



9
241
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Filosofía y Letras

**“EL TEATRO COMO COADYUVANTE SOCIAL
PARA LOS GRUPOS MARGINADOS A
TRAVES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
MEXICO”**

INFORME ACADEMICO
Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN LITERATURA DRAMATICA Y TEATRO
Presenta:
María Eugenia Gutiérrez Carbajal

México, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE

| | |
|--------------------------|------|
| Agradecimientos. | vi |
| Presentación. | viii |
| Introducción. | xi |
| Capítulo 1. | 1 |
| Capítulo II. | 37 |
| Capítulo III. | 57 |
| Conclusiones. | 89 |
| | . |
| Bibliografía. | 122 |

Al señor Lic. Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi admiración y reconocimiento con todo respeto a su persona y en especial a sus notables logros, al fortalecer y modernizar al IMSS con la Nueva Ley del Seguro Social.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, le agradezco toda la experiencia en materia de Seguridad Social, que he adquirido durante veinte años de mi actividad laboral. Y con todo respeto le dedico este trabajo profesional, esperando que sea de utilidad para la Dirección de Prestaciones Sociales, en apoyo a la población marginada de nuestro país.

A los representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, les agradezco todo su apoyo y enseñanzas. Y en especial a los licenciados Víctor Infante y Alejandro Cortizo, les manifiesto respetuosamente mi más sincero agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS

Mamá recibe mi más profundo agradecimiento y reconocimiento porque me enseñaste a luchar y vencer cualquier obstáculo de mi vida, con preparación, trabajo, dignidad, honestidad y respeto.

Al maestro Armando Partida Tayzán, con respeto y admiración a su persona, mi más sincero agradecimiento por su apoyo durante mi carrera y por su valiosa asesoría para la realización de éste informe, también por su comprensión, paciencia y enseñanzas.

A los profesores: Lic. Néstor López Aldeco, Maestra Aimé Wagner Mesa, Lic. Gonzálo Blanco Kiss, Maestro Alejandro Ortíz Bullé Goyri , por su apoyo constante.

A todos mis profesores, con gran respeto por las enseñanzas que aportaron a mi vida.

A mi hermana Vicky, por ser un gran ejemplo para los hermanos, hijas y sobrinos, con mi reconocimiento porque con su trabajo, valor e integridad ha sido una guía de la familia .

A mi hermano Mauro por sus metas alcanzadas y las que le faltan por lograr . También por apoyarme cuando más lo he necesitado y en reconocimiento a su fe que siempre lo mantiene firme, así como a su disposición para ayudar a sus hijos y a los demás.

A mis hermanas Rocío y Sonia por ser unas madres ejemplares y por llevar la vida con optimismo.

A mi hermano César por su superación, trabajo y forma de lograr su felicidad.

A mi hermana Carmen por disfrutar cada momento de la vida y por su cariño, comprensión y apoyo.

A mi hermano Paúl por comprender con inteligencia que le tocó vivir su infancia con adultos.

A mis sobrinos, Karina (por titularse en diciembre), Carolina, Yeimy, Titi, Mauro, Pamela, César, Alfredo, Yesy, Vania y el Bebé. Por darle felicidad a mi vida.

A los compañeros de la Licenciatura y en especial a mis amigos Paty y Juan Carlos por sus acertados consejos y estímulo para mi superación, también por los momentos agradables que compartimos durante la carrera.

A mis cuñados por conservar la unión familiar

A Irma Jiménez por su gran apoyo

A Mary, a Lupita y Ofelia por su gran amistad y valor para superar los momentos difíciles.

A Ana Luisa, a sus papás y a mi sobrina, por su amistad y por ser una familia ejemplar.

A mis amigos y amigas por estar conmigo en los momentos que más los he necesitado.

PRESENTACION.

El Gobierno Federal, a partir de 1979, fortaleció las acciones comunitarias en favor de los grupos marginados, por conducto del Programa IMSS-Solidaridad, mismo que el Instituto con el nombre de IMSS-COPLAMAR ya estaba realizando en beneficio de grupos indígenas y campesinos de nuestro país para tratar de saldar una antigua deuda social con este sector más vulnerable y desprotegido.

Me ha tocado ser testigo del importante apoyo que el Ejecutivo Federal le dio a esos grupos sociales, y el impulso y actualización a los programas ya establecidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social; al haber ingresado el 1° de julio de 1977 a esta Institución. Y dada mi formación humanista aprecié y valoré la importancia que la cultura teatral tiene en la salud de la población como apoyo para difundir los objetivos de la Seguridad Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con una área denominada Promoción Cultural en la cual se desarrollan actividades de teatro, misma donde presté mis servicios de 1986 a 1987 en calidad de Coordinadora de Programas Nacionales de Fomento a la Salud y Culturales, así como de Bienestar Social en materia de Seguridad Social; por igual participé en la lectura y redacción de las publicaciones del IMSS, Teatro Mexicano del Siglo XX. Catálogo de obras teatrales,¹ Tomo I y II que abarca de 1900 a 1986, y con la edición del III, que comprende de 1900 a 1988, donde se pormenorizan en los dos primeros, más de 3000 sinopsis y en el último más de 1300, correspondientes a las obras de diversos dramaturgos, labor que continúa los brillantes esfuerzos de plumas como la de Enrique Olavarría y Ferrari, Armando de María y Campos, Antonio Magaña Esquivel, Luis Reyes de la Maza y Francisco Monterde, quienes brindaron su tiempo y su cultura a la descripción de nuestros pasos por el teatro

¹ Margarita, Mendoza, Salazar, Daniel y Espinoza, Tomás(+). *Teatro Mexicano del Siglo XX*. Catálogo de obras teatrales, México, IMSS, 1987-1988.

del presente siglo. La obra en comento incluye cinco tomos, aunque yo únicamente participe en los tres primeros.

Las publicaciones citadas se realizaron ya que dentro de las políticas del Instituto Mexicano del Seguro Social se considera al teatro como coadyuvante de la salud física, social y cultural de nuestro país; por ello ha jugado un papel protagónico en el impulso y desarrollo de las artes escénicas, mediante una política teatral que comprende la intensa y continua programación de sus foros, clases de arte dramático en los Centros de Seguridad Social, festivales y publicaciones de libros que desentrañan y muestran esa temática. Asimismo la filosofía institucional conceptualiza al arte como fuente de acciones sociales y terapéuticas así como una de las formas más altas de educación.

El Instituto construye los cimientos para futuras investigaciones del arte escénico, trabajos que deberán recuperar la memoria, los prodigios y diversos matices de lo que fuimos y lo que somos. Es decir, se debe cumplir con los compromisos históricos, éticos y estéticos necesarios en cualquier quehacer cultural.

Con los conocimientos adquiridos, fruto de mi actividad laboral y el ejercicio de mi vocación profesional, comprobé la estrecha relación que las Prestaciones Sociales y en particular el teatro tienen con la Seguridad Social también las grandes posibilidades de atender en forma expedita y con la aceptación a la población marginada de nuestro territorio.

Con el presente Informe, me permito mostrar la realización de actividades y vivencias mediante este proyecto, reflejo de mi participación en el Instituto y en particular en las zonas depauperadas de nuestro país, como son las regiones de Oaxaca.

Estas experiencias adquiridas en 20 años, las he sistematizado, analizado y las presento ante ustedes como una reflexión crítica titulada "El Teatro como Coadyuvante Social para los Grupos Marginados a través de la Seguridad Social en México".

INTRODUCCION

La seguridad Social y el Teatro en México constituyen áreas que en apariencia pudieran ser disímbolas, sin embargo, al ser la primera una de las necesidades humanas de mayor importancia para la subsistencia y desarrollo del hombre - en los diferentes niveles: preservación de la vida (salud, seguridad, economía); satisfacción intelectual: cultura y educación (difusión, comunicación, medios); seguridad laboral: legislación para garantizar el nivel salarial acorde con las leyes del valor moneda vigente - todo lo anterior hace ver la importancia que reviste el aspecto de comunicación y método didáctico que guarda en sí mismo el teatro.

Vista esta disciplina como instrumento metodológico en cuanto a la comunicación pública, conlleva en su desarrollo y desempeño el constituir uno de los medios más remotos de la historia de los pueblos y significa una de las manifestaciones puras y persistentes de la actividad del hombre, cuya experiencia se encuentra en todas las culturas, tanto en Grecia, Roma como en el México prehispánico y de sus varias épocas históricas por citar solo algunos ejemplos se ha utilizado para transmitir relatos de otro lugar y tiempo, a la vez que constituyó la forma difusiva del ritual de contenido esotérico o religioso entre las culturas primitivas y, posteriormente, en la antigüedad, hasta instaurar, al igual que la literatura, la danza, las artes plásticas o la música, todo un universo de comunicación a nivel individual como grupal a lo largo del tiempo e incluso en la actualidad siendo el trayecto vivo de una memoria histórica y colectiva.

Al considerar que uno de los aspectos mencionados: Seguridad Social, reviste un trabajo constante en un país como el nuestro; sólo resta mencionar que el motivo primordial que pretende esta investigación consiste en incidir adecuadamente a través del teatro como medio de difusión, y educación para

adecuadamente a través del teatro como medio de difusión y educación para sensibilizar a las personas respecto a la realidad socioeconómica de su propio entorno enfocado hacia núcleos de la población marginados o en la pobreza en todos sus sentidos: pobreza social, económica y cultural, carencias de recursos de primera necesidad, falta de acceso al desarrollo cultural actuante y sobre todo, ausencia del conocimiento y forma de acceder a las instancias nacionales de seguridad social auspiciadas por el Estado; del mismo modo que generar una motivación de altruismo en las personas dedicadas al desempeño de la presentación del servicio de seguridad social.

Esta doble acción sensibilizadora entre población y servidores públicos en las áreas de Seguridad Social, se propone tocarla, conmoverta, motivarla por medio de gestas educativas y formativas que se valgan de la comunicación teatral para la difusión en los núcleos marginados del territorio nacional, que en el presente estudio tratará sólo a la población indígena de la Sierra de Oaxaca; uno de los reductos postergados socioeconómicamente en nuestro país. Dicha muestra podrá extrapolarse a otros continentes de grupos dentro del país como de Latinoamérica o bien a los cinturones de miseria de la metrópolis, canalizado acorde con las peculiaridades propias de cada medio social en las condiciones remarcadas aquí.

CAPITULARIO

CAPITULO I.

Seguridad Social

CAPITULO II.

La Marginación

CAPITULO III.

Programa De Seguridad Social, Cultura Teatral Y Población Marginada De Oaxaca.

CAPITULO I

SEGURIDAD SOCIAL

"El mayor reto de nuestro tiempo es abatir la pobreza y la marginación, el mejor medio es la justicia y el instrumento más efectivo es la Seguridad Social".² La búsqueda de ésta es y ha sido el móvil de los individuos a lo largo de la historia, el hombre ha vivido agrupado, es decir en sociedad. Con el devenir del tiempo los pueblos han sufrido transformaciones y en su evolución siempre ha estado presente el interés por establecer modelos que les proporcionen seguridad para el futuro, garanticen su bienestar presente y reivindicquen sus anhelos de justicia. Su objetivo fundamental es que sus miembros, de acuerdo con su integridad personal y de modo estable, satisfagan sus necesidades; es así como surge la seguridad social, como una forma de disminuir los sufrimientos de las personas que carezcan de los beneficios que la tecnología y los avances científicos han proporcionado a la comunidad.

Un paso muy importante en la historia de la sociedad existente es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la cual se desprenden aspectos fundamentales de seguridad social. "... las naciones signatarias de la Declaración, no obstante las grandes diferencias que entre ellas existían, hayan coincidido, en el preámbulo y en todo su articulado, en hacer patente la convicción respecto a la urgencia de lograr transformaciones que permitieran a los hombres una vida digna en todas sus dimensiones".³

²"Seguridad Social. XXIV Asamblea General. Seguridad Social", Organó de Difusión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. No. 182, Enero-Marzo. México, 1993. p. 9.

³"La Seguridad Social y el Estado Moderno", México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992. p. 38.

Bajo este orden de ideas podemos decir que la seguridad social es un aspecto de competencia universal, pero veamos a fondo qué es la seguridad social.

2.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Como ya se expresó, la seguridad social es una necesidad que se genera de acuerdo al desarrollo en sí que presenta la sociedad. Los sucesos históricos acaecidos a lo largo del siglo XX han propiciado el desarrollo del concepto de seguridad social. "Cuando aún no concluía la Segunda Guerra Mundial, los gobernantes y los pueblos empezaron a considerar que un mundo basado en la justicia y la igualdad tendría que nacer sustentado en organizaciones sociales más humanas y más justas, con el propósito de que todos los hombres pudieran tener trabajo, progreso económico y seguridad social".⁴

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), creada en la posguerra, en su Declaración de los Derechos Humanos dice, en su artículo 25, que: ... "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios ..."

Es así como el término de seguridad social cobra importancia a nivel mundial puesto que la ONU lo plasma como uno de sus objetivos fundamentales.

⁴Ibid. p. 79.

⁵"Evaluación de las Tendencias de la Seguridad Social, 1981-1983". México, Revista Internacional de Seguridad Social, 4, 83, p. 512.

Durante el primer año de la Segunda Guerra Mundial se empieza a dar un movimiento a nivel internacional tendiente a legislar en materia de seguridad social y es en Inglaterra, en 1942, cuando Sir William H. Beveridge presenta un documento que define a la seguridad social como: "... el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia ... (y que) ... la meta del plan de seguridad social es acabar con la indigencia en cualquier circunstancia".⁶

En la I Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942) se proclamó la Declaración de Santiago de Chile, en la cual se señalaron los principios de seguridad social y económica, sin embargo se concretó su contenido dos años más tarde, en la llamada Carta de Filadelfia, como un concepto específico y distinto del seguro social clásico y de asistencia social.

En 1960 se celebró la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, esta vez en México, y en la declaración precedente, en su artículo 17 se establece como prioridad:

Ampliar en la medida en que lo permitan las circunstancias políticas, económicas y jurídicas, el radio de acción de los seguros sociales hacia una concepción integral y de seguridad general, atentando los nuevos factores de bienestar que sea dable realizar en un ambiente de paz social que permita avances constantes a un fortalecimiento de la justicia social ... (y que se deban) ... iniciar, desarrollar y ampliar las prestaciones familiares y sociales en favor del progreso individual, familiar y de la comunidad de que se forma parte.⁷

Esta declaración fue la culminación de un largo proceso de aceptación internacional del concepto de seguridad social integral que es en sí la incorporación de 3 procesos al seguro social original y que son: los servicios sociales, la solidaridad social y la ampliación de la cobertura a la población no

⁶*Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983. 40 años de Historia*, México, IMSS, 1983. p. 136.

⁷*Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, XL Aniversario de la CISS*, México, Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Secretaría General, 1982. p. 113.

derechohabiente. Estos principios fueron integrados a la Ley del Seguro Social 13 años después.

En el caso de México la seguridad social se ha manifestado como un importante instrumento del gobierno y tiene como objetivo fundamental lograr mejorar las condiciones económicas, sanitarias, sociales y culturales de la población. "La seguridad social se ha perfilado en México a partir del ideario, las manifestaciones y las aspiraciones que surgen de su idiosincrasia de acuerdo con sus requerimientos y necesidades, dándole expresión y fundamento en una estructura legal y en un conjunto de instituciones, mismas que en el devenir histórico han cobrado vigencia y proyección".⁸

Dentro de estas estructuras se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual sustituyó a la antigua Dirección General de Pensiones y de Retiro.

La Ley del Seguro Social vigente, en su artículo 2o. establece que:

Art. 2.- La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

En términos similares se define a la seguridad social al decir que "... tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".⁹

⁸"La Seguridad Social y el Estado Moderno", México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 78.

⁹"Glosario de Términos Técnico-Administrativos de Uso Frecuente en el Instituto Mexicano del Seguro Social", México, IMSS/Secretaría General/Secretariado Técnico de Información y Documentación/ Centro de Documentación/Comité de Normas Internas de Operación, 1980, p. 117.

De lo anterior se desprende que el concepto de seguridad social tiene 2 sentidos básicos, uno como objetivo de la política social de la cual se derivan una serie de medidas y la utilización de instrumentos públicos, para el logro del desarrollo social; y otro:

Como la suma de programas, instituciones, servicios, leyes y medidas de distinta índole, que en conjunto buscan la protección de la salud de grupos considerables de la población o de la población entera; la garantía de medios económicos de subsistencia en caso de disminución o pérdida de las capacidades de ganancia del trabajador o de cualquier miembro de la población, y mejoramiento de las disponibilidades económicas de la familia; y la provisión de servicios o "Prestaciones Sociales" a la población, como complemento a otros programas parte de la política social del Estado.¹⁰

Es así que en México, las finalidades básicas de las prestaciones sociales, y que conforman el concepto de seguridad integral son:

- i) bienestar general de la familia, por medio de la elevación de niveles de vida;
- ii) formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental;
- iii) aplicación adecuada del presupuesto familiar; alimentación, vivienda, vestido, etcétera;
- iv) protección del salario del asegurado mediante tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos;
- v) principios y prácticas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño;
- vi) interés por la recreación y la correcta utilización del tiempo libre;
- vii) práctica deportiva, como parte de la medicina preventiva;
- viii) extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora, el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio recreativo;
- ix) la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en actividades lucrativas;
- x) proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bienestar social; y
- xi) solidaridad y promoción de la seguridad social en relación con el bienestar de la comunidad.¹¹

¹⁰Carlos, Campos Jiménez. "Glosario de Términos Usuales en la Seguridad Social en Costa Rica", Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, 1976, p. 36.

¹¹"La Seguridad Social y el Estado Moderno", México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 82.

Las prestaciones sociales fueron el resultado de 3 circunstancias nacionales, a saber: 1) la necesidad de elevar las condiciones de vida de los asegurados y sus familias; 2) la eficacia que alcanzaron otros servicios sociales (v.g. la educación); y 3) el hecho de que México adoptara la concepción universal respecto a la salud, al goce pleno de bienestar físico, mental y social.

2.2. ASPECTOS FUNDAMENTALES DE SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social está conformada por los siguientes aspectos:

2.2.1. Sociopolíticos

En un principio los esfuerzos por crear un modelo de seguridad social en el mundo fueron dirigidos hacia la necesidad de resolver los problemas de inseguridad de la clase trabajadora, como consecuencia del desarrollo industrial, así como la presencia de enfermedades y accidentes de trabajo, invalidez y desempleo. El Estado "en un acto de política social y como respuesta a las presiones sociales, expidió leyes para proteger al trabajador; con el propósito de evitar la inestabilidad sociopolítica y mantener el control para la conducta de la sociedad".¹²

Bajo este parámetro los seguros sociales clásicos ampararon a la población asalariada, la cual contaba con ingresos estables y controlables, cubriendo los riesgos de enfermedades profesionales, maternidad, invalidez, vejez, cesantía por edad avanzada y muerte, abarcando exclusivamente al área urbana.

¹²ibid, p. 77.

En México, los cambios económicos, sociales y culturales de los 40 se dieron de forma por demás dinámica, lo cual ha implicado que la política social, desde su inicio y hasta la actualidad, se ha ajustado y modificado de acuerdo con cada contexto específico. Bajo este orden de ideas podemos decir que "la seguridad social mexicana rompe con los esquemas tradicionales de los seguros sociales y anticipa en la práctica lo que posteriormente vendrían a constituir los modelos conceptuales e ideológicos de la seguridad social integral".¹³

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó, en 1956, la Casa de la Asegurada, en la cual se establecieron prestaciones no consideradas en la legislación original de 1943 y que incluían acciones tendientes a incluir la medicina preventiva, la educación y la recreación dentro del esquema de seguridad social. Lo anterior dio origen al surgimiento de centros de adiestramiento técnico, que se fueron extendiendo a toda la población, asegurada o no, partiendo de la base que se capacitaba al futuro asegurado, estableciendo así los llamados Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar.

Hacia 1960 nuevamente el IMSS enfrentó un nuevo reto respecto del problema de vivienda con la finalidad de lograr el bienestar familiar, construyó conjuntos habitacionales, amplió las prestaciones de cultura, recreación y deporte, además construyó teatros, cines, deportivos y el Centro Vacacional de Oaxtepec, Morelos.

Basado en la solidaridad social, el régimen del seguro social proporciona servicios de prestaciones sociales y de solidaridad social, ya en 1962 cubría servicios de guarderías infantiles. Así el Instituto otorga "servicios culturales, recreativos y deportivos tendientes a cuidar y fortalecer la salud mental, y procurar la integración familiar y social del trabajador".¹⁴

¹³Ibid, p. 78.

¹⁴Iniciativa de Reformas a la Ley del ISSSTE enviada por el presidente Miguel de la Madrid Hurtado a las cámaras de Diputados y Senadores en 1986.

México ha tenido un desarrollo socioeconómico desigual, tanto regional como social, la seguridad social mexicana "... ha sido el instrumento de la política social que con mayor ventaja ha enfrentado la problemática que significa administrar un régimen de protección social para la población, con independencia del lugar que ocupe en los niveles de ingreso y la rama de empleo".¹⁵

En nuestro país la seguridad social se ha integrado en cuatro vertientes, el derecho a la salud, a la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales, para el bienestar individual y colectivo y la solidaridad social. Para lograr esto es indispensable que las instituciones de seguridad social conserven la calidad de sus servicios con el mínimo de gastos y aumenten la demanda de éstos, al participar con competencia y eficacia.

... la circunstancia actual tiende a demostrar la utilidad de los servicios sociales de la seguridad social, al aumentar el volumen de las necesidades que han de satisfacerse; pero también se desprende que simultáneamente se agravan los problemas de financiación de las instituciones de seguridad social, y que se requiere un arbitraje en el que se dé prioridad, por la naturaleza de las cosas, a las prestaciones cuyo servicio corresponda a una obligación legal.¹⁶

Así como a las económicas, tal es el caso de los préstamos de corto y mediano plazo, y tal vez las orientadas a la protección del salario.

Las demandas y necesidades de la población han fomentado la ampliación de los servicios que originalmente prestaban las instituciones de seguridad social hacia el ámbito de la cultura, el deporte, la recreación y la protección al salario. Esto ha motivado que el gobierno goce, hasta cierto punto, de tranquilidad, puesto que satisfechas estas necesidades a la mayoría de la población se logra tener una estabilidad política no vista hasta ahora en otros países del tercer mundo.

¹⁵ Gastón, Martínez Matilla. *"Seguro Social, Seguridad Social y Solidaridad Social: Un Punto de Vista Conceptual"*, Memoria, II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social, México, p. 199.

¹⁶ *"La Seguridad Social y el Estado Moderno"*, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992. p. 96

No se pueden establecer políticas para el fomento a la salud, la prevención o el tratamiento de las enfermedades sólo para algunos sectores de la población, a menos que se pretenda beneficiar discriminatoriamente a ciertos sectores, lo que inevitablemente lesionaría la equidad social. Se debe implementar mediante un amplio programa de desarrollo social y educacional, en el que participe cada integrante de la comunidad y los recursos humanos encargados de elaborar planes para ese objetivo. Asimismo, se deben enseñar los fundamentos de libertad, democracia y respeto ajeno para preservar la paz y prevenir la patología social.

El panorama de la seguridad social integral es difícil y complejo. El cuestionamiento de las prestaciones de la seguridad social (prestaciones económicas y sociales), así como el efecto social y político, han apoyado el incremento de los niveles de bienestar social y han contribuido a la paz social, pues atenúan las demandas y las presiones sociales.

La crisis económica abarca a todos los países, principalmente a los países débiles; esto repercute en los sistemas de seguridad social en donde la inflación, el desempleo y la carencia de recursos impiden un sano desarrollo de los programas de seguridad social.

No se puede admitir que pese a todos los problemas debe pensarse en anular las instituciones de seguridad social. Dice el maestro Tamburi que:

La seguridad social no opera en un vacío. Constituye una parte de las características sociales, demográficas, políticas y culturales. Esto es ampliamente entendido y reconocido. Lo que es menos apreciado es que el estudio y el análisis, así como la crítica de las políticas y los programas de la seguridad social, siempre deben tomar en cuenta los éxitos y los fracasos de las políticas sociales y

económicas concomitantes.¹⁷

La seguridad social no sólo debe resultar absuelta del cargo de ser causa en parte del problema, sino que debe identificársele como una de las víctimas, al impedirle la crisis económica su adecuada expansión y mejora en las coberturas, es decir, no es causa del deterioro, sino más bien soporta las consecuencias.

Los países en desarrollo no deben permitir frenar las instituciones de la seguridad social, que constituyen una esperanza para ellos. Es más, deben considerar que son patrimonios de todos ellos y no sólo de Iberoamérica los principios elaborados en Colombia en 1948. "Es decir del Estado proveer en beneficio de los trabajadores medidas de previsión y seguridad sociales." Y la declaración del 10 de diciembre de 1948, que señala como garantías del hombre el derecho a la seguridad social, la actividad de todo miembro de la sociedad y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Aluden con emoción a ella los autores mexicanos Briceño Ruiz y Mario de la Cueva; este último transcribe la "magnífica" Declaración de Belem:

El derecho del trabajo y el de la seguridad social constituyen uno de los aspectos más dramáticos de la lucha por la libertad y dignificación del trabajo y por la garantía a todos los hombres de condiciones que le permitan elevarse sobre la vida meramente material, a fin de contemplar y colaborar en la creación de los bienes y los valores más altos de la civilización y la cultura ... El derecho de trabajo y el de la seguridad social tienen como meta la justicia social, cuya esencia consiste en la garantía de la salud, la vida, la libertad y la dignidad del hombre ... La seguridad social debe merecer especial consideración en los planes nacionales de desenvolvimiento, por ser condición de instrumento económico social fundamental y debe extenderse a toda la población necesitada en el menor espacio de tiempo posible.¹⁸

En cada país existen puntos en común en los problemas: inflación, escasos recursos y desempleo, pero sobre todo existe un diferente desarrollo de la seguridad social. Los poderosos no siempre son sensibles a las llamadas de

¹⁷ Carmelo, Meza Lago. "La Crisis de la Seguridad Social. La atención a la salud. Experiencias y Lecciones Latinoamericanas". Lecturas 58 de El Trimestre Económico, Mundo de la Cultura Económica, México, 1988. p. 77.

¹⁸ Antonio, Briceño Ruiz. "Derecho Mexicano de los Seguros Sociales", México, Harla, 1987. p. 77.

conciencia, por lo que se impone una acción positiva de cada pueblo para intentar aliviar con esfuerzo propio sus problemas. Ello no obstante los foros internacionales y las vías diplomáticas y de concertación no se debe abandonar tal esfuerzo para lograr un trato más considerado y digno y la comprensión de que el destino de todos los pueblos y sus intereses son comunes, si no queremos desembocar, en el mediano o largo plazo, en un proceso común de desestabilización social.

En consecuencia las prestaciones sociales son importantes para la seguridad social, al considerar que prevenir es mejor que lamentar, y son vitales para conservar la salud integral, disminuirlas puede reducir el costo inmediato pero con riesgos de incrementos económicos y problemas severos a futuro.

"La seguridad social es un patrimonio de la humanidad, por lo que la lucha por su sobrevivencia y su fortalecimiento no puede ni debe ser causa de desmayos ni renunciadas".¹⁹

2.2.2. Demográficos

La influencia o el efecto de las acciones de la seguridad social en el cambio estructural de la sociedad mexicana, demográfico y social, es determinante para que el país sea distinto. Se requiere para el futuro fortalecer ideas y conceptos respecto a nuestro desarrollo y bienestar. La seguridad social, la dinámica demográfica y el bienestar de la población necesitan una visión a futuro. Es importante concebir los ritmos y los tiempos de los ciclos demográficos y los económicos y sociales, que no existan áreas de pobreza y de carencia.

La seguridad social se debe transformar con una filosofía "preventiva" y no "curativa". Para ello es importante la capacidad creativa, se requiere un proceso

¹⁹*La Seguridad Social y el Estado Moderno*, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1982. p. 135.

cultural de los recursos humanos pues es básica la educación, el adiestramiento y la acumulación de experiencias, pero también el cambio de actitudes, que en su conjunto ayuden en este proceso cultural creativo.

Una condición necesaria es que los procesos de desarrollo sean autogenerados por la propia población como resultado de su cultura creativa. Esto nos conduce a la identificación del verdadero papel de la población en el desarrollo. Los procesos educativos y formativos tienen un carácter mayormente "reproductivo" e incluyen la educación básica o formal, la media y superior, técnica y científica, como el adiestramiento, la instrucción y la actualización continua de la "mano de obra" y de los cuadros técnicos y directivos, esto se hace necesario debido a los avances tecnológicos.

Se deberán elaborar planes y programas específicos con financiamiento autónomo; en la seguridad social, las prestaciones y los servicios tienen asignado su propio presupuesto y recordar la filosofía de la prevención en los diferentes seguros.

México se encuentra frente a un crecimiento demográfico acelerado del 2% anual, con una población en 1992 de cerca de 85 millones de habitantes. Con seguridad para el año 2000 habrá 100 millones, un incremento de 15 millones en sólo 8 años. De acuerdo a la velocidad de cambio en el área urbana la nueva población se asentará en este medio.

La población rural continuará limitada al acceso a toda clase de servicios. El Censo de población de 1990 indica 150 mil localidades de menos de 15 mil habitantes, donde destacan las menores de 100, cuyo número fue de 100 mil localidades. "Estas condiciones de origen histórico, no tendrán cambios significativos en el futuro, ya que, además es donde vive la mayor parte de la

población indígena que se calcula en no menos de 5 millones de acuerdo con el último censo".²⁰

El grupo de población en edad activa (de 15 a 64 años), representa el 57% del total de la población y la disminución en número que tienen las edades infantiles de 0 a 14 años es del 38%. Lo anterior afecta la seguridad social: la población activa crece intensamente, a razón del 3% anual, y esto provocará una ampliación de las cotizaciones de los trabajadores -lo cual generará un millón de nuevos empleos - sin embargo es necesario mejorar la prestación de los servicios que conllevan la seguridad social.

La fecundidad ha estado descendiendo, a partir del siglo XXI habrá menos nacimientos, esto se logrará incrementando los programas de planificación familiar.

La población de 65 años tiende a crecer de 3.4 millones en 1990 a por lo menos 5 millones en el año 2000, y más en el siglo XXI.

Los nuevos principios que la doctrina deberá establecer son:

- i) Sustituir la filosofía reparativa y de indemnización inherente a las actuales prestaciones, dentro del concepto paternalista, por una filosofía eminentemente preventiva y de fomento, la que debe ser aplicable no sólo a las prestaciones de enfermedad y riesgos de trabajo, sino a todo el conjunto de prestaciones de la seguridad social, incluyendo las pensiones de vejez o de retiro como condición básica para disminuir progresivamente los costos de las prestaciones, el costo social que implica la ocurrencia de los riesgos y, sobre todo, el efecto final en el desarrollo económico y social.
- ii) El segundo principio de doctrina consiste en concebir la seguridad social ya no solamente como un medio para compensar a los trabajadores de los daños económicos causados por los riesgos cubiertos, ni tampoco como la "segunda redistribución" entre las clases activas, sino como un instrumento de primer orden para proteger, fomentar y desarrollar los recursos humanos, o sea la población, que constituye el capital más importante de toda nación.²¹

²⁰Ibid, p. 157.

²¹Ibid, p. 158.

Se hace también conveniente analizar los seguros de desempleo, así como prevenir éste fenómeno social, cuidar la educación básica, intermedia y superior.

La población en sus diferentes etapas de la vida es la más importante en la programación de las actividades y los programas sociales. La calidad de vida es el fin del quehacer político. Los cambios demográficos presentan perfiles nuevos en la sociedad y la seguridad social mexicana.

2.2.3. Jurídicos

Para poder dilucidar los aspectos jurídicos de la seguridad social se hace necesario establecer una diferenciación entre lo que es el formalismo y el realismo. En principio, todo sistema jurídico es formal, pero tiene una concreción en la realidad de una comunidad, es decir, posee una existencia concreta. Así pues, las transgresiones a las normas jurídicas son pocas en comparación con las conductas adhesivas y de obediencia espontánea que se dan en la sociedad.

"... la formalidad en el derecho está implícita, ya que la creación y la aplicación de todas las normas jurídicas están sujetas a una forma, mientras que lo que ocurra en la realidad social es, por principio, posible contenido del deber ser jurídico".²² Ahora bien, las normas son creadas en concordancia con un proceso previamente establecido por el derecho y tienen como objetivo el prescribir una conducta, la cual en caso de no ser acatada, produzca una reacción al comportamiento contrario y sea coaccionable para que se adecúe a la conducta prescrita, es decir que una norma jurídica, para serlo, necesita establecer una conducta y especificar los órganos de autoridad, al igual que los procedimientos y las medidas que se tomarán para hacerla efectiva. En

²²Ibid, p. 163.

consecuencia, "el derecho que aplican los tribunales no es uno ideal, sino proviene de normas "puestas" o positivas por una autoridad".²¹

Dentro de un estado de derecho las normas jurídicas son creadas con base a una realidad, puesto que existen y se dan en un tiempo, un espacio y una circunstancia fijas. Sin embargo su realidad es independiente de su eficacia, la cual es entendida como la obediencia y la aplicación generalizada de la conducta establecida.

En la Constitución mexicana se especificaron los derechos sociales para los obreros y los campesinos, sin embargo no se estableció el régimen de seguridad social para extender esos derechos a toda la población. "La concreción de la dimensión jurídica de la seguridad social, así como la de los derechos de todas las generaciones, benefician la confianza y la adhesión de la comunidad hacia el propio sistema jurídico".²⁴

La población y las necesidades sociales crecen de manera geométrica, los grados de bienestar crean gradualmente nuevas necesidades, lo cual hace de la seguridad social una tarea que nunca logra ser satisfecha por completo, tanto en cantidad como en calidad.

De la Constitución mexicana nace el derecho social. Los obreros y campesinos tuvieron en el Estado la pretensión de un trato no sólo igualitario sino en algunos casos privilegiado, y la garantía legal de satisfacer sus necesidades colectivas, sin embargo la Ley Federal del Trabajo no ha logrado en algunos aspectos el trato equitativo entre el trabajador y el empleador.

La seguridad social pretende establecer un régimen de bienestar para toda la población, sin importar su clase social, centrándose en la satisfacción de las

²¹Eduardo, García Máynez, *Positivismos e Iusnaturalismo*, México, UNAM, 1986, p. 14.

²⁴*La Seguridad Social y el Estado Moderno*, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 164.

necesidades sociales de la mayoría, como son salud, vivienda y educación entre otras. ¿A cuánto bienestar puede aspirar la población? Esta es una pregunta que los órganos encargados de la seguridad social se plantean permanentemente, y resulta difícil lograr y definir una meta final. En este sentido la norma jurídica de seguridad social es cambiante y tiene que cuidar todos y cada uno de los elementos que la integran.²³

En un principio la preocupación de los derechos del hombre desvalido, social, económica y culturalmente, se concretaba a consagrar una obligación a cargo de la sociedad y no de la estructura estatal. Fue hasta 1838, cuando Simón Bolívar sugiriera el principio de justicia social como rector de las economías nacionales en beneficio del pueblo y que, en el presente siglo, concretamente en 1917, con la Constitución, se estableció en México. El propio Bolívar, "en el célebre discurso de la Angostura, pronunciado el 15 de febrero de 1819, acuñó el término seguridad social, aunque su utilización moderna se consigna en la Carta del Atlántico de 1941, firmada por Franklin D. Roosevelt y Winston S. Churchill".²⁴

A pesar de que se ha introducido la primera expresión de los derechos sociales en la Constitución mexicana, dichas disposiciones no fueron normas jurídicas sino que fueron declaraciones en relación con el ideario político de nuestra revolución.

La normativización de la mayor parte de los derechos sociales se viene transformando con la implantación posterior de órganos de gobierno encargados de la atención y ejecución de tales derechos; de esa manera, derechos constitucionales como la participación de utilidades, la vigencia de un salario mínimo, la vivienda digna, la salubridad general, por nombrar algunos, fueron paulatinamente encomendados a estructuras administrativas que se encargaron, a partir de la década de los cuarenta de este siglo, de realizarlos y administrar su adecuada prestación.²⁵

Ahora bien, se ha observado que algunos de los derechos sociales han sido exigibles ante tribunales (administrativos o jurisdiccionales), sin embargo no

²³Ibid, p. 166.

²⁴Enrique, Visquera. "El Derecho a la Seguridad Social", Revista Seguridad Social, Núm. 172, julio-septiembre, México, 1990, p. 31.

²⁵La Seguridad Social y el Estado Moderno", México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 167.

todos llegan a este grado de concreción. "Las acciones procesales ante tribunales especializados deberían ser la meta final de todas las normas de seguridad social. La doctrina exige incluso la creación de una judicatura propia que no esté prejuiciada por conceptos provenientes de otras ramas jurídicas".²⁴

Las declaraciones de derechos humanos y el constitucionalismo representaron en su época los contrapesos de la burguesía respecto al poder autoritario del soberano, las nuevas declaraciones de derechos sociales, surgidas a partir de la segunda Guerra Mundial, constituyen limitaciones impuestas tácitamente por los grupos que integran el sector social a los grupos del sector privado y el reconocimiento expreso, por parte del sector público, de su papel de promotor de tales derechos.

La expresión "derecho social" comienza a identificarse con esta tendencia y estudiarse desde los años treinta:

La seguridad social ha propiciado la formación del llamado derecho social sin necesidad de considerarlo como una rama autónoma del derecho, pues su importancia no radica en su independencia, sino en que constituye una perspectiva innovadora del derecho. La importancia resulta, pues, no del hecho de adquirir la misma categoría en la división del orden jurídico al lado del derecho público y privado, sino de su tendencia ideológica a constituir un contrapeso, tal como se da en la división de poderes, a los intereses de las elites económicas y sociales.²⁵

Las prestaciones de la seguridad social se dan con el afán de cobertura universal, para toda la población, sin importar si es trabajador o no, se están logrando por la propia autoridad centralizada del gobierno federal.

En nuestro país los derechos sociales se han desarrollado de acuerdo con los siguientes estadios:

²⁴Adolfo, Aguilar Bayley. "Hacia la Autonomía Procesal del Derecho de la Seguridad Social", Revista Seguridad Social, núm. 172, julio-septiembre, México, 1990. p.48

²⁵"La Seguridad Social y el Estado Moderno", México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992. p. 167.

- l) **constitucionalización del derecho social, consagrándolo de manera enunciativa;**
- li) **regulación del derecho social por medio de leyes y códigos que detallan sus sujetos, objeto y procedimientos;**
- lii) **creación de una estructura administrativa, dependiente invariablemente del Poder Ejecutivo, que atiende la implantación del derecho social;**
- liii) **agrupación de los integrantes del sector social en organizaciones insertas en partidos políticos, y**
- lv) **interpretación del derecho social por los órganos jurisdiccionales. Este desarrollo ha estado invariablemente ligado con la iniciativa y la actividad del Poder Ejecutivo federal.²⁰**

Como se puede observar el desarrollo de los servicios sociales ha estado regularmente ligado a la iniciativa y la actividad del Poder Ejecutivo federal. Exceptuando a la Constitución de 1917 casi todos los estadios de desarrollo han correspondido histórica y políticamente a los presidentes de México. Las reformas que ha sufrido la Constitución en materia de prestaciones laborales, vivienda y salud han sido a iniciativa del Ejecutivo. Las leyes y los reglamentos han correspondido generalmente al Ejecutivo, no sólo por su promulgación evidente, sino por su elaboración.

Ya establecido el marco jurídico, el Poder Ejecutivo, o sea el Presidente, procede a crear el marco administrativo para canalizar recursos humanos y financieros en la implantación de tales derechos sociales. Los campesinos y los obreros, en su aspecto global, son atendidos por el máximo modo de organización administrativa, como lo es una Secretaría de Estado, aunque se haya ensayado previamente a manera de departamento administrativo, creado por la Constitución del 17. Así, la estructura administrativa se divide profundamente para dar satisfacción a necesidades del sector social de manera especializada.

La complejidad y la diversidad de las tareas encomendadas al Estado han requerido la utilización de los planes gubernamentales. La planeación en México

²⁰Ibid, p. 171.

se origina en los años treinta: la Ley de Planeación General de la República (1930) y los planes sexenales formulados desde 1935 hasta 1940, y de 1941 a 1946, hasta el Plan Global de Desarrollo (1980-1982) y el Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988), que introduce adicionalmente la Ley de Planeación (1983) y la formulación de planes parciales para los distintos sectores de la administración pública federal.

"Los derechos sociales han fortalecido al Poder Ejecutivo federal en México pues dependen de él fundamentalmente para su realización; este fortalecimiento es tanto nacional como internacional, ya que la conducción de las negociaciones en esta última esfera también se ha desarrollado con predominio del Presidente de la República".³¹

Ahora bien, se considera que la naturaleza de los derechos sociales implica varias diferencias en relación con los derechos individuales, entre los que se puede mencionar:

- a) Los derechos sociales corresponden a grupos sociales y pueden ser, dependiendo de su pertenencia, voluntarios o involuntarios.
- b) El papel del Estado en la promoción de los derechos sociales sustituye la "libre competencia" de particulares en la prestación de los servicios y la producción de bienes necesarios para la mayoría de la comunidad. En los derechos sociales su disfrute es inducido y hecho posible por medio de la acción estatal, no sólo mediante la legislación, sino también de la canalización de recursos dirigidos a realizar el sustrato de tales derechos.
- c) Los medios de defensa no se limitan a la heterocomposición, sino que permiten la autocomposición y la autodefensa. La negociación y el compromiso son permisibles en las relaciones del sector social y se reconoce también la protesta regulada.

³¹Ibid, p. 175.

Asimismo, la integración del sistema jurídico vigente de la seguridad social se efectúa en términos de tres sectores importantes: el de la seguridad social de los trabajadores en general, el de los servidores públicos y el de la población no sujeta a una relación de trabajo.

Sin embargo, existe una nueva regulación de cuestiones sociales y de cuestiones relativas a la seguridad social. El deterioro de las condiciones económicas y de los indicadores de bienestar social en el pasado decenio generó insatisfacciones manifiestas sobre todo entre los sectores medios urbanos, esta expectativa de empobrecimiento e incertidumbre se generalizó a sectores más amplios.

Dentro del marco de la productividad en el trabajo se puede decir que solamente podrá ser alcanzado un estándar satisfactorio con la incorporación de los trabajadores a los beneficios de la actual modernización de las empresas, con capacitación y trabajo; en consecuencia, la reforma estatal deberá implicar fortalecimiento y atención a necesidades de vivienda, educación, salud, alimentación y servicios básicos, pero con el apoyo y la participación de los grupos necesitados.

Las transformaciones sociales son consecuencia de los adelantos de la técnica. Se confundió el problema del hambre con los defectos de organización individualizada de la sociedad. La situación de la pobreza y la explosión demográfica no se resuelven o evitan enfrentando a las clases sociales. Tampoco se resuelve repartiendo entre los más necesitados las utilidades que quedan de los más afortunados, ni modificando los criterios actuales, para la distribución de la renta nacional.

La acción del gobierno o de las instituciones que velan por la seguridad social debe vincular el progreso ulterior con la solución de todos los problemas del hombre y la sociedad. En la actualidad México vive cambios políticos, sociales y económicos muy importantes; los sistemas de seguridad social se están desarrollando con nuevas estructuras que obedecen a las necesidades de la población en su conjunto.

El modelo de política económica seguido en México a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, de creciente apertura externa y de mayor participación de la iniciativa privada en la economía, entre otras cuestiones, genera ya avances reales en los indicadores macroeconómicos y en los niveles de eficiencia y productividad.

Por lo que resulta de las expectativas de la seguridad social en México, podemos determinar que es importante continuar con el cambio de base de nuestra enseñanza para de esta manera aportar nuevos conocimientos y proclamar la unidad y la continuidad del pensamiento humano. Opino que las soluciones deben esperarse de la propia ciencia, así como de los avances.

*Una de las más importantes reformas jurídicas que se han dado en materia de seguridad social es la relativa al nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro³². Consideramos que ésta beneficiará a dos importantes actividades del Estado: la económica y la social. Sin embargo y sin perjuicio de lo anterior, creemos conveniente seguir revisando otras cuestiones tanto en materia de jubilación como de prevención de enfermedades, seguros a desempleados, etc. México debe seguir trabajando en el perfeccionamiento de un eficiente y eficaz sistema de seguridad social.

³² Ibid, p. 188-187

2.2.4. Económicos

La Constitución de 1917 modificó las ideas tradicionales de asistencia y beneficencia provenientes del siglo pasado, donde se consideraba la atención a la salud como un campo propio de la Iglesia y de las filantropías privadas. A partir de este siglo la seguridad social se va articulando con los derechos asociados al régimen laboral capitalista.

Según Carmelo Meza-Lago el seguro social, al vincular el empleo con la seguridad social, hace depender sus prerrogativas de la estabilidad y las contingencias de los mercados de trabajo. Ello va a establecer, tanto en el caso mexicano como en los otros países de la América Latina, una diferenciación que de origen estará signada por las visiones corporativas y por el marco de oportunidades que una relación política de esta naturaleza implica.

Esta situación se aleja, en nuestro caso, de las vinculaciones clásicas establecidas entre los derechos políticos y civiles, y el acceso al bienestar social.

Los derechos de seguridad social son la base para fincar la esperanza de una existencia material homogénea, no sólo desde la lógica de la necesidad funcional del sistema, sino también desde la sociedad civil y el estado de derecho, es decir sin hacerla depender del mercado y de las exclusiones del capitalismo.

La seguridad social ha sido construida en base a las contingencias del desarrollo económico del país en su ámbito industrial, pero más específicamente con un estilo de intervención pública en el que predominó la visión corporativa.

De acuerdo con Meza-Lago, México se encuentra en el nivel de los países intermedios que comienzan sus actividades en este campo formalmente en la

década de los cuarenta. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, son las primeras instituciones que extienden sus coberturas sobre la base del empleo permanente y formal.³³

La cobertura de seguridad social tiende a abarcar a toda la población en un futuro. Esta cobertura se limitó en un principio a las zonas urbanas, y con posterioridad se permitieron coberturas más amplias hacia las zonas rurales.

Antes de la creación del IMSS se tenían instituciones que cubrían aspectos de seguridad social para los grupos con mayor poder de negociación, tales como los militares, los electricistas, los maestros, los ferrocarrileros y los burócratas. El crecimiento de la economía permitió mayores empleos, amplios grupos sociales resultaron beneficiados con este patrón de seguridad social, lo cual a su vez limitó y definió su evolución siendo general, gradual y desigual por grupos y regiones.

James Malloy establece que en México "el concepto de seguridad social ha estado más asociado con la categoría de empleado que con la de ciudadano. Ello tal vez explica este desarrollo secuencial que se encamina primero de las zonas urbano-industriales hacia otros grupos más vinculados con actividades de servicios y primarias".³⁴

Dentro de los ámbitos que abarca la seguridad social tenemos:

- a) vejez, invalidez y muerte;
- b) enfermedad y maternidad;

³³Carmelo, Meza-Lago. "La Seguridad en América Latina". Progreso económico y social en América Latina, Informe 1991, Banco Interamericano de Desarrollo, p. 11.

³⁴Manuel, Malloy James. "Statecraft. Política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos", *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, Carmelo Mesa-Lago (comp.), Lecturas 58 de El Trimestre Económico, Fondo de cultura Económica, México, 1986.

- c) accidentes de trabajo;
- d) desempleo; y
- e) asignaciones familiares.

De éstos el de enfermedad y maternidad ha cubierto a grandes grupos de la población (los vinculados con el empleo formal) y se avanzó en las prestaciones por accidente de trabajo, así como en las relacionadas con la vejez, la invalidez y la muerte.

Los ámbitos vinculados con el seguro de desempleo y las asignaciones familiares no han tenido evoluciones significativas en la seguridad social mexicana.

En materia de los servicios de atención a la salud que ofrece la seguridad social, cálculos recientes indican que México ha logrado, incluyendo a los solidariorhábientes, una cobertura de 70% del total de la población.

Respecto de la recaudación financiera se puede decir que los grupos de altos ingresos contribuyen proporcionalmente menos que los de mediano y bajo ingreso. Una grave ineficiencia burocrática ha contribuido para que se generen altos costos. Aún cuando la situación ha evolucionado, pero en 1983 "los gastos administrativos del IMSS absorbían aproximadamente 20% de los ingresos de la institución, uno de los más altos de América Latina".³³

Aunado a lo anterior es necesario agregar lo relacionado con la proporción de recursos que consumen las instalaciones hospitalarias de tercer nivel, asociadas con un sistema de seguridad social que se estructuró con una perspectiva curativa y no preventiva.

³³Pedro, Moreno H. y otros. "Factibilidad y Viabilidad Financiera y Administrativa de la Seguridad Social en México: El caso del IMSS", Documentos de trabajo, Fundación Friedrich Ebert, Coordinadora ASA Cristina Laurell, México, 1991.

Elo sin duda ha tenido un papel muy importante en la elevación de los costos de seguridad social. La diversidad de instalaciones costosas y la alta inversión de capital en equipo médico especializado repercuten en la llamada crisis financiera de seguridad social.

¿Qué vinculaciones se perfilan entre la seguridad social y nuestro estilo de gestión pública? Para avanzar en esta cuestión habría que considerar que el Estado surgido de la Revolución Mexicana ha sido protagónico e interventor. Es necesario recordar que surge como una reacción al conjunto de desigualdades que vivió nuestro país a principios del siglo. La respuesta fue asegurarle un trato preferencial a los más desprotegidos por medio del Estado. Sin embargo, los recién pasados años han mostrado que la tutela estatal se distorsiona cuando se expresa como suplantación de la iniciativa de las fuerzas sociales y es peor aún cuando esa suplantación adquiere la forma de corporaciones sociales y organizaciones controladoras de la administración de la justicia social.

"Dentro de las críticas que cabría hacer el "patrón de gobierno", esta la creciente inoperancia e ineficiencia de las instituciones para cubrir a más mexicanos con los servicios públicos básicos e impartir justicia social como parte de una función central del Estado revolucionario".³⁶

A lo largo de mucho tiempo las instituciones y los recursos públicos han dado la impresión de ser propiedad de círculos de interés tan poderosos como cerrados, es decir, sindicatos, federaciones, cámaras, etc. Ahora bien, cuando se hace referencia a trabajadores asalariados se presume que son sectores minoritarios. Sin embargo menos de una cuarta parte de la fuerza de trabajo en potencial de sindicalización está organizada.

³⁶Victor, Aguilar. "La Reforma del Estado", Examen, Núm. 7, México, 1990.

En nuestra modalidad corporativa sobresalió el clientilismo y la asistencia estatal a las necesidades esenciales se tornó en extremo diferenciada y funcionalmente subordinada a la distribución del ingreso. El corporativismo nacional no se organizó en torno del Estado social, sino que sustentó una denominación estatal y organizó su entorno. Lo que ha predominado es un remedo del Estado social, sin el tejido ni los frutos sociales de tal tipo de Estado.

Por todo lo anterior podemos decir que en nuestro país la gran temática social sufre una crisis semejante a la que caracteriza a los Estados benefactores de los países industrializados.

2.2.5. Salud Pública

Desde la prehistoria el ser humano se ha preocupado por la salud pública, prueba de ello es que se cuidaba la inhumación de los cadáveres. Con el devenir del tiempo se prestó especial cuidado a los alimentos vendidos en los mercados y los establecimientos comerciales.

Los romanos organizaron servicios municipales eficientes, por ejemplo los acueductos, la cloaca máxima de Roma y los sistemas del drenaje de Pompeya, los cuales son testimonio del cuidado por la salud pública desde hace más de veinte siglos.

Un aspecto fundamental también lo fue la religión, los tabúes religiosos aislaron a los leprosos, prohibieron la carne de cerdo o todos los productos cármicos y recluyeron y reglamentaron la prostitución femenina. Cuando la peste asoló a Europa en el siglo XIV se establecieron las cuarentenas marítimas y se iniciaron los cordones sanitarios con el apoyo militar.

Los seres humanos siempre hemos tenido la ilusión de nacer sin enfermedad, sufrimiento o melancolía. Hesíodo relató que en la Edad de Oro: "... los hombres se recreaban alegremente, sin el ensombrecimiento de las penas ... y morían como si los venciera el sueño"; por la misma época Lie Tse describía así el paraíso terrenal taoísta: "hombres y mujeres vivían en la alegría y en la dicha ... no morían antes de los cien años y las enfermedades y muerte no se conocían ... morían sin tener decadencia, ni ancianidad, sin tristeza, ni amargura ..."³¹

Al respecto, Platón en su famosa obra llamada **República** escribió: "En la ciudad bien gobernada cada uno tiene prescrita una tarea que le es forzoso cumplir, y a nadie puede permitirse pasar la vida enfermo y en manos del médico ... (y) ... necesitar ... de la medicina por causa de la pereza y de una dieta negligente ... obligando a los hábiles hijos de Esculapio a inventar nuevos nombres para enfermedades tales como hidropesía y catarros, ¿no es algo abominable?."³²

La identificación de microbios específicos y el descubrimiento de los mecanismos de contagio dieron inicio a la era moderna racional de la salud pública. Posteriormente se incorporaron los conocimientos en materia de epidemiología, contaminaciones químicas y radiactivas.

La seguridad social se inició como una prestación de servicios médicos asistenciales y eran otorgados a cualquier familia, incluyendo los obreros, lo cual constituyó una conquista laboral de primer orden.

Desde 1883 la seguridad social ha sido muy importante para la estabilidad social; en relación a la salud pública podemos establecer una comparación entre el pasado y la actualidad.

³¹Ibid, pág. 296.

³²Ibid, pág. 297.

Todavía en la primera mitad del siglo XX:

Los epidemiólogos, los estadígrafos, los sociólogos y los sanitarios han presentado evidencias más que convincentes de los factores que determinan la declinación y la virtual eliminación de enfermedades tan letales o debilitantes como la tuberculosis, la difteria, el tifo, el cólera, la tifoidea, la fiebre reumática, la viruela, el sarampión y las enfermedades transmitidas por vectores, amén de las diarreas y las infecciones agudas de las vías respiratorias.³⁹

Los grandes avances científicos, la urbanización y la vacunación han eliminado muchas de esas enfermedades, sin embargo también han propiciado la aparición de otras.

La vida en las ciudades, en especial en las grandes urbes, trae consigo la generación de las llamadas enfermedades del progreso, tales como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, infarto del miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes, drogadicciones diversas, trastornos del sueño y problemas de conducta.

Como factores causales podemos mencionar la ingesta excesiva de sal, de azúcar, las dietas pobres en fibra, la falta de actividad física y el sedentarismo, las lesiones y las angustias del trabajo, la dieta rica en grasas y colesterol, el tabaquismo y la contaminación ambiental, el alcoholismo y la farmacodependencia, el abuso de psicotrópicos y el ambiente competitivo de la sociedad moderna, entre otros.

Ahora bien, este tipo de problemática podría ser mitigada si se implementaran acciones tendientes a reducir el consumo de alcohol y tabaco, brindar orientación nutricional para disminuir los niveles de colesterol y triglicéridos sanguíneos y promocionar el ejercicio y la educación para evitar los accidentes de trabajo y en la vía pública. El deporte no sólo ayuda a mantener

³⁹Ibid, p. 284.

una excelente condición física y un peso adecuado, sino también disminuye las adicciones y los problemas del sueño.

Desafortunadamente "están de moda las *"boutiques"* del estilo destructivo de vida; las clínicas para adelgazar, el tratamiento quirúrgico de la obesidad, los centros para desintoxicar a los alcohólicos y otros drogadictos, las clínicas para desalentar a los fumadores y los institutos de rejuvenecimiento o los SPA con fines semejantes".⁴⁰

El enfoque de salud pública abarca todo lo relacionado a la salud de la comunidad, ya sea dirigida al individuo, la familia, la ciudad, la región o la nación. La Organización Panamericana de la Salud se encarga de estudiar la salud pública en nuestro continente.

La responsabilidad de los servicios de salud pública no es de la seguridad social, ejemplo de ello es la contaminación microbiana o química del agua y los alimentos, la contaminación del aire, el cultivo u omisión de la defensa del ambiente son asuntos con relación indirecta pero importante con la salud pública y con el crecimiento demográfico; también la vivienda, el bienestar de la población y la educación son importantes para la salud.

El primer gran esfuerzo nacional para promover la salud, antes de la revolución médica científica, tuvo lugar en Inglaterra en el segundo tercio del siglo XIX con el impulso de Edwin Chadwick, y consistió en sustituir la enfermedad por la salud, la suciedad por la limpieza, el desorden por el orden, la curación por la prevención y el egoísmo por el interés propio ilustrado, se empezaron a realizar esfuerzos por brindar hogar a los pobres y de manera pura y abundante los sencillos bienes que la ignorancia y la negligencia combinados han limitado y echado a perder por mucho tiempo: el aire, el agua y la luz fueron las banderas

⁴⁰Ibid, p. 206

de la revolución sanitaria inglesa del siglo pasado. La seguridad social de nuestro tiempo debe enarbolárselas y desplegarlas.

En la actualidad el país atraviesa por una situación difícil que se expresa de diferentes formas: la salud, la demografía, la educación, la economía, el campo laboral y la propia vida política y democrática. Para vencer se requiere trabajo, preparación liderazgo y transformación, aunado a la creatividad, productividad y calidad en lo que se haga, pero ante todo la unidad de los sectores y la comunicación para enfrentar la tarea.

Por medio de la participación de todas las instituciones se ha tratado de superar la crisis económica de grandes dimensiones que ha atravesado nuestro país. La seguridad social es producto de un "contrato social" entre los diferentes grupos de la población y es resultado de las necesidades de la sociedad.

Desde su perspectiva política el Estado ha decidido hacer mejor lo que le corresponde, por eso son importantes las necesidades sociales en la determinación de las normas y las reglas para la conducción de las políticas sociales, en la orientación del desarrollo y en el impulso de su construcción.

Para seguir influyendo en el desarrollo social de nuestro país y continuar aportando a la estabilidad de la nación el sistema mexicano de seguridad social habrá de vencer en el futuro una serie de desafíos. Los más sobresalientes están conformados por la reforma estructural, la modernización, el financiamiento, la extensión de la cobertura, el compromiso político, los recursos humanos, la descentralización y la participación de los usuarios. "Uno de los asuntos que se debe analizar con más cuidado es el referente al costo de los servicios de salud y al presupuesto destinado a cubrirlos, ya que existe una importante tendencia a incrementar los costos y el gasto que los países destinan a estos servicios".⁴¹

⁴¹Ibid, p. 354.

A principios de los cincuenta, la mayoría de los países desarrollados destinaban a la salud aproximadamente el 4% del Producto Interno Bruto (PIB), tres décadas más tarde, el gasto se había duplicado y se aproximaba al 10%. Entre las causas más importantes de esta situación podemos citar las siguientes:

- a) Los avances científicos y tecnológicos que han perfeccionado la capacidad diagnóstica, preventiva y terapéutica;
- b) el control de las enfermedades infecciosas, con la consecuente incorporación de los padecimientos crónico-degenerativos, la mejoría de la esperanza de vida al nacimiento en cada una de las edades, y el envejecimiento de la población, y
- c) la poca inversión real en programas preventivos y el uso excesivo de auxiliares de diagnóstico, de medicamentos y de algunos elementos terapéuticos.

Con base en lo anterior podemos decir que se requieren nuevos esquemas y modalidades para la organización y la administración de los servicios de salud. El término de una etapa se presenta, como casi siempre suele suceder, como desafío y al mismo tiempo como oportunidad.

2.2.6. Laborales-administrativos

Los grandes cambios en el mundo traen como consecuencia transformaciones en los procesos políticos, sociales, tecnológicos, económicos, demográficos y ecológicos. Estos a su vez han tenido como contraparte una preocupación técnico-científica por reconocer y aprehender sus alcances, su profundidad y su extensión, su proceso de aceleración se ha vinculado con el proceso de reproducción industrial, sobre todo en los países desarrollados. "A lo

anterior no han escapado la teoría de la organización y las correspondientes estructuras para su funcionamiento".⁴²

En su sentido profundo la organización significa organización de recursos humanos, físicos y tecnológicos dispuestos para un fin socialmente validado, y es producto de los imperativos creados por las relaciones de producción e intercambio y por normas de convivencia social que cohesionan las prácticas económicas, políticas y sociales. En ese contexto, las estructuras de organización corresponden a las épocas tecnológicas y culturales de la sociedad y devienen obsoletas en los procesos de transición; por eso puede aceptarse que el éxito de ayer se convierte en el fracaso de hoy o mañana si no se reconoce, y se responde a, la necesidad del cambio. La transformación en estructuras modernas se está produciendo de manera inevitable, pero el proceso es desigual y, particularmente en países en desarrollo, media todavía una distancia para entender y participar los nuevos modos de gestión flexibles y dinámicos, generalmente menos pesados por su tamaño y sus jerarquías. Es entendible tal situación ya que los modos de organización han respondido históricamente a los procesos técnicos de generación de un producto, a la tecnología disponible para ello, al tamaño de las empresas, al ambiente en que actúan y, con una gran variabilidad, a las maneras del ejercicio del poder y de la autoridad.

"Los conceptos han cambiado desde el liberalismo mercantil, las primeras modalidades de organización cooperativa, el paso por la maquinaria y gran industrial, y el fordismo, hasta la época posmoderna en la cual el enfoque de la organización se enmarca en la filosofía de calidad total, o la garantía plena, o la cultura de la efectividad y la excelencia".⁴³

⁴²Richard, Hall H. *"Organización, Estructura y Proceso"*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, 1983, p. 51

⁴³*"La Seguridad Social y el Estado Moderno"*, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 389.

Como consecuencia de los cambios de las bases teóricas del desarrollo de la organización y de la nueva realidad nacional e internacional se producen transformaciones en las teorías y el funcionamiento del Estado, de las empresas nacionales y transnacionales. Los cambios en la teoría y la práctica de la organización estatal y empresarial se basan en los siguientes aspectos:

i) las organizaciones forman parte de la sociedad, y la condición de sobrevivencia es la de adaptación al medio en que perviven; ii) las condiciones históricas en los ámbitos social, económico, legal y político determinan la existencia de una organización y su configuración ... obedecen a una respuesta social y a condiciones estructurales provenientes de la relación Estado-sociedad civil; y iii) el nacimiento, el desarrollo y la consolidación de organizaciones de producción están ligados a las etapas históricas de avance económico y social.⁴⁴

Los postulados en los que se basan los nuevos principios que soportan la cultura organizacional se fundamentan en los siguientes postulados:

- ❖ toda estructura es dinámica y por lo tanto su fortaleza se finca en el cambio.
- ❖ considera el tamaño de la empresa o institución.
- ❖ busca el cumplimiento de la misión y la satisfacción del personal.
- ❖ es flexible y responde a los procesos técnicos con la filosofía de calidad.

La consolidación de las organizaciones nacionales de servicios de seguridad social se ha visto limitada por tesis estrechas de la teoría y la práctica de la seguridad social, principalmente en el contexto de la crisis capitalista de la década de los ochenta. No obstante, las opciones planteadas en la materia han exigido la reafirmación del sentido de la seguridad social, y dar satisfacción a la necesidad de adecuar su desarrollo a las exigencias de los procesos de modernización que impiantan los Estados nacionales en el marco de las tendencias de ajuste hacia un Estado moderno.⁴⁵

Una causal del nacimiento de los seguros sociales es dar permanencia a la actividad productiva del individuo, lo cual redundará en la satisfacción de sus necesidades vitales. Los seguros obligatorios se constituyen con la finalidad de proteger a los trabajadores de los diferentes siniestros que se producen como

⁴⁴Ibid. p. 390

⁴⁵"La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000", Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, Suiza, 1984. p. 8.

consecuencia de su exposición al riesgo, ya sea de enfermedad, de accidentes de trabajo, de invalidez o de vejez. Desde su nacimiento se establecieron esquemas de pago en cuyos conceptos se encontraban constituidos los derechos sociales en beneficio del trabajador.

En México la institución que se encarga de brindar los servicios de seguridad social en el ámbito de las empresas privadas es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). la legislación que lo regula ha sufrido una serie de modificaciones a lo largo de su historia, las cuales obedecen a la necesidad de avanzar hacia una seguridad social integral, con un doble sentido; mejorar la protección al núcleo de los trabajadores asegurados y extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo.

La Ley del IMSS entró en vigor en 1943 y:

Reglamenta la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional y crea el IMSS como un organismo descentralizado autónomo con responsabilidad jurídica y patrimonio propios, con una organización tripartita a partir de una estructura de autoridad integrada por una asamblea general, autoridad suprema compuesta por diez representantes de cada uno de los sectores y el consejo técnico, representante legal y administrador del Instituto, integrado por seis miembros, dos por cada sector (posteriormente, fue ampliado a doce miembros, cuatro por cada sector): la comisión de vigilancia, cuyos tres miembros serían nombrados por la asamblea general a propuesta de cada uno de los grupos que la forman, y el director general, autoridad ejecutiva, único designado por el presidente de la República.⁴⁵

El IMSS ha sufrido cambios importantes en su estructura administrativa, lo cual obedece al crecimiento del mismo, sin embargo es obvio que cada administración le imprimió un enfoque administrativo de acuerdo con el proyecto de desarrollo configurado en cada etapa.

En la actualidad se ha planteado una reestructuración administrativa del Instituto basada en el Programa Nacional de Modernización de la Empresa

⁴⁵“La Seguridad Social y el Estado Moderno”, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992, p. 395.

Pública, el que se basa en la descentralización, la simplificación y la desregulación de las diferentes funciones institucionales.

De forma general se puede decir que predominaron:

Tres modelos administrativos funcionales que respondieron en su momento a las circunstancias y el nivel de desarrollo institucional: i) el modelo extensivo, teniendo como centro la política de hacer cumplir la obligatoriedad patronal de inscribir a los trabajadores en el Seguro Social, fue una etapa de crecimiento de servicios e infraestructura; ii) el modelo solidario extensivo, que tiene que ver con la visión de crecimiento económico nacional continuo, el empleo creciente y el papel subsidiario del Estado (nació con Carlos Galvez Betancourt y se cerró férreamente con Arsenio Farrell Cubillas), y iii) el modelo extensivo-equilibrador, en el que se mantienen los programas de solidaridad, pero con un claro financiamiento estatal, buscando siempre el equilibrio financiero en condiciones de crisis económica (1983-1989).⁴⁷

Como elementos característicos de las sociedades modernas tenemos la regulación económica y la participación estatal en la producción. Así pues, la reforma propuesta por el actual régimen considera los siguientes elementos:

- a) la redefinición del tamaño del Estado, orientando su acción hacia el cumplimiento pleno de la Constitución;
- b) fortalecimiento de su capacidad para dirigir el desarrollo económico, incrementando su capacidad para cubrir las responsabilidades sociales; y
- c) apertura de espacios a la participación en la no confrontación y convergencia de propósitos.

Lo anterior obedece a la necesidad de superar la crisis vivida por México en los 80's, amén de la oportunidad de obtener una mayor presencia del país ante la circunstancia del cambio internacional, tanto por las nuevas corrientes mundiales de reproducción social como por el efecto directo de éstas en nuestra economía y sociedad.

⁴⁷Ibid, p. 398.

La estrategia de modernización que vive el país en los ámbitos económico y político tienen profundas implicaciones en todos los aspectos de la vida social, en las ideologías y en la cultura, en la manera de hacer las cosas, en los niveles y la calidad de vida, en los modos de convivencia humana y, por supuesto, en los modos de organización adaptados y que se adaptarán en el futuro, con el propósito de contar con los mejores instrumentos para afrontar los grandes desafíos nacionales.

A su vez, los modos de organización son producto de imperativos creados por las relaciones de producción e intercambio y por normas de convivencia social que cohesionan las prácticas económicas, políticas y sociales. Son instrumentos vigentes de acuerdo a épocas determinadas, y son dinámicas, flexibles, históricas y sistémicas.

Los instrumentos organizativos utilizados en el ámbito de la seguridad social han respondido a las condiciones de cada país a partir de 3 elementos: i) vinculación de los propósitos de la seguridad social con los proyectos nacionales de desarrollo y en particular con las estrategias y/o las políticas de bienestar; ii) identificación de las organizaciones con un status jurídico legal vinculado con las características filosófico-políticas de los diversos regímenes nacionales, y iii) consideración de los organismos públicos de seguridad social como instrumentos de política económica.⁴⁸

Hoy por hoy podemos afirmar que se han dado los pasos necesarios hacia una modernización en cuanto a seguridad social en nuestro país, lo cual beneficiará a una gran parte de la población.

⁴⁸Ibid, p. 403.

CAPITULO II

LA MARGINACION

"La Población marginada, es entendida como integrante de una sociedad en la que por diversas causas la organización socioeconómica y política vigente la integra en el subsistema económico (producción-distribución de bienes y servicios) pero la excluye total y parcialmente del acceso al consumo y disfrute de bienes y servicios y de la participación en los asuntos públicos".⁴⁹ Este es entre otros uno de los conceptos de marginación, para ahondar en la misma veamos los siguientes aspectos.

1. La marginación y el problema indígena en México.

1.1. Marco histórico

El problema de la marginación es consecuencia de la aparición de las clases sociales en la etapa del comunismo primitivo, cuando los líderes de tribus descubrieron que resultaba cómodo vivir del esfuerzo de los demás. Desde esa época, la sociedad se ha desarrollado dentro de una lucha de clases: los esclavos contra los esclavistas, los siervos contra los señores feudales y actualmente en la sociedad capitalista, los proletarios contra los burgueses.

⁴⁹ Esta acepción desarrolla la clásica formulación de Germani: falta de participación en aquellas esferas dadas de la vida humana que se considera debían hallarse incluidas dentro del radio de acción y/o de acceso del individuo o grupo. GERMANI, Gino. *"El concepto de marginalidad. Significado, raíces históricas y cuestiones teóricas con particular referencia a la marginalidad urbana"*. Ed., Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión. Colección fichas, Numero 29. p.21.

En relación al problema indígena en México, se originó a raíz de la conquista de nuestro país por los españoles. A partir de ese momento empezó el despojo, el asesinato y la persecución de los pueblos de indios. La población indígena es la más marginada del país, dado que registra los más altos índices de analfabetismo, monolingüismo, desnutrición, incomunicación, insalubridad, así como insuficiente asesoría técnica y apoyo financiero.

Cito históricamente las causas que lo originaron y lo que se ha hecho para resolverlo. Para ello ahondo en las etapas siguientes: prehispánica, colonial, independiente y la post-revolucionaria. La etapa prehispánica abarca desde la llegada del hombre a este continente hasta 1521, año en que fue conquistada la gran Tenochtitlán; la etapa colonial que duró tres siglos de esclavitud, desde 1521 hasta 1810, año en que se inicia el gran movimiento de nuestra independencia política y que fue consumada en 1821; la etapa independiente que va de 1821 a 1910; y, la época contemporánea o post-revolucionaria que se inicia con la Revolución Mexicana de 1910 hasta nuestros días.

1.2. La Etapa Prehispánica.

Se puede afirmar que durante esta etapa no hubo problema indígena propiamente dicho, dado que nuestros ancestros se desarrollaron normalmente siguiendo modelos propios a su idiosincrasia un poco diferentes a los que adoptaron las sociedades del Viejo Mundo, sobre todo en lo referente a la etapa del esclavismo.

Los principales grupos étnicos que aún subsisten son en orden de importancia: nahua, maya, zapoteco, mixteco, otomí, totonaco, mazahua, mazateco, tzeltal, tzotzil, chol, huasteco, mixe, chinanteco, tarasco, tlapaneco,

popoloca, zoque, amuzgo, tojolabal, chatino, cuicateco, huave, tepehua, popoluca, triqui, chontal, chocho, mame,⁵⁰ entre otros.

1.3. Etapa Colonial.

El problema indígena de México se había iniciado a raíz de la conquista de nuestro país. Los primeros pobladores europeos aplicaron esclavitud a los indios por dos vías principales: la guerra y el rescate. Los indios esclavos se emplean principalmente en las minas, en ingenios de azúcar y en el servicio doméstico. Los precios de venta de los esclavos indios son inferiores a los esclavos negros, traídos de África principalmente, debido a que éstos eran escasos y más fuertes que aquellos. A medida que la esclavitud de los indios tomaba cuerpo, comenzaron a alzarse voces en contra de ella en defensa de la libertad de los nativos. Estas voces fueron principalmente las de los frailes misioneros, como Fray Juan de Zumárraga, Vasco de Quiroga, Bartolomé de las Casas, Fray Pedro de Gante, Fray Martín de Valencia, Motolinía, etc.⁵¹

Por muy valiosos que hayan sido los casos de ayuda positiva a los indios de México; por generosos que hayan sido frailes y educadores durante el virreinato, no se puede calificar la etapa colonial como un régimen favorable a los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de los indígenas. Por el contrario, todo el peso de la conquista recayó en los nativos.⁵²

Durante el período colonial los españoles destruyeron gran parte de la estructura económica y social de los pueblos conquistados. Este período fue testigo de la gran concentración de tierras y de la continua y desesperada lucha de las comunidades indígenas para conservar sus propiedades.

⁵⁰ "IX Censo General de Población". México, SIC, 1970.

⁵¹ "La Política Indigenista en México", varios autores. SEP - INI. México. p.83-84.

⁵² Vicente, Lombardo Toledano. "El Problema del Indio", México, SEPSETENTAS, 1973., p.128.

En el transcurso de tres siglos de dominio español, surgieron tres grupos distintos y antagónicos de propietarios de la tierra: los terratenientes españoles la iglesia que también era española, y los pueblos indígenas.

1.4. Etapa independiente.

El primer siglo de independencia política de México se caracteriza por constantes luchas internas, que constituyeron guerras civiles. Durante este período se registraron cuatro acontecimientos trascendentales, que indican en cada caso la iniciación de una fase de desarrollo social y económico: Guerra de Independencia; Guerra con los Estados Unidos de Norteamérica, en la que perdimos más de la mitad de nuestro territorio; Guerra de Reforma; y la Revolución Mexicana.

La independencia de México no cambió esencialmente la estructura agraria, económica y social del país. Como carga heredada del régimen colonial, la tierra y demás riquezas continuó en poder de cuatro grupos bien definidos: clero, grandes terratenientes, pequeños propietarios y pueblos indígenas. Medio siglo debió pasar antes que Las Leyes de Reforma desposeyeran al primer grupo, y otro medio siglo antes que la Revolución Mexicana desafiara abiertamente al segundo. Los otros dos grupos han coexistido con altas y bajas.

Todas las revoluciones que hasta hoy se han sucedido, se han hecho invocando el bien del pueblo, pero la clase privilegiada, merced a su gran facultad de adaptación, ha hecho que no sólo esas revoluciones, sino todas las leyes dictadas en su contra, se vuelvan a su favor y hagan que el día siguiente su fuerza sea mayor que la víspera de cada uno de esos movimientos sociales.⁵³

⁵³ Jesús, Silva Herzog. "Breve Historia de la Revolución Mexicana." Ed. Fondo de Cultura Económica, México, p.24.

Todo el peso de la explotación, del despojo, de la discriminación, de la persecución y de las injusticias en general, ha recaído fundamentalmente en la población mestiza e indígena.

1.5. Etapa Contemporánea o Post-revolucionaria.

Al inicio de la revolución de 1910, había en el país alrededor de 15 millones de habitantes, de los cuales cerca del 30% se consideraban indígenas, el 50% mestizos y el 20% restantes compuestos por criollos y blancos.

La Revolución de 1910 fue esencialmente agraria. Una de sus realizaciones principales fue la Reforma Agraria, con todos los vicios inherentes al sistema, que estableció la distribución gratuita de la tierra a las poblaciones que carecían de ella, en la forma de dotaciones llamadas ejidos, principalmente. La Revolución Mexicana destruyó el régimen de Porfirio Díaz y con él el latifundismo. La primera etapa de la Revolución se caracteriza por este grito: "tierra para los campesinos"; después por este principio: "la tierra debe ser entregada a los campesinos que la trabajen". Dice Lombardo Toledano:

La Revolución iniciada en 1910 entre otra de sus virtudes tuvo la de descubrir a México para los mexicanos. La de contribuir a la desaparición del complejo de inferioridad. Rotas las presiones en que se habían convertido las haciendas movidos los hombres del norte al sur y los del bajo a las zonas marítimas; logrando el intercambio de ideas y experiencias entre los hombres de todas las regiones del país durante la lucha armada y libre de la expresión del pensamiento, como surgió en el pueblo el sentimiento de lo nuestro, el amor a la tierra y a los hombres del México ignorado por la mayoría. Esta pasión psicológica se volvió pronto en amor intelectual por la fuerza formadoras de la nación y de él nació el culto a lo indígena, el afán de compensar a los pobres de México, aunque fuese en mínima parte, los largos siglos de explotación, de olvido y de menosprecio en que habían vivido.⁵⁴

⁵⁴ Vicente, Lombardo Toledano. op. cit. México, 1985. p.183.

1.6. La Revolución Mexicana y la política indigenista.

Se puede afirmar que sin la Revolución no se puede hablar de política indigenista, debido a que ésta se estructuró a partir del movimiento armado de 1910. Los gobiernos post-revolucionarios deseaban un país culturalmente homogéneo que les permitiera considerarse dentro de las sociedades occidentalizadas, además de que se argumentaba y se argumenta, que el problema indígena era cultural. De ahí que el 1921, año en que se creó la Secretaría de Educación Pública, se fundara el departamento de Educación y Cultura Indígena, cuya finalidad era llevar el alfabeto y nuevas técnicas agropecuarias, así como realizar trabajo social en las comunidades, previo estudio de las condiciones culturales de las mismas y así sucesivamente se crean otras instituciones.

2. Desarrollo y marginación social.

Pueden identificarse a *grosso modo* dos grandes enfoques o formas de conceptualizar las marginación social:

a).- Es producto de la resistencia de origen histórico y sociocultural de los actores tradicionales para integrarse al proceso de modernización, la cual se expresa como persistencia de economías autoconsuntivas, parcial inserción a la economía de mercado y bajos ingresos monetarios que resulten de una productividad del trabajo inferior a la media social;

b).- Es fruto de un "estilo de desarrollo" donde la modernización, parcial y precaria, reproduce las condiciones sociales de exclusión en que se encontraban originalmente determinados grupos sociales integrados al proceso de desarrollo.

En México, las reflexiones teóricas y las investigaciones sobre la marginación social tienen una larga tradición.⁵⁶ En la década de los 50, los primeros estudios tendieron a conceptualizar la marginación social conforme lo enunciado en el primer inciso, entendiéndola como un fenómeno transicional y urbano primero, y posteriormente utilizando dicho concepto para explicar la situación del campesinado y de los grupos indígenas. Inspirados en el estructuralismo funcionalista, la marginación se concebía como fruto de la parcial interacción al proceso de modernización.

Desde mediados de los 60, cuando se desvanecía la euforia del crecimiento sostenido y mostraban su persistencia e implicaciones sociales y políticas los fenómenos de marginación rural urbana, las conceptualizaciones dominantes, inspiradas en el "dualismo estructural" y el "desarrollismo", fueron revisadas críticamente⁵⁶. Comenzó entonces a arraigarse una idea de marginación social según el inciso "b" arriba referido. En un conjunto, se trató de un período prolífico de la economía⁵⁷ y la sociología⁵⁸ del desarrollo al que sumaron los notables aportes de la antropología social.⁵⁶

⁵⁶Por su influencia, pueden destacarse las investigaciones del español exilado en México José Medina Echeverría, así como las aportaciones de Pablo González Casanova, tanto en relación a los problemas generales del atraso económico como en la conceptualización del concepto marginación.

⁵⁶Una de las investigaciones que se criticó en la "Nueva sociología y economía del desarrollo" fue la de W.W. Rostou. *Las etapas del crecimiento económico*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1975.

⁵⁷Suele considerarse la teoría de Raúl Prebich y de Anibal Pinto como lo más significativo de la CEPAL. A las aportaciones críticas de la teoría de la Dependencia y el Subdesarrollo, debe agregarse la producción de Albert O. Hirschman. Dos obras de Raúl Prebich se consideran representativas de este período: *Los obstáculos a desarrollo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965; *Transformación y desarrollo: la gran tarea de la América Latina*, BID-Fondo de Cultura Económica, México, 1971; entre las aportaciones de mexicanos sobresalen las investigaciones de Alonso Aguilar, José Luis Ceceña Gómez, Edmundo Flores, Sergio de la Peña, Armando Labra, Ifigenia Navarrete, René Villareal y Víctor Urquidí.

⁵⁸Entre la bibliografía, es particularmente influyente la producción de Anando di Filippo, Ernest Feder, Jorge Gracienara, Gino Germani, Manuel Castells, Andre Gunder Frank, Anibal Quijano, Paul Singer, Alain Touraine y Teotonio Dos Santos. En México, destacan Roger Bartra, Pablo González Casanova, Rodolfo Stavenhagen y Ricardo Pozas.

⁵⁶El libro de Mayor impacto es el de: Lewis, Oscar. *La antropología de la pobreza*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

Los enfoques críticos de la "Dependencia"⁶⁰, del "Colonialismo Interno"⁶¹, y del "Subdesarrollo"⁶² aportaron una nueva concepción teórica y metodológica de la marginación social, y subrayado el carácter estructural del fenómeno, sostuvieron que su erradicación reclamaba una estrategia que combinara las políticas públicas con reformas sociales de índole estructural que modificaran las relaciones básicas del patrón o estilo de desarrollo vigente.

2.1. La crisis y el enfoque de la pobreza.

Con la crisis en 1981-82 y la caída de los niveles de vida a lo largo de la década, aumentaron las desigualdades sociales. La inflación y la reducción del gasto social magnificaron los efectos concentradores del ingreso. México, como el resto de América Latina, perdió una década en materia de desarrollo y los niveles de ingreso por habitante retrocedieron en su valor al nivel de 1976. El empobrecimiento generalizado del país se constituyó un fenómeno desafiante para las ciencias sociales. Una primera iniciativa consistió en recuperar los progresos realizados a lo largo de los setenta en materia de conceptos, métodos y técnicas de evaluación y cuantificación de los estudios realizados bajo la categoría social denominada "pobreza".⁶³

⁶⁰Una de las obras más representativas es la producción de Aníbal Quijano. Consúltense en particular: *Notas sobre el consejo de marginación social*, Santiago de Chile, República de Chile, Octubre de 1966; asimismo, Quijano, Aníbal y Weffort Francisco C. *Populismo, marginación y dependencia*, EDUCA, CEPAL, Costa Rica, 1973.

⁶¹De los trabajos mexicanos, el más influyente fue: González Casanova, Pablo. *La democracia en México*. México, ERA, 1965, así como *Sociología de la Explotación*, México, siglo XXI Editores, 1969.

⁶²Uno de los trabajos más sugestivos y representativos de este enfoque puede verse en: Stavenhagen, Rodolfo. *Sociología del Subdesarrollo*, México, Editorial Nuestro Tiempo, 1971.

⁶³Comisión económica para América Latina (CEPAL), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Organización de las Naciones Unidas (ONU). *¿Se puede superar la pobreza? Realidad y perspectivas en América Latina*. Coordinador del Seminario: Sergio Molina S., Santiago de Chile, República de Chile, 1980. Un balance crítico de los estudios y de la realidad de la pobreza, fue realizado por Oscar Altimir en "La Pobreza en América Latina. Un examen de conceptos y datos", Revista de la CEPAL, Abril de 1981, pp. 67-95.

Es de señalarse que el estudio de la desigualdad social a través del concepto "pobreza", originó una intensa discusión teórica que derivó en el perfeccionamiento de enfoques y criterios normativos, así como en el refinamiento de técnicas de análisis y cuantificación.

3. Condiciones socioeconómicas de la población marginada rural.

"En México se ha reconocido que la pobreza es un fenómeno de considerables proporciones, presente en todas las regiones del país. La mayoría de los mexicanos más depauperados se encuentran en el medio rural, donde según estimaciones, 80% de los ocupados en actividades agropecuarias pertenecen a hogares pobres; la mitad de ellos están en condiciones de pobreza extrema. El núcleo de la población empobrecida lo conforman indígenas, trabajadores migrantes, campesinos propietarios de pequeñas parcelas ubicadas en zonas temporaleras y habitantes de las zonas desérticas. En particular, las mujeres y los niños son los que más resienten los efectos de la pobreza"⁶⁴.

El tamaño de las localidades, la dispersión, el difícil acceso, la pobreza del medio físico, la precariedad de las actividades económicas de sus pobladores, la migración periódica y obligada, así como el mínimo acceso a satisfactores básicos, son algunos de los indicadores que muestran la situación de esta población.

México es un país con una orografía predominantemente montañosa, situación que se convierte en una condicionante más de la marginalidad, porque hace más difícil el acceso a las comunidades. En el traslado de ida y

⁶⁴"El Programa IMSS-Solidaridad". México. 1983-1994. p.25.

vuelta hacia los centros rectores de la actividad política, económica y social, se invierten varias horas y en algunos casos hasta una decena de ellas.

Es relevante destacar que la cuarta parte de las localidades están comunicadas por carretera pavimentada y quitando esa cuarta parte, el resto se divide en 63% al que se llega por camino de terracería, en 25%, también se dispone de brecha o vereda y el 12% sólo se puede acceder por vía aérea.

La situación se agrava al considerarse que en el medio rural, el transporte es irregular y tiene un costo mayor que en las zonas urbanas; así mismo, aún cuando 72% de las comunidades cuenta con vehículo de motor, coexisten de manera importante formas primarias de transporte, como el traslado a pie en 53% de localidades y la utilización de bestias de carga en 28.1% de ellas.

Otra información que contribuye a la caracterización de las comunidades, se refiere a la carencia, en el 95% de ellas, de una red de drenaje que incluya a la mayoría de las familias y a la existencia de energía eléctrica en el 28%.

No obstante que a la conformación de la pobreza contribuyen numerosos factores, el ingreso económico es determinante ya que posibilita el acceso a los satisfactores de las necesidades humanas. En este sentido la información sobre el perfil ocupacional es una muestra más de la marginación en la que se desenvuelven y del complejo proceso mediante el cual obtienen los medios para la subsistencia. La agricultura es la principal actividad económica, sin embargo, debido a su precariedad se combina con diversas ocupaciones que complementan el ingreso.

Está demostrado que en México se practica desde la agricultura mas moderna y tecnificada hasta la mas arcaica y atrasada, como en el caso de la llamada economía campesina. Esta forma de práctica agricola se caracteriza, entre

otros aspectos, por estar constituida por unidades productivas de tipo familiar, cuyo objeto es la reproducción de las condiciones de vida y de trabajo de los productores; su actividad persigue propósitos familiares y secundariamente económicos, además de que se utiliza en forma intensiva la fuerza de trabajo.⁶⁵

La agricultura correspondiente a la economía campesina es practicada en su mayoría por trabajadores agrícolas denominados de infrasubsistencia y subsistencia, por la precariedad de sus condiciones productivas y su deteriorado nivel de vida.

Los primeros son aquellos que con el producto de la cosecha satisfacen mínimamente sus necesidades alimenticias, y necesariamente llevan a cabo una actividad extraparceraria para completar el ingreso de la familia. Los agricultores de subsistencia son los que satisfacen de manera esencial sus necesidades básicas con el producto de su cosecha.

Sus terrenos, ubicados en zonas desérticas y semidesérticas, con poco o nulo acceso a insumos productivos y dependientes de la temporalidad de las lluvias, es posible concluir que las cosechas obtenidas no satisfacen las necesidades elementales de una familia.

Como se refirió anteriormente, en la economía campesina la practica agrícola responde a necesidades familiares, razón por la cual el cultivo más importante es el maíz, históricamente, alimento básico de la población mexicana, cuya siembra asegura a las familias la satisfacción de parte de sus necesidades básicas y les garantiza cierta independencia respecto a la economía de mercado, al tiempo que se reafirma en su cultura como un conocimiento adquirido a través de generaciones.

⁶⁵ "El Programa IMSS - Solidaridad". México 1983-1994. p.27.

Para el 80% de las comunidades, este grano es el principal producto que se combina con la siembra de frijol, haba y calabaza, entre otros cultivos complementarios. En 46% de esas poblaciones se destina totalmente al consumo familiar, mientras que 40% de ellas utiliza una parte y comercializa el resto, aun a costa de su propio consumo.

El 30% de las familias no cuenta con parcela de labor, hecho que contribuye a explicar las grandes carencias y los considerables flujos migratorios característicos de dichas zonas. En este sentido se sabe que uno de cada cinco habitantes de ellas se traslada a otros sitios donde encuentra trabajo temporalmente. En algunas regiones de Oaxaca, Michoacán, San Luis Potosí y Zacatecas, el flujo migratorio es mayor y una parte del mismo se aventura a traspasar la frontera norte.

Otro elemento que influye poderosamente en la condición de marginación, es la escolaridad, ya que su existencia posibilita el acceso a mejores ingresos y calidad de vida, el analfabetismo afectaba en 1991 a 22% de la población, cerca del doble de la media nacional; adicionalmente 38% de las personas no habían concluido su educación primaria y a los mas 25% la había terminado. Si intentamos comparar la calidad de la educación en estos sitios, con la que se imparte en las ciudades, entonces la diferencia puede llegar a ser abismal.

El agua es un recurso indispensable para la vida; su disponibilidad, acceso y calidad son determinantes para el bienestar de la población. En nuestro país hay una deficiencia grave en el abastecimiento de la misma, en condiciones que puede calificarse de apta para consumo humano. La población rural en general dedica cotidianamente un esfuerzo considerable para obtenerla; de acuerdo con el diagnóstico referido, en 1991, 58.8% de las familias hacían llegar este vital líquido hasta su vivienda, sin embargo, un porcentaje elevado obtenía el agua prácticamente de donde podía, situación que dificultaba su potabilización y aumentaba las posibilidades de contraer padecimientos por el insuficiente tratamiento que se le da para el consumo humano.⁶⁶

⁶⁶-El Programa IMSS - Solidaridad. México 1983-1994. IMSS., p.29.

En resumen las carencias consignadas, a las que tendrían que sumarse las que se refieren a una alimentación insuficiente, las deficiencias en materia de vivienda, la falta de saneamiento del medio y otras muchas más; contribuyen a delinear un perfil epidemiológico en el que predominan las enfermedades con puerta de entrada por vía respiratoria y digestiva incluido el cólera, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, la desnutrición, la tuberculosis y el paludismo, así como padecimientos de importancia local; en dicho perfil, los padecimientos crónicos-degenerativos tienen ya una relevancia creciente.

De lo expuesto se desprende que la mayoría, forman parte de la población que no alcanza los beneficios del crecimiento económico del país, cuya pobreza crónica se vio agudizada por los efectos de la crisis económica y los ajustes que provocó, circunstancia que ha dificultado más la atención a su salud.

4. Enfoques explicativos de las desigualdades regionales y de la marginación regional.

Las unidades geográficas del país presentan diferencias en sus niveles de desarrollo económico y social. Acerca de la existencia de estas desigualdades hay un absoluto consenso por parte de los ya numerosos estudios sobre desarrollo rural.⁶⁷

Un ejemplo indicativo de las disparidades regionales es la elevada concentración demográfica y de actividades socioeconómicas en las áreas

⁶⁷ Véase por ejemplo: K. Appennini, B. Murayama IRM Domínguez "Desarrollo desigual en México 1900 y 1960". En Demografía en Economía, Núm. 1 vol. VI. México, El Colegio de México, 1972; Coplamar, op. cit. (1980); R. Carrillo Arrompe, Ensayo analítico metodológico de planificación regional, México, Fondo de Cultura Económica, 1969; C. Stern, *Las regiones de México y sus niveles de desarrollo socioeconómico*, México, El Colegio de México, 1973; L. Unikell y E. Victoria, "Medición de algunos aspectos del desarrollo socioeconómico de las entidades federativas de México", 1940, 1960, en Demografía y Economía, Núm. 1, vol. VI. México, El Colegio de México, 1972.

metropolitanas y en otros núcleos urbanos, en donde la situación promedio de la población en materia de satisfacción de las necesidades esenciales es mucho mejor que en el resto del país. Por el contrario, alrededor del 50% de los municipios del país, la población no cubre ni siquiera el nivel promedio nacional de satisfacción de mínimos de bienestar en materia de alimentación, educación, salud y vivienda, según fue mostrado en el estudio publicado por Coplamar a principios de 1980. En la explicación de la existencia de estas regiones marginadas, ha jugado un papel importante la explicación mas general del origen de las disparidades regionales.

Durante mucho tiempo las interpretaciones mas socorridas acerca de estas disparidades se basaron en enfoques funcionalistas, y en especial en la corriente de pensamientos "dualista". Para esta corriente el problema de la desigualdad radicaba fundamentalmente en que tanto las regiones como los sectores económicos o de población mas desfavorecidos, eran aquellos en donde no existían los elementos necesarios (recursos naturales, tecnología moderna, espíritu de empresa, etc.) para provocar el despegue de una situación de atraso a otra de progreso⁶⁶. Las regiones subdesarrolladas tenían una economía dual, un sector industrial moderno y dinámico y un sector agropecuario tradicional de baja productividad; un segmento de la población con alta escolaridad y otro insuficientemente capacitado que constituía una limitante del progreso. Los sectores atrasados eran la razón de subdesarrollo, o por lo menos, un obstáculo al desarrollo, hacerlos avanzar, introducirlos en un esquema de modernización, era condición necesaria para pasar a un estado de desarrollo superior.

⁶⁶Véase por ejemplo, W. Rostow, *"Las etapas del crecimiento económico"*, México, Fondo de Cultura Económica, 1961.

Por supuesto estos enfoques consideraban que las situaciones de desigualdad no sólo eran producto de factores naturales; reconocían la existencia de políticas que favorecían más a un sector que a otro, pero o bien esto se concebía como una necesidad para generar el despegue de un sector estratégico de la economía, o como desviaciones que el mismo proceso de desarrollo se encargaría de corregir. El desarrollo llevaría automáticamente a los sectores atrasados a una situación de progreso.

A partir de la década de los 60 cobran fuerza las explicaciones de las desigualdades sectoriales y regionales que destacan los aspectos históricos y estructurales. Lejos de considerar que los factores atrasados y modernos de la sociedad están aislados, estos enfoques los concibe como elementos interdependientes e integrados a un todo, en donde el progreso de un sector se explica en buena medida, por el atraso de otro.

Para algunos de estos enfoques, como el dependientista y el del colonialismo interno, en el atraso de unas regiones intervienen una serie de factores históricos y relaciones específicas de desigualdad con regiones más desarrolladas que durante muchos años se han mantenido en favor de estas últimas.⁶⁹

Se trata de un colonialismo que las regiones ricas han impuesto a las más pobres, creando un sistema de explotación y de dependencia en el que las primeras se enriquecen cada vez más y las segundas agotan sus recursos naturales y se descapitalizan paulatinamente.

Aunque estos enfoques no desconocen la influencia de factores geográficos y la dotación de recursos naturales y la explicación del origen de las desigualdades regionales, los consideran elementos de segundo orden. Para ellos, son las formas de producción y de apropiación de los recursos productivos, así como el sistema de relaciones que se establece entre los

⁶⁹R. Stavenhagen, *Las clases sociales en las sociedades agrarias*, México, Siglo XXI, 1969; y P. González Casanova, *La democracia en México*, México, ERA, 1965.

diferentes sectores, lo que explica en mayor medida la existencia de tales desigualdades y, por lo tanto, de las regiones o zonas marginadas.

En el caso concreto de la marginación en el medio rural, algunos autores coinciden en que el avance del capitalismo amplía la brecha entre el desarrollo urbano y el rural.⁷⁰ La crisis del sector agrícola en México y, en general, el desarrollo desigual entre este sector y el industrial se debieron, según diversos estudios, a la estrategia de desarrollo seguida después de la segunda guerra mundial, y que favoreció claramente a este último en detrimento del primero.

La protección y el apoyo a la industria fue irrestricto. Las barreras arancelarias y los estímulos fiscales, el financiamiento público a la industria, la creación de una infraestructura industrial adecuada etc., se convirtieron en los objetivos de la política económica. La actividad agropecuaria nacional fue subordinada a ese propósito y desempeño, entre otras, las siguientes funciones en su apoyo:

Transferir como capital hacia el sector industrial una proporción importante de valor de la producción agropecuaria.

Generar divisas mediante la exportación de productos agropecuarios para el financiamiento de la importación de bienes de capital, materias primas y pagos por capital y tecnología para la industria nacional.

Abastecer de materias primas la industria nacional, con frecuencia a precios inferiores a los del mercado mundial.

Alimentar a precios bajos a la población urbana para mantener bajo el costo de subsistencia del trabajo obrero y, consecuentemente, bajos salarios.

⁷⁰P. Singer, *Campo y ciudad en el contexto histórico latinoamericano*, en cuadernos CEBRAP, num. 7, Sao Paulo, 1972; R. Stavenhagen op. cit.; y R. Utría, *Una política de desarrollo regional y urbano en función de la realidad latinoamericana*, en IX Congreso Interamericano de planificación, Bogotá, 1972.

Aportar gente, no sólo como mano de obra para la industria y otras ocupaciones modernas, sino también para integrar una reserva de desocupados o marginados urbanos...⁷¹

Bajo una línea similar de pensamiento, otras investigaciones refuerzan la anterior explicación de la problemática actual del desarrollo agrícola, a través del análisis de estrategia de desarrollo rural adoptada desde 1940. Esta línea, según un autor puede caracterizarse de la siguiente manera: 1) el desarrollo está determinado por necesidades e intereses externos al medio rural y no por las necesidades y potencialidades de los campesinos; 2) el control del proceso productivo en las unidades campesinas en desarrollo pasa a manos de un agente externo: banca, agroindustria, etc.; 3) se fortalece a un reducido grupo de agricultores, que reciben una gran parte de los recursos públicos, lo que favorece la polarización creciente entre una cuantas unidades muy desarrolladas y la gran mayoría de las unidades campesinas sujetas a un proceso de deterioro; 4) la adopción, como objetivo a alcanzar, del modelo de agricultura norteamericana que se caracteriza por empresas agrícolas de gran tamaño con uso intensivo de maquinaria, con una agricultura especializada, de unidades capitalistas monocultoras, que obtienen altos rendimientos por hombre.⁷²

En forma consecuente, la inversión pública federal canalizada al sector favoreció a aquellas entidades con un mayor grado de desarrollo agrícola capitalista. En el período 1959-1976, la inversión agrícola en las 12 entidades federativas de mayor desarrollo en este sector representó el 52.9% del total, cuando estas entidades tenían en 1970 sólo el 24.1% de la superficie de labor. Las 20 entidades de economía campesina y agricultura capitalista

⁷¹ Arturo Warman, *"Ensayos sobre el campesinado en México"*, México, Nueva Imagen. 1980, pp. 187-189.

⁷² J. Boltvinik, *"Estrategia de desarrollo rural, economía campesina e innovación tecnológica en México"*, en comercio Exterior, Num. 7

contaban con el 75.9% de la superficie de labor y solo recibieron el 47.1% de la inversión.⁷³

Los campesinos, los jornaleros agrícolas, los indígenas, sobre todo los que habitan en zonas temporales, son los que más han resentido los efectos de esta estrategia que postergó su atención agudizando las desigualdades sociales, sectoriales y regionales.

4.1. El concepto de marginación adoptado

El concepto de marginación, parte del documento base para la acción. 1977-1982 presentado por Coplamar y aprobado en una reunión de gabinete encabezada por el Presidente de la República Lic. José López Portillo, el 28 de julio de 1977, en este documento se dejó asentado que el consejo de migraciones utilizaría para "caracterizar aquellos grupos que han quedado al margen de los beneficios de la riqueza generada, pero no necesariamente al margen de la generación de esa riqueza, ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible."⁷⁴ Con ello quedó claro el rechazo al enfoque dualista según el cual los grupos y regiones marginadas lejos de contribuir al desarrollo constituyen una limitante de este.

El documento también deja claro que si bien parte de la población marginada habita regiones de ecología adversa, esto ha sido resultado de un largo proceso histórico en el cual esta población ha sido despojada de las mejores tierras, al respecto, el documento señala que "la población indígena, por regla general, ha padecido un proceso de expulsión de las tierras en el que vivieron sus antepasados y se ha remontado a lo que se ha llegado a

⁷³ J. Boltvinik y R. Pessah, "La asignación de recursos públicos a la agricultura en México", 1959-1976, Comisión Económica para América Latina, CEPAL/MEX/SAC/73, México, 1981, (mimeografiado).

⁷⁴ Coplamar, "Bases para la acción. 1977-1982". México, 1977, p. 10 (mimeografiado).

llamar regiones de refugio, hasta donde también llegan, causando cada vez mayor impacto las llamadas fronteras de la civilización". Asimismo, afirma que:

No solo una parte considerable de los grupos étnicos se ha refugiado en zonas hostiles para la vida y el trabajo. Existe también un número importante de mexicanos de las zonas desérticas y de nuestras montañas que padecen incomunicación y escasez de recursos vitales, como el agua, que les impiden alcanzar, sin el apoyo decidido de la sociedad nacional, niveles de productividad que les permitan mejorar sus mínimos de existencia y de bienestar.⁷⁵

La insatisfacción de las necesidades esenciales en México es menos un bajo resultado del bajo nivel de la productividad que de la concentración de la riqueza social prevaleciente. El producto social global, adecuadamente distribuido, permitiría la satisfacción de las necesidades esenciales de toda la población y un ritmo acelerado de crecimiento del aparato productivo. En presencia, sin embargo, del consumo santuario de las clases altas, el aparato productivo resulta insuficiente para atenderlo y simultáneamente satisfacer las necesidades esenciales de toda la población. De esta manera, la satisfacción de las necesidades esenciales de los distintos grupos sociales depende de su inserción en el sistema económico de su organización y de su fuerza política.

Así encontramos que la insatisfacción de las necesidades esenciales se localiza principalmente entre los grupos sociales denominados que:

a) Están desposeídos de medios de producción, poseen únicamente su capacidad de trabajo no calificada y no han logrado encontrar trabajo permanente en las ramas más productivas de la economía en condiciones de sindicalismo organizado.

b) Poseen medios de producción (en forma individual o colectiva) de mala calidad o de carácter tradicional.

⁷⁵ Coplamar, "Bases para la acción. 1977-1982". México, 1977. p.4.

Por su magnitud y alcances, la pobreza es un problema nacional cuya solución entraña la participación y el esfuerzo de toda la sociedad. La lucha permanente contra la pobreza requiere la más amplia solidaridad, entendida ésta como el compromiso político de todos con los pobres. Compromiso que puede adquirir múltiples manifestaciones y modalidades: de los que más tienen con los que menos se han beneficiado del progreso, del gobierno con los que no pueden satisfacer sus necesidades esenciales y entre los propios grupos marginados del país. Se trata de convertir a la solidaridad en un elemento que de permanencia y continuidad a la política social para que el combate a la pobreza se convierta en política de estado.⁷⁸

⁷⁸ Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. *"El combate a la pobreza"*. México, 1990, p.126.

CAPITULO III

PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL, CULTURA TEATRAL Y POBLACIÓN MARGINADA DE OAXACA

PRESENTACION

Este programa es una propuesta de proyecto que mediante representaciones teatrales pretende impulsar la salud y el bienestar social de la población indígena, participa de modo amplio y responsable al concertar los mecanismos y ensanchar los canales que permiten acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de las poblaciones más necesitadas.

Las acciones de las comunidades en materia de salud y prestaciones sociales, (teatro, deportes y bienestar social) son un ejemplo de como la unión de voluntades y esfuerzos lleva a la obtención de resultados para todos, especialmente para los que menos tienen.

El programa de seguridad social al trabajador de las comunidades rurales, se realizará identificando las necesidades propias de cada población para abatirlas al apoyarlos con enseñanzas, a través de representaciones dramáticas, aplicando mediante el teatro un plan de bienestar social y salud, con el apoyo de promotores culturales de teatro, personal médico institucional, la colaboración de médicos indígenas, terapeutas tradicionales y parteras rurales.

Este intercambio de experiencias y conocimientos será en beneficio de millones de mexicanos, pues el ambiente de confianza y de respeto a sus costumbres y tradiciones genera participación y entusiasmo. El programa se enriquece con las múltiples acciones de sus integrantes. Los resultados serán exitosos si nos apoyamos con la calidad basada en la interrelación entre el saber

tradicional de la población y el saber del personal institucional. La generosidad y confianza en un marco de armonía se traducen en resultados óptimos para los indígenas.

INTRODUCCION

El presente programa contiene una parte significativa de la mezcla del teatro, la seguridad social y la población indígena marginada que en conjunto refleja la unión del que transmite, el que otorga y el que recibe.

Debemos para transmitir y otorgar aproximarnos con dedicación y empeño, a la gran riqueza cultural que para el cuidado de la salud y el máximo disfrute de las prestaciones sociales (teatro, deportes y bienestar social) posee la población indígena y campesina a la que deseo servir. Es decir tomar en cuenta elementos del teatro prehispánico para utilizarlos con el teatro actual indígena mexicano para prevenir, diagnosticar y auxiliar en las necesidades de cada comunidad.

El programa es producto de observar desde 1977 —año en que inicié mis labores en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)— los grandes beneficios que la seguridad social a través de las prestaciones sociales (teatro, deportes y bienestar social) puede otorgar a la población en general, y al estar consciente de que existen en el IMSS diversas prestaciones gratuitas, sentí el interés de llevarlas a los que menos tienen, motivo por el cual seleccionó en primer instancia a la población indígena marginada de Oaxaca, pues considero que es la que puede reunir las características idóneas (por su riqueza cultural y sus comunidades indígenas) para ser el estado piloto, y posteriormente, dicho programa se implantaría a nivel nacional.

Convencida de que trabajar con la población indígena marginada implica complicaciones diversas, entre ellas la comunicación, creo que el teatro es imprescindible para el desarrollo de este programa.

Los involucrados en este trabajo, con generosidad y respeto deben compartir sus conocimientos y también manifestar sus necesidades de apoyo para trabajar en beneficio de los más pobres.

Espero que con este proyecto se pueda apoyar, a través del teatro, a los grupos indígenas marginados para otorgarles los servicios que brinda la seguridad social mexicana.

PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL, CULTURA TEATRAL Y POBLACIÓN MARGINADA DE OAXACA

Desde la cruenta invasión, conquista y colonización europea, nuestro país se ha debatido entre dos proyectos culturales diferentes e incluso opuestos. Por un lado, el impuesto por la civilización occidental con antecedentes judeo-cristianos, y por otro, el proyecto mesoamericano vinculado con el conocimiento, las creencias y las prácticas que mantienen una matriz prehispánica y que está ligado con los sucesores contemporáneos de las poblaciones nativas de América, hoy conocidos como indios o indígenas.

Tomo en cuenta la importancia, trascendencia y riqueza del saber indígena, al mismo tiempo que el valor y exclusividad de la ciencia. Así como de la Seguridad Social y la comunicación teatral mediante representaciones dramáticas, en las cuales al finalizar se realicen reuniones para obtener conclusiones plasmando los intereses y experiencias de cada participante, es importante el encuentro, dice Grotowski:

"El meollo del Teatro es el encuentro", el encuentro de un grupo de seres humanos vivos y presentes."

Con una orientación triple el informe académico desde un principio ha intentado la complementación entre las culturas rurales, sobre todo indígenas marginados y la comunicación teatral para otorgarles los servicios de Seguridad Social.

Es por ello, que primero entra en relación con representantes de cultura teatral y más tarde con el resto de compañeros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es importante destacar que esta política de interrelación es pionera en el sector salud. Por supuesto existen proyectos parciales diseñados por organismos indigenistas, pero ninguno operado por alguna institución gubernamental.

A continuación presento una descripción de las etapas que integren el Programa en su interrelación con representantes de los médicos y prestaciones sociales: teatro, bienestar familiar, deportes y grupos indígenas de Oaxaca, sus logros, sus limitaciones y el impacto a nivel nacional.

Fases de la interrelación de los representantes de Prestaciones Sociales (cultura teatral del IMSS) y el área médica con los grupos indígenas marginados y terapeutas tradicionales.

| Primera etapa (12 meses) | Segunda etapa (12 meses) | | | Tercera etapa (12 meses) |
|---|--|---|---|--|
| Contacto informal de los promotores de teatro del IMSS y agentes de medicina popular, con representantes tradicionales indígenas. | 1a. Fase Proyecto piloto en Oaxaca. | 2a. Fase Generalización del proyecto a nivel nacional. | 3a. Fase Consolidación del proyecto. | Relación con las organizaciones de terapeutas indígenas tradicionales con los promotores de teatro del IMSS y agentes de medicina popular. |

⁷⁷ Jerzy, Grotowski, *Hacia un teatro pobre*, Siglo XXI, México, 1987, pág. 51.

Etapas de interacción.

De acuerdo a las actividades propuestas en el informe de actividades en su relación con los terapeutas tradicional indígenas , los promotores de teatro y agentes de medicina popular se puede dividir en tres fases bien diferenciadas:

La primera fase abarca desde el inicio operativo del Programa (duración aproximadamente, 12 meses), que puedo caracterizar con una relación de comunicación informal con los terapeutas tradicionales indígenas con énfasis en el trabajo de Seguridad Social. Antes de una representación dramática es conveniente que los promotores culturales de teatro y los agentes de la medicina tradicional establezcan relación mediante técnicas representacionales sencillas y directas para superar obstáculos sociales, al respecto Antonio Prieto expresa:

Fuera del escenario pero con técnicas representacionales, un grupo de personas puede establecer comunicación directa más allá de las barreras, ideológicas y culturales.⁷⁸

La segunda etapa abarcaría 12 meses e incluye tres fases: en la primera se diseña el programa específico de interrelación con la medicina tradicional, seleccionando a Oaxaca como el estado donde se inicia el plan piloto; en la segunda se generaliza el plan a nivel nacional y en la siguiente fase son consolidadas las actividades. La tercera etapa plantea cambios cualitativos al iniciarse el diálogo con organizaciones de representantes indígenas tradicionales.

En las siguientes líneas profundizaré en cada una de las etapas antes enunciadas.

⁷⁸ Antonio. Prieto Stambaugh y Yolanda Muñoz González. "El teatro como vehículo de comunicación". Trillas, S.A. de C.V., México, 1996., pág. 6.

Primera etapa (12 meses)

Con la apertura de 2104 unidades médicas rurales y 41 hospitales rurales se iniciará el proceso de asistencia médica y comunitaria apoyadas por los promotoras de teatro con representaciones teatrales en las regiones más necesitadas del país, con especial atención a los estados que cuentan con un alto porcentaje de población indígena: Chiapas, Oaxaca, Puebla e Hidalgo. La población amparada, de acuerdo a los informes oficiales, cubría cerca del 40%, en tanto que el resto abarcaba poblaciones habitadas por mestizos.⁷⁹

Los médicos pasantes en servicio social así como los promotores de teatro y los contratados para cubrir esas plazas se encontrarán en la operación con la presencia de especialistas de la medicina tradicional.

Se debe contactar al personal de Seguridad Social, algunas veces mediado por funcionarios médicos del Instituto Nacional Indigenista, no existió ningún plan específico dirigido hacia las parteras, curanderos, hueseros y otros. Sin embargo, se pueden detectar en las áreas de acción intensiva alrededor de 3200 parteras calificadas como "empíricas", es decir, no capacitadas.⁸⁰

Este descubrimiento de parteras empíricas, conduce a establecer relaciones con ellas en dos sentidos. Por un lado, invitarlas para que ingresen a cursos de capacitación (muy orientados a programas de planificación familiar) y por otro a que atiendan a sus pacientes embarazadas en proceso de parto dentro de las instalaciones del programa, ya sea con la intervención de los médicos asignados al servicio e incluso por las mismas, y también que ellas nos apoyen para contactar con los líderes indígenas a nuestros promotores de teatro para promocionar la Seguridad Social.

Las actividades de interrelación con las parteras empíricas, sobre todo indígenas, responden a una muy clara evidencia: la mayoría de partos son atendidos por la partera pese a la existencia de la Unidad Médica Rural. De este modo, mientras estados con menor porcentaje de poblaciones indígenas cumplen con sus

⁷⁹ Oscar, Herrera. "Resultados del Análisis IMISS-COPLAMAR en UMR a un año de su implantación". México, 1981.

⁸⁰ En todas las delegaciones, pero fundamentalmente en éstas últimas, es en dónde los asesores auxiliares y los Médicos del Instituto Nacional Indigenista tienen que promover y fomentar las buenas relaciones de los médicos encargados de las Unidades de Medicina Rural (UMR) con las parteras empíricas o rínconeas que seguramente existen en esa comunidad". *Ibid.* p. 97.

programas de salud. (Baja California y Baja California Sur, Tamaulipas, Sonora, etc.), aquellas con importante presencia indígena apenas si llega a 10% de las metas propuestas (fue el caso de Chiapas y Campeche).⁸¹

Entonces, como se observa, esta primera etapa es de mutuo e informal conocimiento, la relación es centrada en la partera empírica y los líderes de los grupos indígenas.

Cabe mencionar que durante este período los médicos pasantes en servicio social y el personal promotor de teatro serán capacitados en aspectos relevantes de antropología relacionados con la salud de campesinos e indígenas para que a través de representaciones teatrales capaciten a la población marginada.

Estos cursos se inscriben en una orientación antropológica que pretende una aproximación a las formas propias y particulares en que los indígenas perciben la salud, la enfermedad y la muerte, así como las múltiples y diferenciales respuestas prácticas ante los problemas que plantea la vida.⁸²

También los cursos de teatro se pueden mezclar con cursos de pintura, escultura, arquitectura, música, danza y canto, pues cada uno refleja en su estilo el origen de una población y estos combinados pueden enriquecer una representación dramática ya que:

El teatro y las obras que en él se representan son siempre el reflejo de una cultura. Este arte, el máximo de las artes populares, es una síntesis de las demás: pintura, escultura, arquitectura, música, danza y canto. Dado que algunas de éstas, o todas ellas, se presentan unidas en una representación dramática.⁸³

⁸¹ Un curso se llevó a efecto en Comitán, Chiapas (1980) con el apoyo del Instituto de Asesoría Antropológica para la región Maya (INAREMAC); el segundo de estos cursos se realizó a principios de 1981 en San Cristóbal de las Casas.

⁸² Xavier, Lozoya. Georgina, Velazquez. Angel, Flores. "La medicina tradicional en México". Experiencias del Programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987. México, IMSS, 1988.

⁸³ Kenneth, Macgowan y Melnitz, William. "Las edades de oro del teatro". México, Fondo de Cultura Económica, 1964, p. 7.

Realizar día cultural, festivales, concursos, exposiciones, talleres y eventos especiales (día de la madre, niño, maestro, muertos), mediante teatro indígena, de campo. En Oaxaca, específicamente, se efectuarán cursos monográficos dirigidos a los médicos de las unidades médicas rurales también a los promotores de teatro cuyos objetivos estarán centrados en la importancia de la medicina tradicional así como promover mediante el teatro diversos aspectos de salud, prestaciones sociales: deportes y bienestar social, respetando en los pueblos indígenas sus prácticas y creencias, así como su lenguaje, se recomienda evitar el lenguaje culto y complicado para los indígenas, de ser posible, se debe procurar que el promotor cultural utilice un lenguaje popular para facilitar y hacer más amena la comunicación, pues:

El lenguaje popular ha pasado a ser el mejor aliado del crítico en su necesidad de comunicación con grandes núcleos de población, el plebeyismo cultivado para dar al idioma un color y un atractivo que el lenguaje culto excluye.⁴⁴

Sin duda, la introducción de los servicios médicos así como las prestaciones sociales, en zonas rurales, preocupa lo mismo a médicos con orientación epidemiológica, que a los antropólogos interesados por el desarrollo de los pueblos indígenas y a los promotores de teatro.

Para los antropólogos interesados en las culturas indígenas, las recomendaciones al Programa de Seguridad Social son centradas en tres niveles: a) Una relación promotor-indígena fundamentada en el reconocimiento y respeto a la cultura local, b) El conocimiento y la aceptación de la organización social que funciona alrededor del indígena y sus familiares, c) La aplicación de programas de salud, de prestaciones sociales, representaciones teatrales, bienestar social y deportes.

⁴⁴ Carlos, Solorzano. "Testimonios teatrales de México", Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1973, pág. 11.

De acuerdo a las características culturales de los pueblos a los que se pretende apoyar, al referirse a la medicina tradicional se anota:

"...Es necesario que el médico y el promotor cultural mantenga relaciones estrechas de colaboración con los terapeutas tradicionales, quienes no sólo pueden abrirle muchas puertas sino también, aconsejarlo sobre las actitudes que deban asumir frente a cada situación.(...) es conveniente recordar que el respeto y la valoración por las culturas diferentes y los conocimientos antropológicos; no resultan obstáculos para el ejercicio de la medicina, al contrario, pueden construirse en sus más valiosos auxiliares."⁵⁵

Estas posiciones de médicos, promotores de teatro y antropólogos constituyen una novedad al incrementar la relación con los pueblos indígenas campesinos y reflejan un cambio cualitativo en los médicos, promotores de teatro y antropólogos al tratar de armonizar su preparación técnica-académica así como su función médico comunitaria con las prácticas y creencias de los indígenas.

Segunda etapa (12 meses)

El Programa de Seguridad Social (ya cuenta con 3025 unidades médicas rurales y 60 hospitales).

En una primera fase (4 meses), se aplicará en forma experimental en el estado de Oaxaca, en la segunda se generaliza a todo el país (4 meses) y en la tercera serán consolidadas sus acciones (4 meses). A continuación describiré en forma sistemática sus objetivos, actividades y resultados esperados.⁵⁶

⁵⁵ Jorge Felix, Baez; y Lorena Collin. "Antropología y medicina. En torno al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR". México, IMSS, 1981.

⁵⁶ Aquí nos apoyaremos enteramente en el texto "La Medicina Tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR" 1982-1987. Dr. Xavier Lozoya, Dra. Georgina Valázquez y el Dr. Angel Flores. México. IMSS. 1988.

1.- Experiencia estatal en Oaxaca (4 meses)

Al estado de Oaxaca lo atraviesan la Sierra Madre Oriental y la Sierra Madre Occidental, lo que conocemos como Nudo Mixteco. Se divide en siete regiones diferentes. Políticamente se divide en 570 municipios con una población de 3 021 513 habitantes, dentro de los que se encuentran los pertenecientes a 16 etnias diferentes.

Este es un pequeño antecedente del estado; hablar de cada una de sus regiones, municipios o etnias, llevaría algunos días o quizá meses.

Cito lo anterior para presentar la integración de la delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En la capital del estado se localiza la delegación estatal, la subdelegación metropolitana, un Hospital General de Zona (HGZ) y 2 Unidades de Medicina Familiar (UMF). Existen dos subdelegaciones más, una en Tuxtepec y otra en Salina Cruz, y próxima a crearse la de Huatulco; en cada una de éstas existe un Hospital General de Zona (HGZ) y hay 24 Unidades de Medicina Familiar (UMF) en todo el estado. Se cuenta con 3 secciones de promotoras sociales voluntarias y hay una más por formarse, con un total de 50 promotoras sociales voluntarias activas. Con una población de 386 028 derechohabientes. En relación a IMSS-Solidaridad se cuenta con siete Hospitales Rurales (HR'S*) y dos más en construcción, con 424 Unidades de Medicina Rural (UMR), contándose con 500 565 promotoras sociales voluntarias de Solidaridad que amparan a 1 441 444 solidariohabientes, equivalentes a 48% de la población, por lo que el IMSS en sus dos regímenes ampara un 61% de la población total.

Ante la importancia que juega el IMSS en el estado, las promotoras culturales, no pueden permanecer al margen, deben capacitarse y organizarse para trabajar por el bienestar de los que menos tienen.

En todo el estado, con sus diferentes regiones, municipios y etnias, existe un fin común denominado "*tequio*"; lo que se conoce como "*solidaridad*".

Durante 4 meses con la participación del personal del Programa de Seguridad Social, los promotores de teatro, funcionarios de los centros coordinadores del Instituto Nacional Indigenista y los jóvenes médicos encargados de 43 unidades médicas rurales, se proporcionará a los integrantes (médicos pasantes del servicio rural así como los promotores de teatro y antropólogos), material informativo básico sobre el programa de Seguridad Social y cultura teatral para enriquecer y complementar los materiales de las representaciones dramáticas se pueden tomar en cuenta ejemplos de los hombres de la época prehispánica, los cuales reflejan en sus mitos y ritos la organización y planeación que se denota tanto en la fundación de sus ciudades como en sus representaciones y juegos, además podemos aprovechar, como ellos, para nuestras puestas en escena, la naturaleza (el sol, la luna, la tierra) y los espacios al aire libre, al respecto se considera que:

Los mitos y los ritos prehispánicos, revelan el carácter de conjuro que el hombre de las culturas nativas confería a todos sus actos: desde la fundación y la planeación de sus ciudades, su organización social, hasta el calendario de sus fiestas. La leyenda nahuatl de Quetzalcóatl, dios serpiente emplumada, símbolo de la estrella matutina y vespertina, identificado además como un jefe sacerdotal de tula en el siglo IX, sintetiza los movimientos del sol, la luna, la tierra y el planeta Venus, significados por los cuatro elementos: fuego, agua, tierra y aire. La teogonía nahuatl, cuyo rito más representativo es, conforme a interpretaciones modernas más sugerentes que científicas, el juego de pelota o *Teotlacho*, cuando simbolizaba, los movimientos del sol, o *tezcatlacho*, cuando simbolizaba los de la Luna. Consistía el juego en introducir, a base de golpes de cabeza, brazos, muslos y caderas, una pelota de resina a través de algunos de los dos anillos solares de piedra colocados sobre los muros laterales de la cancha.⁷¹

También, además del material informativo, se aplicarán un par de encuestas sobre los recursos humanos y materiales en las áreas de influencia de

⁷¹ Ignacio, Cristobal y Lanzilotti, Merino. *El teatro*, Litográfica, S. A. México, 1972, pág. 14.

acción intensiva de las Unidades de Medicina Rural (UMR); y se detectarán las necesidades del estado.

Entre los objetivos de las encuestas cabe destacar 4 aspectos:

a).- Identificación de terapeutas tradicionales, con predominio de mujeres con edades más frecuentes entre los 40 y 70 años y las siguientes especialidades principales: parteras, curanderos, hierberos, hueseros y líderes culturales indígenas.

b).- Identificación de espacios teatrales, deportivos y de bienestar social, estableciéndose sus principales características: distribución y uso.

c).- Identificación de las principales causas de demanda de atención que tienen los terapeutas tradicionales: ojo, aire, espanto, lombricera, empacho y una larga lista de padecimientos más, así como de necesidades de aprendizaje a través del teatro, música, danzas, bailes tradicionales, relatos, pintura, artesanías, carpintería, agricultura, etc.

Para facilitar la identificación de otras causas que demandan atención, podemos invitar a los indígenas a participar como actores en obras dramáticas, el promotor cultural (también puede trabajar como actor) tratará de involucrarlos para que manifiesten sus necesidades y los estimulará para que comprendan los mensajes de la obra, al respecto podemos tomar como ejemplo los trabajos desarrollados en Lardín Gabos, Nigeria; ya que:

Es frecuente que las personas dramaticen en sociodramas los relatos que contienen mensajes de salud. Primero un coordinador de grupo relata un cuento. Luego una persona lo repite y todos comentan sobre lo bien que lo repitió, qué detalles se le olvidaron y cómo lo cambió (muchas veces, los participantes

mejoran los relatos o les agregan detalles a medida que los cuentan). Al final todo el grupo dramatiza el relato.²⁸

d).- La escasa vinculación entre personal de las Unidades Médicas Rurales (UMR) y los terapeutas tradicionales, así como la insuficiente incorporación de los terapeutas tradicionales en los comités de salud que desarrolla el personal de seguridad social. Son dos los aspectos relevantes de esta fase: por una parte el cambio de actitud del personal de las instituciones y por otra, la notable viabilidad y eficacia del programa indican que:

Puede comprobarse en la práctica cotidiana que el respeto a las formas y manifestaciones culturales de las poblaciones atendidas y el establecimiento de objetivos de interés mancomunado constituyen el soporte fundamental de cualquier programa de salud. Que la medicina tradicional de Oaxaca no es sólo un conjunto más o menos eficaz de recursos terapéuticos, sino una de las formas más complejas y vivas de identificación de sus valores, cuyo reconocimiento es importante para orientar las acciones preventivas o curativas originadas en el seno de las instituciones.²⁹

Otra parte que rendirá frutos más adelante será la temprana y oportuna reunión de terapeutas tradicionales. Antes de este Programa, los curanderos, con el apoyo del Instituto Nacional Indigenista (INI), ya habían tenido algunas reuniones aisladas y dispersas.

2.- Experiencia a nivel nacional (4 meses)

En función del Programa de Oaxaca, el siguiente paso es extender el Programa de Interrelación a todos los estados del país. Los resultados serán alentadores, pues la participación del personal institucional y los diversos especialistas tradicionales será satisfactoria, porque se desarrollaría el programa

²⁸ Health Teaching for West Africa: *Stories, Drama, and Song*, David Hilton. Se puede obtener escribiendo a MAP International, Box 50, Wheaton, Illinois 60187, EE.UU.

²⁹ Véase el trabajo sobre los difíciles relaciones entre curanderos en: "La rivalidad entre médicos y curanderos durante el siglo XIX en la Historia General de la medicina en México". UNAM. Academia de Medicina, prensa.

en toda la República, aplicando la experiencia que se adquirió en el estado de Oaxaca.

De esta segunda fase cabe destacar que la encuesta sobre recursos humanos tradicionales en el universo de trabajo del Programa de Seguridad Social, arrojó información sobre el número de ellos, la especialidad, grupo de edad y distribución geográfica. Se contabilizaron 13,034 terapeutas tradicionales, con un promedio de cuatro terapeutas por Unidad Médica Rural (UMR). El promedio se elevaba en los estados costeros del Golfo de México (Veracruz, Tabasco, Campeche y Yucatán) en San Luis Potosí, Puebla, Guerrero y Baja California se mantenía en cuatro o cinco terapeutas tradicionales por la Unidad de Medicina Rural (UMR) también en Sonora, Durango, Tamaulipas, Colima, Hidalgo, Morelos, Oaxaca y era menor en el resto de los estados. Prácticamente no hay zona o región del país que careciera del recurso humano tradicional.

Más de la mitad de los terapeutas tradicionales eran parteras (53%). Los curanderos ocuparon segundo lugar con (24%), después de los hueseros (17%) y los hierberos con el (6%), en ellos se pueden apoyar los promotores de teatro pues son los líderes de los indígenas.

En relación a los grupos de edad, el 87% era mayor de 40 años, especialmente entre los 50 y 69 años, que sumaban el 51%.

Entre las principales causas de demanda referida por los terapeutas tradicionales, aparecen en primer lugar las enfermedades del aparato digestivo (infecciones, parasitosis, etc.) 44.8%, los llamados síndromes de filiación cultural (mal de ojo, empacho, susto, etc.) 18%, las patologías del aparato respiratorio (infecciones, asma, etc.) 11%, traumatismos 9% y otros en menor proporción. Cabe señalar que las primeras 10 causas de demanda dentro de los síndromes

de filiación cultural respondieron en orden de importancia: al mal de ojo, empacho, susto, caída de mollera, aire, daño, torceduras, anginas y latido.

En relación a los recursos herbolarios más frecuentes empleados por los terapeutas tradicionales, se obtuvieron 1950 especies botánicas medicinales, un 65% introducidos al país desde la época colonial y el 35% como especias nativas de México. El uso preponderante fue para trastornos digestivos, respiratorios, problemas de la piel, tratamiento de fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y articulaciones, otros en menor número.

De esta fase deseo enfatizar la notable vitalidad de la medicina tradicional así como de las prestaciones sociales en los cuales al realizar en los diferentes estados de la República sus fiestas tradicionales podemos apreciar el origen y la esencia cultural de cada población. El terapeuta indígena y el promotor de teatro deben respetar estas raíces y utilizarlas como elementos de apoyo y comunicación, en relación a esto cabe destacar que:

Las fiestas rituales, plenas de cantos y danzas espectaculares, de diálogos y representaciones lúdicas, que celebraban los pueblos establecidos en América antes de la Conquista, contenían auténticas raíces histriónicas.⁹⁰

También cabe subrayar el arraigo cultural e ideológico de las prácticas médicas populares en los conjuntos sociales con mayor marginación (especialmente indígenas), el inmenso potencial de los recursos herbolarios y actividades culturales de teatro que quizá sea el logro más importante: la factibilidad y trascendencia del programa de interrelación que es la demostración fehaciente de que es posible un diálogo responsable y respetuoso entre las medicinas catalogadas como tradicionales y las prestaciones sociales (teatro, bienestar social y deportes) de seguridad social.

⁹⁰ Ignacio, Cristobal, Lanzilotti, Merino. "El teatro litográfico", México, 1972, pág. 9.

Fase de consolidación (4 meses)

Después de realizar el programa en Oaxaca y en el resto del país, se efectuarán varias actividades tendentes a consolidar el Programa de interrelación.

Inclusión en un documento oficial que demuestra la consistencia y madurez de la experiencia lograda con el proyecto de interrelación.

La capacitación del personal médico en servicio social así como los promotores de teatro se convertirá en un objetivo primordial de proyecto, creándose una metodología secuencial de capacitación en servicio a través del uso de los llamados "desempeños".

Tales desempeños pretenden un acercamiento cada vez más extenso con la medicina tradicional y las prestaciones sociales (teatro, bienestar social y deportes). El primero de ellos proporcionará un bagaje teórico mínimo sobre la medicina tradicional y las prestaciones sociales, el pasante deberá hacer un directorio de los terapeutas tradicionales y las promotoras culturales indígenas en la zona de trabajo de la unidad médica de adscripción.

En el segundo, se dará a los médicos pasantes y los promotores de teatro más información sobre curanderos, parteras y promotores culturales indígenas, se intentará profundizar sobre los síndromes de filiación cultural y la ideología de tales padecimientos.

En el tercer desempeño, se pedirá que identifiquen las plantas medicinales más empleadas en la zona y proporcionen los datos etnobotánicos, químicos y farmacológicos más relevantes, así como las necesidades de aprendizaje que les podemos brindar a través del teatro mediante formas sencillas, con danza, bailes tradicionales, música, pintura, artesanías, agricultura, carpintería, etc.

Es recomendable conocer las variadas culturas de la población en cada estado de la República y apegarse a la sencillez para comunicarnos y entendernos con los indígenas, aprovechando lo que llevamos de diversas culturas dentro de sí, sintiendo y viviendo profundamente su música, su danza, con sus sonidos y movimientos, plasmando todo este arte de cada población de nuestro país en el teatro, al respecto Peter Brook, señala que:

Las formas sencillas son más difíciles de encontrar, pero que, gracias a su sencillez, son entendibles y significativas. Para él, estos encuentros son posibles gracias a que un ser humano tiene dentro de sí "algo" de todas las culturas: Cualquier persona puede responder a la música y a las danzas de muchas razas que no son la suya. De igual forma, uno puede descubrir en sí mismo los impulsos que hay detrás de estos movimientos, sonidos ajenos y así hacerlos propios. El hombre es más de lo que su cultura define; los hábitos culturales que lleva van mucho más profundo que la ropa que usa, pero hasta ellos son sólo prendas cuya forma proviene de una vida desconocida. Cada cultura expresa una porción distinta del atlas interno; la completa verdad humana es global, y el teatro es el lugar dónde se puede amar el rompecabezas.⁹¹

En el cuarto desempeño se pedirá la participación de los Terapeutas Tradicionales y promotores culturales indígenas en la consejería de las Unidades Médicas Rurales, también en la adaptación de los programas de teatro, para lo cual podemos aprovechar los espacios abiertos, maquillajes coloridos o máscaras, en síntesis no se requiere de un vestuario o escenografía costosa para realizar representaciones teatrales con las poblaciones marginadas, únicamente debemos utilizar los recursos propios tomando como ejemplo algunos elementos del teatro prehispánico como lo hicieron en el teatro de la colonia:

Los telones se sustituyeron por los espacios abiertos de teatro prehispánico, y el maquillaje evocador del teatro clásico de Occidente hizo su aparición, adaptándose a la magia esencial del pueblo Náhuatl... rayas vigorosas de colores estidentes surcaban rostros, brazos y piernas; los torsos también se adornaban con variedad de tinturas y tonalidades bronceas y auríferas; máscaras de obsidiana, de turquesa, madera, cuero y otros materiales. Todo ello sobre un templete rodeado por la magia, capaz de reproducir aspectos de la naturaleza con

⁹¹Peter, Brook. *The Shifting Point*, Harper and Row Publishers, Cal. Perennial Library, New York, 1989. pág. 129.

elementos de sugerencias solamente.⁹²

En el quinto desempeño, se solicitará una relación más estrecha con los terapeutas tradicionales y los promotores culturales indígenas mediante actividades teatrales de intercambio de saberes y prácticas que conducirán a valiosos encuentros mediante el teatro y la medicina tradicional en diversas partes del país. Un excelente ejemplo de cómo las formas tradicionales de aprender pueden convertirse en base para el entrenamiento de promotores, viene de Lardin Gabos, Nigeria. El programa de salud rural de Lardin Gabos se ha descrito como sigue:⁹³

Es aspecto singular de programa de entrenamiento en su uso extensivo de parábola, dramas, canciones y adivinanzas, métodos tradicionales de aprender entre la gente que aún depende mucho de la tradición oral. Estas técnicas se usan para impartir el curso y para enseñar en las aldeas.⁹⁴

Finalmente, en el sexto se insistirá en la capacitación de las parteras rurales así como de las promotoras culturales indígenas, pues de ellos se reconoce su enorme ascendencia en la comunidad, en especial con las mujeres. Estos desempeños serán apoyados con documentos normativos de trabajo elaborados por las unidades del IMSS.

Tercera etapa (12 meses)

En este período de ampliación del proceso de interrelación con la medicina tradicional y las prestaciones sociales, se acentúa la importancia de la acción comunitaria del Programa; aumenta la comunicación con la población, la confianza en el trato, el respeto a sus costumbres y pensamientos, al valor que da a su propio autocuidado, la idea adquirida de la prevención en su salud mediante

⁹² Yolanda, Argudin. "Historia del teatro en México". Panorama Editorial, México, 1985, pág. 25.

⁹³ El artículo completo aparece en *CONTACTO*, 26 dic., 1977. Se puede obtener escribiendo a la Comisión Médica Cristiana, 150 Route de Ferney, 1211 Ginebra 20, Suiza. pág. 271.

⁹⁴ Parábola: narración de un suceso fingido, de que se deduce por comparación o semejanza, una verdad importante o una enseñanza moral. Diccionario de la Lengua Española, Madrid, 1970, Espasa.

las prestaciones sociales (teatro, bienestar social ,deportes) sobre todo, se inicia un diálogo directo específico en las organizaciones de médicos indígenas y promotores culturales de teatro.

Los grupos indígenas presentan en sus prácticas, recursos y conocimientos, diferencias sustantivas de un estado de la República a otro. Es así que la medicina tradicional y las representaciones teatrales se desarrollarán de manera diferente.

El teatro campesino, los sociodramas, la práctica simulada y las piezas de títeres son formas diferentes con las que en grupo puede relatar acciones cada una se puede utilizar para explorar problemas o situaciones, al dramatizarlas, y pueden ser un excelente proceso de aprendizaje basado en la participación y el descubrimiento, tanto para los actores como para los espectadores.⁹⁵

Aunado a ello, presenciamos un auge en el reconocimiento de las instituciones hacia la importancia que tiene para su comunidad y el aumento de sus exigencias de apoyo y respeto a la par de las exigencias generales de sus pueblos, inmersos los terapeutas tradicionales y los promotores de teatro como gestores de sus propias necesidades.

El promotor cultural (al trabajar también como actor) se ve obligado a conocer las necesidades de la población para identificarse con ellos (su público) y lograr que a través de las representaciones teatrales haya la comunicación y respuesta que es necesaria para transmitirles los mensajes de beneficio social, en relaciona esto, Konstantin Stanislavski señala que:

El contacto que el actor tenga con su público debe ser indirecto e inconsciente, pero siempre mutuo: el público devuelve emociones vivas y humanas si el actor se las proporciona. Actuar sin público es como cantar en un lugar que no tiene resonancia: "el público constituye para nosotros (los actores) la resonancia espiritual."⁹⁶

⁹⁵ David, Werner y Bill Bower. *Apreniendo a promover la salud*, Centro de Estudios Educativos, A. C. México, 1984, pág. 561.

⁹⁶ Konstantin, Stanislavski. "Un actor se prepara". Diana, México, 1987, pág. 171.

De acuerdo a este desarrollo se inscriben una serie de iniciativas nacionales dirigidas a los indígenas, en las cuales se promueve hacia ellos una visión nueva, el respeto a las formas de vida, organización de su comunidad, su cultura y explotación de sus espacios, como lo hacían sus antepasados.

Se sabe que el mundo prehispánico en general poseía un espíritu profundamente teatral. Basta con observar las enormes explanadas, plataformas y "arenas" que se levantan en lugares como Teotihuacan, Chichen Itza y Tikal para imaginarse los impresionantes despliegues rituales que deben haberse escenificado. Por otro lado, como señala Nuñez, es necesario "hallar la traducción adecuada que nos permita actualizar esas manifestaciones a nuestro aquí y ahora."⁹⁷

Atendiendo a sus tres demandas fundamentales: reconocimiento, respeto y autodefinición de su desarrollo comunitario. Me refiero a la ampliación en el artículo 4o. Constitucional.

Que se denota al reconocimiento de la composición pluricultural de la nación mexicana, sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, estableciendo la protección legal y la promoción del desarrollo de las lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social de las comunidades.⁹⁸ Y al convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes acordado en el año de 1989 por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), puesto en vigor en 1992 en nuestro país.⁹⁹

En los últimos años, se multiplicaron los foros donde se expusieron las demandas y necesidades de la medicina tradicional, verditas por los propios médicos tradicionales. En el Programa IMSS-Solidaridad se recogieron estas demandas a las cuales se dio respuesta: se distribuyeron gafetes de identificación, (como muestra de reconocimiento y aval de las instituciones de salud, y como protección ante las autoridades locales que aún conservaban

⁹⁷ Fernando, De Ita. "Nuñez viajará a Polonia para actuar con Grotowski en su laboratorio de Worclou". Uno más Uno. México, 29 de noviembre 1978, pág. 17.

⁹⁸ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Adición al artículo 4o. constitucional sobre los derechos de los pueblos indígenas. México, 1995.

⁹⁹ Organización Internacional del Trabajo. *Convenio No. 169 en relación a pueblos indígenas y tratados en países independientes*. Serie: Documentos 89/1. México, 1981.

prejuicios ante sus prácticas tradicionales), se otorga material de curación, como el alcohol, el algodón, gasa, etc., que son utilizados por algunos terapeutas; se realizaron actividades de intercambio de experiencias y conocimientos; se otorgaron espacios para jardines de plantas medicinales, farmacias y para dar consultas aún fuera de su lugar de origen.

Los propósitos de esta etapa son consolidar y ampliar la relación de trabajo conjunto y coordinación de los equipos de salud del Programa: los promotores culturales de teatro, los médicos y parteras tradicionales en la atención cotidiana de la población, es decir, como una estrategia para proporcionar atención integral a la población, lograr la participación de la población utilizando sus propios recursos naturales, sin necesidad de presupuestos elevados y conocimientos al consolidar la red de servicios que se otorgan para beneficio de la propia salud de la población al tener acceso a apoyos que se complementen para un mismo fin: su salud.

Con este objetivo se distribuirán nuevos materiales de apoyo para el personal institucional, a efecto de generalizar la experiencia operativa en la interrelación, formalizar la relación con los terapeutas y promotores culturales de teatro, brindar más elementos de comprensión del proceso de interrelación, proposición de nuevas estrategias para avanzar en la interrelación, como son de seguridad social: copias fotostáticas de representaciones teatrales (para campesinos e indígenas), adaptarlos de acuerdo al lugar de origen. Titeres, videos, material de capacitación e inducción al puesto, material de alfabetización, de educación para la salud, etc.

De igual manera, se requieren recursos económicos para la realización de reuniones locales y regionales con parteras, médicos tradicionales y promotores de teatro, como una necesidad de dialogar, compartir conocimientos y asumir compromisos mutuos que se traducirán en acciones, es el antecedente de una

forma de coordinación y planeación de actividades que posteriormente llamaremos "Encuentros de intercambio de experiencias".

Los encuentros se constituyen en poco tiempo en un espacio en donde los médicos tradicionales y los promotores de teatro reconocen aspectos de ambas áreas, que se incorporan para mejorar (aún entre los mismos médicos tradicionales, lo que da a pie a reconocerse y adquirir identidad, hasta derivarse en su organización propia) sus técnicas, tratamientos y cuidados. El Instituto reconoce cómo la población concibe las enfermedades, la relación del terapeuta con el paciente, la eficacia de sus conocimientos y recursos. Por su parte, los médicos tradicionales aprenden a prevenir algunos riesgos para la salud y valorar prácticas que pueden ser perjudiciales para la misma y los promotores de cultura distinguen las necesidades y a través de las puestas económicas en escena, capacitar y auxiliar al trabajador, vale la pena recordar que los decorados de una presentación no consisten solamente en la escenografía, sino principalmente en la actuación, los gestos, los movimientos, las palabras, las poses y las miradas de los actores, Meyerhold hace patente este hecho:

*"¿No es verdad que el cuerpo, sus líneas, sus gestos armoniosos, cantan por sí solos de la misma manera que los sonidos?"*¹⁰⁰

En este contexto de madurez de la relación entre las instituciones, los médicos tradicionales y el promotor de teatro, junto con la consolidación de su propia organización, se firmará un primer convenio de colaboración y complementación, entre la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Oaxaca y los representantes del Programa de seguridad social.

La experiencia será positiva, pues en un año de relación, se llevarán a cabo cursos de capacitación con puestas teatrales para campesinos e indígenas, en donde todos enseñan y aprenden de la atención a la población; planearán,

¹⁰⁰ Vsevolod Meyerhold. "Teoría teatral". Madrid, 1986, pág. 69.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

realizarán y evaluarán acciones de salud así como de agricultura y prestaciones sociales: bienestar familiar, deportes y cultura, se atenderán a pacientes conjuntamente, se difundirán los conocimientos de la medicina tradicional y las presentaciones teatrales, se evaluará la calidad de la atención en los Hospitales Rurales (HRS) y en las Unidades Médicas Rurales (UMR), del Programa, adecuándola a las necesidades culturales de comunicación y emocionales de la población indígena en Oaxaca. En los indígenas encontramos una cultura virgen que nos da la base para la comunicación entre los individuos, dicha comunicación es imprescindible para desarrollar los puestas en escena, según Artaud:

En 1938, tuvo experiencia con los pueblos Tarahumaras, en los cuales participó al visitar México en 1938, país en el que encontró una cultura Teórica, particularmente en lo que se refiere a la cosmovisión indígena. El impacto que le provocó esto fue tan grande, que consideró haber encontrado la clave para solucionar los problemas de la comunicación humana: estamos como en la víspera de una nueva confusión de lenguas. El hombre moderno ya no se entiende. La humanidad necesita un baño de Juvencio. Es preciso encontrar fuentes vírgenes de vida, y la cultura externa de México posee esas fuentes de vida inalterables.¹⁰¹

En el caso concreto de la epidemia del cólera se desarrollarán encuentros para establecer su detección y tratamiento. El convenio abrirá la posibilidad de generalizar la experiencia de formalizar la relación con las organizaciones de médicos tradicionales, parteras y promotores de teatro a partir de enlazarse en una relación armónica de respeto y autonomía de ambas medicinas y cultura, esta no sería posible sin las relaciones entre los participantes y las aportaciones sinceras y respetuosas de cada uno, sólo así se podrá realizar el convenio citado, si ésta acción la relacionamos con el teatro, podemos destacar una cita de Grotowski mediante la cual señala que:

El meollo del teatro es el encuentro entre seres humanos: .. el teatro es un acto engendrado por relaciones humanas e impulsos, por contactos entre la gente; es a la vez un acto espiritual y biológico (...). El arte (...) es la experiencia que surge cuando nos abrimos hacia los otros, la que nos confronta con ellos a fin de entendernos a nosotros mismos.¹⁰²

¹⁰¹ Antonin, Artaud. *México y viaje al país de los Tarahumaras*, FCE, México, 1984, pág. 198.

¹⁰² Jerzy, Grotowski. *Hacia un teatro pobre*. Siglo XXI, México, 1987., págs.52-53.

El convenio establecerá reconocimiento institucional hacia las organizaciones de terapeutas tradicionales y promotores de teatro, brindará apoyo financiero a sus proyectos de carácter comunitario, fomentará el intercambio de saberes y experiencias entre el personal del IMSS y los terapeutas tradicionales indígenas permitiendo la visita de éstos a las Unidades Médicas y Hospitales Rurales del Programa; promoverá la capacitación mutua y permitirá la referencia de un sistema médico a otro.

Este convenio nacional, que será secundado por acuerdos concretos a nivel estatal, significa un cambio cualitativo en la relación con la medicina tradicional, los promotores de teatro y una mayor aproximación a las culturas indígenas de nuestro país. Vale la pena para realizar estos trabajos, remitirnos a los orígenes de cada población y de la vida misma, ello facilitará la comunicación al generar un entendimiento simple y creativo necesario entre los representantes de cultura teatral y los indígenas, esto se puede relacionar con lo que Grotowski denomina "técnicas de origen", entre 1977 y 1982 viajó a México, en donde estableció contacto con una comunidad huichol. (Durante su estancia en México, contó con la colaboración del taller de investigación teatral de la UNAM), y explica que las "técnicas de origen"... son:

Esos medios utilizados en varias culturas para arrancar ciertos aspectos específicos de aculturación que nos impiden ver al mundo de una forma primaria: (...) son técnicas de origen, arcaicas o nacientes, que nos regresan a los orígenes de la vida, para dirigir, decimos, la percepción primaria a experiencias orgánicas y primarias de vida. Las distintas técnicas representacionales no sólo auxiliarán al intérprete en su oficio artístico, sino que pueden ofrecer al ser humano en general nuevas formas para comunicarse entre sí de una manera "primaria", no una comunicación primitiva o ingenua, sino un intercambio sincero que repercute en una convivencia armoniosa y creativa.¹⁰³

¹⁰³ Robert, Findlay y Halina Filipowicz. "Grotowski Laboratory Theatre: Dissolution and Diaspora", en the Drama Review, vol. 30, Núm. 3, Otoño 1986, págs. 204-205.

Alcances e impacto a manera de resumen

En el Programa de Interrelación con la medicina tradicional, los promotores culturales de teatro, trabajarán de manera estrecha con los líderes indígenas y los médicos tradicionales. Las actividades desarrolladas tendrán el propósito que animó la instrumentación del programa de interrelación: el acercar la práctica médica tradicional y la comunicación teatral:

El teatro desde la perspectiva de acontecimiento social encierra un valor de enorme trascendencia, sin el cual el teatro mismo no existiría: La comunicación. El teatro primitivo no se planteó nunca que valores en sí mismos - más allá de agrandar a los dioses - tenían sus cantos, danzas y pantomimas. Tenían posiblemente una noción intuitiva, verificable, de que lo que hacían servía para aglutinar al clan, para aunar las fuerzas, que de esta forma se potenciaban mucho más.¹⁰⁴

Con recursos terapéuticos al mismo tiempo con la medicina contemporánea y las prestaciones sociales, durante el tiempo de interacción y trabajo con los terapéuticos y la población de las comunidades así como los promotores de teatro, el Programa será enriquecido. En este lapso se puede estudiar de dos formas el comportamiento de las comunidades, una de manera individual y otro grupal para reunir elementos que enriquezcan nuestras representaciones complementándolas con la danza, la música y el canto tradicional de cada lugar. Los aportes de los médicos, los antropólogos y los promotores de teatro pondrán de manifiesto el contenido de la medicina tradicional y las formas en que la población participa de ese patrimonio médico y cultural para la atención de su salud. En relación a esto Schechner distingue en sus reflexiones:

Particularmente en lo que se refiere a los puntos de contacto entre el teatro y la antropología sobre la teoría representacional, dos objetivos básicos: 1.- Estudiar el comportamiento humano -individual y social- como un género de representación. 2.- Estudiar las representaciones -de teatro, danza u otra forma de arte- como un

¹⁰⁴ Lucía, González Díaz. *El teatro necesidad humana y proyección sociocultural*, Popular. Madrid, 1987, págs. 52-53.

tipo de interacción individual y social.¹⁰⁵

En este ámbito de referencia, de una relación de trabajo provechoso, donde son tangibles los beneficios para la población, la medicina tradicional, la medicina institucional, las prestaciones sociales y el teatro conviven tomando en cuenta los orígenes indígenas e interactúan, dentro de un marco de iguales con respeto y conocimientos mutuos.

Un primer avance de importancia capital, en la interrelación con la medicina tradicional en el nivel nacional y las prestaciones sociales con el teatro será la aplicación de encuestas para conocer los recursos humanos de la medicina tradicional, las necesidades de las prestaciones sociales y el teatro en zonas marginadas y las causas de demanda de atención de la medicina tradicional.

Este paso, que representa un reto por el enorme tamaño de la muestra, hablando de inaccesibilidad y dispersión de los lugares donde se encuentran las unidades médicas rurales (UMR), vendría a facilitar la efectiva interrelación de la medicina institucional con la medicina tradicional en todas las zonas rurales con presencia del Programa de seguridad social.

El Programa de interrelación con la medicina tradicional y las prestaciones sociales con el teatro se llevará a la práctica, tendrá diferentes etapas y logros.

La interrelación con los terapeutas tradicionales si propiciará el intercambio de conocimientos y experiencias; su disposición a compartir su saber es cada vez mayor, mostrándose receptivos para asimilar y aplicar incluso los conocimientos de la propia medicina académica, a la manera de la forma de trabajo que siguiera también el Teatro Indígena Campesino de Oaxaca.

¹⁰⁵ Richard, Schochner. *Between theater and Anthropology*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1985, pág. 296.

En un tiempo muy corto un porcentaje significativo de la comunidad estará involucrado en el proyecto con el objetivo de intercambiar conocimientos y experiencias, formar maestros, actores, directores, danzantes, músicos y trabajadores de teatro; rescatar valores teatrales en comunidades indígenas y campesinas; tener un repertorio de teatro y participar en muestras y concursos de teatro nacionales.¹⁰⁶

Mediante encuentros de medicina tradicional y promoción cultural de teatro los equipos de salud y los terapeutas tradicionales participarán en el intercambio de experiencias y conocimientos.

En un círculo transmisor-receptor en estos encuentros se establecen compromisos para trabajar, se planean acciones conjuntas y se programan actividades encaminadas al mejoramiento de la salud y del bienestar social integral de la población del medio rural, con énfasis en la atención de la población indígena; ya que:

El público que asiste a una representación no debe ser un receptor de mensajes; debe reaccionar ante la obra, hacerla suya y participar en ella: el valor perpetuo del teatro reside en el hecho de que se comunica nuestra relación esencial y nos hace conscientes de que, a pesar de nuestras diferencias individuales, hay áreas más profundas de experiencia común que nos unen. Cada cultura requiere este tipo de afirmación para perpetuarse. Pero la humanidad también necesita esta experiencia grupal si ha de sobrevivir. Probablemente el ritual del teatro es necesario para la sociedad porque afirma nuestra humanidad.¹⁰⁷

Los encuentros representan una instancia de coordinación para evaluar la salud de la población, conocer sus necesidades de prestaciones sociales y bienestar familiar para cubrirlos a través del teatro, combinar tratamientos para las enfermedades, en que las dos prácticas cuenten con recursos para prevenirlas o curarlas, promover acciones conjuntas cuyo objetivo será mejorar la capacidad de respuesta ante las necesidades de población.

¹⁰⁶ Angelina, Camargo. "En diciembre, la primera generación del LTCI", Exelsior, Sección Cultural, 16 de febrero de 1988.

¹⁰⁷ Lee, Salisbury H. "Transcultural Communication and The Ritual Drama", en Lee Thayer, *Communication. Concepts and Perspectives*, Mc Millon Co, New York, 1970.

El marco de relación entre los médicos tradicionales, los promotores de teatro y los equipos de salud locales, se ha forjado sobre la base del respeto y conocimientos mutuos. El entendimiento con la población ha rebasado las expectativas; esto permitirá que los encuentros se hayan convertido en puntos de referencia: culmina un período rico en experiencias y comienza otro de la atención de la salud y de prestaciones sociales mediante el teatro.

Con esta estrategia de trabajo, se logrará fortalecer el autocuidado de la población con sus recursos y valores culturales propios, contribuyendo al fomento de la medicina y acercando los servicios de salud, así como diversas prestaciones sociales a través del teatro, adecuándolos a sus necesidades y características socioculturales.

El programa dispondrá de recursos y esfuerzo para apoyar la interrelación con la medicina tradicional y la promoción de teatro, concertando, conjuntando y potenciando acciones de beneficio para el desarrollo social comunitario.

La población indígena cuenta en sus zonas para su desarrollo integral con el marco normativo nacional que reconoce y apoya sus acciones de organización social. El Programa en congruencia con el espíritu contenido de las recomendaciones nacionales, delinea su marco de actuación, proporcionando a la población que se encuentra en su ámbito de trabajo los medios que les permitan su organización y la prestación eficiente de salud, y prestaciones sociales (teatro, bienestar familiar, deportes), en un marco de corresponsabilidad. Es importante destacar el máximo aprovechamiento y adaptación de espacios para desarrollar las actividades:

En relación a trabajos realizados en zonas arqueológicas se señala que "El trabajo con los promotores culturales era permitir que ellos encontrarán su relación con el espacio; que cada uno se relacionara con el entorno dentro de una actividad sencilla, pero que le permitiera responder libremente frente a lo que el espacio le propone en sí". Soriano denominó este trabajo "desarrollo del espacio", que básicamente es la adopción de cierto tipo de acciones o espacios

específicos como, por ejemplo, una explanada en Monte Albán, una catacumba en Mitla, o una vereda en la montaña.¹⁰⁸

Ante una población con grandes necesidades y carencias, el Programa ha propugnado por el reconocimiento del derecho colectivo de las organizaciones de médicos indígenas tradicionales y promotores culturales indígenas a expresarse; a fomentar su organización y a construir una forma de vida y salud. Con este tipo de apoyos, los médicos tradicionales y los promotores de teatro van ganando espacios para su expresión plena con el reconocimiento legal y social de su quehacer.

Se avanza más allá de la relación individual con el terapeuta tradicional y el promotor de teatro, al formalizarse convenios con dependencias cuya política social está encaminada a la atención integral de las poblaciones marginadas y de los grupos indígenas. Es el caso del convenio suscrito con la dependencia que tiene a su cargo la política social de atención a las poblaciones marginadas indígenas, el Instituto Nacional Indigenista, cuya función esta dirigida a la investigación de los problemas y a la implementación de medidas de mejoramiento de los núcleos indígenas del país.

El proceso organizativo de los médicos indígenas tradicionales del país y de los promotores de teatro ha contado, con el apoyo de la estructura del programa de seguridad social. En los diferentes foros de participación del programa, ha manifestado su compromiso de colaborar y hacerse solidario, apoyando desde su ámbito de responsabilidad del proyecto de organización de médicos tradicionales y promotores de teatro para el reconocimiento de la medicina tradicional y de quienes la ejercen.

¹⁰⁸ Antonio Prieto Stambaugh y Yolanda Muñoz González. "El teatro como vehículo de comunicación". de Trillas., México, 1996., pág. 203.

Los médicos indígenas tradicionales y los promotores de teatro han entrado en un proceso de sumar esfuerzos para el beneficio de la salud colectiva, y el bienestar social estableciendo una nueva relación de colaboración con la que se pretende dar paso a nuevas oportunidades de trabajo para servir a las comunidades marginadas rurales.

Con esta colaboración para el desarrollo de la medicina indígena tradicional el bienestar social y la promoción cultural a través de representaciones teatrales (tomando en cuenta sus orígenes) se añade un nuevo impulso al desarrollo de esta práctica médica y cultural.

Se tiene un novedoso marco de trabajo que facilitará la ampliación de cobertura, renovando las acciones llevadas a cabo, hoy en día con circunstancias novedosas para una nueva relación de trabajo de apoyo al fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional y el bienestar social a través del teatro.

La experiencia de trabajo en las comunidades ha demostrado que la relación de la medicina tradicional, la medicina institucional y las prestaciones sociales demanda la ruptura de esquemas de pensamiento y de algunas maneras de hacer las cosas. En el Programa se logrará entenderse mejor con la población, comprendiendo y respetando sus valores, orígenes y tradiciones dentro de una visión armónica de la naturaleza con el fin de lograr una integración compartida plenamente aceptada por la población.

La relación de trabajo entre el Programa y las organizaciones de médicos indígenas tradicionales así como promotores de teatro permitirá enriquecer cada vez más el contacto con la población, el entendimiento de las reformas y manifestaciones, ésta y la colaboración entre sus diversos componentes. El acuerdo de voluntades demuestra, asimismo, que se trascendió del vínculo

individual mediante el teatro primitivo, lo que nos llevará a la relación de trabajo colectivo.

En el teatro primitivo el individuo trata de personificar las fuerzas de la naturaleza que luchan y disputan entre sí y a las que pretende influenciar en provecho propio a través de los ritos de sacrificio, adoración, danza, canto, etc. Un rasgo importante del teatro primitivo es el de servirse de medio corporales y extracorporales que podríamos entender como propios de arte más desarrollado.¹⁰⁹

Epílogo

El conocimiento de la terapéutica de los médicos tradicionales y los promotores de teatro ha permitido a los médicos y promotores de teatro aprender del concepto de salud y la enfermedad de la población y las necesidades de bienestar social y las prestaciones sociales por la integración que tiene en su vida diaria a su estado emocional y a su reproducción individual, familiar y comunitaria, y aprendimos la forma en que el representante de seguridad social y el indígena están fundidos en una relación humana.

Así también ha permitido concebir a la interrelación como un proceso inacabado, dinámico y creativo, en donde los equipos de salud y los promotores culturales de teatro son actores concretos de la interrelación:

En las comunidades rurales, más que en los centros urbanos quien dirija teatro necesitará ineludiblemente haber actuado por lo hemos unas cuantas veces y conocer la necesidad de los movimientos básicos y complementarios en la escena; conocer la necesidad de la entonación de los parlamentos y la graduación de las emisiones de voz.¹¹⁰

Hacedores cotidianos, que con su sensibilidad y sus convivencias hacen posible la interrelación.

¹⁰⁹ Margot, Berthold. *Historia social del teatro*, Guadarrama, Tomo I, Madrid, 1974., p.p.9-10.

¹¹⁰ Alfredo, Mendoza Gutiérrez. *Nuestro teatro campesino*, SEP, México, 1964, pág. 17.

Su puede concluir que tradición y modernidad en la salud y en la cultura teatral del medio rural.

Se sintetizan a reducir las barreras culturales de la práctica de ambas actividades a lograr la accesibilidad geográfica y cultural de la atención médica institucional y adecuar permanentemente los servicios que brinda y sus acciones de acuerdo a los deseos, necesidades y características socio-culturales de la población. No hay que olvidar el respeto a sus costumbres y tradiciones.

De la misma manera que valoramos las experiencias, como nuestras limitaciones se puede avanzar en los siguientes aspectos:

- Comprender la cultura popular y sus diversas relaciones con la salud comunitaria.
- Modificar las conductas que afectan las relaciones de respeto y reconocimiento de la medida tradicional.
- Comprender mejor la visión integral a la salud y las prestaciones sociales.
- Ampliar la participación comunitaria en el autocuidado de su salud con sus conocimientos, organización y recursos provenientes de su medicina tradicional prepararlos mediante representaciones de teatro.
- Ampliar la participación comunitaria en las decisiones de salud, a través de la incorporación de su sentir, pensar y saber mediante puestos ancestrales.
- Incidir mediante el teatro en los niveles de desconfianza que aún persiste en parte de la población, lo cual impregna las relaciones cotidianas con los miembros de la comunidad, especialmente indígena.
- Aumentar a través del teatro la capacidad de respuesta institucional, al compartir responsabilidades con los terapeutas tradicionales y las familias de la comunidad.

CONCLUSIONES

Existe contradicción entre lo social y las emociones biológicas primitivas de los individuos. Cuando más primitiva es una sociedad, más cercana está a su origen, a sus principios vitales y, por lo tanto, a la teatralidad de sus ritos y costumbres. Las emociones en los individuos primitivos lo mismo que en los niños se expresan a través del movimiento, de la acción. Mientras que en un adulto de nuestra civilización las emociones se muestran mediante la actitud.

El propósito del Programa es avanzar e intensificar la interrelación con la medicina tradicional como parte de la cultura de la población amparada, en especial con la que pertenece a los grupos indígenas, para que los servicios de atención integral a la salud estén cada vez más cerca de los hogares, y de los espacios comunitarios de su vida cotidiana para que dispongan de los servicios; que los hagan suyos cuando sea necesario por algún eventual problema.

Las artes representacionales constituyen un instrumento fundamental de comunicación humana imprescindible en este proyecto de seguridad social.

Las celebraciones teatrales realizadas con los indígenas son una auténtica fiesta popular.

El teatro se desarrolla en las comunidades indígenas más alejadas, como centro de reunión y conservación de formas de vida y arte popular y pertenece a la manera de ser del pueblo.

El teatro indígena actual en los diferentes estados de la República está ligado al mundo prehispánico, cuenta con ceremonias y rituales que se acercan al concepto de "teatro" por su representación de mitos. Su simbología es artística, la

existencia de las ceremonias queda avalada por los monumentos y las artes plásticas, según los cuales nos encontramos ante representaciones dramáticas regidas por leyes de gran ritualismo, un intento de representar y expresar el misterio de la vida en los distintos grupos indígenas de la población y la relación humana entre sí, la primitiva danza, los bailes cantados y los ritos, evolucionaron hacia formas coreográficas que pertenecen al dominio del espectáculo actual.

En cualquier comunidad indígena encontramos la conservación de sus orígenes y la realización de espectáculos populares como lo hacían sus antecesores es así que en las ruinas arqueológicas de los diferentes estados de la República mexicana sugieren que se representaban ceremonias religiosas y guerreras desde una perspectiva de espectáculo popular. Además de las plumas y la máscara, elemento de transformación con que los personajes cubren sus rostros, también los encontramos en diferentes grupos étnicos.

A través de las representaciones del teatro con las comunidades se puede referir su pasado, también poner de manifiesto la poesía, anteriormente acompañaban sus representaciones con danzas guerreras y cantos, costumbres y hábitos que en la actualidad conservan los grupos indígenas.

La escena es el lugar idóneo para transmitir la enseñanza de la salud con los indígenas amantes de la música, el canto y el baile. El teatro indígena es colectivo y las representaciones de cultura teatral, con este carácter tienen una ayuda a su tarea si aprovechan los valores folklóricos.

El teatro es un fenómeno primitivo de representación teatral antiguo como la humanidad misma ha sido en cada época de su vida.

Los recursos cómicos y diálogos sencillos se pueden aprovechar por los intérpretes.

En el teatro indígena nuestra aportación es más cultural y estética que política.

En nuestro trabajo con las comunidades indígenas debemos siempre tomar en cuenta su pasado, y mezclar todo lo que sea posible para enriquecer nuestras puestas en escena, ya que está comprobada la existencia de formas teatrales en la literatura Nahuatl y en la Maya Quiché con la realización de espectáculos en los tres centros principales de la meseta; Texcoco, Tenochtitlan y Tlaxcala o en Cholula y en Chichen Itzá. Entre los mayas el recitado andaba mezclado a la música y al baile, también a los desfiles y procesiones, para su música el teatro indígena reconoció los instrumentos de cuerda; eran todos de percusión o de viento, como los caracoles marinos y bocinas, las flautillas o chirimias y los atabales, espectáculos bien diferenciados con desfiles, cantos, recitados y bailes.

Que los servicios de atención integral a la salud que brinda el Programa estén cerca emocional y culturalmente de la población no significa, en ningún sentido, pérdida de la calidad y de la eficiencia sino adecuación a las necesidades y características de la comunidad.

Para lograr lo anterior se cuenta con la aceptación de los servicios por parte de los grupos sociales y étnicos, desde hace trece años, y la experiencia de trabajo conjunto del personal institucional y de las comunidades del ámbito del Programa.

El teatro, como hecho social, es un lugar privilegiado del estudio y conocimiento del individuo, porque a través de la peculiaridad de sus técnicas se ha preocupado siempre de conectar con lo más emotivo de la persona porque sabe que éste es el motor secreto de su vida. Por tanto, el aprendizaje teatral, o la expresión dramática, se avalan por sí mismos tomados en cuenta

en campos como la enseñanza y la animación sociocultural, además de otros que necesitan apoyarse en el eje de la comunicación.

Cada día debemos entendernos mejor con la población en sus propios términos, comprendiendo y respetando sus costumbres y valores para desempeñarnos más armónicamente con la comunidad en la búsqueda y preservación de la salud integral.

En una relación social es preciso reconocer que ni las comunidades aceptan que se desplace su iniciativa y esfuerzo, ni el gobierno está en condiciones de asumir la responsabilidad de cada una de las miles de comunidades que requieren atención. La solidaridad implica respeto, reconocimiento, asociación, colaboración y sobre todo, corresponsabilidad social. De hecho el combate a la pobreza es un programa de la sociedad que el gobierno recoge, le da forma, e instrumenta. Sólo así se convierte en política de estado.

Seguiremos aprendiendo de los miembros y grupos de la comunidad, de su saber y hacer, en especial de los terapeutas tradicionales así como de los promotores culturales de teatro, como ser mejores para que nuestra interrelación con su entorno cotidiano sea una continuidad de sus proyectos de participación al reivindicar sus derechos humanos universales: en lo individual en lo económico, en lo social y en lo ecológico, porque sabemos que en el ejercicio de estos se involucra la salud.

Es preciso que la política económica distinga los aspectos del bienestar social más elementales, porque la circunstancia inmediata exige jerarquizarlos: se trata de la alimentación, la salud, la educación, la vivienda, el medio físico y en particular, del empleo cuyo acceso es imperioso garantizar

a un número creciente de la población. Dentro de estas necesidades se requiere priorizar a los grupos y regiones más necesitados.

Entre los preceptos filosóficos del Seguro Social están proteger al individuo, a la familia y a los grupos sociales amparados, desde antes de nacer hasta después de morir, adecuando permanentemente las prestaciones y los servicios a sus necesidades y características.

Se requiere, en suma, de una política económica que conciba al bienestar social como un proceso integral, se trata de potenciar el conjunto de condiciones que hagan posible un verdadero desarrollo social. La política económica debe ayudar a eliminar los serios contrastes que aún existen en el país: sectores marginados frente a minorías privilegiadas; desempleos y carencias ante la exigencia de satisfacer necesidades básicas y desigualdad de oportunidades; infraestructura regionalmente mal distribuida; ciudades que crecen a costa del campo y problemas de abasto y distribución.

A través de la interrelación con la medicina tradicional, el equipo de salud puede vigilar responsablemente la salud de las mujeres y de los niños y complementarse con ese saber hacer de manera adecuada a las costumbres y recursos disponibles. Por ejemplo, el embarazo para la comunidad está impregnado de una riqueza de significados que expresan diversas esferas de la vida cotidiana y de la cultura de un grupo, en especial cuando éste es indígena.

En términos generales, el proceso del embarazo es sentido por la comunidad no como una enfermedad o un evento medicalizable; todo lo contrario, es una manifestación por excelencia de "dar vida". Por lo mismo, la población sabe que debe tener cuidado y estar alerta a cualquier señal que avise que la armonía biopsicosocial corre riesgo.

Para proteger a la madre y al niño contra el tétanos, debemos también adecuarnos: si el toxoide tetánico (que no es vacuna), puede "caminar" hacia el domicilio de la señora embarazada, durante siete días a una temperatura ambiental de 37°C sin perder su efectividad: ¿Está listo el equipo de salud, con el de prestaciones sociales (teatro, bienestar social, deportes), para compartir la responsabilidad con las mujeres de la comunidad, que como ya mencioné las "parteras rurales" tienen un conjunto de conocimientos y prácticas para la salud; para capacitarlas a través de la promoción cultural de teatro, en la administración adecuada del esquema completo del toxoide tetánico a las mujeres que lo requieran. ¿Qué tan grande es la dificultad? Las mujeres en edad fértil y las parteras rurales fácilmente pueden aprender, en caso de que todavía no sepan, a inyectar intramuscularmente. La unidad médica rural cuenta con las jeringas desechables, las indicaciones para el uso adecuado no son difíciles de comprender y aplicar...

Lo anterior es un ejemplo de las estrategias que podemos implementar para que los servicios institucionales se acerquen a la vida comunitaria. Si esperamos a que sea la población la que necesariamente tenga que llegar hasta nuestras instalaciones, retrasamos la accesibilidad de nuestros servicios.

Los municipios rurales pequeños son, en general, comunidades en donde los ciudadanos se conocen unos a otros y en donde la autoridad tiene una relación cercana y cotidiana con las demandas de los habitantes. La descentralización municipal permite actuar en constancia con la heterogeneidad de la problemática rural, respetando tradiciones y costumbres, pero además facilita el control social sobre programas y recursos. A las grandes instituciones, distantes, no resulta fácil hacer planteamientos.

Algo similar ocurre con la atención del parto. Es costumbre entre la población rural nacer y morir en un ambiente íntimo, familiar, rodeado de personas y de recursos tradicionales. El equipo de salud puede acompañar de diversas formas en la atención tradicional del parto "limpio" y estar al pendiente por si se requiere fortalecer y complementar la atención.

Cuando la familia decide atender el parto en la unidad médica, el equipo de salud puede adaptar los servicios, recreando el ambiente familiar íntimo, del domicilio.

Los ejemplos y las posibilidades de participación de la comunidad con su medicina tradicional son infinitos, por ello el equipo de salud con el prestaciones sociales (teatro, deportes, bienestar social), en todo lo que haga, oiga, viva en contacto con los miembros de la comunidad, debe estar dispuesto a que fluya el saber hacer tradicional así sea para participar con la comunidad y que todos los miembros de la familia puedan mejorar la disposición de las excretas, basura, agua..., para que la vivienda sea más segura, cómoda, digna..., siempre respetando o tomando como base a sus creencias y tradiciones.

Son satisfactorios los avances, el Programa y la participación comunitaria en beneficio de la salud de la población amparada, pero se puede cerrar más la brecha entre las concepciones y las prácticas de salud del personal institucional y las comunidades del universo de trabajo. Lo funcional en las zonas urbanas no necesariamente lo es en las rurales, y sobre todo en la población de los grupos indígenas con los que se trabaja; así pues, debemos adecuarnos cada vez más a la cultura local.

Como espíritu rector del combate a la pobreza se propone el de solidaridad. Este concepto tiene connotaciones diversas, pero en todas ellas

es constante la voluntad de hacer nuestro un sentimiento, una propuesta o un problema, para comprenderlo, compartirlo y resolverlo.

En el combate de la pobreza la acción del gobierno tiene gran relevancia. Garantizar a todos los mexicanos alimentación, salud, educación y vivienda es obligación constitucional. Como rector de la economía, el estado tiene en sus manos los instrumentos para alcanzar este propósito.

Propongo que en suma hoy, como en 1813, la justicia social sea un sentimiento de la nación.

Lograr el mejoramiento de las condiciones de la vida de los grupos indígenas, mediante el impulso de proyectos productivos y de bienestar social; asegurar que los esfuerzos de los indígenas por mejorar sus niveles de vida sean apoyados por las instituciones, en un clima de pluralidad y respeto a sus formas culturales; mejorar integralmente las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades y regiones indígenas, de manera corresponsable y solidaria; garantizar la integridad jurídica de los indígenas y el respeto a su cultura, costumbres y formas de organización.

Para la población mexicana la seguridad social, entendida en su sentido más amplio, es y será un estado relativamente precario en la medida en que las políticas de bienestar social no hayan compensado las lagunas del mercado laboral de los recién pasados años. Para cubrir sus necesidades esenciales la población generalmente ha respondido con una intensificación de la mano de obra, lo cual ha tenido consecuencias sociales en los hogares que todavía no pueden apreciarse. Los resultados han sido también de carácter político en los grupos populares, sobre todo los urbanos.

Dentro de un panorama general de mayor pobreza y menores oportunidades de empleo formal, la reestructuración del aparato productivo mexicano y la reorganización del sector público han generado necesidades mayores de capacitación, mismas que no pueden ser satisfechas por el actual aparato educativo, ni en las condiciones de presiones económicas que tienden a expulsar a la población de la escuela desde edades tempranas.

Dentro de este panorama de lenta recuperación pero con un fuerte lastre de rezago social, los regímenes de seguridad social han sufrido las depredaciones presupuestarias de los demás componentes de las políticas sociales, y sólo recientemente han mostrado señales de recuperación. Dadas las perspectivas de crecimiento lento del empleo en el futuro próximo es poco probable que los regímenes de seguridad social puedan continuar su movimiento de expansión secular, a menos que, el Estado aumente su participación para permitir la incorporación de nuevas categorías sociales, en otras palabras, en un país donde la mayoría de la población no es asalariada no podrá serlo en un futuro próximo la seguridad social no podrá seguir funcionando exclusivamente sobre la base del salario.

Una retrospectiva de los temas señalados a lo largo del presente ensayo permite colegir las siguientes cuestiones:

- La cuestión social y la respectiva estructura jurídico-institucional que enfrenta se encuentran incluidas de manera sistemática en la agenda estatal, prácticamente desde fines del siglo XIX.
- Desde entonces y merced, ya en el siglo XX, al surgimiento del llamado Estado benefactor, se consolidaron los derechos sociales de los individuos; así como la responsabilidad pública por la tutela de las protecciones humanas básicas.

- Con el paso del tiempo la crisis económica internacional de los ochenta, la consecuente reducción del gasto social en diversos países del orbe y ciertamente la agravación de algunas inercias burocráticas en las prestaciones de los servicios públicos (incluidos los sociales), cuestionaron (entre otros factores) la viabilidad del Estado providencia.
- Hoy en día, después de varios ensayos de privatización radical, puede afirmarse que las sociedades modernas no resultan funcionales sin el concurso estatal en determinados campos estratégicos, donde los mecanismos naturales del mercado son insuficientes. De ahí que el Estado haya refrendado sus responsabilidades fundamentales en el campo de lo social.
- No obstante, es menester precisar que dicho refrendado se ha dado a partir de bases distintas a las verificadas en el Estado benefactor, toda vez que ahora los nuevos modos de mediación política traen consigo el imperativo de la calidad y la eficiencia. Por consiguiente, los aparatos públicos gestores de los servicios sociales tendrán ante sí el desafío de la calidad total.
- De cara a esa meta será indispensable redistribuir responsabilidades entre el conjunto de los actores sociales: gobierno, organizaciones intermedias y ciudadanía, a efecto de cada uno de ellos asuma sus compromisos en la tarea de promover el bienestar, que representan costos y, en conjunto, se avance hacia metas comunes.
- Al mismo tiempo y en consonancia con el propósito de la calidad total, será imprescindible la reintroducción del principio de servicio al usuario en las estrategias de los servicios sociales en tal contexto, la incorporación de

nuevas tecnologías, la simplificación jurídico-administrativa de los mecanismos de acceso humano para responder a las reformas denotadas serán tareas prioritarias.

- En términos más amplios, y de algún modo ajenos al control de la propia seguridad social, es posible aseverar que ésta enfrentará numerosos desafíos producto de la cesantía, las ocupaciones informales, el envejecimiento de la población, las nuevas patologías y las enfermedades recurrentes, las integraciones económicas y/o políticas, y la desarticulación familiar.
- En su conjunto, la evolución de los fenómenos señalados tenderá a incrementar el costo de la seguridad social, ya que en términos generales el universo de cotizantes parece contraerse en tanto que el de los demandantes de seguros y prestaciones (en particular del seguro del desempleo y de los servicios médicos) perfila su crecimiento.
- De tal suerte, con los esquemas vigentes de financiamiento la seguridad social enfrentará grandes obstáculos para lograr el equilibrio entre sus ingresos y egresos.
- Ante tal perspectiva los gobernantes y la sociedad deberán sopesar la disyuntiva de preservar un sistema de seguridad social amplio y generoso, soportado en términos económicos fundamentalmente por el presupuesto nacional, o bien alentar esquemas más modestos capaces de alcanzar su autosostenimiento.
- En el supuesto que se optara por el redimensionamiento de la seguridad social, la lógica imperante en los nuevos modos de mediación política de "volver a lo básico", sugiere una concentración esencial en dos grandes

funciones: la garantía de rentas mínimas (por desempleo, pensión o jubilación) y la prestación de servicios médicos.

- De manera simultánea, es asimismo probable la revisión de las condiciones de acceso a los seguros y las prestaciones de la seguridad social con objeto de que, al tornarlas más estrictas, se eviten excesos en su utilización y se permita así una operación más eficiente.
- Por lo demás, es de esperarse también la multiplicación de opciones de prevención complementarias -facultativas u obligaciones- tanto e el terreno de las pensiones como el de los servicios médicos, en virtud de que, por esa vía, el individuo atenderá espacios no cubiertos por la protección pública, y el Estado, por su parte, aligerará sus cargas financieras en esta esfera.
- De este modo, el fin de siglo y los albores del venidero prefiguran una seguridad social redimencional y políticamente funcional al garantizar niveles básicos de bienestar y promover, de ese modo, la legitimidad del orden establecido.

Para no afectar los derechos adquiridos de las generaciones de mayor edad y a la vez para no privar a las más jóvenes de las bondades disfrutadas por sus padres y abuelos, será menester que el avance hacia la seguridad social moderna se acompañe de la consolidación de nuevos esquemas de protección (vía los seguros complementarios o mediante programas de solidaridad comunitaria, por ejemplo) de tal manera que se dote al individuo y a su familia de un entorno sano, pleno de bienestar.

La globalización y crecimiento económico no son un binomio que surge espontáneamente. Muy por el contrario, los obstáculos son múltiples y, de ahí,

la necesidad de conocer otras experiencias para sacar provecho de los aciertos y evitar cometer los mismos errores.

El Estado, a través de sus políticas públicas, tiene un papel muy importante que cumplir para lograr que la población se beneficie de las oportunidades que la globalización trae consigo.

Si bien la globalización es una realidad, la acción del Estado en favor de la justicia social, lejos de construir una simple necesidad, es un imperativo insoslayable. La sustentabilidad de su proyecto económico debe darse con sustentabilidad social y con sustentabilidad ambiental para tener éxito.

El Estado debe ser más eficiente; es decir, debe incrementar su capacidad para enfrentar los retos y convertirlos en oportunidades que sean aprovechadas por la población para mejorar su calidad de vida. Desde luego, se trata del uso óptimo de los recursos pero, también, de su adecuada canalización, a fin de que lleguen al nivel de la comunidad y de sus miembros.

Este proceso de búsqueda de la eficiencia tiene que ver con la reforma del Estado, que pasa necesariamente por la construcción y el fortalecimiento de instituciones, la credibilidad, la transparencia y el sentido de responsabilidad. Nadie duda que es tarea del Estado mejorar la calidad y solidez institucional, para orientar la adecuada inserción de la economía nacional en el proceso globalizador, y para lograr, entre otras cuestiones, la justicia social.

Es un hecho que la globalización con justicia social implica, entre otros los siguientes aspectos:

- La racionalización del mercado laboral, incluidos la protección y el avance de los intereses de los trabajadores;
- La modernización de la seguridad social, que implica la eficiencia con pleno respeto a las reivindicaciones laborales relativas a los servicios de salud y otras prestaciones;
- La actualización y reestructuración del sistema de pensiones para alentar su funcionamiento efectivo y su adecuada proyección hacia la expansión de la economía;
- La reforma integral de la educación, concebida como inversión para el desarrollo, estrechamente vinculada a las necesidades del mercado de trabajo y a la apertura de nuevas ramas de la producción que favorezcan el fortalecimiento de los nichos preferenciales de oportunidad, y
- La atención a otros temas tan importantes como la vivienda y el acceso al disfrute de la cultura.

El Estado y sus instituciones están llamados a desempeñar en beneficio de la gente, en el contexto de la globalización. Sin embargo, es importante traer a la discusión el tema del aspecto social y de la distribución de responsabilidades que éste implica. El papel del sector privado y del ciudadano en los asuntos de la globalización con justicia social debe adquirir la relevancia que merece. No podemos concebir al Estado como actor y a la sociedad civil como mera espectadora.

- La formación de interpretes educados en nuevas disciplinas escénicas.
- La formación y educación del pueblo indígena mediante el teatro.

- Además de la intención de respaldar y compartir la lucha para mejorar las condiciones de vida de los grupos marginados, se requieren nociones asimilables y métodos que se puedan aprender para realizar teatro con los indígenas.
- La aparición de nuevos autores, escritores, actores y promotores teatrales indígenas preparados técnicamente y dispuestos a trabajar con las comunidades.
- La responsabilidad del director teatral como elemento indispensable de coordinación, interpretación y equilibrio de la puesta indígena en escena.
- La búsqueda de espacios.
- Cualquier método que se instrumente para realizar teatro con los grupos marginados, deberá contemplar el análisis crítico de la realidad y el uso de un lenguaje dramático propio que permita al indígena expresar, simultáneamente, su creatividad y su cuestionamiento a las relaciones sociales existentes.
- El teatro prehispánico y el teatro actual indígena mexicano tienen relación, pues van ligados a sus costumbres, a sus ideas y a sus orígenes.
- En este proyecto a través del teatro indígena se consolidan y representan los derechos sociales de los individuos, ello se logra mediante los mensajes educativos.
- A través del tiempo los problemas económicos de cada región pueden disminuir, con la educación y mensajes enviados mediante representaciones teatrales.

- Es indispensable redistribuir responsabilidades entre el promotor cultural de teatro y la población indígena para que cada uno asuma su compromiso en la tarea de actualizar y capacitar mediante el teatro para el bienestar social y en conjunto avanzar hacia metas comunes.
- Es posible afirmar que el promotor de teatro enfrentará numerosos desafíos, producto de los dialectos, las ocupaciones informales y las diferentes edades de la población, mismas que deberá superar.
- Para no privar a la población infantil o más joven ni a sus padres y abuelos será necesario realizar teatro para diferentes grupos de edad: infantil, adolescentes y adultos.
- El teatro aunque puede existir con la improvisación. Presentará obstáculos múltiples (de espacio, recursos humanos, materiales, etc.) y, de ahí, la necesidad de conocer y aplicar otras experiencias, como ejemplo distintos elementos del teatro prehispánico, (citados con anterioridad): la danza primitiva, los bailables cantados, los ritos, etc.
- El Gobierno del Estado, juega un papel importante, se requiere que apoye al promotor de teatro y a su grupo de trabajo, con sustentos económicos; cabe recordar que en ocasiones estos grupos de teatro, recorrerán distancias muy prolongadas, para llegar a las poblaciones que menos tienen.
- Es necesario que los promotores de teatro de cada estado adapten este proyecto y lo desarrollen en los lugares más alejados y con los indígenas más necesitados.

- Apoyarse en traductores indígenas en el caso de que predomine en la población algún dialecto.
- Tanto en la lucha por la obtención de los recursos y de los medios para la producción material, como en la utilización de los mismos, el arte debe estar presente asumiendo en ambos casos diferentes características pero conteniendo una sustancia común: la capacidad creativa de indígenas para hablar de sus valores, aspiraciones y conquistas.
- Promover el desarrollo de obras de teatro y la participación de los indígenas como actores con pleno respeto a sus ideas y costumbres.
- Estimular la participación de los indígenas en la elaboración y actualización de los textos teatrales tomando en cuenta las necesidades de cada grupo, para ayudarlos mediante la capacitación.
- Concebir la educación mediante el teatro como inversión para la población.
- Formación de promotores indígenas de teatro, para difundirlo entre sus comunidades.
- Tratar en los textos teatrales diversos temas de interés para las comunidades indígenas.
- El teatro ya lo practicaban los pueblos indígenas, es fundamentalmente un elemento biológico, cultural y psicológico que conforma una herencia milenaria de los mexicanos.

ANEXO I

INFORMACION BASICA. DATOS. PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 1996.

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|--|------------|-----------|
| POBLACION | | |
| DE LA ENTIDAD TOTAL (1) | 48,523,590 | 3,418,858 |
| SIN SEGURIDAD SOCIAL (2) | 25,630,310 | 2,551,017 |
| ADSCRITA AL IMSS-SOLIDARIDAD DEL PERIODO | 11,038,703 | 1,381,968 |
| - % REL. POB. DE LA ENTIDAD | 22.75 | 40.42 |
| - % REL. POB. SIN SEGURIDAD SOCIAL | 43.07 | 54.17 |
| ADSCRITA AL IMSS-SOLIDARIDAD (3) | 10,895,812 | 1,368,632 |
| MUNICIPIOS | | |
| TOTAL (4) | 1,774 | 570 |
| CUBIERTOS (5) | 1,264 | 323 |
| - % REL. TOTAL | 71.25 | 56.67 |
| RECURSOS FÍSICOS | | |
| UNIDADES MEDICAS (TOTAL) | 3,607 | 479 |
| - UNIDADES MEDICAS RURALES | 3,539 | 470 |
| - HOSPITALES RURALES "S" | 68 | 9 |

FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION

NOTAS: (1) ESTIMACION MENSUAL DE LA POBLACION TOTAL, DEL PAIS POR ENTIDAD FEDERATIVA 1996.

(2) ESTIMACION MENSUAL DE LA POBLACION TOTAL CON SEGURIDAD Y SIN SEGURIDAD SOCIAL POR DELEGACION, 1996.

(3) POBLACION ADSCRITA A MITAD DE PERIODO UTILIZADA PARA EL CALCULO DE TAZAS Y COBERTURAS.

(4) EN LA DELEGACION VALLE DE MEXICO 4 SE CONSIDERAN COMO MUNICIPIOS LAS DELEGACIONES POLITICAS DEL DF.

(5) 15 MUNICIPIOS EN LA DELEGACION SINALOA, MAS ISLAS MARIAS Y UNA DELEGACION POLITICA (IZTAPALAPA) CONSIDERADA COMO MUNICIPIO EN LA DELEGACION VALLE DE MEXICO 4.

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| ACCION COMUNITARIA | | |
| CENSO UNIVERSO DE TRABAJO 1995 | | |
| - POBLACION | 8,185,031 | 1,101,040 |
| - FAMILIAS | 1,695,346 | 235,359 |
| - VIVIENDAS | 1,570,080 | 212,490 |
| - LOCALIDADES UNIVERSO DE TRABAJO | 14,725 | 1,610 |
| * SEDE | 3,607 | 479 |
| * ACCION INTENSIVA | 11,118 | 1,131 |

FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION Y UNIVERSO DE TRABAJO 1995.

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|--|----------|--------|
| CAPACIT. VOLUNTARIOS-FORMACION DE: | | |
| - ASISTENTES RURALES DE SALUD | 3,138 | 268 |
| - COMITES DE SALUD Y SOLIDARIDAD | 3,276 | 748 |
| - PROMOTORES SOCIALES VOL. RURALES | 26,035 | 5,107 |
| INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS, NUM. DE PARTICIP: A REUNIONES O ENC. REGIONALES DE ACTUALIZACION | | |
| - ASISTENTES RURALES DE SALUD | 10,768 | 2,108 |
| - COMITES DE SALUD Y SOLIDARIDAD | 6,116 | 1,026 |
| - PROMOTORES SOCIALES Y VOL. RURALES | 13,156 | 1,758 |
| - PARTERAS RURALES | 3,951 | 445 |
| - TERAPEUTAS TRADICIONALES | 2,332 | 201 |
| OBRAS DE MEJORAMIENTO DEL MEDIO | | |
| - POR PRODUCCION DE BLOQUERAS | 259 | 34 |
| - DE VIG. Y CUIDADO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO. | 9,626 | 448 |
| - PARA DISPOSICION SANITARIA EXCRETA | 86,929 | 11,887 |

FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|--|----------|--------|
| NUMERO DE PERSONAS QUE CONSTRUYERON SU: | | |
| - ALFABETIZACION | 15,491 | 1,144 |
| - PRIMARIA | 10,659 | 679 |
| - SECUNDARIA | 6,204 | 222 |
| PREVENCION DEL ALCOHOLISMO | | |
| - GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS A. | 1,481 | 137 |
| ALBERGUES COMUNITARIOS | | |
| - PERSONAS HOSPEDADAS | 68,359 | 4,427 |

FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION Y UNIVERSO DE TRABAJO 1995

INFORMACION BASICA. DATOS.

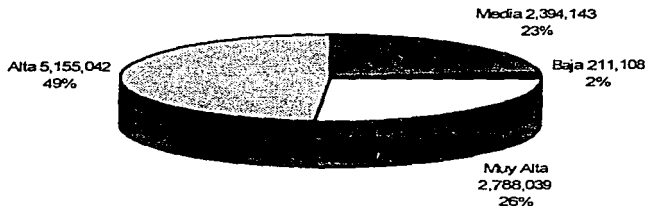
PERIODO ENERO - ABRIL 1997.

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|--|-----------------|---------------|
| POBLACION | | |
| DE LA ENTIDAD TOTAL | 48,251,768 | 3,461,127 |
| SIN SEGURIDAD SOCIAL | 25,694,341 | 2,588,343 |
| ADSCRITA AL IMSS-SOLIDARIDAD DEL PERIODO | 10,881,567 | 1,382,180 |
| - % REL. POB. DE LA ENTIDAD | 22.55 | 39.93 |
| - % REL. POB. SIN SEGURIDAD SOCIAL | 43.35 | 53.40 |
| ADSCRITA AL IMSS-SOLIDARIDAD A MITAD DEL PERIODO | 10,772,207 | 1,376,115 |
| MUNICIPIOS | | |
| TOTAL | 1,774 | 570 |
| CUBIERTOS | 1,263 | 323 |
| - % REL. TOTAL | 71.200 | 56.67 |
| RECURSOS FISICOS | | |
| UNIDADES MEDICAS (TOTAL) | 3,607 | 479 |
| - UNIDADES MEDICAS RURALES | 3,539 | 470 |
| - HOSPITALES RURALES "S" | 68 | 9 |

| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|-----------------------------------|-----------------|---------------|
| CENSO UNIVERSO DE TRABAJO | | |
| - POBLACION | 8,185,031 | 1,101,040 |
| - FAMILIAS | 1,695,346 | 235,359 |
| - VIVIENDAS | 1,570,080 | 212,490 |
| - LOCALIDADES UNIVERSO DE TRABAJO | 14,725 | 1,610 |
| * SEDE | 3,607 | 479 |
| * ACCION INTENSIVA | 11,118 | 1,131 |

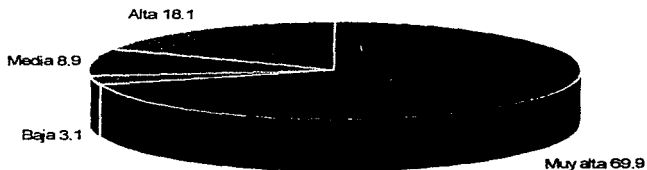
| CONCEPTO | NACIONAL | OAXACA |
|--|----------|--------|
| CAPACIT. VOLUNTARIOS-FORMACION DE: | | |
| - ASISTENTES RURALES DE SALUD | 376 | 9 |
| - COMITES DE SALUD Y SOLIDARIDAD | 936 | 249 |
| - PROMOTORES SOCIALES VOL. RURALES | 8,437 | 1,922 |
| INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS, NUM. DE PARTICIP: A REUNIONES O ENC. REGIONALES DE ACTUALIZACION | | |
| - ASISTENTES RURALES DE SALUD | 1,616 | 57 |
| - COMITES DE SALUD Y SOLIDARIDAD | 584 | 6 |
| - PROMOTORES SOCIALES Y VOL. RURALES | 1,470 | 39 |
| - PARTERAS RURALES | 238 | 9 |
| - TERAPEUTAS TRADICIONALES | 447 | 0 |

**ADSCRIPCION DE POBLACION RURAL
SEGUN INDICE DE MARGINACION
1991**



S.U.I. Población adscrita a dic. de 1991
XI CENSO GENERAL DE POBLACION 1990. INEGI

**COBERTURA MUNICIPAL CON UNIDADES MEDICAS
SEGUN GRADO DE MARGINALIDAD**

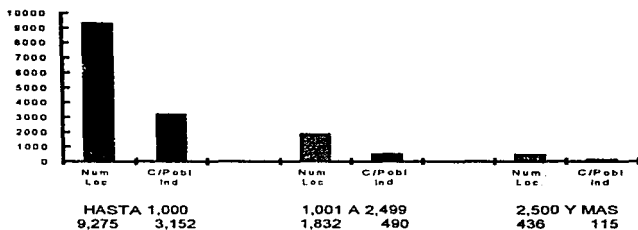


S.U.I. PRONASOL Geografía de la pobreza
INEGI División municipal 1992.

**LOCALIDADES DEL UNIVERSO DE TRABAJO
Y LOCALIDADES CON POBLACION INDIGENA**

1991

NUMERO DE LOCALIDADES



ENCUESTA SOCIOECONOMICA 1991.

Escala logarítmica

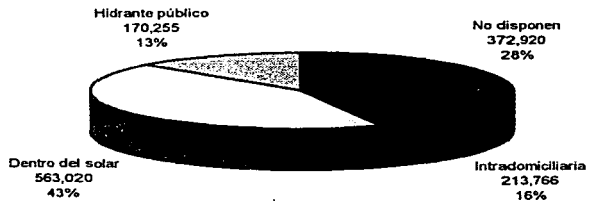
**DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE
ABASTECIMIENTO DE AGUAS ***

1991



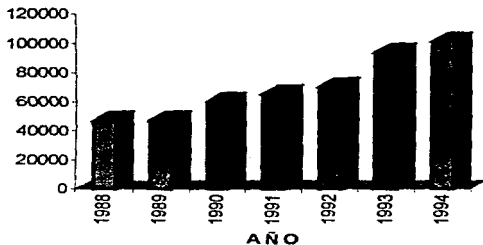
* EN UNIVERSO DE TRABAJO
ENCUESTA SOCIOECONOMICA 1991.

**DISPONIBILIDAD DE AGUA EN LAS VIVIENDAS
DEL UNIVERSO DEL TRABAJO
1991**



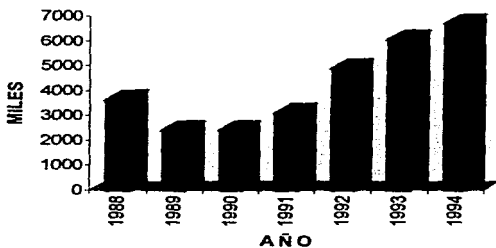
ENCUESTA SOCIOECONOMICA 1991.

**PROMOTORES SOCIALES VOLUNTARIOS
RURALES ACTIVOS
1988 - 1994**



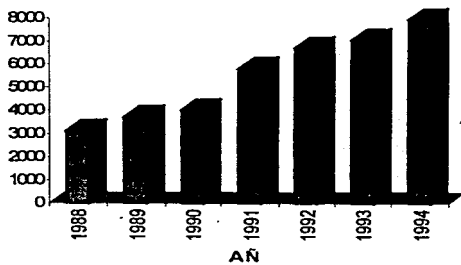
FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION

**ASISTENTES RURALES DE SALUD ACTIVOS
1988- 1994**



FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION

**PARTERAS RURALES CAPACITADAS
1988 - 1994**

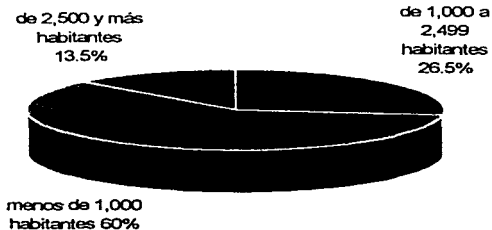


FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION

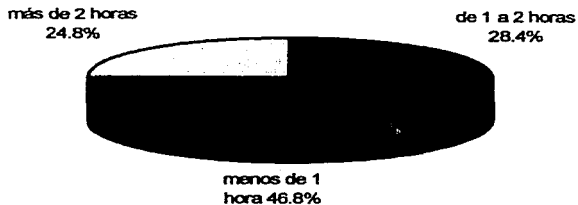
Infraestructura de servicio de salud del Programa

Unidades Médicas Rurales ¿Qué son?

Instalaciones permanentes de salud de primer nivel de atención, ubicada en comunidades marginadas rurales aisladas y dispersas, de menos de 2500 habitantes.
Tamaño de localidades sede de Unidades Médicas Rurales



Tiempo máximo de recorrido del domicilio a la unidad



Infraestructura de servicios de salud del Programa

Unidades Médicas Rurales. Cobertura de población

Las UMR proporcionan servicios de salud a una población de 3,000 a 5,000 habitantes, residentes en la comunidad donde está ubicada la unidad y en localidades aledañas.

Población adscrita a las Unidades Médicas Rurales



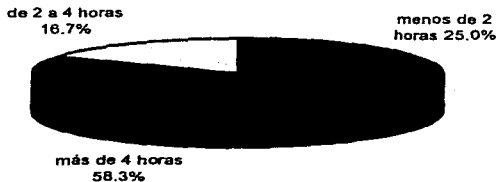
Infraestructura de servicios del programa

Hospitales Rurales. ¿Qué son?

Instalaciones permanentes de salud de segundo nivel, ubicadas en localidades con menos de 15,000 habitantes, a las que confluye población de zonas aledañas, cubiertas por Unidades Médicas Rurales.



Tiempo máximo de recorrido del domicilio a la unidad.

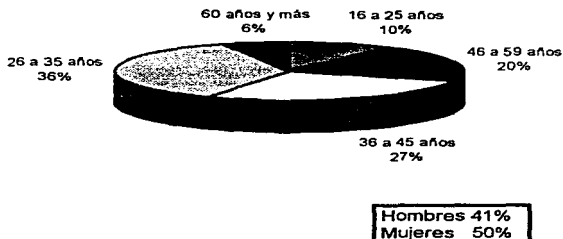


Organización comunitaria para la salud. Comités de Salud y Solidaridad

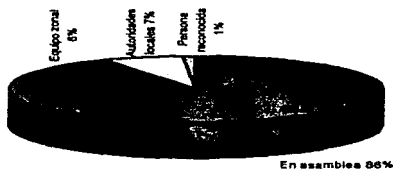
¿Quiénes son?

Son hombres y mujeres electos por la comunidad, que realizan su trabajo voluntario promoviendo acciones y gestionando recursos para la salud en beneficio de la comunidad.

Edad



Electos por:

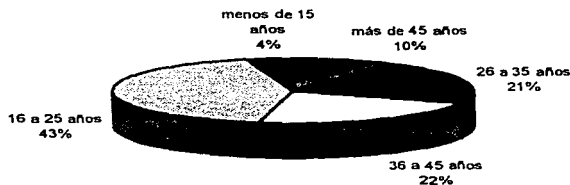


Organización Comunitaria para la salud. Promotores Sociales Voluntarios Rurales

¿Qué son?

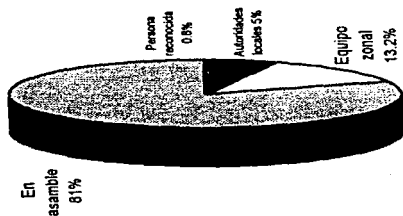
Generalmente mujeres jóvenes electas por la comunidad que han aceptado la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de familias, incluida la propia.

Edad



| |
|-------------|
| Hombres 15% |
| Mujeres 85% |

Electos por

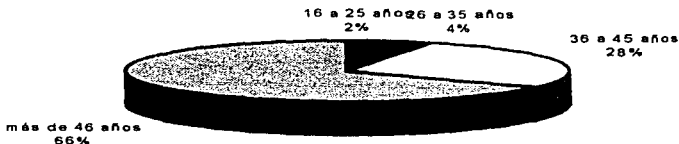


Organización comunitaria para la salud. Parteras Rurales

¿Quiénes son?

Predominantemente mujeres que después de un largo proceso de formación con otras parteras de mayor experiencia, brindan cuidados tradicionales a la mujer y al niño y participan en el mejoramiento de la salud materno-infantil.

Edad



¿Qué hacen?

Cuidados tradicionales a la mujer y al niño

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Atención del embarazo normal | 97% |
| <input type="checkbox"/> Atención del parto y al recién nacido sin complicaciones | 94% |

En corresponsabilidad con el equipo de salud

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Identificación de embarazo de alto riesgo | 93% |
| <input type="checkbox"/> Derivación a la unidad de: embarazos o partos complicados y recién nacidos con problemas | 95% |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar | 93% |
| <input type="checkbox"/> Aplicación de Toxoide Tetánico a embarazadas | 74% |

Organización comunitaria para la salud. Asistentes Rurales de Salud

¿Quiénes son?

En su mayoría jóvenes, residentes en comunidades sin servicios permanentes de salud, que han sido capacitados para promover la salud, diagnosticar y tratar enfermedades sencillas y derivar a la Unidad Médica casos difíciles o complicados.

Edad



¿Qué hacen?

Promoción para la salud

- | | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Saneamiento básico | 92% |
| <input type="checkbox"/> Mejoramiento de la vivienda | 86% |
| <input type="checkbox"/> Identificación de los niños desnutridos | 92% |
| <input type="checkbox"/> Identificación de los niños sin vacunar | 89% |

Atención a la salud

- | | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de baja complejidad | 79% |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas | 92% |

Envío a Unidades Médicas

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Embarazadas de alto riesgo | 80% |
| <input type="checkbox"/> Enfermos complicados | 78% |

BIBLIOGRAFIA

- Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. XL Aniversario de la CISS.* México, Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Secretaría General, 1989.
- AGUILAR Bayley, Adolfo. *Hacia la Autonomía Procesal del Derecho de la Seguridad Social*, Revista Seguridad Social, núm. 172, julio-septiembre, México, 1990.
- AGUILAR V., Luis. *La Reforma del Estado*, Examen, Núm. 7, México, 1990.
- ÁRGUDIN, Yolanda, *Historia del teatro en México*, Panorama Editorial, México, 1985.
- ARTAUD, Anton., *México y viaje al país de los Tarahumaras*, FCE, México, 1984.
- BAEZ, Jorge; Felix y Lorena Colín. *Antropología y medicina. En torno al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR*. México, IMSS, 1981.
- Bases para la acción. 1977-1982*. Coplamar, México, 1977.
- BERTHOLD, Margot. *Historia Social del Teatro*, Madrid, Guadarrama, S.A., 1974., tomo I y II.
- BRISEÑO Ruíz, A. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*, México, Harla, 1987.
- CAMARGO, Angelina, *En diciembre, la primera generación del LTCl*, Exelsior, Sección Cultural, México, 16 de febrero de 1988.
- CAMPOS, Jiménez, Carlos. *Glosario de Términos Usuales en la Seguridad Social en Costa Rica*, Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, 1976.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Adición al artículo 40. constitucional sobre los derechos de los pueblos indígenas. México, 1995.
- DE ITA, Fernando, "Nuñez viajará a Polonia para actuar con Grotowski en su laboratorio de Worclau", Uno más Uno, México, 29 de noviembre 1978.
- El combate a la pobreza*. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. México, 1990.
- El Programa IMSS-Solidaridad*. México. 1983-1994.
- Evaluación de las Tendencias de la Seguridad Social, 1981-1983*, México, Revista Internacional de Seguridad Social.
- FRISCHMANN, Donald, *El nuevo teatro popular en México*. México, INBA, 1990.

- GERMANI, Gino. *El concepto de marginalidad. Significado, raíces históricas y cuestiones teóricas con particular referencia a la marginalidad urbana*. Ed., Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión. Colección fichas, Numero 29.
- GONZALEZ Casanova, Pablo, *La democracia en México*. México, ERA, 1965, así como *Sociología de la Explotación*, México, siglo XXI Editores, 1969.
- GONZALEZ Díaz, Lucía, *El teatro necesidad humana y proyección sociocultural*, Popular. Madrid, 1987.
- GOUTMAN, Ana, *Teatro y liberación*. México, INBA, 1992.
- GROTOWSKI, Jerzy, *Hacia un teatro pobre*, Siglo XXI, México, 1987.
- HALL, Richard. *Organización, Estructura y Proceso*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, 1983.
- HERRERA, J.O. *Resultados del Análisis IMSS-COPLAMAR en UMR a un año de su implantación*, México, 1981.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983. 40 años de Historia*, México, IMSS, 1983.
- La Política Indigenista en México*, varios autores. SEP - INI. México.
- La rivalidad entre médicos y curanderos durante el siglo XIX en la Historia General de la medicina en México*. UNAM. Academia de Medicina, prensa.
- La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000*, Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, Suiza, 1984.
- La Seguridad Social y el Estado Moderno*, México, I.M.S.S., F.C.E., I.S.S.S.T.E., 1992.
- LEWIS, Oscar. *La antropología de la pobreza*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
- LOMBARDO Toledano Vicente, *El Problema del Indio*, México, SEPSETENTAS, 1973.
- LOZOYA, Xavier. Velazquez Goergina. Flores Angel. *La medicina tradicional en México. Experiencias del Programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. México, IMSS, 1988.
- MACGOWAN, Kenneth yWilliam Melnitz. *Las edades de oro del teatro*. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
- MALLOY, James. *Statecraft. Política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos. La crisis de la seguridad social y la*

- atención a la salud*, Carmelo Mesa-Lago (comp.), Lecturas 58 de El Trimestre Económico, Fondo de cultura Económica, México, 1986.
- MARTINEZ Matiella, Gastón. *Seguro Social, Seguridad Social y Solidaridad Social: Un Punto de Vista Conceptual*, Memoria, II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social, México, 1967.
- MENDOZA, Gutiérrez Alfredo. *Nuestro teatro campesino*, SEP, México, 1964.
- MENDOZA, López Margarita. Salazar, Daniel y Espinoza Tomás(+). *Teatro Mexicano del Siglo XX. Catálogo de obras teatrales*. México, 1987 - 1988. (Cinco tomos).
- MERINO Lanzilotti, Cristóbal Ignacio, *El teatro litográfico*, México, 1972.
- MEYERHOLD, Vsevolod, *Teoría teatral*, Madrid, 1986.
- MEZA-LAGO, Carmelo. *La Seguridad en América Latina*. Progreso económico y social en América Latina, México, Informe 1991, Banco Interamericano de Desarrollo.
- MEZA-LAGO, Carmelo. *La Crisis de la Seguridad Social. La atención a la salud. Experiencias y Lecciones Latinoamericanas*. Lecturas 58 de El Trimestre Económico, Mundo de la Cultura Económica, México, 1986.
- MORENO, Pedro, y otros. *Factibilidad y Viabilidad Financiera y Administrativa de la Seguridad Social en México: El caso del IMSS*, Documentos de trabajo, Fundación Friedrich Ebert, Coordinadora ASA Cristina Laurell, México, 1991.
- PRIETO, Stambaugh Antonio, Yolanda Muñoz González. *El teatro como vehículo de comunicación*, Trillas, S.A. de C.V., México, 1996.
- QUIJANO, Anibal y Weyffort Francisco. *Populismo, marginación y dependencia*, EDUCA, CEPAL, Costa Rica, 1973.
- SALISBURY, Lee, *Transcultural Communication and The Ritual Drama*, en Lee Thayer, *Communication. Concepts and Perspectives*, Mc Millon Co, New York, 1970.
- SCHECHNER, Richard, *Between theater and Antropology*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1985.
- SILVA Hersog Jesús, *Breve Historia de la Revolución Mexicana*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1967.
- SOLORZANO Carlos. *Testimonios teatrales de México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1973.
- STANISLAVSKI, Konstantin, *Un actor se prepara*. Diana, México, 1987.

- STAVENHAGEN, Rodolfo. *Sociología del Subdesarrollo*, México, Editorial Nuestro Tiempo, 1971.
- STAVENHAGEN, Rodolfo. *Las clases sociales en las sociedades agrarias*, México, Siglo XXI, 1969; y P. González Casanova, *La democracia en México*, México, ERA, 1965.
- VISQUERRA, Enrique. *El Derecho a la Seguridad Social*, Revista Seguridad Social, Núm. 172, julio-septiembre, México, 1990.
- WARMAN, Arturo. *Ensayos sobre el campesinado en México*, Nueva Imagen, México, 1980.