T
367

85230

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Casa abierta al tiempo

SALUD Y SUJETO SOCIAL
Una experiencia de capacitación de promotores de salud comunitaria en la Sierra Alta de Hidalgo.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN DESARROLLO RURAL

PRESENTA:

JOSEFINA MATESANZ IBAÑEZ

Directores:
GISELA LANDAZURI BENITEZ
LUCIANO CONCHEIRO BORQUEZ

MÉXICO, D.F. **SEPTIEMBRE, 1996**

ÍNDICE

ÍNDICE II
INTRODUCCIÓN VI

Capítulo 1
PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN SALUD ALTERNATIVA

Introducción 2

1.1. CÓMO SURGE LA PROPUESTA 3

1.2. SALUD Y DESARROLLO RURAL: FUNDAMENTOS DE UNA PROPUESTA ALTERNATIVA 4

1.3. PROPUESTA ALTERNATIVA DE SALUD COMUNITARIA 16

1.4. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD 19

1.5. PROYECTO DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA 21

. METODOLOGÍA EDUCATIVA PARA LA FORMACIÓN DE LOS PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA 22
. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES POR SUS CAUSAS SOCIALES Y PROPUESTA MODULAR 28

1.6. DESARROLLO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA 32

. SENSIBILIZACIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO 32
. SELECCIÓN DE PROMOTORES 34
. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN 36
. DESARROLLO DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN 40
. ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO 48
. ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE PROMOCIÓN EN LAS COMUNIDADES 51

1.7. ORGANIZACIÓN DE LOS PROMOTORES 51

1.8. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN 54

Capítulo 2

LA SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO: DIVERSOS ACTORES, DIVERSAS VISIONES

Introducción 65

2.1. COMPLEJO SALUD-ENFERMEDAD EN LOS PUEBLOS SERRANOS: UNA VISIÓN INDÍGENA DE LA SALUD 66

. *MEDICOS TRADICIONALES 69*
. *LAS ENFERMEDADES Y SUS CAUSAS 76*
. *DIAGNÓSTICO: LA CAUSA DICTA LA CURA 82*
. *MÉTODOS DE CURACIÓN 83*
. *ENFERMEDAD Y RELIGIÓN EN LA SIERRA DE HIDALGO 87*

2.2. LA REALIDAD DE SALUD DESDE OTRO DE LOS ACTORES: LA VISIÓN OFICIAL 96

. LA PRÁCTICA MÉDICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS RURALES Y EN LOS CENTROS DE SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO 96
. LOS INDICADORES OFICIALES: REFLEJO DE POLÍTICAS DE SALUD 100
. POLÍTICAS DE SALUD 109
. LA PROPUESTA DEL BANCO MUNDIAL 111

2.3. HEGEMONÍA Y SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO 112

. HEGEMONÍA, CULTURA Y SALUD 119

Capítulo 3

SALUD, SUJETO SOCIAL Y PODER EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

Introducción 126

3.1. ACTORES SOCIALES EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO 127

. CACIQUES Y GANADEROS, DUEÑOS DE LOS RECURSOS ECONOMICOS Y DEL PODER 128
. CAMPESINOS SERRANOS, EXPLOTADOS Y SOMETIDOS POR EL CAPITAL 130
. HEGEMONÍA Y CONTROL DEL PARTIDO OFICIAL 135
. IGLESIA CATÓLICA: AMBIGÜEDAD Y COMPROMISO 137

3.2. MICROFÍSICA DEL PODER Y SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO 138

3.3. MACROFÍSICA DEL PODER: PODER Y ESTADO MEXICANO 141

3.4. EL PODER CONSTITUYENTE 145

Capítulo 4

GESTANDO EL FUTURO

Introducción 165

4.1. DESDE LAS MONTAÑAS DE LA SIERRA ALTA 166

ANEXO 179

BIBLIOGRAFÍA 187

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En 1992, mientras cursaba los estudios de la Maestría en Desarrollo Rural, ejercía un servicio como médica en la Sierra Alta de Hidalgo, con sede en Molango. El contacto con las Comunidades Eclesiales de Base que se estaban gestando en la zona, me permitió detectar las inquietudes de algunos campesinos más conscientes en relación a su problemática de salud y el deseo de organizarse para dar una respuesta eficaz que mejorara sus condiciones de vida.

Los esfuerzos en este sentido nos llevaron a formular primero y llevar adelante más tarde un proyecto de capacitación de promotores de salud comunitaria, en el que se involucraron quince comunidades serranas.

A medida que avanzó el desarrollo del proyecto fuimos descubriendo las potencialidades que tenía, no sólo para ofrecer servicios en el campo de la curación y la prevención de las enfermedades, sino también en la toma de conciencia y la organización de las comunidades campesinas, las cuales generaban cambios en las relaciones de poder, de mucho tiempo atrás capitalizado por los caciques regionales y el partido en el gobierno. El proceso iniciado cuestionaba no sólo a esos *micropoderes* regionales, sino también a la visión hegemónica de salud, y despertaba y canalizaba la energía profunda contenida en muchos años de resistencia campesina, bebiendo del pozo de su cultura milenaria.

El presente estudio intenta analizar esta experiencia.

En un primer momento, partiendo de una concepción integral de desarrollo rural, sistematizo la propuesta de capacitación como se formuló y se llevó a la práctica, sus logros más evidentes y también sus límites.

El contacto con los promotores de salud y las comunidades campesinas, tratando de oir su voz, me permitió conocer algunos elementos

de su concepción y práctica médicas, los cuales describo, confrontándolos con la propuesta hegemónica y las políticas neoliberales de salud recientes, enriqueciéndose por esta vía, a su vez, la propuesta misma de capacitación con elementos culturales y religiosos, los cuales no se habían contemplado suficientemente.

En el análisis de los diferentes actores sociales en la Sierra y sus relaciones de poder, descubro la potencialidad del trabajo en salud para modificarlas, fortaleciendo de este modo a los campesinos como *sujeto,* que sumados a otros en el contexto actual de la nación, cuestionan el proyecto neoliberal vigente y sus políticas de salud.

Reconociendo la importancia de los sujetos regionales, de los micropoderes reales, en la conformación de un nuevo proyecto nacional que sea plural y totalizante, me sumo al imaginario social de los serranos, para soñar y fecundar transformaciones que modifiquen su situaciónm de excluídos de la modernidad y planteen "nuevas modernidades", en diferentes niveles y ámbitos, específicamente en el campo de la salud.

CAPÍTULO 1

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN SALUD ALTERNATIVA

INTRODUCCIÓN

Los grupos de Comunidades Eclesiales de Base de la zona pastoral Sierra Centro, en la Sierra Alta de Hidalgo, generan en 1992, un proyecto de capacitación de promotores de salud comunitaria, como un intento de enfrentar, colectivamente, sus severas condiciones de vida.

A partir de una concepción del desarrollo rural integral, en este capítulo analizo la propuesta de capacitación de promotores de salud que se implementó en comunidades de la Sierra: su surgimiento, fundamentos, planificación, objetivos, metodología educativa, desarrollo y evaluación.

PROPUESTA DE CAPACITACIÓN EN SALUD ALTERNATIVA

1.1. CÓMO SURGE LA PROPUESTA

En 1991, en la zona Sierra Centro de la diócesis de Huejutla, Hgo.[1] -a la que pertenecen los municipios de Molango, Lolotla y Xochicoatlán- se lleva a cabo un proceso de formación de Comunidades Eclesiales de Base (CEB's).

Estas comunidades consisten en pequeños grupos de fieles que se congregan en torno a la Palabra de Dios, para analizar sus problemas cotidianos e ir transformándolos. Las reuniones se dan en los templos de diversas comunidades y en ocasiones en casas particulares donde, a partir de la reflexión del evangelio, analizan los problemas del barrio o de sus localidades, contextualizándolos en la problemática del país. Estos grupos nacieron pequeños, con pocos recursos, con poca preparación, con poco ruido, "(...) *con un ojo en el evangelio y otro en la realidad, en la escucha de la Palabra de Dios, en la búsqueda de solución a los desafíos de la vida.*"[2]

> "*El descubrimiento de la Palabra de Dios es el acontecimiento más fuerte en toda la vida de las CEB's. Es una experiencia fundamental, generadora de mucha luz y comprensión, de mucha fuerza y consolación, de mucha acción y alegría. Es la gran riqueza del nuevo pueblo de Dios.*"[3]

---

[1] Dentro de la estructura interna de la Iglesia católica, hay divisiones eclesiásticas territoriales y jurídicas por *diócesis*, a cargo de obispos, que se encargan de dirigir a sus fieles a través de acciones y líneas pastorales. Se ayudan para ello de sacerdotes al frente de *parroquias* -los párrocos- y un determinado número de parroquias conforman los *decanatos* o zonas pastorales, cuyos responsables se unen periódicamente para ir analizando, programando y evaluando las líneas pastorales que se dan a nivel diocesano.

[2] FERNÁNDEZ, Luis. *"Cómo se hace una comunidad eclesial de base"*, CAM, México, 1989, p.18

[3] *Ibid*, p.17

A partir de esas reuniones se fue generando un compromiso de anunciar la Buena Noticia de Jesús, denunciar lo que impide que se realice esa Buena Noticia -los abusos, injusticias-, y dar testimonio a los demás de que se cree en esa Noticia, con acciones concretas de solidaridad y colaboración en la solución de problemas comunes.

En la práctica de las CEB's en general, hay algunos aspectos que se se generan, a medida que se avanza en su proceso. El anuncio de la Palabra, pasa de ser algo en manos de los sacerdotes y la jerarquía, a ser de los sencillos, del pueblo. Los pobres recuperan la palabra, su palabra, crean símbolos y ritos propios, acumulan conciencia crítica, pudiéndose decir que reinventan a la Iglesia desde la base; y la Iglesia de los pobres comienza a anunciar la vida desde la pobreza, de modo que "*los pobres nos evangelizan*".

Las CEB's no solamente anuncian el evangelio, sino denuncian proféticamente lo que niega fundamentalmente al Reino de Dios. La existencia de la pobreza, es una muestra de que Dios no reina, de que la sociedad está configurada por dioses falsos: el poder del gran capital de las sociedades neoliberales. También denuncian explícitamente a los grupos y personas directamente responsables de la injusticia reinante.

Los grupos de CEB's van siendo una experiencia de fraternidad, en la que las gentes de las comunidades se conocen y se reconocen, salen del anonimato y se da la oportunidad de que se ponga en común la fuerza del trabajo de sus miembros en obras e iniciativas comunitarias. Al irse dando una organización de sus miembros y circular los roles de coordinación y animación, se da así mismo testimonio de un poder en función de la comunidad y no de una persona con un rol jerárquico.

Las CEB's son también comunidades orantes que dan testimonio por medio de la oración de su fe y esperanza en una realidad conforme al Reino de Dios que instauró Jesucristo -reino de justicia, de igualdad, de paz y amor-. Esta oración no es alienante: "(...) *Sus problemas, necesidades, luchas, triunfos y derrotas son la fuente de donde brota una oración viva y nueva donde se refleja una comunidad que espera en Dios.*"[4]

---

[4] SOTA, Eduardo. *"Espiritualidad de la Iglesia de los pobres"* en *Espiritualidad de la liberación*, Serie *Iglesia y Religión*, Núm. 34, CAM, México, 1987, p.72

Las CEB's pretenden la transformación estructural de la sociedad a través de una praxis liberadora.

> *"(El movimiento de CEB's...) es el signo de la fuerza del Espíritu que renueva la faz de la tierra, que pone pan donde hay hambre, que siembra justicia donde hay abuso, explotación y dominio, que busca la paz en un mundo de violencia, en resumen: 'que busca poner vida ahí en donde hay muerte', de tal forma que se vaya haciendo realidad el contenido de la Palabra, que no es otra cosa que la construcción de una sociedad en donde Dios reina."*[5]

En la búsqueda de una transformación de la sociedad, las CEB´s también pretenden trabajar desde el ámbito de lo político, analizando y discutiendo las mediaciones y acciones necesarias y viables en su trabajo de construcción de una sociedad conforme al Reino de Dios.

> *"Por otra parte, para los cristianos de comunidades populares la vivencia y el desarrollo del seguimiento de Jesús se da en la dinámica histórica del movimiento popular. Este es el contexto vital en el que se asume la práctica del Señor, pues la práctica del movimiento popular que busca instaurar un mundo de fraternidad* ***se vive como experiencia espiritual.***"[6]

El desarrollo de las CEB's se ha dado a partir de la teología de la liberación,[7] por la que la iglesia católica en Latinoamérica reflexiona en sí misma y plantea que su misión fundamental, la que le da sentido

---

[5] *Idem*

[6] *Ibid*, p.74

[7] "(...) la teología de la liberación nos propone, tal vez, no tanto un nuevo tema para la reflexión, cuanto una *nueva manera* de hacer teología. La teología como reflexión crítica de la praxis histórica es así una teología liberadora, una teología de la transformación liberadora de la historia de la humanidad y, por ende, también, de la porción de ella -reunida en *ecclesia*- que confiesa abiertamente a Cristo. Una teología que no se limita a pensar en el mundo, sino que busca situarse como un momento del proceso a través del cual el mundo es transformado: abriéndose -en la protesta ante la la dignidad humana pisoteada, en la lucha contra el despojo de la inmensa mayoría de los hombres, en el amor que libera, en la construcción de una nueva sociedad, justa y fraternal- al don del Reino de Dios." GUTIÉRREZ, Gustavo. *"Teología de la Liberación. Perspectivas"*, Ed.Sigueme, Salamanca, 1973, p.40

y razón de ser, es decir la evangelización, debe hacerse conforme a la práctica que realizó Jesús "*desde y con los pobres*".[8]

> *"Esto implica que la condición para evangelizar es ponerse al lado del pobre. El que no se hace pobre no evangeliza. Cristo opta por el pobre. Su evangelización comienza con un llamado a la conversión que se concreta en el pobre, y anuncia un Reino para los pobres, un Dios que prefiere a los pobres."*[9]

Las Ceb's han ido conformando una nueva forma de ser Iglesia en Latinoamérica: "(...) *los hasta ahora 'ausentes' de la historia se están haciendo presentes en ella. Los pobres pasan al centro de la sociedad (...) y lo hacen provocando temores y hostilidad entre los opresores, y levantando la esperanza entre los desheredados...*"[10] Este modo de vivir la fe ha estado presente en los pueblos de América Latina: En Brasil han llegado a ser aproximadamente 80,000 comunidades y han sufrido fuerte represión; en Nicaragua florecieron con el triunfo de la Revolución sandinista y persisten, no sin serias dificultades hasta el momento actual; en El Salvador y en Guatemala han sido famosas y han dado abundantes mártires a la Iglesia de los pobres -entre ellos el obispo Oscar Arnulfo Romero-, hermanos que han llevado su fe y amor a Cristo y a los pobres hasta entregar su propia vida, encarcelados, perseguidos, torturados y asesinados...

Algunas de estas tendencias que se han venido dando en América Latina, se fueron haciendo realidad, a partir de 1990, en el caminar de las comunidades de base a que he hecho referencia. Fruto de la

---

[8] Leonardo Boff, uno de los más conocidos exponentes de la teología de la liberación -junto con Gustavo Gutiérez, a quien se le considera el padre de la misma- en entrevista del periódico La Jornada (31/03/96), manifiesta:
"La gran teología de final de siglo, en dos tercios de la humanidad, será precisamente, dijo, la de la liberación, porque es la que plantea las grandes cuestiones de la vida, de los medios para vivirla dignamente, no sólo para unos cuantos privilegiados, sino para todos: *La teología seguirá viva y estando presente no porque nosotros lo digamos, sino porque seguirá habiendo pobres que se resisten a aceptar el veredicto de muerte dictado por el orden del capital."*

[9] CUSSANOVICH, A. *"Espiritualidad Cristiana y Liberadora"*, Revista Christus Núm. 531, México, 1980, p.14

[10] GUTIÉRREZ, Gustavo. *"La Fuerza Histórica de los Pobres"*, CEP, Lima, 1980, p.133

reflexión de los grupos de CEB's en la Sierra Alta de Hidalgo, fue el deseo de dar una respuesta organizada a la problemática de salud de la región. La salud es una señal de vida del pueblo; la enfermedad, signo de muerte. Las primeras acciones que iban desarrollando los grupos de CEB's de cara a la salud eran muy sencillas: visitar a los enfermos, campañas de aseo comunitario, recolección de basura, etc.; pero al ir analizando las causas estructurales de la enfermedad, la gente fue percatándose que hacía falta ir a las raíces, las cuales tenían que ver con la forma como está constituída la sociedad, con la desigualdad y la pobreza, con sus condiciones de vida fruto de la injusticia. También se fue analizando la posibilidad de que el mismo pueblo, las comunidades, pudieran asumir acciones liberadoras y responsables que pudieran mejorar su situación.

El equipo zonal de pastoral, conformado por sacerdotes, hermanas religiosas y representantes de grupos de CEB's, recogió esta inquietud y la incluyó en sus planes pastorales y para ello se determinó elaborar una propuesta de medicina alternativa, en la que los campesinos fueran protagonistas y con ello pudieran mejorar sus condiciones de vida. El equipo de hermanas religiosas se abocó a elaborar una propuesta.

Una propuesta así debía enmarcarse en una visión de desarrollo, ya que se veía claro desde el inicio que no se trataba de suplir al gobierno con acciones asitencialistas, tan propias de los grupos religiosos, sino apoyar una práctica de salud que surgiera del pueblo y para el pueblo, es decir, fortaleciera el sujeto del desarrollo rural.

1.2. SALUD Y DESARROLLO RURAL: FUNDAMENTOS DE UNA PROPUESTA ALTERNATIVA

La salud está íntimamente ligada al desarrollo. Tradicionalmente constituye uno de sus indicadores fundamentales y las alternativas que pueden plantearse en cuanto a la salud, se derivarán necesariamente del concepto de desarrollo que esté en la base.

Las teorías y estrategias que el primer mundo propone a los países en vías de desarrollo privilegian lo económico por encima de otros aspectos. El desarrollo, según el estilo internacional ascendente es *"(...) un proceso de transformación de la sociedad caracterizado por*

una expansión de su capacidad productiva, la elevación de los promedios de productividad por trabajador y de ingresos por persona, cambios en la estructura de clases y grupos y en la organización social, transformaciones culturales y de valores, y cambios en las estructuras políticas y de poder, todo lo cual conduce a una elevación de los niveles medios de vida."[11] El desarrollo equivale al "crecimiento" y se vincula al progreso; se mide en términos de Producto Interno Bruto, de Ingresos Salariales, Ingreso per Cápita, etc. con criterios economicistas y finalmente estos parámetros, junto con el intercambio internacional, indican el grado en que las economías subdesarrolladas -la periferia- siguen el modelo del sistema capitalista mundial -el centro- y se integran a su mercado.[12]

La *modernidad*, que está en la base de estas propuestas de desarrollo, se nos ofrece como un proyecto homogeneizante, occidentalizante, que no toma en cuenta las especificidades. El desarrollo se considera en esta visión como un paso de civilizaciones agrarias a otras industriales, con avances en la ciencia y en la tecnología y la elevación del nivel de vida; se ve en una dimensión evolucionista y el estado de subdesarrollo se define en términos de las diferencias que se pueden observar entre los países pobres y los ricos. El desarrollo, en esta perspectiva, implicaría superar las brechas por medio de un proceso imitativo por el cual los países menos desarrollados asumirían las cualidades de las naciones industrializadas. El paradigma de la modernización sirvió como ideología del desarrollo, racionalizando con ello el colonialismo cultural.

Esta visión fue en la década de los setentas cuestionada por la CEPAL -Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina-, desarrollando la *teoría de la dependencia*, que explicaba de qué manera las naciones *centrales* obtenían beneficios del comercio mientras que las *periféricas* sufrían sus efectos. Sin embargo, las estrategias de desarrollo de la CEPAL -industrialización mediante sustitución de importaciones, planificación e intervención estatales e integración regional-, fracasó rotundamente. Por otra parte, la

---

[11] SUNKEL, Osvaldo. "Interacción entre los Estilos de Desarrollo y el Medio Ambiente en América Latina". Trim. Eco. pág. 10

[12] Ver MARC, Nerfin. "Hacia Otro Desarrollo: Enfoques y Estrategias", Siglo XXI Editores, México, 1977, pág. 15

teoría de la *interdependencia global* intentó explicar la creciente complejidad de las relaciones internacionales más allá del paradigma centro-periferia, interpretando también las contradicciones sociedad-naturaleza que se dan en los modos de producción predominantes en América Latina y en la aplicación de los adelantos científicos y tecnológicos en beneficio de unos pocos y en perjuicio de la mayoría.[13] Esta corriente analiza también la emergencia de una nueva comunidad transnacional, con valores e ideas similares y modelos semejantes de comportamiento y la desintegración de las sociedades económicas nativas y la concentración de la propiedad y del ingreso, lo que provoca la emergencia de contraprocesos que afirman los valores nacionales, con lo que aparece el aspecto cultural en los análisis.

Desde la prespectiva económica, la modernidad se ha presentado a los pueblos latinoamericanos, a partir de los ochenta, en la versión del libre mercado neoliberal. El fracaso del modelo de sustitución de importaciones llevó a los Estados nacionales a incursionar en el monetarismo, dejando como secuela *"(...)el aterrador problema de la deuda y los elevados niveles de pobreza, desigualdad y desempleo"*.[14] En América Latina, a pesar de que las estrategias de desarrollo han generado mayor productividad y aumento en la producción -en base a la especialización en el trabajo, a cambios tecnológicos y utilización de energía-, no han logrado elevar los niveles de vida de las mayorías -40% permanecen en línea de pobreza y 20% en indigencia- y sí han provocado daños ecológicos irreparables y grados muy altos de contaminación, los cuales se revierten en contra del pretendido *"desarrollo"*.[15]

Estos modelos hegemónicos de desarrollo han influído profundamente en la atención a la salud. El predominio de los criterios de productividad y rendimiento[16] han permeado las políticas de salud sin

---

[13] Cfr SUNKEL, Osvaldo. *op.cit.*, p.56

[14] KAY, Cristóbal. "*Estudios del Desarrollo y Teorías Latinoamericanas*" *en Revista Mexicana de Sociología,* Año 55, Núm.3, Julio-Septiembre, Ed. IIF-UNAM, México, 1993, p.27

[15] Cfr. SUNKEL, Osvaldo. *op.cit.*, p.35

[16] "Dentro de las funciones económicas, destacan el funcionamiento y reproducción de la fuerza de trabajo, como una condición necesaria para la reproducción misma del capital. De esta manera, al mejorar las condiciones de salud del trabajador se

que se vaya a fondo en las causas estructurales de la enfermedad.[17] Las prácticas curativas cada vez más tienen que ver con la reproducción de la industria de salud, fortalecida por el aumento del consumo de equipo y de fármacos. La atención médica sigue las tendencias de la especialización y encarecimiento de la medicina y se concentra en los estratos con mayor capacidad de pago por el aumento creciente del costo de la atención de salud. Los servicios públicos de salud no han podido mejorar su atención a los estratos pobres, hay una tendencia a la privatización médica y las empresas farmacéuticas encarecedoras promueven incluso sus productos prohibidos en otros países.

En general, los médicos y paramédicos alópatas -como se infiere del análisis que haremos posteriormente de la zona en estudio-, comparten esta visión hegemónica y consideran al campesino un *atrasado* que necesita mejorar sus condiciones de vida (vivienda, educación, salud, alimentación, ingreso, empleo) en base a criterios principalmente productivos o educacionales y apoyan propuestas que no toman en cuenta ni el contexto -local, regional-, ni el proceso histórico que ha vivido el campesino. Tampoco conocen ni valoran la cultura propia de los grupos con quienes trabajan y desconocen también los recursos propios y las capacidades con que cuentan. Implementan proyectos de servicio o de capacitación sin tomar en cuenta a los campesinos como sujeto social, dueños de un proceso y de su historia. Lógicamente esos proyectos fracasan, con la excusa final de que el pueblo es "ignorante y pasivo".

---

posibilita la obtención de un máximo de productos en menor tiempo de trabajo; por lo tanto, la producción de mercancías a un costo más reducido. Esto se manifiesta en que la práctica médica va a ser eminentemente curativa para reintegrar lo más rápidamente al enfermo al trabajo, y en que la atención se dirija fundamentalmente a la población económicamente productiva." GARCÍA, HERNÁN. "Introducción a la Discusión en Torno a la Salud y la Enfermedad". En revista CHRISTUS, Núm.566, México, Junio 1983, p.17

[17] "La práctica médica dominante es una práctica que funciona a partir de enfermos. Una de sus funciones sociales es la de encargarse del control de ciertos riesgos de salud, que por su carácter principalmente infeccioso y epidémico, tienen que ser combatidos a nivel global. Se previenen sólo a través de medidas de vacunación y educación, que pueden mejorar superficialmente las condiciones de vida y por consiguiente tratar de disminuir las enfermedades sin incurrir en riesgos para el desarrollo del sistema; no actúa sobre las causas estructurales del proceso salud-enfermedad." *Idem.*

El modelo neoliberal que cobra fuerza en nuestro país, al quitar la rectoría al Estado y promover la privatización de los servicios, deja a las mayorías en una situación desprotegida en el campo de la salud, como veremos posteriormente al analizar las políticas del Banco Mundial.

El análisis de los modelos de desarrollo nos llevó a algunos miembros del equipo de pastoral a la conclusión, desde la perspectiva de los marginados, de que no es posible seguir concibiendo un modelo único de desarrollo. Vemos urgente orientar el estilo de desarrollo de nuestros pueblos hacia la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población y hacia un desarrollo sostenido a largo plazo, un *desarrollo integral*, con amplia participación de la población a todos los niveles. Un desarrollo así debería poder distribuir equitativamente los frutos del mismo.[18]

Desde una perspectiva cultural, la modernidad no puede seguir presentándose contrapuesta a tradición -se debería hablar más bien de "cultura y desarrollo", ya que no puede haber desarrollo sin cultura-. Para nuestros pueblos y específicamente para los serranos de Hidalgo un modelo homogeneizante, conllevaría la muerte de la propia identidad, de valores, formas de producción... Bonfil Batalla nos refería que el proyecto modernizador está al margen y en ocasiones en contra de la cultura mesoamericana, incapaz de incorporar los recursos propios y las potencialidades culturales. [19]

Más que plantear el arribo a la "modernidad" deberíamos luchar por el amanecer de las "modernidades". El concepto mismo de modernidad está en crisis y hay un serio cuestionamiento de los valores relacionados con la civilización occidental y la acumulación capitalista. Esto supone rescatar una nueva racionalidad -la "racionalidad liberadora"- para arribar a una modernidad que tome en cuenta los valores culturales. La racionalidad "instrumental" no se aviene al

---

[18] "*No más ricos y pobres, no más naciones ricas y naciones pobres*, es el lema que indica que el objetivo no es el hombre en abstracto, sino los desheredados de la tierra, los pobres, los de abajo." CARDOSO HERNANDO, Henrique. "*Hacia otro desarrollo: Enfoques y Estrategias*", Siglo XXI, México, p.35

[19] Ver BONFIL BATALLA, Guillermo. *"Pensar Nuestra Cultura"*, Alianza Editorial, México, 1991, p.89-170

sustrato cultural de nuestros pueblos, a nuestros orígenes indígenas, al trasfondo profundo de civilización mesoamericana que se percibe en nuestra vida cotidiana.

Quijano propone para los pueblos latinoamericanos una racionalidad alternativa basada en el realismo mágico: la irrupción de los dominados. Ello conllevaría nuevas prácticas sociales fundadas en la reciprocidad, en la solidaridad colectiva; nos conduciría a plantear un nuevo proyecto de nación en el que asumiéramos la diversidad cultural: por un lado la reciprocidad y solidaridad del sustrato indígena y por otro la aceptación de aquellos valores de la modernidad -racionalidad, liberación social, libertad individual y social, demoracia- que lo fortalecieran de acuerdo a nuestra idiosincracia. Razón más liberación.[20]

> *"A esta racionalidad económica es preciso oponer otra racionalidad cuyo eje axiológico no sea ni la acumulación indiscriminada, ni el mejoramiento de indicadores económicos convencionales que poco dicen del bienestar de los pueblos, ni una eficiencia divorciada de la satisfacción de las necesidades humanas. Esta otra racionalidad se orienta por el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y se sustenta en el respeto de la diversidad y en la renuncia a convertir a las personas en instrumento de otras personas y a los países en instrumentos de otros países".*[21]

Al introducir la dimensión civilizatoria y la reivindicación del pluralismo cultural, el desarrollo se convierte en una propuesta de autonomía, es decir, la *"(...) posibilidad de que se valoren, se utilicen y desarrollen los recursos y las capacidades culturales que existen en el conjunto social y que pueden conformar alternativas diversas para dar respuesta a los mismos problemas."*[22]

---

[20] QUIJANO, Aníbal. "Modernidad, Identidad y Utopía en América Latina", en la revista *Imágenes desconocidas, "La Modernidad en la Encrucijada Postmoderna"*, México, 1992, p.17-23

[21] MAX-NEEF, Manfred et Al. *"Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el Futuro"*, Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld, Suecia, 1986, p.63

[22] BONFIL BATALLA, Guillermo. *op.cit.*, p.104

Dentro de la corriente de OTRO DESARROLLO[23], de la de DESARROLLO A ESCALA HUMANA, y otras semejantes, se plantean estrategias para un desarrollo que sea total, no sólo económico, con la participación activa y organizada de la sociedad rural para la satisfacción de las necesidades básicas, en la que los beneficiarios son sujetos y participan en un proceso dinámico de transformación de las estructuras, con tecnologías adecuadas a la naturaleza y apropiadas a los grupos correspondientes. Este desarrollo es endógeno -nace de cada sociedad- y es autodependiente -depende de las propias fuerzas y recursos-.

El *Desarrollo a Escala Humana* busca una profundización democrática contribuyendo a revertir el rol semipaternalista del Estado en un rol estimulador de soluciones creativas que emanen desde abajo hacia arriba y resulten, por lo tanto, más congruentes con las aspiraciones reales de las personas. *"(...) Se trata no de contener la diversidad, sino de respetarla y estimularla; consolidar prácticas y mecanismos que comuniquen, socialicen y rescaten las diversas identidades colectivas que conforman el cuerpo social. Esto se puede lograr rescatando la dimensión "molecular" de lo social (micro-organizaciones, espacios locales, relaciones a Escala Humana)."*[24]

En esta opción de Desarrollo, el mejor proceso será el que permita elevar más la calidad de vida de las personas y esta calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. Estas son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades, es decir, los *satisfactores* de esas necesidades -*"(...) no sólo bienes económicos, sino formas de organización, estructuras políti-*

---

[23] El proyecto Dag Hammarskjöld de 1975 sobre Desarrollo y Cooperación Internacional y su publicación *"Diálogo para el Desarrollo"* del Instituto Vienés para el Desarrollo, 1975, plantea que no habría desarrollo genuino y un nuevo orden internacional si no se resuelven las preguntas: ¿qué desarrollo, por quién, para quién, cómo?. Otro desarrollo sería: Orientado según las necesidades, endógeno (que surja del corazón de cada sociedad), autosuficiente (basado en la propia fuerza y recursos), ecológicamente solvente y basado en transformaciones estructurales.

[24] *Ibid*, p.18

cas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores, normas, espacios, contextos, comportamientos y actitudes".[25]

La medicina hegemónica vendría siendo, dentro de esta perspectiva, un *pseudosatisfactor* de la necesidad de protección, ya que estimula una falsa sensación de satisfacción de una necesidad de protección; sin embargo la medicina *descalza* -comunitaria, popular-, en la que participan los grupos sociales, se percibe como un satisfactor sinérgico, ya que además de satisfacer la necesidad de protección, estimula la satisfacción de subsistencia, entendimiento y participación. Estos procesos sinérgicos se impulsan mediante la generación de *autodependencia* a través del protagonismo real de los grupos sociales en los distintos espacios y ámbitos en que pueden impulsarse procesos de desarrollo. "(...) *La autodependencia estimula la identidad propia, la capacidad creativa, la autoconfianza y la demanda de mayores espacios de libertad."* [26] Se combinan el plano personal y social, de manera que lo social no anula lo individual, por el contrario, lo potencia. Esta autodependencia fortalece la conciencia crítica y la participación de múltiples actores sociales, lo que genera demandas en busca de cambios, los que deberán vincularse y armonizarse dentro de una globalidad orgánica.

Las políticas alternativas que se generan estimulan la constitución de sujetos sociales que puedan sostener un desarrollo autónomo, autosustentado y armónico en sus diferentes ámbitos. No se trata de homogeneizar e instrumentalizar a los diversos sectores y actores sociales, en nombre de la eficiencia y la acumulación.

Una opción por este tipo de desarrollo requiere estimular el protagonismo de los sujetos "(...) *para que hagan de la autodependencia su propia opción de desenvolvimiento y tengan la capacidad de irradiarla a otros sectores de la sociedad".* Lo significativo de este desarrollo es que *"(...) no se orienta de arriba a abajo, sino que nace de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que pasan de ser "objetos" de desarrollo a ser sujetos protagónicos."*[27] También es importante que las metas del desarrollo se den en el proceso mismo del desarrollo,

---

[25] *Ibid*, p.36
[26] *Ibid*, p.60
[27] *Ibid*, p.52

que las necesidades humanas fundamentales se vayan realizando durante todo el proceso de desarrollo.

En los últimos años, a partir del Concilio Vaticano II y de las Conferencias Latinoamericanas de Obispos en Medellín, Puebla y Santo Domingo, los católicos han hablado de "*desarrollo integral*", el cual integra las caracerísticas que se han descrito, pero añade la dimensión religiosa al análisis, no sólo como un satisfactor de las necesidades fundamentales de los pueblos, sino también como una fuerza importante en la construcción del sujeto social en los procesos históricos.

Esta visión alternativa de desarrollo -*Otro Desarrollo, Desarrollo a Escala Humana, Desarrollo Integral*- tiene repercusiones profundas en los procesos que los sujetos sociales desarrollan en la lucha por la salud. Cuando la inciativa parte del sujeto social, la cultura toma un carácter importante. La utopía plantea una racionalidad alternativa: la irrupción de los dominados. Se valora la sabiduría médica tradicional, empírica, los conocimientos y habilidades artesanales, las formas de organización familiar y comunal, ritmos de vida, modos de producción, etc. Se introduce en los proyectos la autonomía: posibilidades de que se valoren, se utilicen y desarrollen los recursos y capacidades médicas tradicionales que existen en el conjunto social y que pueden conformar alternativas de salud diversas para dar respuesta a los mismos problemas.

En la propuesta de salud que nos ocupa, la práctica de salud, coyunturalmente, se vió por el equipo de pastoral como un espacio a nivel regional que podría generar un proceso autogestivo, democrático, que diera fuerza y poder a las comunidades campesinas y planteara alternativas de salud diferentes a las oficiales e institucionales y fortaleciera la cultura popular como arma significativa para transformar la realidad. De ser *objetos* de políticas de salud dirigidas por el Estado -es decir, *producto de la realidad*- pasaran a ser *producentes de la realidad*, con una voluntad colectiva y de poder, para construir nuevas realidades en salud, con una direccionalidad consciente.

La salud, en esta perspectiva, se contemplaba como un factor de conformación del sujeto social -en la práctica de la salud, en la lucha

social, en la organización en torno a la salud-, y generara un poder alternativo en la región, como se analizará posteriormente.

El Proyecto de Salud de la Sierra Alta de Hidalgo intentaría, en esta línea, apoyar una práctica de salud que surja del pueblo y para el pueblo y sea una alternativa con trascendencia socio histórica, que actúe eficazmente en la solución de los problemas cotidianos de salud, resolviendo las necesidades, pero también que pudiera incidir en los grandes problemas, modificando las políticas de salud. Se pretendía que las comunidades campesinas, mediante sus organizaciones propias, participaran *decidiendo el cómo, el cuándo y el para qué de las acciones de salud.* Es decir, que pudieran *"(...)participar realmente en el análisis y solución de los problemas de salud y enfermedad que les atañen."*[28]

En síntesis, conformar un sujeto alternativo, para la construcción de un proyecto alternativo.

1.3. PROPUESTA ALTERNATIVA DE SALUD COMUNITARIA

Con la visión del desarrollo rural que pretendíamos alcanzar y la reflexión del marco teórico que hemos descrito, retomamos más concretamente la construcción de una propuesta de salud alternativa, que tuviera las siguientes características generales -las cuales describiré sistemáticamente, tal y como las hemos elaborado, para que puedan ser utilizables para otras experiencias-:

. Integralidad y Totalidad
La salud se contempla no como una actividad aislada, sino inserta en la vida del pueblo con toda su riqueza, en los campos económico, político, ideológico, religioso-simbólico, cultural... Debererría tomarse en cuenta que las acciones en salud incidirían en estos aspectos y a su vez la integralidad de los procesos comunitarios determinarían las características de la propuesta de salud.

---

[28] ULATE J., Jeannette y DE KEIJZER, Beno. "Sistemas de Salud y Participación Popular. Los casos de Nicaragüa y México", en la revista *"Nueva Antropología"*, Vol. VII, No. 28, México, Octubre 1985, p.174

. Comunalidad

Aunque las acciones personales y familiares son importantes en la lucha por la salud, pretendíamos privilegiar aquellas prácticas comunitarias, de organización comunal, que fueran encaminadas a la prevención y a problematizar y resolver las causas profundas económico-sociales del origen de las enfermedades, a través de procesos colectivos.

. Respeto y fortalecimiento de la diversidad cultural

No queríamos partir del modelo hegemónico de salud, sino fortalecer los aspectos culturales de la salud de cada pueblo, como fuerza para plantear propuestas diferentes de desarrollo a partir de lo propio, de los espacios micro. Valorar la sabiduría de la medicina tradicional en toda su riqueza, venciendo prejuicios históricos, ideológicos y religiosos. Dinamizar lo cultural permitiría cuestionar la modernidad concebida como un bloque homogéneo, dominante.

. Para la liberación

En la propuesta de salud los participantes tomarían conciencia de que las condiciones de vida y de trabajo, el modo en que los individuos se insertan en la producción, la pertenencia a una clase social, la forma en que está estructurada la sociedad en lo económico, político e ideológico, todo ello determina en forma importante las condiciones de salud de un pueblo; se concebiría a la salud, ya no como un hecho individual y biológico, sino como algo colectivo y social. Entender así a la salud fortalecería la conciencia y organización del pueblo, su construcción como sujeto histórico, para la transformación social.

. Fortalecimiento del sujeto histórico

A partir de la comprensión de que la historia se construye y del papel que en esa construcción juegan las comunidades campesinas conscientes, el pueblo generaría, también a partir de la lucha por la salud, acciones de transformación con una dirección consciente.

. Elevación de la calidad de vida

No pretendíamos solamente resolver problemas curativos sino propiciar, con acciones más amplias, lo que produjera mejores niveles de vida. Que se redujeran efectivamente, a partir de la atención primaria en salud, los índices de mortalidad general, infantil y materna, los niveles de desnutrición y que se ampliara la esperanza

de vida. Aunque no fuera directa ni exclusivamente a través de los servicios y acciones de salud, de una manera más amplia se pretendía mejorar las oportunidades y beneficios del trabajo, que se incrementara el número de escuelas y los niveles de educación, mejorar la vivienda y la alimentación; todo esto a partir de los mecanismos propios de reproducción social de los grupos y comunidades campesinas y de la lucha por los derechos ciudadanos que a todos los mexicanos nos corresponden.

. Compromiso político

Dadas las condiciones de caciquismo regional y de prevalencia del partido oficial, la propuesta de salud planteaba incidir en las relaciones de poder a nivel regional, aunque fuera de una forma pequeña o incipiente, incluso simbólica, de modo que generara un cambio en la correlación de fuerzas políticas. La lucha por la salud ayuda a consolidar la organización del pueblo donde ya existe o la promueve donde apenas se está gestando.

. Armonía con la naturaleza

Con respeto a la "*madre tierra*"[29], en tanto que la salud se deriva de la relación recíproca entre sociedad y naturaleza, pretendíamos recobrar y fortalecer la adopción de sistemas productivos que armonizaran con los ciclos ecológicos, fomentando la biodiversidad en los microambientes.

. Organización para la salud

Los problemas de salud no pueden llegar a superarse desde una perspectiva individual. En contra de lo que se maneja por la ideología dominante, los problemas de salud son colectivos y es la organización popular, en este caso de campesinos, la que debería luchar por sus propios intereses.

. Participación democrática

Pretendíamos que los conocimientos tradicionales y médicos no quedaran en manos de unos cuantos que aprovecharan el poder que de ellos se genera, sino que estos se socializaran a favor del "*empoderamiento*" de la comunidad. Así mismo, el dialogar y

[29] Dentro de la concepción indígena se considera a la tierra como algo sagrado, que nos da la vida.

problematizar las situaciones relativas a la salud comunitaria permitiría colectivizar las acciones para resolverlas, con un ejercicio verdadero de toma de decisiones colectivas.

1.4. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD

En la perspectiva del marco general que presenté anteriormente, el equipo zonal de pastoral de la Sierra de Hidalgo vió la conveniencia de capacitar promotores de salud comunitaria, que respondieran a la problemática de salud y de organización, en poblaciones marginadas.

Teníamos conocimiento de la metodología y temarios con que CENAMI -Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas-, con apoyo del grupo CEIS -Colectivo de Educación e Información de Salud-, había venido formando grupos de promotores de salud desde 1985. Esta metodología había sido fruto del análisis y experiencias con promotores de salud de una generación de médicos y educadores que sistematizaron y compartieron sus experiencias a través de diversas publicaciones.[30]

A partir de esa experiencia se propuso un proceso de formación de promotores de salud comunitaria en cuyo recorrido pretendíamos alcanzar:

. Conciencia social
Que los promotores de salud comunitaria se liberaran de las estructuras mentales y de interpretación de la realidad impuestas por el modelo hegemónico y comprendieran mejor la relación de la sociedad con ellos mismos, con su familia y su clase social *"(...) clarificando la razón de sus problemas y cuestionando la manera como se dan esas relaciones en nuestra sociedad, descubriendo que se pueden cambiar, valorando alternativas de solución".*[31]

---

[30] Quizá la que mejor recoge la metodología es la publicación de GARCÍA RAMÍREZ, Hernán. *"Salud, conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud"*, CRT y Fomento, México, 1990.
[31] *Ibid*, p.59

. Sentido crítico

La salud, al estar relacionada con las condiciones de vida y de trabajo, permitiría analizar más claramente las causas sociales de las enfermedades, no solo las biológicas o físicas inmediatas, y cuestionar de fondo la explotación capitalista, en su versión neoliberal actual y cómo esto se refleja en la Sierra de Hidalgo.

. Capacitación técnica

Los promotores de salud comunitaria deberían alcanzar conocimientos y habilidades técnicas que generalmente han estado en manos de médicos y paramédicos en lo relacionado con[32] :

- el conocimiento y manejo de las enfermedades más comunes en la zona;
- la integración de signos y síntomas a partir del interrogatorio y la exploración, para establecer diagnósticos adecuados;
- la capacidad para manejar ciertas habilidades de tipo manual: atención de heridas y quemaduras, traslado y manejo de accidentados, masajes, toma de temperatura, pulso, presión, etc.;
- el manejo terapéutico de las plantas comunes y de uso frecuente de su región, fruto de un trabajo de recuperación y sistematización a través de la investigación participativa;
- el conocimiento y manejo adecuado de un cuadro básico de medicamentos alópatas para tratar las enfermedades más comunes, conociendo sus riesgos y efectos colaterales;
  la elaboración de preparados de plantas medicinales - jabones, pomadas, tinturas, microdosis-;
- el manejo de técnicas de somatometría para la valoración del grado de desnutrición en los niños;
- la aplicación de acciones para mejorar la nutrición a partir de alimentos de la región;
- el conocimiento y manejo de técnicas de saneamiento ambiental;
- la comprensión teórica y práctica de elementos de metodología educativa para la multiplicación y socialización de conocimientos.

---

[32] *Ibid,* pp.68-69.

. Trato humano al enfermo
Los promotores de salud, de origen campesino, están imbuídos de un gran sentido solidario de cara a las necesidades de los demás. Frente a la deshumanización de los servicios de salud de la medicina institucional y privada imperante -que incluso deja de atender a quienes no tienen posibilidad de pago-, la promoción de un trato sencillo y fraterno por parte de los promotores, como un paradigma frente al modelo médico hegemónico.

. Participación activa y solidaria
Todo lo anterior no tendría repercusión en la vida de las comunidades campesinas de la Sierra, si los promotores no participaran en acciones de organización comunitaria encaminadas a resolver no sólo los efectos, sino algunas de las causas que favorecen la aparición de enfermedades en la región. La sensibilidad frente a las problemáticas individuales, familiares y comunitarias debe acompañar el proceso de formación de los promotores de salud, favoreciéndose los trabajos colectivos por encima de los intereses individuales y de competencia -tan propios del sistema dominante- en la búsqueda de la solución de los problemas.

En base a estos criterios que fundamentaban algunos elementos de una propuesta alternativa para el trabajo comunitario en salud, se elaboró un proyecto de capacitación de promotores de salud comunitaria.

1.5. PROYECTO DE CAPACITACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA

El OBJETIVO GENERAL del proyecto, tal como se formuló en su inicio, consistía en:

Iniciar un proceso de medicina liberadora en la región, a través de la capacitación y acompañamiento de promotores de salud comunitaria, que respondan a las necesidades de su pueblo y generen y/o apoyen el caminar organizado de la comunidad.

Los OBJETIVOS ESPECÍFICOS que se propusieron fueron los siguientes:

- Dar una cobertura de atención primaria de salud a comunidades alejadas de los centros oficiales.
- Capacitar promotores de salud comunitaria que puedan diagnosticar y curar las enfermedades comunes en la región, con recursos de medicina alternativa y canalizar adecuadamente los enfermos que lo requieran.
- Constituir un equipo zonal de promotores de salud comunitaria.
- Acompañar el caminar de los promotores con visitas a las comunidades y asesorías.
- Promover en las comunidades, por medio de los promotores, un análisis de la realidad de los problemas de salud, que lleve a una toma de conciencia de la estructura social y a la necesidad de acciones transformadoras.
- Lograr la participación organizada de las comunidades en la solución de los problemas de salud.
- Promover la construcción e implementación de casas de salud comunitaria.

El proyecto de capacitación incluiría a 30 promotores de salud comunitaria, pertenecientes a 15 comunidades de la Sierra Alta de Hidalgo de 4 municipios -Lolotla, Molango, Tianguistengo y Xochicoatlán- y estaría asesorado por un grupo de instructores capacitados por CENAMI, al frente del cual estaría una médica.

De acuerdo a los objetivos que pretendíamos, necesitábamos adoptar en el programa de capacitación una metodología educativa, que fortaleciera al sujeto social, su participación y conciencia crítica, la cual describiré a continuación.

Metodología educativa para la formación de promotores de salud comunitaria

Tanto el modelo médico hegemónico como las propuestas de salud alternativas, plantean la capacitación de agentes para la salud comunitaria, aunque con finalidades distintas.

En el caso de *las **instituciones oficiales*** de salud es sabido el esfuerzo que se ha dado en los últimos años para ampliar la atención primaria en salud a través de promotores, asistentes rurales, capacitación de

parteras... El objetivo principal es ampliar la cobertura en salud de una forma barata y sencilla, ya que de esta manera los costos recaen sobre las mismas comunidades y de ninguna manera se pretende cuestionar el modelo médico vigente ni que el pueblo tenga el control de algunos procesos de los programas de salud. Por el contrario, lo que se pretende es justificar ideológicamente el modelo médico actual.

Las actividades y decisiones siguen estando en manos del personal de las instituciones, que son representativas de la medicina dominante.

El enfoque de la capacitación es verticalista, autoritario o en todo caso paternalista, quedando claro que es el médico el que posee los conocimientos y el promotor es un ignorante que necesita aprender. Es asimismo técnico y acrítico. Cuando el promotor intenta transmitir los conocimientos en su comunidad, reproduce automáticamente lo que ha aprendido.

En general, los contenidos que se ofrecen en las capacitaciones son informativos, sobre aspectos relacionados con la higiene y hábitos para una "*vida sana*", que no guardan relación directa con la realidad y necesidades de los destinatarios. Se insiste en los aspectos *curativos* -con dificultades manejan algún esquema restringido de medicamentos-, y en la causalidad biológica de las enfermedades. Los aspectos preventivos no van dirigidos a las causas sociales sino a aspectos médico-sanitarios, vacunación, medidas higiénicas, detección oportuna de enfermedades infecto-contagiosas y degenerativas-. Por lo general, no se integra la medicina tradicional.

Aunque se han incrementado los métodos audiovisuales en la enseñanza y se dialoga con los grupos, éstos solamente tienen oportunidad de confirmar lo que escuchan, sin poder confrontarlo, ni participar activamente en el proceso enseñanza-aprendizaje.

El papel fundamental de este tipo de educación es *"(...) ocultar las raíces sociales de los problemas, justificar la sociedad de clases y reproducir la ideología dominante."*[33]

---

[33] *Ibid*, p.41

En ***el proyecto de capacitación de promotores de salud comunitaria***, por el contrario, se pretendía que la educación respondiera a las necesidades de los campesinos serranos, se generara con su apoyo una concencia más crítica frente a la realidad social y se fortalecieran las organizaciones comunitarias y regionales a favor de la salud. Los métodos y contenidos del proceso educativo deberían desarrollar las potencialidades de los promotores de salud para la constitución de sujetos de un proceso colectivo de transformación social. El objetivo político quedaba claro para quienes iniciábamos ese proceso. No se buscaba solamente un cambio de conductas, sino que éstas surgieran de una conciencia crítica, como instrumento transformador para un proyecto alternativo de vida para los campesinos.

La metodología popular tenía por *objetivo* que los promotores facilitaran la participación de las comunidades en la detección de sus necesidades y problemas y en la formulación de alternativas para solucionarlos, todo ello en un proceso en que teoría y praxis se dieran de manera vinculada. *"(...) La educación en la salud de la comunidad es apropiada en tanto ayuda a los sectores empobrecidos -campesinos, obreros, amas de casa, etc.- a ganar más control sobre la salud y su vida."*[34] Para este fin, los promotores de salud no solamente debían curar, educar y prevenir, sino favorecer procesos de organización comunitaria a favor de la salud y en aspectos más amplios, para un cambio social a favor de la justicia y la igualdad.

Para alcanzar estos objetivos elegimos la *metodología de la educación popular*, no sólo porque nos dirigíamos a campesinos, sino porque responde a las necesidades del pueblo y va generando una conciencia más crítica de cara a la realidad social.[35] La educación popular se concibe como *"(...) el proceso continuo y sistemático que implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica del grupo o de la organización; es la confrontación de la práctica sistematizada, con elementos de interpretación e información que permitan llevar*

---

[34] WERNER, David Y BOWER, Bill. *"Aprendiendo a Promover la Salud"*, Centro de Estudios Educativos, México, 1985, p.6

[35] "La educación popular cumple con ciertas características esenciales, tanto en sus métodos de enseñanza, como en sus contenidos, que facilitan desarrollar ciertas capacidades en las clases populares para que puedan llegar a ser sujetos de un proceso colectivo de transformación social." GARCÍA RAMÍREZ, Hernán. *Op.cit.*, p.46

dicha práctica consciente, a nuevos niveles de comprensión. Es la teoría "a partir" de la práctica y no la teoría "sobre" la práctica."[36]

El *punto de partida* lo constituía la combinación de un triple diagnóstico: *"(...) por un lado, el reconocimiento sistemático de la realidad objetiva, contextual, en la que el grupo u organización vive, actúa y/ o realiza su acción"*[37]; analizar las acciones que realiza para transformar esa realidad, dentro del sistema imperante; y, por último, la interpretación que el mismo grupo le está dando a esa misma realidad y la intención que tiene frente a ella -según la conciencia ingenua o crítica que posea-. Esto se logra mejor a partir de un autodiagnóstico de la misma organización.[38]

Según la *concepción* de la educación popular los promotores de salud son sujetos, por lo que los asesores podíamos inspirar, aconsejar, enseñar, pero las decisiones importantes y las cotidianas debían quedar en sus manos, estableciéndose relaciones igualitarias, de modo que tanto los promotores como los asesores aprendiéramos. La voz de todos los compañeros promotores debía ser importante. Los capacitadores seríamos *"facilitadores"*[39] que ayudaran a todos a buscar las respuestas juntos.[40] Un indicador de esta relación debería ser que los promotores pudieran señalar los errores y limitaciones a los educadores y que los propios promotores fueran creciendo en independencia. *"(...) Si respetamos las ideas de*

---

[36] NÚÑEZ H., Carlos. *"Educar para Transformar, Transformar para Educar"* IMDEC, México, 1992, 9a ed., p. 55

[37] *Ibid,* p.60

[38] "Este triple diagnóstico es a nuestro juicio, el acercamiento adecuado al presupuesto dialéctico que se formula como *partir de la práctica* o *partir de la realidad* o más simplemente práctica-teoría-práctica." *Idem.*

[39] "Coordinar es *saber* preguntar, saber *qué* preguntar y saber *cuándo* hay que preguntar." *Ibid,* p.104

[40] "Educador-educando y educando-educador, en el proceso educativo liberador, son ambos sujetos cognoscentes, frente a objetos cognoscibles, que los mediatizan. Se puede decir, y no han sido pocas las veces que lo hemos escuchado: *¿Cómo es posible poner al educador y al educando a un mismo nivel de búsqueda de conocimiento, si el primero ya sabe?* (...) La tarea del educador, entonces, es la de problematizar a los educandos, el contenido que los mediatiza, y no, la de disertar sobre él, darlo, extenderlo, entregarlo, como si se tratase de algo ya hecho, elaborado, acabado, terminado. (...) El educador, al problematizar, *re-admira* el objeto problemático a través de la *admiración* de los educandos", FREIRE, Paulo. *"¿Extensión o Comunicación? La Concientización en el Medio Rural"*, Siglo XXI, Uruguay, 1988, decimosexta edición, pp.90-94

nuestros alumnos, y los animamos a cuestionar nuestra autoridad y a pensar por sí mismos, entonces ellos adquirirán actitudes y habilidades útiles para ayudar a la gente a satisfacer sus necesidades más grandes".[41]

El *método de enseñanza* se daría fundamentalmente a través del diálogo horizontal, de la discusión de grupo, basándonos en la experiencia de la gente para curarse y resolver sus problemas. Todos aprenderíamos y todos intentaríamos socializar con otros lo aprendido, confrontándolo con la práctica diaria. Incluso el estudio crítico de los métodos de enseñanza deberían de formar parte del entrenamiento de los promotores.

Los *contenidos* de los programas, aunque fueran elaborados por el equipo de capacitadores, deberían estar determinados por las necesidades que expresaran las comunidades y los mismos promotores.[42] Se pretendía privilegiar lo preventivo frente a lo curativo, enfatizando la relación estrecha de lo social con la salud y la enfermedad. Esta concepción profundiza los problemas sociales que se tienen en las comunidades, estableciendo que las condiciones de vida y de trabajo son causas y determinantes de la enfermedad y de la salud y así mismo la situación de salud tiene repercusiones en la vida social. Para ello, la clasificación biologicista de las enfermedades -según los aparatos y sistemas o su origen físico o biológico- que prevalece en el modelo de medicina dominante no ayuda, por lo que adoptamos una clasificación acorde con el análisis social que se pretendía desde la capacitación de los promotores, la cual explicaré posteriormente.

Como parte de la *metodología educativa* veíamos importante que los compañeros promotores reforzaran habilidades y conocimientos por medio de la práctica y la experimentación, basándonos en situaciones reales, realizando ejercicios continuos y simulaciones, favoreciendo así la creatividad y la capacidad de resolución de problemas. Trataríamos de adaptar nuestra enseñanza a las maneras tradicio-

---

[41] WERNER, David. *op.cit.*, p.8

[42] "El contenido del quehacer educativo nace de los campesinos mismos, de sus relaciones con el mundo, y se va transformando, ampliando, en la medida en que este mundo se les va desvelando" FREIRE, Paulo. *op.cit.*, p.102

nales de aprender de la gente, a las que está acostumbrada y que le gustan. Por ello, incluiríamos en las actividades educativas cuentos, canciones, sociodramas, juegos. Además de aprender disfrutarían del proceso educativo.[43]

Tomaríamos en cuenta el *lenguaje popular*, entendiendo que la cultura campesina de la Sierra de Hidalgo utiliza formas de expresión propias que van desde la música, el canto, la danza, el color, el ritmo, símbolos, mitos, leyendas, cuentos... y que este lenguaje es concreto -no ávido de las abstracciones propias de nuestro lenguaje occidental- y a la vez es simbólico, profundo, libre en la expresión. No quiere decir esto que sea carente de conceptos, sino que los expresa en las formas descritas.

La elaboración de *materiales educativos* sencillos y prácticos también ayudan.[44] En el proceso de capacitación pensábamos ir incluyendo algunas técnicas educativas que los compañeros pudieran después aplicar en sus propias comunidades.[45]

Un aspecto importante de la propuesta consistía en el análisis de las causas sociales de las enfermedades, por lo que analizamos una propuesta diferente de clasificación de las enfermedades.

---

[43] Un ejemplo de *aprender haciendo* sería no sólo darles la receta de los preparados de plantas medicinales, sino preparalos junto con ellos y si se puede en la cocina de alguna vecina, utilizando leña y el mismo tipo de trastes a los que están acostumbrados... Si se trata de ver la inmovilización en caso de fracturas, no basta, por ejemplo explicarles cómo hacerlo, sino que ellos utilicen artículos comunes (madera, papel, cartón, pallacates, etc) y lo practiquen con sus compañeros.

[44] El estupendo libro de David Werner y Bill Bower, "Aprendiendo a Promover la Salud, ya citado anteriormente, da múltiples ejemplos en esta línea.

[45] "Si nos parece conveniente que los promotores usen cuentos cuando enseñan a las madres de la comunidad, entonces nosotros también debemos usar cuentos para ayudar a los promotores a prender. Si consideramos adecuado que ayuden a los niños a aprender a través de obras de títeres, juegos y descubrir cosas por sí mismos, debemos dejarlos experimentar la emoción de aprender de estas maneras. Si los promotores han de ayudar a los campesinos a discutir problemas y a escoger su propio proceder, entonces debemos darles a los promotores experiencias parecidas durante su entrenamiento. Los promotores podrán ayudar mejor a *aprender haciendo* a los demás si ellos mismos aprenden haciendo." WERNER, David y BOWER, Bill. *op.cit.*, p.8

Clasificación de las enfermedades por sus causas sociales y propuesta modular

Para la formación de los promotores no quisimos emplear la clasificación de las enfermedades según aparatos y sistemas o de acuerdo a su origen biológico, sino quisimos incluir una clasificación que relacionara las enfermedades con sus causas sociales[46] y sirviera como puente para el análisis social y la prevención, a partir de prácticas que surgieran de la organización comunitaria.

> *"Se clasifica a las enfermedades en causas aparentes y causas básicas. Algunas causas aparentes son, a manera de ejemplo: el exceso de trabajo, la falta de alimentación adecuada, la falta de servicios sanitarios y agua potable, la falta de vivienda y ropa adecuada, etc. A través del análisis de las mismas, se ve que estas causas son producto de las condiciones de vida y trabajo del pueblo, las que a su vez tienen que ver con la explotación que caracteriza a la sociedad actual. La explotación constituiría una de las causas básicas o profundas de las enfermedades que se manejan en esta clasificación."*[47]

De las causas básicas son varias las que se manejan en esta clasificación y van desde la explotación, la educación deformada, hasta la opresión política. En los talleres, nosotros incluímos exclusivamente las de la explotación, tanto en el trabajo como en las condiciones de vida, por ser el grupo de enfermedades más comunes, como se verá en el diagnóstico participativo que se realizó.

Las causas básicas tienen causas aparentes. En los talleres decidimos analizar, de acuerdo a los resultados de la investigación participativa y al conocimiento experimental de la realidad social de la región, los grupos de enfermedades correspondientes a las siguientes causas aparentes:

---

[46] Ver SANGINÉS, Agustín. *"Práctica Médica Indígena e Indigenista"*, Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1979; también del mismo autor *"Medicina Liberadora. Teoría, Método y Práctica"*, Praxis, México, 1989.

[47] GARCÍA RAMÍREZ, Hernán. *op.cit.*, p.94

1. Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada.
Dada la pobreza de los campesinos de la Sierra, muchas de sus viviendas no están suficientemente condicionadas para el frío de esta zona templada, por lo que no hay una adecuada protección contra los cambios climáticos y la baja de defensas del organismo facilitan la aparición de enfermedades infecciosas del aparto respiratorio. A esto se suma la falta de ropa adecuada.

Incluso antes de realizar el diagnóstico, consideramos que era el mejor módulo para iniciar los talleres, tanto por su frecuencia, como por ser en invierno cuando comenzarían los talleres, lo cual permitiría a los promotores una inmediata oportunidad de socializar y aplicar lo aprendido.

2. Enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios.
En los municipios de Lolotla, Molango, Tianguistengo y Xochicoatlán hay una fuerte carencia de agua potable. La falta de abastecimiento de agua potable y de una adecuada eliminación de excretas y aguas negras, favorecen la contaminación por excrementos y la aparición de enfermedades diarreicas, parasitosis, amibiasis, gastroenteritis infecciosas... En este taller convenía insistir en la importancia de las medidas preventivas y las acciones comunitarias para la solución de este problema.

3. Enfermedades por exceso de trabajo.
El desgaste que sufre el trabajador en el campo es muy grande y provoca enfermedades de tipo reumático, contracturas musculares, várices, envejecimiento prematuro... Pero también los riesgos físicos y químicos en el trabajo, provocan un sin número de accidentes y enfermedades, siendo las más frecuentes los esguinces y fracturas, las quemaduras, heridas, intoxicaciones... Estos grupos de enfermedades permiten reflexionar sobre el trabajo y sus condiciones, los medios de producción, la explotación en el sistema neoliberal capitalista, los derechos del trabajador y la relación entre el trabajo y la salud... El taller debería motivar a modificar las condiciones de trabajo en los procesos productivos a partir de una apropiación de los medios de producción, especialmente de la tierra, a partir de la organización campesina.

4. Enfermedades por falta de alimentación adecuada y suficiente.
Los campesinos de la Sierra, debido a sus bajos ingresos, no tienen acceso a alimentos nutritivos, que suelen ser los más caros en el mercado. La pérdida de la biodiversidad por la ganaderización en la zona está provocando desnutrición, avitaminosis, anemia, afectando la fuerza física para el trabajo en los adultos y, en los niños, la reducción de sus capacidades intelectuales. El rescate de la biodiversidad y la autosuficiencia alimentaria se imponen para mejorar las condiciones de alimentación de los campesinos para su reproducción social. La lucha por la salud no tendrá resultados si no parte de acciones comunitarias que garanticen la producción, el abasto y el consumo de alimentos nutritivos. El análisis de los temas de este módulo motivaría a la organización comunitaria para la solución de estas problemáticas.

5. Enfermedades producidas por la explotación de la mujer.
La situación de la mujer en la Sierra de Hidalgo es reflejo de la explotación que sufre, dadas las condiciones de injusticia, agravadas por las medidas neoliberales. Muchas mujeres sostienen económicamente a sus familias, ya que los hombres emigran a las ciudades, algunas veces dejan de mandar dinero y en algunos casos las abandonan. Esta situación acrecienta la mortalidad materna y la esperanza de vida de las mujeres, que se suma a la escasez de servicios de salud, por lo que no existe un adecuado control del embarazo y atención de partos.

Este módulo, pretende ayudar a reconocer el machismo existente y a fortalecer la autoestima y el reconocimiento de los derechos reproductivos. Las prácticas de control natal que se realizan en las comunidades de la Sierra obligan a reflexionar sobre el tema y a dar a conocer los beneficios y riesgos de los diferentes métodos de planificación familiar.

A la par de la clasificación de las enfermedades, utilizamos la *estructura modular*; de forma que los contenidos se han estructurado y ordenado de acuerdo a la clasificación de las enfermedades según sus causas sociales y según objetos de transformación -vivienda, agua potable, trabajo, etc.-, a partir de los cuales se va desarrollando la actitud crítica, una reflexión teórica, que vuelve a la praxis. Los módulos actúan a partir de temas generadores que conducen a situaciones educativas.

La *estructura de los módulos* incluiría aspectos sociales, biológicos, curativos, educativos y de organización.

En cada módulo se integraron ***aspectos sociales*** que suponen: toma de conciencia de la propia realidad de salud, análisis de algunos aspectos relacionados con el tema -tanto a nivel nacional como internacional- y alternativas de solución a la problemática planteada, principalmente en la línea preventiva y de organización. Cada módulo incluye también **aspectos *fisiológicos, de diagnóstico y terapéuticos***, adapatados al nivel de escolaridad y cultura propia de los campesinos. En el aspecto terapéutico se integra la herbolaria, partiendo de los conocimientos tradicionales que ya se poseen e introduciendo preparados de las mismas plantas medicinales (jabones, pomadas, jarabes, tinturas, etc.)

Se intenta también a través de los módulos despertar el interés educativo, con miras a *prevenir* las enfermedades comunitariamente, por lo que se introducen ***aspectos educativos*** que reproducen y recrean los conocimientos, socializándolos. En lo educativo se pretende también estudiar métodos distintos o alternativos de enseñanza. Analizar la propuesta de enseñanza a partir de lo que se va viviendo en los cursos: ver que *"(...) la manera en que enseñan puede destruir o elevar la confianza de la gente en sí misma y la fuerza de la comunidad."*[48] Para ello se debe experimentar, analizar y comparar métodos educativos, examinar críticamente los sistemas educativos en las escuelas de la región y *"(...) cómo afecta las vidas, economía, la posición social y la salud de los pobres... buscar maneras por las cuales ellos* (los promotores) *puedan empezar a cambiar las estructuras sociales injustas o inapropiadas, especialmente el sistema educativo."*[49] Revisar la posibilidad de multiplicar algunos temas en las propias comunidades con las familias, grupos de madres, escolares, en las asambleas comunitarias, intercambiando ideas e información con parteras, hueseros, médicos tradicionales.

Otros aspectos que se toman en cuenta son de ***organización***, encaminados no sólo a dinamizar los cursos y las relaciones de apoyo entre los promotores, sino también a promover la organización comunitaria en torno a la salud.

---

[48] *Ibid*, p.14
[49] *Idem*

1.6. DESARROLLO DEL PROYECTO DE FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA

En este apartado expongo descriptivamente el desarrollo de la capacitación y sus resultados, de acuerdo a los objetivos programados.

SENSIBILIZACIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO

Se requería que las comunidades participaran en el proceso de diagnóstico-programación-evaluación del proyecto de salud, ya que la propuesta de trabajar a favor de la salud había surgido de las bases; sin embargo, en ese primer momento los asesores planificaron de antemano algunos aspectos importantes sobre *por qué, cuándo, dónde, con quién y para quién,* debía tener lugar el entrenamiento y también se consideraron los *recursos* y las *necesidades.*

En base a lo anterior, se determinó apoyar en el proyecto la formación de 30 promotores de salud de 15 comunidades campesinas de los municipios de Lolotla, Molango, Tianguistengo y Xochicoatlán, de la Sierra Alta de Hidalgo, con una población beneficiada aproximadamente de 4,000 habitantes. La selección de las comunidades se dió tomando en cuenta la lejanía de las comunidades de los centros de salud oficiales, las posibilidades de asesoría a las mismas, el interés y el grado de organización manifestados en los trabajos previos que se hubieran realizado de diversa índole -religiosos, productivos, etc.-.

Se eligió una asesora médico para impulsar el proyecto quien con algunos agentes de pastoral visitaron 15 comunidades, en las que se hicieron asambleas comunitarias, explicando la propuesta de capacitación de promotores de salud comunitaria; en ellas, se analizaron los principales problemas de salud de las comunidades, la respuesta insuficiente que las instituciones gubernamentales estaban dando en el campo de la salud y a continuación se plantearon alternativas, incluída la de tener promotores de salud en las comunidades.

Se realizaron las asambleas, para darles a conocer el proyecto, con todos los vecinos faeneros de cada comunidad visitada. En algunos casos llovía y no se reunía la mayoría y había que volver en otra ocasión. Insistíamos con los delegados municipales -que están al

frente de la asamblea comunitaria- que invitaran también a las mujeres, y en ocasiones lo logramos, enriqueciéndose las asambleas con su participación, aunque no tanto con sus opiniones, ya que por la poca costumbre de estar presentes en las reuniones del pueblo no dan fácilmente su palabra. En salones atestados de hombres y mujeres, analizamos el avance del cólera, los vecinos comentaban su pobreza y la falta de servicios médicos... Frente a la propuesta de capacitación de promotores de salud las comunidades manifestaron en todos los casos interés y pedían que volviéramos para la elección de los promotores de salud.

De las 15 comunidades aceptaron el proyecto 14:

MUNICIPIO	LOCALIDADES
· **Molango**	San Antonio Tlazintla Molango
· **Lolotla**	Mazahuacán
· **Xochicoatlán**	Cuatencalco Michumitla Culhuacán Mecapala Zapocuatlán Texcaco
· **Tianguistengo**	Texacal Conchintlán San Miguel Tlahuiltepa

Los asesores se comprometieron a dar capacitación básica a promotores de salud comunitaria durante 10 cursos-talleres y darles asesoría y acompañamiento en su trabajo hasta el término de su capacitación. Las comunidades, incluídas las autoridades civiles, se comprometieron a su vez a dar apoyo a los promotores de salud, facilitándoles la asistencia a los talleres y colaborando en el trabajo de salud a través de acciones comunitarias. Se firmaron en asam-

blea las actas correspondientes a la elección de promotores y a los compromisos que se contraían de cara a la capacitación de los mismos. En algunos casos las autoridades se comprometieron a tomar la asistencia a los talleres como faena comunitaria -tequio- y así lo hicieron constar en las actas.

SELECCIÓN DE PROMOTORES

La elección de candidatos se dejó en manos de las Asambleas de Vecinos de las diferentes comunidades. De esta manera se favorecería que los promotores fueran bien aceptados por la comunidad. También los vecinos, al nombrar a sus promotores podrían exigirles el cumplimiento de sus obligaciones y ejercerían un control sobre ellos y, los promotores así designados, sentirían que su responsabilidad principal era con la comunidad que los había elegido.

En esas asambleas, los asesores ayudaron a que se tomaran en cuenta algunos criterios importantes:

- que los promotores fueran personas -hombres o mujeres- con residencia permanente en la comunidad,
- de preferencia casados,
- que supieran leer y escribir -aunque en algunos casos este criterio no fuera indispensable- y sobre todo, que fueran
- personas probadas en su carácter de servidores de la comunidad.

Se trató de evitar que se impusieran personas ligadas a grupos caciquiles o de poder o que escogieran a los mejor preparados académicamente, los que suelen tener mayores posibilidades económicas y muchas veces están distanciados de la población más necesitada. Fue diferente la experiencia en cada localidad. En algunas, nombraban a los que habían terminado la secundaria, en otras a los que no tenían un cargo o responsabilidad por el momento y hubo dos comunidades que asignaron como promotor al mismo asistente rural del IMSS, "para aprovechar que ya sabe algo".

Aunque la experiencia ha mostrado que para personas sencillas y con poca preparación es difícil al inicio de su trabajo la aceptación por parte de sus comunidades de origen, más adelante estos promotores pueden hacer más para aumentar la autosuficiencia y la confianza de la gente en sí misma.

"Las cualidades personales de un promotor (su compromiso con la gente y sus necesidades) son mucho más importantes que su edad, sexo, experiencia, educación y hasta su lugar de origen. Es preciso que el promotor se identifique con los pobres y que tenga un fuerte sentido de la honradez y la justicia social. Hasta cierto punto, estas actitudes se pueden aumentar y desarrollar durante el entrenamiento. Pero las semillas ya tienen que estar ahí. Es mucho más fácil fortalecer las actitudes de las personas que cambiarlas".[50]

Se nombraron dos promotores de salud por comunidad -aunque en algunas se eligieron tres-, haciendo un total de 27 promotores, con las siguientes características:

sexo	***edad***	***estado civil***	***escolaridad***
. 5 mujeres .22varones	.16 promotores entre 18 y 30 años . 3 promotores entre 31 y 40 años . 7 promotores entre 41 y 50 años . 1 promotora de más de 50 años	. 16 solteros . 21 casados . 1 viuda	. 8 sin terminar la primaria . 13 con primaria . 6 con secundaria

Una vez comprometidas las comunidades, los promotores de salud y los asesores, se procedió a dar algunos pasos para planificar el trabajo de capacitación.

---

[60] WERNER, David y BOWEN Bill. *op.cit.*, p.42

PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

El programa de entrenamiento debía ser apropiado, es decir, adaptado a las necesidades de la región, a las costumbres y habilidades de la gente; por ello era importante que las comunidades, a través de asambleas, reconocieran sus necesidades de salud, las expresaran y decidieran a cuáles era más importante darles respuesta. Previamente a la elección de los promotores se hizo ese análisis con los campesinos[51], detectando los principales problemas de salud sentidos por las comunidades.

Se vió que:

- se enferman muy seguido, especialmente de "tos y diarrea";
- no tenían servicios médicos o eran muy lejanos;
- cuando acudían a los centros de salud o clínicas de SSA y el IMSS los médicos y enfermeras los trataban mal;
- en los centros de salud y clínicas había falta de medicamentos (curiosamente se vió que solamente no escasean los anticonceptivos orales);
- la presencia de cólera estaba amenazando la región;
- no contaban con servicios sanitarios (agua potable y letrinas).

Para dar pasos en la solución de esos problemas se analizó con los vecinos de cada comunidad, en asambleas, la necesidad de:

- tener promotores de salud propios;
- contar con medicamentos en la comunidad, como un fondo revolvente;
- luchar por tener servicios en las comunidades a través de programas del gobierno y acciones comunitarias, para prevenir las enfermedades.

Para definir los temas del programa de capacitación se llevó a cabo una investigación participativa realizada tanto por los promotores como por los asesores, para conocer la morbilidad de la región y de las comunidades que participarían en el proyecto.

---

[51] En las asambleas hubo buena participación de los vecinos varones: primero hablaban las autoridades dando sus opiniones y posteriormente los vecinos. No hacía falta llegar a votaciones, ya que las opiniones se consensaban, lo mismo que las decisiones.

Investigación participativa para un diagnóstico de salud

Para conocer la importancia relativa que les daban a los distintos problemas, en la primera reunión que se tuvo con los promotores se hizo un sondeo con ellos de las enfermedades y problemas de salud más comunes en sus comunidades. Fueron respondiendo *qué tan común, qué tan grave y qué tan importante*[52] a cada uno de los problemas enlistados. Este análisis se llevó a cabo de una manera más completa en otro de los talleres, con un ejercicio pedagógico apoyado con símbolos para determinar *"(...) qué tan común, qué tan grave, si son contagiosas, si son crónicas (...)"* o no las diferentes enfermedades enlistadas y valorar así el peso que se daría en los cursos al estudio de las mismas.

Para tener una visión más completa, se les repartió a los promotores un cuestionario para aplicarlo como encuesta, de modo que se pudiera detectar en todas las familias de su comunidad las enfermedades que habían padecido en el último mes.

Respondieron a la encuesta 10 comunidades que participaban en el proyecto, con un total de 3 600 habitantes y los resultados fueron los siguientes:

	CAUSA BASICA	CAUSA APARENTE	ENFERMEDAD	ENFERMOS	TOTAL
EXPLOTACION	TRABAJO	EXCESO DE TRABAJO	Envejecimiento prematuro	26 70 10 04	114
		ACCIDENTES Y RIESGOS DE TRABAJO	Heridas Fracturas Quemaduras Picaduras Intoxicaciones Piel irritada	17 08 07 03 08 19	172
	CONDICIONES DE VIDA	FALTA DE ALIMENTACION	Desnutrición Anemia Falta de vitaminas Raquitismo	50 05 18 —	73

[52] WERNER, David. *op.cit.*, p.64

CAUSA BASICA		CAUSA APARENTE	ENFERMEDAD	ENFERMOS	TOTAL
EXPLOTACION	CONDICIONES DE VIDA	FALTA DE AGUA POTABLE Y SERVICIOS SANITARIOS	Diarrea Hepatitis Parásitos Disentería por amibas Disentería bacteriana	57 — 92 25 —	174
		FALTA DE AGUA Y UTILES DE ASEO	Sarna Piojos Insectos Muelas picadas Mal de orín Flujo vaginal Impétigo Rozadura de pañal	09 22 01 86 07 03 — 16	144
		FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA	Gripe Asma Anginas Bronquitis Infección de oído Tuberculosis Pulmonía	261 003 045 027 036 005 007	384
CORRUPCION		FALTA DE VACUNAS	Rabia Polio Paperas Sarampión Tétanos Tosferina	— — 01 — — 01	02
		FALTA DE SERVICIOS PUBLICOS	Dengue Paludismo Venéreas Infección en ojos	— — — 15	15
EGOISMO		FALTA DE CONCIENCIA	Alcoholismo Drogas Nerviosismo Tabaco Violencia	39 — 17 — 22	78

La encuesta se realizó en el mes de enero de 1992, lo cual explica el aumento de enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada -del aparato respiratorio-. Aunque la mayor parte de las enfermeda-

des que contenía el cuestionario eran fáciles de diagnosticar, por ser de dominio común, algunas era difícil que pudieran identificarlas, como la hepatitis, raquitismo, venéreas... Otras, es dudoso que a los promotores les hubieran confiado haberlas tenido, como los flujos vaginales, por ejemplo. Y algunas enfermedades muy comunes, quizás no supieron identificarlas por el nombre con el que aparecían en el cuestionario, como el *impétigo*.

Sin embargo, la encuesta nos sirvió para el objetivo que pretendíamos: saber a qué temas debíamos darle importancia durante los talleres de capacitación. En base a esto decidimos estructurar los talleres en 5 módulos básicos. Se iniciarían los módulos con el taller de E*nfermedades por falta de vivienda y ropa adecuadas*, ya que se requería por la época invernal, y posteriormente se daría importancia a los módulos que se refieren a accidentes y riesgos de trabajo y enfermedades por falta de agua potable, ya que respondían mejor a la morbilidad que se detectó en la encuesta.

Los programas se elaboraron analizando las habilidades, conocimiento y práctica que los promotores necesitarían, para ayudar a sus comunidades en la solución de los problemas detectados.

Era importante también, sobre todo por parte de los asesores, conocer los *factores sociales* que enmarcarían el proyecto de capacitación: "(...) *las creencias, costumbres y hábitos que afectan la salud; estructuras familiares y sociales; formas tradicionales de curar y de resolver los problemas; maneras de relacionarse de la gente de la comunidad; formas de aprender; formas de control de (distribución de las tierras, poder y recursos)*".[53]

Algunos de estos datos se profundizaron en el desarrollo del proyecto y están contenidos en los capítulos 2o. y 3o.

Programas

El programa de capacitación se llevaría a cabo en base a los siguientes módulos:

1. Enfermedades producidas por falta de vivienda y ropa adecuada.

---

[53] *Ibid*, p.120

2. Enfermedades producidas por falta de agua y servicios sanitarios.
3. Enfermedades producidas por accidentes de trabajo y exceso del mismo.
4. Enfermedades producidas por falta de alimentación adecuada y suficiente.
5. Enfermedades producidas por la explotación de la mujer.

Se pensó en incluir este último módulo, como una oportunidad de analizar los problemas de salud reproductiva específicos de la mujer, desde una perpectiva de género, la cual se comenzaba a percibir como una necesidad en las reflexiones de las CEB's.

En el anexo se transcribe el programa general y el específico del primer módulo.

Los materiales de apoyo intentan fortalecer el aprendizaje y ofrecer instrumentos donde los promotores repasen, consulten, investiguen, al encontrarse solos en las comunidades. Todos contaron con el libro de David Werner *Donde no hay doctor* y con folletos de los contenidos de cada módulo. Algunas sugerencias para prácticas de salud en sus comunidades, complementaron sus materiales educativos.[54]

DESARROLLO DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN

La capacitación, que incluía los 5 módulos básicos planeados, se inció en noviembre de 1991 y terminó en enero de 1994. Los talleres duraban dos días y medio y cada módulo se desarrollaba en dos talleres. Se pensó hacerlo de esta manera, ya que los compañeros expusieron las dificultades familiares y de trabajo que tienen para poder disponer de períodos largos -de uno o dos meses- para capacitarse y también por la conveniencia de tener períodos cortos, de tres días de preparación, alternados con dos o tres meses en que pudieran poner en práctica lo estudiado. Los compañeros en los talleres fueron proponiendo las fechas posteriores de los talleres, de acuerdo a lo que les permitía el ciclo agrícola y las fechas de celebraciones tradicionales, civiles y religiosas de sus comunidades.

[54] Algunos promotores leen por las tardes los materiales de estudio y van complementando su formación en diferentes temas; otros refieren que llegan cansados y no tienen humor para hacerlo.

Los talleres se llevaron a cabo cada 10 semanas con una asistencia aproximada de entre 20 y 30 promotores. Veinte promotores, de 11 comunidades tuvieron una asistencia regular y 18 terminaron los 5 módulos.[55] Para salvar algunas inasistencias de promotores, se llevaron a cabo 2 talleres de regularización.

Inicialmente se realizaron los talleres alternándose entre Molango y Xochicoatlán -cabeceras municipales-, pues se pensaba en la funcionalidad de las instalaciones, facilidades para la alimentación y el traslado de los promotores; pero posteriormente se vió la ventaja de que fueran en sus propias comunidades, rotándolas, para que integraran la capacitación y la educación en su propio ambiente y también como una forma de apoyo a los promotores en sus propias comunidades. De esta manera también algunas actividades de los cursos pudieron ser compartidas por miembros de la comunidad y los vecinos conocieron "qué hacen los promotores cuando salen a otras partes a capacitarse"; los talleres se desarrollaron de puertas abiertas y los jóvenes[56],de las comunidades donde se llevaba a cabo el taller, se interesaban en lo que se estaba aprendiendo; cuando se trataba de conocer las plantas medicinales se invitaba a las mujeres, parteras, ancianas, a recolectar plantas y socializarlas con los demás; al preparar sociodramas o prácticas educativas algunas personas de la comunidad también participaban en su preparación.[57]

---

[55] Fueron diversas las causas por las que algunos promotores fueron dejando de asistir a los talleres: en el caso de algunas mujeres casadas, los maridos consideraron inconveniente que se ausentaran de las labores del hogar; dos jóvenes de la comunidad de San Antonio emigraron a la ciudad de México a trabajar; uno más enfermó con una enfermedad crónica mental y otros desistieron por desánimo, ya que sintieron que sus comunidades no los apoyaban suficientemente.

[56] Los jóvenes de las comunidades se interesaron especialmente en los temas de formación sexual del módulo de enfermedades producidas por la explotación de la mujer.

[57] Al final del taller se hacía una "*hora social*", que consistía en una fiesta preparada por los promotores en colaboración con personas del pueblo. Se daba una convivencia con alimentos variados que llevaban las vecinas -tamales, tacos, enchiladas, café atole, etc.-; había chistes, adivinanzas, anécdotas, dinámicas con temas de salud, títeres y sociodramas; y se terminaba con un animado baile amenizado por algún conjunto del pueblo que prestaba sus servicios voluntariamente, o con cassetes de música popular tocados en la mejor grabadora de la localidad.

Cada taller permitió avanzar en los diferentes aspectos contemplados en la capacitación.

1. Módulo de Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada: En el aspecto *social*, analizaron los factores sociales que intervienen en las enfermedades más frecuentes de las comunidades, descubriendo causas aparentes y profundas, así como las condiciones de una vivienda digna.

En el aspecto *clínico y terapéutico* se iniciaron en el interrogatorio y exploración para el diagnóstico de las enfermedades respiratorias y se introdujeron en el uso de medicamentos alópatas -especialmente de los analgésicos y los antibióticos-; socializaron conocimientos de plantas medicinales[58] e hicieron jarabes, pomadas, aceites y tónicos con ellas.

En el aspecto *educativo* analizaron las posibilidades y formas de multiplicación de los temas contenidos en el estudio de este módulo, principalmente en cuanto a detectar los signos de gravedad en las enfermedades respiratorias. También las posibilidades de realizar preparados de plantas medicinales con grupos de mujeres.

En el aspecto *organizativo* conformaron botiquines comunales de medicamentos con un fondo revolvente y la forma de llevar un control y contabilidad de los mismos.[59]

2. Módulo de enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios: En el aspecto *social* discutieron las condiciones del agua y servicios sanitarios en la región y a nivel estatal y nacional y reflexionaron sobre el avance del cólera en el Estado, analizando las causas de esa

---

[58] Además de que cada promotor aportaba el conocimiento de plantas medicinales de sus localidades -de las que conocían o investigaban- contábamos en el grupo con la experiencia inigualable de "Doña Tola", una señora viuda que tenía un amplio conocimiento de plantas medicinales y en cada taller nos llevaba ejemplares frescos para el tratamiento de las enfermedades que íbamos estudiando.

[59] El primer aporte para el botiquín se dió gracias al apoyo económico que se había obtenido de una agencia financiera extranjera. Los promotores lo administraron con supervisión de las autoridades de las diversas localidades y los asesores les ayudaban a realizar balances periódicamente para que informaran a la asamblea.

situación.[60] También revisaron la frecuencia y gravedad de las enfermedades más comunes, a partir de la encuesta que realizaron en las comunidades.

En el aspecto *clínico y terapéutico* retomaron la historia clínica en los padecimientos relacionados con el aparato digestivo y la piel y revisaron las enfermedades más frecuentes. En cuanto al tratamiento alópata conocieron el uso de antiparasitarios, antiamibianos, antiespasmódicos y antibióticos. Hicieron pomadas, ungüentos, jabones y tinturas con plantas medicinales para tratar algunas de las enfermedades del módulo. Desarrollaron habilidades como tomar la temperatura, inyectar y aplicar suero.

En el aspecto *educativo* vieron cómo podían ayudar a población abierta a reconocer las señas de alarma de las enfermedades digestivas y los síntomas de deshidratación, cómo elaborar suero oral, el uso de las letrinas, purificación del agua, manejo de la basura y hábitos de higiene personal.

Analizaron los diferentes enfoques de la educación y descubrieron la importancia de la educación popular para la salud comunitaria.[61] Revisaron la encuesta de morbilidad aplicada en las comunidades y dieron aportes para los temas a estudiar en los siguientes talleres. Reforzaron el manejo del libro de Donde No hay Doctor a través de los índices del mismo.

En cuanto a *organización comunitaria* para la salud discutieron cómo mejorar el agua en sus comunidades; los cuidados y cloración de los pozos, depósitos y agua entubada; cómo letrinificar las comunides que no contaban con servicios sanitarios y los medios para exigir el apoyo de las autoridades municipales y estatales para conseguir drenaje; formas de manejar la basura; y las medidas en caso de que apareciera el cólera en alguna comunidad. Analizaron su desempeño como promotores de salud en las comunidades, su relación con las autoridades y algunos criterios para resolver los problemas que

---

[60] Ya se comenzaban a dar casos de cólera en la Sierra, además de la Huasteca hidalguense, y la gente poco a poco fue más consciente de este problema.

[61] A partir de la simulación de dos modelos de enseñanza -la autoritaria y la popular-, revisamos la metodología popular y sus beneficios para los pueblos de la Sierra.

iban surgiendo en la práctica. Recibieron información sobre el financiamiento del proyecto de capacitación y nombraron un comité de promotores de salud para irse constituyendo como grupo de promotores y apropiarse del proceso.

3. Enfermedades producidas por accidentes de trabajo y exceso del mismo

En el aspecto *social* describieron sus condiciones de trabajo en la región y analizaron su relación con la salud, identificando los factores de riesgo que existen en sus procesos de trabajo.[62] Profundizaron en las diversas concepciones que hay sobre el trabajo, las condiciones del mismo[63], y socializaron la relación que culturalmente guardan con la tierra y la desventaja de los recientes cambios del artículo 27 para el campesinado en general.[64] Reconocieron las características básicas del sistema capitalista -leyes del capitalismo, clases sociales- y las repercusiones del sistema neoliberal y la globalización sobre sus condiciones de vida y de trabajo.

En el aspecto *clínico y terapéutico* revisaron los principios básicos de asistencia en los accidentes laborales; primeros auxilios en casos de heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, objetos extraños, intoxicaciones y mordeduras de animales venenosos. Revisaron algunas enfermedades crónicas y degenerativas, consecuencia de las condiciones de la explotación en el trabajo. Desarrollaron habilidades de curación de heridas, inmovilización en caso de fracturas, traslado de enfermos, masaje y digitopuntura, elaboración de *vilmas*

---

[62] En general, los campesinos de la Sierra están condicionados a trabajo duro en terrenos con alta pendiente, bajo inclemencias del tiempo y con peligros de animales ponzoñosos; además, por la costumbre de *roza-quema* están expuestos a intenso calor, lo que ocurre también en el caso de las mollendas; transportan sus utensilios y los productos de la cosecha cargándolos sobre su espalda. Todo ello determina un alto índice de quemaduras, heridas, luxaciones y fracturas, lumbalgias, mordeduras de animales ponzoñosos, etc.

[63] Resulta enriquecedor comprobar el alto sentido que tienen del trabajo como medio de reproducción familiar; cómo toda la familia, incluso los más pequeños se integran responsablemente al mismo; y muy desalentador ver las condiciones de explotación que se dan en la Sierra, por parte de los caciques y ganaderos, lo que los obliga a emigrar, como veremos posteriormente.

[64] A pesar de que muchos de ellos han perdido muchas de las costumbres indígenas que los vinculan simbólicamente y religiosamente a la tierra, continúan vinculados a ella considerándola su "madre", de quien reciben la vida. "Si el presidente Salinas quiere vender a su madre, que él lo haga; pero que no nos chingue a nosotros"...

con savias de plantas medicinales. Conocieron el uso de medicamentos inflamatorios.

En el aspecto *educativo* discutieron cómo multiplicar y analizar algunos de estos temas con la comunidad, tanto en los elementos técnicos como en los sociales.[65] Ejercitaron algunas prácticas de la educación popular con estos fines: juegos y dinámicas sobre el capitalismo y el neoliberalismo, sociodramas, cuentos, elaboración de historias para representar con títeres.

En el aspecto *organizativo* vieron cómo participar activamente en las elecciones estatales próximas a desarrollarse y poder cambiar de alguna manera la correlación de fuerzas en la región.[66] Como grupo definieron las funciones que tendrían los miembros del comité de promotores de salud comunitaria.[67]

4. Enfermedades producidas por falta de alimentación adecuada y suficiente

En el aspecto *social*, investigaron por medio de una encuesta y socializaron la problemática local en la producción, abasto y consumo de alimentos y la confrontaron con información estadística nacional al respecto. Analizaron críticamente los efectos de la publicidad de alimentos chatarra en los medios de comunicación social y el aprovechamiento de las transnacionales en la industria alimentaria. Reconocieron los influjos culturales en la alimentación, desde los hábitos alimenticios hasta los elementos míticos y rituales relacionados con el maíz.

En el aspecto *clínico y terapéutico* revisaron los grupos de alimentos y su función, comprobaron la multiplicidad de alimentos nutritivos de

---

[65] Consideraron prioritario el tratar los temas en las asambleas de vecinos, inmediatamente después de volver a sus comunidades; hacer reuniones de mujeres y hablar con los maestros para hacer transmitir algunos temas a través de dinámicas con juegos, cantos, etc.

[66] Se dieron a conocer para este fin las plataformas e ideario de los principales partidos contendientes. Coincidió la reunión con el informe de actividades del presidente minicipal de Xochicoatlán, perteneciente al PRI, en el que abiertamente les había declarado que todo lo que estaban recibiendo de Solidaridad, se lo debían a ese partido...

[67] Más tarde describiré específicamente las características de la organización de promotores y sus avances.

la región, reconocieron las características del desarrollo y crecimiento de un niño sano y aprendieron a detectar las enfermedades causadas por una deficiente alimentación. En cuanto a los medicamentos y complementos dietéticos que hay en el mercado, hicieron una revisión crítica de los mismos. Descubrieron el valor en contenido protéico de la soya, que ya es de consumo común en la región.[68] Desarrollaron habilidades de somatometría y en la preparación de alimentos con soya, tomando en cuenta los hábitos alimenticios de la región; también en la elaboración de conservas.

En lo *educativo*, discutieron cómo multiplicar estos temas en las propias comunidades, profundizando en algunas técnicas como el cuento, teatro, títeres, carteles. Evaluaron su práctica como educadores de salud, confrontándola con los criterios de la educación liberadora.

En cuanto al aspecto *organizativo* avanzaron en la conformación del grupo de promotores: nombraron coordinadores zonales y se comprometieron a tener reuniones por zonas; iniciaron la administración del dinero del proyecto y vieron cómo aumentar los fondos del mismo; estudiaron la posibilidad y conveniencia de tener una personalidad jurídica.[69] Analizaron con qué grupos establecer alianzas.[70] Organizaron un taller de agroecología en el que participarían campesinos de diversas comunidades.

---

[68] Las becas dadas por Solidaridad a muchos niños en edad escolar, incluían una despensa mensual en la que se venía dando soya texturizada, de forma que las mujeres ya la cocinaban. Por otra parte, el grupo de Rotarios de Molango, tenía en Xochicoatlán una bodega de soya en grano, y no sabían qué hacer con ella, dados los límites de IMSS-Solidaridad y la SSA para aprovecharla racionalmente. Los compañeros hicieron un acuerdo con los Rotarios, para aprovecharla y enseñar su uso y cultivo.

[69] Dados algunos problemas que habían surgido con el municipio, que se comentarán posteriormente, veían la necesidad de tener un respaldo jurídico y conocer la Ley de Salud Estatal, para no estar desprotegidos. Más tarde decidieron no conformarse como A.C., por dificultades en el proceso jurídico para registrarse como tal, por problemas económicos y porque pensaron consolidar su proceso organizativo antes de buscar la legalización jurídica del grupo.

[70] Dado que no había organizaciones campesinas independientes en la región, con quienes hubieran podido aliarse, decidieron apoyar al grupo de CCLP (Cristianos comprometidos con las Luchas Populares) de la Huasteca, quienes venían desarrollando acciones de defensa de Derechos Humanos en la región.

5. Módulo de enfermedades producidas por la explotación de la mujer

En el aspecto *social* analizaron la situación de salud de la mujer a través de estadísticas sobre mortalidad materna y esperanza de vida de la mujer; revisaron la posibilidad de acceso a los servicios que tienen las mujeres en la región; analizaron el valor de uso y de cambio que guarda la mujer en el sistema capitalista neoliberal y los derechos e igualdad que tiene ante la ley; reconocieron el machismo en las relaciones familiares y en el trabajo.[71] Ubicaron las políticas de control natal en su contexto. Valoraron sus prácticas tradicionales en relación al parto, en sus aspectos simbólicos, y reconocieron las ventajas y desventajas de algunas prácticas empíricas.[72]

En el aspecto *clínico y terapéutico* socializaron sus conocimientos sobre el funcionamiento en la reproducción y revisaron los aspectos normales del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones, el comportamiento de las enfermedades más comunes de la mujer y su tratamiento; conocieron los métodos de planificación familiar, sus usos y contraindicaciones; aprendieron habilidades relacionadas con prácticas de autocuidado y detección oportuna de cáncer mamario y cérvicouterino.

En el aspecto *educativo* se realizaron prácticas con los vecinos de las comunidades: títeres con niños, para conocer los elementos de la reproducción; títeres con adultos para analizar el machismo en las relaciones de los hombres y mujeres; dinámicas de reconocimiento

---

[71] La situación de la mujer es muy severa en la Sierra: además de realizar las labores del hogar, trabajan en el campo en condiciones difíciles, cargan leña, manejan el ganado vacuno; al emigrar los hombres a las ciudades, se quedan al frente de la familia, teniendo muchas veces que mantenerla; el trabajo de las mujeres se paga más barato que el de los hombres; la mayoría de las mujeres tienen familia numerosa -entre 8 y 10 hijos-, son golpeadas por sus esposos, etc; no participan activamente en la vida política, no son llamadas a las asambleas -mas que en el caso de ser viudas-, no tienen derecho a la tierra...

[72] Las mujeres son atendidas en el parto, la mayoría de las veces, por comadronas o por alguna de sus familiares. En muchos casos cortan el cordón umbilical con ocote o con tijeras sin hervir, ocasionando tétanos neonatal. En casos difíciles, las parteras hacen maniobras ginecológicas sin la debida asepsia y aplican oxitócicos intramusculares... Por otra parte, la posición de la mujer durante el parto es muy apropiada (posición semisentada de los aztecas); el ambiente familiar ayuda en esos momentos; se abraza y ayuda del esposo en los momentos difíciles...

del cuerpo con jóvenes de la comunidad; debates sobre ventajas y desventajas de los anticonceptivos con mujeres de la comunidad.

En el aspecto *organizativo*, dado que era el útimo módulo, se evaluaron los talleres y el proceso de organización del grupo y la respuesta que estaban dando a las necesidades de sus comunidades respectivas. En base a ello, se trataron de fortalecer algunos elementos: renovación del equipo coordinador; cómo seguirse capacitando; cómo abastecerse de medicamentos y utilizar las plantas medicinales de la región; vieron la utilidad de tener un financiamiento propio; de relacionarse con las organizaciones que existen en la región y unirse a otros grupos que están trabajando en salud...

Durante la capacitación básica y al término de la misma, se dieron algunos *talleres de complementación*:

- 2 talleres de regularización
- taller de agroecología
- taller de herbolaria regional
- taller de masajes
- taller de atención básica dental
- taller de microdosis y preparados medicinales

La capacitación se pudo desarrollar, gracias también a agentes externos a las comunidades, que asesoraron el trabajo en salud en diferentes aspectos.

ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO

La iniciativa de las Comunidades Eclesiales de Base de la zona Sierra Centro de la diócesis de Huejutla, se vió apoyada por algunos agentes de pastoral, que pugnaron para que formara parte de los planes pastorales de la zona. Se hizo cargo de dar asesoría al proyecto una religiosa médica, que estaba en contacto con CENAMI -Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas-, una asociación civil, con quienes había recibido talleres de pastoral indígena y medicina comunitaria. Participaron también en la capacitación, cinco promotores de salud que trabajaban en otras regiones de la Sierra y de la Huasteca de Hidalgo, también capacitados por Cenami, con asesoría del equipo CEIS, -Colectivo de Educación e Información en Salud-.

Básicamente la asesoría consistió en:

- motivar a las comunidades del proyecto a analizar sus problemas de salud y buscar algunas soluciones comunitarias a los mismos;
- hacer un primer diseño del programa de capacitación, a revisarse posteriormente con los promotores de salud;
- buscar financiamiento externo para el inicio del proyecto;
- ayudar en el desarrollo de la investigación participativa;
- diseñar los contenidos de los módulos, a partir de los resultados de la investigación;
- elaborar materiales didácticos;
- visitar a los promotores de salud, por lo menos bimensualmente, y apoyar su trabajo en las comunidades;
- administrar al inicio del proyecto los recursos económicos obtenidos por financiamiento externo.

Al terminar el programa de capacitación, el acompañamiento del proyecto y de los promotores quedó en manos de los agentes de pastoral de la zona, quienes no lo dieron adecuadamente[73]; pero los promotores buscaron asesoría externa para poder mejorar el trabajo en salud y dos compañeros promotores iniciaron una capacitación como educadores en salud, para ir desempeñando paulatinamente las funciones de los asesores, como capacitadores.

Los asesores, como *instructores,* tuvieron que vivir también un proceso de modificación en su concepción de la educación y fueron generando nuevas formas de enseñanza y aprendizaje que pudieran servir también a los promotores cuando volvieran a sus comunidades. Los antecedentes sociales y educativos de los médicos y profesionistas son muy diferentes a las de los promotores campesinos, a pesar de haber estado por tiempo en contacto con "(...) *la sabiduría, privaciones, puntos fuertes y débiles de la gente que aún*

[73] Estaba previsto darles acompañamiento cada mes a los promotores en sus comunidades y apoyarlos en algunas de sus reuniones zonales. Al salir algunos de los asesores, los que quedaron no le dieron prioridad a ese trabajo y no cumplieron con esas funciones. Sin embargo, desde Cenami se siguieron apoyando algunos talleres de complementación y se siguió formando como capacitadores a dos compañeros que, a su vez, formaran otros promotores en el futuro. En los talleres, se les siguió dando asesoría, para avanzar, de acuerdo al proceso que se iba viviendo.

vive unida a la tierra, las estaciones y al trabajo físico."[74] Fue importante reconocer la brecha educativa para ajustar el lenguaje; modificar actitudes y poder renunciar a la toma de decisiones, para que los promotores fueran haciendo las suyas propias; valorar la medicina tradicional y aprender de los promotores y ancianos de las comunidades la riqueza de la medicina herbolaria; dar responsabilidades de peso a los promotores en la atención curativa de las comunidades en cosas que tradicionalmente se han reservado para los médicos...

Para ello fue importante penetrar en la vida, costumbres, lenguaje y necesidades de los pueblos de la Sierra, acercándonos y viviendo con sencillez junto a los más pobres de las comunidades. Ayudó el compartir la capacitación con otros promotores de Hidalgo, de extracción indígena y campesina; usar métodos de enseñanza comunes a los pueblos, como los cuentos, sociodramas, lenguaje simbólico; comenzar por los conocimientos que ya tienen los promotores y ayudarles a aprender más basándose en ello; transferir lo más pronto que se pudo las responsabilidades sobre el proyecto en la organización de promotores, para irnos haciendo -como asesores- lo menos indispensables, de modo que, al retirarnos, los promotores pudieran llevar adelante, como sujetos, el peso del proyecto de salud, colaboradores a la vez de las comunidades campesinas, también constituyéndose como sujeto histórico. Ayudó el que al inicio fuéramos los asesores los y posteriormente se formarán los mismos promotores como capacitadores de promotores, con la mira de retirarnos por completo.

El análisis de la metodología de la educación popular, nos llevó a los asesores a un cambio de mentalidad, que en la práctica se fue enriqueciendo, no tanto por las técnicas participativas, sino por el hecho de partir de la praxis y tomar en cuenta la realidad y necesidades de los compañeros promotores. La sabiduría de los campesinos nos enriqueció también, por la riqueza de sus prácticas culturales, con grande contenido simbólico, por el conocimiento de enfermedades tradicionales y de la variedad y eficacia de las plantas medicinales que manejan. El análisis de la problemática social desde la perspectiva de clase nos ayudó también a comprender vivencialmente el sufrimiento y esperanza de nuestro pueblo.

---

[74] WERNER, David. *op.cit.*, p.43

ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE PROMOCIÓN EN LAS COMUNIDADES

Estas actividades estuvieron condicionadas por el apoyo comunitario que tuvieron los promotores en sus respectivas comunidades.

Las que comunmente realizaron los promotores fueron:

- enseñar algún preparado de plantas medicinales mensual o bimensualmente;
- dar alguna plática a la Asamblea de Vecinos cuando llegaban de los cursos para transmitir algunos contenidos y propuestas;
- realizar actividades educativas con las señoras tres o cuatro veces al año;
- supervisar la cloración del agua permanentemente;
- enseñar a preparar la soya en una o dos ocasiones después del curso de nutrición;
- realizar algunas prácticas de cultivos con los vecinos después de los cursos donde se vieron técnicas agrícolas.

Las actividades que más aceptación tuvieron por parte de las comunidades fueron la elaboración de preparados medicinales con plantas de la región, por el interés de las mujeres en tener medicamentos caseros de bajo costo. También, la preparación de alimentos con soya, por la difusión que ya tenía -se incluía en las despensas de los niños becados por Solidaridad- y por el bajo costo que significaba adquirirla a través del grupo de Rotarios de Molango. Algunas comunidades se interesaron en las técnicas agroecológicas alternativas e iniciaron la implementación de terrazas y la elaboración de fertilizantes orgánicos.

1.7. ORGANIZACIÓN DE LOS PROMOTORES

Desde la primera reunión, los promotores vieron la necesidad de organizarse internamente, al inicio para cooordinar algunos servicios propios de los talleres y más tarde para apoyarse y coordinar las acciones comunitarias de salud. Poco a poco ha ido surgiendo una organización propia que en buena medida funciona por iniciativa del grupo y cada vez menos con apoyo de los agentes externos.

La *base social* de la organización está conformada por campesinos de ambos sexos, elegidos en asambleas comunitarias en sus once comunidades de origen. Al terminar la capacitación, el grupo estaba

conformado por 18 promotores de salud, 4 de ellos mujeres y 5 jóvenes solteros lo cual permite una pluralidad que lo enriquece. En general todos están representados en la coordinación, ya que está conformada tanto por adultos como por jóvenes y mujeres, aunque en la práctica hay mayor interés y dinamismo en los adultos y las mujeres no externan fácilmente sus opiniones en las asambleas.

El apoyo comunitario que reciben depende, por una parte, del consenso comunitario que se haya dado al momento de su elección, pero también del rol que van asumiendo en sus propias comunidades y la eficiencia de su trabajo. Así vemos que los que "curan" han adquirido un mayor reconocimiento y prestigio, el cual aumenta si realizan acciones comunitarias de prevención y enseñanza en colaboración con las autoridades locales. Cuando este apoyo comunitario no existió, se dió más fácilmente la deserción en los cursos de capacitación o la inasistencia a las reuniones zonales que llevaron a cabo cada mes.

La *estructura* de la organización de promotores se tomó del modelo de organización que se ha "consagrado" en las comunidades y que para fines operativos consideraron conveniente:

- un comité coordinador integrado por presidente, secretario, tesorero y dos vocales;
- dos comités zonales integrados por coordinador zonal y secretario.

Las *funciones* del comité son las siguientes:

- representar al grupo ante diversas instancias,
- dar apoyo a los promotores ante diferentes problemas por su trabajo en salud,
- asesorar a los compañeros en el estudio de los contenidos de los cursos,
- responsabilizarse del abasto de medicamentos y materiales,
- coordinar los cursos de capacitación.

Cada 10 semanas, en ocasión de los cursos, se reunieron todos los promotores en asamblea para revisar el trabajo y tomar decisiones. Cada mes, los promotores tuvieron reuniones por zonas de comuni-

dades cercanas. Cada 10 semanas los del comité coordinador llevaron a cabo sesiones entre ellos y con los asesores externos.

Como promotores elegidos por su comunidad han trabajado en coordinación con las autoridades locales y, en la mayoría, les consideraron como trabajo comunitario, exento de faenas, el servicio que dan de salud y la asistencia a los cursos de capacitación. Al volver de los cursos "socializaron" los conocimientos en las asambleas comunitarias.

Además de estar ligados a la estructura tradicional, a través de las autoridades y asambleas comunitarias, el grupo de promotores de salud tiene una estructura, organización y dinámica propias que pretenden en el futuro formalizar con la constitución de una Asociación Civil. Su razón social es *Promotores de Salud de la Sierra de Hidalgo -UPROSSIEH-*.

Las *decisiones* se toman en Asamblea y por consenso. Algunas decisiones operativas las toma el comité coordinador o los coordinadores de zona. La coordinación de cada curso de capacitación es rotativa y por elección.

No hay *comisiones* fijas, sino que se van designando según necesidades: conseguir soya, visitar y asesorar a compañeros con problemas o desmotivados. Cuando se trata de participar en algún curso o encuentro de salud fuera de la región, se designa democráticamente a los representantes.

Hasta el término de la capacitación no contaban con un *reglamento interno*, por lo tanto tampoco con *sanciones* establecidas, pero el proceso que se seguía para la conformación de una A.C. iba mostrando la necesidad de definirlo.

La *dirigencia* del grupo está conformada por campesinos, que han sido elegidos democráticamente y hasta este momento ha sido importante el papel de los agentes externos que han acompañado su proceso de organización. No ha habido una formación de cuadros propiamente dicha, pero sí un seguimiento del comité organizador.

UPROSSIEH se relaciona con otros grupos de salud a niveles más amplios. Participaron en 1993 en un Encuentro de *Salud en Manos*

del Pueblo, donde diferentes grupos de salud y organizaciones analizan anualmente la realidad y buscan alternativas de salud desde la perspectiva indígena. Junto con otros grupos de la Huasteca y de la Sierra han ayudado a constituir una red denominada *Ixhuapajtli* -medicina que brota-, que une fuerzas en el análisis de la realidad, apoyo a la capacitación y búsqueda de alternativas.

El *marco ideológico* del grupo de promotores es el mismo del proyecto de capacitación: se fundamenta en un enfoque diferente al oficial -biologicista- en cuanto a la concepción de salud y enfermedad; se considera que las formas de vida y de trabajo, la pertenencia a una clase social, determinan en forma importante la situación de salud. La perspectiva educativa, trata de responder a las necesidades detectadas por los promotores y las comunidades y va generando una conciencia social más crítica de cara a la realidad y pretende desarrollar capacidades con miras a ser sujetos de un proceso colectivo de transformación social.

Todo lo anterior nos descubre las potencialidades que el trabajo y la organización para la salud tienen en la perspectiva de la conformación del sujeto social. A pesar de que es una organización incipiente, todavía no consolidada, genera procesos que van despertando en las comunidades una toma de conciencia y cambio en las relaciones de los actores sociales, como se analizará posteriormente.

La experiencia de los Promotores de Salud de la Sierra Alta de Hidalgo confirma la tesis de la diversidad de sujetos sociales en el campo y la necesidad de plantear modelos alternativos integradores.

1.8. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN

Es difícil evaluar un proyecto de esta naturaleza en el corto plazo, sin embargo intentaré ver los logros del mismo en los términos en que se planteó en su planificación y posteriormente analizar otros alcances en la perspectiva del sujeto social.

El proyecto de capacitación se fue evaluando por los mismos promotores durante el desarrollo del proyecto de capacitación, en los mismos talleres de salud, en los que los compañeros manifestaron sus dificultades y el avance que iban teniendo en los aspectos curativos y de organización comunitaria; además realizaron dos evaluaciones, casi al término del proyecto de capacitación: una

interna, sencilla, detectando los problemas que estaban viviendo al interior de las comunidades y otra un poco más elaborada que sirvió para participar en una evaluación más amplia, con otros proyectos semejantes, auspiciada por Cenami, en noviembre de 1993.

El **objetivo general** del proyecto consistía en "*(...) iniciar un proceso de medicina liberadora en la región, a través de la capacitación y acompañamiento de promotores de salud comunitaria, que respondan a las necesidades de su pueblo y generen y/o apoyen el caminar organizado de la comunidad*".

Considero que los aspectos relacionados con la capacitación se cumplieron, aprendieron a curar las enfermedades más comunes y dieron un buen servicio en este campo, pero su influencia en la prevención y organización para la salud fue limitada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HECHOS CUMPLIDOS (enero 1994)
· Dar una cobertura de atención primaria de salud a comunidades alejadas de los centros oficiales.	. En todas las comunidades que participan del proyecto se da atención primaria de salud de forma variable, según la disponibilidad del compañero promotor y el apoyo que recibe de los vecinos y autoridades. . Atienden la mayor parte de las enfermedades comunes de la región.
· Capacitar promotores de salud comunitaria que puedan diagnosticar y curar las enfermedades comunes en la región, con recursos de medicina alternativa y canalizar adecuadamente los enfermos que lo requieran.	. Terminaron la capacitación básica 18 promotores de salud pertenecientes a 11 comunidades de la Sierra. . Se llevaron a cabo 10 talleres básicos y 2 de regularización. . Se dieron 4 talleres con temas complementarios. . De esos 18 compañeros, 15 curan regularmente en sus comunidades las enfermedades más comunes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HECHOS CUMPLIDOS (enero 1994)
	. Obtuvieron conocimiento de las plantas medicinales de la región y han elaborado un herbario con 120 plantas medicinales. . Canalizan enfermos a las UMR y centros de Salud más cercanos y al hospital de Zacualtipán. Los enfermos de los ojos se canalizan a Tuxpan, con médicos conocidos por los asesores.
· Constituir un equipo zonal de promotores de salud comunitaria.	. Se nombró un equipo coordinador, que está funcionando y coordinadores zonales que motivan y dirigen reuniones cada mes. . Los compañeros dirigen y administran el proyecto.
· Acompañar el caminar de los promotores con visitas a las comunidades y asesorías.	. Los asesores visitaron las comunidades periódicamente, mínimo cada dos meses, apoyando a los promotores en Asambleas y en la solución de las problemáticas que fueron surgiendo. . El comité coordinador de promotores de salud visitó a los compañeros con problemáticas especiales.
· Promover por medio de los promotores, en las comunidades, un análisis de la realidad de los problemas de salud, que lleve a una toma de conciencia de la estructura social y a la necesidad de acciones transformadoras.	. Se ha motivado en casi todas las comunidades el análisis de la problemática de salud y según sus necesidades, se han tomado algunas medidas; sin embargo, sigue siendo pobre este aspecto.
· Lograr la participación organizada de las comunidades en la solución de los problemas de salud.	. Se han despertado algunos procesos de agricultura alternativa y de nutrición, a partir de las acciones propias del proyecto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HECHOS CUMPLIDOS (enero 1994)
	. Se lleva control de la cloración del agua, en varios casos. . Se generaron obras para construcción de drenaje, entubación de agua y letrinización. . Se formaron grupos de mujeres. . Se llevaron a cabo programas de nutrición con soya.
· Promover la construcción e implementación de casas de salud comunitaria.	. Se ha dotado a los promotores de materiales de curación (alcohol, gasas, guantes, tijeras, pinzas) y de diagnóstico (termómetros). Algunos compañeros, con apoyo de las presidencias municipales, han obtenido estetoscopio y baumanómetro. . Solamente dos comunidades han construído casa de salud.

Los mejores logros se han dado en el **aspecto curativo**. De no haber atención de salud de primer nivel en algunas comunidades, ahora todas las que participan en el proyecto cuentan con ella y donde hay centros de salud cercanos, de todos modos hay solicitud de atención de los promotores, por parte de los vecinos Esto se ha comprobado a través de las visitas de los asesores a las comunidades, en asambleas comunitarias y en las opiniones recabadas por algunos vecinos, pero no se pudo determinar el alcance de la cobertura de salud, ya que no se llevaron adecuadamente las hojas de control. Tampoco se ha podido ver la modificación de la morbilidad y mortalidad desde el inicio del proyecto a la fecha, por la misma razón.

Las opiniones de los vecinos también dan cuenta de los buenos resultados, especialmente en el aspecto curativo:

> *"Está mi compadre Remedios... es el que nos ayuda. Así, cuando caen enfermos los niños, aunque de noche, lo vemos para que nos dé medicina... Alguna pastilla, alguna inyección... ¡No falta qué...*

luego se necesita!... Ahí va uno con él, porque no hay otro al que le dé uno molestias..."
(Ruperta. San Miguel)

"Los promotores hacen preguntas al enfermo de cómo se siente y entonces ya le dan pastillas. También dan hierbas... Ellos también saben preparar medicinas para otras cosas."
(Marcela Flores. Michumitla)

Tienen buena fama en las comunidades y consideran una ventaja no tener que trasladarse en busca del médico y del ahorro económico que de ello resulta.

"Sí se curan con la medicina que dan, porque los ninos, cuando han tenido tos, le dan el jarabe ese de... gordolobo, y se les quita la tos."
(Juan Pérez, Michumitla)

"Yo digo que está bien su trabajo... Si estamos enfermos y no nos pueden llevar lejos, pues algo nos pueden dar medicina ellos para que aguantemos..."
(Antonia Pérez, Michumitla)

"Yo pienso que su trabajo está bien, porque no se gasta... En vez de llevar el enfermo a Xochi o Jalamelco... van a ver al promotor de salud."
(Rosa Flores, Michumitla)

Sin embargo, hay quienes no acuden a ellos y sí lo hacen con los asistentes rurales de IMSS-Solidaridad.

"Yo uso más a aquel Alberto Patricio. Los otros venden la medicina y yo no tengo ni para un chicle... Por eso acudo a él.... Yo al que molesto mucho es a don Alberto Patricio. Ese es el que lo tenemos aquí, pues cualquier medicina me la da como un doctor... Por alguna necesidad, luego acudo a él... Un día me corté y él me lavó y me curó..." (Celedonio Flores. Michumitla.)

Las enfermedades que los promotores saben atender, fruto del proceso de capacitación son las siguientes, fundamentalmente: Reumas, dolores musculares, várices; primeros auxilios en heridas, fracturas, quemaduras, picaduras, intoxicaciones; piel irritada, desnutrición, anemia, falta de vitaminas, diarreas, parásitos, disentería por amibas, disentería bacteriana, sarna, piojos, insectos, muelas

picadas, mal de orín, flujo vaginal, impétigo, rozadura de pañal, gripe, amigdalitis, bronquitis, infección de oído, conjuntivitis...

Los compañeros promotores detectaron *problemas en su capacitación*, a través de las evaluaciones parciales que realizaron, los cuales trataron de ir resolviendo a partir de propuestas consensadas.

En sus *conocimientos curativos* algunos compañeros no se sentían seguros, unos por no haber participado en todos los talleres y otros porque no tenían una práctica constante en sus comunidades; veían que, aunque en la capacitación siempre incluyeron temas de herbolaria, faltaba una profundización al respecto. Para solucionar estas deficiencias, programaron un curso de regularización y repaso de los temas en aquellos aspectos que lo requerían -definiéndolos en su momento- y otro curso específico de herbolaria que incluyera recolección con personas conocedoras e instrumentación de herbarios en sus propias comunidades. Consideraron también que les faltaba tiempo y responsabilidad para el estudio personal y decidieron incluir momentos de estudio colectivo en las reuniones zonales, donde comentarían los casos clínicos que se les habían dificultado para ayudarse y mejorar sus diagnósticos.

Reconocieron que algunos de ellos utilizaban el poder de curar no de una manera igualitaria, ya que discriminaban a algunas personas o grupos.

En algunos casos se encontraron con falta de credibilidad por parte de los vecinos de sus pueblos y también con la oposición de médicos y enfermeras de los servicios de salud. La falta de un proyecto integral de salud y de organizaciones de base que lo apoyaran hizo que el servicio de los promotores, a pesar de que en algunas comunidades fuera muy importante, no dejara de ser marginal. Para darles fuerza y articulacion a los servicios de salud intentaron coordinar sus efuerzos a nivel municipal y distrital, entrando en contacto con médicos del Sector Salud, tratando, sin embargo de mantener su independencia como grupo organizado.

En el **aspecto educativo**, los talleres alcanzaron a dar una capacitación básica a los promotores, desde una perspectiva social y en respeto a las tradiciones culturales. Los talleres asumieron una metodología de educación popular que dió frutos, lo cual se compro-

bó en las visitas a sus comunidades. Las actividades educativas de los promotores en sus respectivas comunidades, sin embargo, fueron escasas y de poca incidencia, como ya se vió con anterioridad. Ello, al parecer de los promotores, se debió a diferentes obstáculos: Faltó definir mejor los contenidos que convenía transmitir a diferentes grupos en la comunidad, carencia de materiales educativos sencillos y prácticos y, fundamentalmente, la falta de apoyo comunitario en las actividades de salud, ya que están acostumbrados a recibir acríticamente lo que el gobierno les ofrece; faltó una práctica comunitaria que se basara más en los valores culturales y en el sentido que las comunidades indígenas dan a la salud.

Aunque la mayoría de los promotores manifestaban apoyo por parte de las comunidades, algunos afirmaban no tenerlo de los jueces auxiliares, a partir del cambio anual de autoridades, por lo que algunos compañeros promotores no "jalaron parejo". Los coordinadores decidieron visitar las comunidades para ver de cerca los problemas de cada promotor y darles apoyo en los problemas que lo que requirieran, hablando con las autoridades comunitarias. Se comprometieron también a reunirse mensualmente por zonas.

En cuanto a **organización**, la visión que se fue generando tuvo efectos al interior del grupo de promotores y en las comunidades y conflictos ideológicos con instituciones oficiales de salud y autoridades municipales.

Al interior del grupo se dió una toma de conciencia de las causas sociales de las enfermedades, lo cual ha favorecido una conciencia de clase y de la necesidad de transformación social. A su vez se generaron relaciones democráticas en la organización, en la que los promotores fueron apropiándose del proyecto de salud de una manera autogestiva.

En el aspecto *administrativo*, los botiquines comunitarios de medicamentos no habían sido bien administrados en algunos casos, ya que "se fiaba" sin poder recuperar pronto la inversión para volver a adquirir medicamentos. Hacían falta estantes y locales apropiados. Se vió la necesidad de llevar un mejor control administrativo y de que hubiera mecanismos comunitarios de revisión del manejo de los botiquines para evitar problemas mayores en el futuro. Se sugirió la formación de comités de salud, aunque no se concretó esta propuesta.

La formación de pequeños cuadros de organización se había iniciado y esto fue dando algunos frutos. A partir de análisis estructurales y coyunturales de la realidad, desde la salud, se implementaron pequeñas estrategias que pretendieron ir modificando las relaciones económicas y políticas en la región. Los promotores de salud promovieron, a través de prácticas comunitarias de salud, la toma de conciencia en sus comunidades de situaciones de explotación en el trabajo, de distribución desigual de la tierra, de relaciones desiguales de intercambio, de políticas estatales marginantes, de violaciones a los derechos humanos, falta de democracia, etc. Este análisis, aunque se haya dado de forma incipiente, se ha reforzado por la acción conjunta con las Comunidades Eclesiales de Base que existen en la mayoría de estas comunidades, cuya visión liberadora - en el marco de la Teología de la Liberación-, coincide con las inquietudes de los promotores.

Mirando a los procesos productivos, el grupo de promotores ha iniciado, motivados por un curso de técnicas agrícolas organizado por ellos mismos, un proceso de agricultura alternativa que, además de mejorar su alimentación genere un mejor aprovechamiento de los recursos con criterios ecológicos. También ha promovido no solo el conocimiento y consumo del frijol soya, sino su siembra experimental en la región.

La ausencia de organizaciones campesinas en la región los ha llevado a buscar alianzas con otros grupos con quienes se puedan apoyar en su reflexión y acciones de cambio. Esto los llevó a establecer contactos con el grupo de Cristianos Comprometidos con las Luchas Populares de la Huasteca y otros grupos de campesinos que, auspiciados por CENAMI pretendían formar una red de comercialización de productos a nivel regional. En unión con estos grupos se han llevado a cabo reflexiones sobre economía solidaria, derechos humanos, participación política, etc. También busca integrar lazos con los grupos populares organizados de salud comunitaria que existen a nivel nacional.

El movimiento que se está generando en la región, ha puesto en alerta a las autoridades municipales de Xochicoatlán y a las instituciones de salud que trabajan en el municipio, los cuales han tomado medidas represivas en contra del grupo de promotores. Una de ellas consistió en la prohibición de administrar antibióticos por parte de los

promotores. Esta medida surgió a partir de un problema que tuvieron los médicos de SSA de Xochicoatlán, a raíz de un caso de choque anafiláctico por la aplicación de penicilina en una comunidad. A pesar de que en el incidente no habían intervenido los promotores, se les llamó a "rendir cuentas" de su trabajo y se enviaron oficios a las comunidades limitando sus acciones curativas. A través de negociaciones con la presidencia municipal y con las instituciones de salud, finalmente se ha reconocido su trabajo, no sin dificultades. En estos conflictos hay razones políticas, ya que en varias ocasiones la presidencia municipal ha externado a los delegados municipales cautela por la orientación política del grupo; esto se explica por los antecedentes de algunas comunidades donde la presidencia municipal no pudo imponer autoridades por la movilización de los vecinos a favor de sus candidatos elegidos democráticamente.

Todo lo anterior nos descubre las potencialidades que el trabajo y la organización para la salud tienen en la perspectiva de la conformación del sujeto social. A pesar de que es una organización incipiente, todavía no consolidada, genera procesos que van despertando en las comunidades una toma de conciencia y cambio en las relaciones de los actores sociales. Los trabajadores de salud comunitaria emergen como sujetos sociales que luchan por crear espacios donde se respeten los derechos comunitarios a la salud, la democracia en la elección de sus representantes, en la conservación ecológica en el uso de los recursos naturales... Ante la ausencia de grupos que luchen por la apropiación del proceso productivo, se está dando esta lucha por la apropiación de la vida social. El promotor de salud, ocupa un lugar protagónico sumándose a la dinámica comunitaria en la lucha, que en este caso ya no es la lucha por la tierra o por la apropiación del proceso productivo, sino la lucha por la salud.

Por otro lado, la autonomía del grupo de promotores cuestiona el carácter tutelar del Estado en relación a la Salud y el derecho de la comunidad a buscar los medios para tener la salud que requiere, ya sea con medios propios o los que el Estado debe garantizarle. Se plantea por lo tanto una nueva relación del Estado con los Grupos Populares de Salud.

Esta última reflexión nos lleva a analizar el papel del modelo hegemónico de salud y cómo la perspectiva de salud de los grupos campesinos va en otra dirección, desde la concepción misma de la

salud y enfermedad, desde las necesidades de su reproducción social y el derecho a servicios que respondan a sus necesidades, no considerando a las grupos marginales como objetos de políticas de salud, sino como verdaderos sujetos.

El desarrollo del proyecto de capacitación a promotores de salud nos obligó finalmente a reflexionar en aspectos culturales e ideológicos que originalmente no habían sido contemplados suficientemente en la planificación y descubrir en ellos un grande potencial en la conformación de promotores como sujeto social y en su influencia sobre la transformación social de sus propias comunidades. En la propuesta de capacitación analizamos las causas sociales abundantemente y, queriendo superar una visión positivista centrada en los aspectos biológicos y técnicos, la mantuvimos, al dar un papel predominante a ese tipo de causas. El análisis de la realidad junto con los promotores y la práctica de salud, nos llevó a contemplar a la dimensión cultural como un potencial generador de procesos enraizados en la identidad y el dinamismo propios de los campesinos de la Sierra.

CAPÍTULO 2

LA SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO: DIVERSOS ACTORES, DIVERSAS VISIONES

INTRODUCCIÓN

El análisis de los resultados del programa de capacitación de promotores de salud de la Sierra de Hidalgo, me lleva a considerar su pertinencia desde la perspectiva del sujeto social. Para ello me acerco a la visión de salud que tienen los campesinos de la Sierra de Hidalgo, caracterizada por sus hondas raíces indígenas, la cual contrasta con la medicina dominante que se introduce cada vez más en su realidad cotidiana, y que responde, en el momento actual, a políticas hegemónicas bien definidas por el Banco Mundial.

En un primer momento recorro los actores sociales en salud que existen en la zona en estudio, desde la valoración que hacen de ellos los propios campesinos, a través de 15 entrevistas que realicé en las comunidades de San Antonio -municipio de Molango-, San Miguel -municipio de Tianguistengo- y Michumitla -municipio de Xochicoatlán-. Posteriormente llevo a cabo una aproximación a la cosmovisión de salud de los campesinos serranos y de las prácticas médicas que realizan sus médicos tradicionales, para reconocer las diferencias que guardan con la medicina dominante y sus relaciones con ella.

El acercamiento a la medicina hegemónica lo hago no solamente a partir de la práctica médica que se da en la Sierra, sino a través de la visión que se refleja en los indicadores oficiales del nivel de vida de las zonas marginadas, y de los recursos de salud, en la lógica impuesta por las políticas del Banco Mundial.

Lo anterior me permite descubrir la penetración de la medicina hegemónica entre los campesinos de la Sierra por medio de diversos mecanismos, pero también la fuerza y persistencia de la medicina tradicional cuando se da en una perspectiva histórica.

LA SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO: DIVERSOS ACTORES, DIVERSAS VISIONES

El proyecto de salud comunitaria se llevó a cabo en una realidad donde se confrontaban dos visiones: la hegemónica y la indígena; por un lado contrapuestas, por el otro, conviviendo y alimentándose mutuamente de sus aciertos y contradicciones. Esto se ve claramente al analizar los actores de la salud, su concepción sobre la enfermedad, sus diferentes prácticas.

Las opiniones sencillas de los campesinos serranos en relación a su situación de salud, revelan concepciones ancestrales, marcadas fuertemente por lo cultural, las cuales entran en relación y a veces en conflicto con la medicina *moderna*.

2.1. COMPLEJO SALUD-ENFERMEDAD EN LOS PUEBLOS SERRANOS: UNA VISIÓN INDÍGENA DE LA SALUD

La concepción de salud entre los campesinos de la Sierra Alta de Hidalgo, en los municipios donde se puso en práctica la propuesta de capacitación de promotores de salud que nos ocupa, está marcada por las fuertes raíces indígenas de los pueblos de la Sierra. Aunque no tienen identidad étnica -ya que no se reconocen como pueblos nahoas-, la mayor parte de sus expresiones culturales están marcadas por el *sentido* que estos pueblos dan a su vida cotidiana, manifestando de esta manera que la cultura náhuatl está vigente en ellos. La salud no es ajena a esta realidad y forma parte de la integralidad de la vida de estos pueblos, de su cosmovisión, de sus formas de reproducción, de su religiosidad...

Es una visión holística, en la que hay una unidad en todos los niveles de la vida y que expresan también los actores de la salud.

Esta concepción de la salud está fundamentada en *la lucha por la vida*. Por ello, está relacionado con la salud todo lo que conforma la vida del pueblo: *Dios*, que da la vida e invita a recrear el mundo con Él; la *Tierra*, que es *Nuestra Madre* y nos ofrece sus frutos; la *Comunidad*, donde se da la experiencia compartida de buscar los mejores medios de reproducción social; la *Política*, donde se juegan los espacios de poder para resistir y favorecer el crecimiento de la comunidad...

La salud se vive desde una ***experiencia religiosa***, que se da en comunidad y profundamente ligada a la naturaleza: Dios es el que da la salud y la enfermedad, de quien viene el bien y el mal, el que nos da la vida. Quien atenta contra otro hermano por envidia, por un daño, atenta contra Dios mismo, y para resolver ese problema los campesinos realizan ofrendas, ritos sagrados de propiciación. La salud de la comunidad, la bonanza de las cosechas, está ligada a los santos patrones del pueblo, a quienes cada año se les pide su intercesión. Para sanar de alguna enfermedad, para que llueva, para que se den los frutos, es fundamental la oración, espacios sagrados -el templo, el cerro, los altares de las casas-; los momentos importantes del ciclo vital -el embarazo, el nacimiento, la muerte- se llenan de contenidos religiosos, con la colaboración de la partera, los rezadores, el sacerdote... La fiesta religiosa por experiencia, donde se celebra la vida de los muertos, de los que ya se fueron, es el *Xantolo o Todos Santos*. En ella, cobra fuerza la unidad familiar y comunitaria; se dinamiza la esperanza y se mantienen vivas las utopías de una sociedad en la que abunda lo necesario y se comparte sin medida.[75]

La experiencia de la salud, que se identifica con todo lo que da vida, está ligada a la ***tierra***: es ella la que debe recibir a la criatura en su nacimiento porque es la *madre*, de donde surge lo que necesitamos para vivir; se debe enterrar la placenta como ofrenda a la misma tierra para que el "ombligo" permanezca en la casa y la persona se

[75] Se inicia preparando un arco de flor de muerto -*"sempoalxóchitl"*- y un altar, donde se ofrendarán los alimentos en honor a los difuntos. El día 31 de octubre se ofrenda a los "chiquitos" -los difuntos niños- y los días 1 y 2 de noviembre a los "grandes". Las ofrendas consisten en tamales, chocolate, mole y pan de muerto. El día 2 de noviembre se celebra misa en los panteones y se llevan ofrendas de comida para depositar sobre las tumbas. Durante todos estos días se visitan a los compadres, familiares y amigos y se tiene la seguridad de que los muertos comparten las ofrendas con su familia.

mantenga ligada a su entorno familiar; se deben hacer ofrendas en el potrero, en la milpa, en el trapiche, para que se den bien las cosechas y las familias gocen de bienestar.

> *"La tierra es nuestra madre, la que nos mantiene... donde pisamos, donde vivimos... Nos da dinero a través de la milpa, de las vaquitas... Los ricos más bien la tienen por madrastra, por eso la quieren comprar y vender..."*[76]

Su producción y alimentación están ligadas al maíz, como *nuestra carne*; de allí el grande respeto que le tienen, por lo que no se puede pisar o desperdiciar. Se complementan con una grande variedad de productos como el frijol *de surco* -Nayarit- o *de guía*; en pequeñas cantidades también cultivan alberjón, haba, chile *paguateco* , caña de azúcar y café para el consumo familiar.

> *"Siembran maíz, siembran frijolito... Si Dios da, cuayilito o enredador... Si Dios da... Chilito también lo siembra, pero solmente donde lo van a rozar... Cafetal... Nosotros teníamos cafetal primero... Tenemos por allí por el río..."* (Georgina Bautista, San Miguel)

La organización comunitaria de los campesinos, manifiesta también una estructura fundamental indígena en lo que se refiere a la salud: deciden en asambleas comunitarias, por consenso, las acciones que tomarán para enfrentar problemas comunitarios de salud; realizan faenas comunitarias para mejorar las condiciones de vida de los pueblos -construir una casa de salud, reparar un depósito de agua- y el que no participa puede ir a parar a la cárcel; se ayudan en las labores del campo utilizando el sistema tradicional de mano-vuelta, por el que se van ayudando un grupo de comuneros o ejidatarios, rotándose por diferentes parcelas.

La visión de salud indígena, se refleja también en los médicos tradicionales, servidores respetados por su gente. A pesar de la gran migración -que afecta o le da otros sentidos a las costumbres tradicionales- y a la introducción de los medios de comunicación social, especialmente la televisión, que están modificando los valores culturales; no obstante la influencia que por años han tenido los

---

[76] Comentario de participantes en "*Curso de técnicas agrícolas*", Texacal, Hgo., Noviembre, 1992

maestros federales, los cuales han logrado -sumado a otros factores- desterrar la lengua, e introducir costumbres, fiestas e ideología propias de la cultura nacional, los pueblos de la Sierra de Hidalgo no niegan, en sus prácticas, su fuerte sustrato indígena. Algunos se desconocen como *indios*, para evitar la fuerte discriminación que existe, la cual provoca una condición de desventaja, en la búsqueda de empleos, por ejemplo; pero no ha llegado a ser tan importante que modifique sustancialmente los valores, la tradición y la identidad de los pueblos serranos.

Podemos afirmar que la concepción de la salud y la enfermedad en la Sierra Alta de Hidalgo está permeada por la cultura de los pueblos, dándole un sentido y significado propios, que contrastan con la visión tecnicista y mercantilista de la medicina dominante, que analizaremos posteriormente. Convive con la medicina hegemónica, científica, otra medicina, que puede llamarse así ya que cuenta con sus propios *médicos*, su cuadro nosológico de *enfermedades*, con la correspondiente *etiología* y la *terapéutica* apropiada.

MEDICOS TRADICIONALES

En la Sierra Alta de Hidalgo se puede uno curar muchas enfermedades sin recurrir a los médicos alópatas. Si nos encontramos en la Sierra, podremos acudir con *Don Miguel*, en Molango, para que ponga algún hueso en su lugar... con *Don Daniel* en Ixtlahuaco, para que haga una limpia..., con Doña Tola en Ixtlahuaco, para que nos recete unas *hierbitas.*

Estos curadores tradicionales manejan las habilidades cognoscitivas manuales y prácticas necesarias para el arte de curar.[77]

> *"Curan con sobadas en la parte que se han lastimado y les ponen una pomada o una bilma[78]... La bilma está preparada con maguey y otras muchas cosas y es lo que les ponen en la parte que está mal..."* (Marcela Flores. Michumitla)

---

[77] Cfr. MENÉNDEZ, Eduardo L. "Recursos y prácticas médicas tradicionales", en *"La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México".* Folios Ediciones. 3a. ed. México, 1986, p.38

[78] Bilma: emplasto con la savia de varias plantas medicinales, para sanar fracturas.

Esas habilidades no están legitimadas por instituciones reconocidas por el Estado -con excepción de algunas parteras que han recibido capacitación en clínicas y Centros de Salud y su actividad técnica está regulada institucionalmente-; pero esto a la gente no le importa. Su eficacia está comprobada, no solamente por sus habilidades técnicas, sino por los roles tradicionales que guardan en relación a la comunidad y por el sentido religioso- simbólico de sus curaciones.

La importancia de los servicios de los médicos tradicionales, dentro de sus propios roles, se refleja desde el mismo momento de su vocación, en la forma cómo fueron llamados. Algunos de estos curadores se formaron aprendiendo de otro miembro de la familia -yerberos, sobadores- los cuales contaban con conocimientos curativos, y de esta forma reproducen y enriquecen con sus propia experiencia la sabiduría médica ancestral de sus antepasados; en otros casos, como en el de algunas parteras, afirman aprendieron su oficio en sueños, enseñadas por la virgen u otro personaje sobrenatural y posteriormente se fueron comprometiendo al ser requeridas por los vecinos de la localidad. Es muy difícil que alguien que haya sido llamado a curar por los medios descritos se oponga a hacerlo: se considera un privilegio, un llamado divino, un oficio sagrado e incluso piensan que, si no lo cumplen, podrían llegar a enfermarse.

La legitimidad les viene de la aceptación de sus servicios por los vecinos del lugar, por el servicio comunitario que prestan, dentro de la cosmovisión propia. Cuando cubren el rol asignado con dedicación y eficiencia, son sumamente respetados.

Son personas del pueblo, vecinos del lugar, cercanos a los sufrimientos y esperanzas de su gente. Su posición social, no diverge del de la mayoría. Son campesinos en su totalidad, con una posición económica más bien marcada por la carencia de recursos. Todos ellos van a la milpa y realizan actividades curativas como algo complementario, con excepción del sobador de Molango, cuya intensidad de trabajo le impide realizar otras actividades productivas.

Las parteras

Son pocas las parteras en las comunidades campesinas serranas. Hay una o dos por localidad, aunque en algunas ya llegan a faltar y

las buscan en poblaciones vecinas. Se trata de mujeres maduras o mayores que realizan el oficio por tradición.

El trabajo de las parteras requiere de mucho sacrificio: consiste en *sobar* a las embarazadas en caso de ser necesario, cada mes, mientras dure el mismo; una vez en trabajo de parto acompañan a "la enferma" y le dan algunas hierbas; al nacer la criatura le cortan el ombligo *con carrizo o con machete* y atienden el alumbramiento; después lavan por varios días la ropa de la que "se alivió" y le dan unos baños en el temazcal a la madre y, en algunas ocasiones, al niño. Las que están más ligadas a la tradición, realizan algunos ritos de purificación, pero todas ellas rezan y "encienden ceras" en las casas de quienes sirven.

> *"Le hacen al niño sus siete días y le dan de comer a la partera... se hace una fiestecita, pequeña, pero se hace, porque si no, dicen que lleva peligro y se muere...; (...) el casero le da de comer a la tierra... La placenta la entierran en una esquina de la casa... se le da de comer a la tierra dentro de la casa..."* (Juan Pérez, Michumitla)

En los últimos años, las parteras han sido requeridas por el sector salud para su capacitación, toman cursos y reciben materiales, a cambio de apoyar los programas gubernamentales de planificación familiar. Les motivan a que cobren por sus servicios -alrededor de cien nuevos pesos (en 1992)-, lo que está ocasionando que las familias prefieran que las señoras den a luz sin requerirlas.

> *"Mi mujer dos veces se alivió solita y una vez con la señora..."* (Juan Pérez. Michumitla)

> *"Casi yo me alivio sola, nada más con medicina... sólo me acompaña mi esposo... Me aplica unas ampolletas..."* (Francisca Cruz. San Antonio.)

El papel que juegan las parteras tradicionales es muy importante para la reproducción social y simbólico religiosa de los campesinos serranos. Ellas mantienen viva, por tradición oral y a través de ritos cargados de simbología, tradiciones que fortalecen la identidad y permiten la reproducción social; además de que, por el bajo costo de sus servicios, permiten que se reproduzcan biológicamente sin una carga económica adicional.

Sobadores

Son escasos, pero muy valorados. Es famoso Don Miguel, de Molango, que no se da a basto con la extensa consulta que tiene, principalmente los días de plaza. Le hace la competencia a los médicos de la clínica de IMSS-SOLIDARIDAD de Zacualtipán, ya que la gente prefiere ir con él, por la fama que tiene y por el temor a ser operados por los médicos.

> *"Hacen un bien, porque hay algunos que a veces se llegan a lastimar y los llevan a México o a Pachuca y nomás los mochan luego luego y aquí sí hay medicina: les hacen una vilma y les ponen y quedan mejor..."* (Antonia Pérez. Michumitla)

En San Antonio:

> *"Están Doña Leonor y Doña Bonifacia... curan con el 'veterinario' y con el Vaporú... soban con eso..."*

Los de Michumitla acuden a otras comunidades -Jalamelco y Molango- en búsqueda de sobadores o hueseros y tienen comprobada su eficacia.

> *"Aquí no hay, pero hay en Jalamelco. Se llama don Severo... Cura con sobadas. El sabe como cura, porque mi esposo se desbarrancó un tiempo... se quebró la mano y fuimos a traer al señor ese y sí lo vino a curar. Le acomodó el brazo donde estaba quebrado y lo encarrizó, lo llenó de carrizos por los lados y le echó unturas... traía unos frasquitos con ungüentos... A veces ponen bilmas..."* (Antonia Pérez. Michumitla)

Yerberos

Además de los típicos comerciantes que ponen sus puestos de plantas medicinales en los tianguis de Molango, Xochicoatlán e Ixtlahuaco, hay *conocedores* en varias comunidades que son buscados, incluso por personas que vienen de comunidades lejanas en busca de un remedio.

> *"Mi nuera, a los tres meses que tuvo a su muchachito y cae enferma... cayó enferma un año y no jallaba yo la forma con qué lo voy a curar... Pos Dios quiso que en Xococuatla me*

dijeron...: pos... ¿qué a poco no lo conoces? (y es que esa enfermedad yo no lo conozco, no los curo... no sé... pero ya lo curé con lo que pude, con yerbitas...) -Ese tiene frío... (porque ya se estaba curando para que no tenga familia)... y junto yo esas hierbas y lo baño como cuando estuvo enferma con su criatura... y ansina se curó..." (Georgina Bautista. San Miguel)

Es grande la variedad de plantas medicinales de la región que conocen estos curadores, pero también realizan ritos, pueden realizar barridas y hacer oficio de zahorines. Suele haber por lo menos uno en cada localidad.

Zahorines y curanderos

Encontramos otro grupo cuya eficacia curativa reside fundamentalmente en el elemento simbólico-religioso, y que ejerce un control social: los zahorines y los curanderos.

Se da el nombre genérico de *zahorín* a las personas que buscan cuál es *el daño* que la persona ha recibido y realizan barridas, limpias u otras medidas para curarla y se les busca en situaciones especiales: cuando se está perdiendo ganado, en enfermedades que surgen "de repente" o que no se curan con medicinas, ya sea porque se ha agarrado un "aire" o por "causa de los difuntos".

"Cuando alguien se siente enfermo, que sabe que no se cura con medicinas de farmacia, entonces acude con el zahorín..." (Marcela Flores. Michumitla)

"Curan algunas enfermedades nomás... enfermedades que nomás sufren a ratos, por días o por horas y sienten la enfermedad nomás en una parte, no es en todo el cuerpo... es entonces cuando quieren ir con curanderos, porque se cansan de andar con doctores y no los curan... se van con curanderos..." (Juan Pérez. Michumitla)

Sin embargo hay una diferencia sustancial entre zahorines hechiceros y los curanderos. Los zahorines hechiceros causan enfermedades y otros males, ya sea corporales y psíquicos, que incluso pueden llevar a la muerte.

"Los canales de su acción son los que la propia cultura les ha adjudicado, y sus poderes están conformados por el sistema de valores y creencias de la comunidad. Los hechiceros, conocedores profundos de la psicología de su grupo, no han de ser considerados como simples autores y factores de mal, ya que cumplen con una función que es parte del sistema de normas de control de una sociedad mediante mecanismos de miedo y de represión. Es decir, en cada cultura hay un malo para evitar el mal comportamiento del grupo."[79]

No así los curanderos, que sin hacer daño, curan las enfermedades tradicionales, incluyendo a quienes les han hecho algún hechizo o daño.

"Las enfermedades vulgares, las dolencias de antiguo conocidas y fácilmente atacables, no son competencia del curandero; sino los males insólitos, los que despiertan temor, los derivados de la intrusión de cuerpos extraños de naturaleza mística, de la pérdida del alma, del castigo de los dioses, del maleficio enemigo. Puede afirmarse que al curandero compete sólo la esfera psíquica de las enfermedades, y que sus métodos curativos se apoyan en la psicoterapia. Aún en los casos en que aparece tratando un tabardillo o una fractura de húmero, desdeña el tratamiento físico farmacológico e instituye, primordialmente, un tratamiento sugestivo."[80]

Los zahorines tienen los canales de acciones que la cultura del grupo les ha asignado y sus poderes dependen del sistema de valores y creencias de la comunidad.

Madres de familia

Es muy importante también el papel que juegan las madres, las abuelitas, las mujeres de la casa, ya que son quienes dan la primera atención en la mayor parte de padecimientos y tienen una sabiduría ancestral transmitida oralmente de sus antepasados, que transmiten ellas a su vez a los hijos y nietos.

---

[79] ANZURES Y BOLAÑOS, María del Carmen. *"La medicina tradicional en México"*, UNAM, Serie Antropológica No. 57, México, 1989, p.108

[80] AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo. *"Medicina y magia"*, Obra Antropológica VIII, FCE, México, 1992, p.84

"Aquí ocupamos la malva, la rosa blanca y nosotros acostumbramos curarnos a lo pobre... pos también algún chorrito de aguardientito le echamos..." (Margarita Pioquinto. San Antonio)

El papel femenino en la curación, forma parte de las actividades del trabajo del hogar, de reproducción de la vida y del cuidado de los hijos, reconocidas en los roles campesinos. *"(...) Puericultura y pediatría son actividades de la madre de familia; son responsabilidad de la mujer, así como lo es la confección de los alimentos, el hervido del agua o la higiene de la vivienda, el cuerpo y la ropa de los hijos. En la protección y en el cuidado de la prole se erige el poder sobre ellos. Para la mujer que no se incorpora a la producción (y, en menor medida, para la que se incorpora también), ésta es una inversión a futuro."* [81]

La madre de familia es la que más cura. Tiene un amplio conocimiento de la herbolaria, masajes, emplastos, emplea el temascal y cuenta también con algunos medicamentos de uso común, con los que se automedica ella y su familia.

"Nos curamos tomado pastillas, bañándose la cabeza con ramas, bañándose o untándose ungüentos... alguna untura se echa uno... Nosotros tenemos por buenas las melubrinas, cafiaspirinas... Las cafiaspirinas son para dolor de cabeza... Las melubrinas para dolor de cuerpo y los desenfrioles son para calentura... Es la que nosotros tenemos por medicina... Las pastillas las vamos a traer en la farmacia a Molango... Las utilizamos en la casa... (Margarita Pioquinto. San Antonio,)

"Cuando uno se enferma se cura con cualquier medicina que tenga uno en la casa... uno tiene que tener medicina en la casa para cuando está uno enfermo... para cuando llegue a pegar la enfermedad, ya tenga uno el remedio... Anda uno preguntando en las farmacias como qué puede ser bueno para la enfermedad... Nosotros no llevamos a los enfermos al doctor aquí en la casa... Yo me curo con puras pastillas que

---

[81] MODENA, María Eugenia. *"Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica"*, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata, México, 1990, p.134

me traen mis hijos por ahi de México... Por ejemplo, para el dolor de estómago ellos me han traído unas pastillas... y con eso se me quita..." (Francisca Cruz. San Antonio.)

Ella decide en primera instancia si cura el mal con remedios caseros, envía al enfermo con un curador tradicional o con un médico alópta y los elementos religiosos y simbólicos que habrán de realizarse: oraciones en el altar de la casa, encendiendo veladoras al santo de su devoción, oraciones en el templo al santo patrón, limpias y barridas, ofrendas en el pozo o en el lugar donde percibe que se contrajo el mal o manda a celebrar una misa...

Son muy efectivas también en la curación de numerosas enfermedades tradicionales como el *susto*, el *aire* y el *empacho*.

Todos estos grupos de curadores tradicionales difieren de los reconocidos por la medicina alópata. Los médicos y enfermeras los consideran hechiceros, embusteros, embaucadores, ignorantes, desconociendo la validez de sus servicios y la aceptación que tienen entre los vecinos. En todo caso, para no entrar en problemas, los ignoran y ejercen su trabajo desconociendo su existencia, aunque en algunas ocasiones, al entrar en conflicto con ellos, manifiestan abierta rivalidad.

LAS ENFERMEDADES Y SUS CAUSAS

En la Sierra, como en muchas partes de la geografía de nuestro país, existen enfermedades que no están descritas en la tipología médica: el susto, el empacho, el mal de ojo, la caída de la mollera, la postema, el aire, etc.

El *susto* viene siendo la consecuencia de un temor repentino, por el cual se desprende el alma del cuerpo. Las personas -frecuentemente los niños-, no pueden dormir, están decaídos, tristes, solitarios, sin apetito, pierden peso y, en ocasiones, presentan diarrea, vómito y fiebre. La causa es simple: el alma "tonalli"[82] se desprende del

[82] Para los aztecas, las principales fuerzas animistas eran el *tonalli*, localizado en la cabeza; el *teyolía* en el corazón y el *ihíyotl*, en el hígado. La salud dependía de las cantidades relativas de cada alma en un momento dado y de la conservación de un equilibrio entre ellas. La sombra es un equivalente del Tonalli. Ver ORTIZ DE MONTELLANO, Bernardo. *"Medicina, salud y nutrición aztecas"*, Siglo XXI. México, 1993, p.74

cuerpo, por ello la cura consistirá en ir a buscar el alma o "tonalli" en el lugar donde se perdió, generalmente donde sucedió algún percance o accidente, para devolverla a su dueño. Para ello se realiza un rito por el cual se limpia a la persona, se le asperge con aguardiente curado con hierbas olorosas, expulsando así los malos espíritus que pudieron ocupar su lugar y se va a "llamar" al espíritu con sahumerio y ofrendas de tabaco y aguardiente.

Otro ejemplo tenemos en el *mal de ojo.* Está ocasionado por la *"mirada fuerte"* de algunas personas o por la envidia. Los síntomas son: llanto frecuente, diarrea y fiebre. En el caso de la *"envidia"* o el *"daño"*, la persona que lo padece se comienza a enfermar frecuentemente, de enfermedades que no se curan con remedios caseros ni con el médico. La curación es uniforme y de carácter simbólico: se diagnostica pasando un huevo de gallina por todo el cuerpo del enfermo, se rompe y se vierte en un vaso de agua, dejándolo por unos minutos. Según la forma que adopta, indica la enfermedad que tiene y también su origen. Para curarlo se limpia nuevamente con huevo, piloncillo o hierbas, especialmente la ruda.

> *"Algunos piensan que les hacen daño porque los envidian... porque tienen -y aunque no tengan, aunque nomás no les falte una tortillita- los empiezan a envidiar y ... que les han venido a dejar esto y que les han venido a dejar lo otro... y que no se por qué..."* (Cosme Vicente. San Antonio)

El *aire* también es importante. Es un dolor en el costado o en otra parte del cuerpo, que es producida por algún espíritu.[83]

> *"Agarró un aire en el camino... porque se llegan a creer que los difuntos espantan..."* (Cosme Vicente. San Antonio)

> *"Los Zahorines curan a los que creen que han agarrado un aire en el camino."* (Antonia Pérez. Michumitla)

---

[83] Los aztecas tenían cuidado al acercarse a lugares como los bosques, las cavernas y los manantiales, donde moraban los *chaneques -dueños de lugares peligrosos-* que podían hacerles daño al sacarles el tonalli del cuerpo.

El origen de las enfermedades

Los campesinos serranos consideran que, tanto la salud como la enfermedad, tienen un origen divino.

> *"Dios nos manda las enfermedades y Dios las quita..."* (Ruperta Hernández. San Miguel)"[84]

> *"Dios manda las enfermedades... ¡Cómo que no!, porque mucha gente no respeta uno..."* (Georgina Bautista. San Miguel)

Aunque la evangelización cristiana de los últimos años ha insistido en que "Dios no castiga", la idea de que las enfermedades son castigo divino es muy fuerte.

> *"Yo pienso que Dios pone pruebas, para ver si nosotros lo negamos... Cuando estamos enfermos, si nosotros lo negamos, entonces no tenemos nuestra fe en Dios, porque cuando estamos enfermos hay que tener paciencia, pedirle a Dios que nos dé la salud..."* (Rosa Flores. Michumitla)

En ocasión de un percance meteorológico, en el que una tromba hizo crecer bastante el pequeño arroyo del pueblo de Michumitla llegando a inundar algunas casas, la mayoría lo atribuyó a que un vecino había golpeado a su madre estando borracho y por él los "había castigado Dios"...[85] Para los campesinos serranos toda actividad humana tiene

---

[84] "Yo pienso que Dios ha puesto todo... Dios nos ama y Dios también nos pone a prueba, para resistir todas las pruebas de Él... Si no estamos creídos en Él... Él nos protegerá con su manto... por eso pone las plagas..." (Celedonio Reyes. Michumitla)

[85] Los católicos de las CEB's, sin embargo, no reconocen el castigo de Dios fácilmente, aunque de su práctica se infiera lo contrario: "Seguro Dios manda las enfermedades para que nos acuérdemos de El..." (Francisca Cruz. San Antonio), "Debe de ver Dios en nuestra enfermedad, porque Dios murió por nosotros... por eso no vamos a decir que es castigo de Dios, porque Dios quiere que estemos sanos, que no estemos enfermos..." (Juan Pérez. Michumitla), "Si le pide a Dios yo creo que le va a dar la salud, le va a sanar... pero si estamos renegando, yo creo que no... La enfermedad nos la buscamos nosotros mismos: Dios no manda enfermedades, Dios nos manda felicidades... Nosotros mismos nos las buscamos... " (Margarita Pioquinto. San Antonio) En la última aseveración hay ya un giro teológico, fruto de un análisis en el que cada quien se forja su propio destino de vida o de muerte, de salud o enfermedad, fruto de la reflexión en los grupos de CEB's.

consecuencias colectivas, por lo tanto el pecado personal es asumido comunitariamente y hay que reparar el daño, dado que la humanidad está integrada en la totalidad.

Las enfermedades, en fin, nos recuerdan al creador. Por ello es importante para quien busca la curación, realizar rituales que semejen el rito de la creación. El tratamiento está hecho de ritos, ceremonias, ofrendas y rezos. La enfermedad no solamente afecta el funcionamiento biofísico del enfermo, sino la organización del mundo y revela un problema cósmico, del cual se deben conocer las dimensiones. De esta manera en las curaciones se ocupan los elementos dándoles un carácter simbólico: las ofrendas en el monte, en los manantiales, nos revelan que la vida no puede ser reparada, sino tan sólo *recreada*, mediante la repetición de la cosmogonía.[86]

Para los mexicas, la estructura y la función del cuerpo humano replican la estructura y la organización del universo. El comportamiento humano puede afectar el equilibrio y la estabilidad del universo, lo que lo compromete a mantener la existencia del mismo, ya que está en deuda con la divinidad.[87]

Es muy importante en la Sierra el concepto de ***frío-calor***, relacionado a la salud: hay enfermedades frías o calientes, alimentos y medicamentos fríos o calientes.

> *"Cuando no nos molesta el frío, nos molesta la calor... Nos acaloramos... Ya nos duele la rodilla, ya nos duele la espalda..."* (Celedonio Reyes. Michumitla)

---

[86] Cfr. MIRCEA, Eliade. *"El mito del eterno retorno"*, Alianza Editorial, Madrid, 1984, pp.14-15

[87] En el mito del Quinto Sol los dioses se sacrificaron para crear el mundo y su vida animal y vegetal, por lo que la humanidad tiene una deuda con ellos. "Después de la destrucción de la cuarta era los dioses se reunieron en Teotihuacán para recrear al sol y para darle vida al mundo. Dos dioses Tecciztécatl, que era rico y Nanahuatzin, el "Bubosillo", compitieron por la oportunidad de arrojarse a una hoguera y convertirse en sol. Tecciztécatl reclamó ser el primero debido a su riqueza, pero retrocedió tres veces. Nanahuatzin sin embargo, no titubeó en inmolarse y se convirtió en sol. Tecciztécatl, avergonzado, lo siguió, pero debido a la cobardía que había demostrado los otros dioses lo golpearon y lo convirtieron en la luna. El sol era estacionario pero requería movilidad para poder desempeñar su papel creador, así que los demás dioses, de manera voluntaria, se sacaron sangre para nutrir al sol y permitirle moverse." en ORTIZ DE MONTELLANO, *Op.cit.*, p.58. El mito transmite el mensaje simbólico de que los dioses se sacrificaron para crear el mundo y el hombre queda en deuda con ellos.

"Las mujeres se enferman por eso de andar en la calor, por ir a traer la leña..., (Margarita Pioquinto. San Antonio)

"A lo mejor (nos enfermamos) por el trabajo, por el agua que se moja uno..." (Anselmo Gonzalez. San Miguel)

A pesar de que el clima es "templado", insisten en afirmar que se enferman por *el calor*, lo que hace pensar que se refieren a un desequilibrio en el *binomio frío-calor*, lo que aparece frecuentemente en sus relatos:

"Los hombres, como van al campo, se acaloran..." (Francisca Cruz. San Antonio)

"Los hombres se enferman de tanto trabajo, de calor, se les cierra la calor en el estómago... les viene como ataque en el estómago, en la cintura, en los pulmones... (Cosme Vicente. San Antonio)

En la curación es muy importante también el concepto de frío-calor, por ejemplo, en las plantas medicinales.

"Damos lo que seya... unas yerbitas de la plaza... Allí viene cuál caliente y cuál frío, de las yerbitas... Al que atiende, yo le pregunto cuál yerbita caliente y cuál frío..." (Georgina Bautista. San Miguel.)[88]

Cuando la enfermedad es **caliente** se remedia con plantas frescas:

"Si es de calor, se bañan con el nixtamalillo..." (Cosme Vicente. San Antonio)

"Usamos yerbitas calientes y nos lavamos los pies con esas yerbas. Unas yerbas que se llaman Tlanchinoli... Cuando nos duelen los pies de frío, nos lavamos los pies con esa yerba..." (Antonia Pérez. Michumitla)

[88] "Otras yerbitas así como de calor, solamente la yerba cólica, solamente lo estamos diciendo "tequiquis"... les pone uno aguardiente con sal, con tomate -anque ansina- para el dolor de cabeza y a veces ése le pasa..." (Georgina Hernández. San Antonio), "A veces decemos que porque es de calor... algunos toman Alkaseltzer... o la hierba cólica, que le decemos..." (Francisca Hernández. San Miguel).

Este concepto de frío-calor, aunque también fue traído por los españoles, ya existía en Mesoamérica y refleja la necesidad de guardar un equilibrio y estabilidad en el universo, que cuando se rompe, debe ser restaurado.[89]

El concepto de dualidad cósmica es el factor organizativo clave del universo. Sus partes son pareadas, opuestas y complementarias. Un plano horizontal separaba los cielos (Padre) de la tierra (Madre) y así tenemos los pares de opuestos:

MADRE	PADRE
hembra	macho
frío	**caliente**
abajo	arriba
tierra	cielo
mojado	seco
oscuro	luminoso
agua	fuego
muerte	vida

El desequibrio entre estos pares de opuestos podía ser causa de enfermedad.[90]

---

[89] "La esencia del argumento opuesto a la opinión de Foster es que la polaridad *frío-caliente*, permeaba el pensamiento azteca incluyendo los conceptos de salud-enfermedad, antes de la llegada de los españoles. Los aztecas se mostraron receptivos a las teorías humorales europeas que se asemejaban a las suyas, como en el caso del sincretismo que entraña la dualidad "frío-caliente" y rechazaron el concepto ajeno de "húmedo-seco". ORTIZ DE MONTELLANO, *Op.cit.*, p.261. Ver también LOPEZ AUSTIN, Alfredo. *"Cuerpo Humano e Ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas"*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México, 1980, pp.303-318.

[90] "Todo un intrincado mecanismo descansa en el orden de las oposiciones(...) Pero en un primer plano, en la polaridad *frío/calor* se encuentra la explicación de las enfermedades, sus orígenes, su prevención y su tratamiento. Por ejemplo, entre los mochós, en Chiapas, el defensor toma la cruz ritual de su paciente y la *siembra* en un campo sagrado. Si teme una enfermedad *fría*, escoge el campo seco, muy expuesto a los rayos solares, donde está plantado un jocote. Por el contrario, si teme una enfermedad *caliente*, escogerá el otro campo, regado por un río o por un manantial, sombreado por árboles frondosos, donde se yergue un matasanos o zapote blanco." LOPEZ AUSTIN, Alfredo. *"Los Mitos del Tlacuache"*, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990, p.249.

DIAGNÓSTICO: LA CAUSA DICTA LA CURA

Entre los indígenas la concepción del complejo salud enfermedad es holista, a diferencia de la llamada medicina "científica". Hay un origen complejo, que entrelaza diferentes causas naturales y sobrenaturales.

Se identifican causas inmediatas, que pueden ser ***naturales***, una caída, una cortada, o procesos biológicos, que se consideran enfermedades.

> *"Las mujeres se enferman "de niños"... si no es de niños, no falta alguna enfermedad... somos señoras... por ejemplo de dolor de barriga..."* (Ruperta Hernández. San Miguel)

> *"Cuando los animales se alborotan, puede venir un accidente: la yunta se les puede venir encima. Si el gañán no se pone fuerte se les puede lastimar... Si es ladera, a veces les ruedan piedras, o se caen... También en la escarda... una víbora... el mohuaquite... Si el surco está cerrado de hierbas, allí está la víbora y si se descuidan les puede dar un picotazo... se pueden morir...* (Celedonio Reyes. Michumitla).

> *"Cuando van a trair leña, se pueden cortar con el machete... En un descuido, pos se cortan... Si van a llevar agua al ganado, un animal que sea bruto, las puede llegar a embestir...* (Juan Pérez. Michumitla)

Sin embargo, lo que más importa es descubrir la **causa última**, no tanto la próxima.

En ocasiones la causalidad es explicada por la *ley del contacto*, es decir, que los objetos que han estado en contacto con un individuo pueden seguir ejerciendo influencia a distancia.

> *"Antes las personas sí hacían cosas con curanderos y con brujos... si a una persona no la querían ver, la embrujaban y esas personas sí se enfermaban. Iban con el que curaba y les echaban tierra de muerto o les ponían un muñeco con espinas para que la persona sufriera..."* (Juan Pérez. Michumitla)

Una creencia basada en la ley del contacto persiste en la Sierra, al suponer que la embarazada que salga en la noche y vea un eclipse de luna, parirá un hijo con labio leporino.

Las enfermedades finalmente, son causadas por las divinidades, como causa última, ***sobrenatural,*** ya sea por castigo o como prueba. "El diagnóstico de los males de origen sobrenatural (por causa de castigo divino) requería los servicios de los especialistas para identificar tanto la *deidad ofendida como los ritos propiciatorios adecuados.*"[91]

Para diagnosticar este tipo de causas son importantes los especialistas, los zahorines, quienes por diversos métodos, pueden conocer las causas de las enfermedades, su pronóstico y la curación adecuada.

> *"Saben de dónde viene el mal porque barren con alumbre y allí lo ven... si es aire, allí ven dónde agarra el aire, si es en el pozo o donde sea y lo ven con el alumbre... también echan 'maicitos'... escogen maíces de varios colores y una veladora en medio y echan el maíz... no sé cómo lo hacen, pero si se atraviesa el maíz dicen: 'ahí está el mal'..."* (Juan Pérez. Michumitla)

MÉTODOS DE CURACIÓN

Los métodos curativos son múltiples y realmente efectivos, en la medida que resuelven las causas últimas, sobrenaturales. Por ello es importante la oración. aunque en la Sierra la medicina occidental está difundida ampliamente, la gente sigue recurriendo a una variedad de ritos y acciones curativas, las cuales tienen una base sobrenatural, que toma en cuenta un equilibrio entre la mente y el cuerpo y que tiene características comunitarias. Las diversas técnicas curativas influyen en diferentes esferas y su aplicación simultánea no provoca conflictos.[92]

---

[91] ORTIZ DE MONTELLANO. *Op.cit.*, p.175.

[92] "Los aztecas se interesaban también por el alivio de la enfermedad y que fuese éste primordialmente psicológico/simbólico debido a un efecto placebo, logrado por el uso empírico de remedios, con ingredientes activos, resultado de la cirugía, del aplacamiento de los espíritus, de la magia, o de una combinación de todos estos factores, era algo que no le importaba ni al curador ni al paciente." *Ibid,* p.196

Las enfermedades se tratan principalmente con *oraciones, ofrendas, rituales*, incluso con la confesión y expiación de los pecados, ya sea personal o comunitaria.

> "*Cuando le tenemos fe a Dios sí nos aliviamos... Ahora, por ejemplo, el Señor de la salú, que tenemos en Jalamelco, cuando le pedimos de corazón sí manda el alivio...*" (Antonia Pérez. Michumitla)

> "*Algunas personas que se sienten mal van a la capilla a pedirle a Dios que les de la salud y a algunas personas sí se les concede. Invocan a nuestro padre Jesús y a la patrona, Santa Lucía... Le piden a Dios y a la virgen que les de el alivio y le rezan un padrenuestro a la virgen o una salve y sí los oye, les manda el alivio... Encienden ceras o un cirio, lo que puedan dar de limosna...* (Marcela Flores. Michumitla)

La religión, experiencia personal y comunitaria de Dios[93], es determinante en la concepción que los pueblos de la Sierra tienen en relación a la salud y enfermedad y por lo tanto está llena de significado, de relación con la naturaleza, con lo sobrenatural, con lo sagrado, de vivencia comunitaria y lucha por la vida. Por ello, el remedio a las enfermedades está vinculado a ritos, cargados de contenido simbólico, que introducen en ese ámbito de lo sagrado y a la vez recuperan el orden perdido con los demás y con todo lo que les rodea.

Las *barridas* es un método socorrido: pueden ser con hierbas, con huevo, con piloncillo, como ya se relató anteriormente.

La *herbolaria* es el método casero por excelencia, usado sobre todo por las abuelitas y las madres de familia.

---

[93] "Ser religioso es hacer la experiencia de Dios en la propia experiencia. El que es religioso hace la experiencia de Dios cuando trabaja, hace la experiencia de Dios en su familia y en sus relaciones sexuales, encuentra a Dios en sus agrupaciones, descubre la acción de Dios en sus compromisos políticos, al educarse ve a Dios en el entrenamiento que está teniendo. El que no puede encontrarse con Dios ni con su plan en la propia vida, no es religioso." SILLER, Clodomiro L. "Símbolo y Mito en la Teología India", en *"Teología India Mayense"*, Cenami, México, 1993, p.367

Las plantas medicinales en la Sierra de Hidalgo son abundantes y ampliamente conocidas. Aunque el uso de las plantas medicinales está extendido a toda la geografía nacional y aunque muchas de ellas son de origen europeo, la mayor riqueza de la herbolaria proviene de los grupos humanos que poblaron Mesoamérica.[94] Por tradición oral, los usos de algunas plantas medicinales se han conservado y se han difundido.

Los usos son múltiples y para síntomas frecuentes.

Para la fiebre...

> *"Usan la hierba "Xomal" -que le dicen-. Lo usan con unos tomatitos. Se ponen por aquí en la frente... Se echan aguardiente en la cabeza..."* (Roque Hernández. San Miguel.)

Para el dolor de estómago...

> *"De yerbitas ocupamos la yerba cólica, para si tiene uno dolor de estómago..."* (Ruperta Hernández. San Miguel.)

Para la tos...

> *"También la borraja china... la violeta..."* (Francisca Cruz. San Antonio.)

En la herbolaria como tratamiento, es importante también el concepto de frío-calor. Para una enfermedad fría, será necesario un tratamiento caliente y a la inversa.

> *"Otras yerbitas así como de calor, solamente la yerba cólica, solamente lo estamos diciendo "tequiquis"... les pone uno aguardiente con sal, con tomate -anque ansina- para el dolor de cabeza y a veces ese le pasa..."* (Georgina Hernández. San Antonio.)

---

[94] "Con frecuencia se alude a la riqueza de la herbolaria medicinal de los mexica, porque es de la que tenemos más noticia a través de crónicas, historias y relaciones de los españoles que conocieron el mundo náhuatl del siglo XVI". LOZOYA, Xavier, "La herbolaria medicinal de México", *en "La medicina invisible. introducción al estudio de la medicina tradicional en México."*, Folios Ediciones, 3a. edición, México, 1986, p.259

Las plantas medicinales son efectivas, de eficacia comprobada.

> *"Mi nuera, a los tres meses que tuvo a su muchachito y cae enferma (...) y junto yo esas hierbas y lo baño como cuando estuvo enferma con su criatura... y ansina se curó..."*(Georgina Bautista. San Miguel)

El **uso del temazcal**, aunque se ha reducido en los últimos años, se conserva en casi todas las comunidades, según hemos observado.

El temazcal consiste en un cuarto construído con piedras y lodo, a la manera de un horno de pan, que tiene por dentro un *tlical*, es decir, un pequeño horno con una piedra grande encima. Se calienta el temazcal, se introduce el enfermo -y en ocasiones toda la familia- y se echa agua con plantas medicinales sobre la piedra caliente, para que se produzca el vapor, el cual se atrae hacia el cuerpo con ramas especiales, con las que también se golpea el cuerpo.

> *"El temazcal lo usamos cuando sentemos que nos duele el cuerpo... Nos damos un baño en temazcal y sentemos que se compone el cuerpo... Prendemos y le echamos muncha leña y cuando ya se acaba la leña, se calientan las piedras del 'tlical' - así llamamos al montoncito de piedras que tiene - y nos metemos al baño y ya le echamos agüita en aquellas piedras y ya con eso... Nos vamos bañando con agüita tibia..."* (Antonia Pérez. Michumitla)

Se usa en padecimientos reumáticos, en personas convalecientes y, principalmente, en el puerperio.

> *"No todos tenemos temazcal, pero sí acostumbramos... Se bañan en el temazcal las señoras que han tenido un niño y están acostadas todavía... Se mete al temazcal ya que se* "alivió"... *Se baña en el temazcal con hierbas... A los niños los bañan en el temazcal si uno quiere y si no, no... tal vez dice uno que porque están muy chiquitos..."* (Francisca Hernández. San Miguel)

> *"Algunos usan baños de temazcal para los ancianos que les duelen mucho los huesos... Se bañan en temazcal para que se les calienten los huesos..."* (Rosa Flores. Michumitla)

Como vemos, se conserva el uso curativo, aunque ha perdido su importancia religiosa.[95]

En este recorrido que nos ha mostrado a los curadores, las causas de las enfermedades, el diagnóstico y los tratamientos de las enfermedades en la medicina tradicional, hemos visto la fuerza que tiene el contenido simbólico religioso en todo ello. La religión de los pueblos serranos ha ido evolucionando hasta la fecha, en un proceso en el que la cultura ha tenido un papel fundamental y que tiene repercusiones para la práctica médica. Es importante también en esta evolución la presencia de nuevas denominaciones religiosas.

ENFERMEDAD Y RELIGIÓN EN LA SIERRA DE HIDALGO

La zona fue evangelizada en el siglo XVI por los frailes agustinos que, desde el famoso convento de Meztitlán, se desplazaban fundando templos y conventos en la Sierra, estableciendo un corredor que les permitió llegar hasta Huejutla. En Molango, fray Antonio de Roa se enfrentó a la religión indígena -el molaísmo- terminando por destruir la figura del dios Mola y estableciendo la primera iglesia cristiana bajo la advocación de San Miguel. Con el tiempo construyeron, con la sufrida mano de obra indígena, un convento-fortaleza que fue centro de evangelización de la zona y que persiste parcialmente restaurado hasta nuestros días.

La exigencia del bautismo fue cada vez más fuerte y se unieron simbióticamente los elementos de la religión indígena y la doctrina católica. Esto tuvo también un efecto sobre la medicina indígena. Hacia el principio del siglo XVII ya estaban sustituídos los testimonios gráficos de la medicina autóctona y se había interrumpido el proceso formal de transmisión del conocimiento; los especialistas, en quienes se depositaba la sabiduría médica y sus recursos, los *titici*, habían desaparecido.[96] Algunos elementos de la medicina mágico-religiosa fueron sustituídos por formas cristianas equivalentes: oraciones a la virgen María y a los santos y no pocos procedimientos

---

[95] Entre los pueblos prehispánicos se usaba para "(...) ritos relacionados con la Madre Creadora de los Dioses y de los Hombres; bajo su advocación de Diosa de los Partos, la Abuela de los baños que llamaban Temazcaltoci". MOEDANO, Gabriel N. "El temazcal, baño indígena tradicional", publicado en la Revista *Tlatoani*, Núm. 14-15, octubre de 1961, pp. 40-51

[96] Cfr. LOZOYA, Xavier. *Op.cit.*, p.260

curativos de la medicina indígena fueron desplazados por la europea, que en ese tiempo tenía una conceptualización de las enfermedades con caracteres mágicos rituales, afines al carácter popular, los cuales fueron aceptados por los indígenas desde sus propios patrones culturales.

La herbolaria no tuvo gran problema, ya que se enriqueció con algunas plantas de origen europeo, aunque los inquisidores estaban alerta de que no se emplearan las plantas con fines idolátricos o adivinatorios.[97] No corrieron con la misma suerte los sacerdotes indígenas quienes fueron prácticamente exterminados o convertidos al cristianismo, no así los curanderos, que por su carácter secular pudieron sobrevivir hasta la fecha, por su dificultad para identificarlos y por la aceptación y relación clientelar con una parte del pueblo.

En la actualidad, los campesinos serranos siguen siendo sumamente religiosos. Expresan su fe en Dios: en la milpa, experimentando la presencia viva de Dios en *la madre tierra;* en sus asambleas, tomando conciencia de que Dios los acompaña en su resistencia y luchas por una vida digna. Se expresa también en sus celebraciones y fiestas patronales y en las visitas a los santuarios cercanos, en espacios y tiempos sagrados, con danzas, música de banda y procesiones; en las celebraciones evangélicas con cantos y oraciones.

Los cambios en las visiones religiosas que se han venido dando en los últimos años, con el arribo de los espiritualistas y evangélicos y las modificaciones dentro de la Iglesia católica, han influído en la concepción y prácticas de salud de los serranos.

Los **católicos** tienen sus centros religiosos en los templos parroquiales, en las cabeceras municipales y en las capillas de las comunidades. Están dirigidos por los *párrocos* y sus *vicarios* -encargados de la parroquia y sacerdotes colaboradores- y en las comunidades cuentan con *catequistas* -quienes dan enseñanza de la doctrina católica a los niños-, *celebradores de la palabra,* -quienes realizan actos litúrgicos los domingos- y *preparadores de sacramentos* -los cuales dan pláticas de preparación al bautismo y al matrimonio-.

---

[97] "(...)conocemos los muchos juicios que se practicaban contra indios, mulatos, mestizos y judíos acusados de emplear con esos fines toloache, oloiuhqui, peyote u otros productos similares", *ibid*, p.263

Los sacerdotes y los católicos en general, tradicionalmente han prestado servicios en apoyo a los enfermos. Visitan a los que padecen enfermedades crónicas, solicitan el "sacramento de los enfermos", con el que los fieles se sienten reconfortados y celebran misas por el mismo fin; los sacerdotes y religiosas ayudan en algunos casos con sus vehículos al traslado de los pacientes a los hospitales, en casos de comunidades lejanas de los servicios de salud. El atender a los enfermos se considera una virtud, un acto de "caridad", imitando a Cristo Maestro que curó a los enfermos. La visión católica en torno a la salud se centra en que Dios "permite" la enfermedad, pero también puede evitarla con su poder en base a milagros; sin embargo, los fieles deben tener una responsabilidad ética en buscar los medios legítimos para conseguir su salud.

Desde hace cuatro años, ha surgido en la región un movimiento *de* **Comunidades Eclesiales de Base,** con inspiración en la Teología de la Liberación y apoyo de la diócesis de Huejutla. Esto ha hecho brotar un buen número de grupos que se inspiran en la Biblia para llevar a cabo una transformación de la sociedad a favor de los más pobres. Estos grupos en su inicio realizaron también acciones asistenciales de salud, pero al reflexionar la Biblia, encontraron en los profetas elementos que modificaron su visión. En los grupos analizaron que el trabajo en favor de la salud del pueblo forma parte de la acción más amplia de la organización de la sociedad y tiene que ver con la justicia, el reparto de tierras, la distribución de la riqueza; descubrieron que la preocupación de los profetas coincide con la medicina preventiva, al defender la vida del pueblo y denunciar claramente las causas de la marginación y del empobrecimiento del pueblo, y que el trabajo a favor de los enfermos va más en la línea de la solidaridad, la cual no puede desvincularse del cambio de las estructuras y de la toma de conciencia. Fruto de ese cambio en la mentalidad fue precisamente el proyecto de capacitación de promotores de salud comunitaria.

Los **Bautistas y Pentecostales**, con veinte y diez años respectivamente en la región, han acrecentado sus seguidores a lo largo de los años, de modo que algunas comunidades son de mayoría "evangélica". Mayor fuerza han cobrado en los últimos 10 años los Pentecostés -pentecostales-, grupo de tendencia carismática.

Los *Bautistas* consideran la salud como un don de Dios, en donde se manifiesta su bondad. Por ello hay que trabajar y poner los medios para estar sanos: visitan a los enfermos, oran y cantan para ganar de Dios la curación, apoyan económicamente a los fieles de su Iglesia e invitan a brigadas médicas del extranjero para que vengan a la región de la Huasteca y Sierra de Hidalgo a dar consulta y realizar operaciones.

Los *Pentecostales* tienen una visión semejante, pero ellos consideran que se pueden dar fácilmente curaciones milagrosas si se invoca al Espíritu Santo a través de la imposición de manos, ayudada por la oración de los fieles. De hecho varios de sus seguidores los han ganado a través de curaciones que consideran milagrosas.

> *"Me curo con la voluntad de Dios... Si Dios quiere que me muera, me voy a morir... El me va dando la fortaleza... Este niño estaba malísimo de un ojito que le estaba llorando... Vamos al doctor y nos dijo... "Es necesario llevarlo al oculista... que porque todos los días le lloraba y le lloraba, hasta por aquí le bajaban... Y lo llevamos al doctor y que al oculista... y ¡cuánto le cobraba!... Lo llevamos al templo evangélico y allí tranquilo... Le cantaron... Dice la Sagrada Escritura: Doctor de Doctores y Señor de Señores...* (Celedonio Flores. Michumitla)

Estas dos iglesias establecen distancia de algunas prácticas curativas de la medicina tradicional. Emplean oraciones y cánticos, aunque también utilizan otros recursos curativos propios -como el *bálsamo*-, o comunes -como las hierbas o medicamentos-.

> *"Se curan con medicina que ellos dan, pero no sé qué será, porque es un agua con la que curan... El que cura es don Antíoco... Dicen que rezan, pero nomás cantan,,, Dicen que hacen oración, que ellos se curan con agua que se ponen en la parte donde les duele y que con eso se alivian..."* (Marcela Flores. Michumitla)

Los católicos son escépticos de los "milagros" de los *hermanos*.[98]

---

[98] "Dicen que no ocupan medicina, que nomás con pura oración se curan, pero la verdad, yo no sé..." (Margarita Pioquinto. San Antonio.)

Los **Testigos de Jehová** se van extendiendo, principalmente en Molango. Visitan casa por casa llevando propaganda, con un discurso escatológico, que ve inminente el fin del mundo y gana adeptos afirmando que serán los únicos que se salven; atacan ferozmente a las demás iglesias, especialmente a la católica, como estrategia proselitista.

Ellos son muy radicales en su pensamiento de que Dios ha puesto en nosotros los recursos para nuestra salud y que si nos enfermamos o morimos es, definitivamente, voluntad de Dios. Su interpretación fundamentalista del Antiguo Testamento, provoca en los fieles la no aceptación de una transfusión, ni siquiera en peligro de muerte.

Desde hace aproximadamente diez años han proliferado grupos de **Espiritualistas**[99] que curan por medio de *mediums*, los cuales reencarnan a familiares difuntos a través de quienes se solicita la curación. También invocan y hacen presentes, por los mediums, a médicos y curanderos famosos. Usan oraciones, cánticos, muy parecidos a los católicos -ellos afirman no ser de ninguna secta y asisten también a los templos católicos-, pero son desconocidos por la jejarquía católica por considerar contrarias a sus normas las prácticas "animistas". Tienen centros espirituales en Molango y en Chalma, dirigidos y apoyados por personas de buenos recursos que se iniciaron en estas prácticas en la ciudad de México, y al volver a su lugar de origen comenzaron a buscarlos quienes tenían necesidad de curación. Hay quienes los consideran como la panacea y otros se ven escépticos en relación a sus resultados.

En general los buscan cuando ya han agotado otros recursos.

> *"Aquí hay un señor que duró como cinco años enfermo, parece que del corazón y se fue a Molango... como le buscó para curarse y no lo encontró, se fue a Molango con los espiritistas... Parece que no lo curaron... pero sí fue a Molango para que lo intentaran pero no lo han curado hasta ahorita..."* (Juan Pérez. Michumitla)

---

[99] El espiritualismo nace en Francia a mediados del siglo pasado y se considera una forma de conocimiento científico y revelado, para acceder a los espíritus y operar con ellos. El primer dato de espiritualismo en México se tiene en 1866 con Roque Rojas quien tiene un trance y se identifica con el profeta Elías. A partir de ese momento se difunde ampliamente en zonas urbanas y rurales.

En la Sierra de Hidalgo, según sea la religión que se profese, es la aceptación o rechazo de las prácticas curativas tradicionales. Todas las religiones ocupan el elemento sobrenatural; donde existen diferencias es en la aceptación de los aspectos simbólico-religiosos tradicionales.

La evangelización católica se enfrentó a las tradiciones curativas indígenas, sin lograr desterrarlas, pero modificándolas secundariamente; sin embargo el pueblo católico mantiene prácticas simbólico-religiosas y culturales, muchas veces en la clandestinidad, porque son reprimidas por los sacerdotes. No así los denominados evangélicos (bautistas y pentecostales), que las rechazan abiertamente por considerarlas prácticas mágicas o incluso demoníacas, sobre todo cuando tienen que ver con zahorines. Los más liberales en este aspecto son los espiritualistas, quienes fundamentan la fuerza de su movimiento, precisamente en sus prácticas simbólicas.

A continuación hago un pequeño análisis de la aceptación o no de ciertas prácticas curativas tradicionales entre católicos y evangélicos. La causalidad de las enfermedades es la misma: Dios es el origen de la salud y de las enfermedades y para curar hay que realizar algún rito (oraciones a los santos por parte de los católicos y lectura de la Biblia y cánticos por parte de los hermanos). Los que varían son los elementos simbólicos, que existen en ambos casos, ya que en el caso de los católicos hay mayor aceptación de elementos tradicionales -barridas, limpias, ceras, ofrendas-, y en el caso de los hermanos se ocupa bálsamo, imposición de manos, pero se consideran demoníacos o idólatras algunas prácticas simbólicas tradicionales, como encender ceras, barridas, ofrendas...

Los católicos atribuyen a la divinidad la causalidad de las enfermedades, aunque excluyen el que sean fruto de castigo divino.

> *"Debe de ver Dios en nuestra enfermedad, porque Dios murió por nosotros... por eso no vamos a decir que es castigo de Dios, porque Dios quiere que estemos sanos, que no estemos enfermos..."* (Juan Pérez. Michumitla)

> *"Si le pide a Dios yo creo que le va a dar la salud, le va a sanar... pero si estamos renegando, yo creo que no... La*

enfermedad nos la buscamos nosotros mismos: Dios no manda enfermedades, Dios nos manda felicidades... Nosotros mismos nos las buscamos... " (Margarita Pioquinto. San Antonio)

Se excluye la intervención de elementos mágicos, de brujería, de daño a otros, aunque se reconoce que todavía persisten.

"No es cierto que otros lo hagan mal... Dios lo manda... Antes había gente que pensaba así, pero ahora ya no... (Ruperta Hernández. San Miguel)

"Aquí se cree que otros hacen el mal, pero yo digo que no es cierto... nomás nos encomendamos a Dios y El nos sabe quitar lo que nos viene de males..." (Lino Hernández. San Antonio)

Algunos de los católicos entrevistados niegan, incluso antes de que se les pregunte, la posibilidad de que tengan creencias mágicas o su participación en ritos relacionados con zahorines.

"En la comunidad no hay curanderos, pero en otras comunidades sí... Yo a los curanderos no les tengo fe para curarme... Nunca he ido con ellos..." (Juan Pérez. Michumitla)

"Una señora iba en una casa a ver a los zahorines y ella dijo que se llamaba Rosa y me puso en mal a mí... pero yo nunca voy a verlos... Yo pienso que no está bien su trabajo, que no es cosa de Dios... Como no estoy acostumbrada, yo digo que no es de Dios..." (Rosa Flores. Michumitla)

Se atribuye a los zahorines y curanderos malas intenciones.

"Algunos dicen que están embrujados... pero yo no creo... yo pienso que ellos quieren sacar el dinero para su propio beneficio..." (Celedonio Reyes. Michumitla)

"Por allá arriba hay un señor que se llama Nicolás que hace cosas, pero para hacer chingar, no para hacer cosas bien..." (Georgina Bautista. San Miguel)

Pero no pueden negar su existencia y reconocen que hay quienes ocupan sus servicios y saben muy bien cómo trabajan, lo cuál permite suponer que también alguna vez han asistido a curaciones de ese tipo.

> *"Curan algunas enfermedades nomás... enfermedades que nomás sufren a ratos, por días o por horas y sienten la enfermedad nomás en una parte, no es en todo el cuerpo... es entonces cuando quieren ir con curanderos, porque se cansan de andar con doctores y no los curan... se van con curanderos... "* (Juan Pérez. Michumitla)

> *"Saben de dónde viene el mal porque barren con alumbre y allí lo ven... si es aire, allí ven dónde agarra el aire, si es en el pozo o donde sea y lo ven con el alumbre... también echan 'maicitos'... escogen maíces de varios colores y una veladora en medio y echan el maíz... no sé cómo lo hacen, pero si se atraviesa el maíz dicen : ahí está el mal..."* (Juan Pérez. Michumitla)

Los católicos aceptan más los métodos tradicionales de curar que los hermanos evangélicos, quienes tienen dificultades para aceptar las limpias, barridas, etc.

> *"Los católicos nos andamos curando con ramas... nos andamos curando con unturas, nos andamos curando con yerbitas que vemos que es bueno..."* (Margarita Pioquinto. San Antonio)

> *"Los católicos se curan con medicina... hay unos con yerbitas... así... y los que tienen con qué compran medicina y los que no, con puras yerbas... corriente... Es gente muy pobre... Le endonan algo a la virgen o al patrón, pidiéndole el alivio y le encienden una cerita..."* (Francisca. San Antonio)

Para **los evangélicos** Dios tiene un gran poder para curar y lo hace por medio de los pastores u otras personas que tienen dones para ello; pero ellos realizan las curaciones a través de la oración, cantan, leen la Biblia y ocupan bálsamos curativos, mas no encienden velas como los católicos[100], ni realizan limpias o barridas, las cuales

[100] "Encender velas" remite a prácticas de curanderos y zahorines. Los sacerdotes católicos las prohibieron hace muchos años, ya que se pensaba que se invocaba a deidades antiguas.

consideran prácticas del maligno, de acuerdo a la interpretación que hacen de algunos pasajes de las Escrituras.

> *" Usamos también la medicina, también yerbitas... Con limpias, eso si no... Nosotros no creemos en esas cosas...* (Celedonio Flores. Evangélico. Michumitla)

> *"Se curan con medicina que ellos dan, pero no sé qué será, porque es un agua con la que curan... El que cura es don Antíoco... Dicen que rezan, pero nomás cantan,,, Dicen que hacen oración, que ellos se curan con agua que se ponen en la parte donde les duele y que con eso se alivian..."* (Marcela Flores. Católica. Michumitla)

> *"El temazcal sí... Con el calentamiento se fortalece el cuerpo... Yo sufrí en México mucho dolor de cintura y me fui como cuatro veces al baño de vapores y me curé..."* (Celedonio. Evangélico. Michumitla)

> *"Dicen que esa señora pide sus velitas, su comidita, que si la ofrenda... que si para la tierra... no sé qué tanto... a mí, nomás me da risa... yo pienso que la tierra sí quiere comer también... pero nos come a nosotros cuando nos morimos..."*(Celedonio Reyes. Michumitla)

Aunque los *hermanos* -como se autodenominan entre evangélicos- afirman que realizan muchas curaciones milagrosas, los católicos son escépticos.

> *"Ellos engañan que con pura oración se curan, pero yo los veo allí a unos... Como aquí arriba ese señor, tiene más de treinta años que se metió de evangelista y ahora cae enfermo, lo oran y con oraciones no se para... Siempre lo compran esa medicina de loctor..."* (Georgina. San Miguel)

> *"Los protestantes casi no ocupan medicina... Con pura oración dicen que se alivian, pero no creo... porque la mamá de Baldomero ya la hubieran sanado si de verdad fueran poderosos... Ya no ve... Dicen que nomás con eso se alivian, pero no, siempre buscan medicina..."* (Cosme. San Antonio)

Estas diversas posturas de acuerdo a las denominaciones religiosas, reflejan la persistencia de prácticas enclavadas en la medicina tradicional, la cual persiste, a pesar de los embates de los médicos institucionales, de los sacerdotes católicos y de los pastores evangélicos. Sin embargo, no obstante una medicina tradicional vigente y vigorosa, la medicina hegemónica se va imponiendo lentamente, no sin conflictos y resistencia por parte de los campesinos.

2.2. LA REALIDAD DE SALUD DESDE OTRO DE LOS ACTORES: LA VISIÓN OFICIAL

El ejercicio de la medicina en la Sierra Alta de Hidalgo, en los municipios de Lolotla, Molango, Xochicoatlán y Tianguistengo se ejerce bajo la visión dominante biomédica, en la que el individualismo, la técnica y el consumo de medicamentos son los ejes principales.

LA PRÁCTICA MÉDICA EN LAS UNIDADES MÉDICAS RURALES Y EN LOS CENTROS DE SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

Los médicos de los servicios oficiales de salud más directamente involucrados con la atención médica a campesinos -Unidades Médicas Rurales de IMSS-Solidaridad (UMR) y Centros de Salud de SSA- son de origen externo a las comunidades, sin ningún arraigo en la zona: los del Centro de Salud de Xochicoatlán, por poner un ejemplo, son pasantes, originarios de la ciudad de México, que se desplazan cada fin de semana a ver a su familia; los de las Unidades Médicas Rurales de IMSS-Solidaridad son médicos generales, originarios de diversas entidades del país, que concursaron y firmaron un contrato por un año con el Seguro Social, principalmente por motivos económicos, pero cuyas aspiraciones son las de trabajar en hospitales oficiales o en la consulta privada en las grandes ciudades, donde puedan desarrollar sus aspiraciones de mejora de vida, intencionalidad por la que estudiaron la carrera de medicina.

Se consideran profesionales -"no en vano estudiaron cinco o más años de carrera universitaria"-, y resulta para ellos una frustración ejercer la medicina en lugares tan alejados de la "civilización". Esta

puede ser una de las razones de sus frecuentes ausencias de los centros de trabajo relatadas por los campesinos.

Los años de estudio, además de darles los conocimientos técnicos y académicos les han ayudado a interiorizar la idea de que ellos son los que "saben", los que conocen la etiología de las enfermedades. Piensan que la población campesina es ignorante y burda; su concepción es claramente clasista y a veces hasta racista. Aunque personalmente puedan ser humanistas y procuren un trato digno a los pacientes, no deja de observarse en la consulta médica las claras diferencias que hacen, según sea el origen y posición económica de los solicitantes de servicios médicos. La salud es algo que ellos ofrecen, que ellos "dan" a las poblaciones.

Su concepción de las enfermedades responde a la teoría biológica del origen de las enfermedades; no procuran establecer una relación directa con las condiciones generales, sociales, de vida de los pacientes. En todo caso, establecen una causalidad social, pero sin atacarla en sus aspectos estructurales. Consecuentes con esta idea, cuestionan y regañan a los pacientes en aspectos relacionados con el número de hijos, sus hábitos de higiene y conductas familiares. De esta manera se individualiza el origen de las enfermedades y no se cuestionan las causas sociales.

Las terapéuticas que emplean son las propias del complejo biomédico dominante, alópata, a través de los mecanismos propios institucionales: los pacientes acuden a la consulta y hacen una larga espera en la que incluso, en el caso de IMSS-Solidaridad por ejemplo, les obligan a realizar tareas que justifiquen su "participación comunitaria" para poder darles servicios, por medio de faenas consistentes en barrer, deshierbar el jardín o incluso lavar ropa. Cuando ya les toca su turno pasan a recibir primero una reprimenda por venir sucios, o por haber traído al enfermo hasta que ha avanzado la enfermedad o en condiciones graves, y a continuación se incia el interrogatorio formal del padecimiento actual y la exploración física. En el consultorio hay un escritorio detrás del cual está el médico, estableciéndose ya una relación de superioridad evidente. En el cuello o sobre la mesa portan el estetoscopio para "auscultar" y sobre la mesa y anaqueles los enfermos pueden observar los aparatos médicos que emplearán para su revisión y tratamiento: el

baumanómetro, las pinzas de curación, el espejo vaginal, el otoscopio, etc. Después de las preguntas y respuestas y del forcejeo para que se dejen explorar -sobre todo de las mujeres- se termina el rito al escribir una receta que será surtida por la enfermera o el encargado de la farmacia. No hay quien salga de allí sin ácido acetil salicílico -lo que conocemos como aspirina-, antiparasitarios o antiamibianos y en el caso de las mujeres, la mayoría de las veces, con una dotación de anticonceptivos.

Los médicos llevan un control estricto de los pacientes a través de las historias clínicas y de los reportes que tienen que presentar mensualmente a los Servicios Coordinados de Salud regionales, con sede en Zacualtipán.

En caso de que los padecimientos rebasen las posibilidades de atención de los médicos de las UMR y de los centros de salud, son canalizados al hospital de campo de IMSS-Solidaridad en Zacualtipán -de segundo nivel-, atendido por especialistas en el campo de la cirugía y obstetricia y médicos familiares.

Los progamas que desarrollan son esencialmente curativos, aunque en algunos casos sean "preventivos", como las campañas de vacunación, en las que se desenvuelve una grande movilización de personal médico y paramédico. Los médicos de las UMR visitan a las comunidades tanto con fines curativos como para promover los programas de atención materno infantil, de control de roedores y plagas, de nutrición, etc. Los médicos de los centros de salud tienen también alguna salida semanal en la que visitan a las comunidades donde hay auxiliares de salud o parteras integradas a sus programas de capacitación.

La práctica médica que he descrito responde a la práctica médica dominante, legitimada por el Estado y por los grupos hegemónicos.

> *"Tipológicamente en cuanto la medicina* científica *se construye como modelo terapéutico exclusivo y forma parte de una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y sociocientífica que la fundamenta, al mismo tiempo excluye, por lo menos teóricamente, a las otras prácticas curativas. La medicina científica está constituída por una serie de caracte-*

res estructurales: biologismo, o ahistoricidad, pragmatismo eficaz, mercantilismo, (...) se caracteriza por desarrollarse en el medio urbano industrial, básicamente a partir del siglo XVIII en los países que van a conformar la hegemonía capitalista; por localizar su legitimación en instituciones de Estado o avaladas por él; por asociar su práctica con el desarrollo educativo de la población; por asumir interna y externamente los principios mercantilistas, evolucionistas y positivistas que se imponen como ideología normal de las capas burguesas hegemónicas de los países de punta."[101]

La profesión médica se estructura en base a modelos que parten de la especialización y el uso de tecnología, según el informe Flexner del modelo norteamericano, en el que la especialización y la práctica hospitalaria son los ideales para el desarrollo de la medicina. En la descripción de la práctica médica en la Sierra de Hidalgo pudimos observar los niveles de estratificación que existen, de prestigio, de jerarquía y estatus social, en los que los centros de salud para la atención primaria son el último eslabón de la cadena. Asímismo los pasantes y médicos comunitarios se consideran a si mismos como de menor categoría que los especialistas de los hospitales, dada la selectividad del acceso a las especialidades que existen en el país.

Los médicos comunitarios han sido formados según el modelo hospitalario y en la práctica les cuesta adecuar sus conocimientos y habilidades al entorno rural. A esto se suma que son recién egresados y sólo ejercen sus servicios temporalmente, más que todo como un período necesario para subir en la escala de movilidad social.

La intervención del Estado en los planes del sector salud colabora en la reproducción de la ideología de la medicina hegemónica, especialmente en lo que toca al liberalismo e individualismo: el concepto mecanicista de la medicina, en el que el cuerpo es considerado como una máquina y la enfermedad surge del desequilibrio de sus componentes. Además, predomina el convencimiento de que las causas de la enfermedad son efectivamente individuales, excluyendo las influencias del ambiente económico y político como responsables de la enfermedad.

---

[101] MENÉNDEZ, Eduardo. *"Poder, estratificación y salud"*, Ediciones de la Casa Chata, México, 1981, pp. 39-40

Una de las características del capitalismo, que está en la base de la ideología dominante, se reproduce en el quehacer médico que se desarrolla en la Sierra: la división del trabajo. En la práctica institucional de salud se da una clara separación de poderes entre los directores, administradores, médicos especialistas, médicos generales, técnicos, paramédicos, etc., según una división del trabajo típica de la medicina hegemónica, en la cual se supone que los enfermos son los "receptores" de los servicios y los médicos son quienes "otorgan" los beneficios terapéuticos.

A través de esta ideología también se expropia al pueblo su participación, ya que se pierde el control sobre la naturaleza y definición de las acciones de salud, que en definitiva le corresponden, y se legitima que lo hagan los médicos y los gobernantes.

Se legitima finalmente, por esta vía, la perspectiva capitalista, ya que la mayoría de los pacientes llegan a creer y aceptar que se pueden resolver individualmente, por medio de la intervención médica, problemas que obedecen en realidad a causas políticas.

LOS INDICADORES OFICIALES: REFLEJO DE POLÍTICAS DE SALUD

A través de los indicadores que las instituciones oficiales utilizan para reportar los grados de marginación y la realidad de salud en los diferentes estados de la república y de sus municipios, podemos ir descubriendo cuáles son los criterios de desarrollo en salud, desde los niveles estatales y nacionales, hasta llegar a las políticas del Banco Mundial.

GRADO DE MARGINACIÓN

De acuerdo al *Indice y Grado de marginación*[102] establecido por CONAPO (Consejo Nacional de Población) en 1990, el Estado de Hidalgo es considerado con un grado *MUY ALTO de marginación*, ocupando el cuarto lugar en el contexto nacional. Esto está determinado por algunos indicadores socioeconómicos, establecidos previamente.

---

[102] "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 o parcialmente del acceso al consumo y disfrute de bienes y servicios y de la participación en los asuntos públicos", CONAPO, *"Sistema automatizado de información sobre la marginación en México 1990", México,* 1990, México, 1993

Los municipios de Lolotla, Molango, Tianguistengo y Xochicoatlán, dentro del mismo estado, son considerados así mismo con *un alto grado de marginación*, de acuerdo a los siguientes indicadores:

Vivienda

- **Porcentaje de ocupantes en viviendas sin agua entubada.** La falta de agua entubada propicia condiciones perjudiciales para la salud, para la atención personal y el desempeño de las labores domésticas.

- **El porcentaje de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado.** Las parasitosis intestinales y otras enfermedades endémicas aparecen en lugares que no cuentan con este servicio y donde se defeca al aire libre.

- **Porcentaje de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica.** Queda la población excluída del disfrute de bienes culturales, de la participación de sistemas modernos de comunicación y de la utilización de aparatos electrodomésticos.

- **Porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra.** Se exponen los ocupantes a adquirir enfermedades dermatológicas y respiratorias, provocando un detrimento en el desarrollo familiar.

- **Porcentaje de viviendas con algún nivel de hacinamiento.** Conforme a lo establecido por diversos organismos internacionales, se considera que una vivienda tiene hacinamiento cuando duermen en un cuarto más de dos personas.

A continuación se presentan datos sobre algunos de estos indicadores de marginación de los cuatro municipios en estudio, comparando los porcentajes con los nacionales y del estado de Hidalgo.

	Nacional	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tianguistengo	Xochicoatlán
% de ocupantes en viviendas sin agua entubada	20.92	29.86	46.15	44.07	47.74	33.83

	Nacional	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tianguistengo	Xochicoatlán
% de ocupantes en viviendas sin drenaje, ni excusado.	21.47	42.78	41.24	29.71	56.57	38.47
% de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	12.99	22.60	46.80	41.67	68.88	53.25
% de ocupantes en viviendas con piso de tierra	20.92	29.90	67.65	57.93	72.41	54.25
% de ocupantes en viviendas con hacinamiento	57.09	63.50	71.55	63.28	69.15	65.62

Fuente: CONAPO. *"La marginación en los municipios de México, 1990"*. México, 1993

Ingresos monetarios

El deterioro de la capacidad adquisitiva de los ingresos, es considerada una de las formas más significativas de marginación social, ya que impide el acceso al consumo de bienes y servicios necesarios para vivir.

	Nacional	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tianguistengo	Xochicoatlán
% de población ocupada con ingreso menor de 2 salarios mínimos	63.22	73.7	88.87	84.01	84.99	85.02

Fuente: CONAPO. *"La marginación en los municipios de México, 1990"*. México, 1993

Educación

Las políticas destinadas a la modernización económica exigen el acceso a la educación básica, indicador de la posibilidad de inserción en el mercado de trabajo competitivo y en el largo plazo, la única posibilidad de aumentar la productividad del trabajo y los ingresos reales de los jefes de familia. La falta de participación en el sistema educativo implica una severa exclusión social, del disfrute de bienes culturales y de la participación en los modernos sistemas de comunicación.

	Nacional	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tlanguistengo	Xochicoatlán
% de población mayor de 15 años analfabeta	12.44	20.69	30.63	21.09	39.68	25.96
% de población mayor de 15 años sin primaria completa	29.31	45.73	66.04	58.33	72.75	62.04

Fuente: CONAPO. *"La marginación en los municipios de México, 1990"*. México, 1993

Distribución de la población

La baja densidad demográfica es un indicador también de exclusión social desde la perspectiva del modelo dominante, ya que la población que radica en localidades pequeñas padece con mayor frecuencia de la privación de las condiciones materiales mínimas de bienestar (acceso a los sistemas de salud, educación, energía eléctrica, etc.), consecuencia de los altos montos de la inversión social necesarios para crearlas.

	Nacional	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tlanguistengo	Xochicoatlán
% de población en localidades con menos de 5,000 hab.	34.38	62.88	100	100	100	100

Fuente: CONAPO. *"La marginación en los municipios de México, 1990"*. México, 1993

A través del manejo de los indicadores, se han establecido índices que permiten calcular el grado de marginación y el lugar que ocupan los estados en el contexto nacional y los municipios en el contexto estatal y nacional.[103]

	Hidalgo	Lolotla	Molango	Tianguistengo	Xochicoatlán
Lugar de marginación que ocupa en el contexto nacional	4	567	968	353	810
Lugar de marginación que ocupa en el contexto estatal		22	38	13	29

Fuente: CONAPO. *"La marginación en los municipios de México, 1990"*. México, 1993

Todo lo anterior nos plantea el *alto índice de marginación* de los municipios en estudio y su bajo nivel de satisfación de necesidades básicas; sin embargo este tipo de estudios toma en cuenta los niveles de vida y aspectos sociales relacionados con las enfermedades, pero no cuestiona las causas estructurales de la pobreza, y los indicadores que ofrece, si bien en general pueden ser válidos, obedecen a una concepción hegemónica que, entre otros elementos, tiene como parangón o meta a seguir el modelo urbano e industrial, y está preñado de una visión de poder central, por ejemplo en cuanto a los indicadores de crecimiento de la población se refiere.

Por otra parte el interés por estos índices de marginación, dentro de la lógica neoliberal, está destinado no a superar las desigualdades, sino a integrar a la población marginada a la producción, dentro de una economía de mercado. Por eso la superación de la marginación está planteada en términos de: tener acceso a los sistemas modernos de comunicación; promover el "desarrollo familiar" con el uso de los aparatos electrodomésticos; transformar la base tecnológica del aparato productivo orientada a la modernización económica; la inserción en el mercado de trabajo competitivo, por medio de la

[103]Esta nueva forma de medir la marginación y la pobreza pretende superar otros intentos. Antes se estudiaron el índice LP (Línea de pobreza), NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), MIP (Método Integrado de Medición de la Pobreza), dentro de la lógica de la CEPAL.

educación básica; reducir los montos de la inversión social; la creación y aprovechamiento de "economías de escala" y el impulso a la productividad.

Tenemos, pues, desde una perspectiva gubernamental, en una clara lógica neoliberal, una visión economicista, tecnológica. La desigualdad en el destino de los recursos de salud, también refleja esta visión parcial.

RECURSOS Y SERVICIOS MÉDICOS

De un total de población en el estado de Hidalgo de 1'888,366 habitantes (Censo 1990), 1'520,775 reciben atención médica -según datos oficiales-, de los cuales solamente 451,126 son derechohabientes. La población abierta que recibe servicios lo hace vía SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia) e IMSS-SOLIDARIDAD (Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad).

Población legal y/o potencial[104] por institución, según entidad federativa. Hidalgo 1993.

Entidad federativa	Población abierta			Población derechohabiente				
	Total	SSA	IMSS-S	Total	IMSS	ISSSTE	Pemex	SDN
Hidalgo	1'440 ,348	749 ,500	690 ,848	663 ,451	459 ,108	170 ,729	24 ,831	8 ,783

Fuente: SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *"Boletín de información estadística no. 13"*, Recursos y Servicios, México, 1993 p.11

Población usuaria por institución, según entidad federativa. Hidalgo 1993.

Entidad federativa	Total	Población abierta			Población derechohabiente				
		Total	SSA	IMSS-S	Total	IMSS	ISSSTE	Pemex	SDN
Hidalgo	1'520,775	1,069,649	378,801	690 ,848	451,126	291,008	129,318	23,837	6,963

Fuente: SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *"Boletín de información estadística no. 13"*, Recursos y Servicios, México, 1993 p.11

[104]La *población legal* derechohabiente es la población conformada por asegurados y pensionados así como sus beneficiarios, con derecho a prestaciones, en especie o dinero que establece la ley. Las instituciones que cuentan con ésta son: IMSS -Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE -Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado-, PEMEX -Petróleos mexicanos-, SDN

En el Estado de Hidalgo en 1993 se ejerció un presupuesto en salud de 415,823.3 millones de nuevos pesos, de los cuales 301,278.2 millones se destinaron a la población derechohabiente y 114,545.1 millones se destinaron a la población abierta, es decir, una proporción de 3:1.

Del total ejercido en el año, solamente 29,464.2 millones de nuevos pesos se destinaron a la atención preventiva, un poco menos de la décima parte que se gastó a favor de la atención curativa, la cual ascendió a 258,394.7 millones de nuevos pesos.

En cuanto a **recursos físicos, materiales y humanos en las instituciones que proporcionan servicios médicos** tenemos:

Entidad federativa	Total	Población abierta			Población derechohabiente				
Hidalgo		Total	SSA	IMSS-S	Total	IMSS	ISSSTE	Pemex	SDN
Unidades Médicas	596	531	331	200	65	19	38	4	4
Recursos Humanos	7,269	3,920	2,933	987	3,349	2,273	785	283	8
Personal Médico	1,926	1,039	731	308	887	591	209	79	8
Personal Paramédico	3,044	1,610	1,195	415	1,434	1,036	279	119	

Fuente: SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *"Boletín de información estadística no. 13"*, Recursos y Servicios, México, 1993 p.11

La mayoría de los indicadores básicos del sistema nacional de salud están en el Estado de Hidalgo por debajo del promedio nacional y todavía más de lo requerido por la OPS -Organización Panamericana de la Salud- y de la OMS -Organización Mundial de la Salud:

- 1.8 quirófanos x 100 000 habitantes (promedio nacional de 2.7)

Secretaría de la Defensa Nacional-, ISSSTE estatal. La *población potencial* es la población a la cual puede brindarse atención médica, de acuerdo a la infraestructura disponible; representa la capacidad de oferta de servicios.

- 88 médicos x 100 000 habitantes (promedio nacional de de 101.7)
- 3 odontólogos x 100 000 habitantes (promedio nacional 5.8)
- 150 enfermeras por 100 000 habitantes (promedio nacional 175)
- 350 trabajadores de salud por 100 000 habitantes (promedio nacional 501.3)
- 8 consultas por médico general (promedio general 11.7)

En los municipios que nos ocupan, la realidad es muy cruda en cuanto a la disposición de recursos materiales y humanos:

Recursos materiales y humanos por entidad federativa y municipio. Hidalgo, 1993.

Municipio	Unidades según nivel			Consultorios	Médicos			Enfermeras
	1º	2º	3º		Total	Generales	Especialistas	
Lolotla	8	0	0	8	6	6	0	7
Molango	9	0	0	13	14	13	1	17
Tlanguistengo	10	0	0	10	10	10	0	10
Xochicoatlán	5	0	0	5	5	5	0	5

Los servicios médicos en la zona están concentrados en las cabeceras municipales y algunas localidades con mayor número de población. En 1992 se contaba en la región de estudio con:

- Un Centro de Salud Rural Concentrado, de la SSA en Molango
- Tres centros de Salud Rural "C" de Población Dispersa, de la SSA, en Lolotla, Tianguistengo y Xochicoatlán
- Unidades Médicas Rurales del IMSS en las localidades de Itzmolintla, Naopa, Ixcatlán, Cuxhuacán, Acatepec, Jalamelco y Tuzancoac.

La política de restricción de recursos es muy clara en la zona en estudio. En el ámbito más cercano a las comunidades de los

promotores de salud había en 1992 diez médicos, y un dentista. Los médicos pertenecían a IMSS-SOLIDARIDAD y SSA. Eran en su mayoría pasantes.

Para la atención primaria de salud, el IMSS, ha capacitado *asistentes rurales.* En general son jóvenes que han terminado la secundaria y no han emigrado, como otros muchos, a trabajar en las ciudades. Reciben un curso de capacitación de dos meses y posteriormente desarrollan algunas medidas preventivas, más que curativas. En las comunidades en estudio se cuenta con asistentes en San Antonio, Tlazintla, Mazahuacán, Culhuacán y Zapocuatlán, solamente.

En 1993 se contó con una TAPS -Trabajadora en Atención Primaria de Salud- en la comunidad de Texacal.

Lo anterior nos muestra las *políticas de salud* que se repiten en otras entidades y a nivel nacional: el gasto público en salud es muy pobre, apenas 3.4 % en relación al PIB nacional, el cual debería ser, de acuerdo a las normas internacionales, de 8% a 15.8% en relación al gasto programable del sector público. La distribución del presupuesto es desigual, ya que se destina primordialmente a los servicios hospitalarios de costo elevado, de segundo y tercer nivel, beneficiando en medida desproporcionada a los grupos urbanos en mejor posición económica. Queda claro que el gobierno privilegia a los derechohabientes de seguridad social, quienes tienen de alguna manera resuelta su situación económica, quedando los campesinos y otros sectores -obreros, indígenas, subempleados- con servicios deficientes, agravándose de esta manera una situación que por años ya prevalecía. Esto no es fruto del azar, sino más bien responde a una política deliberada implementada en los últimos sexenios, que está impuesta por la decisión de entrar de lleno a la economía de mercado en un mundo neoliberal, en detrimento de la atención de la salud del pueblo mexicano, lo cual agrava la situación estructural ya existente. Por ello resulta importante analizar más detenidamente las políticas actuales de salud, las cuales norman la actividad nacional en este campo.

POLÍTICAS DE SALUD

El derecho a la salud está plasmado en el artículo 4o. de la Constitución, lo que determinó el importante papel del Estado en las políticas de bienestar. Esas políticas reconocían como un derecho social la protección a la salud, y a partir de ellas se han venido ofreciendo servicios médicos integrales y gratuitos a los asegurados y a sus familias dentro de la seguridad social pública. Aunque había un derecho a la protección de la salud de los mexicanos, nunca se llegó a tener una cobertura en salud de alcance nacional y para toda la población.

A partir de 1983 se nota un cambio en la concepción y en la aplicación de los derechos sociales consagrados en la Carta Magna. La aplicación de las políticas neoliberales llevan a concebir el empleo, los salarios y la producción de los servicios sociales dentro del ámbito de lo privado y reguladas por el mercado, lo que ha determinado cambios fundamentales en las políticas de salud.

Esto es acorde con la tendencia mundial a convertir al sector de servicios en una oportunidad de acumulación, poniendo al alcance del capital privado todas las actividades económicas rentables. Para ello, se reduce el gasto social y se da entrada libre al complejo médico industrial norteamericano en México.

También surge en el sexenio de Salinas el PRONASOL -Programa Nacional de Solidaridad- con el que se presume atender a la población en extrema pobreza, con paquetes básicos y medidas asistencialistas con claras intenciones políticas encaminadas a consolidar una población potencial en el campo electoral.

La reducción del gasto social ha traído como consecuencia el deterioro de los servicios de salud. En 1986 y 1987 los presupuestos per cápita del ISSTE y del IMSS perdieron el 44% en el período y el de SSA el 50%. Entre 1980 y 1989, el gasto en salud bajó del 4.7% al 2.7% del gasto público y del 1.9 al 1.6% del PIB.[105] "La descapitalización, el creciente burocratismo y la desvalorización del trabajo institucional han provocado un marcado deterioro de los servicios de las instituciones públicas de salud".[106]

---

[105] LAURELL, Asa Cristina y ORTEGA, María Elena. *"El impacto del Tratado de Libre Comercio en el sector salud"*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1991, p.12

[106] *Idem*

El permitir la entrada del complejo médico-industrial extranjero (principalmente estadounidense), como fruto de la firma del TLC -Tratado de Libre Comercio con Canadá y Estados Unidos- que se puso en marcha a partir del 1 de enero de 1994, involucra directamente a varios sectores:

- Las compañías de seguros. El Estado disminuye los recursos dedicados a la satisfacción de las necesidades sociales y los focaliza en la atención a los pobres; el resto de los ciudadanos recurren al sector privado vía las aseguradoras (con clara ventaja de la aseguradoras norteamericanas).[107]
- Productores de servicios.
- Industria de insumos médicos.

> *"Esto polarizaría los servicios de salud entre los públicos, dirigidos a la población mayoritariamente pobre y los privados, al alcance de sólo el 30% de la población con mayores recursos económicos. El resultado inevitable de este desarrollo sería el incremento en la desigualdad de acceso a los servicios y su calidad".*[108]

Estas políticas actualmente ya tienen repercusiones en la zona en estudio, dado que se ha reducido el incremento de la cobertura, escasean los medicamentos, y existe la propuesta de desaparecer el sistema de IMSS-SOLIDARIDAD que, a pesar de sus deficiencias en la atención de la población rural, ha sido la infraestructura que ha posibilitado los servicios de salud hasta el momento, con la institución del Seguro Social como respaldo. Si el criterio que pesa finalmente es el financiero, la tendencia en la zona es la de abaratar los servicios, captando personal paramédico -parteras, asistentes rurales, trabajadores de atención primaria en salud-, con quienes se pretende implementar los paquetes básicos de salud en la población, con un claro ahorro al erario.

Como se ve, estas tendencias suponen una regresión del sistema de salud mexicano y el deterioro de servicios de salud universales e igualitarios. Esta política está determinada a su vez por fuertes actores externos, entre los que destaca el Banco Mundial.

---

[107] Cabe el peligro de favorecer un sistema dual de "seguro-servicios privados" y "seguro-servicios públicos" como ya sucedió en Chile.

[108] LAURELL, *"Impacto del tratado..."*, p.28

LA PROPUESTA DEL BANCO MUNDIAL

El Banco Mundial, en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 -Invertir en Salud-, intenta influir en las políticas y programas de los países miembros respecto a las formas de regular, financiar y organizar la producción de servicios de salud.[109]

Partiendo de la necesidad de disminuir la CGM (carga global de morbilidad) al menor costo posible, promoviendo la diversidad y la competencia en los servicios de salud, propone introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y la correcta asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo costo. *"(...) Así, la inversión pública en salud debe limitarse a aquellas acciones de bajo costo que permitan "ganar" un mayor número de años de vida saludable, dirigidas sobre todo a la población pobre."*[110]

El Banco Mundial propone una interacción de los servicios de salud y las unidades familiares a través de programas de salud pública y de servicios clínicos esenciales. Los programas de salud pública proporcionarían servicios específicos a grupos demográficos, fomentarían los comportamientos saludables y promoverían entornos sanos (Carta de Ottawa, 1986); los servicios clínicos se dirigirían fundamentalmente a la población pobre, para incrementar su capital humano.[111]

Estas políticas de salud fundamentan prácticas hegemónicas, que influyen cada vez más en la sierra de Hidalgo, como lo están haciendo a nivel nacional.

---

[109] Cfr. BANCO MUNDIAL. *"Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud"*, Washington, 1993, p.7

[110] LOPEZ ARELLANO, Oliva. *"La selectividad en la política de salud. La propuesta del Banco Mundial sobre servicios de salud esenciales"*. mimeo, p.2

[111] Cfr. BANCO MUNDIAL. *Op.cit.*, p.22

2.3. HEGEMONÍA Y SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

La medicina occidental tiene ya una carta de ciudadanía en la Sierra Alta de Hidalgo. La medicina alópata va cobrando vigencia en la región y está influyendo en la concepción de las enfermedades de los campesinos serranos; los médicos y paramédicos de las instituciones médicas gubernamentales instauran una relación asimétrica médico-paciente; los programas oficiales de salud -de vacunación, de atención materno infantil- son cada vez más aceptados entre la población; la terapéutica alópata es usada y reconocida, incluso por las amas de casa, que gustan de tener un pequeño botiquín.

A la nosología y etiología tradicional de las enfermedades, se suman en la actualidad elementos que han sido introducidos en los últimos años gracias a diferentes programas de instituciones oficiales que han trabajado en la Sierra. Especialmente la presencia de médicos y enfermeras de IMSS y de SSA han influído en la concepción de las enfermedades y sus causas. Así, podemos constatar que los campesinos serranos piensan que se enferman porque no hierven el agua, no tienen higiene, carecen de conocimientos sobre las enfermedades y sus remedios...

> *"Yo pienso que nos enfermamos por tanto microbio en el agua, tanto microbio donde anda uno, tanto microbio que estamos respirando... por eso lo comprendo yo, porque la atmósfera y el aire está envenenada de tanto insecto, tanto microbio que está volando..."* (Celedonio Reyes. Michumitla)

> *"Nos enfermamos porque no tenemos agua y no podemos lavar"...* (Lucina Baltazar. San Antonio.)

> *"Por una parte nos falta orientar, para que haya una limpieza en nuestra comunidad, en las calles y en los hogares..."* (Juan Pérez. Michumitla)

Las instituciones de salud han insistido tanto en la causalidad biológica de las enfermedades que, en cuestiones de salud, los campesinos se confiesan ignorantes. La" *falta de cuidado"* con los niños y enfermos y el desconocimiento de medicamentos, son considerados elementos que agravan sus condiciones de salud. Este sentimiento de ignorancia se ve favorecido por la práctica

médica de omitir cualquier explicación que pueda ayudar a los pacientes a conocer su situación y las causas reales de sus enfermedades.

> *"Como les digo yo ayer a los del Seguro: mis niñitos estaban chulos, como éstos... pero como antes no había medicina como ahora, se me murieron... Los tuve siete hombres y cuatro mujeres y apenas 'tresitos' me lo quedó... cae enfermos de calentura, de soltura o de vómito y como no tenía la medicina se me murieron..."* (Georgina Bautista. San Miguel)

> *"Los niños se enferman por parte del cuidado de uno... porque uno los deja desatendidos por no saber las medicinas que les podemos dar..."* (Margarita Pioquinto. San Antonio)

> *"Mi papá se enfermó de la tuberculosis... murió por falta de conocimiento... Nosotros no nos dimos cuenta qué enfermedad tenía y lo abandonamos un poco..."* (Roque Hernández. San Miguel)

La *nueva mentalidad* en relación a la salud se enfrenta, sin embargo, a la tradición de los mayores, que no ve necesaria la presencia de los médicos o tiene resistencias en aceptar sus razonamientos en torno a la salud y enfermedad.

> *"Yo digo que nos enfermamos por falta de alimentación o por falta de limpieza -eso dicen los doctores-... Pero la gente no cree en lo que dicen los doctores, porque la gente de antes se crió y no había doctor... ¿Por qué la gente -los que somos de ahora- no vamos a poder aguantar todo lo que haya de microbios?... La gente se crió sin doctor, sin nada...Dicen que uno se enferma, que porque no come uno bien, que nomás los quelites sabemos comer... La gente no sabe que los quelites nos pueden hacer daño, de lo que hay por acá... que la gente necesita un alimento, por ejemplo de carne... Eso dicen los doctores..."* (Francisca Hernández. San Miguel)

Los serranos van considerando valiosa, en general, la aportación que dan los médicos a su salud, especialmente en lo técnico, e

incluso la contraponen al trabajo de los médicos tradicionales, específicamente de las parteras.[112]

> *"Como en la mañana estaba diciendo la señora* (se refería a la partera)*: sí la voy a atender aquí, que le arrimen la cola del tlacuache, que le den el jabón... eso nadamás es para molestar al bebé... por eso la llevé mejor al doctor, el doctor sabe... allí tiene la mejor atención, con los aparatos..."; " (...) para mí es mejor un doctor que una partera... el doctor de Xochicoatlán, cuando estaba mi hija muriéndose de un parto, fueron a buscarlo por la vereda y le hablo y... órale, se vino el doctor... no había luz, pero tenía una lámpara de gas y aquí la atendió... la operó... El doctor me dijo: ¿para qué se la van a llevar a Xochi?... Yo traigo herramientas para operarla aquí... por abajo la operó...* (Celedonio Reyes. Michumitla)

Aunque hay aceptación de la medicina occidental, reconocen críticamente los errores y deficiencias de los médicos y enfermeras, *la mala calidad de los servicios.* Lo que padecen más es la ausencia de servicios cercanos, las dificultades y penurias que tienen que pasar cuando hay un enfermo grave o sufren una emergencia, por las distancias que tienen que recorrer.

La comunidad de *Michumitla* tiene cobertura en salud de la clínica IMSS-Solidaridad de Jalamelco. Caminando tardan de hora a hora y media y en vehículo aproximadamente 35 minutos. Un enfermo grave tiene que ser trasladado en algún vehículo. Los martes -día de plaza- el costo del autobús era, en 1992, de dos nuevos pesos hasta Jalamelco, pero cualquier otro día un taxi solicitado a Molango o Culhuacán, costaba veinticinco nuevos pesos. Si allí no encuentran al doctor, siguen a Xochicoatlán -cabecera municipal- al Centro de Salud de SSA o al Centro de Salud de Molango, incrementándose el costo a treinta y cinco nuevos pesos o hasta cuarenta. El costo resulta alto para una familia campesina...

---

[112] "Las parteras me parece que no trabajan bien, porque no atienden bien de veras a las enfermas, como se debe..." (Lucina Baltazar. San Antonio), "Apenas sirven para lavar la ropa." (Celedonio Reyes. Michumitla.), "Hay una partera, pero casi no da medicina... Ella trata de que uno haga lo posible... la contratan para que haga su trabajo... Si uno le dice que vaya a sobar va... pero no lo hace bien..." (Francisca Hernández. San Miguel).

"Los que tienen con qué se van en carro a Jalamelco, los que no, se van a pie... De aquí a Jalamelco cuesta en día martes dos mil quinientos pesos y a Xochicoatlán cuatro mil pesos... Si no es martes, un carro a Xochi cobra cuarenta mil... y de aquí a Jalamelco cobran como veinticinco mil... (Juan Pérez. Michumitla)

Las comunidades de San Miguel y de San Antonio, tienen mayores dificultades por estar más alejadas de los servicios médicos.

En *San Miguel*, apenas en 1994 se ha abierto una Unidad Médica Rural, aparentemente "cercana", Otlamalacatla -caminan aproximadamente dos horas a Otlamalacatla a pie-. Anteriormente acudían a Tuzancoac, también como a hora y media de camino.

"Con los doctores no vamos. Nos queda muy lejos... Empieza uno de prontito y no puede uno ir de noche. Los doctores sí vienen a la comunidad, pero a la mera hora, cuando los necesita uno, no vienen..." (Ruperta Hernández. San Miguel.)

En *San Antonio* es algo semejante.

"Nosotros vamos a Santa María y a Ixcatlán a ver a los doctores... A Santa María tardamos tres horas caminando..." (Lino Hernández. San Antonio)

"Para ir a Tlaxcango nos cuesta tres mil pesos y de ahí a Molango otros tres mil pesos. De allí a Zacualtipán, cinco mil pesos..." (Margarita Pioquinto. San Antonio.)

En ocasiones, aunque tengan la clínica cerca, los médicos no están: se han ido de vacaciones, los han requerido para una reunión, tuvieron que llevar la documentación... o aunque estén presentes no atienden a las personas porque no les corresponde esa unidad de servicios o por otras razones burocráticas.[113]

---

[113] "La clínica no tiene doctor, no tiene a nadie... Hace un año que la terminamos y no viene el doctor... No tenemos doctor, yo creo que por los vecinos... [están divididos]... Yo lo sé que otros dicen que hasta que venga la carretera y haiga luz..." (Margarita Pioquinto. San Antonio)

"Ahorita no vamos a Santa María porque no hay doctor... A Ixcatlán hemos ido los otros días, pero ahora ya no hemos ido porque dicen que no nos van a atender, porque ya está la clínica aquí y ya viene el doctor de Molango..." (Margarita Pioquinto. San Antonio)

"Pos sí andamos con coraje... Como este m'ijito me llevó a Tuzancoac y me dijo la muchacha, lo que lo acompaña a ese lotor:
- ¿Qué cosa hacen ustedes señores de san Migueleños?... De San Migueleños... ¿qué hacen aquí?... ¡Váyanse a Texacal!... Allí hay lotor...
- Pos yo, como no soy andariega, no sé si habrá allá -le digo.
- *Sí. Ya hay. Es mucha gente que se nos carga aquí... Pos aquí vienen de Tenango, de Apopulco, de Ahuitzintla, de Tlahuiltepa, de Texacal... Todo aquí se nos carga..."* (Georgina Bautista. San Miguel)

Todo ello genera para los serranos dificultades para aceptar las condiciones y requerimientos que ponen los médicos para dar la consulta, sobre todo los de IMSS-SOLIDARIDAD: trabajo, faenas, hervir el agua, barrer las calles, horarios acomodados a sus necesidades, etc. La medicina dominante establece en su práctica "recomendaciones generales" de salud, sin tomar en cuenta el contexto histórico, cultural y socioeconómico de los consumidores de servicios: *"(...) para la desnutrición una dieta balanceda, para la diarrea alimentos limpios y hábitos de higiene; para enfermedades respiratorias evitar contacto..."*[114]

"En Jalamelco me regañan... por ejemplo en la milpa, me estoy muriendo de sed... ¿Cómo voy a hervir el agua?... A fuerzas tengo que tomar el agüita del pocito que hay por allí... Con tanta 'peonada' ¿dónde voy a cargar un galón de agua hervida?... Y si no, andan revisando aquí, que por el basurero, que por los charcos, que por todo eso... Unos, en lugar de que nos den una buena atención, que nos den una consulta

[114] AGUADO, José Carlos y PORTAL, María Ana. *"Identidad, ideología y ritual"*, UAM-Iztapalapa. México, 1992, p.185

buena, nos están regañando... -No, que tú no hierves el agua y que tú no te bañas, que no te cambias, que tú eres un mugroso... No sé cuántas cosas..." (Celedonio Reyes. Michumitla)[115]

"Algunos los llevan en carro, otros cargando y, como ya es de noche, por eso ya no los atienden: que ya no es hora de consulta, que están descansando, que ya no pueden pararse a atender al enfermo...
Un enfermo que llevaron le dijeron que si pagaba tanto lo iban a atender, que si no no... No se cuánto le cobraron..." (Rosa Flores, Michumitla)

"Vienen los doctores de Jalamelco, pero yo no me arrimo... ¡Para qué los vamos a atender, si cuando necesitamos la consulta ellos no nos la dan..."(Celedonio Reyes. Michumitla)

Existe una estructura "vertical" en las instituciones de salud tanto en la normatividad como en la aplicación de la misma, estableciéndose un orden jerárquico rígido: son los médicos quienes dan direccionalidad, de forma que las comunidades no definen el qué *hacer*, el *cuándo*, el *cómo*, el *dónde*, de los servicios de salud. Es el médico el que establece el "deber ser" en salud, basado en su ciencia y tecnología y en su sentido común. Este "sentido común" a veces choca con el sentido común del pueblo que no ve por qué, por ejemplo, deba de hervir el agua si no tiene los recursos para hacerlo, ya que implica mayor gasto de leña, de tiempo, etc..

Dentro de esta estructura vertical, los asistentes rurales de IMSS-SOLIDARIDAD juegan un papel de control, supervisando quién hierve el agua, quien barre su casa, etc.., pero también ejercen una actividad curativa que es valorada por las comunidades, ya que cuentan con medicamentos y realizan curaciones de emergencia.

---

[115] "Un día que fui a la clínica de Jalamelco, no sabía qué hacer... un dolor que me doblaba yo, con un retorcijón... Ve a trabajar para que te de la consulta -me dijo-. Me separé, agarré el coche que me llevaba y me fui a Molango... Llegando allí, el doctor no me dijo nada de que fuera yo a trabajar... Por eso yo ya no voy a la clínica de Jalamelco..." (Celedonio Reyes. Michumitla), "Estamos para que nos curen y ellos nos quieren poner a trabajar: que laven las sábanas... que desjegüiten el jardín... Y, si no puede uno, que vaya el señor a hacer la faena... Por eso ya no voy". (Rosa Flores. Michumitla)

"...El encargado es Alberto Patricio... Hay gente que sí va con él, cuando se descalabran o cuando se cortan. Si tiene con qué los cura y si no, los pasa a Jalamelco..." (Juan Pérez. Michumitla)

"Yo uso más a aquel Alberto Patricio. Los otros venden la medicina y yo no tengo ni para un chicle... Por eso acudo a él.... Yo al que molesto mucho es a don Alberto Patricio. Ese es el que lo tenemos aquí, pues cualquier medicina me la da como un doctor... Por alguna necesidad, luego acudo a él... Un día me corté y él me lavó y me curó..." (Celedonio Flores. Michumitla)

Como paramédicas, las enfermeras tienen también un peso en las comunidades. Cuando el médico falta, tanto en SSA, como en las UMR's ellas recetan, curan heridas, atienden a los enfermos ya sea en las instalaciones oficiales o en sus casas. Se constituyen en las "voceros" de los médicos para todas sus órdenes y normatividad.

La medicina hegemónica penetra también a través de la industria farmacéutica en los poblados de la Sierra: En Molango, Xochicoatlán y Lolotla, son muy requeridos los farmacéuticos para recetar y en los poblados más pequeños algunos tenderos también venden medicamentos de uso común y recetan, incluyendo antibióticos, propiciándose de esta manera la automedicación.

"Pos aquí como somos muy innorantes y no sabemos qué cosa vamos a ocupar... aquí nomás compramos Alkansenser, Mejorales, Cafias, Menubrinas, inyecciones..." (Ruperta Hernández. San Miguel)

"Si se trata de enfermedades más sencillas como diarreas o calenturas, se usan ampolletas, penicilinas o pastillas... Los compran en las tiendas... Van a Tuzancoac o a Xochicoatlán a traer en las farmacias..." (Roque Hernández. San Miguel)

Al finalizar este recorrido, podemos afirmar que la medicina tradicional sigue arraigada entre los campesinos serranos y responde a sus características culturales, al universo simbólico religioso y a la propia cosmovisión:

- Es eficaz para muchas enfermedades, incluyendo aquellas tradicionales, propias del grupo poblacional, que normalmente los médicos no conocen ni saben tratar.
- Las comunidades serranas poseen un patrimonio de plantas, animales y minerales como recursos propios. *"(...) Su conocimiento forma parte del proceso endoculturativo o de socialización del individuo, como factor indispensable de seguridad personal y de solidaridad comunitaria."*[116]
- Tienen una organización propia de curadores: parteras, yerberos, sobadores, hueseros y curanderos.

Podemos, sin embargo también afirmar que los campesinos serranos son herederos de un patrimonio cultural, pero han desarrollado otras prácticas, por la imposición de la medicina hegemónica, de forma que no solamente han integrado elementos propios de la medicina occidental, sino que empiezan a penetrarse de su lógica, ante el impacto de los medios de comunicación social y fruto de la movilidad social y geográfica, de la modernización, de la influencia de la escuela y de la castellanización... Ha influído también la difusión y proliferación de productos farmacéuticos, cuyo uso se ha generalizado, al comprobar los campesinos sus resultados y perciben que la asistencia médica y sanitaria les da cierta seguridad, a pesar de las deficiencias que reconocen.[117]

HEGEMONÍA, CULTURA Y SALUD

Los grupos de salud de la Sierra de Hidalgo que han asumido en su práctica médica y revalorado perspectivas diferentes, culturales, no por ello confrontan la hegemonía y el poder. No podemos concentrarnos en el polo tradicional, cultural, *"(...) como si éste pudiera mantenerse ajeno a los problemas de dominación que justamente lo han constituído como tal 'polo'. (...) Pretender mantener separada esta racionalidad y "graduar" su relación con la medicina moderna, supone ignorar que esta medicina se expande como parte de un*

---

[116] ANZURES Y BOLAÑOS. *Op.cit,* p.106

[117] "Esto significa que medicina tradicional no es sinónimo de medicina indígena, ni tampoco de medicina colonial hispánica. Es una nueva forma, derivada de ambas corrientes e incrementada con nuevos aportes. Pero sigue siendo una medicina no oficial, no legalizada, no civilizada y culta, no universitaria ni científica a los ojos de la sociedad dominante", *idem.*

proceso de reproducción económica e ideológica del desarrollo capitalista."[118]

Veo necesario revisar el papel que juega la hegemonía de cara a este problema.

Según la interpretación gramsciana, en una sociedad clasista hay dos concepciones del mundo, una referida a la clase dominante y otra producida por las clases subalternas. Gramsci reconoce en la cultura tradicional *"(...) una serie de innovaciones frecuentemente creadoras y progresivas, determinadas espontáneamente por formas y condiciones de vida en procesos de desarrollo y que están en contradicción o en relación diferente con la moral de los estratos dirigentes."*[119] Estas culturas subalternas están subordinadas al aparato ideológico hegemónico, a través del cual el Estado de clase ejerce su dirección y mantiene su liderazgo ideológico sobre la sociedad civil.

> *"(...) para Gramsci la hegemonía significa, por una parte, una capacidad de dirección política que supone la capacidad de interpretar y de representar eficazmente los intereses de los grupos afines y aliados; y por otra la capacidad de crear en torno a sí cierta unidad o convergencia ideológico-cultural generadora de consenso y de legitimación. Gramsci subrayará, en consecuencia, que la relación de hegemonía implica siempre, bajo cierto aspecto, una relación pedagógica. De aquí la importancia atribuída a los intelectuales concebidos como elaboradores de la hegemonía y como mediadores del consenso."*[120]
>
> La ideología impregna todas las actividades, todas las prácticas, incluída la medicina. En este campo, se ha constituído un modelo médico hegemónico cuyos rasgos estructurales describe ampliamente Eduardo Menéndez:[121]

---

[118] *Idem*
[119] Gramsci, Antonio. Citado en MENÉNDEZ, Eduardo L. *Op.cit.*, p.86
[120] GIMÉNEZ M., Gilberto. *Op.cit.*, p.7
[121] MENÉNDEZ, Eduardo L. *"Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) en salud"*, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 86, p.5

- biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo;
- eficacia pragmática;
- la salud como mercancía (en términos directos o indirectos);
- relación asimétrica en el vínculo médico paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud,
- producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico,
- legitimación jurídica y académica de las otras prácticas "curadoras",
- profesionalización formalizada,
- identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos,
- tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que "medicaliza",
- normatización de la salud-enfermedad en sentido medicalizador,
- tendencia al control social e ideológico,
- tendencia inductora al consumismo médico,
- tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad,
- tendencia a la escisión entre teoría y práctica y
- tendencia de escindir la práctica de la investigación.

La apropiación de la medicina moderna en los pueblos de la Sierra de Hidalgo se da, precisamente, desde esta perspectiva hegemónica, y se va creando, como hemos analizado, una conciencia alienada en las clases oprimidas y se disimulan las contradicciones en las que se debate la sociedad dividida en clases.

La importancia de la cultura, aunada a lo económico y lo político, juega un aspecto importante en la lucha por la hegemonía.

Sin entrar en debates sobre lo que es cultura, sí quiero precisar que no la ubico en términos de los culturalistas norteamericanos, como modelos o pautas de comportamientos, sino como un universo de *sentidos*, que se expresan en significados colectivos. Por ello, se manifiesta con rasgos distintivos, de sistemas de diferencias o de singularidades formales.[122]

[122] Ver BOURDIEU, Pierre. *"La distinction"*, Les editions de Minuit, 1979.

"(...) el hombre es un animal inserto en una trama de significación que él mismo ha tejido, y considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por tanto no una ciencia experimental en búsqueda de leyes, sino una ciencia interpretativa en búsqueda de significados."[123]

"(...) Cultura es el sentido que un grupo humano le da a cada uno de los niveles de su vida cotidiana que desarrolla dentro de una determinada estructura social."[124]

Dentro de la perspectiva hegemónica, se habla de culturas dominantes y subalternas o dominadas, ya que hay una correlación entre las posiciones sociales (de clase) y las realidades culturales: la cultura dominante es, en definitiva, la cultura de las clases dominantes.

En términos de las ideologías dominantes, tanto neoliberales como socialistas, lo tradicional -así denominan a lo cultural constitutivo de los grupos indígenas y campesinos-, se conceptúa como reaccionario. Para otros, en contraste, hay que fomentarlo y protegerlo, ya que su concepción y su práctica, constituyen un enfrentamiento, una oposición directa o latente a la cultura dominante.[125]

Los campesinos de la Sierra, por el sólo hecho de mantener sus prácticas tradicionales, incluso con técnicas autónomas protectoras, no evitan la explotación determinada por la sociedad de clases. De hecho esas prácticas son favorecidas por instituciones oficiales. El INI -Instituto Nacional Indigenista- por ejemplo, en otras regiones ha promovido el rescate cultural y las prácticas médicas tradicionales, pero en una perspectiva ahistórica, de sumisión y aceptación de la realidad imperante. Solamente la historización, es decir, la ruptura, puede conducir a una alternativa.

"(...) Así la línea dominante plantea la necesidad de entender la racionalidad de la cultura en la situación históricamente determinada, planteando de hecho una concepción

---

[123] GEERTZ, C. *"La interpretación de las culturas"*, Gedisa, México, 1987, p.20

[124] SILLER L., Clodomiro. *"Antropología e inculturación"*. mimeo, Cenami, México, 1993, s/p.

[125] Ver *Fanon* citado por MENÉNDEZ, *"Hacia una práctica médica..."*, p.83

hiperhistoricista, señala la necesidad de conservar sus grupos hegemónicos para asegurar su mantenimiento o desarrollo gradual y reconoce la legitimidad de la persistencia de estas culturas."[126]

Bajo la influencia Gramsciana se ha dado por supuesto que la cultura hegemónica tiene como fundamento dominar y las culturas subalternas resistir; sin embargo, en el análisis de las culturas subalternas, vemos que no siempre esto es generalizable. En los hechos, todas las culturas están atravesadas por las contradictorias relaciones que viven sus miebros al participar en el proceso global, lo cual hace más compleja y menos simplista las relaciones de dominación y resistencia.

Un ejemplo de ello es en la satisfacción de sus necesidades, como hemos analizado en el caso de Hidalgo, dado que al vincularse la hegemonía con el consumo, los grupos subalternos aprovechan recursos no solamente por mera imposición, sino porque los consideran útiles para su reproducción social, de tal manera que se lleva a cabo un contrato, una alianza, en la que los grupos hegemónicos y los subalternos pactan prestaciones recíprocas. En esta interacción, sin embargo, los bienes y mensajes ofrecidos por la cultura hegemónica interactúan con los códigos culturales y los hábitos cotidianos de las clases subalternas, las cuales seleccionan y combinan lo que reciben y construyen otros sistemas que no coinciden con el universo cultural hegemónico.

En el aspecto político tampoco podemos afirmar que siempre las organizaciones populares de las culturas subalternas resistan al poder, ya que muchas veces participan de las relaciones sociales y de las reglas de poder fijadas por el sistema dominante. Incluso quienes luchan abiertamente contra el poder, "(...) *desempeñan esa lucha desde un contexto multideterminado, donde la resistencia y la impugnación coexisten con la reproducción de hábitos y relaciones sociales instauradas por el sistema hegemónico."*[127]

En la estructuración de la vida cotidiana, de los hábitus, se arraiga la hegemonía *"(...) no tanto en un conjunto de ideas "enajenadas"*

---

[126] *Ibid*, p.100
[127] MENÉNDEZ, *"Hacia una práctica médica..."*, p.79

sobre la dependencia o la inferioridad de los sectores populares como en una interiorización muda de la desigualdad social, bajo la forma de disposiciones inconscientes, inscritas en el propio cuerpo, en el ordenamiento del tiempo y el espacio, en la conciencia de lo posible y de lo inalcanzable."[128] Sin embargo, aunque el *habitus* tienda a reproducir las condiciones objetivas que lo engendraron, *"(...) un nuevo contexto, la apertura de posibilidades históricas diferentes, permiten reorganizar las disposiciones adquiridas y producir prácticas transformadoras."*[129]

Aunque en el *habitus* se puedan reproducir los condicionamientos del sistema dominante la praxis es capaz de transformarlos. En ello influye grandemente el *imaginario social* por el cual, en el plano de la subjetividad colectiva se consolidan y reproducen las producciones de sentido de los pueblos.

Concluyendo: si bien no podemos afirmar que todas las culturas de las clases subalternas, en sí mismas, contradicen la hegemonía, sí podemos afirmar que pueden contextualizarse y enfrentar al sistema desde una perspectiva histórica, que busque su transformación. Esa lucha no se da solamente en los aspectos productivos, sino que, en la práctica, vemos movimientos sociales con diferentes luchas que enfrentan el poder: el movimiento de los pueblos indios, la lucha por los derechos humanos y comunitarios, por la democracia, de género, por la apropiación de los bienes y servicios, de la reproducción social... Pero ellas necesitan de un imaginario social, no solo del imaginario social efectivo, el que se está dando, sino la producción de utopías que remitan a lo imaginario radical, al imaginario social constituyente.[130]

En la lucha contrahegemónica, por lo tanto, juega un papel importante la conformación de sujetos sociales, en procesos históricos concretos; por lo que veo necesario analizar de qué manera el proyecto de capacitación de promotores de salud fortaleció la constitución de sujetos sociales y de qué manera se insertan estos sujetos en las relaciones de poder.

---

[128] *Idem*

[129] *Ibid*, p.80

[130] Cfr. FERNANDEZ, Ana María. "De lo imaginario social a lo imaginario grupal", en "*Tiempo Histórico y Campo Grupal. Masas, grupos e Instituciones*", DE BRON, J. C. Comp. De. Nueva Visión. Buenos Aires, 1993.

CAPÍTULO 3

SALUD, SUJETO SOCIAL Y PODER EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

INTRODUCCIÓN

En este capítulo, analizo los resultados del programa de capacitación a promotores de salud, desde la perspectiva del sujeto social: cuáles son las características de los campesinos serranos como protagonistas de un cambio social -en el contexto histórico de la Sierra- frente a otros actores, y qué papel jugó el proyecto de capacitación de promotores de salud en el fortalecimiento de ese sujeto, en su reproducción social, describiendo también los límites del mismo.

Eso me llevará a situar a la salud en una perspectiva más amplia y analizar la relación que existe entre salud y poder, la hegemonía del Estado y cómo los cambios a favor de las clases marginadas se dan en la lucha, no sólo por el derecho a la salud y su reproducción social, sino por el poder mismo.

SALUD, SUJETO SOCIAL Y PODER EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

3.1. ACTORES SOCIALES EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

Los sujetos sociales no pueden considerarse de una forma aislada, como algo acabado, sino en su proceso de constitución, *como productos y a la vez producentes de realidad*, como condensadores de realidad, de historicidad. Historicidad entendida en una doble vertiente: como fruto del pasado y como presente que contiene las posibilidades del futuro.

Los habitantes de la sierra alta de Hidalgo cuentan con una tradición de independencia y valentía, pero también de sometimiento, que se refleja en sus orígenes y en su historia.

Los municipios a los que pertenecen los promotores de UPROSSIEH, son claro ejemplo de resistencia y autonomía, las cuales se vieron afectadas por el caciquismo que se generó a partir de la lucha revolucionaria y cuyos efectos persisten hasta el momento actual.

En la era prehispánica, Molango, Tianguistengo y Xochicoatlán pertenecieron al famoso Señorío de Meztitlán, cuya organización militar impidió que sucumbieran a la expansión mexica. A lo que ya no pudieron resistir fue a la conquista española y en 1521, después de la caída de Tenochtitlán el señorío de Meztitlán se rindió y aceptó ser vasallo de la colonia española. A pesar de ello, la encomienda no se asentó ni en Molango ni en Xochicoatlán y quedaron sujetos directamente a la Real Corona, ya que jamás soportaron a los encomenderos. No sucedió lo mismo con Tianguistengo, cuyo encomendero fue Alonso Gutiérrez de Badajoz. También le costó mucha penitencia, y discursos sobre los inconvenientes del infierno para poder convencer a los habitantes de la sierra de las bondades del catolicismo, al fraile agustino Antonio de Roa, quien además destruyó la imagen del dios mola.

La lucha por la independencia se dejó sentir también en la región, ya que por rumbos de Molango, Xochicoatlán y Tianguistengo, el cura José Francisco Sánchez se adjudicó el grado de coronel insurgente y trajo de cabeza a más de un oficial realista. Lo mismo aconteció en 1848, durante la invasión de Estados Unidos a tierras mexicanas. El sacerdote español Celedonio Domeco Jarauta, capellán del ejército mexicano, no aceptó las negociaciones de paz del presidente en turno y se dirigió a la Sierra Alta de Hidalgo, donde se unió a un grupo de guerrilleros que acometían a las fuerzas invasoras. Fueron vencidos en febrero del mismo año en Zacualtipán por una columna enemiga.

Quizás los hechos más importantes que explican cuál es la situación de las comunidades campesinas en el momento actual podamos encontrarlos en las luchas revolucionarias. Los caudillos que se van perfilando en la lucha se convertirán al final de la misma en políticos o en caciques -como en el caso de Azuara, Mariel y Cerecedo Estrada-, que se encargaron de sembrar el terror durante decenios en la Huasteca y en la Sierra de Hidalgo.

Los cacicazgos se apoderaron de las tierras de los campesinos y se montaron sobre los procesos productivos de los mismos como mano de obra barata, al servicio del proyecto ganadero, manteniendo el control político de la región.

CACIQUES Y GANADEROS, DUEÑOS DE LOS RECURSOS ECONOMICOS Y DEL PODER

Actualmente los caciques más famosos en la zona de estudio, herederos de los antiguos revolucionarios, son la familia de los Cabrera y los Morales en Tlahuiltepa, los Austria en Tepehuacán y los Pérez en Xochicoatlán, irreconciliables enemigos de exterminio frontal. Dado que unos eran carrancistas y otros villistas, lucharon entre sí para delimitar sus espacios de poder. Estos persistieron al terminar la revolución, con una compleja red de defensa del territorio basada en pelotones de guardia en las comunidades y sistemas de comunicación y espionaje.[131] Dada la poligamia de los caciques y sus

[131] Los vecinos de San Antonio cuentan cómo había allí una guarnición de Honorato Austria en los años 30, que vigilaba los caminos de acceso para defender el dominio territorial que desde la Revolución había ganado, enfrentándose a los

lazos de compadrazgo, tuvieron un poder muy amplio y mantuvieron sometidas las comunidades en un régimen de terror desde el final de la Revolución, hasta hace apenas unos años.[132]

Su poder ha radicado, fundamentalmente, en el control sobre la tenencia de la tierra. El otorgamiento de tierras a los campesinos al terminar la lucha revolucionaria estuvo determinado por los caciques, según el apoyo que las comunidades les hubieran otorgado en la contienda. Es en tiempo de Cárdenas cuando se regularizan esas tierras otorgadas "por la revolución", constituyéndose los ejidos y quedando las tierras que desde tiempos inmemoriales poseían las comunidades bajo el régimen comunal. Los caciques, por supuesto, obtuvieron grandes extensiones de tierra, que fueron reconocidas como *propiedad privada*. Dada la costumbre de la poligamia y del compadrazgo entre ellos, fueron grandes sus requerimientos de tierra.

Poco a poco se fue constituyendo un grupo de *pequeños propietarios*, principalmente ganaderos. Algunos de ellos eran a la vez comerciantes y ostentaron el poder a través de las presidencias municipales, los juzgados, la promotoría agraria y todo el aparato institucional, utilizando los mecanismos de control que ofrecía el partido oficial. Los campesinos quedaron sometidos a su poder y tuvieron que responder con fidelidad a ellos y sus descendientes.

La historia de los cacicazgos persiste hasta nuestros días. A pesar de que los antiguos líderes de la Revolución ya han desaparecido,

---

hombres de su hermano *Pancho*, quien detentaba el poder en Teyahuala y de los Cabrera de Tlahuiltepa. La vigilancia de los caminos se hacía también con un sofisticado sistema de telefonía, poco usual en aquellos tiempos, por lo que los vecinos tenían que pedir permiso para transitarlos y de ninguna manera podían salir de noche sin el riesgo de perder la vida o ser tomados presos.

[132] Una mujer ya anciana de la comunidad de Boca de León, municipio de Tlahuiltepa, contaba que fue una de las amantes del cacique de Tlahuiltepa, familia de los Morales. En una ocasión en que el sacerdote estaba celebrando misa en el pueblo, llegó el cacique con toda su guardia y lo tomó preso por haber salido de la cabecera municipal sin su consentimiento. Le quitaron las botas y descalzo y amarrado lo llevaron caminando hasta Tlahuiltepa. Eso determinó que la jerarquía católica los dejara sin sacerdote hasta la fecha. Los vecinos de Tlahuiltepa piensan que la falta de desarrollo de su localidad -la cual se ha despoblado significativamente- es fruto de una maldición que el sacerdote citado profirió contra sus habitantes al salir definitivamente del lugar por las causas mencionadas.

el modelo de control político y económico impuesto durante muchos años y prevalece hasta la fecha. Al morir los caciques, sus hijos y familiares continuaron con sus prácticas de dominio, apoderándose del aparato económico y del control de las presidencias municipales a través del partido oficial. Es en las presidencias municipales donde se decide la vida de las comunidades en todos los aspectos: económicos, políticos, educativos, culturales, de salud, religiosos... De esta manera se fue gestando una clase dominante de ganaderos, algunos de ellos a la vez comerciantes, cuyos descendientes se convirtieron en maestros y profesionistas -licenciados, ingenieros-, dueños y señores de la región.

Los gobernadores estatales, en las últimas décadas, se apoyaron en ellos para poder influir políticamente en la zona. Les otorgaron concesiones y recibían a cambio el incondicional sufragio que necesitaba el partido oficial. De esta manera los caciques y sus sucesores controlaron las instituciones oficiales, las escuelas, los créditos financieros, la Reforma Agraria y en los últimos años los presupuestos del Pronasol, que pasaba en buena parte por sus manos.

CAMPESINOS SERRANOS, EXPLOTADOS Y SOMETIDOS POR EL CAPITAL

Los campesinos[133] de la Sierra Alta de Hidalgo, de cara a las actividades económicas, han mantenido un modo de producción basado en la agricultura familiar destinada al autoconsumo para la sobrevivencia.

La población campesina de la Sierra es heterogénea, ya que se observa un sector reducido de campesinos ricos, otros que viven tanto de la parcela como de su fuerza de trabajo y un sector numeroso de campesinos pobres. La diferencia radica en el predo-

---

[133] No entiendo por campesino -económicamente- al que "vive en el campo" o a quien se mantiene en el pasado feudal con un régimen característico de producción mayoritario, o a quien posee un modelo de vida caracterizado por su tradicionalismo...,sino a "(...) aquel que trabaja en la agricultura por cuenta propia, por oposición a aquel que trabaja sobre la base de un salario o aquel que contrata mano de obra asalariada". VERGOPOULOS, Kostas. *"El papel de la agricultura familiar en el capitalismo contemporáneo"*, en CUADERNOS AGRICOLAS No. 9, México, 1979, pp. 34-35

minio y la combinación de las siguientes actividades: la producción agrícola para el autoconsumo, la producción orientada hacia el mercado -principalmente en el comercio de productos básicos y bienes de consumo- y la venta de su fuerza de trabajo. De esta manera se configuran en la sierra varios tipos de campesinos: campesinos de subsistencia, campesinos comerciantes y campesinos asalariados.[134] La mayoría son de subsistencia, que a la vez se contratan por un salario a los ganaderos de la región y temporalmente tienen que emigrar para poder mantener la unidad familiar campesina y reproducirse socialmente.

La *agricultura* tiene poco peso comercial en la región y está destinada principalmente al autoconsumo, de subsistencia, con una finalidad de reproducción de la unidad campesina. En general, se puede apreciar una estructura productiva con un sector tradicional mayoritario vulnerable a factores climatológicos, a las irregularidades del terreno, a las plagas, con falta de asesoría técnica e insuficientes créditos, lo que determina que en ocasiones sufran pérdidas.

La *ganadería* ha ido teniendo en los últimos años cada vez mayor importancia económica en la región. Se dedican a los pastizales, casi en su totalidad, las tierras de la pequeña propiedad. Entre los campesinos, se le está dedicando una parte creciente de las tierras ejidales y comunales, porque el modelo ganadero se les presenta como la alternativa de mejoramiento de sus condiciones de vida.

Lo expuesto se aprecia en una encuesta realizada entre los promotores de salud en 1992. Se obtuvieron los siguientes datos:

Distribución de la tierra por actividades económicas[135]

localidad	familias	hectáreas	distribución
Cuatencalco	56	1200	potrero 200 bosque 200 cultivos 800

[134] Ver TORRES, M. *"Familia, trabajo y reproducción social"*. Ed. COLMEX, México, 1985, p.23

[136] Fuente: *Unión de Promotores de Salud de la Sierra de Hidalgo*. México, 1992.

localidad	familias	hectáreas	distribución	
Tlahuiltepa	60	617	potrero bosque cultivos	300 50 267
Michumitla	68	240	potrero bosque cultivos	100 5 135
Zapocuatlán	28	636	potrero bosque cultivos	128 452 56
Mecapala	36	1200	potrero bosque cultivos	50 1000 150
Culhuacán	40	250	potrero bosque cultivos	210 10 30
Total	288	4143	potrero bosque cultivos	988 1717 1438

En la región, la actividad ganadera requiere de mano de obra para el chapoleo y tendido de lienzos, y los grandes ganaderos cuentan con *vaqueros* que cuidan del ganado y llevan a cabo la ordeña. Finalmente, los potreros y los bosques son usufructuados por ganaderos privados y comerciantes, poseedores de capital.

La agricultura familiar y la incipiente ganadería están transfiriendo, en la lógica del sistema capitalista, parte del beneficio del trabajo de los campesinos al capital: la propiedad del campesino no percibe beneficios reales en base a su renta; continúa sembrando aunque no gane -ya que su objetivo no es acumular, sino la subsistencia-; sus ingresos dependen de la salida del producto al mercado[136] y vende

[136] El proceso productivo campesino tiene como objetivo su propia reproducción como unidad inmediata de trabajo y consumo, es decir, un **valor de uso**. El valor de cambio es aceptado por el campesino para el intercambio de valores de uso,

su fuerza de trabajo por un salario, ya que es necesario para la sobrevivencia del núcleo familiar. De esta manera forma parte del *ejército industrial de reserva* en beneficio del capital.[137]

Además de ser necesaria la reproducción de los bienes de subsistencia para la familia campesina de la Sierra, es importante considerar las formas de reproducción de la fuerza de trabajo. El proceso de reproducción social abarca ambas dimensiones: la económica -reproducción social de lo material- y una dimensión demográfica -reproducción social de lo biológico-.[138]

La emigración a la ciudad de México y a los estados del norte, el número grande de hijos, la diversidad y multiplicidad de tareas, vienen siendo estrategias de reproducción social que permiten a los serranos mantener la unidad familiar campesina.[139] La lucha en contra de la enfermedad es, en esta perspectiva, prioritaria para su reproducción social.

únicamente, ya que su lógica es la de satisfacción de necesidades y no de ganancia. Sin embargo, las reglas del juego que imponen las empresas capitalistas en el mercado colocan en primer lugar no su valor en general, sino su capacidad de ser portadoras de plusvalía. "El campesino es un productor que por regla general cede su mercancía por un precio de mercado inferior a su valor y a su precio de producción, porque, a diferencia del capital, no puede dejar de vender por el hecho de no obtener ganancias y tampoco está en condiciones de transferirse a otra rama pues sus medios de producción no han adquirido la *forma libre del capital*." BARTRA, Armando. "*La explotación del trabajo campesino por el capital*", Ed. Macehual, México, 1979, p.85

[137] El campesino serrano, en muchas ocasiones, no sólo vende sus productos, sino también su fuerza de trabajo. Aunque, por ser campesino, su principal medio de producción es la tierra y es el núcleo regulador de su actividad económica, se verá obligado a vender el remanente de su fuerza de trabajo si los ingresos totales obtenidos como productor independiente no le bastan para lograr una reproducción equilibrada y el esfuerzo desempeñado al jornal es compensado por las necesidades que satisface con el salario. En este intercambio en que vende la fuerza de trabajo como mercancía el campesino es explotado y reporta superganancias al capital, ya que es capaz de recibir salarios que serían insostenibles para un proletario normal. Esto es posible, ya que el campesino productor agrícola *subsidia* al campesino en tanto asalariado temporal con artículos de consumo o con parte del ingreso agrícola. Por otro lado, el formar parte del *ejército industrial de reserva* permite mantener bajos los salarios. Ver BARTRA, A. *Op. cit.*, p.108-111

[138] Ver TORRES, A. *Op.cit.*, p.44

[139] La familia campesina, por ejemplo, tiende a tener suficientes trabajadores como para que la enfermedad o los accidentes corporales no impidan el funcionamiento de la célula reproductiva.

La situación económica de los campesinos e indígenas de la Sierra se ha visto agravada en el actual contexto de crisis por el que atraviesa la nación, a consecuencia de la aplicación del proyecto económico neoliberal. La falta de créditos para la producción, la pérdida del poder adquisitivo y de oportunidades de empleo, han acrecentado la pobreza y han forzado a incrementar la emigración en busca de mejores oportunidades de ingresos. La explotación económica se suma al sometimiento político.

Las tierras obtenidas "gracias" a los caciques u "otorgadas" por la Reforma agraria, se han puesto a disposición del proyecto de expansión ganadera, aceptando la compra-venta de las tierras ejidales y comunales en complicidad con la promotoría agraria, operación ahora facilitada con la reforma al artículo 27 constitucional. Es notorio como en los años setentas, mientras la Huasteca era un polvorín por las tomas de tierra, la Sierra mantenía la calma, bajo el control militar de las guardias blancas de los caciques.

Los serranos carecen de organizaciones campesinas nacionales que tengan peso en la región, con excepción de la CCI -Central Campesina Independiente-, la cual se limita a gestionar los problemas agrarios de sus pocos afiliados. Tampoco hay organizaciones regionales, aunque comienza a tener presencia la URECH -Unión Regional de Ejidos y Comunidades de Hidalgo-, que se ha enfrentado a los grupos de poder del municipio de Molango, al apoyar las inconformidades agrarias de un grupo de campesinos de la comunidad de San Antonio. A través de la URECH este grupo de campesinos ha entrado en contacto con la UNORCA -Unión Nacional de Organizaciones Regionales Campesinas- y con su apoyo está dando un ataque frontal a los pequeños propietarios de la comunidad, quienes están aliados a las autoridades civiles y agrarias del municipio.

Es difícil encontrar otros frentes -además de la lucha por la tierra- donde se pueda vislumbrar una praxis que constituya a los campesinos como sujeto. La lucha por la producción también está frenada y controlada por quienes ostentan el poder regional. Los presidentes municipales y los jefes de las instituciones oficiales que trabajan en la región son quienes toman las inciativas o en su caso "conceden" créditos, capacitación, insumos, etc. No se ha dado una lucha clara por la toma del poder de las presidencias municipales, ya que las

comunidades campesinas apoyan a un grupo o a otro de la clase dominante -bajo las filas del partido oficial-.

Como grupo étnico nahoa, han perdido conciencia de su identidad. Durante los últimos treinta o cuarenta años han sufrido un proceso de aculturación acelerado, perdiendo su lengua y vestido, e incluso se burlan de los "naturalitos" de la Huasteca, así como se burlaron de ellos por muchos años los mestizos de la Sierra. Sin embargo, el sentido que dan a su vida sigue teniendo un fuerte sustrato indígena que se manifiesta en sus tradiciones, costumbres, organización, fiestas y su experiencia religiosa.

Todo lo anterior nos muestra cómo el campesinado no está dando direccionalidad a proyectos y acciones de desarrollo en la Sierra Alta de Hidalgo. No obstante, a pesar del control y dominio que ostentan los grupos de poder en la región, hay espacios de colectividad abiertos, con potencialidades para el cambio: en la lucha por la tierra, en la búsqueda de alternativas de producción, en el rescate cultural y en el movimiento de Comunidades Eclesiales de Base, en el que, valiéndose de elementos religiosos, toman conciencia de la realidad y van elaborando un horizonte histórico compartido, como analizaré posteriormente. La resistencia como pueblo, su lucha por la sobrevivencia, el amor a la tierra y a la comunidad, la fuerza de su experiencia religiosa, están en la base de su constitución como sujeto social y de allí surge su fuerza para la praxis en los procesos históricos que se están gestando, como respuesta frente a la crisis nacional.

HEGEMONÍA Y CONTROL DEL PARTIDO OFICIAL

En la región, como en todo el estado de Hidalgo, el partido oficial tiene el control sobre la población. La alianza de los caciques con los gobiernos estatales y con el PRI, ha traído como consecuencia la hegemonía de una clase en el poder, la cual se ejerce a través de las presidencias municipales, en colusión con el gobierno del estado. En ellas hay ganaderos, comerciantes, maestros y alguno que otro profesionista; puede ser que se forme algún grupo de oposición, pero dentro de la misma clase que lucha por sus intereses particulares. Los campesinos se suman a la lucha política para tener alguna representación en las presidencias municipales, pero a través de sus "padrinos" o bienhechores, no directamente; las comunidades ejercen cierto poder para la elección de los candidatos del PRI a las

presidencias municipales, dando apoyo a unos u otros grupos, pero finalmente se someten y votan por el partido oficial. Este voto es corporativo, ya que las comunidades votan en bloque por el PRI: se ha dado el caso de que las mujeres no voten directamente, sino que las autoridades civiles o agrarias de la comunidad presenten sus credenciales de elector ante las mesas para dar su voto a favor del candidato oficial.

Otra forma de presión se ejerce a través de destinar recursos municipales a los grupos que apoyaron a quienes se encuentran en un momento determinado en las presidencias municipales y negárselos a las comunidades y grupos que no lo hicieron.

En los años ochenta avanzó el PFCRN -Partido del Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional-, con las promesas de gestionar carteras vencidas, ampliaciones ejidales o tramitar asuntos en instituciones oficiales. El trabajo político de los hermanos Campoy de Molango ganó algunas comunidades para este partido; sin embargo a finales de 1992 cambiaron de afiliación al PT, ya que tuvieron pugnas internas. El PRD -Partido de la Revolución Democrática- tiene alguna representación en Zacualtipán, y en las elecciones de diputados locales de febrero de 1996 avanzó en el municipio de Molango.[140]

A pesar de que el estado de Hidalgo es de tradición priísta, y de la estructura caciquil de la zona, el sistema se está deteriorando, dándose un despertar de la conciencia política, lo cual corresponde con los acontecimientos relacionados con la crisis nacional. El sistema político mexicano, basado en el corporativismo y en el presidencialismo, ha entrado en un deterioro que tiene alcances nacionales. La crisis económica, agravada por la devaluación de diciembre de 1995 ha hecho más evidente la crisis del sistema político mexicano. El modelo de modernización económica salinista desajustó el equilibrio de las fuerzas políticas en el país, que se salieron del cauce constitucional: la guerrilla, los crímenes políticos,

[140] En las elecciones a diputados locales de febrero de 1996 el PRI obtuvo nuevamente el *carro completo* con 18 diputados para renovar el Congreso local "... al obtener 222 mil 804 votos que representan el 55.56 por ciento de los 375mil 721 sufragios válidos registrados durante la elección, de un listado nominal de un millón 32 mil 922 ciudadanos hidalguenses." en *La Jornada*, martes 27 de febrero de 1996. En esas elecciones, se dió un gran abstencionismo y un avance significativo de la oposición.

el reacomodo de grupos al interior del PRI, el narcotráfico, la inseguridad, la oposición, la apertura crítica de los medios de comunicación. Las falsas salidas a la crisis, la militarización y el endurecimiento, no han generado más que incertidumbre. Ello tiene repercusiones en la Sierra de Hidalgo, en la pérdida de credibilidad en los gobernantes y en un avance discreto de la oposición, específicamente del PRD.

IGLESIA CATÓLICA: AMBIGÜEDAD Y COMPROMISO

Además de los aliados descritos, la clase en el poder cuenta con el apoyo, a veces incondicional, de párrocos y pastores de las iglesias.

En general, los sacerdotes católicos acuden a las comunidades a celebrar misa y administrar los sacramentos, sin aparentemente intervenir en otras actividades económicas, sociales o políticas; guardan buenas relaciones con las presidencias municipales y maestros, a quienes apoyan indirectamente velando por la "paz social", la cual consiste en que los campesinos no lleven a cabo manifestaciones o desórdenes, como podrían ser las invasiones de tierras.

El cura párroco de Lolotla y un grupo de religiosas, a pesar de sus relaciones con los funcionarios públicos y maestros del municipio, han iniciado un proceso de participación popular y de toma de conciencia de las injusticias y violación a los derechos humanos.

En los últimos años, la emergencia de grupos de Comunidades Eclesiales de Base ha promovido un cambio en la orientación religiosa y en su participación social. A medida que se parte de un análisis de la realidad ya no funcionalista, sino estructural, la iluminación de la Palabra de Dios lleva a una reflexión bíblica liberadora, en contra de la opresión. Se analizan críticamente las posturas eclesiales que favorecen las estructuras de poder y se va creando una corriente que apoya la religiosidad popular y a los grupos más progresistas, comprometidos en la lucha por la justicia y los derechos humanos.

El proceso ha sido lento y con dificultades, principalmente cuando se trata de reflexionar sobre la política o los derechos humanos, ya que tradicionalmente se consideran temas divorciados de la religión; sin embargo han ido tomando fuerza y se han creado cuadros conscientes que van influyendo en las comunidades.

Todos estos actores están tejidos por mecanismos económicos, políticos, culturales y religiosos los cuales se expresan en relaciones de poder que tienen su principal manifestación a nivel local y que se conjugan y sirven de base para formas más globales de poder.

3.2. MICROFÍSICA DEL PODER Y SALUD EN LA SIERRA ALTA DE HIDALGO

Foucault ha resaltado la importancia de analizar las formas de dominio justamente en el lugar de las prácticas y dispositivos locales del poder, los cuales reflejan y hacen efectivos los engranajes del funcionamiento general de la sociedad. "*El conjunto de prácticas microfísicas de dominio forma, según Foucault, el suelo movedizo sobre el cual el poder estatal se erige; ellas, además, crean las condiciones de posibilidad para el funcionamiento adecuado de los poderes globales*".[141]

> *"Se debe hacer un análisis ascendente del poder, arrancar de los mecanismos infinitesimales, que tienen su propia historia, su propio proyecto, su propia técnica y táctica, y ver después cómo estos mecanismos de poder han sido y todavía están investidos, colonizados, doblegados, transformados, desplazados, extendidos, etc., por mecanismos más generales y por formas de dominio global (...) hay que analizar la manera como los fenómenos, las técnicas, los procedimientos de poder funcionan en los niveles más bajos (...) pero sobre todo cómo son investidos y anexionados por fenómenos más globales y cómo poderes más generales pueden insertarse en el juego de estas tecnologías al mismo tiempo relativamente autónomas e infinitesimales del poder."*[142]

En el apartado anterior he descrito a los actores políticos en la Sierra de Hidalgo y se han reflejado algunas de las relaciones de poder que existen entre ellos: la explotación de la mano de obra campesina, el control sobre la tenencia de la tierra, el dominio político caciquil a

---

[141] Ver CEBALLOS GARIBAY, Hector. *"Foucault y el poder"*. Ediciones Coyoacán, México, 1986, p. 43

[142] FOUCAULT, Michael. "*Microfísica del poder*", Ed. La Piqueta, Madrid, 1980, pp.144-145

través del partido de estado, la complacencia y apoyo ideológico de algunos sectores e iglesias, etc. Ahora quiero referirme específicamente a cómo el manejo de la salud se inserta también en la estructura de poder a nivel local, dentro de la lógica más amplia de las políticas estatales de salud, entendiendo por poder la capacidad de dirigir la forma de vida y las relaciones estructurales de los actores en una realidad, utilizando para ello todos los recursos posibles: económicos, de organización, educativos, comunitarios, ideológicos y religiosos. Algunos de estos mecanismos ya han sido expuestos, por lo que solamente consignaré algunos a continuación.

El poder tiene varias dimensiones:

> *"(...) Un poder del saber (científico, técnico) que implica la capacidad para generar y utilizar información, un poder administrativo que está dado por la capacidad de apropiarse y asignar recursos, un poder político que denota la capacidad de movilizar grupos en demanda y defensa, y un poder estructural (basado en la organización de la producción) que, en las sociedades de mercado está dado fundamentalmente por la magnitud de la propiedad privada y la división del trabajo."*[143]

El *poder del saber*, que en años anteriores estaba en la región en manos de los médicos tradicionales, se ha desplazado al sistema de salud del Estado Mexicano. Los médicos son quienes poseen la ciencia, quienes "saben", los que tienen estudios. Y guardan celosamente su sabiduría: el paciente no tiene derecho a la más mínima explicación sobre su enfermedad, sobre las características del tratamiento, sobre la probable evolución, más que en una medida muy reducida. Por toda respuesta hay una receta con el tratamiento -la que, paradójicamente no pueden leer los involucrados, pues son analfabetas-. Esto se refuerza con una clara oposición frente a los médicos tradicionales, quienes son acusados de brujos o timadores, con excepción de las parteras que se capacitan en los centros oficiales o los yerberos que están en programas auspiciados por el INI. Lo mismo puede decirse de los promotores de salud de

---

[143] BREIHL, Jaime. *"Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones"*, Ediciones CEAS-UTN, Ibarra, Ecuador, 1994, p.46

UPROSSIEH, a quienes el municipio de Xochicoatlán desconoce y desacredita por medio de cartas a los delegados municipales de cada localidad donde trabaja.

El *poder administrativo* lo ejercen los gobiernos estatales y municipales y sirve como mecanismo de control. Los presupuestos económicos de salud -tanto los municipales como los de los programas de Solidaridad- han estado dirigidos a las comunidades con una clara intencionalidad política y de control; ya que los programas de drenaje, agua potable, letrinificación, mejoramiento de vivienda y la misma construcción de centros de salud premian a quienes votaron por los presidentes municipales en turno, con restricción de recursos para los opositores. Las demandas de salud están mediatizadas por la acción política de líderes y funcionarios ligados al partido oficial.

Los servicios de salud de la Sierra reproducen la estructura clasista y jerárquica que caracteriza a las sociedades capitalistas en la distribución de funciones y responsabilidades en las instituciones de salud. Los médicos de las clínicas y hospitales de la Sierra de Hidalgo son fuereños, generalmente de extracción media o media alta, las enfermeras son mestizas de las cabeceras municipales y los asistentes de salud -la posición más baja en la estructura jerárquica- corresponde a vecinos de las comunidades, en su mayoría varones. Las decisiones, la normatividad, está dada por los médicos, y las enfermeras y los asistentes no pueden tomar iniciativas, sino solamente obedecer sus órdenes sin cuestionarlas ni dar aportes propios. Tampoco los vecinos de las comunidades tienen participación en las decisiones y normatividad en salud, las cuales les afectan directamente: se puede afirmar que hay una participación sumisa y pasiva de los consumidores de salud y de las comunidades, dado que solamente asienten a las iniciativas de los médicos y autoridades sanitarias y aceptan acríticamente participar en medidas sanitarias impuestas por las autoridades: letrinización, cloración del agua, etc., pensando que es el precio que tienen que pagar para que el Estado les preste servicios de salud.

El Estado[144] tiene los medios sugestivos y en algunos casos coercitivos e incluso represivos para poder imponer las políticas de salud que ha decidido desarrollar.

---

[144] "Es el Estado el que en nuestras sociedades ejerce prioritariamente el poder en sus diferentes dimensiones. El Estado es el órgano del poder social, poder que

Para Dietrich Rueschmeyer y Peter B. Evans el Estado es *"(...)un conjunto de organizaciones investidas de la autoridad necesaria para formular decisiones obligatorias, tanto para las personas como para las organizaciones localizadas jurídicamente en un territorio en particular y que, de ser necesario, se imponen por la fuerza".*[145]En la Sierra de Hidalgo, como ya vimos anteriormente, se da un control discrecional sobre quienes manejan medicamentos alópatas, que reprime a promotores de salud, parteras y enfermeras, y no a los farmacéuticos y tenderos quienes, por cierto, pagan impuestos a Hacienda; se han establecido sistemas de vigilancia a través de "comités de salud" sobre la conducta y los hábitos higiénicos de los vecinos en las comunidades: quemar la basura, hervir el agua, etc.; se ejerce un control de hábitos de higiene, autocuidado y planificación familiar en ocasión de la consulta médica.

3.3. MACROFÍSICA DEL PODER: PODER Y ESTADO MEXICANO

Los actores descritos participan de mecanismos de poder, cuyas relaciones son complejas, pero todas ellas dentro de una estructura marcada por el sistema nacional y por la correlación de fuerzas a diversos niveles. Para comprender mejor el papel que ha jugado el poder y su ejercicio en relación a la salud en la Sierra de Hidalgo y el papel que juegan los indígenas y campesinos como sujetos de cambio, conviene hacer una reflexión sobre el poder y sujetos sociales en el contexto actual de México, tomando en cuenta que la re-actuación sobre circunstancias determinadas, para lograr imponer una dirección al desenvolvimiento sociohistórico, se da a través de la lucha por el poder mismo.[146]

Son diversas las formas como el Estado defiende al sistema capitalista vigente: por medio del suministro de bienes y servicios en

también se sitúa por encima de la vida social. (...) El Estado es el poder, nacido de la sociedad, pero que se pone por encima de ella y se divorcia de ella más y más". Definición de Federico Engels en "Marx-Engels", Obras Escogidas, Moscú, 1952, p.297, citado por CORDOBA, Arnaldo *en "Sociedad y Estado en el Mundo Moderno"*, Ed. Grijalvo, México, p.39

[145] DIETRICH, Rueschmeyer, EVANS, Peter B. y SCKOCPOL, Theda (compiladores). *"The State and Economic Transformation: Towards an Analysis of the Conditions Underlying Effective Intervention"*, Cambridge University Press, Cambridge, Inglaterra, 1985, pp. 46-47.

[146] Ver ZEMELMAN, Hugo. *"De la Historia a la Política. La experiencia de América Latina"*, Siglo XXI Editores-UNU, México, 1989, p.27-91

respuesta a las distintas presiones de los grupos; por el desarrollo y mantenimiento de las instituciones generadoras de valores -los medios de difusión, académicos y otros-, y por medio del control de la fuerza física que se utilizará contra las amenazas internas y externas que atenten contra el sistema. El Estado recurre a la fuerza física cuando se rompe la legitimación y se pone en tela de juicio la naturaleza del Estado y sus prácticas sociales.

La sociedad en su mayoría acepta, por consenso, el orden establecido y fundamenta de esta manera social y políticamente a los Estados modernos. Cuando no es así, se considera una abierta rebelión, algo ilegítimo.

En el Estado liberal se dió una escisión entre Estado y economía, y un intento de reducir la política a la llamada "sociedad política", despolitizando así las relaciones económicas y sociales. En el Estado social, al contrario, se politizaron las relaciones civiles, a través de una redefinición, por la intervención del Estado en la economía y de las corporaciones en la política estatal.

> "(...) *la sociedad deja de ser pensada como sumatoria de individuos e implícitamente se reconoce conformada por clases sociales; (...) el conflicto interclasista más que abolirlo en aras de supuestas homogeneidades liberales de la naturaleza humana, debe ser canalizado a través de instituciones y regulado con normas especiales.*"[147]

En México, en el proceso de conformación de la nacionalidad y del Estado mexicano, la soberanía no llegó a residir en el pueblo, como lo señala la Constitución, sino en la Presidencia.[148] El sistema político nacido de la revolución mexicana se fundamentó en el corporativismo cuya legitimidad la dió:

---

[147] DE LA GARZA TOLEDO, Enrique. *"Neoliberalismo y Estado"*, en *"Estado y políticas sociales en el neoliberalismo"*, coord. Cristina Laurel, Fundación Friedrich Ebert, México, p.62

[148] "Fue esa institución y sólo ella, la verdadera fuente de todas las decisiones importantes. Cualquier actor político que pretendiera desempeñar algún papel significativo en el proceso político debía contar con la aceptación de la Presidencia..." MEYER, Lorenzo. "Estado, soberanía y nacionalismo" en *"Los Compromisos con la Nación"*, Plaza&Janes, México, 1996 p.54

"(...) un gobierno sin oposición y montado en una economía de expansión constante, para responder parcialmente a las demandas contradictorias de todos los sectores sociales políticos relevantes: del capital y del trabajo, de los empresarios grandes y pequeños, de los propietarios rurales y de los ejidatarios, incluso de los campesinos sin tierra, de las clases medias urbanas y de los colonos de las zonas periféricas, de la inversión interna y de los nacionalistas."[149]

En el *Estado neoliberal* se privilegia la superioridad del libre mercado y, aunque no tome la forma de anarquismo capitalista, se contraponen *Estado y libertad*; el individualismo metodológico es una de sus principales características y las privatizaciones y la menor incidencia de lo social van de la mano. A pesar de que se pretende privilegiar la libertad, el Estado Neoliberal tiende a ser conservador y en lo político es autoritario.

"El neoliberalismo también se combina en lo político con el 'autoritarismo'. El enganche y contradicción sólo marginal entre liberalismo y autoritarismo viene por el privilegio de la libertad en el mercado sobre la democracia por el neoliberalismo real. (...) Por tanto, la receta puede ser tener libertad económica y limitar el terreno de la libertad política de las masas, dejando las decisiones a los expertos (meritocracia justa)".[150]

Dadas las contradicciones que el neoliberalismo realmente existente ha desatado, surgieron en el sexenio pasado salinista nuevos conceptos como el *liberalismo social* del Estado neoliberal autoritario mexicano.[151] Según la tradición demagógica del Gobierno mexicano se plantea una tercera vía entre el neoliberalismo y el populismo. Se escogió la vía del libre mercado, pero con regulación estatal.

---

[149] *Ibid*, p.55

[150] DE LA GARZA TOLEDO, E. *Op.cit.*, p.67-68

[151] "En los años ochenta el socialismo había fallado y la ola neoliberal estaba en pleno apogeo; los tecnócratas se montaron oportunamente en esa ola. Autoritariamente desmantelaron el viejo nacionalismo, abrieron de par en par las puertas de México a la globalización mediante un tratado de libre comercio con Estados Unidos, reclutaron a nuevos aliados -a la Iglesia, notablemente,-, reforzaron sus ligas con otros más -la gran empresa nacional e internacional- y se dispusieron a sacrificar a viejos apoyos: a populistas del partido de Estado, a nacionalistas, a ejidatarios..." MEYER Lorenzo. *Op.cit.*, p.56

"(...) Se propone un Estado que aliente a la iniciativa privada y a la vez sea regulador de las actividades económicas y que evite abusos. Estado atento de las necesidades básicas de la población, respetuoso de los derechos laborales y protector del medio ambiente. No es un Estado propietario ni actor único de la economía, la política y la sociedad."[152]

En la práctica, además de entregarse al gran capital en detrimento de las mayorías -con la privatización acelerada, la apertura al mercado externo con el TLC y apoyos heterodoxos-, el corporativismo de Estado se intentó sustituir por un corporativismo *presidencialista* con fuertes rasgos autoritarios.

Actualmente, parece que ha fracasado el régimen político posrevolucionario mexicano ante los retos de la sociedad actual. Sumado a las resistencias de la clase política a aceptar los reclamos de transitar por la democracia, a lo que se ha llegado es a debilitar sustancialmente al Estado Mexicano, alejándolo de la sociedad que le da sustento. La democracia y la libertad política son problemas que no se quieren resolver, a pesar de las fuertes presiones sociales.

De cara a esta problemática, la vía democrática, a través de las elecciones y de los partidos políticos, es vista por la ciudadanía con desconfianza y desaliento, abriéndose cauces a una *práctica política informal.*

"(...) Las elecciones sin poder, los partidos sin una correlación de fuerzas favorable y los sistemas políticos democráticos que no logran imponer la ley, han demostrado persistentemente su extrema debilidad para resolver los principales problemas estructurales y sociales.
(...) Si los sistemas políticos sólo son una parte del Estado, también abarcan sólo una parte de la sociedad. (...) La propia ciudadanía reacciona de manera informal en relación con los sistemas políticos. El abstencionismo es una de sus respuestas frente a elecciones que carecen de significado y frente a sistemas de partidos en los que la oposición no tiene la menor posibilidad de acceder al gobierno."[153]

---

[152] DE LA GARZA TOLEDO, E. *Op.cit.*, p.71

[153] GONZALEZ CASANOVA, Pablo. "El estado y la polilítica" en *"América Latina, hoy"*, Siglo XXI editores-UNU Editorial de la Universidad de las Naciones Unidas, p.96-99

En México, el planteamiento de las demandas y la búsqueda de soluciones para las mismas, ha desbordado a las instituciones actuales, incluyendo a los partidos políticos. La sociedad civil, los grupos de asociaciones ciudadanas, se han constituído en sujetos, cuyas movilizaciones, demandas, foros y diversos análisis cobran fuerza creciente. Frente a un Estado adelgazado neoliberal, en momentos en que resurge la supremacía del mercado y se opacan las opciones políticas, la sociedad civil revive con fuerza.

Esta dinámica general del poder, en el contexto actual de México, influye en todos los ámbitos y en todos los niveles, incluyendo los locales. En la Sierra Alta de Hidalgo se expresa en la constitución de nuevos sujetos sociales, en cuyo proceso de conformación el programa de capacitación de promotores de salud comunitaria ha influído. La práctica comunitaria de la salud genera espacios de decisión que no son asibles por el Estado y que se han multiplicado a través de múltiples experiencias en comunidades indígenas, campesinas, de la sociedad civil, a lo largo del ámbito nacional, por medio de nuevos sujetos, que junto con Negri denomino sujetos constituyentes por las características que describo a continuación.

3.4. EL PODER CONSTITUYENTE

Podemos ver la fuerza de los sujetos sociales, capaces de transformar la realidad, en el análisis que hace Antonio Negri en su libro *El poder constituyente.*[154]

Desde la perspectiva de la ciencia jurídica el poder constituyente es *el poder de instaurar un nuevo ordenamiento jurídico, esto es, de regular las relaciones jurídicas en el seno de una nueva comunidad.*[156] Sin embargo la paradoja consiste en que una vez establecida

[154] Negri hace un recorrido a través de Maquiavelo, Harrington y los revolucionarios ingleses, los autores de *The Federalist* y los padres fundadores de la Constitución americana, Sieyes en la revolución francesa, Marx y Lenin. En él, considera no sólo el poder constituyente como fuente principal del ordenamiento jurídico y constitucional, sino como un sujeto que no encuentra solución en el ordenamiento constitutivo ni en la estabilidad de las constituciones válidas históricamente. En la historia de la modernidad, lo considera como una alternativa permanente al perfeccionamiento de la forma-Estado. Ver NEGRI, Antonio. *"El poder constituyente"*, Libertarias/Prodhufi, Madrid, 1994.

[156] *Ibid*, p.18

la Constitución, la historia de algunos pueblos comprueba que el poder constituyente sigue vivo como una fuerza que "(...) *irrumpe, quebranta, interrumpe, desquicia todo equilibrio preexistente y toda posible continuidad(...)*",[156] ya que el poder constituyente es un SUJETO y su fuerza no queda institucionalizada en la concreción de la constitución elaborada.

> "*Este sujeto no es progresivo; es, por el contrario, la antítesis continua de toda progresión constitucional; su nacimiento como su ruptura se sitúan contra el proceso, y en ningún caso el sujeto constituyente se somete a la permanencia estática y constringente de la vida constitucional*".[157]

Es en esta lógica que se ubica la experiencia de los promotores de salud de la Sierra de Hidalgo. Frente a un proceso de absorción del campesinado por el Estado en un sistema corporativista y de apoyo al capital neoliberal, los campesinos surgen con iniciativas de salud que no pueden aprisionarse en la lógica que prevalece. La concepción del poder constituyente lleva a pensar en una subjetividad y en una racionalidad que va más allá de los límites de lo moderno, cuyo pensamiento totalizante intenta asumir la creatividad humana y colectiva en la racionalidad instrumental del modo de producción capitalista del mundo. Se confrontan las racionalidades. Mientras la racionalidad instrumental recorre una lógica lineal, individualista, que reduce a la unidad, que niega la diferencia, las bases de la racionalidad del sujeto constituyente se encuentran *"(...) allá donde brote el trabajo vivo (...) en el lugar en que se forman las secuencias del actuar y las pulsaciones creativas."*[158]

En la Sierra Alta del estado de Hidalgo el proceso es lento, dados los años de una estructura corporativa hacia el partido oficial, pero están irrumpiendo nuevos sujetos sociales que provocan fracturas en el sistema, sin dejar de reflejarse inercias y contradicciones. En este proceso, las Comunidades Eclesiales de Base y los promotores de salud han estado influyendo en cambios, que sin ser significativos todavía, van generando una corriente de transformación que cuestiona y debilita el sistema vigente y genera alternativas desde su propia perspectiva.

---

[156] *Ibid*, p.29
[157] *Ibid*, p.394
[158] *Ibid*, p.399

Los promotores de salud como sujeto

Como vimos con anterioridad hay una historia de sometimiento económico y social. Pareciera que las consecuencias del caciquismo que por décadas han sufrido, tuviera a los campesinos e indígenas en una parálisis y en la aceptación pasiva de la realidad. Hay, sin embargo, algunos campos en los que están desarrollando la lucha en contra de los grupos de poder.

Por ejemplo, espacios aislados de lucha por la tierra. En San Antonio, los campesinos que han sufrido el acaparamiento de tierras por parte de pequeños propietarios se han unido a la UNORCA de Tempoal, Ver., y están luchando desde hace varios años en claro enfrentamiento con el municipio de Molango. Lo mismo está pasando en Tlaltepingo y Huitznopala, del municipio de Lolotla. A pesar de ello, no parece que se constituyan en un movimiento claro, amplio, de recuperación de tierras.

A nivel económico, tampoco se da una apropiación del proceso productivo. La ganadería, principal fuente de ingresos a nivel regional, está controlada en su producción y comercialización por los pequeños y grandes propietarios, los apoyos gubernamentales a la producción son escasos y más bien se perfilan como elementos de control.

A nivel político, los grupos de poder representan diversas corrientes controladas finalmente por familias herederas del caciquismo, fortalecidas por la estructura del priísmo local. Las comunidades campesinas tienen fuerza política; más bien se manifiestan como un electorado que justifica y alimenta el sistema. Como mencioné anteriormente, algunas comunidades campesinas se han aliado coyunturalmente a partidos de oposición para solucionar problemas locales, de conflictos de tierras o problemas con la banca; pero estos partidos están lidereados por personajes de dudosa reputación, incluso con antecedentes penales, que finalmente provocan desconfianza.

Todo lo anterior nos muestra que la fuerza que tienen los campesinos indígenas, lo que fundamentalmente los constituye como sujeto, es la resistencia como raíz de su ser político y alma de la dialéctica del poder para sobrevivir. Es en base a esa resistencia que algunos elementos externos a las comunidades se han sumado y han

potenciado la energía que tienen como pueblo y despertado potencialidades como sujeto social, como las CEB's y el Proyecto de Capacitación de Promotores de Salud Comunitaria.

Desde esta perspectiva, el movimiento de Comunidades Eclesiales de Base que en los últimos cinco años ha ido tomando fuerza en la región, se presenta como una alternativa de una toma de conciencia crítica de la realidad, que inicia a la vez pequeñas acciones organizadas en los niveles económico, político y cultural, que van tomando fuerza y generan en la población campesina la esperanza de un cambio que los fortalezca, como sujeto que enfrente la realidad de explotación y dominación en la que viven. UPROSSIEH, a pesar de ser un grupo pequeño, que parte de una iniciativa de las mismas Comunidades de Base en el campo de la salud, ha fortalecido esa corriente crítica en contra del sistema, fortaleciendo el sujeto de transformación social.

En este mismo sentido, de potenciar el dinamismo de los indígenas como sujeto, es que el proceso de capacitación ha tenido resultados positivos. El logro más importante del Proyecto de Capacitación de Promotores fue, sin duda, la toma de conciencia de que la salud no es algo ajeno, externo, que dependa de las iniciativas del Estado; sino algo que ellos pudieran soñar, construir con sus propios recursos, con su gente, basados en su organización y su cultura, a partir de sus orígenes y tradiciones, con sus propios recursos. La salud comenzó a surgir de la base, de las aspiraciones del pueblo, con una conciencia crítica de las acciones del Estado y de ellos mismos. Dejaron de ser sólo objetos de las políticas y acciones de salud del gobierno para comenzar a ser sujetos protagónicos.

Los resultados más evidentes se dieron en el plano de los *servicios* autogestivos de salud, especialmente en los **aspectos curativos.** Se dió una mayor valoración de la *medicina tradicional*, satanizada por algunos grupos, ya que los promotores de salud entraron en relación con curanderos, parteras y sobadores. Se rescataron prácticas curativas, especialmente la *herbolaria*, socializando conocimientos ancestrales en torno a las plantas medicinales con ancianas y mujeres de diferentes poblados; el uso del *temazcal*, que ya se estaba perdiendo, con su contenido simbólico religioso; las *vilmas* para la curación de fracturas, las *sobadas*, los *ritos* de curación del susto...Se apropiaron de algunas medidas terapéuticas de la *medi-*

cina alópata, ya que implementaron botiquines comunitarios de medicamentos de patente. Aprovecharon otras opciones terapéuticas *alternativas* que pudieran servirles en la práctica curativa diaria, como la digitopuntura china, la microdosis, la elaboración de preparados de plantas medicinales y otros productos curativos -tinturas, pomadas, jabones, jarabes, jugos, vinos, concentrados, emulsiones-.

En todas las comunidades que participaron en el proyecto pudieron contar con agentes de salud -promotores-, de su propio pueblo, que dieron servicio voluntario y solidario para la atención de las enfermedades más comunes de la región. Las comunidades campesinas pudieron comprobar que se puede dar *una atención primaria en salud* de forma autogestiva y eficiente. Aunque no se llevaron registros de pacientes -de modo que se pudiera establecer la diminución de los índices de morbilidad y mortalidad, desnutrición, etc.-, lo común en las comunidades fue atenderse con los promotores de salud, prefiriéndolos en algunos casos a los médicos de las instituciones oficiales. Esto se dió por la solidaridad de los promotores con su pueblo, por la humanización en el trato a los enfermos, vecinos y parientes.

La **prevención** de las enfermedades se venía dando anteriormente a partir de las iniciativas de los médicos del Sector Salud y de las comisiones médicas de las presidencias municipales. A partir del análisis de sus problemas en salud comenzaron a decidir autogestivamente, con una direccionalidad consciente, las medidas preventivas acordes con su realidad en la lucha por mejorar la calidad de vida, para su reproducción social. Desde esta perspectiva, por iniciativa propia, las comunidades realizaron acciones para potabilizar el agua, construyeron letrinas y drenaje, dieron tratamiento a la basura, desecharon los fertilizantes a cambio de abonos orgánicos, llevaron a cabo programas de mejoramiento de vivienda, se combatió ideológicamente a los alimentos chatarra y se aplicó fluor a los niños. Para ello utilizaron en algunos casos recursos propios y en otros los exigieron del Estado.

A partir de la reflexión que se dió durante la capacitación de salud, específicamente en el módulo de Trabajo, los promotores tomaron conciencia de cómo los modos de producción afectan los mecanismos de *reproducción social* y la calidad de vida. Se hizo evidente la explotación en el trabajo por parte de ganaderos y caciques y se

fortaleció la **conciencia de clase.** Analizaron la poca ganancia de los cultivos tradicionales y su función de autoconsumo, los efectos de la ganadería extensiva sobre el ecosistema y descubrieron formas alternativas de agricultura orgánica, rescatando elementos tradicionales: selección de semilla, rotación de cultivos, biodiversidad, para fortalecer la producción de básicos. Esto se fue haciendo extensivo poco a poco a las comunidades y los promotores apoyaron a grupos de hombres y mujeres que, en las comunidades eclesiales de base y en grupos colectivos, iniciaron *procesos de producción*: de cría de ganado vacuno y bovino, apicultura, cooperativas de consumo, transporte colectivo.

La conciencia de ser sujetos de cambio tuvo **consecuencias políticas**. Al interior del grupo de promotores se concretó una organización en la que se dieron **relaciones democráticas** a través de las Asambleas, responsabilidades personales y colectivas, con participación igualitaria -de hombres y mujeres, de jóvenes y adultos- que los fortaleció como grupo.

Los promotores de salud comenzaron a tener presencia y a ser respetados y aceptados por los vecinos de las comunidades que reconocían sus servicios, pero a la vez atacados por médicos y autoridades municipales, dado que percibían que se salían de su control como servidores de salud. Como ya se hizo notar anteriormente, las autoridades de Salud de Xochicoatlán, tanto municipales como institucionales, primero trataron de desacreditarlos, llamándolos a cuentas, atribuyéndoles la muerte de una infante por la aplicación de un medicamento que ellos no habían recetado ni aplicado. Al ver la **solidaridad del grupo**, al presentarse todos los promotores a defender al compañero afectado, y la sólida defensa en base a sus conocimientos, cedieron frente a ellos, pero posteriormente enviaron una comunicación de desconocimiento oficial a las comunidades, la cual fue desoída por la mayoría. Posteriormente las autoridades municipales sugirieron una coordinación de esfuerzos, que en el fondo trataba de limitar las acciones curativas de los promotores e incluso cooptarlos, lográndolo con algunos de ellos que pasaron a ser asistentes rurales de IMSS-SOLIDARIDAD. Finalmente aceptaron su presencia. Ahora, en ocasiones solicitan su ayuda para algunas acciones de salud conjuntas. Resulta significativo que a las comunidades que se destacan por su oposición a las autoridades municipales en turno, les han tratado de anular las

acciones independientes de salud que realizan los promotores, buscando el apoyo de las autoridades comunitarias. Las comunidades en general se han hecho más críticas de cara a las instituciones oficiales de salud, llegando en algunos casos a **exigir servicios de salud** o la calidad de los mismos. Los promotores de salud hicieron denuncias en el municipio sobre las ausencias de los médicos en las clínicas de salud, sobre la corrupción y malos manejos.

En las reuniones de salud, con ocasión de elecciones locales y federales, se analizaron las propuestas e ideología de los diferentes partidos políticos que hay en la zona. Esto no hizo variar en el corto plazo los resultados de las elecciones, ya que los contendientes de oposición contaban con poco apoyo y se enfrentaban a todo el aparato estatal; pero sí los campesinos fueron cada vez más firmes en no dejarse imponer los delegados municipales por los alcaldes en turno -en base a planillas concertadas de antemano-, sino en ser las comunidades, de acuerdo a sus propias formas de elección, quienes pudieran **elegir sus representantes**.

Al interior de las comunidades se fortaleció la **organización comunitaria** para la lucha por la salud, a partir de prácticas comunitarias de organización comunal, con decisiones colectivas. Los mejores resultados se dieron donde los promotores de salud lograron el reconocimiento comunitario y donde se establecieron buenas relaciones con las autoridades comunales.

Los temas que se profundizaron en el módulo de mujer dieron pie a que se formaran grupos de **reflexión de mujeres**, con espacios donde dieran su palabra y se organizaran en acciones sencillas de salud. Esto ayudó a revalorizar el papel de la mujer en la vida de la comunidad y el rol que juega en la reproducción social.

El programa de capacitación, al estar proyectado desde una **perspectiva cultural**, colaboró a que en las comunidades se avanzara en el fortalecimiento de su identidad y de la valoración de sus orígenes indígenas. En las prácticas de salud se tomó en cuenta las formas de organización familiar y comunal, los ritmos de vida propios, de acuerdo a los procesos de producción. Los mayores avances se dieron en el rescate de la herbolaria y de formas tradicionales de curar. Se dió el caso de promotores que comenzaron a rescatar la lengua y a estudiar los aspectos simbólico religiosos del temazcal.

Para fortalecer el proceso de salud, los promotores se relacionaron con otros grupos de salud, principalmente con la **red de organizaciones de salud** *Ixhuapajtli*-medicina que brota-, que reune a grupos de la Huasteca y de la Sierra de Hidalgo y participaron en alguna reunión de Salud en Manos del Pueblo, que reune a grupos de salud indígenas a nivel nacional. Pero no solamente forjaron alianzas en el ámbito de la salud; también participaron en reuniones de Derechos Humanos y análisis político con una Red de Cooperativas de La Huasteca Hidalguense y colaboraron en la conformación del Comité de Derechos Humanos *Toteco*, que tiene su sede en Huejutla, Hgo. y una sucursal en la cabecera municipal de Lolotla, Hgo.

Todo lo anterior tuvo algunos, aunque limitados, **alcances regionales**. Se fue generando la conciencia de arrebatarles la presidencia municipal a los ganaderos y las tradicionales familias caciquiles. Hay, sin embargo, miedo a la represión y a la falta de aplicación de recursos municipales a las comuniades que pudiera darse como consecuencia -hay que tomar en cuenta el derrame de recursos de Pronasol que se dió en el sexenio pasado, que los campesinos llegaron a valorar, a pesar de que no incidió finalmente en el desarrollo regional-.

A pesar de los avances que se dieron a partir del programa de capacitación de promotores y la organización de UPROSSIEH en la constitución de un nuevo sujeto social, existieron severos **límites** en sus alcances. Sus acciones fueron aisladas, no llegaron a incidir con fuerza regionalmente, ni llegaron a cambiar fundamentalmente las relaciones de poder.

Desde la perspectiva de salud, el programa de capacitación y la organización de promotores no ha llegado a tener un plan de salud popular que sea alternativa de atención primaria de salud frente a los programas oficiales; se cuestionaron las prácticas institucionales de salud, pero eso no modifica las políticas gubernamentales. Finalmente la salud a partir del pueblo queda como algo marginal a todo el aparato estatal.

La dependencia de los asesores fue muy fuerte durante las primeras etapas, de forma que la salida de ellos afectó al proceso, aunque finalmente fortaleció la organización de los promotores. El proceso de capacitación tuvo como resultado la formación de un grupo de

promotores críticos del sistema y con liderazgo en sus comunidades, generando ellos también un poder en el campo de la salud, que cuando se sumó al fortalecimiento de la vida comunitaria generó espacios de desarrollo social y organización.

La reflexión final, evaluando los logros y carencias de la experiencia que se ha venido dando en torno a la salud, en relación a la conformación de los sujetos sociales, corrobora la importancia que juega el poder. La salud hegemónica solamente puede cuestionarse y cambiarse desde una perspectiva de lucha del pueblo por el poder -económico, político, cultural- de modo que, desde una posición de fuerza, se den las condiciones para que efectivamente los campesinos participen en el análisis y la solución de los problemas de salud y enfermedad que les atañen y decidan el *cómo, cuando y para qué de las acciones de salud.*

Pudiéramos concluir que se están gestando nuevos sujetos sociales en la Sierra de Hidalgo, que no están determinados, como se dió en otros tiempos y espacios, por la lucha por la tierra, ni por la apropiación de los procesos productivos, sino que se perfilan en la lucha por la democracia y los derechos humanos, en la lucha por la salud como medio de reproducción social, en la creciente participación de la mujer y en los nuevos grupos religiosos y de salud. Este proceso no pasa necesariamente por la organización y el trabajo político -sin dejar de valorar la importancia que tiene en la conformación de la democracia- de los partidos políticos. En los procesos de lucha de la Sierra, la participación de la sociedad civil es creciente, en un movimiento que se comprueba que tiene características nacionales. Esta fuerza de los sujetos a nivel local se suma a otras, creando un torrente en la misma dirección.

Se están expresando a niveles locales y nacional diferentes fuerzas sociales creativas e incontenibles que conforman un poder constituyente, el cual enfrenta desde sus raíces al poder constituído, al sistema actual "modernizador". Esto se da en el marco de la crisis, en girones que provocan rupturas, pero también alternativas esperanzadoras. El poder constituyente en México se deja entrever en las múltiples fuerzas políticas que están emergiendo en el país y que confluyen para el cambio de las relaciones de poder, para cuestionar el modelo económico existente, para convocar a un Nuevo Constituyente, para proponer un nuevo proyecto de Nación

en el que quepamos todos, con una mejor distribución de las riquezas y con instituciones democráticas. Es la fuerza que puede modificar al país y sacarnos de la crisis, a condición de que la creatividad converja en una grande fuerza para el cambio.

> *"(...) el mundo es más grande que lo efectivo: puesto que lo político y lo social intervienen sobre el mundo de la vida, desestabilizándolo y ampliándolo continuamente, en una indiscutibilidad constitutiva radical que siempre se afirma. El poder constituyente es la subjetividad, social y política, de esta radical constitución del mundo de la vida. (...) El sujeto político que el poder constituyente revela (...) se experimenta en una ininterrumpida construcción de nuevos mundos."*[159]

La irrupción de la sociedad civil

Es importante subrayar que los partidos políticos, en el contexto actual, no han funcionado para crear y mantener el consenso social; más bien han trabajado en el campo formal y electoral de la democracia. En la situación de crisis que atraviesa el país, la sociedad civil expresa valientemente su palabra y abre cauces a la voz de los excluídos. Se presenta como un espacio de solución a los problemas, donde se gestan los nuevos dirigentes que dan impulso a los procesos de cambio tras el consenso y la legitimidad perdidos. Se busca la democratización en la toma de decisiones, la Reforma del Estado, la consecución de un modelo de desarrollo con rostro humano. Todo esto no puede darse si no es a partir de un diálogo constante entre la sociedad y el Estado y con la participación activa y responsable de todos los mexicanos.[160] Frente al espíritu autoritario de nuestras instituciones, la sociedad civil se presenta como una instancia que no se somete, que demanda, se moviliza, presiona a

---

[159] *Ibid*, p.398

[160] "Si tuviéramos que escoger a una fuerza política a la cual apoyar esa fuerza política sería la de la sociedad civil, una fuerza que fuera independiente de los partidos políticos o que, incluyéndolos, fuera más lejos que sus pasos individuales, fuera más grande que sus sumas internas, fuera más generosa que sus egoísmos protagónicos, fuera más incluyente que sus sectarismos particulares. Una de esas fuerzas. Esta sería la fuerza política a la que el EZLN apoyaría." Subc.Insurgente MARCOS. Palabras del EZLN en el acto de clausura de la conferencia sobre línea política de El Barzón del 21 de Julio de 1996, en *La Jornada*,23 de julio de 1996.

las instituciones y las desborda. Por otra parte, de cara a la corrupción de nuestros gobernantes, la sociedad civil actúa no por intereses personales, sino buscando a través de la solidaridad y el servicio de sus organizaciones el bien común.

Dentro de la Sociedad Civil, las Organizaciones No Gubernamentales, que operan sin fines de lucro, aunque son un fenómeno reciente en la vida de México, han crecido en número y compromiso con las causas sociales, principalmente a partir del sismo del 1985. Su peso es creciente en la sociedad mexicana y, de cara a una transición democrática, han pasado de la denuncia y crítica de las acciones gubernamentales a la discusión de propuestas alternativas y a la implementación de proyectos encaminados al mejoramiento integral de las condiciones de vida de los grupos más desposeídos, a través de proyectos sociales de asistencia, promoción y desarrollo, donde la creatividad de las propuestas sirven de semilla para cambios más radicales y globales a nivel nacional. En el futuro, la fuerza de estas organizaciones se prevee como un elemento fundamental para la transición hacia la democracia y para un desarrollo equilibrado y sustentable.

El movimiento zapatista

El levantamiento zapatista en el estado de Chiapas, el primero de enero de 1994, justo cuando entraba en vigor el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, puso en evidencia el fracaso modernizador del gobierno salinista, que privilegiaba la macroeconomía a costa del deterioro del bienestar social y del empleo y la capacidad de compra de las mayorías. El modelo salinista centró sus esfuerzos en la economía cerrando los espacios de la actividad política: "*(...) sometió al congreso, desarticuló a los partidos y al PRI, controló el poder judicial, cerró espacios del debate e impuso su versión de la realidad.*"[161]

El conflicto de Chiapas obligó a poner sobre el tapete al nuevo gobierno zedillista la reforma política, pero dado que se veía como una amenaza para la implementación del proyecto neoliberal, la represión de los zapatistas y de los grupos populares ha sido la constante. Zedillo ha optado por la militarización del conflicto, con

[161] RAMIREZ, Carlos. *"Cuando pudimos no quisimos. El decenio del derrumbe: la transición y el caos"*, Ed. Oceano, México,1995, p.97

un reacomodo de las relaciones del poder, en el que se debate entre la pérdida de las alianzas con los grupos fuertes del priísmo integrados al Estado, el fortalecimiento del ejército, la derecha económica y financiera y el PAN, que apoya su proyecto. El poder tiene miedo de la multitud.

> *"La potencia de la multitud: se hará cada vez más objeto de angustiosas y de férreas decisiones de represión, o bien de desposeimiento. El miedo de la multitud es la potencia de la racionalidad instrumental. Este animal salvaje debe ser dominado, domesticado o destruído, superado o sublimado; de todos modos la subjetividad debe serle suprimida y la racionalidad, negada."*[162]

Sin embargo, el país no es el mismo después del levantamiento zapatista. El haberse opuesto al proyecto neoliberal, concretado en el mal negociado TLC, hizo caer por tierra el malogrado propósito salinista de llevar al país al primer mundo por la vía rápida. Los rebeldes chiapanecos:

> *"(...) no se contentaron con defender las tierras o las formas de vida de los indígenas, querían expandir su movimiento por todo el país, derrocar al gobiero, impedir que el TLC uniera definitivamente a México con América del Norte. Querían además la democracia. Al convertir al país verdadero con sus debilidades y su fortaleza en el eje de su propuesta, resultaron mucho más modernos que sus 'modernistas' adversarios. En 1994 los rebeldes de Chiapas encarnaron en un momento crucial el instinto de conservación de la Nación."*[163]

Los zapatistas se levantaron en armas, pero han dejado espacios abiertos a la acción política a través del diálogo con el gobierno, pero sobre todo con la sociedad civil, logrando sentar las bases para una paz con justicia y dignidad y obligando al gobierno a atender algunas de las demandas que originaron el conflicto. La conformación de un movimiento hacia la transición a la democracia, primero pasó a través de la Convención Nacional democrática en septiembre de 1994, y

---

[162] *Idem*, p.395

[163] ORTIZ PINCHETI, José Agustín. "Los zapatistas: buenos políticos" en *La Jornada*, 7 de Julio de 1996, p.7

actualmente se canaliza en la conformación del Frente Zapatista de Liberación Nacional, formado por diferentes sectores de la sociedad, a través de comités en gran parte del territorio nacional, estableciendo alianzas con diversos sectores populares y algunos partidos políticos.

A través de las diferentes fases del diálogo, los zapatistas han ido perfilando los elementos de cambio sustancial que definen su proyecto, el cual no está vinculado a la toma del poder, sino al cambio del proyecto económico y al fortalecimiento de la participación de la sociedad nacional.

> *"(...) el Frente Zapatista de Liberación Nacional, (...) una organización de nuevo tipo, (...) será civil, pacífica, nacional y democrática, que no se sujetará a las estructuras partidarias clásicas, que no deberá de avanzar en la profesionalización de cuadros sino por el desempeño responsable y consciente de sus miembros. (...) La pluralidad deberá de ser uno de los rasgos esenciales durante su proceso de construcción, al igual que la tolerancia y el sentido de responsabilidad social."*[164]

Si bien no plantean la toma directa del poder, en la base de sus propuestas está la cuestión del poder y del ejercicio del poder, estableciendo que el mismo dimana del pueblo y se sustenta finalmente en la sociedad. Al poner en el centro de la discusión la reforma del Estado y la relación entre gobernantes y gobernados, estableciendo que se debe *'mandar obedeciendo'*, cuestiona la legitimidad del poder y el ejercicio del mismo, de modo que no es la reforma electoral y el sistema partidista de representatividad lo sustantivo de sus propuestas, sino el cambio sustancial de régimen. Para ello propone *"(...)ampliar las formas de plebiscito, referéndum, iniciativa popular, acción popular y revocación de mandato, en los términos que la propia Constitución establezca."*[165]

---

[164] *Foro Especial para la Reforma del Estado*, llevado a cabo en julio de 1996 por iniciativa del EZLN, José Gil Olmos y Elio Henríquez, corresponsales, en *La Jornada*, 7 de julio de 1996, p.3

[165] Ver el análisis que hace hace Julio Moguel del documento que presentó el EZLN para la Fase 3 de la Mesa 2 en los diálogos de Sacamch'en. *La Jornada del Campo*, suplemento núm. 47 en *La Jornada*, Julio de 1996.

La transición a la democracia requiere gestar una vía inédita, que estimule la participación de la sociedad civil y construir amplias coaliciones opositoras, para *"separar de una vez y para siempre a esos hermanos perversos siameses que son el PRI y el Estado."*[166] Para los zapatistas, no son la violencia y la guerra lo fundamental en su estrategia.

"En eso también los zapatistas son atípicos. Recurren a la violencia en forma autolimitada. Eso lo vemos no sólo en el discurso de Marcos, sino en la práctica de los zapatistas. ¿Qué hacen estos guerrilleros 'posmodernos'? Pues recurren a la violencia sólo para lanzar a la plaza pública cuestiones importantes que no se habían tomado en cuenta. Toman las armas para interpelar al poder, a la sociedad civil mexicana, a la opinión pública internacional. No obedecen a una lógica político militar."[167]

La lucha contra el neoliberalismo ha encontrado en el zapatismo un cauce, no sólo en el país. Se ha gestado una corriente de articulación internacional, la cual tuvo en el *Encuentro Intergaláctico por la Humanidad y Contra el Neoliberalismo* -celebrado en comunidades zapatistas a finales de julio del presente año- su expresión más álgida, con la participación de más de tres mil representantes de cuarenta y siete países.[168]

---

[166] *Ibid*, p.5

[167] LE BOT, Ivon. *"El gran mensaje de Marcos: poner en el escenario la visión indígena de la democracia"*, art. de Anne Marie Mergier en revista *Proceso*, no.1014, 8 de abril de 1996, p.50

[168] En el documento final del encuentro, en el plano global, se expresa "(...) el compromiso de los participantes -académicos, activistas y líderes sociales y políticos- de presionar a las instituciones financieras internacionales, como el FMI y el Banco Mundial, para eliminar la deuda externa y rechazar los programas de ajuste estructural; (...) promover campañas internacionales de boicot a empresas que violen normas laborales y ambientales. Además impulsarán un movimiento internacional para pedir la clausura de las industrias proveedoras de material de guerra, cancelar el gasto militar de las naciones y la reconversión de las industrias para avanzar hacia la paz y financiar los servicios de bienestar social. El resolutivo de los asistentes a la mesa de Roberto Barrios (...) plantea la urgencia de adoptar reglas económicas con base en un precio justo a las materias primas y presionar a los gobiernos para que se incremente el gasto público y detener la privatización de empresas del Estado." Roberto González Amador, enviado, en *La Jornada*, 1 de agosto de 1996, p.10

Los indígenas confrontando a la nación

El 1o. de enero de 1994 los indígenas irrumpieron en la conciencia nacional y pasaron, con el levantamiento zapatista, de la resistencia a la ofensiva para generar un nuevo pacto social con el Estado. Las propuestas atañen no solamente a sus pueblos sino a nuevas relaciones con la sociedad mexicana y a su participación en la construcción de un nuevo proyecto nacional. Los diálogos de San Andrés y el Foro Nacional indígena plantean alternativas alentadoras consolidándose los indígenas como sujetos sociales en el contexto nacional.

> *"(...) ¿Qué está pasando? Se preguntan quienes creían haber enterrado hace años el 'lastre o lacra' indígena de esta sociedad con pretensiones de aristocracia, pues pensaban que acabando con lo indio ponían a la Patria a las puertas del Primer Mundo blanco, desarrollado y moderno. No cabe duda que hoy se cumple el dicho de la sabiduría popular: a los dirigentes del país 'se les apareció Juan Diego', un Juan Diego que ya no quiere ser 'hoja caída, escalerilla de tablas, excremento de los poderosos -cuitlapilli- (Nican Mopohua)', sino sujeto activo de una sociedad que ha de ser construída por todos y para todos."*[169]

Aunque la sociedad nacional los hubiera tenido en el olvido, los indígenas como sujeto social no surgen con el movimiento zapatista. Basta ver las innumerables luchas y organizaciones indígenas que se han desarrollado a lo largo de la historia de México y la fuerza y cohesión que dió a su lucha la celebración de los 500 años de resistencia.

En la actualidad son múltiples los frentes y formas de la lucha indígena. Contra la pobreza, el hambre, el analfabetismo, las enfermedades, la desigualdad, el racismo. Por recuperar la dignidad y el orgullo indígena. Por defender su tierra contra el embate de las reformas neoliberales y del apetito de ganaderos, terratenientes y latifundistas. Por la preservación de su cultura, costumbres, religión y tradiciones. Por el cuidado de la "Madre Tierra", con técnicas agroecológicas, heredadas por sus antepasados. Por la

---

[169] LÓPEZ, Eleazar. "Insurgencia Teológica de los Pueblos Indios", mimeo, Cenami, México, 1995.

autosuficiencia alimentaria y la autonomía productiva, a favor de la vida y el desarrollo sustentable.

Para ello se han organizado con indignación y seriedad, en grupos de trabajo organizado, en comunidades fortalecidas, en articulación de zonas y regiones; se han capacitado para la producción y han buscado mercados solidarios en el país y en el extranjero para sus artesanías, café y jamaica orgánicos, contando con asesoría profesional; han revalorizado sus conocimientos tradicionales y tradiciones; han fortalecido su fe con la reflexión de la teología india.

El evento zapatista ha hecho emerger esta realidad de cara a la sociedad nacional y se ha generado un debate amplio en torno a los indígenas mexicanos, en el que el reconocimiento de la autonomía se perfila como el camino para el inicio de una relación nueva de los pueblos indígenas con el Estado.

> *"Somos los pueblos que ocuparon originalmente el territorio de lo que hoy es México. Hemos ejercido y seguimos ejerciendo la capacidad de determinarnos libremente. Tenemos una cultura propia y un proyecto común".*[170]

En la lucha por la autonomía, los pueblos indígenas han cuestionado el artículo 4o. constitucional, entre otros, y proponen el fortalecimiento de las formas de organización social y política en los niveles de comunidad, municipio, región pluricultural y multiétnica y pueblo indígena, lo cual implica:

> *"(...) el reconocimiento formal, político y práctico de la existencia misma de los pueblos indios, es decir, de grupos humanos con características propias, diferenciadas".*[171]

Son los propios pueblos indígenas los que deberán *"ejercer su derecho y su función de legislar, recuperar, hacer valer su derecho y articular y delimitar su jurisdicción propia".*[172] Deberá pugnarse por

---

[170] *Ibid*, p.16

[171] "Propuesta General de los Asesores del EZLN", Diálogos de Sacam Ch'en, Mesa de Trabajo 1: Derechos y Cultura Indígena, en revista *Ce-Acatl*, núm. 74-75, Diciembre de 1995, México, p.21

[172] "Garantías de justicia a los indígenas", Derechos y Cultura Indígena. Resultados de la Primera Fase de la mesa de Diálogo de San Andrés, en revista *Ce-Acatl*, núm.15, Noviembre de 1995, México, p.12

el respeto a sus usos y costumbres -sin el monopolio de las formas de elección ligadas a los partidos políticos-; la creación de la figura del municipio indio y su libertad para definir sus formas específicas de gobierno; el reconocimiento de los derechos de la mujer indígena; la participación de los pueblos indios en la elaboración, ejecución, evaluación y vigilancia de las políticas públicas que les afectan directamente -con lo que llegará a su fin el indigenismo en México-, y hacer efectivo su derecho de contar con y tener bajo su control sus propios medios de comunicación.

> *"Como proceso, la autonomía da lugar a la conformación de* ***sujetos sociales*** *que actúan con renovado vigor en la sociedad actual y que aspiran a tener un espacio creativo y creciente en su futuro. La autonomía alimenta una vertiente del comportamiento político que elimina los sesgos opresores de la democracia de corte occidental, con sus propensiones a dejar las decisiones y la conducción de los asuntos sociales en las manos de minorías autoelegidas, dedicadas a reproducirse a sí mismas. La autonomía de los pueblos indios supone una forma de organización social en que la gente puede gobernarse a sí misma, porque sus dirigentes* ***mandan obedeciendo****".*[173]

Para avanzar por este camino se plantea organizar un período de transición, durante el cual se tenga un gran diálogo libre y democrático entre todos los pueblos de México.

Como se puede apreciar, la lucha por la autonomía no es una lucha aislada, exclusiva, de los pueblos indios, sino que se inserta en un amplio movimiento que busca ampliar la participación de todos en las decisiones que nos afectan y se contrapone al centralismo del Estado, con un avance en las decisiones democráticas y en la unión de fuerzas en muchos ámbitos desde la base de la sociedad nacional.

> *"Lejos de ser excluyente, la lucha autonómica de los pueblos indios abarca a* ***todos los mexicanos****, indios y no indios, que pueden unir armónica y pacíficamente sus empeños en la construcción de una nueva sociedad."*[174]

---

[173] *"Propuesta General de los Asesores del EZLN. Diálogos de Sacam Ch'en. Mesa de Trabajo 1: Derechos y Cultura Indígena"*, en revista *Ce-Acatl*, núm. 74-75, Diciembre de 1995, México, p.22

[174] *Ibid*, p.22

Sus alcances no son solamente nacionales, se remontan a la humanidad, como reconoce Alain Touraine.

> *"En el momento actual, en otras partes y aquí en Chiapas de manera más consciente y elaborada, se transforma la vinculación de la lucha social con la lucha armada, y se transforma en agente principal de la democracia. Eso me parece tan fundamental como en 1848 el pasaje del espíritu de la Revolución Francesa al espíritu del socialismo y el movimiento obrero. Ahora se trata de pasar del socialismo revolucionario a algo que no tiene nombre todavía, pero que vincula la democracia con la defensa de los derechos culturales, la capacidad de comunicación intercultural y la defensa de la diversidad. La unión de lo identitario, lo específico, con lo universal(...). Creo que la opinión internacional siente mucho que estas comunidades indias de Chiapas (ubicadas en un lugar, un tiempo, una cultura) hablan un lenguaje universal. De cierta manera el pasamontañas significa 'somos ustedes', el universalismo. Yo soy al tiempo miembro de mi comunidad pero con la voz de mi montaña hablo con la palabra* yo soy ustedes, *que con la palabra* mandar obedeciendo *es de las mejores definiciones que hay de democracia."* [175]

Otros sujetos sociales

En el contexto nacional, los movimientos sociales de las clases medias -como el Barzón-, las luchas postelectorales -de Tabasco, Puebla-, el movimiento de maestros disidentes, la lucha del SUTAUR, la ruptura del corporativismo estatal de los sindicatos llamados foristas, los esfuerzos de los partidos políticos de convicción democrática, marcan una nueva etapa en la que se cuestiona la conformación del Estado neoliberal y específicamente la alianza del Estado-gobierno con el partido oficial.

Todos estos sujetos sociales descritos plantean, con diferencias de matices y métodos, un nuevo paradigma político. En oposición a la lógica de lo moderno: *la creatividad, contra el límite y la medida* -ya que el poder constituyente se define por la ilimitación en su plantea-

---

[175] Palabras de Alain Touraine en La Realidad, Chiapas, el 31 de julio de 1996 en el Encuentro Intercontinental por la Humanidad y Contra el Neoliberalismo, en *La Jornada,* 1 de agosto de 1996, p.11

miento-; el *procedimiento-proceso contra el mecanismo deductivo del derecho sustancial y de la máquina constitucional; la igualdad contra el privilegio -igualdad no como objetivo, sino como condición del proceso-; la multiplicidad contra la uniformidad y la cooperación contra el mando.*

> *"(...) No hay definición de lo político si no es a partir del concepto de poder constituyente. Lejos de ser una extraordinaria aparición o una esencia clandestina atrapada en las redes del poder constituido, el poder constituyente es la matriz totalizante de lo político. Sean las definiciones tradicionales metafísicas de lo político como mando sobre la comunidad, sean las irracionalistas, que lo definen como reino de las violencias más o menos legitimadas, ceden miserablemente frente a lo que lo político realmente es: potencia ontológica de una multitud de singularidades cooperantes. (...) El poder constituyente es el paradigma de lo político, porque su proceso es metafísicamente cualificado por la necesidad. No hay otra manera de existencia de lo político; la sola posibilidad de modificar su definición es la de dominar sus condiciones productivas en términos de no verdad. De oponer el mando a la potencia, de oponer la constitución al poder constituyente. (...) La verdadera actitud metafísica no consiste en fundar lo político sobre el deber ser de la comunidad, sino al contrario, en reconocer que toda formación de comunidad, y su permanencia, son el producto continuo de la potencia productiva de las singularidades"*[176]

Los esfuerzos por la democracia son múltiples, pero aún no conforman una fuerza nacional que tenga el poder para enfrentar al sistema decayente. Por ello, la alternativa de incidir en la construcción del poder local, se vuelve prioritaria en estos momentos, sobre todo si se articula con los esfuerzos que se generan en el ámbito nacional.

---

[176] NEGRI, A. *Op.cit.*, p.405

CAPÍTULO 4

GESTANDO EL FUTURO

INTRODUCCIÓN

A partir de los sueños y aspiraciones que han expresado los campesinos de la Sierra en diversos momentos del proyecto de capacitación, intento describir algunos elementos de su propuesta de desarrollo -incluída la salud-, principalmente con alternativas destinadas al ámbito local, pero que se suman a otras más amplias para un nuevo proyecto nacional.

CAPÍTULO 4

GESTANDO EL FUTURO

4.1. DESDE LAS MONTAÑAS DE LA SIERRA ALTA

Los cambios radicales en las relaciones de poder local, fundamentan y consolidan los cambios a nivel nacional.

De cara a la transformación de la realidad, -tanto en aspectos estructurales como en los de salud-, es necesario que las alternativas contemplen la realidad local, micro, las que deberán sumarse a medidas más amplias, que tomen en cuenta los aspectos globales.

Según Foucault,

> *"(...) la comprensión del poder microfísico posibilita la construcción de un concepto más amplio y profundo de revolución social. No es suficiente la toma del poder estatal; (...) la revolución necesariamente implica una transformación de los micropoderes diversos que constituyen la sociedad; (...) la revolución social debería preocuparse por conocer, resistir y transformar las formas del dominio justamente en el lugar de las prácticas y disposiciones locales del poder, los cuales, ciertamente constituyen los engranajes del funcionamiento general de la sociedad."*[177]

La condición es que se dé a través de acciones radicales.

> "(Las diversas luchas) *...forman parte actualmente del movimiento revolucionario, a condición de que sean radicales, sin compromisos ni reformismos, sin tentativas para modelar el mismo poder consiguiendo como máximo un cambio de titular."* [178]

---

[177] CEBALLOS GARIBAY, Hector. *Op.cit.* pp. 40-41
[178] FOUCALT, Michel. *Op.cit.*, p.86

Se ve necesario en la Sierra de Hidalgo, a niveles locales y regional, cambiar la correlación de fuerzas en las relaciones de poder. Las pequeñas soluciones locales deben irse consolidando para que, desde abajo, desde el ámbito familiar, de las comunidades, los municipios, se vaya construyendo el México que queremos. Aunar esfuerzos, a partir de las propias organizaciones locales en la solución de sus necesidades básicas, desde la propia cultura .

Fortalecer el sujeto social

Los campesinos de la Sierra de Hidalgo, aunque han estado sometidos por los caciques regionales y a pesar de la exclusión y marginación de que son objeto -cuyas causas son estructurales-, han mantenido, como ya observé, una resistencia en base a mecanismos propios de reproducción social que responden a su singular cosmovisión, al sentido que dan a sus prácticas cotidianas y a utopías que nacen del imaginario social, por lo que han podido sobrevivir. En el momento actual, en el que la crisis ha hecho más evidentes las contradicciones, en que el Estado renuncia a sus convicciones sociales en aras de favorecer al sistema neoliberal, y en el que han aparecido nuevos sujetos sociales en el escenario nacional, los campesinos serranos toman fuerza de sus propias raíces, de la orientación comunitaria y religiosa que dan a toda su vida y generan procesos que confrontan al poder local. Surgen de su imaginario social, de la capacidad de soñar un mundo diferente para ellos y para sus hijos, elementos que se suman a otras propuestas que los indígenas a lo largo de la geografía nacional también se están planteando.

> "Parece que se acabó ya el estereotipo del indio sumiso y silente, del indio agachado y conformista. Ahora la mayoría de los indios del campo y la ciudad, hablamos de derechos a la tierra, a la vida digna, a la identidad propia, a la comunalidad, a la autonomía; ahora discutimos con otros sectores del pueblo sobre justicia, democracia, paz, nuevo proyecto de Nación para todos."[179]

De la protesta, pasan a la propuesta. En el afán de los pueblos indios por vivir un proyecto autogestivo, solidario, como sujetos de su propio desarrollo, cuestionan el modelo neoliberal -que engendra pobreza,

[179] LÓPEZ, Eleazar. *"Nueva Presencia Indígena"*, mimeo, Cenami, 1996, p.2

exclusión y muerte-, y generan una propuesta de desarrollo, de salud, de vida plena, de economía comunitaria y participativa, que no solamente es válida para ellos, sino que contiene elementos que pueden potenciar la dinámica nacional, al fin y al cabo con las raíces indígenas del "México Profundo". Recojo algunos elementos de esta propuesta, de aquello que algunos campesinos más conscientes, autoridades tradicionales y gente sencilla han ido expresando desde que se inició el proyecto de capacitación de promotores de salud.

Los campesinos de la Sierra de Hidalgo quieren mantenerse ligados a la tierra que les ha dado la vida, donde nacieron, donde está enterrado su cordón, pues es el espacio sagrado que les recibió al nacer. Quieren evitar que sus hijos emigren a las grandes ciudades o al norte y, si lo hacen, sea por propia convicción, no a causa de la pobreza y el abandono en el que viven actualmente. Desean seguir recibiendo de la madre tierra el sustento diario, el maíz que les da la vida. "Un indio sin tierra es un indio muerto".

La lucha por la tierra comunal y ejidal sigue siendo, por lo tanto, esencial para su conservación como pueblo. La defensa de su tierra incluye hacer frente a los caciques y ganaderos que la acaparan -con las facilidades que las reformas al artículo 27 constitucional ha generado-, conocer las leyes al respecto -incluyendo el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y los artículos 4o. y 27 constitucionales-, la elaboración de Reglamentos Internos y Estatutos Comunales y los consensos internos para impedir comunitariamente la venta de sus tierras. Hay quienes plantean la lucha por un nuevo 27 constitucional.

Los serranos sueñan con poder tener una vida digna integral: alimentación, vivienda, salud, educación, de modo que con su trabajo e ingresos puedan sus familias y comunidades tener mejores condiciones de vida. Para lograrlo, ven prioritario el fortalecimiento de sus actividades productivas en el campo, para garantizar los productos básicos y tener excedentes para el mercado. Quieren poseer los medios para trabajar la tierra, conservarla y hacerla producir, sin contaminarla, sin destruirla y agotarla, como se cuida a una madre, por el trabajo común organizado, con la colaboración y solidaridad propia de sus pueblos -la mano vuelta, las faenas comunitarias, en algunos casos la propiedad comunitaria de los bienes de producción y de algunos recursos naturales-. Para reforzar

su economía, propician la recuperación de métodos tradicionales, fruto de una sabiduría milenaria, que se suman a las técnicas modernas alternativas, apropiándose de algunos de sus elementos, a condición de que impidan la contaminación y destrucción de sus ecosistemas.

Guardan la convicción profunda de que la producción del maíz -con semillas criollas y tecnología propia- les garantizará, no sólo su sustento y la alimentación familiar, sino también el marco cultural alrededor del cual gira la vida de sus pueblos, sus fiestas y tradiciones, sus mitos. En fin, la renovación cíclica de la vida, ya que "nacimos del maíz, con él se creó el mundo, es nuestra carne"...

En sus expectativas, los campesinos de la Sierra piensan que la comercialización de básicos debería estar garantizada por mecanismos de comercialización que aseguren el abasto para la alimentación y el consumo del pueblo, eliminando los monopolios y el coyotaje. El criterio básico sería la comercialización de productos que satisfagan las necesidades comunitarias, más que las individuales. Las redes de intercambio de productos entre diferentes regiones constituye una alternativa de mercado solidario que garantizaría el abasto de algunos productos para la reproducción social.

Con organizaciones propias, aprovechando sus recursos, ven conveniente generar proyectos autogestivos, que mejoren su economía, pero también consideran importante disponer de créditos adaptados a sus necesidades, no especulativos, ni que promuevan la manipulación política. Para ello, necesitan que la banca privada y los organismos solidarios de financiamiento sigan apoyando al campo, en proyectos en los que ellos sean los gestores y administradores.

Ven necesario suprimir el control del partido oficial en el manejo de los recursos federales y municipales, de forma que su administración quede en manos de las comunidades campesinas y se destinen al mejoramiento del nivel de vida y a las actividades productivas de los serranos.

A nivel político, quieren hacer realidad el derecho a la libre determinación, ejerciendo la capacidad de establecer sus condiciones políticas, como sujetos de desarrollo económico, social y cultural. Decidir, no sólo sobre el destino propio, sino también sobre las

cuestiones y acciones más inmediatas y cotidianas en las comunidades, en diálogo con otros pueblos y con la sociedad nacional. Ejercer la capacidad, libertad y derecho para tomar sus propias decisiones, establecer sus normas y nombrar sus autoridades y representantes según sus usos y costumbres, a través de los partidos políticos o con candidaturas independientes. La libre determinación mantiene fuerza, en la medida que los pueblos campesinos de la Sierra viven la comunalidad en sus relaciones entre ellos y con los demás.

Al ser pueblos profundamente religiosos -que consideran a Dios Padre y Madre, que camina junto a ellos y a quien reconocen en la vida cotidiana y en los momentos importantes de su vida-, piden comprensión y respeto por parte de sacerdotes y autoridades civiles a su manera específica de vivir la fe. Eso es válido también dentro de las Comunidades Eclesiales de Base, que no pocas veces desconoce la religiosidad popular. Las fiestas religiosas seguirán siendo espacios privilegiados de encuentro con Dios y con los demás, y expresión de las utopías más claras de un reordenamiento social como horizonte posible.

Pudiéramos pensar que estos elementos expresados son propuestas aisladas, deseos de campesinos que quieren retroceder al pasado y vivir aislados del contexto nacional, que están fuera de la lógica de la globalización. Pero no es así. Los campesinos no solamente quieren superar problemas añejos, sino participar en el concierto nacional, en la construcción de una sociedad más justa para todos y en la construcción de la democracia. Sus anhelos, aunque expresados sencillamente, conforman una propuesta de desarrollo alternativo, integral, con una dimensión comunitaria y participativa, que cuestiona el modelo neoliberal -que engendra, según su reflexión, pobreza, exclusión y muerte- y que lo enfrenta eficazmente. En el campo de la salud, tenemos un ejemplo. La organización para la salud, además de haber dado frutos como respuesta a las severas condiciones de pobreza y enfermedad, en la perspectiva del sujeto social, contiene también algunos elementos propositivos y experiencias para otros pueblos.

Consolidar el quehacer comunitario en salud

En la salud, los campesinos quieren evidentemente curarse, vivir en plenitud, sin enfermedades. Aprovechar las plantas que les regala la tierra y los recursos que corresponde ofrecer al Estado -no sólo para

curar, sino en el campo de la prevención y mejora de sus condiciones de vida-, pero quieren a la vez hacer valer el derecho a ejercer una medicina propia y a decidir comunitariamente sobre los mejores medios para su salud.

En el campo de la salud comunitaria, considero que la propuesta alternativa tiene que ampliarse y consolidarse, asegurando a los promotores comunitarios como agentes de cambio que apoyen las acciones sociales que se están gestando en la región. Su capacitación y organización debe garantizar un liderazgo que esté al servicio de los procesos populares, y garantizar también que no consideren su trabajo como una forma de prestigio y poder.

En la lucha por los poderes locales, la salud debe generar procesos colectivos en los que se dé la apropiación de espacios y tiempos y donde se pueda recrear la vida a partir de la propia identidad cultural, de forma diferenciada, en los que la cosmovisión propia se imponga frente a la visión hegemónica nacional. Se ve necesario fortalecer el rescate de la medicina tradicional, dar apoyo a los médicos tradicionales y parteras y establecer mecanismos de cooperación entre ellos y los promotores de salud.

Para ello hay que ganar espacios con una práctica de salud que sea reconocida por su eficiencia técnica, su capacidad para prevenir eficazmente las enfermedades y lograr que se la respalde por la fuerza de la conciencia y la organización comunitarias. En el momento actual, es necesario el incremento de las comunidades con promotores de salud capacitados, la atención solidaria a los enfermos en estos momentos de crisis, la apertura de espacios de educación para la salud y de acciones organizadas y eficaces para su prevención.

Solamente consolidando los espacios locales comunitarios en salud, con una propuesta fuerte, desde los sujetos sociales emergentes, se podrá pugnar por el reconocimiento de los mismos en las reformas a los sistemas de salud nacional, saliendo de la marginalidad, para integrar y articular los esfuerzos en la diversidad y pluralidad que la realidad requiere.

Sumarse a propuestas nacionales alternativas

Junto con muchos grupos, organizaciones indígenas y de campesinos, organismos no gubernamentales, en suma, desde una posición de fuerza, se deberá pugnar por cambios en las políticas de salud a nivel nacional, que enfrenten el marco de globalización subordinado a que nos han sometido los organismos internacionales y las decisiones de los últimos gobiernos, y que han deteriorado a las instituciones públicas de salud y la han convertido en una mercancía.

Esta lucha se propone en varias líneas.

La salud como derecho social indiscutible, garantizado por la Constitución y por el Estado. Pasar jurídicamente en la Constitución del actual "Derecho a la Protección a la Salud" al "Derecho a la Salud". La ley debe proteger también las prácticas ancestrales, riqueza étnica de los pueblos.[180]

> *"La salud como derecho social, debe ser considerado un bien público que la sociedad tiene la responsabilidad de garantizar a todos a través del Estado. Para ello es necesario avanzar en la construcción de un Sistema de Salud, universal y público, articulado por el principio de ciudadanía, es decir, accesible para todos los mexicanos con independencia de su condición económica, género e identidad cultural."* [181]

El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo resulta fundamental y es un elemento básico a tomar en cuenta para una planeación nacional y regional, en base a un desarrollo sustentable.

Para garantizar servicios de salud para todos los mexicanos, es imprescindible ampliar la cobertura de salud[182] en base a las institu-

---

[180] "Que la ley promueva y proteja nuestras prácticas médicas ancestrales de manera que la Secretaría de Salud no impida nuestras prácticas médicas, ni nos impongan condiciones para su práctica". en *"Garantías de justicia a los indígenas. Derechos y Cultura Indígena.* Resultados de la Primera Fase de la mesa de Diálogo de San Andrés". Revista Ce-Acatl. Núm. 15. México. Noviembre de 1995. pág. 32.

[181] BLANCO GIL, José y LOPEZ ARELLANO, Oliva. *"Hacia un quehacer en salud alternativo. Documento de discusión"*, mimeo, febrero de 1996, p.7

[182] Ver el excelente trabajo de LAURELL, Cristina y RUIZ, Liliana: *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?*, UAM-Xochimilco y Friedrich Ebert Stiftung, México, 1996. En él, demuestra que es posible "refinanciar, fortalecer y democra-

ciones públicas de salud existentes, y a la suma de los esfuerzos de trabajo a favor de la salud de los grupos populares -cuyo derecho a una salud propia, desde sus características culturales, no elimina la responsabilidad del Estado de ofrecer los servicios y recursos necesarios a la población-.

Todas las organizaciones ciudadanas, los partidos políticos y los medios de comunicación social, deberemos pugnar por un aumento en el financiamiento a la salud. Para cubrir toda la población, se requeriría, según los cálculos de Asa Cristina Laurell, del 4.1% a 4.2% del PIB.[183]

La democratización de la formulación de la política sanitaria, de su gestión y del control sobre su instrumentación, en los diversos niveles: nacional, estatal, municipal-local e institucional-centros de trabajo tendrá que ser asumida como responsabilidad colectiva de la sociedad. Para ello resulta importante la descentralización de los servicios de salud y la creación de Consejos Regionales de Salud,[184] con reconocimiento legal, que permitan a los ciudadanos "*(...) la elaboración de estrategias para la salud, vigilancia de los sistemas de salud microrregionales, gestión social de recursos, coordinación del sistema regional, formación de cuadros comunitarios, defensoría*

---

tizar el sistema público, con el fin de integrar un Servicio Unico de Salud (SUS) de cobertura universal(...)," para garantizar el derecho a la salud y no "(...) parchar y fragmentar aún más nuestro sistema de salud y restringir la oferta pública a un 'paquete básico de servicios' para los pobres y estratificar el acceso al resto de los servicios en función de la capacidad económica y/o inserción laboral de cada quien."(p.17)

[183] *Ibid*, p.60

[184] Los zapatistas consideran al municipio como "(...) el ámbito de gobierno más cercano a la población(...), el espacio donde se dirimen en primera instancia las contradicciones sociales, se expresan las necesidades primarias y las relaciones de poder, y puede ser un espacio privilegiado para la construcción de la democracia". Por ello, consideran importante "(...) la reforma del sistema nacional de planeación para que los municipios participen realmente en la definición, control y vigilancia de los programas de desarrollo y en los proyectos estatales y sociales de inversión; la creación de la figura de 'Consejos Regionales', con la participación de sujetos políticos, sociales y productivos heterogéneos, capaces de participar en la planeación, control, seguimiento de inversiones y actividades diversas para el desarrollo regional." Documento que presentó el EZLN para la Fase 3 de la Mesa 2 en los diálogos de Sacamch´en suplemento *La Jornada del Campo,* núm. 47, *La Jornada*, Julio de 1996, p.3

[185] BLANCO y LÓPEZ. *Op.cit.*, p.10

del derecho a la salud y denuncia de condiciones y acciones que atenten contra la salud individual y colectiva."[185] Conviene rescatar la idea original de los SILOS -Sistemas Locales de Salud- para asegurar espacios donde se incluyan los saberes y prácticas propias de salud y se privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tomando en cuenta la diversidad de la población que conforma un mosaico multicultural y pluriétnico, que determina la necesidad de respeto y cauces de participación.

> "[En los SILOS] ...*la dimensión política, de autonomía, gestión y control ciudadano de los servicios de salud, no se contraponen a la posibilidad de articular saberes y prácticas en la salud y potenciar el uso de los recursos y servicios públicos. Como parte de la propuesta 'política' de los SILOS se considera viable la articulación de los sistemas de salud comunitarios (especificidad de los recursos, de las estrategias de salud, de la organización, de los saberes y de las prácticas), con los servicios no gubernamentales y con el sistema público de salud".*[186]

Dada la importancia de la mujer en el campo de la salud y en sus prácticas alternativas, y su emergencia como sujeto en la sociedad nacional, se ve necesario incluir la perspectiva de género en todos los niveles de la propuesta alternativa, de modo que se integren las demandas de las mujeres.

Estas alternativas no serán conseguidas por la voluntad y el beneplácito de los funcionarios públicos. Es el pueblo organizado el que las irá demandando y construyendo, a partir de sus propias organizaciones y luchas, en los diferentes ámbitos, sectores y niveles de la sociedad nacional.

Sin embargo, no basta el fortalecimiento de los sujetos locales. La lucha por cambios definitivos y profundos deberá tomar en cuenta procesos globales, estructurales, que lleven a cuestionar el modelo neoliberal de desarrollo que se ha impuesto a la dinámica nacional. No tendrán fruto los esfuerzos locales si no se van aglutinando las diversas fuerzas de manera que tengan una repercusión a nivel

---

[186] *Ibid*, p.12
[187] RAMIREZ, Carlos. *Op.cit.*, p.27

nacional, la cual tome en cuenta las condiciones de la globalización y se sumen los esfuerzos democratizadores en la construcción de un nuevo proyecto nacional.

> "*El nuevo proyecto debe tener cuando menos tres objetivos básicos: la lucha contra la desigualdad social, la igualdad de oportunidades políticas y la salvaguarda de México como nación independiente y soberana*".[187]

El nuevo proyecto de nación debe ser incluyente, que "(...) *nos permita superar la esquizofrenia a que ha dado lugar el desencuentro entre el México profundo y el México imaginario*".[188] La cultura mesoamericana, independientemente de los rasgos biológicos, ha permanecido en todos los sustratos del país y no sólo en los enclaves propiamente indígenas que persisten. Las formas tradicionales han persistido y coexisten en la carrera por la modernidad. No tomar en cuenta este fuerza cultural del pueblo mexicano en el nuevo proyecto nos dejaría sin identidad y sin posibilidades de participación para la mayoría de los mexicanos. Debe considerarse un *proyecto nacional pluralista* en el que se busque "(...) *ver a Occidente desde México, en vez de seguir viendo a México desde Occidente*".[189]

> *"No es posible inventar otro proyecto desde la élite, desde el centro y desde arriba. Tiene que integrarse con las aportaciones de todas las culturas vigentes, de las comunidades indias y campesinas tradicionales que se identifican como mestizas; de los barrios urbanos donde llegan y se quedan los migrantes; de los jornaleros en diáspora permanente y de los que atraviesan la frontera. Las comunidades locales, las matrices que permitieron la continuidad del país tradicional, tienen que ser fortalecidas y reanimadas para reconstruir, a partir de ellas, una sociedad más sana. Esa reanimación de las comunidades y un vasto apoyo a la pequeña economía en el ámbito de lo urbano habrán de inscribirse, por suspuesto, en una amplia eclosión democrática que no se agote en la pequeña democracia de las decisiones locales, sino que garantice una circulación fluida de la voluntad social hacia las*

---

[188] BONFIL BATALLA, Guillermo. *"México Profundo"*, Ed. Grijalbo, México, 1990, p.111

[189] *Ibid*, p.335

instancias altas e intermedias y canalice desde éstas, hacia abajo, los recursos que han de encontrarse, por fin, con la demanda real."[190]

El aporte propio de los indígenas al desarrollo, puede enriquecer, sin duda, un proyecto nacional alternativo. Ejemplifico a continuación algunos aspectos.

El sentido comunitario, la responsabilidad compartida a favor de la comunidad, la solidaridad como criterio de vida, puede impulsar la lucha a favor de la democracia, de modo que la soberanía resida efectivamente en el pueblo. La práctica cotidiana de las autodeterminaciones locales puede ser un camino de desarrollo nacional democrático.[191] Todos con derecho a voz en la toma de decisiones que tienen que ver con su vida, en el ámbito de la familia, de la comunidad, a niveles regionales y en el nacional.

En el reconocimiento de las raíces culturales, se potencia una relación con la tierra, con la naturaleza, que frena el deterioro ambiental y potencia la biodiversidad, que está en la base de la riqueza de nuestros suelos y recursos naturales.

Los criterios en el uso de los bienes, desde una economía solidaria, comunitaria y participativa, garantiza que se de una distribución justa y equitativa de los bienes, con una vida digna para todos, impidiendo que el afán de acumulación de la economía de mercado genere explotación y desigualdad social, pobreza y marginación.

El reconocimiento del sentido religioso del pueblo constituye un elemento que, lejos de ser alienador, fortalece los procesos históricos concretos, como lo hemos experimentado en las luchas de independencia y revolucionarias de la historia de nuestra Patria.

Para finalizar, podemos concluir que en el caso de UPROSSIEH -organización de promotores de salud que surge a partir de un proyecto de capacitación alternativo en la Sierra Alta de Hidalgo-, no obstante lo

---

[190] CAMPOS, Julieta. "El Compromiso con el Otro México" en *"Los Compromisos con la Nación"*, Ed. Plaza&Janés, México, p.183

[191] Cfr. ESPAZ. *¿Hacia una nueva vereda de desarrollo?*, Documento de Espacio Civil por la Paz, mimeo, México, 1994

pequeño y limitado de la experiencia, se dieron las condiciones para fortalecer el sujeto social campesino, en cuanto a la organización, identidad, relaciones democráticas, desarrollo de liderazgos, e impulso a proyectos productivos, que generaron un contrapoder local. Este poder no sólo reside en la fuerza política del grupo, sino que también confronta el proyecto hegemónico, cuestionando las relaciones del Estado con los grupos marginales en el campo de la salud. Las diversidades que la cultura de los pueblos establecen en la práctica cotidiana, lleva a gestar una lucha no sólo en los niveles locales, sino también a nivel nacional, en que diferentes sujetos sociales relacionados con la salud van pugnando por espacios donde las decisiones sean tomadas por ellos, como sujetos constituyentes. Las cartas están sobre la mesa. Los resultados formarán parte de las luchas libertarias de nuestros pueblos por un nuevo proyecto de Nación, para todos los mexicanos, que construiremos en el tiempo, en la historia, que va siendo cada vez más nuestra. Proyecto que será gestado desde abajo, por los excluídos de la modernidad, que luchan por una modernidad alternativa.

> *"El amor del tiempo es el alma del poder constituyente en cuanto éste hace del mundo de la vida una esencia dinámica, una síntesis siempre renovada de naturaleza e historia. En este sentido, el concepto de poder constituyente muestra la normalidad de la revolución, ofrece una definición del ser como movimiento de transformación. (...) Sobre esta base, el concepto de lo político es arrancado a la banalidad y a la torpeza de la reducción al poder constituído, a sus espacios y a sus tiempos. Lo político es el horizonte de la revolución, no terminada pero continuada, siempre reabierta por el amor del tiempo. Toda motivación humana en la búsqueda de lo político consiste en esto: en vivir una ética de la transformación a través de un ansia de participación que se hace amor para el tiempo por construir."*[192]

[192] Negri. *Op.cit.*, p.407

ANEXO

ENFERMEDADES POR FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA. TALLER 1

TEMA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
PRESENTACIÓN	Que los promotores y asesores se conozcan y socialicen las razones de la asistencia a los talleres	· nombres, origen y ocupación de los participantes · motivaciones de participar en los talleres	· dinámica de la botella	· se hace girar la botella y cuando se detenga, al que señale el cuello de la botella le tocará su turno. · todos irán hablando por turno, sin repetir.	· botella	60'
	Dar a conocer por parte de los asesores el programa general y recibir sugerencias	· ¿para qué? ¿cuándo? ¿dónde? de la capacitación. · estructura modular	· exposición dialogada	· los asesores expondrán los objetivos y programas de los talleres	· papelógrafos	30'
ASPECTO SOCIAL						
ORIGEN SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Tomar conciencia y socializar las condiciones generales de sus comunidades y sus problemáticas de salud	· situación geográfica y ecológica de las comunidades ·principales problemas de salud	· dibujo grupal · exposición en plenaria	· por comunidades elaborarán un dibujo sencillo de su comunidad en el que deberán aparecer las características geográficas y los principales problemas de salud · lo expondrán en plenaria	· cartulinas y plumones	90'
	Analizar los aspectos sociales de las enfermedades más frecuentes que se padecen en la región	· enfermedades de la región · causas aparentes y profundas	· dinámica del árbol de la enfermedad	· por equipos hacer una lista de enfermedades · escribir cada una en "hojas del árbol" · analizar en plenaria las causas profundas	· dibujo de un árbol · recortes de "hojas" · papelografos, plumones, tijeras, pegamento	120'

ASPECTO BIOLÓGICO						
ANATOMÍA Y FUNCIONAMIENTO DEL APARATO RESPIRATORIO	Conocer la estructura, funcionamiento y mecanismos de defensa del aparato respiratorio	· estructura del apto. respiratorio · funcionamiento · mecanismos de defensa	· exposición dialogada · dibujo en el cuerpo humano	· en plenaria se socializará lo que se conoce del apto. respiratorio y su funcionamiento · practicarán en equipos dibujando el aparato respiratorio en el cuerpo de otro compañero	· láminas del apto. resiratorio · plumones de agua	90'
ASPECTO CLÍNICO						
GENERALIDADES SOBRE INFECCIONES	Reconocer el comportamiento de las enfermedad producidas por virus y por bacterias.	· virus y bacterias · características clínicas de enfermedades por virus y bacterias	· exposición dialogada · juego de la lotería de enfermedades. por virus y bacterias	· exposición de las características de los virus y bacterias · por equipos jugarán a la lotería de enfermedades por virus y bacterias .	· papelógrafos · lotería de virus y bacterias · fotocopias de *Aprendiendo a Promover la Salud* pp. 238	90'
ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA: GRIPA	Conocer el manejo de la gripa y complicaciones	GRIPA: · síntomas y signos · causas sociales. · prevención y manejo. · complicaciones.	· exposición dialogada. · lectura de folleto.	· en plenaria, socializar sus conocimientos sobre el tema · por equipos, leer el folleto y responder las preguntas que se indiquen	· cartulina · plumones · folleto: *La gripa*	90'
ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA: ·SINUSITIS ·AMIGDALITIS ·OTITIS	Aprender a diagnosticar y curar las enfermedades citadas y sus complicaciones	· síntomas y signos · causas sociales · prevención y manejo · complicaciones	· exposición dialogada	· en plenaria, socializar sus conocimientos sobre el tema	· cartulina · plumones · fotocopias con resumen sobre el tema	90'

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACION DEL ENFERMO	Revisar el interrogatorio y exploración de un enfermo	· interrogatorio · exploración · seguimiento	· casos simulados · exposición dialogada · práctica de exploración física.	· en plenaria, un asesor revisará a un compañero · se revisarán los pasos de la historia clínica · los promotores practicarán por parejas	· libro *Donde No Hay Doctor*, Cap. 3. · hojas de historia clínica · abatelenguas	90'
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Aprender a distinguir las enfermedades revisadas	· diferencias entre gripa, amigdalitis y sinusitis	· rompecabezas de signos y síntomas	· por equipos armarán el rompecabezas · lo revisarán los asesores	· tarjetas con signos y síntomas · masking tape	45'
ASPECTO TERAPÉUTICO						
PLANTAS MEDICINALES PARA PROBLEMAS RESPIRATORIOS	Revisar las principales plantas de la región usadas para problemas respitarorios	· uso de plantas medicinales	· exposición dialogada	· socialización de sus conocimientos sobre el tema · muestra de plantas medicinales frescas	· plantas medicinales	60'
PREPARADOS DE BAJO COSTO	Aprender a hacer algunos preparados	· jarabe de gordolobo · pomada de alcanfor	· elaboración de preparados	· pasar rotativamente por dos fogones para preparar los medicamentos	· ingredientes: azúcar, alcohol, gordolobo, fruta, manteca vegetal, eucalipto, alcanfor · fuego, trastes · frascos	90'
ASPECTO EDUCATIVO Y DE ORGANIZACIÓN						
ALTERNATIVAS DE SALUD	Compartir posibles soluciones al problema de enfermedades respiratorias	· mejoramiento de la vivienda · educación para la salud · propuestas de organización	· árbol de la enfermedad · lluvia de ideas. · tareas.	· en plenaria, se revisa el árbol de la enfermedad · se identifican los problemas y se plantean soluciones comunes	· árbol de la enfermedad · cartulinas · lista de tareas	120'

ENFERMEDADES POR FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA. TALLER 2

TEMA	OBJETIVOS	CONTENIDO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
PRESENTACIÓN	Conocernos y socializar las razones por las que se asiste al curso	· nombres · lugar de procedencia ·razones de ser promotores · sentimientos al comenzar el curso	· dinámica de los dos círculos	· se forman dos círculos con el mismo número de participantes, uno encerrando al otro y de frente unos con otros · bailan al son de la música (en sentido contrario ambos círculos), hasta que cese · conversan con la pareja que quede enfrente, sobre preguntas formuladas por los asesores	· grabadora · cassette de música regional · preguntas	30'
	Tomar conciencia del avance en la práctica como promotores	· práctica curativa · práctica organizativa · investigación · estudio personal y de grupo	· cuestionario	· responden el cuestionario personalmente · lo comparten por comunidades cercanas · en plenaria se analizan los avances y dificultades	· hoja de preguntas · cartulinas · plumones	90'
ASPECTO SOCIAL						
CONDICIONES DE VIVIENDA COMO CAUSA DE LAS ENFERMEDADES	Analizar la importancia de tener una vivienda digna para evitar las enfermedades	· relación de las condiciones de vivienda y las enfermedades · requisitos de una vivienda digna	· lluvia de ideas · exposición dialogada	· por equipo socializan las características de una casa ideal · exposición dialogada sobre alternativas de mejoramiento de vivienda	· papelógrafos y plumones	100'

ASPECTO BIOLÓGICO						
ANATOMÍA Y FUNCIONAMIENTO DEL APARATO RESPIRATORIO	Repasar la estructura, funcionamiento y mecanismos de defensa del aparato respiratorio	· estructura del apto. respiratorio · funcionamiento · mecanismos de defensa	· disección de un pollo · juego de los mecanismos de defensa	· por equipos disecan el aparato respiratorio de un pollo, introduciendo un popote en la tráquea para ver el funcionamiento de los pulmones · jugarán con un grande dibujo en el suelo del apto. respiratorio, a defenderse ante la introducción de virus y bacteria	· pollos · gises · tarjetas de identificación: virus, bacterias, moco, estornudo, tos, etc.	60'
ASPECTO CLÍNICO						
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES POR FALTA DE VIVIENDA ADECUADA	Reafirmar en los promotores el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades estudiadas en el taller anterior, con los problemas que surgieron en la práctica	· gripa, sinusitis, amigdalitis, otitis · interrogatorio, exploración, diagnóstico, tratamiento	· simulación de casos	· por equipos resuelven casos clínicos que les hayan resultado difíciles en su práctica · los presentan en plenaria y se revisa el acierto de los mismos	· lápices y cuadernos personales	60'
	Conocer la sintomatología de las enfermedades del aparato respiratorio bajo y los signos de alarma, para canalización oportuna	· bronquitis aguda y crónica · bronconeumonía y neumonía · tuberculosis (síntomas, signos, causas, complicaciones)	· exposición dialogada · sociodrama	· en plenaria se van revisando las difetrentes enfermedades · se escenifica un caso de insuficiencia respiratoria y su canalización.	· pizarrón y gises · papelógrafos y plumones	120'

INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN DE ENFERMEDADES POR FALTA DE VIVIENDA ADECUADA	Revisar el interrogatorio y exploración de un enfermo haciendo énfasis en los problemas respiratorios	· interrogatorio · exploración · uso del termómetro	· casos simulados · exposición dialogada	· se interrogan y revisan por parejas · en plenaria, se revisa el uso del termómetro · se toman la temperatura por parejas	· termómetros clínicos	90'
ASPECTO TERAPÉUTICO						
PLANTAS MEDICINALES PARA PROBLEMAS RESPIRATORIOS	Revisar las principales plantas de la región usadas para problemas respitarorios	· plantas medicinales: descripción, uso, dosis	· exposición dialogada	· socialización de sus conocimientos sobre el tema · muestra de plantas medicinales frescas · escribir sus propiedades	· plantas medicinales · papelógrafos	60'
PREPARADOS DE BAJO COSTO	Aprender a hacer algunos preparados	· aceite gomenolado con poleo · tónico de cuatecomate	· elaboración de preparados	· pasar rotativamente por dos fogones para realizar los preparados	· ingredientes: aceite gomenolado, poleo, guajes, jerez · trastes	90'
DIGITOPUNTURA	Dar a conocer algunas técnicas de digitopuntura	· puntos de acupuntura para las enfermedades estudiadas · técnica de la dígitopuntura	· práctica de dígitopuntura	· localización de puntos y masaje por parejas	· folleto de dígitopuntura	
ANALGÉSICOS Y ANTIBIÓTICOS	Dar a conocer algunos antibióticos y analgésicos para las enfermedades descritas	· ácido acetilsalicílico · acetaminofén · penicilina procaínica · eritromicina · indicaciones, dosis, complicaciones	· exposición con muestras	· en plenaria se mostrarán los medicamentos, comentando sus propiedades, dosis y peligros · se harán diferentes cálculos de dosis según gravedad, peso y edad	· medicamentos del sector salud y comerciales	60'

ASPECTO EDUCATIVO Y ORGANIZACIÓN						
MEJORAMIENTO DE VIVIENDA	Conocer algunas medidas sencillas de mejoramiento de la vivienda en zonas templadas	· clima · orientación de los cuartos · cómo guardar el calor	· exposición dialogada	· en plenaria, revisar el tema con aportaciones de los promotores	· fotocopias del libro *El Médico Descalzo* · pizarrón y gises	60'
ALTERNATIVAS CURATIVAS	Buscar caminos para curar en nuestras comunidades y puntualizar prácticas curativas	· problemática y soluciones autogestivas a aspectos curativos	· cuestionario · lluvia de ideas	· responder por comunidades cuestionario sobre problemática · en plenaria buscar soluciones a los problemas comunes	· cuestionario · papelógrafos y plumones	60'
ALTERNATIVAS EN ORGANIZACIÓN	Plantear soluciones prácticas a las problemáticas detectadas, ubicándolas en procesos de organización comunitarios	· problemática y soluciones en torno a los aspectos de organización para la salud	· lluvia de ideas	· revisión de los papelógrafos sobre problemática surgidos durante el desarrollo del módulo · lluvia de ideas para buscar soluciones comunes	· papelógrafos escritos · papelógrafos y plumones	60'
ALTERNATIVAS EDUCATIVAS	Proponer prácticas educativas en salud comunitaria, relacionadas con los temas vistos	· propuestas de los promotores	· lluvia de ideas	· revisar en equipos contenidos del módulo que convenga transmitir a las comunidades · proponer modos de hacerlo · buscar otras propuestas · presentar en plenaria	· papelógrafos y plumones	60'

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO, José Carlos y PORTAL, María Ana. *"Identidad, ideología y ritual"*, UAM-Iztapalapa. México, 1992.

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo. *"Medicina y magia"*, Obra Antropológica VIII, FCE, México, 1992.

ANZURES Y BOLAÑOS, María del Carmen. *"La medicina tradicional en México"*, UNAM, Serie Antropológica No. 57, México, 1989.

BANCO MUNDIAL. *"Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud"*, Washington, 1993.

BARTRA, Armando. *"La explotación del trabajo campesino por el capital"*, Ed. Macehual, México, 1979.

BLANCO GIL, José y LÓPEZ ARELLANO, Oliva. *"Hacia un quehacer en salud alternativo. Documento de discusión"*, mimeo, febrero de 1996.

BONFIL BATALLA, Guillermo.
"Pensar Nuestra Cultura", Alianza Editorial, México, 1991
"México Profundo", Ed. Grijalbo, México, 1990.

BOURDIEU, Pierre. *"La distinction"*, Les editions de Minuit, París, 1979.

BREIHL, Jaime. *"Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones"*, Ediciones CEAS-UTN, Ibarra, Ecuador, 1994.

CARDOSO HERNANDO, Henrique. *"Hacia otro desarrollo: Enfoques y Estrategias"*, Siglo XXI, México.

CAMPOS, Julieta, MEYER, Lorenzo *et al.* *"Los Compromisos con la Nación"*, Ed. Plaza&Janés, México, 1996.

CEBALLOS GARIBAY, Hector. *"Foucault y el poder"*. Ediciones Coyoacán, México, 1986.

CONAPO, *"Sistema automatizado de información sobre la marginación en México 1990"*, México, 1993.

CÓRDOBA, Arnaldo. *"Sociedad y Estado en el Mundo Moderno"*, Ed. Grijalvo, México.

DIETRICH, Rueschmeyer, EVANS, Peter B. y SCKOCPOL, Theda (comp). *"The State and Economic Transformation: Towards an Analysis of the Conditions Underlying Effective Intervention"*, Cambridge University Press, Cambridge, Inglaterra, 1985.

ESPAZ. *"¿Hacia una nueva vereda de desarrollo?"*, Documento de Espacio Civil por la Paz, mimeo, México, 1994.

FERNANDEZ, Ana María. "De lo imaginario social a lo imaginario grupal", en *"Tiempo histórico y campo grupal. Masas, grupos e instituciones"*, DE BRON, J. C. Comp., Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.

FERNÁNDEZ, Luis. *"Cómo se hace una comunidad eclesial de base"*, CAM, México, 1989.

FOUCAULT, Michael. *"Microfísica del poder"*, Ed. La Piqueta, Madrid, 1980.

FREIRE, Paulo. *"¿Extensión o Comunicación? La Concientización en el Medio Rural"*, 16a. edición, Siglo XXI, Uruguay, 1988.

GARCÍA RAMÍREZ, Hernán. *"Salud, conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud"*, CRT y Fomento, México, 1990.

GEERTZ, C. *"La interpretación de las culturas"*, Gedisa, México, 1987.

GONZÁLEZ CASANOVA, Pablo. "El estado y la poliítica" en *"América Latina, hoy"*, Siglo XXI editores-UNU Editorial de la Universidad de las Naciones Unidas, México, 1992.

GUTIÉRREZ, Gustavo. *"La Fuerza Histórica de los Pobres"*, CEP, Lima, 1980.

GUTIÉRREZ, Gustavo. *"Teología de la Liberación. Perspectivas"*, Ed.Sigueme, Salamanca, 1973.

LAURELL, Asa Cristina y ORTEGA, María Elena. *"El impacto del Tratado de Libre Comercio en el sector salud"*, Fundación Friedrich Ebert, México, 1991.

LAURELL, Asa Cristina y RUIZ, Liliana. *"¿Podemos garantizar el derecho a la salud?"*, UAM Xochimilco-Fundación Friedrich Ebert Stiftung, México, 1996.

LAURELL ASA, Cristina, Coord. *"Estado y políticas sociales en el neoliberalismo"*, Fundación Friedrich Ebert Stiftung, México.

LÓPEZ ARELLANO, Oliva. *"La selectividad en la política de salud. La propuesta del Banco Mundial sobre servicios de salud esenciales"*, mimeo, México, s/f.

LÓPEZ AUSTIN, Alfredo.
"Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas", Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México, 1980.
"Los mitos del tlacuache", Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.

LÓPEZ, Eleazar.
"Insurgencia Teológica de los Pueblos Indios", mimeo, Cenami, México, 1995.
"Nueva Presencia Indígena", mimeo, Cenami, 1996.

LOZOYA, Xavier, "La herbolaria medicinal de México", en *"La medicina invisible; introducción al estudio de la medicina tradicional en México."*, 3a. edición, Folios Ediciones, , México, 1986.

MARC, Nerfin. *"Hacia Otro Desarrollo: Enfoques y Estrategias"*, Siglo XXI Editores, México, 1977.

MAX-NEEF, Manfred et al. *"Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el Futuro"*, Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld, Suecia, 1986.

MENÉNDEZ, Eduardo L.
"Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) en salud", CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No. 86.
"Recursos y prácticas médicas tradicionales", en *"La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México"*. Folios Ediciones. 3a. ed. México, 1986
"Poder, estratificación y salud", Ediciones de la Casa Chata, México, 1981

MIRCEA, Eliade. *"El mito del eterno retorno"*, Alianza Editorial, Madrid, 1984.

MODENA, María Eugenia. *"Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica"*, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata, México, 1990.

NEGRI, Antonio. *"El poder constituyente"*, Libertarias/Prodhufi, Madrid, 1994.

NÚÑEZ H., Carlos. *"Educar para Transformar, Transformar para Educar"* 9a ed., IMDEC, México, 1992.

ORTIZ DE MONTELLANO, Bernardo. *"Medicina, salud y nutrición aztecas"*, Siglo XXI. México, 1993.

RAMIREZ, Carlos. *"Cuando pudimos no quisimos. El decenio del derrumbe: la transición y el caos"*, Ed. Oceano, México,1995.

SANGINÉS, Agustín.
"Práctica Médica Indígena e Indigenista", Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1979.
"Medicina Liberadora. Teoría, Método y Práctica", Praxis, México, 1989.

SILLER L., Clodomiro.
"Antropología e inculturación". mimeo, Cenami, México, 1993.
"Símbolo y mito en la teología india", en *"Teología india mayense"*, Cenami, México, 1993.

SOTA, Eduardo. *"Espiritualidad de la Iglesia de los pobres"* en *Espiritualidad de la liberación*, Serie *Iglesia y Religión*, Núm. 34, CAM, México, 1987.

SUNKEL, Osvaldo. *"Interacción entre los Estilos de Desarrollo y el Medio Ambiente en América Latina"*. Trim. Eco.

TORRES, M. *"Familia, trabajo y reproducción social"*. Ed. Colmex, México, 1985.

WERNER, David Y BOWER, Bill. *"Aprendiendo a Promover la Salud"*, Centro de Estudios Educativos, México, 1985.

ZEMELMAN, Hugo. *"De la Historia a la Política. La experiencia de América Latina"*, Siglo XXI Editores-UNU, México, 1989.

PERIÓDICOS

Periódico La Jornada, (México), 27 de febrero de 1996; 31 de marzo de 1996; 1 de agosto de 1996, p.11; 7 de julio de 1996 p.3; 23 de julio de 1996; diario.

La Jornada del Campo, núm. 4, 7 Julio de 1996, suplemento mensual de *La Jornada* (México).

REVISTAS

Ce-Acatl,(México), núm. 74-75, Diciembre de 1995; núm.15, Noviembre de 1995.

Proceso, (México) no.1014, 8 de abril de 1996.

Revista Mexicana de Sociología, Año 55, Núm.3, Julio-Septiembre, Ed. IIF-UNAM, México, 1993.

CUSSANOVICH, A. *"Espiritualidad Cristiana y Liberadora"*, Revista Christus Núm. 531, México, 1980.

GARCÍA, HERNÁN. "Introducción a la Discusión en Torno a la Salud y la Enfermedad". Revista CHRISTUS, Núm.566, México, Junio 1983.

MOEDANO, Gabriel N. "El temazcal, baño indígena tradicional", publicado en la Revista *Tlatoani*, Núm. 14-15, octubre de 1961.

QUIJANO, Aníbal. "Modernidad, Identidad y Utopía en América Latina", en la revista *Imágenes desconocidas, "La Modernidad en la Encrucijada Postmoderna"*, México, 1992.

ULATE J., Jeannette y DE KEIJZER, Beno. *"Sistemas de Salud y Participación Popular. Los casos de Nicaragüa y México"*, en la revista *"Nueva Antropología"*, Vol. VII, No. 28, México, Octubre 1985.

VERGOPOULOS, Kostas. *"El papel de la agricultura familiar en el capitalismo contemporáneo"*, en Cuadernos Agrícolas No. 9, México, 1979.