia de una terapéutica la genera el propio paciente al ponerse en manos de quien considera tiene el conocimiento o habilidad suficiente para atenderlo. En el caso de las CSP, se mezclan diversos elementos generadores de confianza entre ellos la fe en Dios, en las p-c como mujeres de fe, en la CSP como un espacio espiritual católico de acción social y de compromiso con las necesidades de las poblaciones vulnerables.

Es interesante reconocer el papel que tiene el c-p-c de las CSP frente a instituciones hegemónicas como la Iglesia o la biomedicina, a través de los centros de atención y de la industria farmacológica o de tecnología diagnóstica. Ellas representan una alternativa para la atención de la enfermedad dentro de las poblaciones donde se desenvuelven, incluso se podría decir que son competencia de los recursos populares existentes en las zonas marginadas a las que brindan atención, como las farmacias genéricas y consultorios adjuntos que ofrecen servicios biomédicos a bajo costo. La pluri-terapéutica de las CSP es aún más económica, accesible y reconocida por la población que posee una amplia información sobre la herbolaria medicinal de la región. Sin embargo, también las

promotoras y p-c reconocen que es la biomedicina la oferta terapéutica que ofrece mayor certeza, para resolver situaciones de gravedad o cronicidad; inclusive recurren a pruebas diagnósticas biomédicas que complementan su proceso de atención. Frente a la biomedicina, muestran una posición dinámica de oposición y aceptación, interactuando dependiendo de las condiciones y resultados.

La Iglesia católica es la institución que las forma y capacita como *catequistas de la salud*, a través de ella obtienen legitimidad y validación frente a la comunidad, integran en sus saberes diversos elementos que proceden de saberes eclesiales derivados de la Teología de la Liberación, los cuales articulan en su quehacer como promotoras de la salud. Pero también han tenido enfrentamientos, distanciamientos y rupturas con algunas organizaciones y representantes de la Iglesia al reconocer inconsistencias entre los discursos y las acciones reales; se han revelado ante la imposición de la jerarquía eclesial masculina y han buscado independizar sus acciones en las CSP, para empoderar a las mujeres que se interesen o pertenezcan a su comité.

Resulta indiscutible la existencia de una interacción constante entre sujetos de dos o más culturas en los espacios donde las integrantes del c-p-c y sus CSP se encuentran participando; tanto ellas como sus pacientes, otros promotores/as y los representantes de la Iglesia que concurren a sus CSP a los cursos de capacitación y actividades de participación ciudadana o comunitaria, provienen de contextos socioculturales diversos. Se construyen estrategias comunicativas que les permiten convivir reconociéndose como personas diferentes, sin menospreciar o cuestionar lo diferente, es algo que se busca reconocer y respetar no solo en sus espacios de trabajo sino en la vida cotidiana.

En la polisemia y complejidad del concepto de interculturalidad se debe reconocer que en las CSP existe una orientación intercultural en salud, pero ésta es de tipo *funcional* al brindar atención a grupos marginados que no reciben respuesta por

parte del Estado. Así, se conserva una estabilidad social a través de sus planes de trabajo social y comunitario.

Si bien, existe un reconocimiento a la diversidad y diferencias culturales de las múltiples poblaciones con las que el c-p-c se relaciona e interviene, su trabajo no reúne las condiciones para incidir en las causas de asimetría y desigualdad socioeconómica derivadas del modelo neoliberal existente y sus estructuras. Inclusive, aunque buscan empoderar a las mujeres que participan en sus actividades, planes y proyectos, algunas de las promotoras siguen sujetas a una estructura patriarcal en sus hogares. Además, conservan un modelo católico en su actuar en la vida cotidiana, lo cual también permea su práctica y se hace presente en los propios saberes de algunos sujetos que demandan sus servicios en las CSP.

Por lo tanto, pese a que exista una inclusión de los sectores vulnerables en las actividades, prácticas y terapias que realizan como c-p-c, sus acciones de interculturalidad son *funcionales* al sistema existente. Al no existir otros recursos de salud integral disponibles a toda la población del municipio, las CSP sirven como una alternativa solo para una limitada población informada de los servicios que ofrecen en sus espacios.

Sin embargo, existe la aspiración e iniciativa por parte del comité de tener acciones de interculturalidad *crítica*, conformar una estrategia capaz de articularse como un proceso y proyecto que se cimiente desde y con la gente, y no acciones estructuradas como funcionales, donde se toman las decisiones de una manera vertical y jerárquica.

La interculturalidad presente en el c-p-c muestra la interacción de múltiples culturas presentes en las comunidades donde intervienen, en una búsqueda de ir más allá de los planteamientos de simples relaciones o de acciones funcionales al sistema. Ellas no responden a una función dictada por el Estado y sus

instituciones; su propuesta es ser ellas quienes, de manera práctica y técnica, empoderen a las comunidades al ofrecer servicios alternos de promoción-atención a la salud. Buscando no solo establecer contacto con la población, sino formular críticas sobre las condiciones reales de vida de la población en su región y replantear la posición de la sociedad civil frente a los derechos humanos de toda índole. En ocasiones se encuentran en una perspectiva *funcional*, pero reconociendo las asimetrías y diálogos verticales con las instituciones por lo que se avocan a atender las demandas de las poblaciones donde el gobierno-Estado ha dejado de cubrir y responder.

Las p-c del comité aceptan, legitiman e integran en sus consultas en las CSP las representaciones y prácticas que tienen sus pacientes sobre el proceso s/e, al considerar que son útiles durante el proceso de atención y en las terapias que ofrecen. Aunque no siempre comparten el mundo simbólico de algunos/as pacientes y sus diferentes formas de comprender su enfermedad o la salud, existe un respeto compartido entre todas las integrantes del comité para validar culturalmente los padecimientos.

Ahora bien, respecto a la filiación cultural de algunas enfermedades tradicionales reconocidas por sujetos de diferentes comunidades, indígenas o no indígenas, es evidente que no son percibidos, clasificados y tratados por las p-c de la misma forma que lo hacen algunos de sus pacientes, sobre todo quienes pertenecen a comunidades indígenas. Como fue ya reiterado en apartados anteriores, es la postura religiosa católica de las promotoras y p-c la que ha generado una falta de aceptación a ese tipo de enfermedades, pues no consideran que corresponda a la palabra de Dios, sino que los ven como algo obscuro y maligno. No obstante, pude observar que existe falta de correspondencia entre su discurso y su práctica al respecto, ya que en sus acciones utilizan ciertos procedimientos de sanación, para atender el empacho o caída de mollera, acomodar huesos o limpiar a las personas; pero, al no corresponder con sus representaciones sobre las enfermedades y sus pluri-terapéuticas, limitan su aplicación a prácticas de auto-atención y no la ejercen durante sus consultas.

En las CSP, la confianza y la empatía que ofrece el c-p-c a sus pacientes las lleva a compartir las perspectivas y saberes culturales de las personas que asisten a las consultas en busca de solucionar sus problemas de salud. Ellas realizan una negociación cultural la que impacta de manera constructiva en sus relaciones terapeuta-paciente, con una visión integral que rebasa solo atender solamente el cuerpo obteniendo así una complementaria efectividad.

En su trayectoria del c-p-c, no existe una relación directa entre las políticas públicas, planes y programas en promoción a la salud e interculturalidad en salud debido a que su desarrollo y progreso como comité ha sido a través del apoyo de organismos no gubernamentales, asociaciones civiles y religiosas; estas instituciones no solo las formaron sino propiciaron los saberes presentes en sus intervenciones.

No obstante, de manera indirecta han sido dichas políticas públicas, planes y programas relacionados con los temas de interculturalidad y promoción de la salud, a nivel nacional e internacional, los que han generado el interés y la posibilidad de su presencia y acciones en la sociedad como agentes de cambio. El desarrollo de sus actividades se dio en la época donde la política sobre interculturalidad, Atención Primaria de la Salud, entre otras temáticas de índole comunitaria (por ejemplo, SILOS), se estaban asentando en acuerdos internacionales, lo que hizo posible el interés y apoyo financiero de instancias como la embajada canadiense, para obtener recursos para sus proyectos entre ellos la edificación de la CSP-Minatitlán.

A través de las múltiples entrevistas con mis informantes clave y las pláticas informales con ciertos personajes de las comunidades y CSP, se hizo evidente que las políticas públicas es una temática ajena a la realidad que viven las promotoras. Lo que muestra que las acciones del gobierno estatal, municipal y federal están limitadas a los servicios de atención biomédica, con sus deficiencias

y escasos recursos, y muestran una restringida participación e involucramiento con las comunidades marginadas al no tomar en cuenta la articulación de saberes médicos con los que cuentan las personas en sus hogares las personas o en espacios como las CSP.

A través de sus capacitaciones en diversas organizaciones no gubernamentales, el c-p-c ha adquirido conocimiento sobre las políticas públicas relacionadas con sus actividades, planes y proyectos. Las compañeras del comité no son ajenas o ignorantes de las estrategias gubernamentales que se relacionan con sus intereses como actrices sociales, pero son de poca importancia para ellas ya que, en su experiencia, existe una falta de congruencia entre el discurso y los hechos de dichas políticas.

Algunas de las acciones que tiene el comité en sus CSP, y fuera de ellas, respecto de la promoción de la salud, surgen de un enfoque participativo generado a través de su vinculación con diferentes organismos no gubernamentales en áreas como conservación del medio ambiente, defensa de territorios, derechos humanos, talleres de género, preparación en la promotoría de la salud, entre otras temáticas que se enfocan en favorecer la creación de condiciones estructurales que incidan en la salud y bienestar para todas las comunidades donde se encuentran involucradas y trabajando en conjunto, principalmente, con mujeres.

El trabajo realizado en capacitaciones y en las consultas de las CSP, tiende a la modificación de ciertos hábitos de los grupos sociales con los que trabajan, para mejorar sus contextos habitacionales y su vida cotidiana como una forma de prevención y protección a la salud. Al ser parte de las comunidades son capaces de reconocer e identificar problemas semejantes a los que ellas viven como ciudadanas, mujeres, madres; trabajan a través de su rol de promotoras de la salud, p-c y como agentes de cambio, frente a la escasa participación del gobierno municipal en temas de salubridad y calidad de servicios públicos.

Lo anterior resulta útil para la población de las comunidades en donde participan el c-p-c ya que promueven la inclusión de las personas en temas que son de su interés. La interacción de ellas como promotoras y de la población como responsable de su propio bienestar, resulta en beneficio de las condiciones del proceso s/e de muchas comunidades al generar prácticas emancipatorias y empoderamiento de algunos personajes con el interés de reforzar las actividades comunitarias para hacer frente al desabasto y carencias del sistema público en salud.

### **Datos relevantes**

México es un país donde las mujeres corren un inminente riesgo frente a la postura machista de la sociedad en general, con la cual son violentadas tanto en sus hogares como en calles, espacios públicos o privados.

En diversos espacios como la UNAM (Ciudad Universitaria y algunas Facultades de Estudios Superiores-FES) existen protocolos sobre violencia de género con los cuales se busca dar respuesta a la amenaza constante que viven las estudiantes frente a maestros, compañeros, trabajadores o gente ajena a la universidad en sus instalaciones. Sin embargo, pese a existir diferentes denuncias y protestas en múltiples facultades y escuelas, estas se quedan en el escritorio, puesto a que no se cuentan con las herramientas jurídicas necesarias, para procesar los casos de manera justa con el fin de proteger a la comunidad femenil universitaria.

Si ese es el caso de la máxima casa de estudios en México, que se encuentra en la capital del país donde existen marcos jurídicos abiertos a las necesidades de la población (como la comunidad LGTB+ o la legitimación del aborto), se puede comprender lo que pasa en estados del sur de la república donde el matrimonio entre personas del mismo sexo sigue sin ser aprobado o los casos de aborto siguen penalizándose por parte del sector salud y de justicia; el tema sobre relaciones de género se encuentra todavía sesgado por una visión androcéntrica

por parte de las estructuras prevalecientes en diferentes contextos, entre ellos los contextos marginales, con gobiernos que conservan dichas pautas.

En la región en donde se ubican las CSP, pude observar diferentes formas de violencia estructural que limitan las acciones y comportamientos de los sujetos y los grupos sociales; inclusive existe temor para el desplazamiento y el libre tránsito. La CSP de Mina fue construida en una zona que generó confrontaciones y enfrentamientos con vecinos y las fuerzas públicas, lo que muestra es una comunidad en donde históricamente se han suscitado conflictos ante la inminente desigualdad social, la migración, la falta de fuentes de trabajo, la contaminación y problemas de repartición de la tierra. Es importante plantearse cuál es el papel que cumple la CSP frente a esta violencia concéntrica, la cual comienza en el núcleo familiar, se extiende al barrio o colonia y aún por toda la zona-región del Estado.

Vivir en un sitio donde la violencia se percibe en el aire, me hizo preguntar ¿cómo resuelven las personas en su cotidianidad vivir con esta situación?, ¿a qué lugares es posible acudir para expresar las preocupaciones que esta situación genera?, ¿qué espacios de escucha existen para hablar de estas condiciones?, ¿qué rol cumplen los prestadores de servicios de salud frente a esta realidad? y ¿las mujeres de las CSP ofrecen un sitio de contención ante estas condiciones regionales?

Las CSP constituyen un espacio de seguridad y desahogo para las mujeres que se encuentran en medio de situaciones de violencia en sus hogares o comunidades, donde su papel se limita a tareas domésticas y cuidado de los menores; mientras que los varones se encargan de suministrar los recursos necesarios para el sustento y desarrollo del núcleo familiar. La situación actual del país y sus diversas crisis socioeconómicas han generado un limitado progreso en las comunidades urbanas y menor aun en comunidades rurales, indígenas o campesinas donde la pobreza avanza y la riqueza se sigue distribuyendo entre



pequeños grupos de sujetos apoderados. Esta situación ha obligado a las mujeres a desempeñar trabajos remunerados, no siendo ya los varones los únicos responsables de la sobrevivencia familiar, ante la falta de empleo y oportunidades, se necesitan mayores ingresos provenientes tanto de los varones como de las mujeres.

El c-p-c busca y ofrece un espacio como las CSP, donde la participación de las mujeres puede ser múltiple y diversa; donde pueden generar conciencia sobre la situación en la que viven; donde pueden disponer de un área para que, por determinados periodos, participen y encuentren respuesta a sus necesidades, las de su comunidad, y donde pueden generar prácticas emancipatorias para que desde y con las mujeres se abra un nuevo panorama frente a las dificultades que representa ser mujer en un país saturado de violencia simbólica y estructural.

Las promotoras y mujeres que asisten a las CSP pueden tomar estos espacios como un escape, un refugio, al ayudar a otros, o a ellas mismas, a salir de un conflicto y violencia intra-doméstica. Si bien este tema no se estudió a fondo en esta investigación, por no ser parte de los objetivos de mi trabajo, en futuros estudios sería necesario profundizar sobre las causas de la violencia en los hogares, la violencia comunitaria, la violencia de género y el rol que las CSP y el c-p-c tienen como alternativas frente a estos problemas.

Un elemento fundamental en la relación que se establece entre los pacientes que buscan atención en las CSP y las p-c es la posibilidad de establecer diálogos abiertos antes, durante y después de sus consultas, por lo que la escucha es un aspecto relevante de su práctica. Es importante señalar que en lo cotidiano no es fácil ser escuchado en la búsqueda de la resolución de los problemas de salud, ya que la biomedicina centra su atención en obtener la información que le interesa a través de datos objetivos recuperados, ya sea por la observación o el tacto, perdiendo de vista la voz de los sujetos; incluso se tiene más confianza en lo que la tecnología médica proporciona que en lo que surge de la clínica. Lo que diga el

paciente parece estar de más; el médico convencional no le da importancia a este aspecto, ya que no los utiliza en su tarea diagnóstica ni terapéutica y por lo tanto no los busca ni los escucha. En cambio, la atención que brindan las p-c, pone especial atención en la escucha; resulta primordial para ellas, ya que tiene que ver con esa dimensión humanística de la persona que, para ellas es muy importante y que, sin embargo, la biomedicina se deja de lado. Esta es la dimensión simbólica que tenemos todos los seres humanos como *animales simbólicos* y que se expresa a través de la palabra.

En la época actual, las personas están expuestas a un bombardeo de información a través de infinidad de mensajes por televisión, celular, tablet, medios de información (impresos y digitales) o redes sociales; cada vez tenemos menos oportunidad de emitir mensajes de forma personal, es decir, los recibimos por todos lados pero no establecemos un contacto cercano, cara a cara, donde podamos expresar nuestras preocupaciones y develar la intimidad; esto condiciona serios desequilibrios emocionales y no hay lugares confiables donde poder expresarlos. Por lo que la escucha que se ofrece en las CSP se convierte en una oportunidad valiosa para la población a la que se atiende.

Desde la antropología en salud, se reconoce que diferentes medicinas otorgan gran importancia al equilibrio como eje de la salud; así se habla de la relación entre el ying/yang o la polaridad frío/caliente. Ahora bien, los seres humanos actuales estamos desequilibrados desde el punto de vista del flujo de la comunicación: recibimos toneladas de información y casi no emitimos, por lo tanto, es primordial para las personas ser escuchadas. Las integrantes del c-p-c tienen la disposición de escuchar, ya que la escucha es una herramienta valiosa en la homeopatía, su principal terapéutica, que permite al paciente reorganizar sus pensamientos, sus significados y que encuentre aquello que le está perturbando, que le está incomodando; incluso le puede dar sentido a su propia existencia otra vez, y a la terapeuta le permite reconocer los factores emocionales y sociales que

alteran el estado de salud del paciente, profundizar en la problemática individual para lograr un diagnóstico integral y una terapéutica adecuada.

Considero que un área de oportunidad para desarrollar futuras investigaciones sería profundizar sobre el tipo de relación terapeuta-paciente en formas de atención alternativas como la homeopatía, la bio-energetica, entre otras, y así también delinear como se da esta relación en otros contextos sociales fuera de los espacios clínicos institucionales o de la medicina tradicional, poniendo atención en la dimensión emocional como un eje fundamental del desarrollo del proceso s/e/a-p.

En el presente trabajo surgieron datos que me llevan, necesariamente, a reflexionar sobre las relaciones intra e intergenéricas que se dan en el desarrollo de las actividades de las CSP y en el nivel comunitario, ya que son fundamentalmente mujeres las que se encuentran involucradas en ellas y son también mujeres de las comunidades quienes resultan beneficiadas por dichas acciones. Es evidente su rol de cuidadoras en su desempeño como promotoras de la salud o p-c, pero también en su rol de madres al cuidado de la atención a la s/e en sus grupos familiares; son mujeres que por su historia personal han buscado espacios de reflexión y acompañamiento en un proceso por empoderarse, constituyéndose en curadoras y mujeres comprometidas con la comunidad, un papel que les permite ser vistas y reconocidas socialmente.

El cuidado de los miembros de sus familias y comunidades es una estrategia de sobrevivencia y reproducción social, por lo que ahora asumir el rol de promotoras de la salud o p-c surge como una continuidad del cuidado.

Las relaciones violentas y sumamente desiguales experimentadas en su historia de vida dispusieron a la mayoría de estas mujeres a involucrarse en el trabajo de promotoría de la salud. Ellas surgen de una historia de pobreza, marginalidad, maltrato y sumisión a manos de padres/esposos/hermanos u otros varones de sus

grupos familiares y sociales. En las CSP y en el c-p-c encontraron un lugar que les brindó seguridad, protección y apoyo en momentos de crisis; gracias a ello decidieron comprometerse y formarse como promotoras de la salud e involucrarse en proyectos de beneficio para otras mujeres y varones. Aunque, su trabajo es un medio de solidaridad para apoyar a otras mujeres en condiciones similares, en un contexto donde la violencia es inminente.

Los varones están ausentes en la gran mayoría de las acciones que desempeñan el c-p-c. Aunque al inicio del trabajo tenían mayor participación, las mujeres las que asumieron el liderazgo y un mayor compromiso; estos hechos derivaron en el des-interés de las figuras masculinas por interactuar con un colectivo de mujeres, ya que en sus representaciones sociales el rol de cuidado es eminentemente femenino. Además, se sintieron relegados al no ser ellos los que asumían el control y toma de decisiones.

Entre los pocos varones con los que las compañeras promotoras interactúan de forma frecuente, se encuentra el sacerdote quien les ha dado un constante apoyo en el desarrollo de su trabajo, pero con quien también han tenido enfrentamientos porque asume una postura autoritaria desde su posición de poder como varón y como representante de la institución eclesial. Otros varones presentes son los esposos e hijos de algunas promotoras, quienes les acompañan en ciertas tareas.

Si se parte del panorama epidemiológico sociocultural que nos muestra las CSP pude identificar que, entre las principales causas de demanda de atención, las emociones tienen un papel relevante. Las promotoras reconocen que un alto porcentaje de las problemáticas de salud que ellas atienden son psicosomáticas. Sus terapéuticas se enfocan de una manera primordial en explorar, contener y manejar las emociones de las personas como un elemento central de la causalidad y evolución de sus padecimientos. Al ser esta área emocional algo totalmente descuidado por parte de la atención biomédica institucional o privada, aún en el campo de la psiquiatría, que biologiza lo mental al reducirlo a procesos

bioquímicos, las CSP se convierten en un espacio donde es posible identificar y atender la salud mental de las personas, no solo a través de una escucha libre y prolongada sino a través de terapias alternativas que reconocen lo emocional como un elemento sustantivo.

Por lo anterior, considero que el estudio de las emociones es un área muy importante por desarrollar en trabajos de investigación futuros que trabajen con el proceso s/e/a-p en diferentes contextos sociales y culturales.

En el trabajo fue evidente la presencia de objetos, prácticas y sujetos representativos de la espiritualidad católica en los diferentes espacios sociales: cuadros de vírgenes y santos adornando las paredes de los consultorios, una monja en la recepción de las CSP, la sede de la CSP-Coacotla era el recinto de una orden monástica femenina, la realización de plegarias previas al inicio de diferentes actividades, la lectura de la Biblia y la intervención de un sacerdote en muchos de sus proyectos. En el c-p-c se reconocen y son reconocidas como mujeres creyentes del catolicismo y constantemente hacen alusión a la fe en Dios como un aspecto central de su práctica personal, terapéutica y comunitaria, y aunque se dicen tolerantes de otras creencias religiosas, marcan una franca distancia frente a rituales que el dogma católico etiqueta como satánicos por el dogma católico, los cuales relacionan con la brujería y catalogando como charlatanes a quienes los realizan. No obstante, el constante distanciamiento respecto a este tipo de prácticas, me fue posible recibir el testimonio de un sacerdote de una parroquia de la diócesis de Coatzacoalcos quien realiza limpiezas a personas que se lo solicitan; utiliza ramos de plantas medicinales al mismo tiempo que la imagen de un santo y la pronunciación de plegarias. Esta práctica demuestra como se fusionan en este personaje interpretaciones de las culturas locales con las que surgen de la fe cristiana, en este caso del sacerdote, evidenciando la interculturalidad de forma indiscutible.

Los aspectos espirituales son también un tema poco considerado dentro de los trabajos que abordan el proceso s/e/a-p, por lo que lo identifiqué como un área de oportunidad para la realización de futuras investigaciones.

### **Últimas reflexiones**

A lo largo del trabajo de investigación, expresé claramente los procesos de interculturalidad que se están dando en la vida cotidiana de estas CSP, a través de la constante interacción de terapias procedentes de medicina alternativas, de su relación terapeuta-paciente, de las relaciones al interior del grupo de promotoras, entre diferentes grupos de pertenencia, promotoras con p-c y, de forma muy relevante, entre las promotoras con los representantes de la Iglesia y con la comunidad a través de diversas actividades y proyectos. En este tipo de interacción intercultural se reconocieron las fuerzas que apoyan o que se oponen, dando cuenta de las condiciones estructurales de estos conjuntos sociales, de las diversas ideologías que se ven expuestas o identifican a las promotoras como oponentes o posibles competidoras, así como el gran apoyo que su trabajo comunitario y compromiso con la gente ha aportado a lo largo de varias décadas. Reconocí la capacidad de agencia de este colectivo de mujeres quienes han impulsado cambios tanto en su vida como en la de sus pacientes y en las comunidades con las que trabajan y co-laboran.

Fueron también evidentes diferencias y cambios generacionales que se dan en la dinámica de vida de estos conjuntos sociales y que están condicionando transformaciones en sus saberes, como es la disminución en la presencia de curadores de la medicina tradicional y la falta de involucramiento de los jóvenes en proyectos comunitarios como próximos promotores de la salud. Siendo este fenómeno una expresión intercultural entre los saberes tradicionales y la cultura de la nueva generación.

Es constante la articulación de saberes en el proceso Salud/Enfermedad/Atención-Prevención/Promoción, donde la biomedicina influye de forma importante los saberes populares. Esta interacción determina una interculturalidad entre los conjuntos sociales que buscan resolver las problemáticas en salud.

En el presente trabajo me surgieron datos que permiten rastrear la interculturalidad como un proceso relacional, normalizado en los comportamientos de la vida cotidiana de estos conjuntos sociales, siendo las prácticas el espacio donde se observan los procesos de interculturalidad real existente. Dan cuenta de los aspectos que comparten los saberes de los diferentes actores, pero también de las diferencias y similitudes que surgen; no por ello eliminan el proceso, sino que generan transacciones a través de las cuales se sintetizan y resignifican. Los datos también muestran relaciones jerarquizadas desde la categoría de género, donde los varones se presentan desde una posición de autoridad representada por roles de sacerdotes, médicos y capacitadores biomédicos, pero donde también se encuentran las promotoras. Las madres de familia representan el saber popular-doméstico.

Si bien esta investigación no tuvo como eje el proceso de auto-atención, fue evidente su presencia tanto en el caso de las promotoras como de los grupos familiares. Esto permitió reconocer la articulación de diferentes estrategias y recursos de la biomedicina, la medicina tradicional y las medicinas alternativas integrando parte de los saberes de las madres de familia como una estrategia de sobrevivencia, y reconociéndola como una capacidad de agencia de los sujetos y los grupos.

## Bibliografía

Aguilar Jiménez, V. (2008). *Promoción de la calidad de servicios médicos en la comunidad de Las Animas, Municipio de Minatitlán, Veracruz*. Minatitlán: Universidad Veracruzana-Facultad de Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.

Araiza Gallegos, G. (2016). *Proceso de iniciación en medicina tradicional en Xico, Ver.* Xalapa: Universidad Veracruzana-Facultad de Antropología. Tesis de Licenciatura.

Alcocer Muñoz, E. (2011). *Nivel de información sobre cultura de la salud en la prevención del cáncer cervicouterino*. Orizaba: Universidad Veracruzana-Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de Posgrado.

Arano Leal, E. (2011). *Formas curativas en los rituales de curación en Caleria, Veracruz*. Xalapa: Universidad Veracruzana-Facultad de Antropología.

Albó, X. (2010). "Interculturalidad, estado y pueblos indígenas". En L. Citarella Menardi, A. Zangari, & R. Campos-Navarro, *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (págs. 145-157). La Paz, Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes/ Unión Europea/ Ambasciata d'Italia in La Paz/ Cooperación Italiana/ PROHISABA/ Editorial Gente Común.

Alicia M. Barabas, « Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios », *Configuraciones* [Online], 14 | 2014, puesto en online el día 25 marzo 2015, consultado el 08 mayo 2020. URL : <http://journals.openedition.org/configuracoes/2219> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2219>

Alor Alvarado, F. (2002). *Salud ocupacional en el área industrial (petroquímica Morelos)*. Minatitlán: Universidad Veracruzana-Facultad de Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.

Alvizar Medina, A. M. (2011). *Prevalencia y tratamiento de la hipertensión arterial en poblaciones indígena y mestiza del Estado de Veracruz*. Orizaba: Universidad Veracruzana -Facultad de Ciencias Químicas. Tesis de Licenciatura.



Australian Medical Association. Complementary Medicine: Policy Discussion Paper - AMA National Conference 2001: Disponible en URL: <http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5LN478>

Bernabé Villodre, M. D. (2012). Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente . *Revista Educativa Hekademos*, pp. 67-76.

Berryman, P. (1989). *Teología de la Liberación Los hechos esenciales en torno al movimiento revolucionario en América Latina y otros lugares*. México, México: Siglo Veintiuno.

Blancarte, R. (1992). *Historia de la Iglesia Católica en México 1929-1982*. México: Fondo de Cultura Económica.

Blanco Gozález, A. (1997). *Experiencia comunitaria en trabajo social. Programa de Atención Primaria de Salud (Colonia Miguel Hidalgo)*. Miatitlán: Universidad Veracruzana-Unidad docente multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.

Boff, C. (1997.). *As Comunidades de Base em questão*. São Paulo: Paulinas.

Campos-Navarro, R. (2017). "Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en América Latina (1990-2015). Una aproximación a los casos de Bolivia, Chile, México y Venezuela". *Boletín Americanista* LXVII(1):69-89

Campos-Navarro, R., Citarella, L., & Zangari, A. (2010). *YACHAY TINKUY Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz, Bolivia: Gente Común, PROHISABA, Cooperación Italiana.

Carbajal Merlín, J. R. (2019). *Estrategias para mejorar la alimentación y nutrición con niñas y niños de tercero y cuarto grado de la escuela primaria Rafael Ramírez de la comunidad de Tonalapan, Mecayapan, Veracruz*. Mecayapan: Universidad Veracruzana Intercultural. Tesis de Posgrado.

Carrasco Gómez, M. (2007). *Una experiencia intercultural de investigación participativa en salud mental*. Xalapa: Universidad Veracruzana. Tesis de Posgrado.

Chávez Pérez, V. (2009). *Plantas comestibles, medicinales y mágico-religiosas presentes en los solares de tres comunidades cafetaleras del centro de Veracruz*. Xalapa: Universidad Veracruzana -Facultad de Biología. Tesis de Licenciatura.

Cinta Loaiza, D. M. (2007). *Género y participación política. Las veracruzanas: entre lo público y lo privado*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid-Facultad de Derecho-Departamento de ciencia política y relaciones internacionales. Tesis de Posgrado.

Comunidades Eclesiales de Base. (26 de octubre de 2016). *Comunidades Eclesiales de Base México*. Recuperado el 8 de diciembre de 2018, de Quiénes somos las CEB: <http://www.cebmex.org/index.php/portada/2015-04-12-22-17-52>

Conrad, P. (1992). *Medicalization and Social Control* (Vol. 18). Annual Review of Sociology .

Cuevas González, M. d. (2004). *Propuestas para crear un instituto de salud integral para mejorar la calidad de vida*. Xalapa: Universidad Veracruzana - Facultad de psicología. Tesis de Licenciatura.

Dietz, G. (2017). "Interculturalidad: una aproximación antropológica." *Perfiles educativos* XXXIX (156):192-207.

Enciclopedia Cubana. (s/f). *EcuRed.com*. Recuperado el 2019 de Febrero de 24, de Teología: <https://www.ecured.cu/Teolog%C3%ADa>

Ferraro, B. (s/f). *Teología Latinoamericana*. (PUC-Campinas, Productor) Recuperado el 10 de Diciembre de 2018, de Enciclopedia Digital: <http://theologicalatinoamericana.com/?p=1233>

Frutos Ramírez, M. (2017). *Cambios y continuidades en la práctica médica tradicional de la Congregación Otomí de San Ildefonso de Cieneguilla a partir de la reivindicación política de la identidad indígena* . Xalapa: Universidad Veracruzana - Facultad de Antropología. Tesis de Licenciatura.

González González, L. (2019). *Comida tradicional de la comunidad de Ixhuapan, municipio de Mecayapan, Veracruz*. Mecayapan: Universidad Veracruzana Intercultural-Sede las Selvas. Tesis de Licenciatura.

Gómez Méndez, M., & Mondragón Domínguez, M. d. (2019). *Participación comunitaria para la revitalización de la medicina tradicional como una alternativa*

*en la atención de la salud entre zoques y totonacos del ejido la Nueva Vida, Municipio de Uxpanapa, Veracruz.* Mecayapan: Universidad Veracruzana Intercultural sede regional las Selvas- Huazuntlan. Tesis de Licenciatura.

Gutiérrez Casillas, J. (1981). *Jesuitas en México durante el siglo XX*. México: Porrúa.

Gutiérrez, G. (1975). *Teología de la Liberación. Perspectivas*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Gutiérrez, G. (1981). *A Força histórica dos pobres*. São Paulo: Petrópolis: Vozes.

Haro, A., Paulo Maya, A., & Betina Minjárez, L. (inédito). Seminario Permanente de Antropología Médica (SEPAM) . *De la Salud Pública al Buen Vivir. Una revisión crítica sobre el concepto de interculturalidad* (págs. 1-69). México: CIESAS .

Hernández Castillo, R. A. (2004). *Indígenas y teología india. En Sylvia Marcos, religión y género*. Madrid: Editorial Trotta.

INEGI. (2016). *Cuéntame INEGI*. Recuperado el 25 de enero de 2019, de Aportación al Producto Interno Bruto (PIB) nacional: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ver/economia/pib.aspx?tema=me&e=30>

Hernández Hernández, L. (2018). *Educación desde la promoción comunitaria en salud reproductiva para la interculturalidad y el buen vivir en una comunidad de la huasteca veracruzana*. Xalapa: Universidad Veracruzana. Tesis de Posgrado.

Juventud Obrera Cristiana. (4 de diciembre de 2014). *Juventud Obrera Cristiana*. Recuperado el 9 de Febrero de 2019, de Joseph Cardijn (fundador de la JOC): <https://www.joc.es/web2/index.php/joc-es/joseph-cardijn>

Lagarde y de los Ríos, Marcela (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. Ciudad de México. Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México.

López-Altamirano, V. (2012). *Educación para la prevención del cáncer de mama en el Centro de Salud Urbano de Minatitlán, Veracruz*. Minatitlán: Universidad Veracruzana -Facultad de Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.

López-Lara, R. (2009). *¿Información o comunicación? Estudio cualitativo sobre la educación para la salud náhuatl del estado de Veracruz*. Xalapa: Universidad Veracruzana. Tesis de Licenciatura.

- Luis Bautista, D. (2019). *Fortalecimiento del área del desarrollo personal de niños y niñas de 0 a 3 años a través de un programa de estimulación para madres adolescentes de la comunidad de Mecayapan, Ver.* Mecayapan: Universidad Veracruzana Intercultural-Sede las Selvas. Tesis de Posgrado.
- Magaña Rodríguez, N. (2013). *Violencia intrafamiliar en la mujer en Minatitlán.* Minatitlán: Universidad Veracruzana. Tesis de Licenciatura.
- Marcín, R. (1972). *Méndez Arceo ¿político o cristiano? (una revolución de la iglesia).* México: POSADA, S.A.
- Martínez Zamora, D. M. (2012). *Nivel de ansiedad en amas de casa.* Minatitlán: Universidad Veracruzana -Facultad de enfermería. Tesis de Licenciatura.
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Anthropos.
- Martínez Miguélez, M. (2015). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Métodos hermenéuticos, fenomenológicos y etnográficos.* México
- Menéndez, E. (2017). "Interculturalidad en salud. Dudas, limitaciones y repliegues.". En F. M. Gil García, & P. Vicente Martín (Coords.), *Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad* (págs. 53-97). Quito: ABYA YALA.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones* (Vol. 179). México: Cuadernos Casa Chata.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica.* México: Alianza Editorial Mexicana. México: Conaculta.
- Menéndez, E. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?". *Alteridades*, 4,(7):71-83
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud.* México: Ediciones Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (2018). "Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades." *Región y Sociedad* , 20(2):5-50.
- Módena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural o identidad ideológica.* México: Ediciones Casa Chata.

Muro, V. G. (1982). *La teología de la liberación como expresión ideológica de cambio social en México*. México: UNAM-Facultad de Sociología.

Roca Guzmán, M. E. (2013). *Tradición y modernidad: conflictos y movilizaciones en Tatahuicapan de Juárez, 1984-2010*. Xalapa: Universidad Veracruzana-Instituto de investigaciones histórico-sociales. Tesis de Posgrado.

Rodríguez Arias, R. (2004). *Prevención del cáncer de mama*. Minatitlán: Universidad Veracruzana. Tesis de Licenciatura.

Rodríguez Quintero, C. A. (2013). "Las comunidades eclesiales de base a la luz de aparecida". *Medellín* 39(154):215-249.

Salcedo González, B. J. (2014). *El delirio de las sirenas. Laberinto de metáforas en la tradición Nahuatl del sur de Veracruz*. Xalapa: Universidad Veracruzana-Instituto de Investigaciones Histórico-sociales. Tesis de Licenciatura.

Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz b. (2016). *Cuadernillos Municipales, 2016*. Cosoleacaque: Sistema de información municipal.

Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz. (2016). *Sistema de información municipal. Cuadernillos municipales 2016*. Subsecretaría de Planeación. México: Gobierno del Estado de Veracruz.

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2019). *Informe de Incidencia Delictiva Fuero Común*. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, Centro Nacional de Información. México: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

Secretaría de Economía. (2016). *Información económica y estatal de Veracruz*. Veracruz: Gobierno de México.

Silva, S. (2009). La Teología de la Liberación. *Teología y Vida*. 50(1-2):93-116.

Siller, C., & Puente Lutteroth, M. A. (1993). *Hacia una historia mínima de la Iglesia en México*. México: CEHILA.

OMS/OPS. (2008). *OMS-OPS publicaciones*. Recuperado el 22 de Febrero de 2019, de [publications paho: http://publications.paho.org/spanish/introduccion+OT+198.pdf](http://publications.paho.org/spanish/introduccion+OT+198.pdf)

Tubino, F. (2005). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político", . *Encuentro continental de educadores agustinos*. Lima, Perú.

Tapia Viodosola, M. P. (s/f). *Usos y conocimientos de plantas medicinales en la comunidad de Agua Caliente, municipio de Apazapan, Ver.* Universidad Veracruzana. Xalapa: Facultad de Antropología. Tesis de Licenciatura.

Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles.* México: CIESAS-INI-INAH.

Peppino Barale, A. M. (1999). *Radio educativa, popular y comunitaria en América Latina. Origen, evolución y perspectivas .* México: Plaza y Valdés S.A. de C.V.

Pérez Casas, A. S. (2008). *Modelo de promoción para la realización de la prueba del Papanicolaou.* Minatitlán: Universidad Veracruzana-Facultad de Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.

Pérez Hernández, D. (2010). *Mujeres de Comunidades Eclesiales de Base: ideología y praxis. Veracruz, 1975-2006.* México: UAM-Xochimilco. Tesis de Posgrado.

Pérez Urbano, Ó. (2005). *Los cholos como fenómeno de la migración en la comunidad de Coacotla, Ver.* Minatitlán: Universidad Veracruzana. Tesis de Licenciatura.

Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural . *Interculturalidad y Educación Intercultural* (págs. 9-11). La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello .

Valdez Uribe, A. M. (s.f.). *CENAMI-Centro Nacional de Misiones Indígenas.* Recuperado el 16 de Febrero de 2019, de ¿Quiénes somos?: <http://cenami.org/node/1>

Vela Martínez, R. (2015). El sistema de ciudades en el estado de Veracruz. 30° *Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México* (pág. 36). Cuernavaca: AMECIDER – CRIM, UNAM.

Veracruz, G. d. (2010). *Situación epidemiológica de enfermedades crónicas no transmisibles.* Xalapa: Secretaría de Salud.

Welsh Herrera, A. (1994). *Aportes de las CEB's a las comunidades marginadas. Experiencias de la psicología social comunitaria .* México: UNAM-Facultad de Psicología.

- Xoquihua, S., & Mongue, K. (2014). *Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Intercultural*. Veracruz, Méxio: Secretaría de Salud del Estado de Veracruz .
- Yolpahtli, S.C. (2003). *Interculturalidad en salud. Práctica médica con pueblos indígenas de México*. México.
- Zamora González, M. V. (2014). La contribución de Ivone Gebara a la teología del siglo XXI en América latina . *Revista Espiga*. 13(27):1-8.
- Zárate Chávez, E. (2008). *Modelo de promoción de la medicina tradicional en el Municipio de Zaragoza, Veracruz*. Minatitlán: Universidad Veracruzana-Facultad de Trabajo Social. Tesis de Licenciatura.
- Zhang, D. X. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de Temas de salud. Medicina tradicional:definiciones : [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)
- Zolla Luque, C., & Sánchez-García, C. (2016). "Sistema real de atención a la Salud en México." En R. Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad* (págs. 166-1667). México: Mc Graw Hill.
- Zolla, C. (2008). "Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán." En: Baez- Jorge (Coord.) . Gonzalo Aguirre Beltrán. Memorial crítico, Veracruz, México: Gobierno del estado de Veracruz.
- Zolla, C. (2011). *Del IMSS-Coplamar a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan. Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica*. En: Argueta, Corona-M, Hersch (coords.) *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México* . Cuernavaca: UNAM / INAH / Universidad Iberoamericana .
- Zolla, C. et al. (1983). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

## Anexos

### Anexo metodológico

#### *¿"De cómo me fue en la feria"?*

En este anexo hago una descripción de la recuperación de experiencias en la aplicación de la metodología de campo etnográfica, con diferentes instancias y actores abordados en este trabajo. Así, describo algunas experiencias relacionadas con las entrevistas a promotoras, promotoras-curadoras, representantes de la Iglesia y pacientes que acuden a sus CSP, como una aproximación y aprendizaje desde el abordaje metodológico.

Para el caso de las entrevistas con las p-c diseñé diversas guías de entrevista durante el desarrollo del proyecto a partir del escaso conocimiento inicial que se tenía de la población a investigar. En un inicio, esto limitó que las guías de observación y entrevista me brindaran la oportunidad de obtener la información con la profundidad requerida; fue necesario ajustarlas respecto de diversas temáticas no contempladas en el diseño inicial y que requirieron cambios durante el proceso etnográfico.

Por ejemplo, las representaciones de las integrantes del c-p-c tienen relacionadas con la medicina tradicional y la medicina alternativa, están vinculadas a una concepción personal más que teórica; reconocen a la medicina tradicional en relación con las terapias naturistas/herbolarias y no con los saberes en salud de los pueblos originarios. Aunque esta visión dificultó las primeras entrevistas, dinamizó la elaboración de nuevos ajustes para las siguientes.

En las entrevistas a pacientes, los diálogos se vieron en ocasiones limitados por mi poco conocimiento del contexto cultural específico de la zona de trabajo y de las características y percepciones de los entrevistados al ser identificado como un sujeto sospechoso por ser varón, joven, urbano, con tatuajes y una cicatriz en mi cabeza; todo esto era asociado por ellos con la violencia que se vive en la región.



Las relaciones de empatía fueron surgiendo a lo largo de todo el proceso. En ocasiones, la información brindada se obtuvo a partir de encuentros espontáneos y no programados en el plan de trabajo de campo. Fue igual que con las integrantes del c-p-c. Quizá sería conveniente también generar una estrategia metodológica que nos permitiera optimizar estas ocasiones donde fluye la información.

Fue necesario ajustar los tiempos de trabajo de campo a las dinámicas de vida de las personas entrevistadas y aprovechar los espacios y tiempos disponibles en las agendas de las CSP y de las propias personas.

Por otro lado, el hecho de que las personas me perciban como un sujeto con formación profesional hizo que al inicio la información que me brindaban se orientará a lo que suponían era más importante para mi y no expresaran sus prácticas reales en salud, a las que quizá consideraban de poco interés; no fue hasta avanzado el desarrollo de mi estancia de campo cuando pude obtener su confianza y recuperar saberes más reales.

La experiencia del registro de la información para su transcripción, sistematización y codificación, implicó un proceso no experimentado durante mi formación profesional y eso se reflejó en ocasiones en la captación y reconocimiento de información relevante para la temática del presente trabajo. Implicó también un esfuerzo extenuante que requirió más del tiempo programado; sin embargo, resultó ser una experiencia formativa en el abordaje etnográfico dentro de las ciencias sociales.

No siempre es posible contar con la elección de los informantes clave desde el inicio del trabajo de campo y, aunque estén previamente elegidos, en ocasiones surgen inconvenientes, obstáculos o falta de aceptación de su parte, lo que requiere hacer una nueva búsqueda de los sujetos más idóneos a incluirlos durante el proceso de campo. El rigor de la aplicación de los métodos y técnicas

de la investigación antropológica, y en particular del método etnográfico, requiere de estancias más prolongadas en las áreas de trabajo, sin embargo, los tiempos académicos señalados por el programa de posgrado-maestría, me limitaron la posibilidad de profundizar en la temática con una mayor diversidad de informantes clave.

Pude reconocer en mi trabajo, el papel de las mujeres en su c-p-c en el sureste de la República Mexicana, su relevancia y trascendencia en sus comunidades de intervención pues son una opción real para atender problemas de salud/enfermedad ante los carentes recursos académicos y populares que se encuentran en sus respectivas localidades. A lo largo de su trayecto como *catequistas de la salud* y agentes de cambio social son fuertes sus relaciones con la comunidad y la Iglesia, lo que les permite brindar espacios de bienestar y acompañamiento en las trayectorias de enfermedades crónicas degenerativas y agudas también. Sobre todo, en lo que respecta a la salud mental de sus pacientes, ofertan una cultura de la prevención-promoción al reconocer a las emociones como raíz de las principales problemáticas en salud de gran parte de la población atendida.

Sin embargo, el hecho de ser mujeres de edades adultas o de la tercera edad hace evidente la necesidad de que nuevas generaciones comprendan el rol que han desarrollado estas mujeres pues no solo son cuidadoras de la red familiar sino también han construido un trabajo como curadoras de los miembros de su comunidad; realizan un trabajo privilegiado que merece ser reconocido tanto por los varones como por la comunidad.

Ante esto me he preguntado: ¿cómo eso se relaciona conmigo? Al ser un varón perteneciente a la juventud-adulta de la población mexicana que he tenido la oportunidad de vivir con ellas y reconocer su trabajo, me ha demostrado que hace falta un mayor reconocimiento a las figuras femeninas en la sociedad de México, en el terreno personal, familiar, comunitario e institucional. No solo se obtendrían

resultados más eficaces en programas y proyectos en salud desde la Atención Primaria a la Salud, sino también permitiría que se deconstruyan las relaciones intergeneracionales en busca de relaciones equitativas, para obtener un reconocimiento de la realidad social que hace evidente la importancia que tienen las madres de familia, y mujeres en general, como parte del modelo de auto-atención para la reproducción de los grupos sociales.

El impacto que tuvo en mí esta experiencia fue significativo; no había conocido un espacio en una comunidad marginada donde sean las promotoras de la salud de la zona quienes ofrezcan un compromiso con la sociedad civil, quienes se interesen en participar en procesos autogestivos para el sustento de comunidades en materia de salud, justicia e independencia.

Ahora bien, ¿yo qué opino sobre sus actividades? En lo personal fui espectador durante todo el trabajo de campo de las actividades y proyectos que realizan de manera constante, solidaria y comprometida en sus comunidades de origen y de intervención, eso hizo que reflexionara sobre ¿cuál a sido mi comportamiento y posición con las mujeres de mi contexto familiar, amistoso y profesional?, pues he invisibilizado el peso que representa la participación de la mujer desde muchas formas y sentidos, en los diferentes espacios sociales. Pude ser testigo de que en sus actividades no hace falta la presencia de un varón para cumplir sus metas y expectativas. Por otro lado, pude valorar lo que implica el papel femenino en una sociedad machista como la nuestra, con el uso de posturas matriarcales con las cuales dan respuesta al sometimiento ante la figura del varón.

Durante todas las actividades que realizan, ya sean con mayor o menor esfuerzo, son muestra de que es posible realizar cambios progresivos hacia una sociedad equitativa, siempre y cuando exista solidaridad y una fuerte convicción sobre las metas a cumplir.

El c-p-c realiza acciones de interculturalidad en salud al realizar un trabajo que da cara al compromiso fallido del sistema de salud pública y complementa las acciones de las instancias eclesíásticas en las comunidades, para construir formas de empoderamiento y prácticas emancipatorias. Identifican, reconocen y validan las formas de atención de sus pacientes a través de una negociación cultural en donde sean ambas partes las que promulguen una búsqueda de bienestar con las formas de atención de las que disponen. Ello a pesar de ser renuentes a reconocer ciertas prácticas tradicionales de la medicina indígena y subordinarlas como aspectos oscuros y negativos según sus posturas católicas. De todas formas, son conscientes de las implicaciones que esto genera en sus relaciones de terapeuta-paciente por lo que buscan reconocer su punto de vista e incluirlo como parte de su terapia.

Respecto a la promoción de la salud, ellas realizan acciones valiosas en su comunidad pues no solo dan seguimiento al caso de pacientes crónicos o en situaciones complicadas, sino que brindan además un acompañamiento integral a todo sujeto que se presente en sus casas de salud. Ofertan una gama pluriterapéutica que no es común en comunidades marginadas lo cual logra una eficacia más allá de la promotoría de la salud. Se han ganado el reconocimiento como doctoras comunitarias que no necesitan el aval de una institución académica. Incluso han superado su dependencia de la institución eclesíástica, pues, es a partir de su propia organización y esfuerzos, el trabajo que ofrecen constituye una oportunidad de la salud en sus comunidades.

Fueron estas mujeres y los/as pacientes de las CSP los que me brindaron una vasta y rica información, quienes me posibilitaron acceder a sus espacios personales y comunitarios para reconocer la riqueza de su trabajo. Como varón, trabajador social, todo lo expuesto en esta tesis me ha permitido reconocer los límites de mi profesión de origen y los alcances de la antropología social, en particular lo referente a la salud. Esta nueva experiencia académica ha brindado la posibilidad de identificar las fortalezas que adquirí como trabajador de campo-

operacional, así como las debilidades existentes en mi disciplina de origen, que paso a paso he ido subsanando; también hizo evidente la necesidad de que en las investigaciones de campo en las ciencias sociales se reconozca la transdisciplinariedad, donde los aspectos teóricos si bien relevantes puedan dar paso a poner mayor énfasis en la praxis en, con y para comunidades y personas en próximas investigaciones, para no aglutinar proyectos de investigación en instituciones oficiales donde deciden sobre la función que puede aportar un antropólogo en instituciones de salud y no directamente en las comunidades y sus respectivos grupos sociales.

## Anexo 2

### Guía de entrevista semi-estructurada-pacientes

Objetivo: Describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos biomédico, tradicional (popular) o complementario y el de auto-atención en los saberes cotidianas de las promotoras-curadoras en las casas de salud popular y en los sujetos que acuden a demandar algún tipo de terapia

A quiénes aplicar: a promotoras-curadoras y pacientes que hayan sido seleccionados de las entrevistas grupales como informantes clave, al tener mayor participación o interés al respecto, según su contexto y tiempo de relación con las casas de salud popular.

Cómo aplicar: a través de citas tanto en las casas de salud popular así como visitas a sus domicilios para llevar a cabo la entrevista

Cuántas aplicar: tener tres entrevistas por cada casa de salud popular

#### Eje temático 1. Representaciones y prácticas de la interculturalidad y promoción de la salud.

1. ¿Desde cuándo conoce la promotoría en salud?; ¿porqué su acercamiento de atención a este sector?
2. ¿Dónde y porqué se desarrolló su interés en asistir a la promotoría en salud?
3. ¿Cuál fue la razón por la que decidió buscar e utilizar a la promoción de la salud en su comunidad? Y ¿en las casas de salud popular?
4. ¿En su familia hay alguna persona que se dedique a la atención o a la promoción de la salud; ¿quién?; y ¿le han enseñado algo?
5. ¿Dentro de sus terapias de atención recibidas por las promotoras-curadoras, ha recibido información sobre sus diversas formas

terapéuticas?; ¿cuáles ha recibido?; ¿en dónde la recibió previamente?; ¿quién le enseñó sobre las características de las terapias recibidas?; ¿qué opinión tiene sobre ellas?; y ¿le han sido de utilidad en sus trayectorias de atención?

6. ¿Hubo presencia de médicos tradicionales antes, durante o después de su atención por parte de las promotoras-curadoras?; y ¿la presencia de la medicina tradicional en su comunidad brindó conocimientos complementarios para su difusión e interés por las promotoras-curadoras y sus servicios terapéuticos?
7. ¿Ha tenido alguna relación con las instituciones de salud pública durante su búsqueda de atención e información por parte de las promotoras-curadoras?; ¿en dónde?; ¿qué tipo de información al respecto le dieron?; y ¿le ha sido útil?
8. ¿Cuál considera es la razón para seguir asistiendo con las promotoras-curadoras dentro de las casas de salud popular?
9. ¿Cree que existen dificultades para que la comunidad se involucre en las acciones de promoción e interculturalidad en salud?; ¿porqué se presentarán?; y ¿cómo solucionarlas?
10. En la práctica cotidiana de las promotoras-curadoras, ¿qué tipo de terapias se utiliza para atender a sus principales problemáticas en salud?
11. ¿Utilizar diferentes formas de atención médica por parte de las promotoras-curadoras a ustedes, como pacientes, le han sido de utilidad en su atención recibida?; ¿qué opinión tienen otros de los pacientes sobre esto?
12. ¿Cuáles han sido sus acciones en la promoción de la salud, dentro y fuera de su comunidad?
13. ¿Ustedes promueven o difunden en la comunidad la asistencia a las casas de salud popular?; ¿a quiénes?; y ¿de qué forma?
14. ¿Hasta qué punto reconocen las relaciones interculturalidad en salud?; y ¿hasta qué punto identifican la interculturalidad en salud?

## Eje temático 2. Validación, negociación y filiación cultural.

- I. ¿Cree usted que comparte con las promotoras-curadoras la misma forma de entender la salud y la enfermedad?; ¿porqué?; y ¿en qué forma se da cuenta de esto?
- II. ¿Es considerado sus características culturales como pacientes, respecto a su enfermedad por la que asisten a la casa de salud popular?; y ¿lo respetan y toman en cuenta para tratar su enfermedad?
- III. ¿Se escucha a su a ustedes como pacientes sobre las explicaciones, miedos y dudas que tienen sobre su enfermedad?; ¿les sirven para tomar las decisiones en su tratamiento por parte de las promotoras-curadoras?
- IV. ¿Se tratan enfermedades como susto, empacho, mal de ojo, brujería por parte de las promotoras-curadoras en sus casas de salud popular; ¿de qué forma las tratan?; y ¿las considerarán enfermedades?
- V. ¿Cuánto tiempo dedican las curadoras-promotoras en las consultas?

## Eje temático 3. Políticas, planes y programas.

- A. ¿Conoce usted las políticas, planes y programas de las instituciones de salud sobre promoción e interculturalidad en salud?; ¿Por qué medios tuvo información sobre ellas?; ¿qué opinión tiene sobre estas políticas?; y ¿pueden llevarse acabo en su comunidad?
- B. ¿Las promotoras de las casas de salud popular se relacionan de alguna manera con estas políticas y programas institucionales?; ¿de qué forma?; y ¿sería de utilidad relacionarse con los programas institucionales, para que sirvieran a la casa de salud popular o a ustedes como asistentes?



## Anexo 3

### **Guía de entrevista grupal semi-estructurada**

**Objetivo:** Describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las casas de salud popular como parte del sistema real de salud de la comunidad y cómo se expresan éstas en los saberes de las promotoras-curadoras en sus acciones de promoción y atención a la salud en las casas de salud popular y en sus comunidades (Minatitlán-Coacotla, Estado de Veracruz)

A quiénes aplicar: a las promotoras miembros de las casas de salud popular que accedan a brindar información al respecto de manera grupal y voluntaria.

Cómo aplicar: agendar la entrevista grupal una vez sea presentado con las integrantes de las casas de salud popular para poder tener un diagnóstico situacional al respecto.

Cuántas integrantes para las entrevistas grupales: mínimo 5 y máximo 12 promotoras

#### Eje temático 1. Percepciones sobre los principales problemas de salud en su familia y comunidad:

1. ¿Cuáles son, y han sido, las enfermedades que más afectan a su familia y a su comunidad? ¿Cuáles son las causas de muerte que se han presentado en su familia?
2. ¿A qué grupos de edad afecta más las problemáticas en salud de su comunidad?
3. ¿Cuáles crees que son las causas por las cuales se presentan dichas enfermedades?
4. ¿A qué personas, instituciones o lugares se recurre generalmente para la atención de sus enfermedades en un primer momento?
5. ¿Cómo ha sido la atención que les han dado en estos lugares? Y ¿hasta qué punto cree que han resuelto los problemas de salud de la comunidad?

Eje temático 2. creencias y prácticas de la interculturalidad y promoción de la salud.

15. ¿Cuál es su interpretación sobre la promoción de la salud?
16. ¿Cómo caracterizan la situación social y cultural de su comunidad?
17. ¿ Se realizan acciones de promoción de la salud en su comunidad por parte del municipio y/o el sector salud?; ¿cuáles son estas acciones?
18. ¿Existió o existe en su familia, además de ustedes, algún tipo de acercamiento en cuestiones de cuidado y atención a la salud a nivel doméstico?; ¿por parte de quién, cuándo y cómo?
19. ¿Cuál fue la razón de su interés para formarse como promotora de salud en su comunidad?
20. ¿En qué formas terapéuticas de atención a la salud se ha capacitado?; ¿porqué en esas?; Y ¿dónde?
21. ¿La presencia de médicos tradicionales (curanderos, hierberos, parteras, hueseros, etc) en su comunidad, le brindó conocimientos en su formación de promotora-curadora?; ¿cuáles conocimientos?; y ¿cómo los recibió?
22. ¿Recurren a instituciones del sector salud para su capacitación en promotoría en salud?; ¿a cuáles instituciones?; y ¿de qué forma?
23. ¿Cuál es su interés de seguir participando como promotora-curadora dentro de la casa de salud popular?
24. Contar con diversos tipos de conocimientos médicos complementarios (homeopatía, biomagnetismo, herbolaria, acupuntura, fitoterapia, medicina tradicional, alopática, etc.), ¿ ha contribuido al tipo de atención que le brinda a sus pacientes?, 9.1 ¿cómo y porqué?
25. ¿Cuáles han sido sus acciones, dentro y fuera de su comunidad, en la promoción de la salud?
26. ¿Cuál ha sido el papel de sus creencias religiosas respecto a su desarrollo como promotoras-curadoras?; ¿hasta qué punto se ha involucrado la religión en su proceso de formación como promotora-curadora?; y ¿hay presencia de representantes de su religión en su trabajo cotidiano o

comunitario; ¿quiénes son?; y ¿qué papel juegan en sus casas de salud popular?

### Eje temático 3. Validación, negociación y filiación cultural.

- VI. Si acude un paciente con una enfermedad de la medicina tradicional (empacho, mal de ojo, brujería, etc.) ¿comparten la misma visión de la enfermedad del paciente?; en caso de no compartirla, ¿la respetan, y de qué forma?; ¿es útil, como promotoras-curadoras, compartir la visión que tienen los pacientes de sus enfermedades? (azúcar y diabetes, susto y hipertensión arterial, daño y cáncer) ¿Para que puede servirles a los usuarios esto?
- VII. ¿Hay, o no, un mutuo acuerdo entre usted como promotora-curadora y sus pacientes al tomar decisiones en los tratamientos frente a la enfermedad?; ¿cómo se llega a ese acuerdo?; y de no existir, ¿cómo lo resuelve?
- VIII. ¿Ciertas enfermedades (empacho, mal de ojo, mal aire, susto, etc) pueden ser tratadas como parte de los servicios brindados en su casa de salud popular?; ¿cómo y porque? Y las otras promotoras ¿comparten la misma comprensión sobre dichas enfermedades?
- IX. ¿Se ha ido involucrado, o no, la comunidad en las acciones de promoción e interculturalidad en salud?; ¿de que forma?; y ¿con qué recursos?

### Eje temático 4. Políticas, planes y programas.

- C. ¿Existe alguna relación entre las casas de salud popular y las instituciones de salud?; ¿de qué tipo?; Y ¿ha habido conflictos al respecto?
- D. ¿Existe alguna relación entre los programas institucionales de salud, que tratan de promoción e interculturalidad en salud, y las acciones que desarrollan las casas de salud popular?
- E. ¿Tienen información sobre las políticas públicas en promoción e interculturalidad en salud o sobre planes y programas institucionales de hospitales, clínicas y consultorios públicos y privados?; ¿de qué manera se enteran ustedes, y la población de su comunidad, de estas temáticas?

F. Dentro de su casa de salud popular, ¿cómo son, o podrían ser, percibidas las políticas, planes y programas de promoción e interculturalidad en salud?; y ¿son tomadas en cuenta dentro de su organización y planificación?

#### Anexo 4

### **Guía de entrevista a profundidad: trayecto de vida**

Al abarcar la interacción de modelos, al igual que su formación como promotoras en salud, su relación con la interculturalidad en salud y su práctica como curadoras, no se puede establecer un objetivo general del protocolo para la presente guía.

A quiénes aplicar: 2 sujetos de estudio que pertenezcan a las promotoras en salud, al igual que el resto de profesiones y técnicos en salud, que forman parte del grupo de promotoras-curadoras, de las casas de salud popular en Minatitlán y Coacotla, Edo de Veracruz.

Cómo aplicar: por medio de dos sesiones de 1 hora y media a cada una de las informantes clave seleccionadas por su temporalidad y desarrollo en las casas de salud popular.

<b>Datos sociodemográficos</b>	
1. nombre	2. cómo le gusta que le digan
3. edad	4. lugar de nacimiento
5. Estado de la república de origen de padres	6. otros lugares previos de vivienda
7. hermanos, cantidad y dedicación laboral	8. Estado civil
9. hijos, edades y sexo	

### **Batería 1. Datos del contexto de la persona**

10. ¿Con quién vive y con quién tiene relaciones más cercanas?
11. ¿Quién constituye su red familiar de apoyo más cercano?
12. ¿A qué se dedicaban sus padres y a qué se dedican hoy en día?
13. ¿A qué se dedican los integrantes de su red familiar (hermanos, pareja e hijos, etc.)?
14. ¿Qué cosas importantes (desastres naturales, violencia social: accidentes, asesinatos, narcotráfico, asalto, violación; fiestas patronales) recuerdas de tu infancia en el lugar donde viviste; y qué diferencias hay con las condiciones actuales?
15. ¿Hasta qué grado escolar estudiaste y en qué lugar?
16. ¿Formaste parte de algún grupo escolar, religioso o artesanal?; ¿en cuál?; y ¿porqué te interesaba?
17. ¿Tuviste o tienes algún empleo remunerado (en tu infancia o juventud) fuera de la casa de salud popular?
18. ¿En la etapa de tu juventud, tenía interés o prácticas sobre cuestiones relacionadas a la salud?
19. ¿Alguien de su familia realizaba algún tipo de práctica para la atención a la salud (curandero, sobadoras, masajistas, enfermeras, parteras, entre otras)?
20. ¿Cuáles son las principales enfermedades en tu familia?; y ¿cuáles las causas de muerte?
21. ¿Cómo atendían en tu familia las enfermedades comunes u otras (tradicionales); ¿quiénes y cómo se llevaba a cabo la atención en la familia, como primer nivel de auto-atención?
22. ¿De qué forma se atendían las enfermedades en tu lugar de origen por parte de las instituciones de salud? y ¿popularmente se acudía con curanderos a falta del sector salud?
23. En el ámbito comunitario ¿conocían a gente dedicada a la curación?

24. En el ámbito institucional ¿qué tipos de servicios existía (clínicas, hospitales, centros de salud, dispensarios) a comparación de los actuales?
25. ¿Cuál ha sido la religión que profesa; y a la fecha la sigue profesando?; y ¿tiene alguna relación ésta con su formación como promotora?
26. ¿Cómo fue el primer contacto con su práctica en el ámbito de la salud y su atención, fuera de la casa de salud popular?; Y ¿dentro?
27. ¿Quién le impulsó a que realizara actividades en promoción de la salud y de atención?
28. ¿Qué percepción tiene sobre las necesidades de salud en la gente de su comunidad, al igual que en su red familiar?
29. ¿Porqué siente compromiso de ayudar a otros con sus problemas en salud?

**Batería 2: nociones de la promoción en salud según la experiencia y lo profesional**

1. ¿Hace cuánto que eres promotora de salud?; ¿cómo empezaste y porqué te interesó ser parte la casa de salud popular?
2. ¿Quién y en dónde le enseñó sobre las prácticas y creencias de promoción en salud?; y ¿de atención?
3. Según usted ¿qué significa, o que entiende, por promoción de la salud?
4. ¿Qué tipo de enseñanzas ha recibido para su atención a la salud, y en dónde se las proporcionaron (institucionales o no gubernamentales)?
5. ¿Conocen si el Estado o el gobierno las ha apoyado para su práctica y difusión de las mismas enseñanzas de atención?
6. ¿Realizan actividades de orientación y educación en salud, dirigido a la población?; ¿de qué tipo?; y ¿porqué medios y/o espacios lo realizan?
7. ¿Cuáles, o qué tipo de prácticas realizas para la atención de las enfermedades o para la promoción de la salud, dentro de las casas de salud popular?
8. ¿Cuántas personas constituyen tu grupo y cómo están organizadas en la casa de salud popular?

9. ¿Disponen de recursos materiales, humanos, financieros o de infraestructura para la sustentabilidad de los proyectos en que trabajan?; ¿de qué tipo y dónde se obtienen?
10. ¿Hay proyectos en tu comunidad (por parte del gobierno y la población) para la protección del medio ambiente (ríos, mares, tierra, fauna, etc.)?; ¿participas en algún proyecto relacionado?; ¿qué resultados ha tenido ese tipo de proyectos?; y ¿qué apoyo comunitario ha existido al respecto?
11. ¿Existen organizaciones o colectivos (de instituciones religiosas o A.C.s), u otro tipo de grupos comunitarios y civiles, que (re)conozcan para desarrollar actividades en salud (prevención y atención a enfermedades)?; y ¿en qué colaboran con ustedes?
12. ¿Cuáles son las 5 principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular en los niños?
13. ¿Cuáles son las 5 principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular en los jóvenes?
14. ¿Cuáles son las 5 principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular en los adultos?
15. ¿Cuáles son las 5 principales causas de demanda de atención en las casas de salud popular entre adultos mayores?
16. ¿Cuáles son las principales causas de muerte en la comunidad?
17. ¿Conoces si ha habido pacientes que fallecieron?; ¿cuándo y por qué causas?
18. ¿Cuál es el tipo de atención brindado a la comunidad tanto por ustedes como por otras instancias?; y ¿hasta qué punto se han resuelto las problemáticas de salud?; y ¿por qué?
19. ¿De qué recursos terapéuticos cuentan para las principales causas de demanda de atención?
20. ¿Qué recursos les hacen falta?



### **Batería 3. nociones de la interculturalidad en salud según la experiencia y lo profesional**

1. ¿En tu comunidad hay población indígena, mestiza, de migrantes o extranjeros?; y ¿qué opinión tienen al respecto?
2. ¿En qué trabaja la gente de tu comunidad principalmente?
3. ¿A qué etnia o grupo indígena pertenecen en tu comunidad?
4. ¿Se habla alguna lengua indígena?; ¿cuáles?; y ¿quiénes acuden a consulta, cuando sucede eso cómo se entienden o comunican con el paciente?
5. ¿Cuáles son las ocupaciones más frecuentes en su familia?
6. ¿Cuáles son las ocupaciones más frecuentes en su comunidad?
7. ¿En su comunidad hay, además de la católica, otras religiones (derivaciones del cristianismo u otras)?; y ¿qué opinión tienes de ellos cuando acuden a consulta? y ¿existen problemas para atenderlos?
8. ¿Qué tipo de curadores tradicionales conoce usted en la comunidad?
9. Describa, de inicio a fin, sobre los pasos que sigue para dar una atención (desde la llegada del sujeto hasta su salida) en la casa de salud popular
10. ¿Existe una explicación de su proceso de atención (diálogo o monólogo; colaborativa; apreciación del lenguaje verbal y no verbal) a los asistentes de sus servicios pluri-terapéuticos?
11. ¿Porqué creen que las personas acuden a ustedes para recibir atención en salud?; y ¿han brindado difusión en qué medios?
12. ¿Cuál es la explicación que se le da al usuario respecto al combinar diversas terapéuticas para atender las principales causas de demanda de atención?; y ¿es útil, o no, en la atención de sus pacientes?
13. ¿Cuando un paciente está muy grave, o se complica, a quién acuden para recibir un segundo apoyo en la atención?
14. ¿A qué tipo de personas es a la que atiende comúnmente en su práctica (niños, jóvenes, adultos o tercera edad)?
15. ¿Consideras que existe un diálogo abierto en tu práctica de salud (difundir y comprender los padecimientos de los sujetos asistentes a su práctica) con

los usuarios y los encargados de las terapias en las casas de salud popular?

16. ¿Considera que en su comunidad hay discriminación por a raza o clase social (etnia, color, religión, estrato social)?

17. ¿Qué prácticas discriminatorias existen al respecto, que usted reconozca?

#### **Batería 4 Expectativas, dificultades y obstáculos en la práctica de la promoción de la salud e interculturalidad en salud**

1. ¿Qué obstáculos ha tenido para realizar sus prácticas de promoción y atención a la salud desde el nivel: personal, organización, comunitario, institucional y familiar?

2. ¿Qué buscaría para avanzar en el reconocimiento (respeto) de sus prácticas en salud a nivel: personal, organización, comunitario, institucional y familiar?

## Anexo 5

### Guía de entrevista semi-estructurada-promotoras

Objetivo: Describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos biomédico, tradicional (popular) o complementario y el de auto-atención en los saberes cotidianas de las promotoras-curadoras en las casas de salud popular y en los sujetos que acuden a demandar algún tipo de terapia

A quiénes aplicar: a promotoras-curadoras y pacientes que hayan sido seleccionados de las entrevistas grupales como informantes clave, al tener mayor participación o interés al respecto, según su contexto y tiempo de relación con las casas de salud popular.

Cómo aplicar: a través de citas tanto en las casas de salud popular así como visitas a sus domicilios para llevar a cabo la entrevista

Cuántas aplicar: tener tres entrevistas por cada casa de salud popular

#### Eje temático 1. Representaciones y prácticas de la interculturalidad y promoción de la salud.

27. ¿Desde cuándo es promotora de salud?
28. ¿Dónde y por qué se desarrolló su interés en la promotoría en salud?
29. ¿Cuál fue la razón por la que decidió participar en la promoción de la salud en su comunidad?; Y ¿en las casas de salud popular?
30. ¿En su familia hay alguna persona que se dedique a la atención o a la promoción de la salud?; ¿quién?; y ¿le ha enseñado algo?
31. ¿Dentro de su capacitación ha recibido información sobre diversas formas terapéuticas?; ¿cuáles?; ¿en dónde la recibió?; y ¿quién le enseñó sobre sus características?; ¿qué opinión tiene sobre ellas?; y ¿le han sido de utilidad en la atención que brinda?

32. ¿Hubo presencia de médicos tradicionales antes, durante o después de su formación como promotora-curadora?; y ¿la presencia de la medicina tradicional en su comunidad brindó conocimientos complementarios para su formación de promotora-curadora?
33. ¿Ha tenido relación con las instituciones de salud durante su capacitación como promotora de salud?; ¿en dónde?; ¿qué tipo de capacitación?; y ¿le ha sido útil?
34. ¿Cuál considera la razón para seguir participando como promotora-curadora dentro de la casa de salud popular?
35. ¿Cree que existen dificultades para que la comunidad se involucre en las acciones de promoción e interculturalidad en salud?; ¿porqué se presentarán?; y ¿cómo se puede solucionarlas?
36. En su práctica cotidiana como promotora-curadora, ¿qué tipo de terapias utiliza para atenderle a sus pacientes ante las principales problemáticas?
37. ¿Utilizar diferentes formas de atención médica al tratar a sus pacientes, le ha sido de utilidad?; Y ¿qué opinión tienen sus pacientes sobre esto?
38. ¿Cuáles han sido sus acciones en la promoción de la salud, dentro y fuera de su comunidad?
39. ¿Hasta qué punto reconocen el uso de la interculturalidad en salud?; y ¿hasta qué punto identifican la interculturalidad en salud?
40. ¿De qué manera difunden los servicios que prestan en las casas de salud popular?

Eje temático 2. Validación, negociación y filiación cultural.

- X. ¿Cree usted que comparte con sus pacientes la misma forma de entender la salud y la enfermedad?; ¿porqué; y ¿en qué forma se da cuenta de esto?
- XI. ¿Es considerado el aspecto cultural de las personas o pacientes, respecto a su enfermedad, que asisten a la casa popular de salud?; ¿lo respetan y toman en cuenta para tratar su enfermedad?

- XII. ¿Escucha a sus pacientes sobre las explicaciones, miedos y dudas que tienen sobre su enfermedad?; y ¿le sirve para tomar las decisiones en su tratamiento?
- XIII. ¿Trata usted enfermedades como susto, empacho, mal de ojo, brujería?; ¿de qué forma las trata?; y ¿las consideran enfermedades?
- XIV. ¿A sus citas cuánto tiempo le destinan a los pacientes en sus consultas?

Eje temático 3. Políticas, planes y programas.

- G. ¿Conoce usted las políticas, planes y programas de las instituciones de salud sobre promoción e interculturalidad en salud?; ¿Por qué medios tuvo información sobre ellas?; ¿qué opinión tiene sobre estas políticas?; y ¿pueden llevarse acabo en su comunidad?
- H. ¿Las promotoras de las casas de salud popular se relacionan de alguna manera con estas políticas y programas institucionales?; ¿de qué forma?; ¿Sería de utilidad relacionarse con los programas institucionales?; ¿para qué servirían a la casa de salud o a los pacientes?

## Anexo 6

### Entrevista semi-estructurada con representantes de la Iglesia

Objetivo: Describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos biomédico, tradicional (popular) o complementario y el de auto-atención en los saberes cotidianos de las promotoras-curadoras en las casas de salud popular y en los sujetos que representan a la Iglesia en sus prácticas.

1. ¿Cuál ha sido su formación y como se vincula a la vida de la diócesis.?
2. ¿Cómo se fue acercando precisamente a esta medicina natural /tradicional.?
3. ¿Qué tipo de terapias llegaron a manejar en actividades en conjunto con las promotoras?

Y ese tipo de terapias, ¿cómo lo fue interpretando la comunidad?, ¿cómo ustedes llegaban a ofrecerla a las comunidades?

4. ¿Cuál era la respuesta de la población al presentar enfermedades tradicionales, como empacho, mal de ojo, malos aires?
5. ¿Desde su formación con las CEBs, ¿qué relación existe entre la teología de la liberación y las actividades de las promotoras?
6. ¿Cuál es la causa que detona la casa de salud en Coacotla?, ¿cuál es la historia?
7. ¿Qué actividades fueron las primeras con las que empezaron a armar primero ahí en la casa de salud de Coacotla?
8. El papel del Estado, el sector salud, ¿han tenido alguna relación con ustedes?
9. ¿Qué política tiene la iglesia en relación a la promoción y atención a la salud y todas las políticas que llevan ustedes?
10. ¿Cuál es la concepción que ustedes tienen sobre la salud y la enfermedad, y lo que ha tenido que ver en la formación de las promotoras?
11. ¿Hay un reconocimiento por parte de la diócesis y de usted de una interculturalidad en salud? y ¿qué respuesta hay al respecto?

Anexo 7 Consentimiento informado.

Por medio de la presente, acepto la invitación a participar en la investigación del maestrante Lic. Omaña Mendoza Teoatl Alejandro, sobre: *Los procesos interculturales en promoción y atención a la salud. Caso del colectivo de las promotoras-curadoras de Minatitlán-Coacotla, Veracruz.*; por parte del programa de posgrado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud de la Uiversidad Nacional Autónoma de México, en su campo de conocimiento en ciencias sociomédicas con la especialidad sobre Antropología en salud. En el cual el Dr. Campos-Navarro Roberto fungue como tutor del presente proyecto.

Se me han explicado los objetivos que se llevarán a cabo en dicha investigación, los cuales son: 1.) describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las casas de salud popular como parte del sistema real de salud de la comunidad y cómo se expresan estas en los saberes de las promotoras-curadoras en sus acciones de promoción y atención a la salud en las casas de salud popular y en sus comunidades (Minatitlán-Coacotla, Estado de Veracruz); y 2.) describir y analizar la interacción y coexistencia entre los modelos biomédico, tradicional (popular) o complementario y el de autoatención en los saberes cotidianas de las promotoras-curadoras en las casas de salud popular y en los sujetos que acuden a demandar algún tipo de terapia. En donde tengo la libertad de compartir ideas ya que no existen respuestas idóneas o enjuiciadas al respecto.

Me encuentro de acuerdo en ser entrevistada(o) una o más ocasiones, de llegar a ser necesario, y autorizo que así la información proporcionada sea grabada (audio-video) durante las sesiones correspondientes, y con fines de análisis; y sea además utilizada para su difusión académica, siempre y cuando sea hecho de manera confidencial y respetándose mi anonimato, para lo cual acepto se me proporcione un seudónimo en caso de llegar a ser necesario.

Así mismo, estoy de acuerdo en la asistencia del maestrante en las sesiones, que se llevarán a cabo en el centro de atención, en hogares o lugares de convención grupal para así disponer de una observación en los acontecimientos de su cotidianeidad; por lo que, me encuentro consiente de que la participación es voluntaria y podré abandonar la investigación en el momento que lo decida o lo considere necesario.

Firma y nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma y nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

## Anexo 8

### Guía de observación

Objetivo: Describir y analizar las relaciones interculturales en salud en las Casas de Salud Popular como parte del Sistema Real de Salud de la comunidad y cómo se expresan estas en los saberes de las promotoras-curadoras en sus acciones de promoción y atención a la salud en CSP y en sus comunidades (Minatitlán-Coacotla, Estado de Veracruz).

En el **Sistema Real de Salud** se debe de observar en la colonia ampliación Hidalgo y M. Hidalgo (del municipio de Minatitlán) y en la localidad de Coacotla:

- ✓ Centros de atención a la salud (en primer nivel) por parte de las instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, SEMARNART, Pemex, DIF, SSA) y centros de atención a la salud del sector privado.
- ✓ Tiendas naturistas (vitaminas y plantas medicinales, entre otras).
- ✓ Expendios de plantas medicinales en mercados populares.
- ✓ Farmacias y droguerías con productos genéricos, similares y de patente.
- ✓ Consultorios anexos a farmacéuticas.
- ✓ Odontólogos.
- ✓ Especialistas (nutriólogo, pediátrico, entre otras).
- ✓ Curadores tradicionales (huesero, hierbero, partera, entre otros)
- ✓ Tiendas de abarrotes con recursos farmacéuticos a la venta (misceláneas, mini-súper, supermercado)
- ✓ Centros de atención a la salud por parte de la Iglesia católica.
- ✓ Centros de atención a la salud por parte de movimientos religiosos (adventistas, mormones, pentacostales, entre otros).
- ✓ Gabinetes de laboratorio, rayos x, densitrometrías, etc.

En las Casas de salud popular: **promoción de la salud**

- # de integrantes de trabajo en las casas.
- # de promotoras de la salud.



- # de promotoras-curadoras.
- # de Profesionistas.
- # de miembros representantes de la Iglesia.
- # de promotoras en formación.
- Jerarquías, horarios, distribución de espacio, consultorios y otras actividades (limpieza, administración y comidas).
- Relación que guardan las promotoras-curadoras con la Iglesia católica.
- Conocimiento de los curadores tradicionales en ambos contextos (casas de salud popular) por parte de los usuarios y las promotoras-curadoras.
- Vínculos con otras organizaciones (públicas, privadas, civiles, nacionales e internacionales) para sus proyectos de trabajo en promoción y atención a la salud; al igual que en interculturalidad en salud.
- Relación con la comunidad en sus proyectos de las promotoras-curadoras en ambos contextos de las casas de salud popular.
- Difusión de sus servicios a la comunidad.
- Papel u/o lugar que ocupan las casas de salud popular en las trayectorias de atención de los asistentes.
- Saberes y prácticas acerca de la promoción de la salud por parte de las promotoras-curadoras y su efecto en el quehacer cotidiano
- Saberes y prácticas acerca de la gestión comunitaria por parte de las promotoras-curadoras relacionada con el proceso Salud/Enfermedad/Atención-prevención.
- Saberes y prácticas acerca de la prevención en la salud por parte de las promotoras-curadoras y su realización en el quehacer cotidiano.
- Saberes y prácticas acerca de la atención a la enfermedad por parte de las promotoras-curadoras y su realización en el quehacer cotidiano.
- Gestiones de promoción e interculturalidad en salud que realizan las promotoras-curadoras con otros actores e instancias sociales (institucionales y comunitarios) en el ámbito comunitario.

- Conocimientos sobre políticas, planes y programas en materia de la promoción de la salud e interculturalidad en salud por parte de las promotoras-curadoras y comité en general
- Correspondencia entre actividades de las promotoras-curadoras y las políticas, planes y programas en materia de la promoción de la salud e interculturalidad en salud
- Difusión de políticas públicas al respecto de la promoción de la salud en la comunidad por parte del sector salud y lo que se encuentre relacionado en las casas de salud popular de las promotoras-curadoras.
- Limitaciones y obstáculos que son identificadas por las promotoras-curadoras para realizar las políticas, planes y programas en materia de la promoción de la salud e interculturalidad en salud en sus casas de salud popular.

#### **Interculturalidad en salud**

- Saberes de las promotoras-curadoras respecto a las enfermedades que atienden y su correspondencia con los usuarios.
- Saberes de las promotoras-curadoras respecto a las enfermedades que atienden y su correspondencia con saberes de otras promotoras.
- Respeto sobre los saberes diferentes de los usuarios, por parte de las promotoras, respecto a las enfermedades y sus terapéuticas de atención.
- Percepción de las prácticas de salud institucionales por parte de las promotoras-curadoras.
- Opinión de los asistentes sobre la atención brindada en otros espacios terapéuticos.
- Respeto de los saberes de otras promotoras en salud por parte de las promotoras-curadoras en ambas casas de salud popular.
- Integración de los saberes y opiniones de los asistentes en la terapéutica o seguimiento brindado por la casa de salud popular.
- Confianza de las pacientes en expresar sus opiniones a las promotoras-curadoras.

- Reconocimiento por parte de los usuarios de enfermedades que vienen de la medicina tradicional y su respeto por parte de las promotoras-curadoras
- Reconocimiento por parte de otras promotoras en salud de enfermedades que vienen de la medicina tradicional y su respeto por parte de las promotoras-curadoras
- Distancias de casa a las casas de salud popular; estratos sociales de pertenencia y accesibilidad sociocultural

### **Modelos Médicos**

- ❖ Logística interna de las casas de salud popular (organigrama).
- ❖ Espacios y horarios para los procesos de atención en las casas de salud popular.
- ❖ Recursos disponibles (económicos, materiales y humanos) en las casas de salud popular.
- ❖ Redes de trabajo para el desempeño de las actividades en las casas de salud popular.
- ❖ Principales motivos de demanda (biomedicina y medicina tradicional y/o medicina complementaria) en las casas de salud popular.
- ❖ Principales causas de demanda en niños, jóvenes, adultos y tercera edad en las casas de salud popular.
- ❖ Recursos terapéuticos utilizados por las promotoras-curadoras respecto a las principales causas de demanda.
- ❖ Explicaciones de las promotoras-curadoras al respecto del uso y combinación de diversas terapéuticas para las principales causas de demanda en las casas de salud popular.
- ❖ Vinculación con otros servicios (biomédicos, tradicionales o complementarios) en caso de ser necesario para la atención de los pacientes (referencias); ¿quién lo realiza?, ¿cómo se realiza? y ¿qué opinión se tiene de ello?