



Investigación abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

**LOS PROCESOS PARTICIPATIVOS EN EL CAMPO
DE LA SALUD. EL CASO DE LA COMUNIDAD
DE GUAQUITEPEC**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA:

SILVIA PATRICIA VEGA ESTENS

DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA ANGELES GARDUÑO

2001

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a:

Guillermo

Quien forma parte de la vivencia desarrollada en este trabajo

Santiago

Con quien he compartido estas experiencias.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las mujeres y hombres indígenas de la comunidad tzeltal de Guaquitepec por su acogida y esfuerzo para promover el cambio, en particular al grupo de promotoras y promotores, a quienes dedico en especial este trabajo en señal de reconocimiento por lo mucho que me han enseñado y a quienes quiero regresar, por medio de sus testimonios, parte de lo que ellos han construido.

Agradezco a las maestras, maestros, compañeras y compañeros de la Maestría en Medicina Social que compartieron su conocimiento conmigo e hicieron comentarios y aportaciones al tema.

Quiero agradecerle muy especialmente a la Maestra Angeles Garduño su aceptación para dirigir esta investigación, el cuidado, la revisión crítica y los comentarios aportados a lo largo de este trabajo, así como el apoyo brindado con su orientación bibliográfica.

A Carlos Lenkersdorf por su amistad y valiosas conversaciones.

A todas las compañeras y compañeros que trabajan en esta zona de Guaquitepec y que compartimos la utopía de construir y transformar esa pequeña parte de la realidad.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	6
VERSIONES ENCONTRADAS SOBRE LA PARTICIPACION EN SALUD	6
1. PARTICIPACIÓN SOCIAL. ALGUNAS CONSIDERACIONES	6
1.1 Contexto en el que se ubica la participación social	6
1.2 La participación social desde las organizaciones internacionales	8
1.2.1 La visión de la Organización Panamericana de la Salud	9
1.2.2 Visión de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe	14
1.2.3 Visión del Banco Mundial	16
1.2.4 Puntos de convergencia	20
2. PARTICIPACION COMUNITARIA. APROXIMACIONES	23
2.1 Institucionalización del término. Un ejemplo	31
3. EL PROCESO DE PARTICIPACION COMUNITARIA INDIGENA	32
3.1 Consideraciones generales acerca de la construcción del sujeto comunitario	32
3.2 Características en el caso indígena	34
3.2.1 Construcción del proceso comunitario	34
3.2.2 Construcción del sujeto autónomo	40
3.2.3 Las mujeres indígenas de hoy	44
CAPITULO II	47
1. EL CONTEXTO DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN MÉXICO	47
1.1 Enfoque y alcances de la participación en la política indigenista	47
1.1.1 institucionalización del indigenismo	51
1.2 Situación reciente y propuestas oficiales	52
1.3 La participación en los programas	56
CAPITULO III	63
PROCESO DE LA INVESTIGACION	63
1. OBJETIVOS Y EJES DE ANÁLISIS	63
Ejes de análisis	64
2. PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS	65
2.1 Propuesta metodológica	65
2.2 Grupos de análisis	66
2.3 Desarrollo de la propuesta	68
2.3.1 Estrategias metodológicas	68

CAPITULO IV	77
1. CONTEXTO REGIONAL DONDE SE UBICA LA COMUNIDAD	77
1.1 Desigualdad social	85
1.2 Situación de salud	86
1.3 Las propuestas institucionales y acciones participativas en salud	87
2. UN ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD DE GUAQUITEPEC	95
2.1 Situación geográfica	95
2.2 Semblanza de la comunidad	96
2.3 Vías de comunicación	100
2.4 Actividades económicas	101
2.5 El valor de la tierra	103
2.6 Organización comunitaria	105
2.7 Las fiestas religiosas comunitarias	107
2.8 La participación de organizaciones externas actuales	110
2.8.1 La participación de los jesuitas	110
2.8.2 El proceso educativo	111
CAPITULO V	113
1. EL PROCESO DE SALUD. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UNA UTOPIA	113
1.1 El reencuentro	115
1.2 El proceso del grupo	117
2. ORGANIZACION COMUNITARIA	120
2.1 Una experiencia de organización comunitaria	120
2.1.1 Conformación del modelo organizativo	122
2.1.2 Funciones de autoridades que conforman el esquema organizativo	124
2.2 Nombramiento de autoridades	129
2.2.1 Relación autoridad-comunidad	129
2.2.1 Criterios para el nombramiento de autoridades	130
3. FORMAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	134
3.1 Entrevista a sujetos de la comunidad	134
3.1.1 Características generales de los sujetos entrevistados	136
3.2 Surgimiento del proyecto de salud	137
3.2.1 Casa de Salud	137
3.2.2 Unidad Médico Rural- Instituto Mexicano del Seguro Social (UMR-IMSS)	140
3.3 Coexistencia de dos espacios de salud	143
3.4 Nombramiento de autoridades de salud	144
3.4.1 El caso de los comités	144
3.4.2 Criterios para la designación de promotoras/es y enfermeros	148
3.5 La asamblea como forma de decisión	151
3.5.1 Motivos de asistencia y formas de participación en las asambleas de salud	151
3.5.2 Asuntos que se tratan en las asambleas de salud	157
3.6 Atención a la salud	160
3.6.1 Motivos de asistencia a la consulta	160
3.7 Recursos y participación económica	163
4. ENTREVISTA A ENFERMEROS	167
4.1 Percepción de la participación del enfermero de la Casa de Salud	167
4.2 Percepción de la participación del enfermero de la UMR-IMSS	169

5. PERCEPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Y POSIBLES SOLUCIONES	172
5.1 Enfermedades más frecuentes en la comunidad	173
5.2 Las causas de la enfermedad	176
5.3 Propuestas de solución	178
5.4 Participación en la salud familiar y comunitaria	180
6. HISTORIA DE GRUPO. TESTIMONIOS SOBRE LA VIVENCIA Y PARTICIPACIÓN DE PROMOTORAS/ES EN EL PROCESO DE SALUD	181
6.1 Inicio de la organización	181
6.2 La decisión de vincularse al proceso de salud	183
6.3 Las promotoras socializan su experiencia	186
6.4 Organización y autogestión	189
6.5 Afirmación de la autoestima	194
6.6 Identidad colectiva	199
COMENTARIOS FINALES.....	203
BIBLIOGRAFIA.....	209
ANEXO 1.....	215

INTRODUCCIÓN

Esta tesis tiene como objetivo fundamental analizar la participación comunitaria en salud en el ámbito de la cultura indígena. El presente estudio se sitúa en la comunidad tzeltal de Guaquitepec, se centra en la comparación y análisis del proceso de participación impulsada por la comunidad en la Casa de Salud y la participación institucional representada en la Unidad Médico Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMR-IMSS).

El propósito fundamental del estudio es descubrir las formas concretas de participación en el campo de la salud y la relación de éstas con los procesos socioculturales, vinculación que constituye un elemento fundamental para mejorar los problemas de salud.

El instrumental teórico principal parte del enfoque de la medicina social y de otras disciplinas sociales. Principalmente se utilizarán los conceptos "participación social", "participación comunitaria" y "sujeto autónomo", referidos al ámbito de las comunidades indígenas. Desde estos conceptos se analizarán dos visiones y prácticas de participación comunitaria en salud que se desarrollan en la comunidad analizada: la oficial, representada por la Unidad Médica Rural, en la que se analiza la visión institucional de participación y otra visión alternativa impulsada por la comunidad en la "Casa de Salud".

La participación es un término al cual se alude cada vez mas en los discursos, y en la práctica, sin embargo, presenta diferencias en su connotación, ya que existen distintos enfoques y prácticas de la misma.

Hablar de la participación desde el modelo de cultura dominante desarrollada dentro de las instituciones oficiales de atención a la salud, generalmente equivale a hablar de la inserción de los sujetos en los programas, responsabilizar las responsabilidades en

el cuidado de la salud, es relegar a los participantes de la toma de decisiones, es dejar al margen el crecimiento del sujeto colectivo.

Por otra parte, la participación, vista desde las comunidades indígenas, implica tratar de interpretar cómo la entienden y cómo la han vivido y a partir de ello, se entiende como ejercicio y capacidad para la toma de decisiones y para la organización, como medio para la construcción del sujeto autónomo.

La comunidad y el grupo nos hicieron ver que su participación es un proceso de aprendizaje que incluye la toma de decisiones y la planeación en colectivo para resolver los asuntos de organización. En este proceso se señala el surgimiento de las mujeres, en su camino para formarse como sujetos autónomos, que se revaloran a sí mismas y son revaloradas por la comunidad en el espacio de salud que conforma el proyecto.

Los ejemplos que sirven para señalar estas diferencias son la Unidad Médico Rural del IMSS y la Casa de Salud, que operan en la misma comunidad; se analizan las formas como valoran las relaciones comunitarias y como se toman las decisiones. Además se destaca el papel de la comunidad frente a la toma de decisiones y frente a acciones y programas concertados. Se demuestran las diferencias entre auto-organización e imposición, autogestión y dependencia, desarrollo del sujeto autónomo y subordinación en la ejecución de acciones.

Mi pertenencia a la cultura occidental plantea limitaciones a mi visión del proceso de participación en salud en el contexto indígena, así como la imposibilidad de llegar a una interpretación completa de la visión indígena, pero puede proporcionar elementos para profundizar en el análisis de esta cultura. Así pues, pretendo hacer aportes que contribuyan a comprender al sujeto autónomo indígena y a valorar el proceso participativo del grupo de promotoras/es de salud y por otra parte, pretendo analizar la relación de la participación institucional con los procesos socioculturales comunitarios para detectar la forma en que ésta asume o no la cultura tradicional.

En el primer capítulo se presentan planteamientos que ejemplifican el tipo de participación que proponen los organismos internacionales en sus estrategias de salud. Además se delinear los fundamentos de sus prácticas, que se implementan en México y que se hacen visibles en la visión oficial de participación. Se destaca una posición crítica ante estas posiciones y se establecen las dimensiones de este tipo de participación, para concluir con un ejemplo de institucionalización de la participación. Desde otra óptica, que nos introduce al campo de la participación indígena, se abordan algunos términos de referencia teórica de la participación comunitaria indígena para analizar la construcción histórica de las experiencias y testimonios acerca de la participación en salud.

Frente al modelo de participación comunitaria es necesario describir los planteamientos sobre participación elaborados a partir de la ideología de la política indigenista, así como las políticas y acciones de participación que se plantean en los planes de desarrollo y las circunstancias que les dieron origen, lo cual se describe en el capítulo II, en el cual se aborda también la puesta en práctica de estos planteamientos en los programas institucionales de salud.

En el capítulo III se definen los objetivos, se especifican los ejes de análisis y los planteamientos metodológicos, se destacan los grupos de análisis y las estrategias metodológicas empleadas, especificando las técnicas utilizadas en el análisis.

En el capítulo IV se hace una breve descripción de la situación actual del estado de Chiapas, destacándose las condiciones de desigualdad económicas y sociales de la región. También se hace referencia a movimientos organizativos de trascendencia nacional, cuyas acciones han tenido algún impacto en la comunidad; se describen acciones participativas que han sido propuestas en los programas sociales, para conocer el tipo de participación que se promueve institucionalmente.

Finalmente, para situar las características generales y culturales del proceso de participación, en este mismo capítulo se describe la comunidad de Guaquitepec,

destacando aquellos aspectos socioculturales que han dado forma a su modelo de participación comunitaria, y señalando el papel que han tenido algunos agentes externos.

Por último, en el capítulo V se destacan las experiencias de participación comunitaria que se han desarrollado en los dos espacios de salud mencionados anteriormente.

Partiendo de la sistematización y de la interpretación de experiencias recogidas por medio de los comentarios de los entrevistados y de mi observación directa participante, se analizaron las diferencias de participación y su relación con los valores socioculturales comunitarios; en todo ello se tuvo la preocupación de cuidar las expresiones originales de los entrevistados y de que la traducción reflejara fielmente lo relatado.

Finalmente, el desarrollo total de la tesis me facilitó llegar a conclusiones que me permitieron comprobar mi hipótesis, lo cual me indicó que existe una vinculación entre el proceso de participación del grupo de promotoras/es de salud con los aspectos socioculturales comunitarios y también me dejó ver que la existencia de una dinámica cualitativamente diferente a la participación que se da al margen de los procesos culturales.

Este trabajo es una invitación para adentrarnos en la cultura participativa indígena y en sus valores, y descubrir estas alternativas ancestrales, de ser y de actuar, basadas en la construcción del "nosotros", del sujeto que es dinámico, que construye su historia, que tiene capacidad de decidir, de organizarse, existiendo los indígenas en un mundo que se mueve en la globalización económica, social y cultural y que impone sus posiciones y acentúa la distancia entre los menos favorecidos y los que más tienen.

Este estudio no agota el conocimiento acerca del proceso de participación en salud en el ámbito indígena, y aunque reconozco que falta mucho por conocer, estoy segura de que esta comunidad y su grupo de promotoras/es dan testimonio de un proyecto

alternativo en salud que busca transformarse y transformar su realidad, recuperando lo valioso de su cultura.

CAPITULO I

VERSIONES ENCONTRADAS SOBRE LA PARTICIPACION EN SALUD

1. PARTICIPACIÓN SOCIAL. ALGUNAS CONSIDERACIONES

El término participación social surge de algunos planteamientos hechos por organismos internacionales, relacionados ya sea con aspectos sociales, económicos o políticos. Las características principales de este tipo de participación y sus propósitos explícitos requieren de un análisis minucioso que permita entender su contexto y sus objetivos implícitos.

Hará referencia a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y al Banco Mundial (BM), pues han sido los principales actores en esta estrategia.

1.1 Contexto en el que se ubica la participación social

Las primeras propuestas de participación social surgieron en América Latina a principios de la década de los ochenta, en el contexto de la crisis del modelo capitalista centrado en la intervención estatal (Estado benefactor). En el caso de nuestro país, esta crisis se derivó, en lo económico, en un endeudamiento fiscal del Estado debido a la conjugación de tres factores fundamentales: el problema de la deuda pública en el contexto de cambio de las relaciones económicas internacionales y nacionales (Laurell, 1992: 139), el agotamiento del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones y los efectos de la caída de los precios internacionales del petróleo, con el consecuente incremento de la deuda pública. (López, 1993: 32).

Esta crisis creó un vacío que permitió adoptar las nuevas tendencias mundiales representadas por el neoliberalismo. En tanto estrategia del capitalismo, este modelo se caracteriza por la internacionalización de una política económica y la subsunción de

todo lo humano a la lógica del mercado y del dinero. Este modelo es conducido principalmente por empresas transnacionales y organismos internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, que controlan el sistema financiero y condicionan las políticas económicas y sociales de los países. Pero principalmente la vida de los que se consideran en vías de desarrollo, convirtiéndolos en el campo fundamental de sus propuestas. (Primer Encuentro Intercontinental por la Humanidad y contra el Neoliberalismo EZLN 1996: 95).

En esta dinámica, este modelo toma en cuenta las necesidades de la sociedad sólo en la medida en que sirven a sus intereses. (Kurnitzky, 1998: 144). Por eso, la globalización impulsada desde sus estrategias no sólo ha conducido al incremento de la pobreza, considero que ha llevado a la deformación de la cultura al pretender borrar las diferencias para alcanzar la uniformidad.

El gobierno mexicano, obediente de las tendencias neoliberales, generó una política de ajuste y de reducción del déficit fiscal. Los procesos de ajuste macroeconómico provocaron la disminución del financiamiento público a los sectores menos favorecidos, con el consecuente recorte del gasto público y social, que tuvieron impactos negativos en las condiciones de vida de los sectores más vulnerables (Kurnitzky 1998: 153), la adopción del modelo ha tenido como resultado el crecimiento de la desigualdad entre los grupos sociales y un retroceso social que se expresa en el deterioro de los niveles de vida de la población por lo que considero que son elementos que establecen desigualdades en la participación.

Si bien durante la vigencia del modelo del Estado benefactor se constataron los límites de la organización de los servicios de atención médica para ampliar la cobertura y se propuso la política de participación comunitaria para incrementar la atención, con la aplicación del modelo neoliberal disminuyó la responsabilidad del Estado de prestar los servicios de salud, con el argumento de que se garantizarían los

derechos sociales (López, 1993: 34) de los más pobres con menos recursos, es de suponerse que el resto de la población puede adquirirlos en el mercado.

Este retraimiento del Estado, provocado por el recorte del gasto social, ha deteriorado los servicios sociales públicos y las instituciones encargadas del bienestar social. El gasto social se ha focalizado, entendiendo la focalización como la "asistencia selectiva a los grupos de extrema pobreza mediante servicios a bajo costo" (Laurell, 1994: 135, López, 1995: 1-12). La intervención del Estado se limitó así a un mínimo de servicios destinados a los grupos de mayor marginación. Para resaltar la acción estatal, sin que se evidenciara la disminución de su responsabilidad social, se recurrió a la participación de las comunidades.

Estas modificaciones favorecieron el acceso desigual a los beneficios sociales, al privilegiarse el crecimiento de instituciones de salud del ámbito privado y frenar el crecimiento de instituciones públicas, con lo cual se agudizó la situación estructural inequitativa de las relaciones sociales en detrimento de los sectores subalternos y con mayor concentración de oportunidades para los sectores más favorecidos.

La tradicional desigualdad en el acceso a los bienes y servicios públicos se ha polarizado, acelerándose los gérmenes de situaciones de inestabilidad. Sin embargo, frente a la adversidad, pueden verse nuevas formas de participación y de organización sociales que tratan de frenar esa tendencia desfavorable.

1.2 La participación social desde las organizaciones internacionales

El gobierno mexicano retoma e incorpora las propuestas acerca de la participación social planteadas por los tres organismos internacionales en sus aspectos fundamentales, a sus proyectos y son puestas en práctica mediante programas institucionales como los de salud.

1.2.1 La visión de la Organización Panamericana de la Salud

La OPS es un organismo internacional de salud pública encargado de América. Se constituye en la Oficina Regional para las Américas, dependiente de la Organización Mundial de Salud (OMS) y es reconocida internacionalmente como parte del sistema de las Naciones Unidas.

Su objetivo principal es mejorar la salud y las condiciones de vida en los países de América y fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud mediante la colaboración con los ministerios de salud, instituciones del seguro social, otros entes gubernamentales y no gubernamentales, universidades y grupos comunitarios.

El cuerpo directivo de esta institución, conformado por las autoridades de salud de los estados, es el responsable de decidir las políticas técnicas y administrativas. Este organismo ha influido en los países para promover la estrategia de atención primaria y fomentar el trabajo conjunto de los treinta y ocho países miembros para alcanzar metas comunes en salud. (OPS, Sobre la OPS: 1998).

Sobre la participación social la OPS ha planteado cinco propuestas:

La primera apunta a la relación con el poder del Estado, que debe encargarse de administrar los bienes y recursos de la sociedad y ser el ámbito de las acciones participativas, pues es el escenario en el que concurren los distintos intereses económicos, políticos y sociales.

Pero el Estado tiene como una de sus finalidades, ejercer control sobre la sociedad a la cual representa. Resalta que está constituido por un conjunto de instituciones de tipo operativo las cuales conforman el gobierno, ejerciendo, algunas de ellas, diversas formas de presión en la sociedad. El Estado se ha caracterizado también por la elaboración de reglas internas que coadyuvan a mantener el control de la ciudadanía y responden a los intereses de los grupos dominantes. Sin embargo, no siempre es capaz de controlar a todos los grupos sociales que existen, muchas veces las

organizaciones sociales ejercen control sobre el mismo (Hall, J. Ikenberry, 1989: 11-38).

La OPS concibe la participación como una conducta que conduce a:

la construcción de una ciudadanía capaz de identificar los problemas y necesidades prioritarias en el ámbito de la salud, elaborar propuestas y contribuir, a través de la negociación y la concertación a la toma de decisiones. (OPS, La participación social en el desarrollo, 1993: 5).

En segundo lugar, la OPS plantea la participación social como el ejercicio de la democracia. Se dice que a mayor participación mayor democracia, o sea que la legitimidad de la acción dependerá de la fuerza de la participación. Un obstáculo para ejercer la democracia es el debilitamiento mismo que han sufrido las instancias de representación como consecuencia de dinámicas complejas, que incluyen de manera importante la agudización de abusos de poder, corrupción, manipulación de mecanismos electorales, ineficiencias (OPS, 1993: 9). Reconoce que existe intolerancia para organizaciones y grupos que cuestionan los planteamientos oficiales y expresan ideas distintas a las hegemónicas. Propone, como indispensable en los procesos de participación democrática, la participación social:

Los principios rectores son la democratización y la equidad en salud. Se siguen superando los mecanismos centralizados de conducción y se concibe la participación social como un modelo de cogestión¹ social de la salud que incorpora la negociación como instrumento de interacción entre actores sociales, inclusive el personal de salud (OPS, Las condiciones de salud en las Américas, 1994: 339).

Es de suponerse que está lejos de alcanzarse la equidad en salud mientras exista una desigualdad en el acceso a la toma de decisiones y una polarización de los recursos.

¹ Para Roux la cogestión significa, en sentido estricto, la intervención en decisiones, supone la descentralización, democratización del poder y de los mecanismos para acceder a él. La comunidad encuentra obstáculos en esta propuesta de modelo, al ser tomada en cuenta sólo para las decisiones menores al margen de las que incluyen el destino y manejo de recursos físicos, financieros y humanos. Este modelo no contempla la participación con características de autonomía.

Una tercera característica es que en el proceso de la participación social deben incluirse todos los actores sociales, cuyas prácticas sociales e intereses les dan la capacidad de transformar la realidad. Pueden ser parte ya sea de las instituciones estatales, de organizaciones no gubernamentales (ONG) o bien de sectores organizados de la sociedad.

Considero que mas allá de la posición asumida por la OPS, los actores sociales se desenvuelven en escenarios en los que convergen con sus distintos intereses. Pueden desarrollar sus actividades en ámbitos diferentes a los tradicionales, conformados por el Estado y las instituciones, o en otros ambientes como los comunitarios, formales e informales, también en los espacios privados o incluso en los internacionales

Una cuarta característica es que la participación social invariablemente está acompañada y determinada por una definición política. Dado que la participación es un proceso en el que convergen diversos actores, su orientación ideológica, sus valores y tradiciones, se traducen en acciones² que pueden resultar divergentes e incluso enfrentadas. En otras palabras, al reconocer que "quien se propone actuar sobre la participación social lo hace desde una posición que determina la manera en que puede observarla y actuar" (OPS, 1993: 13). Se acepta que hay un juego de poderes en el que alguno de los actores predomina sobre los demás.

Por último, la OPS considera que el sector salud, en los diferentes países, debe tener una posición definida frente a la participación social y que estas posturas serán apreciadas analizando sus principales estrategias, sobre todo deberán reflejarse en las acciones de las instituciones.

Ya que la OPS es una instancia nonmativa propone a los gobiernos estrategias para lograr fines predefinidos, una de sus estrategias centrales es la promoción de la salud

² Al considerar esta característica, es necesario no perder de vista que la participación social no es políticamente neutra y la ideología que subyace, de acuerdo a Sánchez Vázquez: "guía y

(OPS, Las condiciones de las Américas, 1994: 336). Con ella se busca garantizar el acceso a los servicios de atención, así como mejorar las condiciones de vida, proporcionando "los medios necesarios para mejorar su salud a través del impulso a las iniciativas y acciones individuales y colectivas", según se refiere en la Carta de Olaya (OMS. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, 1987: 76-81). Esta estrategia tiene como antecedente la propuesta de atención primaria, medida adoptada para promover y proteger la salud de los pueblos, que buscaba también ampliar la cobertura como una forma de garantizar el acceso a los servicios. La participación comunitaria constituyó el eje de esta propuesta.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud destacó la importancia de reestructurar el sector salud en los diferentes países en torno a la estrategia de promoción, en lugar de profundizar en las acciones curativas y señaló la necesidad de impulsar que la sociedad tomara plena conciencia de la importancia de la salud y hacer de ésta una prioridad social (OPS, Promoción de la Salud, 1994 336-338).

Debía quedado claro que las acciones meramente curativas no generaban los resultados esperados y que utilizaban una gran cantidad de recursos humanos y financieros, por tanto, se recurrió a la estrategia promocional de salud, que se centra en la toma de conciencia y la responsabilidad individual de la propia atención a la salud. Esta estrategia tiene la ventaja de que disminuye costos y es compatible con el individualismo proclamado por el modelo neoliberal.

Em embargo, junto a la responsabilización individual era necesaria una propuesta educativa, por eso la participación social se constituyó en un medio idóneo para lograr los objetivos de la promoción. Las propuestas se encaminan principalmente a modificar actitudes, comportamientos y estilos de vida, relacionados con el ciudadano:

... un comportamiento práctico, acorde con los intereses, aspiraciones e ideales (Sánchez Vázquez, 1973: 13).

Con la participación de la gente y dándole los conocimientos y la capacidad necesarios para buscar, optar y comprometerse a vivir "sanamente". Este ideal de opciones y compromisos requiere de la influencia de todas las fuerzas de la comunidad y, sobre todo, de los que toman las decisiones políticas, para lograr la adopción de políticas públicas saludables (OPS. Condiciones de las Américas. 1994: 336).

A pesar de que los objetivos de la OPS parecen basarse en una participación democrática de la población, considero que la promoción de la salud, desde este enfoque, no ha llevado a la transferencia más equitativa de los recursos entre los diferentes sectores sociales ni a la modificación de las relaciones sociales, o a la mayor participación democrática en la toma de decisiones.

En los hechos puede observarse que las formas de propiciar la participación social, en sus diferentes modalidades, por ejemplo la educación popular, han resultado inútiles para lograr la movilización de las comunidades para mejorar su salud.

Las razones de este fracaso tienen que ver con la imposibilidad para modificar las relaciones sociales en tres aspectos: lograr una mayor participación de las comunidades y poblaciones excluidas; segundo, validar la presencia de los diversos intereses de los actores sociales, pero sobre todo de los que tienen menor acceso a las decisiones y tercero, evitar que las relaciones en los ámbitos de la salud sigan favoreciendo a quienes detentan el poder (OPS, 1993: 8). Partiendo de que la combinación dinámica y contradictoria de estos tres factores no ha provocado una verdadera modificación de las relaciones entre los componentes de la sociedad, se puede afirmar que esta estrategia no ha llevado a los objetivos explícitos.

La OPS señala que la participación debe ser la creación de una cultura participativa, lo que significa una interacción de los actores a partir del reconocimiento de necesidades, de intereses, de capacidades diferentes, pero a la vez indispensables para el conjunto social, esto puede interpretarse como reconocimiento a la diversidad cultural. Sin embargo, considero que la mayor polarización y contradicción entre los distintos actores no permite un cambio de las relaciones sociales que favorezca la

mejor distribución de recursos y el acceso a los servicios debido a una competencia desigual entre los diversos actores participantes.

1.2.2 Visión de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe

La CEPAL es una organización de las Naciones Unidas que en sus inicios tuvo como una de sus principales finalidades elaborar estudios económicos que facilitarían la creación de un mercado común para Latinoamérica. Con el tiempo ha diversificado sus actividades y recientemente elaboró propuestas y orientaciones en diversos campos, entre ellos el de salud. Su propuesta sobre "Salud en la transformación productiva con equidad en América Latina y el Caribe" (marzo de 1994), puntualiza las características de la participación social a partir de una perspectiva económica.

En esa propuesta la CEPAL plantea como objetivos reducir los riesgos de salud y asegurar el acceso a los servicios para alcanzar la meta de "Salud para todos en América Latina y el Caribe". El fin es la transformación productiva de los países acorde a los nuevos escenarios mundiales, en el marco de la economía de mercado (CEPAL, 1994: 55). Así pues, la salud se concibe no como algo valioso por sí mismo, sino como algo que debe buscarse en función de la transformación productiva, por lo cual considero que la salud queda subordinada a intereses ajenos que desvirtúan los fines intrínsecos de la salud. Para lograr sus objetivos propone:

la reforma del sector de la salud, que comprende el cambio institucional a nivel cultural y la descentralización; la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto a financiamiento, regulación, gestión y provisión de servicios de salud (CEPAL, 1994: 53)

La reforma del sector salud constituye el eje básico de esta propuesta. En esta la participación diversificada de todos los actores se considera indispensable para llevar a efecto su estrategia más importante: la descentralización.

La visión de la CEPAL no difiere sustancialmente de las propuestas de la OPS, aún cuando desde la perspectiva cepalina, el factor económico es el prisma desde el cual se analiza la propuesta de salud.

La primera característica que plantea este organismo es que la transformación productiva debe conducir a una mayor equidad, pero este proceso tendrá que acompañarse de diversas políticas sociales, centralmente las de promoción de la salud. Para lograr su aplicación es fundamental la concurrencia intersectorial, pero sobre todo fomentar en la población una conciencia real de los problemas e inequidades en la salud.

Expresamente busca trascender la dimensión curativa en la atención a la salud, y para ello requiere de la acción de los actores sociales, las instituciones y de todos los sectores sociales y productivos.

Un segundo elemento del modelo CEPAL es la participación social que se vincule con el ejercicio del poder estatal, desempeñando un papel regulador y promotor de todas las actividades de la sociedad y fortaleciéndose en un papel activo para formular e instrumentar políticas de salud (CEPAL, 1994: 53). El Estado debe mantener la función de promover la participación mediante el debate de temas relacionados con salud. Por tanto considero que el Estado pretende una vinculación entre los diversos actores sociales, el uso del poder y las funciones de él mismo para controlar las decisiones y las acciones.

CEPAL caracteriza su modelo, en tercer término, por una participación social en salud relacionada con la ciudadanía. La entiende como la actividad que "facilita la ejecución de acciones vinculadas a la prevención en el área de la salud, control de infecciones, nutrición, programas de saneamiento básico y educación para la salud" (CEPAL, 1994: 75).

Así propone una participación restringida de la sociedad civil para que actúe: "presionando para acceder a un mayor control sobre la oferta de bienes y servicios de

salud, para participar en la determinación de prioridades o para demandar mayores o mejores niveles de atención" (CEPAL, 1994: 75), y la excluye de la gestión y conducción de programas sociales y de la toma de decisiones por lo que considero que se da una marginación de los sujetos lo cual no favorece una adecuada participación.

La última característica que quiero destacar de este modelo es que propone establecer una red con las ONG para lograr una eficiente distribución del poder, manteniendo así cierto control de los proyectos de los organismos ciudadanos. Reconoce que la creciente capacidad de las ONG ha generado un desarrollo comunitario que fomenta una participación organizada hacia la autogestión. (CEPAL, 1994: 45)

Como puede observarse, la CEPAL expresa claramente que sus objetivos son lograr la equidad y la universalización de cobertura de servicios a la población y propone que los actores logren "la concertación entre ellos con el propósito de garantizar el compromiso político de proveer una canasta básica de servicios a toda la población" (CEPAL, 1994: 77). Pero esta equidad y universalidad deberán recortarse a la canasta básica, o sea un conjunto mínimo de acciones curativas y acciones en mayor número de prevención y fomento (CEPAL, 1994: 78). Este organismo sostiene explícitamente que la atención será diferenciada y focalizada, centrándose en los que tienen mayores necesidades y que además deberán usarse un mínimo de recursos. Considero que los planteamientos de la CEPAL si bien contienen algunos elementos positivos, también es cierto que limita la participación de los sujetos, condiciona las orientaciones de las ONG y sobre todo subordina la salud a la dinámica del mercado.

1.2.3 Visión del Banco Mundial

El Banco Mundial es una organización multilateral de desarrollo cuya función es otorgar créditos y diseñar proyectos. El objetivo explícito es reducir la pobreza y mejorar los niveles de vida mediante el crecimiento sostenible y la inversión en capital

humano, promoviendo el uso productivo de la mano de obra, principal activo de los pobres y suministrándoles, a cambio, servicios básicos. La relación con los gobiernos de los que presta dinero se enmarca en condiciones que garanticen el pago de intereses (Banco Mundial, 1996: 21).

Este organismo es actor principal e impulsor de la política neoliberal, conmina a los gobiernos para que impulsen las políticas macroeconómicas que desde su interpretación conducen a crecer económicamente. Estas políticas se orientan principalmente a "reducciones del gasto público, apertura de la economía a la libre competencia, liberalización de los precios, medidas para mejorar la eficiencia del gasto público y la creación de un sistema financiero fuerte y de otras instituciones necesarias para el buen funcionamiento de una economía de mercado" (Informe sobre el Desarrollo, 1993: 46).

Se pretende que con estas modificaciones económicas se logre reducir la pobreza, pero se centra especialmente en mejorar las condiciones de salud de la población, diciendo que: "La prestación de servicios de salud eficaces, en función de los costos, a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza (Informe del BM, 1993: 5). Sin embargo, hasta ahora, las medidas adoptadas no han cumplido con esas metas, por el contrario han contribuido a acentuar la brecha entre las clases subalternas y los que más tienen, como lo comprueban los datos acerca del incremento de la pobreza y de la pobreza extrema en América Latina, los cuales muestran una diferencia entre lo que se esperaba y lo que se obtuvo. El grupo de excluidos de servicios básicos ha aumentado año con año en América Latina: para 1999, uno de cada cuatro latinoamericanos no tenía acceso, de manera permanente, a servicios de salud.

El Banco Mundial se propone: "llegar a la mayoría de los habitantes del mundo con el conjunto mínimo de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales en

función de los costos" (BM, 1993: 15). Así se ha convertido en el principal impulsor de la estrategia de Atención Básica de Salud para la que plantea tres líneas básicas:

1. Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud. Esto incluye políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres; la ampliación de inversiones en educación, en particular para las niñas y la protección de los derechos y la condición de las mujeres.
2. Mejorar el gasto público en salud, lo cual implica reducir el gasto público en el nivel terciario, financiar medidas de salud pública y prevención del Sida y mejorar la gestión de servicios de salud estatales.
3. Promover la diversidad y competencia. Esto conlleva alentar la oferta de seguros sociales o privados que cubran los servicios clínicos no incluidos en el mínimo esencial, alentar la competencia en la prestación de servicios clínicos y difundir información sobre el desempeño y los costos de los servicios que se ofrecen (BM, 1993: 15).

El Banco orienta la salud en función de una economía de mercado en la cual se privilegia la privatización de la salud al mercantilizar los servicios que da. Es de suponerse que la mayoría de la población queda en desventaja para acceder a los servicios de salud. Esa parte de la población deberá, por tanto, ser atendida en programas específicos para pobres a los que se asigna una mínima cantidad de recursos.

Justamente para esta parte de población excluida del mercado de servicios se proponen políticas de distintos niveles y mecanismos de participación relacionados exclusivamente con la ejecución de los proyectos, en tanto que son los organismos internacionales, el gobierno y las instituciones de salud los que establecen las reglas para determinar las acciones a seguir, interactuando en distintos niveles con el fin de tomar decisiones acerca de las políticas y proyectos de salud (WB. Participation in practice, 1996: 29). Esta división imposibilita una participación horizontal de los

actores, pero además la restringe a etapas de aplicación de los procesos, dejando fuera a la población participante del diseño de proyectos y lineamientos. El BM considera estos niveles para definir la participación como:

Un proceso voluntario utilizado por la gente, el cual incluye a los que están en desventaja, con el objetivo de influir o controlar las decisiones de los proyectos de iniciativas de desarrollo que los afectan. Los beneficiarios son los mismos participantes de los proyectos, quienes contribuyen de manera significativa a llevar adelante la efectividad de los mismos (World Bank. Participation in practice, 1996: 12).

En este modelo de operación de políticas de salud, el Banco Mundial encontró que las ONG pueden ser útiles, ya que contribuyen a la identificación de los problemas y a que brinden un mejor servicio directo a las comunidades, además de que promueven la participación (Stiefel, 1994: 205). Pero ha reducido su participación a ejecutar acciones predefinidas, por eso estas organizaciones le han demandado un mayor acceso a la información básica de los proyectos convenidos entre el Banco y los gobiernos, aduciendo que uno de los rasgos distintivos de la propuesta del BM es la "participación informada". Así, las ONG han planteado la necesidad de que la sociedad civil tenga acceso a la información, esto podría promover un diálogo abierto sobre los problemas de salud y desarrollo y "lograr una participación real en los procesos de financiamiento y en la evaluación de los proyectos" (Trasparencia, 1997: 11).

Sin embargo, la "participación informada", impulsada inicialmente por las ONG, ha sufrido modificaciones importantes, la información que se les proporciona es selectiva, por tanto, restringida, no tienen acceso a la información básica de los proyectos acordados entre el BM y los gobiernos, con la excusa de que es confidencial. Se puede afirmar, por tanto, que la sociedad civil desconoce los proyectos y se ve reducida a ser receptora y en el mejor de los casos a ser ejecutora de políticas que le son ajenas.

En las comunidades indígenas la "participación informada" se ha reducido a obtener información útil para identificar algunas preferencias y necesidades.

Finalmente, la propuesta del Banco Mundial tiene dos grandes propósitos derivados de la participación social:

El primero, incrementar el crecimiento económico y aliviar la pobreza, alcanzar el progreso tecnológico mediante proyectos en los que confluyan gobierno y Banco. El segundo, "fortalecer las posibilidades de las autoridades estatales y municipales a través de la descentralización, en la distribución de los recursos para apoyo de servicios y de esta manera aumentar el acceso de las comunidades pobres e indígenas a la infraestructura económica y social básica (Trasporencia, 1997: 9). Sin embargo, los resultados han sido la acentuación de los niveles de pobreza, sin que llegaran los recursos directamente a los destinatarios.

2.2.4. Puntos de convergencia

La participación, como la plantean los organismos internacionales a los que hice referencia, se ha convertido en un instrumento para legitimar un modelo de política económica encaminado a reducir costos. Esto se desprende de la estrategia de reducir la cobertura mediante un paquete de servicios. Este abaratamiento tiene como propósito explícito:

Mantener solo el nivel necesario para garantizar a los pobres su acceso a la canasta básica, lo cual implica cambios en los distintos agentes y actores para aumentar su eficiencia y producir atenciones de salud con el mínimo costo (CEPAL, 1994: 57).

El desarrollo social queda subordinado al principio rector de mercantilizar y reducir costos estatales. Para lograr este abaratamiento es fundamental conseguir la eficiencia en las instituciones de salud por medio de dos estrategias: la primera se refiere al traslado de las responsabilidades y problemas del gobierno federal a las regiones y gobiernos estatales, pero sin transferir la capacidad resolutiva, técnica,

estructura y organizacional (López, Blanco, 1995: 2), por lo que se ve disminuido el fortalecimiento de las instituciones ante una política social de descentralización masiva de problemas y disminución del presupuesto. Adicionalmente, los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación y se privilegia el quehacer en salud a programas muy selectivos y puntuales limitados a intervenciones que modifiquen las conductas individuales y familiares.

La segunda estrategia se refiere a trasladar la responsabilidad de la salud a las personas fomentando el autocuidado, modificar el estilo de vida e insistir en la responsabilidad individual en la generación de enfermedad, situación que impulsa el deterioro de servicios de salud y el traslado de los costos de atención y mantenimiento de servicios a los usuarios (López, Blanco, 1995: 2), en detrimento de la igualdad de condiciones de salud.

Los tres organismos internacionales hacen referencia al papel que, desde su perspectiva, deben desempeñar los agentes externos como las instituciones, organizaciones no gubernamentales, sectores representativos de la sociedad, etcétera, con el propósito de que coadyuven a realizar los objetivos que aquellos se proponen.

Para la OMS, los agentes externos representados en las ONG, tienen un papel importante ya que su participación es indispensable para legitimar una participación democrática, para la CEPAL significa tener control de los proyectos al impulsar la red organizada de las ONG; para el BM estos agentes son vistos en función de los costos, ya que le son útiles para realizar los proyectos.

A diferencia de este enfoque planteado por estos organismos, la mayoría de los agentes externos, representados en ONG, se pronuncian por la participación en su forma autogestiva. Conviene señalar algunas características del papel que estos agentes desempeñan, así como los límites en su interacción con las comunidades.

La conformación de marcos de conocimientos de los agentes externos en la cultura occidental, parte de cosmovisiones distintas a las de los grupos indígenas, es decir, los valores, los intereses sociales y el manejo de poder son diferentes (Landazuri, 1999). Debido a eso, los agentes externos llevan sus propias cosmovisiones y por ello se explica que muchas veces las ONG reproducen lo que cuestionan a las instituciones.

En esta misma línea, Landázuri describe la bien intencionada acción de muchas ONG, pero que algunas de ellas se convierten en celosas intermediarias ante los apoyos externos y establecen prioridades, estrategias, instrumentan las acciones y supervisan la distribución de los beneficios, de manera que ejercen un control y relegan al grupo o a la comunidad. Además los agentes "se convierten en los encargados indirectos de filtrar las directrices de las instituciones de las que reciben financiamiento, limitándose así el papel de las organizaciones. (Landázuri, 1999).

Por último, la visión autogestiva que defienden las ONG con frecuencia no logran los objetivos propuestos debido a la inexistencia de mecanismos que permitan dejar en manos de las organizaciones la operación de los proyectos.

1.3 Una visión diferente de la participación social

La crítica de la visión oficial de la participación social será desarrollada a lo largo de todo el documento, sin embargo quiero dejar planteadas algunas ideas sobre lo que considero una verdadera participación social. Dado que en todos los procesos sociales hay una relación de poder, queda claro que los organismos internacionales encargados de elaborar la política de salud no están dispuestos a compartir la toma de decisiones. Esto pone en cuestión la posibilidad de que las diversas fuerzas sociales se expresen y se incluyan sus intereses en los programas sanitarios.

Por tanto, la participación social queda subordinada a intereses y privilegios de quienes se benefician de las políticas mercantiles y de los grupos estatales que buscan sostenerse en el poder.

Para que realmente se diera una participación social que permitiera el aprendizaje y la construcción dinámica e involucrara a todos los actores sociales en el desarrollo de un sujeto colectivo que transforme su realidad, se debería garantizar el derecho de todos a participar en la toma de decisiones, en la elaboración de sus proyectos, en la planeación e instrumentación de acciones, partiendo de relaciones sociales que distribuyan el poder de manera horizontal y en un contexto de conocimiento del "otro" y de respeto a la diversidad cultural.

Solo así se lograría la emergencia del sujeto colectivo en un proceso de construcción creciente que condujera a la adquisición de la autoconciencia colectiva, a la autodeterminación, al ejercicio de la autonomía y a la apropiación de un proyecto que transforme la realidad.

Estoy convencida de que este será un proceso de cambio paulatino y que sólo se hará realidad cuando las necesidades de las comunidades estén por encima de los intereses económicos que promueven los organismos internacionales y cuando las propuestas surgidas de los ciudadanos se reflejen en programas que satisfagan sus necesidades.

2. PARTICIPACION COMUNITARIA. APROXIMACIONES

Delineadas las características principales de la participación social que proponen algunos organismos internacionales, quiero centrarme ahora en el análisis de lo que se ha llamado "participación comunitaria".

El término participación comunitaria antecede al de participación social, en este último se destaca la interacción de los diferentes actores locales, además de organizaciones,

gobierno e instituciones en el marco de la globalización de la participación, es, pues, la evolución del término; mientras que la participación comunitaria se centra en el carácter comunitario.

El término de participación comunitaria surge como estrategia de combate a la pobreza, se incorporó al lenguaje de los planificadores y ya forma parte del discurso político, en particular ha sido componente central de programas sociales. Desde diversos enfoques se ha adaptado a diferentes circunstancias socio políticas. Es común asociar el término con democracia y con poder de decisión.

Una de las definiciones más extendidas y aceptadas es la del Instituto de Investigación para el Desarrollo Social de las Naciones Unidas, UNRISD, por sus siglas en inglés United Nations Research Institute for Social Development. Agencia autónoma establecida para promover la investigación multidisciplinaria de los problemas contemporáneos que afectan el desarrollo. Tiene como uno de sus objetivos entender y analizar el contexto político y social, con el respaldo de un cuerpo de investigadores de las Naciones Unidas, para conocer el proceso de participación comunitaria y las voces de los excluidos, así como de los mismos movimientos, entendiéndolo como:

Los esfuerzos organizados para aumentar el control sobre los recursos e instituciones reguladoras en una situación social dada, por parte de los grupos y movimientos, abarca también a los que hasta entonces han sido excluidos de dicho control (Stiefel, Mathias Wolfe, 1994: 5).

Entiende asegurar la viabilidad de los proyectos con la inserción de distintos grupos. Stiefel y Wolfe detallan el programa de participación propuesto por la UNRISD desde seis dimensiones que reconocen como indispensables:

Primero afirman que la forma como se da el "encuentro entre los excluidos con aquellos elementos de la sociedad que mantienen o impulsan la exclusión es favorable para los primeros", pues se enfrentan con los que controlan el poder, sin intención de modificar las reglas de acceso a los recursos y servicios como los de salud. Los autores señalan que este escenario puede conducir a acciones de resistencia de

los primeros y generar situaciones de conflictos entre ambos grupos, los cuales buscan que prevalezcan sus distintos puntos de vista.

En segundo lugar se refieren a los "movimientos y organizaciones" como esfuerzos organizados que surgen entre los pobres que no tienen el poder, la propuesta es conocer el *modus operandi* y el contexto social en el que se desenvuelven los esfuerzos de toda organización.

El tercer planteamiento se refiere a la falta de atención a las "biografías", que se entienden como experiencia de participación individual. Así se ignora la manera en que se crea la conciencia individual y colectiva, que son motor de las fuerzas sociales transformadas en acciones humanas. La conciencia es moldeada por las experiencias en una sociedad particular, lo que condiciona la percepción del mundo desde una perspectiva cultural y se manifiesta en su "identidad".

Es sea que es indispensable reconocer la existencia de culturas diversas y distintas maneras de entender la realidad. Pero sobre todo comprender los esfuerzos de organización de los grupos excluidos, de sus alianzas, del establecimiento de redes sociales, sus relaciones con el Estado y distinguir a sus agentes a nivel local y nacional (De la Peña, 1994: 35). Sin perder de vista que el Estado y sus agentes son los actores clave en el "juego de la participación".

Como cuarto punto plantean que los "programas o proyectos" elaborados y llevados a cabo por el gobierno, por organizaciones voluntarias o agencias internacionales, son verticales y ajenos a la población y que las acciones participativas propuestas no se originan en los grupos subalternos, sino en los grupos privilegiados que detentan el poder.

En resumen, los programas y proyectos tienen objetivos que mantienen el sistema y se convierten en mecanismos de control social. Se establecen límites a esta forma de participación, dando por resultado que deje fuera a quienes aparentemente serán beneficiados.

Plantean en quinto lugar que la participación, en su nivel mas amplio, ha sido vista como parte de planes gubernamentales de desarrollo, pero que se ha reducido a una fórmula que se contiene en planes diseñados desde un sistema político que no toma en cuenta las necesidades de la población, sino que está sujeto a intereses externos que hacen énfasis en el desarrollo macroeconómico por encima del desarrollo social. Por último, se refieren a las "estructuras antiparticipativas e ideológicas" que obstaculizan el esfuerzo de los excluidos para incidir en la toma de decisiones, asegurando la existencia de formas de dominación y de explotación.

Reconocen que así como los grupos dominantes desarrollan diques contra la participación popular, algunas instituciones de gobierno desarrollan la participación como una fórmula de acción, pero que finalmente la convierten en instrumento de manipulación.

Stefel y Wolfe señalan que hay una tendencia antiparticipativa en la ideología dominante, ya que ha sido retomada y desvirtuada por quienes ejercen el poder, adquiriendo formas que sólo promueven un mayor control de la sociedad.

Las seis dimensiones que señalan no operan de manera aislada, al complementarse se refuerzan, pero hasta ahora el enfoque de participación de la UNRISD es parcial y limitado.

Por su parte, la OMS define su concepto de participación comunitaria en salud como:

Un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal (Ruezga, Nuevos retos de Seguridad Social 1993: 125) (Turabian, 1992: 37).

Este organismo plantea que en el ámbito comunitario, para mejorar la salud, debe promoverse la responsabilidad comunitaria. El fracaso del modelo anterior se demostró con el incremento de la pobreza, por eso se apela al recurso de la toma de conciencia y la acción de los individuos. Como se ha señalado, en realidad se trata de traspasar mayor responsabilidad al ámbito local. Esta postura aparece como una

opción atractiva frente a la crisis de las instituciones de asistencia sanitaria, proyectándola en la Atención Primaria de Salud (APS),³ pero se centra en el uso de la participación en salud como instrumento para garantizar la efectividad de los programas siempre con la incorporación de la población.

La crítica derivada de otras posturas acerca de este modelo eficientista de participación comunitaria se centra en la búsqueda de una participación real que signifique la toma de decisiones y la autodeterminación.

Por ejemplo, Roux menciona tres argumentos críticos respecto a la participación desde las instituciones y propone una redefinición de los enfoques. Afirma que el elemento indispensable en los programas de desarrollo dirigidos a los pobres es la reducción de costos, sólo desde esta primera condición se puede expandir la cobertura de servicios y multiplicar el empleo de los recursos que se aceptan como escasos (Roux, 1993: 51). Por eso propone el rescate de lo ético como principio. Así habría que rechazar la idea de las comunidades como objeto. Reivindica la potencialidad comunitaria para ser sujetos históricos que pueden construir su futuro. Solamente con la intervención ciudadana en la toma de decisiones y la definición de prioridades se puede tomar conciencia y lograr una verdadera capacidad de discernimiento (Roux, 1993: 51).

Concluye afirmando que la verdadera participación comunitaria tiene un carácter político y que se equipara con la democracia, pues supone una práctica consciente y libre en las decisiones sociales fundamentales (Roux, 1993: 51).

Un tema común en el planteamiento de varios autores, entre otros Roux, es el de las relaciones de poder que se desplazan en un eje que va de la dominación a la

³ Posteriormente se explicará el término, pero es necesario mencionar que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se realizó en Alma Ata en 1978 ante lo entendido de las desigualdades en salud y asistencia sanitaria. El propósito era conseguir la equidad en los servicios sanitarios mediante la puesta en práctica de la APS, particularmente en países en desarrollo, la participación comunitaria fue elemento central para impulsar la estrategia.

Autonomía (Roux, 1993: 52), es decir, las relaciones que se establecen entre los que ejercen el control y los que buscan una afirmación que les permita la autodeterminación.

Se resalta tres formas de participación:

Cooperación. Entendida como la colaboración de los usuarios en los programas. En esta la población se convierte en objeto para instrumentar, acelerar acciones institucionales y tener resultados eficientes. Este tipo de participación descarta las relaciones simétricas y, por tanto, el desarrollo de los sujetos, la participación se restringe al tiempo que dura el programa.

Co-gestión. Aparece como la intervención conjunta de comunidad e instituciones en la toma de decisiones. Presupone la descentralización y democratización del poder. Sin embargo, dada la conformación de las instituciones es difícil suponer que cedan a la población un poder resolutivo, lo cual limita este tipo de participación.

Autogestión. Constituye una forma más independiente de participación, de procesos tradicionalmente tutelados y que avanzan hacia la autonomía. Esta forma de participación es impulsada principalmente por organizaciones no gubernamentales, su límite está en el aspecto económico, ya que ahí reside el dominio sobre los programas.

Se pronuncia por la co-gestión como la forma más efectiva de participación, pero debemos tomar en cuenta que la intervención de múltiples actores para solucionar los problemas depende de la jerarquía institucional y se sitúa en un escenario de desigualdad en las condiciones de participación. Es por eso que la otra forma de entender la participación profundiza en los aspectos de autonomía y autodeterminación y desarrollo del sujeto, o sea en la autogestión.

Como de Keijzer reflexiona sobre la participación en su vinculación con el poder. Este autor destaca la subordinación de los actores que presuponen las instituciones cuando reservan la posición directiva de la participación, dejando a los otros la posibilidad de intervenir en actividades predefinidas (Keijzer, 1997: 3).

Otros autores coinciden en la interpretación institucionalizada de la participación, que se reduce a:

la contribución de la población al desarrollo y gestión de los programas definidos por el sistema, a través del trabajo voluntario y la colaboración, inspirada en programas participativos (Martinic, 1994: 62).

Keijzer propone que para superar la subordinación de los otros actores frente a las instituciones es indispensable la adquisición de poder, o sea "una capacidad creciente de reconocimiento e influencia sobre la problemática de salud y sus determinantes (Keijzer, 1997: 5). Esto implica un proceso pedagógico que trasciende las simples acciones para lograr mecanismos que favorezcan la adquisición de autoconciencia y la apropiación de la realidad, de manera que se conforme un sujeto histórico. Interpreta que frente a las imposiciones oficiales se puede dar resistencia, rechazo y desinterés y que éstas son formas implícitas de participación. Este autor entiende esta última como:

Un proceso que contiene la realización de actividades pero que progresivamente va avanzando hacia tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, planeación y toma de decisiones (Keijzer, 1997: 4).

De manera que reconoce los límites impuestos por algunas formas de participación, por la obligación de realizar actividades sin desarrollar el sujeto colectivo. Propone finalmente que la forma de autogestión comunitaria debe basarse en la "capacidad de buscar, atraer y controlar la asistencia que necesita la comunidad de afuera (Pucci, 1993 en Keijzer, 1997: 6). De manera que se logre el reconocimiento del sujeto autónomo que tiene capacidad de identificar sus necesidades, autodefinirse, autodeterminarse para transformar su realidad en relación con el contexto. Sólo así la participación se convierte en el medio para avanzar en los procesos comunitarios. Un ejemplo que será desarrollado más adelante es el de Chiapas, en el que pueden encontrarse movimientos autogestivos.

Resulta interesante la propuesta de Robirosa que entiende la participación como un espacio de democracia, el cual se concreta en la realización de proyectos sociales, los aspectos integran su modelo:

Formar parte; es decir, en el sentido de pertenecer, ser integrante de una comunidad, organización, proyecto comunitario, etcétera.

Tener parte; realizar las acciones relacionadas con ese proyecto común.

Tomar parte; tener la capacidad de influir y de decidir las acciones que se van a ejecutar (Robirosa, s/f).

Los dos autores reconocen la dimensión social, Keijzer al referirse al crecimiento de la conciencia social y Robirosa al situar al sujeto social dimensionado en un proyecto comunitario. Pertenecer a una comunidad, a un proyecto comunitario porque "me es significativo", pero debe estarse al tanto para que este sentido de pertenencia no venga en rasgos de dependencia, pues esto se contrapone a la apropiación del proyecto. No quiere decir que se obvian las diferencias y sus consecuentes conflictos, sino que para llegar a soluciones y definiciones se requiere de la conciencia sobre los problemas y la capacidad de compartir puntos de vista con los demás.

Desde esa perspectiva, Robirosa define como fundamental el "proceso de aprendizaje que confiere la capacidad de transformar la realidad, analizarla y transformarse e influir sobre ella" (Robirosa, s/f). Proceso que es gradual, continuo y dinámico. Parte de la historicidad del sujeto, por eso, la participación así entendida es el aprendizaje que se construye y moldea a partir de la manera de ver e interpretar la realidad, sintetizada en valores y saberes comunitarios, dando cabida a la creación del conocimiento propio y al surgimiento de la conciencia colectiva y el sujeto colectivo, presupone la posibilidad de autodeterminación, la capacidad de transformarse y de transformar su realidad a partir de un proyecto común.

En resumen, se pueden definir dos enfoques polarizados: el primero de participación-incorporación comunitaria, entendida como la contribución al desarrollo y gestión de

planes y proyectos predefinidos por el gobierno para subsanar deficiencias, introduciendo en la comunidad valores propios de la sociedad de consumo (Ugalde, 1994: 4), esa participación será limitada y marginal. Y otra concepción que la entiende como un proceso de construcción comunitaria del sujeto colectivo que pertenece, pertenece a sus estructuras de organización, desde las cuales transforma una forma de vida con ideas propias y conciencia colectiva, que avanza hacia la autonomía y autogestión.

2.3. Institucionalización del término. Un ejemplo

La estrategia de Atención Primaria en Salud promovida por la OMS en la Conferencia de Alma Ata en 1978 marcó el enfoque de los organismos internacionales que dan respuesta a problemas de salud. Esa propuesta pretendía dar salida a la crisis de equidad en salud, para lo cual la participación comunitaria fue un elemento central de la propuesta.

Se entendió como un medio para hacer más eficiente el acceso a los servicios de atención, especialmente el de los grupos vulnerables (OMS. Alma Ata, 1991: 6), que se sustentó en cuatro elementos principales:

- 1. Del conjunto de actividades relacionadas con inmunización, abasto de medicamentos, en esos casos debería ser la participación el medio para capacitar a las comunidades (Alma Ata, 1991: 9).
- 2. De un nivel incipiente de atención, consistente en un primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales (Turabian, 1992: 30).
- 3. De la visión que fundamenta el camino a la autodeterminación y plena participación, la planeación y ejecución de las acciones desde "abajo" (Werner 1997: 19)
- 4. Y de una estrategia orientada a resolver problemas de salud, la cual puede hacerse con la participación individual y colectiva.

Estas propuestas sitúan a la participación en una situación nueva y puede decirse que es el inicio del establecimiento de su institucionalización burocrática. Su objetivo explícito fue responder al ahondamiento de las desigualdades sociales, pues los programas estaban destinados a la población más empobrecida.

Lo central era promover el desarrollo desde el ámbito de las comunidades y con el uso de sus recursos. Se trataba de un sistema alternativo en lo económico, pues el material y la fuerza de trabajo surgía de las propias comunidades, lo mismo que la utilización de los valores y de la infraestructura organizativa.

El hecho es que se ha podido observar que su límite está en la contradicción que se da entre el planteamiento de la OMS y la práctica real de respetar la autodeterminación y la plena participación. En la realidad, la estrategia se ha convertido en la vía para insertar a la población en programas que se definen desde los acuerdos internacionales y las cúpulas de los gobiernos.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un claro ejemplo de la institucionalización de este modelo de participación. En el IMSS-Solidaridad se adoptaron las recomendaciones de Alma Áta sobre Atención Primaria para extender la cobertura y se logró dar un sentido oficial a la participación, lo que ha facilitado el desarrollo de sus programas, como los instrumentados en el estado de Chiapas y puestos en práctica en la comunidad de Guaquitepec.

3. EL PROCESO DE PARTICIPACION COMUNITARIA INDIGENA

3.1 Consideraciones generales acerca de la construcción del sujeto comunitario

Existe otra forma de abordar el proceso de participación, el cual se ejemplifica en la vida comunitaria indígena y se centra en el desarrollo del sujeto autónomo comunitario. Este enfoque, el cual utilizaré para analizar el caso concreto de la participación en Guaquitepec, se encamina a la afirmación del sujeto colectivo a partir

de su diferencia, alejándose de los esquemas de incorporación indiferenciada. Esta situación abre el camino para nuevos referentes.

Existen autores que plantean algunos principios generales de la participación en el contexto de multiculturalidad. Los filósofos Apel y Dussel esbozan las consideraciones generales del sujeto participante recurriendo al esquema clásico de la generalización. Dussel describe un principio general que da sustento al sujeto participante, en particular al indígena, al afirmar que "todos deben producir, reproducir y desarrollar la vida humana en general" (Barber, 1997: 2). Este criterio encuentra una forma concreta de realización en las culturas indígenas, al referirse al carácter de alternativas de desarrollo de la vida humana.

Desde estas afirmación teórica ese autor afirma que los sujetos tienen la capacidad de desarrollarse en la diferencia, entre otros medios por la participación.

Apel, por otra parte, fundamenta así la posibilidad de hablar de una "posición" entendida como "el derecho de todos, precisamente a participar como iguales" (Apel 1997: 8). Sin embargo habría que preguntarse hasta qué punto es posible que se tenga acceso a la igualdad de oportunidades en un sistema donde prima la desigualdad.

Este autor menciona un segundo elemento que da sustento al sujeto participante concerniente al sentido y derecho de pertenencia de los sujetos a formas de vida que tienen características socioculturales específicas. Este reconocimiento de pertenencia "no se refiere al otro generalizado, sino al concreto en algunas de sus características no accidentales sino específicas" (Apel, 1997: 3). Se reconoce en esta postura la existencia de un mundo plural.

Por tanto, para estos autores, la participación es un proceso de construcción de sujetos con formas de vida y organización particulares, los cuales se afirman en su identidad colectiva e individual. De esta manera se pueden destacar dos aspectos incluyentes y que se dan en una sociedad plural: el reconocimiento de pertenencia de

Los sujetos a formas de vida colectiva específicas, lo cual involucra todos los aspectos de desarrollo y, segundo, el derecho de todos a participar, lo cual se ejemplifica en la experiencia de organización comunitaria de Guaquitepec.

Por último, Dussel se refiere al valor comunitario del consenso para plantear la acción del sujeto en proyectos desde una posición alternativa: "todo proyecto crítico y alternativo debe ser consecuencia de una comunidad de consenso discursivo, crítico, en la que [...] participen de manera simétrica (Barber, 1997: 3). Práctica común en las comunidades indígenas y que cuestiona el modelo de verticalidad institucional.

Los autores resaltan algunos componentes de un proyecto alternativo. Se trata de un modelo basado en las prácticas y valores de las comunidades indígenas, se sustenta en el desarrollo del sujeto colectivo con características de participación autónoma, opuesto al enfoque de integración.

3.2 Características en el caso indígena

3.2.1 Construcción del proceso comunitario

Al hacer las siguientes reflexiones relativas a la cultura indígena hay que señalar las dificultades que puede significar abordar el tema desde la visión de la cultura occidental. Intento desarrollar este apartado tomando en consideración las aproximaciones de los actores que se acercan a este modelo, considerando especialmente aquellos que han alcanzado un cierto nivel de inculturación. No pretendo dar una definición conceptual sino describir y descubrir los elementos que se encuentran en la práctica del sujeto indígena.

La comunidad, en particular la indígena, es un espacio social que da sustento a la práctica participativa, elemento fundamental de toda vida comunitaria. En ella conviven saberes, costumbres, intereses, utopías, aspiraciones y realidades, en fin se moldea y se construye el sujeto comunitario alrededor de un proyecto común. Es, pues, el núcleo sociocultural e histórico en donde se encuentra y se construye el sujeto

autónomo y desde donde se conceptualiza otra forma de participación. La práctica comunitaria indígena se realiza en función de una forma particular de ser, de ver la vida y de interpretarla, como se verá a lo largo de este capítulo. Actualmente, esta forma de vida se enmarca en el reconocimiento del carácter multicultural de la sociedad indígena.

Algunos autores definen a la comunidad como algo estático y que no sufre modificaciones, por ejemplo, Levy Strauss habla de las "sociedades que han elaborado y retenido una sabiduría particular y que las incita a resistir desesperadamente toda modificación de su estructura" (Levy Strauss 1992: 44); en contraparte, si bien la comunidad indígena tiene formas particulares de vida no son, como acota Díaz Polanco, "Reminiscencias del pasado, sino que han ido experimentando graduales adaptaciones que las hacen entidades enteramente contemporáneas" (Díaz Polanco, 1994: 74).

Existen, por tanto, diversas maneras de ser y entender la realidad que han conducido a la adquisición de valores propios y de una cultura propia, con la cual se identifican los sujetos, siendo la comunidad la que les da el sentido de pertenencia.

Los principales elementos teóricos que dan sustento a las acciones participativas comunitarias, en los cuales me basaré para analizar el caso de Guaquitepec, ya que permiten explicar el proceso de construcción en salud, se pueden ubicar en dos ejes: el de la conciencia colectiva y el de la organización, abordados por Rodríguez (Rodríguez, 1998: 117), los cuales facilitan su análisis. Para este autor:

El primero, es el eje de la conciencia colectiva, el cual se refiere a la existencia de una concepción común, producto de la creación compartida de conocimiento

colectivo⁴ popular fundado en valores propios, lo cual conduce a acciones comunes y a la concepción de un proyecto propio⁵.

La organización constituye el segundo eje. Corresponde a la realización de acciones comunes para adueñarse de sus propios proyectos u organización, e incluye el control en la toma de decisiones, la adquisición de poder social⁶ y la voluntad colectiva para las acciones (Rodríguez, 1998: 118).

Esta división teórica se realiza para facilitar su comprensión, aunque en la práctica ocurren de manera simultánea.

La comunidad es el espacio de encuentro que posibilita el desarrollo de la conciencia colectiva. La concepción común que da fundamento al desarrollo de la conciencia se da a partir de la manera como perciben la realidad, de una concepción común de entender el mundo, la naturaleza, las relaciones sociales, etcétera, en donde tanto la naturaleza como los seres humanos se relacionan, como en el caso de los indígenas. Esta relación conduce al reconocimiento del "otro yo" sujeto –hermano– con el consecuente surgimiento del "yo colectivo" y la posibilidad de realizar acciones desde una perspectiva comunitaria, en oposición a la corriente neoliberal que promueve el individualismo. Al respecto se pronuncia Morales cuando especifica: "El reconocimiento del "otro yo", sujeto, permite afirmarse en su "yo" colectivo y de "ser en el mundo" (Morales, 1996: 16).

Esta concepción común de entender la realidad se expresa en una cultura propia que se manifiesta en el lenguaje, en la forma de organización, costumbres, etcétera.

Este conocimiento así adquirido da la pauta para el desarrollo de acciones comunes, lo cual implica actuar desde una organización comunitaria propia. Un ejemplo de ello

⁴ Brunner define el conocimiento colectivo en función de la capacidad del grupo para adaptar conocimientos teóricos a las condiciones específicas, a partir de la experiencia colectiva (Brunner en Rodríguez, Manuel 1998: 119).

⁵ Manuel Rodríguez define el proyecto propio como la visión colectiva de un futuro alternativo (Rodríguez 1998: 119).

⁶ El poder social en cuanto a la suficiente capacidad para impactar y motivar a otros grupos de la comunidad y tener una respuesta positiva de la comunidad (Rodríguez, 1998: 119).

es el lenguaje, el cual han construido los pueblos mayas de acuerdo con la manera de nombrar las cosas, de percibir las. Sin profundizar en ello, sólo mencionaré que en la estructura gramatical tzeltal y de las lenguas mayenses las frases se construyen incluyendo tanto al sujeto que habla como al sujeto con quien se habla, relacionándose así en estructuras horizontales y bidireccionales. Así por ejemplo, cuando una persona se dirige a otra para darle algo le dice: "yo doy a tí-tú recibes" "ya le hat awich", lo cual establece una relación horizontal e incluyente de ambos sujetos. Los elementos particulares que se encuentran en este proceso de adquisición de conocimiento colectivo, de crecimiento de la conciencia social, y de organización se manifiestan a través de expresiones culturales. Existen, entonces, culturas diferentes en función de la forma como se comprende y se interpreta la realidad.

Yerubian define la cultura en relación con la capacidad de dominio de los seres humanos, para este autor es: "el conjunto de hechos sociales y acciones humanas con las que el hombre ha ido dominando poco a poco el medio en que vive, dando respuestas originales, creando un conjunto de formas de hacer y dominar el mundo" (Yerubian, 1992: 16).

Desde esta perspectiva, la cultura va más allá del solo hecho de dominación de los diversos elementos, pues implica la participación en un proceso de construcción cultural alternativo, según lo define Linares como:

El complejo proceso de participación en la creación y apropiación de significados y dotación de sentido que se realiza a través de la comunicación y la interacción activa del hombre con su medio y sus semejantes (Linares en Rodríguez, 1998: 257).

La cultura en cuanto proceso de construcción es diferente para cada grupo étnico, pues la construcción, ordenación y socialización de los saberes constituyen la base de las acciones y de las iniciativas colectivas de los grupos sociales y dan fundamento y forma a los proyectos colectivos.

Para algunos pueblos, la cultura ha sido la base de hegemonía para apropiarse y mantener el poder en las instancias, soslayando los valores culturales diferentes o, por el contrario, ha sido la herramienta fundamental para las acciones comunes, para promover formas horizontales de organización y para afirmarse como sujetos étnicos colectivos.

El segundo eje de la organización agrupa aspectos relacionados con la toma de decisiones y se relaciona con el ejercicio del poder. Al respecto, la organización comunitaria constituye un elemento central en la cultura indígena con elementos propios que la diferencian y le dan sentido de identidad, de pertenencia y de cohesión histórica, sociocultural (Lenkersdorf, 1996: 99), a la vez que representa la voluntad colectiva.

En los distintos niveles de organización existen procedimientos implícitos o explícitos que dan la pauta para designar a sus miembros, para definir funciones y realizar acciones, mismos que pueden definirse de manera cupular o colectivamente.

Las comunidades indígenas se caracterizan por sus procesos organizativos basados en procedimientos colectivos y el consenso. Los saberes y maneras de percibir la realidad son llevados a la práctica mediante un método socializante en el que todos participan y toman decisiones.

En este sentido, la designación de autoridades es significativa y requiere de la participación y compromiso de la comunidad. El cargo es visto como una oportunidad de servicio y las autoridades son nombradas para realizar lo acordado colectivamente. La expresión de "mandar obedeciendo", que ha trascendido el ámbito local, resume claramente esta manera de ejercer la conducción de una organización; al respecto Lenkersdorf menciona: "los dirigentes verdaderos reciben todo el respeto porque saben articular el pensamiento de la comunidad y, en este sentido, obedecen a la comunidad (Lenkersdorf, 1996: 8). La comunidad se apropia de su organización y es la que tiene el control de las decisiones.

El consenso, otra característica de la comunidad, se manifiesta de manera especial en la participación de todos en la asamblea para tomar decisiones y llegar al acuerdo, situación que no obedece a la opinión de una sola persona, sino que las decisiones se encuentran en manos de la comunidad. La comunidad asume el control en la toma de decisiones a través de la asamblea, máximo órgano de autoridad. El acuerdo al que se llega es lo que impulsa a la comunidad; en palabras de Morales "la fuerza del acuerdo comunitario es el motor y pivote que dirige la vida de todos y de cada uno (Morales, 1996: 16). La fuerza de la comunidad se manifiesta así en la asamblea, en la cual nombran a sus autoridades, toman decisiones de manera autónoma y formulan acciones conjuntas. El poder está en la asamblea. Así pues, es lo colectivo lo que condiciona los trabajos y comportamientos del indígena.

Si bien el consenso es base de unión para la acción, el disenso puede ser causa de fractura, cuando no se llega al acuerdo. Existe la posibilidad del disenso por intereses distintos a los de la mayoría que pueden implicar cuestiones de poder, sin embargo, la meta a alcanzar es el consenso. En caso de no llegar al acuerdo pueden surgir conflictos dándose una ruptura del tejido social. Esto sucede cuando se da un distanciamiento con los valores culturales propios lo que hace que los intereses comunitarios pasen a segundo plano.

Este proceso organizativo permea todos los ámbitos de la vida indígena, en donde se proyecta la voluntad colectiva y un poder conjunto que mueven a la realización de proyectos comunitarios transformadores, sin olvidar que responden a esa forma de "ser en el mundo" y que deviene en el desarrollo de la autoconciencia colectiva y de autodeterminación, componentes del sujeto colectivo. Elementos que estarán presentes para analizar el proceso de salud⁷ de la comunidad de Guaquitepec.

⁷ En este trabajo cuando menciono "proceso de salud" estoy entendiendo el conjunto de acontecimientos y de circunstancias objetivas y subjetivas alrededor del trabajo de salud que

3.2.2 Construcción del sujeto autónomo

La construcción del sujeto, en su dimensión social, es un proceso dinámico, gradual, continuo, perfectible y que se produce en una sucesión de niveles que avanzan desde una experiencia y práctica individual hasta el despliegue de prácticas colectivas que trascienden el plano meramente individual.

Lo anterior implica hablar desde la perspectiva del sujeto que se desenvuelve con la dimensión de la historicidad, al "estar siendo para poder ser" al cual se refiere Freire, es decir, el sujeto con capacidad de dimensionar el futuro para construir el presente y reflexionar acerca del pasado. Sujeto en continuo dinamismo, en este sentido, no me refiero al sujeto como al hablar de lo ya acabado, ya realizado, sino, como menciona Zemelman, al sujeto que transita por distintas transformaciones que se producen durante el proceso, considerando que se pueden alcanzar diferentes resultados muy diversos, los cuales no siempre pueden ser inmediatos ni tampoco se pueden determinar a priori.

En los últimos años la visión comunitarista ha surgido con fuerza, en contraposición a la formalista o liberal, la cual ha sido la predominante. Desde esta perspectiva comunitarista, Apel considera que para hablar del sujeto es necesario tomar como punto de partida la historicidad de "nuestro ser en el mundo" y la correspondiente idea que tiene del mundo (Apel, 1997: 8), elementos que permean la teorización del sujeto. Berger y Luckmann fundamentan esta historicidad en el proceso de socialización del sujeto, considerado como una de las primeras etapas en su construcción y a la cual le antecede el paso de internalización. De acuerdo a estos autores la socialización consiste en:

La aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento, en tanto que es significativo, es decir, en cuanto manifestación de los procesos subjetivos del otro y que se vuelven subjetivamente significativos para mí (Berger, 1993: 165).

se dieron en la comunidad de Guaquitepec y que paulatinamente fueron llevando a la

Para ellos mismos, la internalización constituye la base para comprender a los semejantes y para aprehender el mundo en cuanto realidad significativa y social. Es así, en la medida en que el "otro" me significa y lo hago mío, lo comparto y lo socializo. El otro me impresiona y por lo tanto me es significativo. El sujeto socializa su experiencia individual y transita a su formación como ser colectivo, sujeto social. Este proceso de socialización se percibe en las comunidades indígenas en donde el sujeto se afirma y tiene sentido en lo colectivo y construye su propio proceso reconociéndose diferente.

Esta subjetivación del otro, que fundamenta la aprehensión del mundo en el que se vive, Lenkersdorf la menciona como algo propio de la cultura indígena: "al comprender el mundo se vuelve "mío", se establece así una identificación mutua" (Lenkersdorf 1996: 73) y en ese "mío" se incluye al otro, a los demás, todos siendo iguales, dándose una apropiación de los significantes y el surgimiento de una estructura organizativa comunal. Una proyección de esta actitud se refleja en la frase típica de voces indígenas: "Un mundo donde quepan todos los mundos", en donde se acepta la diferencia y los demás se vuelven significativos.

Sin embargo, ese proceso de socialización puede convertirse en una distorsión que altera la relación con el otro y puede surgir la imposición vertical y dominante hacia los demás.

La identidad se adquiere, entonces, al darse una identificación del sujeto con el "otro", privilegiándose una manera particular de aprehender y comprender esa realidad. Es así, me identifico con mi comunidad, lo cual supone compartir un horizonte histórico común; el indígena se reconoce así en el "nosotros", a la vez que reconoce como suyo lo propio. En este sentido se manifiesta Le Bot al reconocer que al afirmarse el sujeto en lo particular y al reconocer al "otro", se afirma en su identidad colectiva (Le

Selección de diferentes proyectos de salud.

Freire, 1997: 23) sentando las bases para acciones colectivas por medio de las prácticas participativas de consenso.

Por otra parte, las identidades comunitarias adquieren una continuidad gracias a la memoria histórica (País, 1979: 7) y a la puesta en práctica de sus valores. Esta continuidad, lejos de ser circular, muestra un dinamismo permanente al desarrollarse el sujeto en una realidad siempre en construcción, incompleta, como inacabado es el sujeto mismo. En este sentido Freire sintetiza al sujeto histórico como un ser inacabado, "capaz de reconocer al otro como el "no yo" y reconocerse como "yo", para adquirir conciencia responsable de su presencia" (Freire, 1996: 24). Esta premisa pone de manifiesto la posibilidad de desplegar las capacidades de los sujetos para construir y reconstruir la historia cada día y realizar sus proyectos.

Zemelman se pronuncia en este mismo sentido al plantear el proceso del sujeto que se desenvuelve en una realidad abierta e inacabada, en movimiento, en reestructuración constante, con múltiples dimensiones, dándose en su seno una variedad de procesos. Por lo tanto se habla de la existencia de un gran potencial con múltiples posibilidades y con resultados muchas veces impredecibles.

En la medida en que las potencialidades de los sujetos se expresen y desenvuelvan en la acción de lo colectivo, se dará la apertura de lo individual a lo social. Así, la transformación de la realidad no sucederá de una manera inmediata, ni lineal, sino que hay que tomar en cuenta que pueden presentarse conflictos, retrocesos o impases. El sujeto social construye, pues, su propia realidad sociohistórica con base en un conocimiento compartido y aprehendido y con una conciencia colectiva. Se puede hablar entonces del sujeto autónomo, con capacidad de decisión propia colectiva y de organización y con una voluntad común, con capacidad de autodeterminarse.

Finalmente, la construcción del sujeto autónomo es un proceso de aprendizaje, y el tránsito de la percepción individual a la dimensión social. Tiene historicidad porque construye su realidad, con base en un conocimiento compartido y aprehendido. Tiene

capacidad de decisión colectiva y de organización, y es la voluntad común que se expresa en la práctica social en un proyecto o acción común en donde cobra voz y presencia.

El sujeto requiere entonces de un proyecto definido colectivamente en el que, más importante que los alcances de éste, es la definición de las relaciones sociales de sus componentes, en función de las posibilidades de transformación (Zemelman, 1990: 40). Los resultados de estos procesos de construcción del sujeto y transformación social requieren de largos plazos.

El sujeto, con capacidad de autodeterminación, por lo tanto, no se puede explicar sin este tipo de participación en la sociedad, ya que es en el reconocimiento del "otro" concreto lo que le permite mayor conciencia de sí, mayor capacidad de intervenir, de decisión, de ruptura y de posibilidad de transformar la sociedad (Freire, 1996: 15).

Hasta este momento se han abordado distintas orientaciones acerca del sujeto autónomo presentadas por actores que se identifican con la cultura indígena pero que pertenecen a la cultura occidental.

El marco conceptual quedaría incompleto si no se recoge la definición del sujeto autónomo desde el planteamiento mismo del indígena, a partir de su autodefinición basada en sus marcos de conocimiento y que durante mucho tiempo se ha soslayado desde nuestra cultura occidental. Los indígenas presentaron en el Foro Nacional Indígena este tipo de planteamientos.

Para los indígenas el sujeto autónomo, según se desprende de las ponencia presentada, es aquel que tiene "capacidad de decidir su rumbo, su historia, también las cuestiones y acciones más inmediatas y diarias de la comunidad, con una identidad y conciencia propia y con la suficiente capacidad de apertura para comunicarse con los demás" (Ce-Acatl, 1996: 16). Desde esta perspectiva, se señala también que el sujeto es aquel que tiene "capacidad y posibilidad de tomar

decisiones, políticas, económicas, sociales y culturales, hacer uso, aprovechar y conservar los recursos naturales",... (Foro Nacional Indígena, Ce-Acatl, 1996: 42).

3.2.3 Las mujeres indígenas de hoy

Las mujeres indígenas, en su condición de ser históricas, experimentan, al igual que todos los sujetos, un continuo "estar siendo para poder ser" (Freire, 1996: 21); esta dimensión histórica se realiza en una sociedad que se afirma mediante formas específicas de participación, como en el caso de las comunidades indígenas, las cuales difieren de los patrones de la cultura occidental

No obstante el reconocimiento que hay acerca de la historia de omisión y de olvido de los pueblos indígenas y la conciencia que de ello tienen, especialmente las mujeres, desde un nuevo enfoque, buscan darle otro sentido y contenido a la vida social. No me refiero, por tanto, a las condiciones de opresión y sumisión de las mujeres, aun cuando esto es una realidad que no puede dejar de tomarse en cuenta, destaco la posición que actualmente representan como reivindicadoras de su ser y que se afirman con este tipo de participación, promoviendo espacios de reflexión.

Los sujetos que describí en líneas anteriores también comprenden a las mujeres, por estar en una continua búsqueda de conocimiento del "otro" y tras el descubrimiento y afirmación del "querer ser yo" (Klesing, 1997: 7), para dejar el "no poder ser yo". El camino para avanzar, tanto en la afirmación de su identidad como en la búsqueda de la resolución de las posiciones reivindicativas es por medio de la toma de conciencia y participación con características de autonomía en los espacios comunitarios, para lograr cambios en el grupo que conduzcan a la transformación de la realidad. Se establecen así las bases para analizar los cambios en las promotoras de salud derivados de la participación.

Esta búsqueda colectiva cuestiona los paradigmas ya establecidos y plantea la necesidad de avanzar en la construcción de nuevos referentes de participación de las

mujeres, con igualdad en la toma de decisiones, a partir de sus experiencias y valores culturales y excluyendo aquellos que impidan avanzar en el proceso de construcción de las mujeres.

Algunas mujeres han levantado su voz en los últimos años y han roto el silencio con sus demandas y reivindicaciones y han exigido el derecho a la participación, tanto en su comunidad como en el país. En este sentido se da también el despertar de las mujeres indígenas, que han tenido un proceso participativo, aunque muchas veces el mundo occidental desconoce sus formas intrínsecas como se muestra en la participación y organización de aquellas que formaron parte del proceso de colonización de la Selva Lacandona y en otros campos, como la organización de promotoras de salud, organización de cooperativas artesanales, en la elaboración de proyectos propios, presentación de propuestas en el Congreso indígena, así como su presencia en movimientos reivindicativos.

Por tanto, las mujeres afirman su identidad por medio de sus movimientos, organizaciones, construyendo así una mirada sobre su problemática y sobre su existencia misma, sobre su "ser en el mundo", para elaborar proyectos comunes. Adquieren, entonces, el derecho a "que su trabajo, sus obras y creaciones, sus aportaciones individuales y colectivas sean nombradas, reconocidas y valoradas por la sociedad", a ser sujetas sociales con perfil propio y a tomar decisiones (Propuestas de las mujeres indígenas 1996: 16).

Esta posición abre un camino nuevo para pensar "la costumbre desde otra mirada", es decir, a partir del reconocimiento de marginación de las mujeres como tales y además como indígenas y, al mismo tiempo, construir su propio proceso desde de su experiencia y apropiación de sus valores culturales, con capacidad de excluir y pensar aquello que les impidan continuar su proceso.

Las mujeres indígenas han planteado garantizar su participación en un plano de igualdad, es por ello que entre las propuestas que han hecho en el Congreso Nacional indígena mencionan:

Para participar la mujer en las actividades de sus comunidades se promoverá que en sus estatutos se reconozca que las actividades de la mujer han contribuido preponderantemente al desarrollo económico y cultural de los pueblos indígenas, estableciéndose los mecanismos para garantizar que tenga una participación activa y paritaria frente al hombre en los órganos de representación municipal, comunal y ejidal (Propuestas 1996: 7).

De otra parte se añade:

Las mujeres tienen el derecho a participar en igualdad de condiciones con los hombres, en la administración de todos los recursos y a planear el desarrollo social de sus comunidades, sus pueblos, sus regiones y su país. Es decir, tienen el derecho a no ser víctimas de los modelos que generan miseria, opresión, y guerra y que impiden el desarrollo de las personas, de las comunidades, del país. (Propuestas 1996: 18).

Este enfoque se opone al papel de organismos internacionales que recientemente se quiere dar a la mujer al ser valorada solamente en función de su capacidad productiva. La posición de las mujeres abre caminos para la participación con características de autodeterminación.

CAPITULO II

1. EL CONTEXTO DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN MÉXICO

Para contextualizar mi trabajo de campo señalo dos aspectos complementarios: primero, los planteamientos sociales y políticos que se desprenden de la concepción del indigenismo y, segundo, la descripción de la situación crítica del país en la que se ubican los planteamientos oficiales sobre salud que se especifican en los planes nacionales de desarrollo, así como el enfoque de participación que se encuentra en los programas sectoriales.

1.1 Enfoque y alcances de la participación en la política indigenista

A lo largo de la historia, el sujeto indígena ha sido motivo de elaboraciones y de planteamientos ideológicos-políticos, así como destinatario de una serie de propuestas, programas y acciones que se resumen en la política indigenista. México, como otros países de Latinoamérica, basado en la teoría evolucionista,⁸ pretendía aspirar al máximo punto de desarrollo adoptando como patrón deseable el de la civilización occidental. Esta tendencia no incluía la cultura indígena y llevaba implícito el desprecio a los valores étnicos y pretendía la homogeneización a la cultura occidental. Esta posición ideológica sirvió de guía a la política indigenista con su planteamiento integracionista

Dos grandes etapas identificaron al indigenismo: el integracionismo y el etnicismo. Cada una de ellas representa una postura ideológica, sin embargo, más que significar un cambio, marcaron una continuidad. La primera etapa tomó forma en el Primer

⁸ La teoría evolucionista sostenía la tesis de que la sociedad había atravesado diversos estadios secuenciales en escala ascendente, significaba el avance en esa línea evolucionista hasta alcanzar el progreso. La modalidad positivista elaborada por Comte tuvo gran influencia en México, desde esta perspectiva evolucionista sostenía que los indígenas representaban etapas de "salvajismo" "barbarie" mientras que el sistema capitalista era la última fase de desarrollo humano, de civilización (Díaz Polanco, 1991: 88).

Congreso Indigenista Interamericano en 1940,⁹ al plantearse la necesidad de consolidar política y económicamente a la nación. Para lograrlo era necesario integrar a la indígena al desarrollo nacional. De esta manera se elaboraron los postulados técnicos que daban fundamento al objetivo de integrar a las comunidades indígenas a la vida económica, social y política de la nación. Esta política integracionista implicaba borrar toda frontera cultural para homogeneizar las culturas, lo cual significaba la desaparición de la cultura indígena e incorporación a una sola, se prescindía del derecho a la diferencia.

Posteriormente se propuso modificar el acentuado etnocentrismo de la política indigenista y se hizo referencia a la cultura, pero sin abandonar la idea de integración.

Un ideólogo de esta corriente, Gonzalo Aguirre Beltrán mencionó:

Los componentes de la cultura indígena (lenguas, creencias, costumbres, formas de organización sociopolítica, etc.) en principio son aceptados como válidos, postulándose en adelante una integración de los indios a la sociedad nacional, realizada respetando los valores de sus culturas y su dignidad de hombres (En Díaz Polanco, 1991: 92)

El antropólogo Aguirre Beltrán enfatizó esta política:

Las comunidades son incitadas a invertir sus propios esfuerzos para lograr su propio mejoramiento y su integración a la nación, para que efectivamente se conviertan en partes integrantes de la misma. (Aguirre Beltrán en Díaz Polanco 1991: 92)

Sin embargo, la pobreza se convirtió en un impedimento para desarrollar esta política integracionista y en un motivo para establecer criterios y acciones hacia las minorías indígenas en proceso de integración. Las palabras de Narciso Bassols expresan este sentir:

Abundantes tareas biológicas de orden colectivo pesan sobre los indígenas, como una consecuencia de su miserable condición económica, son obstáculo infranqueable para realizar un progreso cualquiera. Educar a los indígenas en buena proporción es introducir en ellos costumbres, prácticas y hábitos de conservación de la salud (Bassols, 1979: 50).

⁹ El congreso se realizó en Pátzcuaro, Michoacán y fijó las normas de la política indigenista

Estas ideas reflejan la política de aculturación-integración, que deja al margen los valores y saberes de la cultura propia indígena.

Ese enfoque integracionista, adoptado como versión oficial y programa de acción por el Gobierno, consideraba tanto los aspectos de cultura como los productivos y sociales. Se trató de imponer una "aculturación planificada", la cual intentaba llevar a los indígenas los elementos culturales occidentales para sustituir los elementos culturales indígenas, por ser considerados estos últimos negativos, según lo hace contar Alfonso Caso: (Caso, 1979: 79).

Se trató de una aculturación planificada por el Gobierno mexicano, para llevar a las comunidades indígenas los elementos culturales que se consideran con un valor positivo, para sustituir los elementos culturales que se consideran negativos, en las propias comunidades indígenas (Caso, 1979: 79).

Esta transformación cultural y económica comprendía desde la transformación en las técnicas agrícolas hasta la modificación en las ideas de la propia comunidad. En esto se decía que había que cambiar en el indígena el concepto mismo de la enfermedad, así como de las causas que la producían, ya que era insuficiente la sustitución de las medicinas de tipo empírico o de valor mágico por los medicamentos convencionales de la cultura occidental (Caso, 1979: 81).

El recurso de la participación fue aplicado en términos de obligación para incorporar a los indígenas a dichos objetivos.

Se debe contar con la colaboración o participación activa de la comunidad [...] para que el indígena sienta como propia y cuide la escuela, la obra de agua potable, el frutal, debe hacersele participar en la construcción de la obra y en la adquisición y siembra del árbol y debe retribuir sus servicios, aunque sea en forma simbólica. En tanto el indígena reciba gratuitamente o sin su cooperación un beneficio, lo considerará como cosa ajena sobre la que sentirá poca o ninguna responsabilidad, estimándolo como una obra de beneficencia, o como una obligación del Gobierno (Caso, 1979: 80).

integrativa, fundada en el relativismo cultural.

Esta posición permeó las acciones y programas, como los de salud, acudiendo para su implantación al recurso técnico científico de estudio de comunidad, técnicas de campo, etcétera.

A finales de los setenta, al emerger el concepto económico de marginación (INI 40 años: 34), los indígenas se convirtieron en "marginados". El fenómeno social rebasaba la política indigenista de integración, generándose un desgaste de la teoría debido a la persistencia de una situación adversa del indígena y a la falta de integración real al proyecto nacional delineado en el indigenismo. Era necesario, desde el punto de vista teórico, elaborar una "nueva concepción de lo indígena", debido a que la marginación continuaba siendo un obstáculo para el desarrollo.

De esta manera, después del integracionismo, que proclamaba la unidad y la homogeneidad como fundamento de la nación, surgieron las corrientes participativas y el etnicismo, cuyos aspectos centrales fueron la pluralidad o diversidad cultural y el "respeto a la pluralidad étnica" en oposición a la política homogeneizadora, situación que se dio en el contexto de las grandes transformaciones internacionales y frente a la reforma del Estado y la entrada de la población indígena a la etapa de modernización.

Esta segunda etapa no significó en realidad una ruptura, sino la continuidad del modelo inicial integracionista, adaptado ahora al contexto de multiculturalidad y de modernización basado en el relativismo cultural. Proponía "el desarrollo de los pueblos indígenas con pleno respeto a su identidad cultural, para establecer un nuevo sistema de relaciones, fincado en la tolerancia, en el respeto a la diferencia y la pluralidad (INI 1989-1994: 11).

Se delinearon así nuevas formas de integración para atraer, asimilar e integrar al indígena a los patrones culturales dominantes. En esa nueva modalidad de integración "envolvente", como lo refiere Díaz Polanco: "se busca la participación de los miembros de los grupos étnicos, procurando que un número cada vez mayor de

que se conviertan en promotores de la integración "por propia voluntad". (Díaz Polanco, 1991: 98).

Desde esta lógica, con ese concepto de integración se espera que sean los propios indígenas, especialmente sus dirigentes, quienes abandonen su lengua, sus formas organizativas, costumbres e inciten a los de su comunidad a hacer lo mismo, en una estrategia de participación envolvente, con ritmos no marcados.

Así pues, el indigenismo que no ha solucionado los problemas estructurales y sociopolíticos de las comunidades indígenas, nunca consideró a los indígenas como sujetos activos de su propio desarrollo y los excluyó en la práctica.

4.1.1 Institucionalización del indigenismo

Las políticas y acciones de participación se decidieron en instancias gubernamentales, a partir de las propuestas teóricas ya hechas explícitas, como consta en los principios de "Bases para la Acción 1977-1982:

A este avance en la toma de conciencia de los grupos étnicos, corresponde la determinación del actual gobierno de replantear la política indigenista a partir de la participación organizada de los propios pueblos (Ovalle, 1979: 11).

El Instituto Nacional Indigenista (INI) fue el organismo público del gobierno federal encargado de diseñar e instrumentar la política gubernamental hacia los pueblos indígenas. Este organismo normó las acciones indigenistas más en consonancia con la corriente ideológica, que considerando las necesidades y elementos culturales indígenas. De esta manera se realizaron programas, se promovieron trabajos, se cumplieron acciones al margen de las decisiones de los indígenas, pero con el sustento de una noción pluricultural.

Uno de los principales logros de la política indigenista, desde la perspectiva de integración, fue el haber involucrado el trabajo de las comunidades para realizar diversos proyectos e incluso importantes obras de infraestructura a costos reducidos

que las hacían viables. La aportación del trabajo comunitario redujo, aún más, los gastos de inversión del gobierno hacia las comunidades indígenas.

Finalmente, esta política representa los intereses del grupo en el poder, ya que las propuestas para la atención de los indígenas surgen sólo de los grupos gobernantes y no de los propios indígenas, por tanto, se refuerzan los mecanismos de dominación, de los que tienen el poder y de los que poseen el "conocimiento", siendo los canales institucionales los que ponen en práctica este tipo de participación-inserción.

Por último, la política indigenista, desde su surgimiento y puesta en práctica, a partir de la fundación del INI, ha sido un instrumento de control, se ha caracterizado por haber negado a los indígenas, en contra de lo propuesto, la posibilidad de plantear sus demandas en tanto sujetos constructores de su propia historia y de impulsar la apropiación de los proyectos.

Ante esta política indigenista de dominación y segregación, el sujeto indígena emerge en el escenario y reclama nuevos espacios y su voluntad de manifestarse y de afirmarse, como se verá mas adelante. Para los indígenas, el quehacer participativo tiene otras dimensiones y una concepción diferente a la ejercida institucionalmente.

1.2 Situación reciente y propuestas oficiales

La crisis estructural de la política económica del Estado, a finales de los setenta, fue el pretexto para cuestionar los logros del Estado nacionalista y abrir las puertas a la instrumentación de un modelo económico y político de corte neoliberal. Lo anterior obligó al gobierno a aplicar una política de ajuste estructural y a establecer nuevas relaciones en lo social.

Las nuevas estrategias y políticas de cambio se instrumentaron en los escenarios transnacionales, resultado de la "suma de infinitas decisiones empresariales y gubernamentales (González Casanova, 1994: 19), principalmente a través del Banco

Mundial y del Fondo Monetario Internacional, los cuales establecieron a los países las condiciones a las que debían sujetarse para recibir préstamos.

Los países de América Latina, en particular México, adoptaron esas nuevas estrategias para enfrentar la crisis presentada a principios de los ochenta. En ese contexto de profundización de la crisis, el recurso de la participación incorporado por las instancias promotoras, cobró especial importancia, como un mecanismo para superar la crisis, sin embargo, se convertía en un mecanismo de control ante los reclamos que pudieran emerger de la sociedad.

En México, el tránsito hacia el modelo neoliberal ha sido un proceso gradual pero profundo, caracterizado por la disminución de la intervención del Estado en los procesos de la economía nacional y de protección social. Las medidas adoptadas cristalizaron en la liberalización de la economía, en la apertura de mercados, de bienes, servicios y capitales, además de la transferencia de riquezas nacionales y de fuentes energéticas (González Casanova, 1994: 23).

En lo político, permitió que se abriera el camino hacia una "democracia limitada", es decir, restringida a opiniones individuales, dejando de lado a los sujetos colectivos; esta forma de democracia desemboca en nuevas formas de autoritarismo, tanto civil como militar.

Boltvinik menciona dos valores sociales fundamentales alrededor de los cuales gira el proyecto neoliberal, el individualismo e igualdad de oportunidades (Boltvinik, 1999: 1).

El primero promueve la competitividad y disminuye la participación de los actores colectivos en lo social. El segundo somete todas las decisiones al mercado, regulando éste el suministro y acceso a las prestaciones sociales en una sociedad de desiguales y, por tanto se encuentra inhabilitada a participar en igualdad de condiciones. En este escenario:

la representación de la sociedad está constituida por individuos que interactúan entre sí, en un modelo teórico donde la libertad y la igualdad son principios de base; es decir, todos los individuos tienen las mismas

oportunidades [...] y el destino de ellos dependerá de sus propios méritos (Gutiérrez 1988: en López 1994: 343: 12).

Es allí que el gobierno intervenga con los grupos que se encuentran en situación de desventaja y promueva estrategias participativas que complementan la intervención comunitaria del gobierno.

Las medidas aplicadas por este modelo, en las que sobresale el interés por lograr las variables macroeconómicas sobre el desarrollo social, han tenido consecuencias negativas. La desigualdad social y el incremento de la pobreza han sido dos efectos característicos de este modelo, así como la mayor dificultad de los ciudadanos para tener acceso a una condición de vida aceptable desde el punto de vista social. México es un ejemplo de crecimiento de la pobreza según se desprende del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1999-2000 en la reunión anual del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional (FMI), en donde se reconoce que 40% de la población mexicana está por debajo de la línea de la pobreza (Delgado, *La Jornada*, 2 octubre de 1999: 14).

A reducir el Estado su participación en la atención a las necesidades de la sociedad a un mínimo de servicios, de bajo costo, destinados a los grupos menos favorecidos, se promovió a la participación de las comunidades; en salud, la estrategia más adecuada en esta etapa de ajuste fue la Atención Primaria, convirtiéndose la participación comunitaria en pilar para sostener ese proyecto.

La estrategia de participación fue hecha explícita en los Planes Nacionales de Desarrollo del país. Desde esta perspectiva se redescubrió la "participación" como componente coyuntural para extender la cobertura en salud y abaratar costos, al mismo tiempo que se buscó proveer servicios básicos con un costo mínimo.

Esta tendencia se observa en los planes nacionales: a principios de los ochenta se dio un impulso a la participación mediante los programas sectoriales presentados por el presidente Miguel de la Madrid, quien proponía "hacer más con menos" (PND 1989-

1994: 9). Desde entonces esta estrategia ha tenido una clara intencionalidad, ya que la participación estaba orientada a los grupos en extrema pobreza y pretendía la integración de los participantes en los programas. Así pues, para reforzar el modelo económico, se requería de la disponibilidad de los recursos humanos y materiales de comunidades ubicadas en una situación económica desventajosa.

Desde entonces, aunque con diferentes matices, ha predominado el enfoque oficial de este tipo de participación en su característica de inserción-integración. Durante el sexenio de Carlos Salinas suponía que había que luchar contra la pobreza extrema, pero con un costo mínimo, de acuerdo a los lineamientos del Banco Mundial. En consecuencia con la posición anterior, el presidente se pronunció por un modelo de participación que impulsaba la incorporación de grupos a los beneficios del progreso como se demuestra en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. En este Plan se propuso:

Elevar el rendimiento social de los recursos mediante las aportaciones y participación de los grupos beneficiarios, así como el uso de materiales propios de la zona (PND 1989-1994: 129).

La aportación de la comunidad suplía, en alguna medida, la responsabilidad del Estado, convirtiéndose aquella en tributaria de un pago a cambio de servicios. Había que incorporarse a las actividades y tareas impuestas en un modelo de desigualdad social.

Durante el sexenio del presidente Ernesto Zedillo se consolidó el modelo económico neoliberal, en el cual lo social cobra importancia en la medida en que contribuye a reforzar la economía de mercado y a realizar actividades que aumenten la productividad; se reforzó y se perfiló aún más la estrategia de incorporación para el desarrollo aunque con algunas particularidades.

El PND 1995-2000 esboza la necesidad de una integración, social y productiva de los grupos en las actividades de beneficio social, para que así puedan "participar de los beneficios del desarrollo" (PND 1995-2000: 113). En estos planteamientos lo social se

desvanece, privilegiándose el aspecto económico. Se habla de alcanzar igualdad de beneficios y de integración al proceso de desarrollo en un modelo que promueve la privatización, soslaya el avance social y lo único que asegura es la subsistencia de los grupos en desventaja, por medio de un asistencialismo deficiente. Hay que recordar que los individuos o grupos no pueden participar por igual de los beneficios del desarrollo en tanto exista una desigualdad social derivada de la concentración de la riqueza en unos cuantos.

Con esta línea el gobierno ratificó y acentuó su política de focalización al hablar de racionalidad económica en salud (PND 1995-2000: 94) para los que están en desventaja, en contraste con la dinámica de privatización, lo cual indica la implantación de un modelo, cada vez más estrechamente focalizado a los pobres, principalmente los indígenas, a quienes además hay que integrar a la cultura nacional. En este sentido, para superar la pobreza se requiere de "servicios esenciales de salud y acciones de bajo costo y alto impacto en salud (PND 1995-2000: 19); servicios básicos para la población no asegurada y el nulo o difícil acceso a servicios altamente tecnificados.

1.3 La participación en los programas

La forma de participación impulsada en programas institucionales, en distintas épocas, ha tenido como sustrato la incorporación de los indígenas a los proyectos. Las posturas indigenistas normaron los planes y actividades a desarrollar.

En 1979, en el declive del Estado benefactor, se creó la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), por decreto presidencial, como instancia dependiente del ejecutivo. Fue la institución responsable de proporcionar atención eficaz a las necesidades de zonas y grupos marginados (IMSS-COPLAMAR, 1988: 5). Se estableció un acuerdo con el IMSS para crear el "Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR),

con la finalidad de ampliar la cobertura a zonas marginadas, lo cual era una forma de proporcionar asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (Limón Rojas, 1988: 89), ante la deficiencia de cobertura a 24 millones de personas.

COPLAMAR tuvo como funciones financiar el programa IMSS-COPLAMAR, reorganizar la participación comunitaria, así como seleccionar los sitios y gestionar la donación de predios donde debería proporcionarse el servicio de salud, para lo cual recurrió a la experiencia del INI. El IMSS se encargaría de proporcionar el servicio médico en las instituciones que se crearían.

El Programa fue considerado una vía participativa en el que las comunidades tomarían parte en la gestión y supervisión de los programas. Sin embargo, en la práctica el IMSS-COPLAMAR organizó el trabajo comunitario alrededor de los programas de SAHOP-COPLAMAR, tales como los de agua potable, de caminos, de mejoramiento de la vivienda, así como de la aportación económica de los usuarios para pagar los servicios médicos, sin que para ello se consideraran las decisiones comunitarias.

El IMSS tenía la facultad de organizar, establecer y operar las unidades médicas y conducir los programas. Como el recurso de la participación era necesario, se le asignó la obligatoriedad, con carácter general, como condición para obtener los servicios de salud (Resultados del análisis de desarrollo del programa del IMSS COPLAMAR: 107), transformándose en una forma de control de las comunidades.

De esta manera, el trabajo comunitario se convertía en una obligación de los sujetos que habitaban en las comunidades beneficiadas, al fijar un promedio de diez jornadas como mínimo por jefe de familia. El temor y la coacción eran características, en tanto que la sanción no se hacía esperar en caso de incumplimiento, pues se señalaba que la falta de trabajo comunitario sería causa de suspensión del servicio a esas comunidades, todo lo cual se controlaba por el rendimiento de un informe detallado de las actividades realizadas (IMSS-COPLAMAR Memoria, 1982: 43).

Uno de los objetivos generales del programa era aprovechar adecuadamente la potencialidad productiva de los grupos marginados y de aquellas zonas donde se encontraban asentados, asegurándose así una oferta más abundante de bienes y servicios (IMSS-COPLAMAR Memorias, 1982: 28).

El recurso que se utilizó fue el uso de la fuerza productiva de los grupos más vulnerables y el supuesto respeto al desarrollo de las formas de organización de los grupos. El ejercicio del poder se ejercía por medio de la coacción.

La entidad COPLAMAR desapareció en 1983, durante el período de Miguel de la Madrid y con el inicio del modelo neoliberal, no así el enfoque de la participación en su característica de incorporación. Correspondió ahora al IMSS promover y organizar el trabajo comunitario y para ello tomó como base el Modelo de Atención Integral a la Salud.

Durante el sexenio de Carlos Salinas se instrumentó el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), para "impulsar su incorporación (de grupos) plena y en mejores condiciones a los beneficios del progreso" (PND 1989-1994: 127).

El programa estuvo orientado hacia los pueblos indígenas y campesinos, apelaba a la participación de las comunidades, lo cual implicó la aportación de los recursos para

compartir costos: "a los recursos de los sectores gubernamental, estatal y municipal se le sumará de sumarse las aportaciones de los propios beneficiarios y la participación de los grupos beneficiarios, de esta manera se eleva el rendimiento social de los recursos" (PND 1989-94: 129).

El PRONASOL impulsaba métodos, se decía, para "promover la participación activa de las comunidades en la programación, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación", sin embargo, en la práctica la participación se redujo a la colaboración en actividades.

Con la entrada del país a la globalización, se requería crear las condiciones necesarias para incrementar la producción y la productividad en el campo y llevar

adelante el desarrollo de proyectos productivos, para lo cual se utilizaron métodos de trabajo participativo que permitieran realizar programas como los planteados.

Un esfuerzo más de la comunidad significó la creación de proyectos referidos como autogestivos, rentables, recuperables, ya que para su realización se requería de aportaciones complementarias de las propias comunidades y organizaciones indígenas (INI 1989-94: 99). El Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000 menciona al respecto: "Se apoyará la organización de la población indígena para incrementar su capacidad autogestiva" (PED 1995-2000: 161). Sin embargo no llegaron a ser proyectos propios de la comunidad.

El IMSS formó parte del programa de PRONASOL y le correspondió promover y realizar el trabajo comunitario basado en el Modelo de Atención Integral a la Salud. Se habló de atención selectiva a la salud y de saneamiento básico. En este sentido, la institución continuó con el esquema participativo-obligatorio ejercido por el IMSS-COPLAMAR, ahora con el término de "contraprestación".

El IMSS-SOLIDARIDAD planteaba la contraprestación como la participación voluntaria, continua y sistemática en las obras y acciones (IMSS SOLIDARIDAD, 1995: 20). La responsabilidad de la salud fue conferida a la comunidad mediante la promoción del autocuidado y la premisa de reforzar la capacidad local de los pueblos y comunidades indígenas (INI 1989-94: 198), disminuyéndose las obligaciones del Estado

Se delineó el esquema de incorporación a las actividades, como el:

compromiso de todo participante (solidariohabiente) de colaborar voluntariamente y de manera continua, sistemática y organizada en la realización de obras y acciones que contribuyan a un mejor estado de salud (Programa IMSS-SOLIDARIDAD, 1994-1998: 21).

El término obligación se cambió por el del compromiso para realizar obras y acciones previamente diseñadas, era la nueva forma de abordar la restitución por el servicio otorgado.

Los aspectos de organización eran planeados y dirigidos por la institución, para este fin se creó un área encargada de planear y controlar los aspectos técnicos relativos a la organización y participación comunitaria, con el objetivo de apoyar a los equipos de las unidades médicas para lograr la participación de la comunidad. La comunidad se convertía, con su colaboración planeada desde instancias externas, en el instrumento para el servicio de las unidades médicas y el desarrollo de los programas.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 delineó programas dirigidos a las mujeres, en consonancia con las recomendaciones internacionales; se mencionó el cuidado de la salud en la población de escasos recursos como una tarea inmediata y se apeló principalmente a:

las mujeres y los jóvenes, los cuales deben ser agentes de cambio en las comunidades rurales y urbanas, su inquietud y determinación harán posible una participación más amplia y efectiva en la lucha contra la pobreza. Se buscará su participación, junto con la de todos, en cada una de las acciones que se emprendan (PND 1989-1994: 127).

Lo anterior, en el contexto de la dinámica neoliberal, significó realzar la "feminización de la pobreza" al asignarle nuevos roles, además de los reproductores de valores sociales, incorporándolas a otras tareas para aumentar el capital humano.

Con todo esto, el programa de PRONASOL, instrumento más importante en el sexenio de Carlos Salinas, no atendió ni al 1% de la población (Piñeyro, 1996).

Este proyecto pretendió legitimar las limitadas inversiones y las acciones gubernamentales, utilizando los propios recursos humanos y materiales de las comunidades, para avanzar en su línea estratégica de reforzar la política macroeconómica, dejando en segundo término el desarrollo social, lo cual acentuó la desigualdad social. Este programa fue utilizado como plataforma política, para mantener el control y una supuesta estabilidad social.

El presidente Ernesto Zedillo ratificó y priorizó la continuidad de la política macroeconómica, sobre la social. Su propuesta participativa se extiende a grupos

sociales, ONG e insiste en la responsabilidad de las familias en desventaja para integrarse al desarrollo, de acuerdo con lineamientos internacionales.

El gobierno de Ernesto Zedillo ha hecho un programa focalizado a los hogares en pobreza extrema, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), el cual se puso en marcha en agosto de 1997. La estrategia es impulsar la responsabilidad de las familias y atenuar las posibles inconformidades, y como medida de control de posibles reclamos o demandas: "Se proporcionará sin costo un paquete básico de servicios de salud [...] Se fomentará el autocuidado de la salud, de las familias a través de educación y capacitación en salud, nutrición e higiene". Mas adelante se detalla en el programa:

Progresá se funda en la corresponsabilidad social y familiar. Promueve la participación y el compromiso de las familias como un elemento fundamental para el buen funcionamiento del Programa y el logro de sus objetivos, así como de la comunidad en el control y vigilancia de las acciones del mismo" (PROGRESA. 1998. Documento sobre lineamientos).

El gobierno utiliza esta estrategia para justificar el cumplimiento de su función social y apela a la responsabilidad de las familias y a su movilización, para conducir al éxito, en primer término, su programa. La oferta de un "paquete básico" de servicios no es suficiente para resolver el problema de salud, y por eso, se acude al "autocuidado" de la salud. En este contexto, la comunidad es requerida para acatar las acciones y su participación es restringida a los fines del proyecto.

Este programa, pues, se mueve dentro en las orientaciones liberales puestas en práctica, pero más focalizado, con una dirección vertical y con una orientación asistencialista que asegura solamente la subsistencia. Los resultados han sido favorecer el clientelismo en tiempos electorales y generar la división en las comunidades, al seleccionar a familias afines al partido en el poder, lo cual no ha resuelto la situación de pobreza y sí ha promovido la competencia individual para obtener beneficios más allá de lo inherente al programa.

A estas características de incorporación se añade la modalidad ya mencionada de la participación "privatiza", al tener control sobre las personas beneficiadas por el programa, con el consecuente conflicto y divisiones comunitarias.

El planteamiento distinto lo presenta el Convenio 169, firmado entre el gobierno mexicano y la Organización internacional del Trabajo (OIT) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989, en el cual la participación en salud es entendida como "la obligación de los gobernantes de velar que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, los cuales estarán bajo su propia responsabilidad y control". (OIT Convenio 169, 1996: 30). Lo cual significa la transferencia del poder de los gobernantes a las comunidades para ser constructoras de su propio proceso.

CAPITULO III

PROCESO DE LA INVESTIGACION

En este capítulo señalo las líneas de desarrollo del trabajo de investigación que han permitido desplegar la argumentación de conjunto, tanto en la parte conceptual como metodológica.

OBJETIVOS Y EJES DE ANÁLISIS

El objetivo general de esta investigación es analizar la participación comunitaria en salud en el ámbito de la cultura indígena.

Los objetivos particulares son los siguientes:

1. Analizar los problemas, limitaciones y resultados de la participación de la comunidad para resolver los problemas de salud-enfermedad.
2. Explicar las diferencias en la participación de la comunidad para abordar la problemática de salud-enfermedad que existen en la clínica rural de la UMR-IMSS y en el modelo alternativo de la Casa de Salud, de la comunidad de Guaquitepec, Chiapas.
3. Analizar en las formas de participación del grupo de promotoras/es y del personal de la UMR-IMSS los valores socioculturales explícitos.
4. Identificar los cambios que produce en el grupo de promotoras/es de salud la participación organizada.
5. Analizar en la participación organizada del grupo de promotoras/es de salud constituido alrededor del modelo alternativo una posible vía para afirmarse como sujeto autónomo colectivo.

Estado de análisis

1. La forma de participación comunitaria que se desarrolla en Guaquitepec es un proceso sociocultural importante, indispensable para que se promueva la salud en la comunidad.

2. La participación de la comunidad en el campo de la salud ha tenido su expresión en dos ámbitos: en la clínica de la UMR-IMSS y en la Casa de Salud. El proceso de participación que promueve la UMR-IMSS asume en forma limitada los aspectos socioculturales de la comunidad y de la toma de decisiones; la participación en el proceso de la Casa de Salud ha desarrollado de manera más adecuada los aspectos socioculturales, particularmente en lo que se refiere a la toma de decisiones.

3. Las formas de participación impulsadas por el IMSS son una expresión de los modelos estatales y sectoriales de conducción y se reflejan en la manera en que se ponen en práctica las acciones de salud encaminadas al desarrollo de los programas establecidos y en que la toma de decisiones comunitarias se limita a aspectos secundarios que no determinan la orientación de la clínica.

4. La Casa de Salud ha retomado las formas de organización comunitaria y promovido un tipo de participación que considera los aspectos socioculturales, tomando en cuenta los elementos fundamentales de identidad cultural, como la toma de decisiones comunitarias.

5. La participación ha producido cambios importantes en las promotoras/es como personas y en su actuación ante la comunidad, los cuales se expresan en una mayor capacidad para percibir los problemas de salud-enfermedad, así como para incidir a través de la toma de decisiones en los cambios de la comunidad.

6. La participación organizada ha favorecido cambios en el grupo de promotoras y en el grupo de trabajo integrado por el comité de la Casa de Salud, estos cambios se expresan en que las acciones favorecen la afirmación de sujetos autónomos que responden a intereses comunitarios y conducen a la apropiación del proceso de salud.

2. PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Propuesta metodológica

Para identificar las formas de participación comunitaria en salud en el ámbito de la cultura indígena utilicé la investigación cualitativa, a la cual hago referencia en el diseño de mi investigación (cuadro 1).

Esta investigación es un estudio de caso de los procesos participativos en salud que se desarrollan en la comunidad de Guaquitepec durante el período de 1980-1999.

En este trabajo emplee la técnica de investigación directa y participante en la cual la observación se convirtió en una herramienta importante. Las consideraciones para perfeccionar esta técnica se debieron a dos características importantes: primero, que gracias a la participación de los actores se obtiene información directa de primera mano, es decir, se acude a las fuentes originales (Gómezjara 1997: 78), la segunda es porque al ser "participante" la comunidad deja de ser la "cosa u objeto", el investigador se involucra y participa en el proceso de manera que simultáneamente es el estudioso y el estudiado. (Gómezjara 1997: 80). Traté de ser objetiva pero reconozco que estoy comprometida con el proceso de participación que se ha dado en la comunidad.

La población en estudio fue el grupo de promotoras/es y actores de la Casa de Salud, y el personal de la UMR-IMSS. El universo de trabajo fue la comunidad de Guaquitepec.

La participación como investigadora y parte comprometida del proyecto se dio durante toda la etapa de trabajo de campo y durante la aplicación de los instrumentos diseñados para la recolección de la información, el grupo de promotoras/es aportó elementos para elaborar la historia de grupo y participaron después en el análisis.

2.2 Grupos de análisis

El desarrollo metodológico de la investigación parte del análisis integral de las formas y procesos de participación en la comunidad de Guaquitepec en el campo de la salud.

La definición de las variables e indicadores se hizo a partir de la caracterización de grupos de análisis siguiendo los criterios que más adelante se van a especificar. Se tomó en cuenta la interrelación en los grupos al considerar que "el desarrollo de cualquiera de sus partes está inmediatamente condicionado y es condicionante del desarrollo de las partes restantes" (Samaja, 1992: 13).

Aunque los grupos analizados tienen características como conjunto, al analizar la participación en el proceso colectivo deben comprenderse las acciones individuales.

Con base en lo anterior y para poder organizar la información que me permitió analizar el proceso de manera global, me referí tanto a los cinco grupos delimitados como a individuos dentro de cada uno.

Las agrupaciones suponen que los sujetos tienen características comunes y que se identifican entre sí, que tienen experiencias y funciones similares y que las ejercen como sujetos individuales o colectivos. Todos los grupos, a su vez, constituyen el sujeto comunitario.

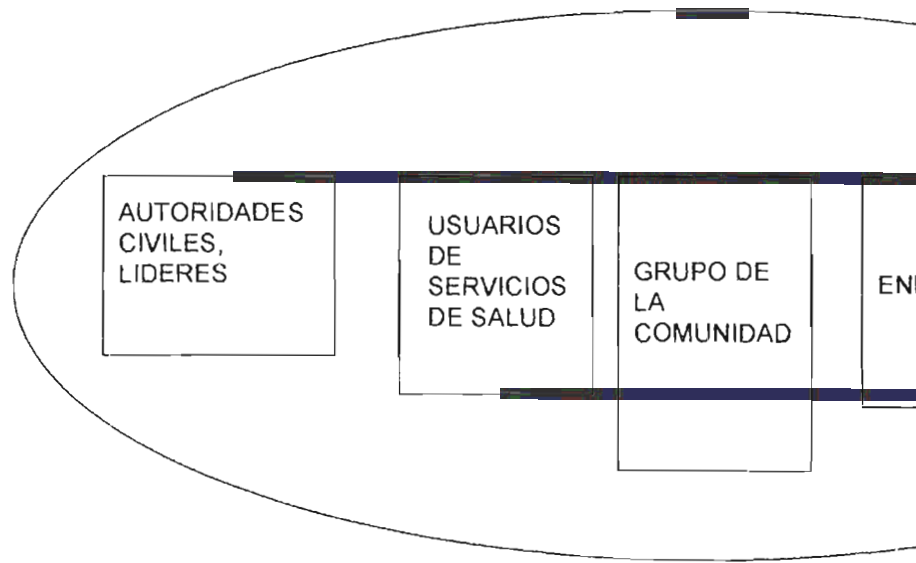
El **primer grupo** de análisis son las autoridades civiles, religiosas, líderes y ancianos de la comunidad. Son actores relevantes de la comunidad, que han tenido relación estrecha con su organización y específicamente con la conformación de los espacios participativos de la salud. Su participación es activa en la toma de decisiones y son portadores de experiencia y de opinión.

El **segundo grupo** de análisis son los usuarios de los servicios de salud, son sujetos activos en la participación en salud. Sus opiniones permiten dar cuenta de obstáculos y de opiniones sobre los mecanismos de toma de decisiones.

El **tercer grupo** está conformado por otros sujetos de la comunidad que no han participado directamente en el grupo de trabajo de salud, pero que conocen los

GRUPOS DE ANALISIS

67



COMUNIDAD

procesos participativos de la comunidad. Se trata de personas que desde afuera expresan su percepción sobre el problema de salud-enfermedad y sus posibles soluciones para compararla con la que al respecto tienen las promotoras/es y está validada por su experiencia.

El **cuarto grupo de análisis** son sujetos que forman parte de la estructura organizativa de la UMR-IMSS y de la Casa de Salud: específicamente los enfermeros de ambas instancias de salud. Interesó conocer su percepción de errores y aciertos, así como las motivaciones e intereses de su participación y la de otros actores y las relaciones que se establecen entre las dos unidades de salud.

Por último está el **equipo de promotoras/es** de salud y que han formado parte del proceso de salud, su análisis no puede estar al margen del proceso colectivo de la comunidad. Este grupo lo conforman nueve promotoras/es, se caracterizan porque durante un tiempo importante han compartido un espacio común de trabajo.

Interesa conocer cómo ha sido su participación en el campo de la salud y su percepción sobre los cambios colectivos e individuales, que son consecuencia de su involucramiento en este proceso.

2.3 Desarrollo de la propuesta

2.3.1 Estrategias metodológicas

Se utilizaron dos estrategias para desarrollar la investigación, como se muestra en el cuadro 1. La primera fue documental, con una sistematización bibliográfica. Se hizo una caracterización de los propósitos, orientaciones, acciones, propuestas y limitaciones de los diversos modelos de participación en salud por organismos internacionales, nacionales, estatales. Este fue el marco del que surgieron los ejes temáticos que me permitieron identificar y señalar las características del proceso participativo desarrollado en Guatepec.

Diagrama 1
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

82

DECISION DE DISEÑO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	CRITERIOS DE MUESTREO	DECISION MUESTRAL
INVESTIGACION CUALITATIVA	INVESTIGACION DOCUMENTAL		
INVESTIGACION CUALITATIVA			REDUCIDO A POCOS CASOS Personas Relevantes (4)
EL PROCESO DE PARTICIPACION EN SALUD EN LA COMUNIDAD DE GUAQUITEPEC	ESTUDIO DE CAMPO	Heterogeneidad (diversidad) accesibilidad saturación o redundancia secuencial	Casos individuales. Personas de la comunidad (45) Casos individuales 9 promotoras/es 9 personas de la comunidad Enfermeros de los dos espacios de salud Grupo de promotoras/es

Paralelo recurrí a acervos bibliográficos, a documentos sobre propuestas planteadas por organismos internacionales, Planes Nacionales y Estatal de Desarrollo, documentos del Instituto Nacional Indigenista y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Complementé la investigación con bibliografía de textos y periódicos.

Los ejes que me permitieron identificar el planteamiento de la participación desde el curso fueron:

Organismos que participan en la planeación de la política

Contenido de la política de participación

Sujetos que participan en la elaboración de proyectos

Personas que deben participar en la realización de proyectos y programas

Formas de participación comunitaria en los programas institucionales

Alcances y perspectivas de la participación

La segunda estrategia metodológica se caracterizó por el trabajo de campo o estudio de caso el cual consistió en observaciones y notas, tanto de mi experiencia de acompañamiento así como de la información que generé con entrevistas específicas en la comunidad de Guaquitepec. Se consideraron la entrevista en sus diferentes modalidades y la historia de grupo como las técnicas más apropiadas para analizar las formas de participación comunitaria y a las cuales hago referencia en los párrafos posteriores.

La participación previa con el grupo facilitó el acercamiento con las personas de la comunidad. Las entrevistas fueron realizadas en tzeltal con la ayuda de un traductor. La traducción de las grabaciones respeta las expresiones de los entrevistados y sólo se hacen aclaraciones en algunos casos para buscar mayor claridad. La intención de las entrevistas fue recuperar el quehacer y las opiniones de los principales actores de la comunidad, que con su experiencia en el proceso histórico indígena de participación permitieron un acercamiento a la discusión.

Con diversas técnicas traté de comprender las aristas de todas las formas de participación en salud y los cambios que han generado en la salud de la comunidad. La compilación de la información se realizó en varias etapas de trabajo de campo, en algunas ocasiones sólo tomé notas, en otras los entrevistados me permitieron usar la grabadora.

Criterios de selección de las personas entrevistadas y técnicas aplicadas.

Realicé un muestreo basado en los criterios de heterogeneidad y accesibilidad (Valles 1997: 214), los cuales se van a especificar mas adelante. Para la selección de las personas consideré los criterios de dispersión y de saturación¹⁰.

Las técnicas fueron las siguientes:

1. Observación directa y participante.
2. Entrevista individual, en profundidad, semiestructurada.
3. Historia de grupo.

La observación directa y participante fue fundamental ya que durante todo el trabajo de campo tomé notas y sistematicé la información que permitió establecer el contexto de participación.

Las entrevistas individuales en profundidad tuvieron como propósito el adentrarme en el conocimiento de las formas de participación y la toma de decisiones. Para conocer el punto de vista de cada sujeto tuve que mantener una confianza básica para lograr la comunicación directa y la veracidad de la información.

Esta técnica, en sus diversas modalidades, me sirvió para entrevistar a los miembros de los cuatro grupos: ancianos líderes y autoridades de la comunidad, usuarios de los servicios de salud, promotoras/es y autoridades de salud.

¹⁰ De acuerdo a Valles, saturación significa no encontrar datos adicionales para desarrollar las propiedades de la categoría (Valles, M. 1997: 214).

El instrumento utilizado para las entrevistas fue el guión en sus dos modalidades: guión de temas y guión de preguntas de respuesta libre o abierta, a los que hago referencia en el cuadro 1.

Entrevista individual en profundidad: grupo de ancianos, autoridades y líderes.

En el grupo de ancianos, autoridades y líderes la entrevista permitió captar su opinión sobre la toma de decisiones. Por ser portadores de mayores experiencias son punto de referencia para conocer, por medio de sus testimonios, las formas de organización y participación comunitaria, los criterios participativos utilizados en la toma de decisiones, los criterios que permiten todas las prácticas comunitarias. La entrevista se basó en un guión abierto. Este esquema dio la libertad al entrevistado para contestar más o menos ampliamente cada uno de los temas.

Los indicadores que sirvieron de base para elaborar este guión fueron:

- Nombramiento de autoridades.
- Funciones de las autoridades.
- Métodos de elección y decisión.
- Formas de participación en asamblea.
- Capacidad de decisión de la comunidad.

Entrevista individual: grupo de usuarios. Para entrevistar a los miembros del grupo de usuarios consideré que ellos podían dar cuenta de los obstáculos, manifestar su aceptación o su rechazo a las acciones que se generan desde los servicios de salud, que son actores que intervienen en las decisiones colectivas que tocan los asuntos de salud. Su opinión y comentarios permitieron reflejar las formas de participación en cuanto al desempeño de tareas que se deciden previamente y de las actividades que son consensadas, así como conocer las condiciones en las que se da la participación. Esta guía de entrevista tiene preguntas abiertas y cerradas, y se tomaron como referencia los indicadores relacionados con las formas de participación en salud:

- Organización del servicio de salud.

Criterios y motivaciones para la designación de autoridades de salud.

Método de participación para la toma de decisiones en salud.

Motivaciones para participar en el uso del servicio.

Formas de retribución, asignadas o decididas, por el uso del servicio.

El guión de entrevista se tradujo del español al tzeltal y se sometió a una primera prueba piloto, a partir de la cual se realizaron las modificaciones pertinentes. A cada

uno de los entrevistados se les aplicó la guía de preguntas concernientes tanto a la Casa de Salud como a la UMR-IMSS, con la finalidad de hacer comparaciones.

Entrevista individual: enfermeros. A los enfermeros de los dos espacios de salud se les entrevistó como representantes del servicio de salud, para conocer cómo se distribuyen las acciones. Se trató de conocer su opinión sobre la participación de la comunidad y el equipo de salud centrándose en las formas de toma de decisiones.

La guía de entrevista se organizó para conocer formas de organización y toma de decisiones de los dos espacios de salud. Los indicadores fueron:

Organización de los servicios y actividades.

Distribución y designación de funciones (distribución del ejercicio del poder).

Capacidad de decisión y de ejecución. Actividades o tareas sobre las que deciden.

Formas de operación: posición frente a la participación.

Motivaciones para la participación.

Entrevista individual: personas de la comunidad y promotoras/es. En el grupo de personas de la comunidad utilicé la técnica de entrevista individual estandarizada abierta, busqué analizar los cambios que puedan manifestar acerca de los problemas de salud. Esta guía fue la misma que se aplicó al grupo de promotoras/es. Cada uno de esos dos grupos está constituido por nueve personas.

El guión de preguntas buscó respuestas libres y abiertas. Se pretendió obtener información sobre problemas de salud en la comunidad, necesidades y sugerencias.

También se incluyeron preguntas cerradas acerca de la percepción de los problemas de salud.

Los indicadores fueron:

- Percepción y origen de las enfermedades y sus causas.

- Alternativas de solución.

- Socialización de la cultura (salud).

- Necesidades sentidas.

Historia de grupo. Además de la entrevista con fines de comparación, a las promotoras/es de salud se les realizó una entrevista grupal, para recoger el testimonio colectivo de su experiencia acerca de motivaciones e intereses para participar, su crecimiento como grupo, los obstáculos que encontraron, su aprendizaje y el grado de comprensión del proceso de salud colectivo.

Para recuperar su experiencia se realizaron varias sesiones en las que se aplicó una guía de temas, dándose libertad y tiempo para desarrollarlos. Para la reconstrucción de la historia y experiencias se tomó en cuenta la siguiente guía temática:

- Inicio del grupo.

- Formación del grupo.

- Organización, funciones y toma de decisiones.

- Motivaciones para la participación.

- Obstáculos y alcances.

- Relación con la comunidad.

- Resultados personales y comunitarios.

A partir de la información obtenida procedía a ordenar y clasificar la información. El análisis implicó la reconstrucción de las categorías con que los sujetos dan cuenta de sus formas de participación.

Es importante mencionar que los resultados de esta investigación no pretenden ser representativos de otros procesos de participación ni se pueden generalizar los

resultados. Sin embargo, podemos decir que dieron elementos para analizar procesos de participación comunitaria en las instancias de salud.

CAPÍTULO IV

1. CONTEXTO REGIONAL DONDE SE UBICA LA COMUNIDAD

La comunidad de Guaquitepec, municipio de Chilón, se localiza en el estado de Chiapas, el cual ocupa el tercer lugar con mayor población indígena después de Oaxaca y Veracruz. Chiapas destaca por tener una población de indígenas marginados y pobres, que carecen de las condiciones adecuadas para vivir, en este con un grupo minoritario, no indígena, que tiene el poder, esto ha sido motivo de reivindicaciones y de una creciente organización de esos grupos.

Ubicado en el sureste de la república, Chiapas ocupa el octavo lugar en extensión territorial del país, con una superficie de 75,643 km², representa el 3.7% del territorio nacional (INEGI, 1998: 3). Limita al sur con Guatemala en una amplia zona de 962 kilómetros (PED, 1996: 141), con la que ha compartido históricamente un mismo origen étnico y lingüístico y conformado una misma región hasta 1824, cuando Chiapas decidió anexarse a México. En las décadas de los setenta y ochenta los municipios fronterizos del estado recibieron a miles de guatemaltecos a raíz del conflicto bélico de los años sesenta.

El estado está conformado por 112 municipios, de los cuales Ocosingo, el más grande, cuenta con una superficie de 10,000 km², en contraste con el más pequeño de 10 km². Tiene el estado 16,422 localidades. En los últimos años el gobierno ha desarrollado planes de remunicipalización en el estado.

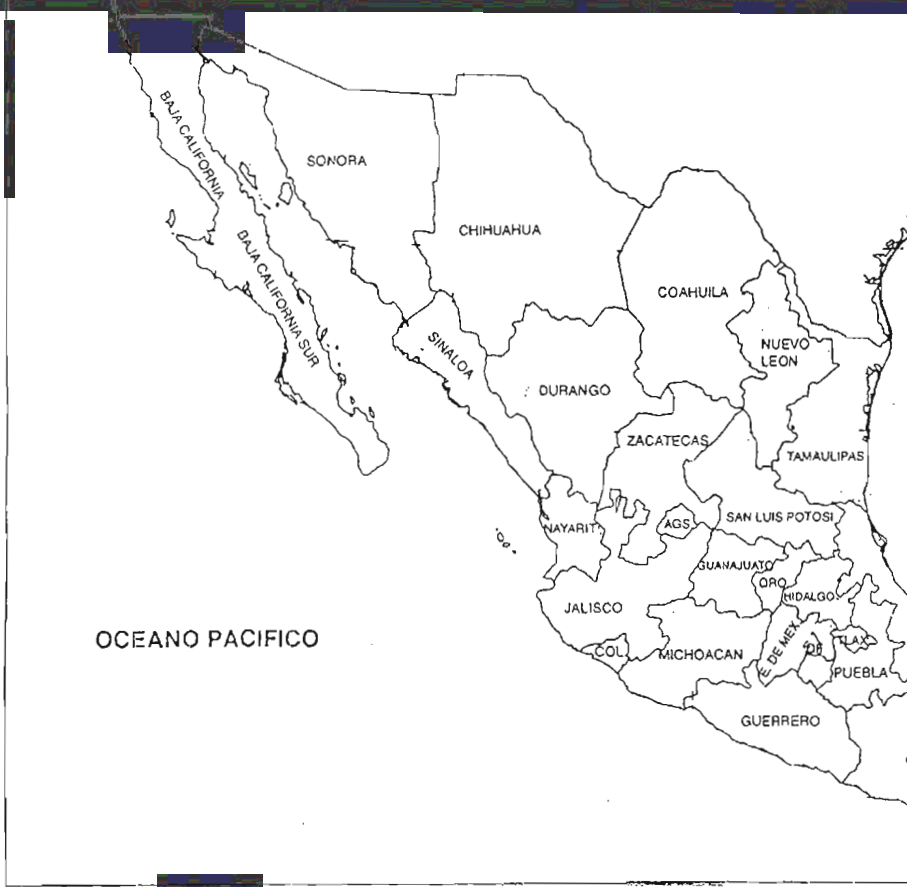
Chiapas se encuentra subdividido en nueve regiones geoeconómicas que obedecen a criterios económicos, como el de la disponibilidad de recursos naturales, las características productivas del lugar y las actividades principales. Esta remunicipalización acentúa las diferencias sociales al no haber considerado las

Características socioculturales y lingüísticas de la región y porque fue una división
hecha al margen de las identidades culturales. Es la fragmentación impuesta por
grupos hegemónicos en función del interés económico para dividir y controlar a la
población indígena.

El municipio de Chilón pertenece a la región IV Selva y tiene las siguientes
características:

La cabecera que es Palenque comprende municipios como el de Ocosingo, la
Lacandona, Chilón, municipio al que pertenece Guaquitepec. La economía en
zona montañosa, como Chilón, se basa en una agricultura de autoconsumo y cultivo
de café; en la subregión Golfo predomina la ganadería extensiva. La selva
presenta una reserva ecológica y biogenética importante, la cual ha sufrido un gran
daño. Los descubrimientos de grandes yacimientos de petróleo a partir de los años
ochenta ha hecho de esta región una zona estratégica. Grupos tzeltales, choles y
mababales habitan esta región. (Plan Estatal de Desarrollo PED, 1995-2000: 145,
Centro de información y análisis. Para entender Chiapas, 1997: 1).

Población. La población de Chiapas para 1994, de acuerdo al Anuario Estadístico
del Estado, se estimó en 3,210,496 habitantes (Anuario Estadístico del Estado de
Chiapas 1994: 109) y para 1996 en 3,606,828 habitantes (INEGI, 1998). Tiene la
segunda tasa de crecimiento más alta del país. Mientras que en el nivel nacional se
reportó una tasa de crecimiento en 1990 del 2.6 por ciento, la tasa de crecimiento
total de la población indígena en el periodo 1970-1990 fue de 4.6 por ciento, y en
1993 descendió, de acuerdo a cifras oficiales, hasta 1.2 por ciento, situación que
coincide hasta con los estudios realizados, por otros investigadores, en los Altos y la Selva,
donde se detecta una cifra del 4.1 por ciento, porcentajes superiores a los
reportados por INEGI (Ballinas. 1999. La Jornada, 6 de octubre).



FUENTE: INEGI

MAPA 1

ESTADO DE CHIAPAS

DIVISION MUNICIPAL



Fuente: INEGI

La población indígena,¹¹ de acuerdo al último censo, fue de 958,936 habitantes y representa 28% de la población mayor de cinco años.

CHIAPAS POR GRUPO INDIGENA, 1994

GRUPO	NUMERO DE HABITANTES	% RESPECTO A LA	
		POBLACIÓN INDÍGENA ESTATAL	
Chol	322,224		33.6
Muzil	306,854		32.0
Chol	119,118		12.5
Chol	87,302		9.1
Chol	66,280		6.9
Chol	23,423		2.4
Chol	8,184		0.8
Chol	3,510		0.3
Chol	500		N.S.
Mestatales	21,541		2.3
TOTAL	958,936		100.0

Fuente: PED 1995-2000: 47 en: Chiapas Secretaría de Hacienda. Agenda Estadística Chiapas 1994: 221-226.

Para 1995, los registros del INEGI reportaron solamente una población de 768,720 habitantes (Anuario Estadístico del Estado de Chiapas, 1998: 235), lo cual habla también de un subregistro o que las cifras oficiales están subrepresentadas. Existe

¹¹ Esta clasificación se basa únicamente en el criterio lingüístico, cuantificación que excluye los criterios como el de pertenencia social.

De acuerdo con las cifras oficiales, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) calcula la población indígena en un millón 266 mil 43 personas (Ballinas, 1999. La Jornada: 5 de octubre). Una posible explicación es que no se tomaron datos en la zona de conflicto zapatista, espacio territorial en el que se encuentran los indígenas pertenecientes al movimiento zapatista, iniciado en enero de 1994 el cual tiene como una de sus principales demandas el acceso a la tierra.

La marginalidad y la pobreza se concentran en estos grupos, los cuales han sido objeto de programas y de políticas sociales, acciones educativas y de salud que no responden a sus necesidades reales ni modifican las condiciones sociales.

Existen otros sectores sociales en Chiapas los cuales forman la elite del poder, toman decisiones políticas, económicas, sociales y tienen el control de los recursos. Esta situación, ejercida por los grupos dominantes, ha conducido a la reafirmación y resistencia de los grupos indígenas y al reconocimiento de su pluralidad.

Recursos y economía. Chiapas cuenta con abundantes recursos naturales: petróleo, hidroeléctricos, forestales y agrícolas principalmente. A finales de los sesenta, se convirtió en un estado de interés nacional y fue declarado zona estratégica por los descubrimientos de importantes reservas petroleras ubicados principalmente en la Selva Lacandona (PED, 1995-2000: 15). (Ocampo, 1999: 75), hallazgo que se minimiza en las esferas gubernamentales para restarle importancia a los intereses que tienen en esa zona el gobierno y las grandes empresas. El estado cuenta con siete grandes hidroeléctricas que lo convierten en el principal abastecedor de energía eléctrica. Ocupa el primer lugar nacional como generador de energía, con una producción de 55%. Sin embargo, para 1994, 47% de los habitantes de zonas rurales carecían de electrificación (PED, 1995-2000: 66).

Ocupa el primer lugar en la producción nacional de maderas preciosas, Ocosingo y Chifón son los municipios con mayor producción (Centro de información y análisis. Para entender Chiapas, 1997: 61). Sin embargo, los grandes beneficiarios de esta

explotación maderera son los grupos del poder que conforman la elite social y están al margen del deterioro social y ambiental.

La falta de tierra y su distribución desigual ha sido una de las causas estructurales de pobreza y de generación de conflictos sociales. El reparto agrario ha favorecido la propiedad particular, no es de extrañar que 72% de terrenos dedicados al cultivo pertenezcan a propiedad privada (Ballinas, 1999. La Jornada: 5 de octubre)

De las 7,521,044 hectáreas con las que cuenta 5,096,835, destinadas a esta actividad, fueron repartidas entre 1940 y 1970, sin embargo, de esas "más de tres mil hectáreas, las de mejor calidad, fueron entregadas en propiedad individual a los ganaderos y madereros organizados en asociaciones, mientras que las hectáreas restantes, prácticamente improductivas, se les otorgaron a los campesinos bajo la forma de ejido (Méndez, 1996: 8).

La expansión de la ganadería favoreció los grandes latifundios. La desigualdad se acentuó por el establecimiento de grandes fincas productoras de café y cacao en la selva, con el consecuente incremento de peones acasillados.

Un hecho que favoreció el incremento de la desigualdad social en 1972, fue el decreto presidencial mediante el cual el gobierno de Luis Echeverría concedió al grupo de lacandonos (66 familias) 600,000 hectáreas de la Selva Lacandona. Esto significó el beneficio de la tierra para unos cuantos, privando de la tierra a los tzeltales y otros grupos que habían emigrado en busca de mejores condiciones de vida. Se establecía así una restricción de la colonización y se favoreció la explotación por empresas privadas y terratenientes, en acuerdo con las autoridades del lugar, en un momento en que se tenían grandes posibilidades petroleras en el lugar.

Un acontecimiento importante que marcó el rumbo del quehacer indígena fue el Congreso Indígena realizado en 1974 en San Cristóbal de las Casas, dada la situación de injusticia y desigualdad que privaba. Allí, la voz organizada de los excluidos se hizo escuchar. El reclamo ante las precarias condiciones de vida, la falta de tierra,

necesidades de salud, alimentación, educación y la marginación fueron algunas de las situaciones abordadas. "Queremos –dijeron los indígenas– hacer la unión de nuestra fuerza [...] decir nuestra palabra [...] caminar en la libertad". Fue el inicio de un trabajo organizativo y participativo de una nueva fuerza social indígena (Fazio, 1994: 103). Estas demandas de tierra, salud, educación han cobrado fuerza y han vuelto a hacerse voz en los últimos años con el surgimiento del movimiento zapatista.

El principal sustento de la economía chiapaneca es la agricultura. El maíz es el cultivo que ocupa mayor superficie sembrada y es el principal producto del campesino indígena, el café es el segundo producto de importancia. El primer producto es utilizado principalmente para autoconsumo y en ocasiones venden pequeños excedentes. Algunos campesinos se ven obligados a vender su maíz y emplearse como asalariados.

El café está sujeto a los precios internacionales del mercado. En 1982 hubo una crisis por la caída del precio. A partir de 1998 se ha registrado nuevamente un derrumbe en los precios de este producto, aproximadamente del 40%, simultáneamente se acentuaron las importaciones masivas de este grano realizadas por el gobierno mexicano con las consecuentes repercusiones económicas y sociales, las poblaciones indígenas fueron afectadas en su principal fuente de ingreso.

Actualmente se presenta un escenario de un estado con grandes riquezas, valoradas recientemente, como el gran potencial de reserva biogenética, localizado donde se asientan comunidades indígenas y grandes reservas petroleras, ubicadas principalmente en la Selva Lacandona. La perspectiva actual, en el contexto de la globalización, es impulsar una reconversión productiva y nuevas formas de organización campesina, lo cual significa la sustitución de productos básicos como el maíz y el frijol por productos destinados al comercio internacional a fin de generar divisas, sin que los indígenas sean los beneficiarios.

1.1 Desigualdad social

En los últimos años y particularmente durante la última década, México ha experimentado un proceso de ahondamiento de las desigualdades sociales, incrementándose cada vez más en el estado de Chiapas, reportado como el más pobre del país desde 1970.

De esta manera, Chiapas se ha caracterizado por tener los más altos índices de pobreza (PED, 1995-2000), en particular entre la población indígena. El 40% de los habitantes dedicados a actividades agrícolas recibían en 1990 medio salario mínimo¹²

(Centro de información y análisis. Para entender Chiapas, 1996: 28). Una justificación de esta situación se encuentra en el Plan Estatal de Desarrollo:

Algo que caracteriza a la entidad es la población indígena, que representa la tercera parte del total y cuya mayoría vive de actividades agrícolas de autoconsumo. No reciben un salario ni contribuyen a la formación de las cuentas nacionales[...] Una familia que vive del autoconsumo requiere un ingreso equivalente a la mitad del salario mínimo, mientras que para una familia urbana el 100% del salario mínimo puede ser insuficiente (PED, 1995-2000).

Los indígenas han sido proveedores de materia prima para que acumule riquezas una mayoría, además, grandes empresas mexicanas y nacionales establecidas en el estado obtienen importantes ganancias, el campesino participa, en algunas regiones, en la agricultura de exportación, sin que ello implique mejorar sus condiciones de vida y sus ingresos.

El rezago social se observa en el nivel educativo, ya que mientras el promedio nacional de analfabetismo es de 12.5%, en Chiapas, el censo de 1990 reportó un analfabetismo del 30% en los mayores de 15 años, sin embargo esta cifra se eleva a 60% en algunas regiones.

Para 1996, el salario mínimo en Chiapas era de \$19.05, el más bajo en el país.

1.2 Situación de salud

Una consecuencia de la situación estructural y social que se presenta en Chiapas es la presencia de enfermedades infecciosas asociadas a la desnutrición. Chiapas ocupa el primer lugar de mortalidad infantil, principalmente en las poblaciones indígenas, debido a enfermedades diarreicas y respiratorias, asociadas a la carencia de servicios básicos. El Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000 reportó que 71% de comunidades carece de agua potable y solo un 13% cuenta con alcantarillado, construido para que vierta las aguas negras a los ríos, lo cual favorece la contaminación (PED 1995-2000: 64).

Otros padecimientos relacionados con la extrema pobreza, como la tuberculosis, tienden a disminuir, se encuentran entre los primeros lugares.

Especial atención merece el problema de la desnutrición. Chiapas es el estado que concentra el más alto nivel de desnutrición con el 67.7% (Ballinas, 1999, 5 de octubre) y se menciona que en las poblaciones indígenas alcanza hasta el 80%.

La mortalidad materna es también un reflejo de la situación social y de la falta de solución a los problemas sociales en Chiapas, al rebasar los índices nacionales, de acuerdo a lo señalado en el Programa de Salud y Asistencia 1995-2000. Situación que se acentúa si se considera el subregistro y la dificultad para acceder a la información. Lo anterior pone de manifiesto también una insuficiente infraestructura de servicios básicos, por parte del estado, para atender a la población rural y una deficitaria cobertura de salud.

La población derechohabiente en el estado abarca solo el 14.46% (Anuario Estadístico del Estado de Chiapas, 1998: 193) y el resto de la población, 85.54%, es cubierta por las instituciones del IMSS-Solidaridad y la Secretaría de Salud; existen muchas localidades en las que se carece de este servicio. Sin embargo, los planes y programas de asistencia que se elaboran y que se norman a través de políticas de

Estos no responden a las necesidades de las comunidades, ya que la participación de las instituciones se reduce a lo mínimo, representado en un paquete de servicios. En este contexto se recurre a la colaboración y uso de recursos comunitarios humanos y materiales, lo cual manifiesta la exclusión de los pobres de la política social

1.3 Las propuestas institucionales y acciones participativas en salud

El estado de Chiapas ha sido un campo propicio para la instrumentación de programas sociales oficiales, los cuales se han incrementado a partir de 1994. La mayoría de los programas están basados en la orientación ideológica del indigenismo y la estrategia de participación, en su forma de incorporación. Todos ellos han sido insuficientes para compensar el rezago social.

El INI fue de los primeros organismos con presencia oficial en el estado de Chiapas. El primer Centro Coordinador Indigenista se fundó en 1951 con sede en San Cristóbal de las Casas y en 1972 se creó un centro en Ocosingo. El objetivo que se propuso para esta institución fue integrar al indígena a la vida económica, social y política del país (Caso, 1979: 79). Desde esta perspectiva de integración, se diseñaron programas encaminados a asimilar al indígena al modelo de cultura occidental dominante.

El centro se convertía en un lugar propicio para la investigación social o antropológica al ser considerado, al principio, un laboratorio de experimentación y capacitación (Paris, 1997: 128), según lo refiere Caso: "a través de esta experimentación se va logrando afinar procedimientos y técnicas que constituyen verdaderos resultados experimentales (Caso, 1979: 82). El indígena era un objeto al que había que conducir e incorporar al modelo de cultura occidental.

El INI promovió la formación de promotores de salud y para ello el criterio fue que los seleccionados gozaran de prestigio en la comunidad, pero más adelante ya se seleccionaron de acuerdo a la aptitud e interés de los participantes. La revisión hecha por Freyermuth (Freyermuth, 1993: 56) menciona que la capacitación se basó en el

modelo de aculturación, es decir, en la inducción de los conceptos de la medicina moderna de la cultura occidental, sin valorar los propios.

En consonancia con la nueva política indigenista, el INI reconoció a los médicos tradicionales durante la década de los ochenta, con el objetivo de integrarlos a la estrategia de Atención Primaria. Page (Page, 1996: 124) describió la intención del INI de incorporar a los terapeutas tradicionales al esquema organizativo de los servicios de salud, a pesar de que simultáneamente afirmaba respaldar su estructura tradicional.

La región de Marqués de Comillas fue un claro ejemplo de aplicación del Programa de Promoción de Promotores por el INI, en 1985. El esquema era el mismo: solucionar los problemas de salud-enfermedad con la participación de la comunidad, la utilización de sus recursos y el nombramiento de promotores en asamblea, pero los objetivos planteados no fueron alcanzados.

El INI impulsaba una estrategia de incorporación limitándose a aceptar sólo una presencia simbólica de las autoridades indígenas y trataba de insertar a los promotores de salud en sus programas; la participación de las comunidades se concretó, casi siempre, a la ejecución de los proyectos sin que se apropiaran de los mismos. Paris (Paris, 1997: 151) se refiere a la función de tutelaje ejercida hacia los indígenas por parte de los mestizos mediante el INI.

En el marco de la pluralidad étnica y cultural, el INI formuló en los últimos años el Programa Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas 1991-1994. En lo que respecta a salud, los objetivos fueron "fortalecer el modelo de APS con participación activa de la población indígena, promoción de programas de ayuda alimentaria con participación de la comunidad, creación de farmacias comunitarias, integración de la medicina tradicional indígena con el modelo de la APS" (INI 1989-94: 34: 197). La poca identificación de los indígenas con este modelo se reflejó en la escasez de personas que colaboraron para desarrollar el programa.

Con esta institución, el IMSS Coplamar, contó con el apoyo y asesoría del INI al iniciar sus actividades en Chiapas a finales de los setenta. La estrategia de participación fue clave para llevar adelante los programas de salud realizados por el IMSS. Para ello recurrió a la colaboración de la comunidad para que realizaran trabajos de infraestructura, un ejemplo fue el repunte de construcción de carreteras rurales que permitió la llegada del IMSS a fines de los setenta. Conforme a esta vía participativa, existía la "obligación genérica de participar en pago de los servicios médicos (Herrera, Programa IMSS Coplamar Resultados, 1980: 116). El enfoque integracionista del "indigenismo participativo" se ponía en práctica: Un indigenismo no para los indígenas, sino con los indígenas (Hernández, 1979: 167), las comunidades colaboraban para llevar adelante el éxito de los programas.

La institución se encargó de la creación de "comités de promoción de trabajo", convirtiéndose en registradores y en intermediarios entre la comunidad y la institución; la función de ellos se restringía al mantenimiento y conservación de las unidades, pues estaban al margen de la toma de decisiones.

La incorporación de los médicos indígenas por el IMSS, a finales de los ochenta, obedecía a la recomendación de la OMS de promover la medicina tradicional ante la escasez de recursos. Correspondía, entonces, esta función a los que practicaban medicina tradicional, en la medida en que fueran indispensables para atender las necesidades.

La institución del IMSS impulsó una participación marginal y dirigida de los médicos indígenas con la orientación y servicios de las autoridades. El IMSS se sirvió de esta estrategia para recuperar información sobre el uso de plantas medicinales, sin que se le permitiera a conocer en su totalidad los resultados de sus estudios a los promotores.

Respecto Jaime Page acota:

En oposición al discurso, los médicos o promotores indígenas no participan en el trabajo de las unidades rurales del IMSS (Page, 1997: 125), en la mayoría de las ocasiones este saber del "otro" es considerado como un no

saber, en este sentido se dan condiciones de desigualdad y de subordinación (Page , 1997: 130).

En este modelo se participó para refuncionalizar al sistema, diluyéndose la posibilidad de una real participación hacia la autodeterminación.

La entrada a la modernización anunciada por el presidente Carlos Salinas en 1988 contrastaba con la situación de extrema pobreza en la que se encontraban los indígenas, proclamó como necesario disminuir la situación de precariedad, ya que era un obstáculo para el desarrollo nacional.

Fue así como el nuevo enfoque de la participación en Chiapas se relacionó con la generación de políticas de apoyo necesarias para solucionar, transitoriamente, las demandas que pudieran traducirse en un foco de inestabilidad social, manteniendo costos bajos en los programas y con contribuciones de la comunidad.

El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) ¹³ prometía un papel activo a los destinatarios de los programas quienes "participarían en la identificación de los problemas y en su resolución, así como en el desarrollo de proyectos productivos, logísticos y con autonomía" (INI 1989-1994: 98); sin embargo, al absorber a la mayoría de los programas sociales e instituciones, como el INI, se convirtió el PRONASOL en una forma de control político: las acciones y las comunidades fueron las destinatarias y ejecutoras de los proyectos sociales.

Para mantener el control, PRONASOL promovió la formación de comités, tomando como modelo las formas comunitarias de organización y cooperación en asuntos de interés colectivo y el trabajo en beneficio común (Programa Nacional de Solidaridad:

La estrategia fue crear bases sociales de apoyo. Chiapas alcanzó el mayor número de comités de Solidaridad, 8,824, lo cual representaba 8% del total nacional (Mejor, 1996: 14). Esta forma de rápida respuesta participativa no alcanzó a tener

¹³ Proyecto nacional promovido durante el sexenio del presidente Salinas, en el cual se pretendía establecer una nueva relación entre las instituciones, el Estado y los grupos sociales.

una identificación con la institución ni con el programa, ya que desapareció después del conflicto zapatista en 1994.

El PRONASOL también abarcó al IMSS, las actividades promovidas por esta institución tuvieron poco impacto y los programas fueron de corto plazo. El IMSS-Solidaridad impulsó una forma de organización comunitaria en salud en la cual los promotores y el comité de salud realizaban acciones marginales, siempre bajo el control de la institución. Esta estructura servía de enlace con la comunidad para aportar recursos al programa. Este tipo de participación, a pesar de lo que se ha dicho, en los hechos no se llevaba a la práctica. Freyermuth menciona que en los Altos de Chiapas, de un total de 33 localidades con presencia institucional, en 24 no existían tales promotores (Freyermuth, 1993: 45). La pronta interrupción del trabajo comunitario y de muchos promotores en estos programas demuestra la falta de identificación de la población indígena con los mismos, terminando las acciones cuando se acaba el programa.

Para lograr sus propósitos, el IMSS se basó en la práctica de la conraprestación promovida en la política indigenista. La conraprestación formaba parte de la vida comunitaria y la institución la consideró un medio valioso para "orientar la participación de los indígenas hacia el objetivo de mejorar su salud" (Programa IMSS 1988-1994: 37). Este fue el fundamento para que los indígenas completaran el servicio otorgado en "impuestos en especie" (Paris, 1998: 139), debido a la escasez de fondos públicos y al incremento de necesidades sociales y ante el desplazamiento de responsabilidades del Estado. La estrategia se enfocaba a la poblaciones de menos recursos.

Solidaridad promovió un tipo de participación centralizada y clientelar, que pretendía refuncionalizar al sistema y a las elites locales de poder en el estado. El propósito era tener el control estatal de las demandas y legitimar el sistema. El dinero destinado a las comunidades fue canalizado a grandes proyectos de infraestructura urbana y a

organizaciones favorables al partido oficial. Las comunidades nunca decidieron el destino de los recursos de Solidaridad. El 41% de la inversión total de Solidaridad en el estado se destinó a la construcción de carreteras, a cargo de grandes empresas constructoras.

El análisis realizado por el Consejo Consultivo de Pronasol menciona a Chiapas como uno de los estados al que se canalizaron mayores recursos, sin embargo, a cada pobre le correspondió un promedio de 75 nuevos centavos al día (Piñeyro, 1996: 13).

La derrama económica que se invirtió en Chiapas a través del Programa PRONASOL, particularmente una vez detectado el movimiento zapatista, no fue suficiente para detener el conflicto. El esquema de Solidaridad, al privilegiar de manera diferencial a organizaciones que estaban a favor del gobierno, generó división entre las comunidades.

La creación de todos estos programas no impidió la movilización social. Los efectos de la economía de mercado adoptada en todo el país, la persistencia del problema de la tierra, el recorte del gasto social y el consecuente aumento de la desigualdad social y económica, crearon las condiciones para el surgimiento, en 1994, del movimiento zapatista. Las comunidades indígenas se organizaron para hacer oír sus demandas, entre ellas, el derecho a la autonomía, la libre autodeterminación, el respeto a la identidad cultural y a las formas de organización social (Ce-Acatl, 1996 78-79: 35).

Era el reclamo por una forma de participación distinta a la promovida oficialmente.

En el contexto de una situación de guerra de baja intensidad, el gobierno del presidente Ernesto Zedillo instrumentó programas con un enfoque asistencialista. En esta línea, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresas)¹⁴ se caracterizó por la selección que hizo de los beneficiarios, con una focalización aún más diferenciada y con la obligación de hacer trabajo en la comunidad, por lo cual se impidió la participación comunitaria, en vez del acuerdo común.

La selección de los beneficiarios introduce esquemas de participación distintos a los acostumbrados, favorece la participación al margen de la vida comunitaria. Favoreció el control de la población en tiempos electorales y generó la ruptura del tejido social en las comunidades.

Este enfoque se percibe en el Programa de Salud y Asistencia Social de Chiapas (PSASCH), el cual menciona que la estrategia de asistencia social se logra con la participación consciente y organizada de los grupos más desprotegidos (Programa de Salud y Asistencia Social, Chiapas 1995-2000: 96), a los que se aúna la "oferta institucional".

Los promotores de salud y médicos tradicionales son llamados a participar en este programa:

La atención a la población rural dispersa, carente de infraestructura en salud y con índices altos de marginación, se llevará a cabo con la participación de las propias comunidades, a través de los médicos tradicionales, promotores de salud y parteras empíricas, quienes con la capacitación y asesoramiento médico que se les otorgará, estarán capacitados para atender los problemas de salud más comunes (PSASCH 1995-2000: 39).

De esta forma se utilizan los propios recursos comunitarios para que se inserten, de manera desigual en los programas.

El PSASCH hace referencia a la participación de las mujeres, acorde a las políticas de desarrollo del Banco Mundial, en tanto "inmenso potencial de participación comunitaria" (PSASCH 1995-2000: 104), e incluye la formación de proyectos de gestión como el de salud, para que "resuelvan su problemática específica". En la práctica son las organizaciones no gubernamentales las que, desde otra perspectiva, trabajan con mujeres.

Las organizaciones no gubernamentales y la Iglesia de Chiapas han impulsado otras formas participativas en salud, la presencia de las ONG ha aumentado en los últimos años debido a las condiciones de precariedad de la región y la escasa penetración de

El Programa de Educación, Salud y Alimentación se puso en marcha en agosto de 1997 con

las instituciones gubernamentales y la situación de conflicto que prevalece en el estado. Estas instituciones han ganado espacios al promover el ejercicio de la democracia en sus actividades, sin embargo, algunas de ellas también han reproducido esquemas corporativos y de control del poder, respondiendo a proyectos de organismos internacionales.

Actualmente se presenta un escenario de un estado con una creciente escalada de militarización y paramilitarización a partir del levantamiento zapatista, que genera la división en las comunidades, ruptura del tejido social, incremento de la pobreza y el consecuente aumento de enfermedades.

El movimiento indígena se ha caracterizado por establecer amplias redes de apoyo, pero la guerra de baja intensidad se asocia a la "guerra de redes sociales",¹⁵ enfocada a desestructurar, contener, inmovilizar las redes sociales de apoyo. En este escenario, el diálogo de los principales actores como los indígenas, gobierno y sociedad civil se hace necesario, con el reconocimiento a sus formas de organización, autonomía y autodeterminación.

La perspectiva actual es hacia el crecimiento de grupos y organizaciones sociales indígenas, con conciencia de su ser colectivo, para participar en el campo social, político y económico en un camino de autonomía y autogestión. Todo lo anterior está fuertemente cuestionado por el incremento de la represión y organización de grupos paramilitares en la región, así como en la puesta en práctica de las políticas neoliberales del país.

¹⁵ Objetivo de intensificar el combate a la pobreza.

La estrategia de guerra de redes, según consideran analistas estadounidenses, será probablemente la forma de conflicto más prevaleciente y desafiante en la era emergente de la informática. Se enfoca no solo al movimiento zapatista, sino a todas las organizaciones, redes e individuos que forman parte de la amplia red de apoyo y consiste en realizar acciones contra ellos, que comprenden desde las clásicas de tipo contrainsurgente, hasta campañas de desinformación, creación de ONG financiadas por el gobierno, etc. (Netwar contra el EZLN. La Jornada, 29 de agosto de 1999: 9)

2. UN ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD DE GUAQUITEPEC

2.1 Situación geográfica

Actualmente se le conoce con este nombre, de origen náhuatl, el cual significa cerro seco. Es probable que esta designación haya sido impuesta desde antes de la conquista (Maurer, 1984: 37). El nombre antiguo tzeltal es Takinwits y tiene el mismo significado: takin, seco; wits: cerro.

La población pertenece al municipio de Chilón, Chiapas, clasificado como de muy alta marginación¹⁵, junto con otros 36 municipios de un total de 112 que conforman el estado, hasta el momento del estudio.

La localidad está ubicada al suroeste de la población de Chilón, tiene una altura aproximada de 1,100 m, sobre el nivel del mar, conforma un pequeño valle rodeado de verdes montañas, se asienta principalmente a lo largo de una cadena de montañas, una de las cuales, Palech'en, es importante por ser un centro ceremonial religioso y cultural, sirve además de barrera y protección natural.

Existen varias comunidades cercanas a Guaquitepec, conocidas como "parajes", los cuales tienen vínculos culturales, familiares, sociopolíticos y comerciales con el pueblo. Entre otros, los más importantes son: Pinabetal, Mequeja', Chuchteel, Wits, el Mango.

De acuerdo al último censo realizado en 1990, se tenía una población de 1,793 habitantes, 900 mujeres y 893 hombres. La población está conformada en su mayoría por indígenas tzeltales y, en contraparte, existe una minoría, aproximadamente siete por ciento que son mestizos o "ladinos"¹⁶ (caxlanes en lengua tzeltal), quienes desde tiempo atrás acaparaban las mejores tierras y ocupaban a los pobladores como peones acasillados. Esta situación se ha modificado en las últimas décadas y sobre

¹⁵ Se designa así a la persona cuya cultura es predominante occidental y su lengua materna es el español u otra diferente a la lengua indígena. Se dice que una persona de la comunidad

todo con el surgimiento del movimiento zapatista, que propició la venta de ranchos y fincas y la consecuente migración de algunos ladinos a las ciudades. Si bien el número de familias ladinas que habitan en la comunidad es escaso, buscan ejercer una forma de poder mediante el control de los medios de comunicación como son el teléfono rural, la oficina de correo y la única línea de transporte; mientras que en lo económico como intermediarios de compra de café.

2.2 Semblanza de la comunidad

La memoria histórica de la comunidad se ha mantenido gracias a la transmisión oral, lo cual ha permitido la reconstrucción y recreación de su historia. Existen otras fuentes de información como son algunos documentos elaborados después a la conquista, los cuales dan cuenta de acontecimientos importantes en este lugar. Cabe resaltar, como ya se ha señalado, que los hallazgos de vestigios ancestrales señalan a Guaquitepec como el sitio de un centro ceremonial antes de la conquista (Calnek: 113, en Maurer 1984: 53).

Eugenio Maurer, antropólogo que ha estudiado a profundidad esta comunidad, hace referencia, en su libro titulado Los tseltales, a documentos encontrados y que se remontan al año 1615, fecha en que se creó la encomienda de Guaquitepec a favor de don Antonio García de Mendoza Garivito y León (Calnek, en Maurer, 1984: 53), quien además de convertirse en el dueño de la tierra lo fue también de los propios indígenas del lugar, al asignársele "los indios necesarios para trabajarla" (Maurer, 1984: 53).

Desde entonces, el indígena, despojado de su tierra y privado de su libertad, buscó recuperar una forma de vida digna, preservando al mismo tiempo su cultura. Surgieron distintas formas y momentos de lucha por motivos políticos, religiosos o militares, contra la imposición de la colonia, dada la nueva situación de opresión, carestía y despojo del indígena.

es ha "ladinizado" cuando adquiere costumbres de la cultura occidental y se acompaña de una

Uno de los levantamientos más importantes por su trascendencia y amplitud originado en los Altos de Chiapas fue la denominada "Rebelión tzeltal de 1712", que generó una gran movilización de indígenas, en aproximadamente 28 poblados, entre los cuales participó Guaquitepec, ya que está ubicado a aproximadamente 25 km del centro de estas rebeliones, San Juan Cancuc.

La causa del levantamiento, según algunos autores, fue por las cargas impuestas a los indígenas por las autoridades españolas y por los obstáculos que éstas últimas ponían a sus expresiones religiosas, además de la lucha existente entre civiles y religiosos por el control de los indígenas. Este levantamiento fue sofocado violentamente meses después, en 1713, por el gobierno colonial al enviar fuerzas militares ubicadas en el mismo estado de Chiapas, Guatemala y Tabasco (León, 1992: 130).

Existe información de otras formas concretas de reclamo y de participación ante las exigencias impuestas al indígena, en particular en el campo religioso, como lo refleja el siguiente párrafo de una carta escrita por el cura de la comunidad en 1861 para solicitar su cambio:

Cristóbal Gutiérrez, cura interino de los dos curatos de Cancuc y Guaquitepec, con la mayor sumisión y respeto digo que hace tres meses quiere Dios por la necesidad de los naturales de Cancuc me trasladé a este de Guaquitepec – en donde sigo sin recibir ni un medio real de[...] ni de cuadrantes ni de otra cosa [...] lo peor es que esta mañana vinieron a decirme la justicia y principales que componen la feligresía que no me daban nada porque el jefe político les había dicho que no me dieran nada de su orden (Archivo Diocesano, Guaquitepec: 1861).

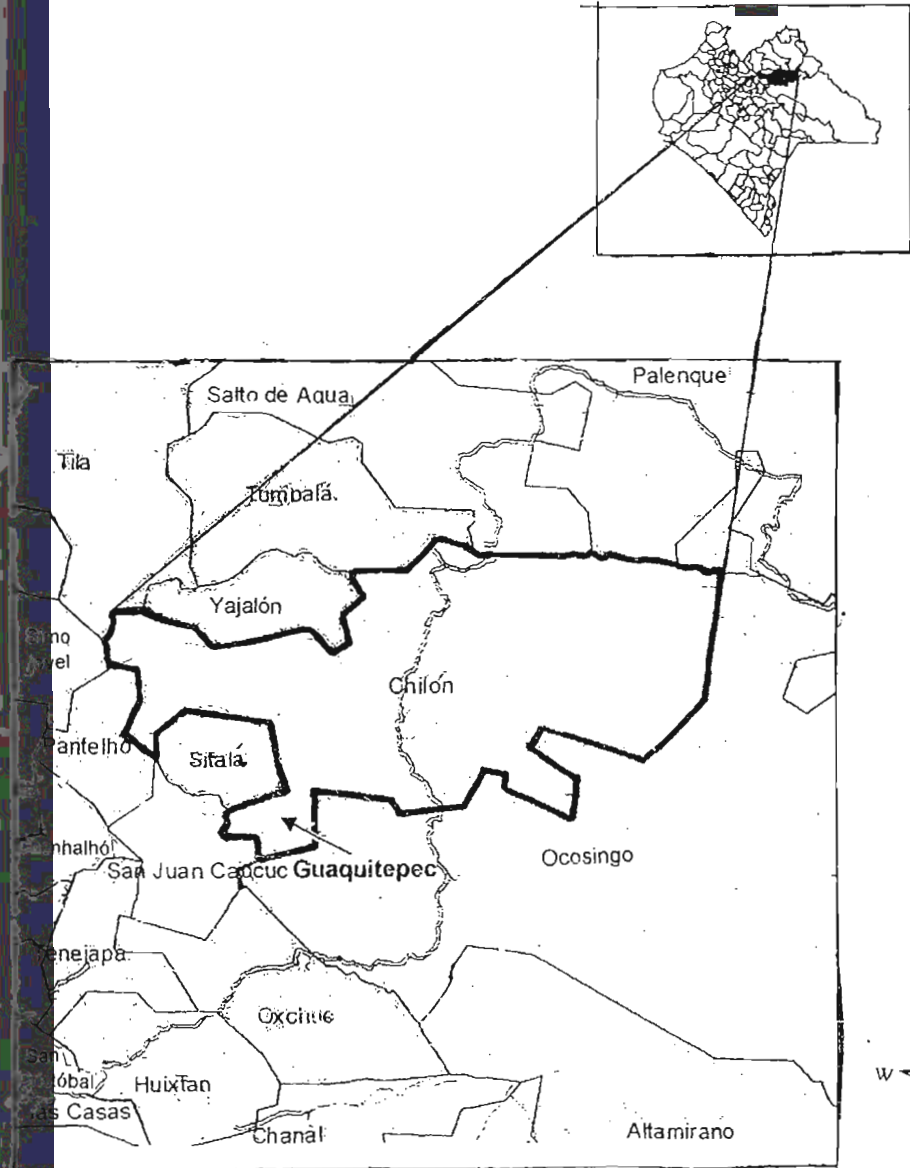
Esta cita demuestra otra forma de rechazo comunitario a la institucionalidad impuesta.

Se deduce que existía una organización social cívico-religiosa y una comunidad que tenía un poder con capacidad de tomar decisiones manifestadas por medio de las autoridades.

En Guaquitepec las personas se comunican en tzeltal, lengua usada tanto en las actividades cotidianas como en el hogar y en las asambleas o para llamar a la población

perdida del sentido de identidad y pertenencia comunitaria. (Maurer, 1983: 41).

UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHILON EN EL ESTADO DE CHIAPAS Y DE LA COMUNIDAD DE GUAQUITEPEC



por medio del "aparato".¹⁷ Los niños aprenden nociones de español en la escuela primaria, pero en sus casas hablan tzeltal. El saludo forma parte de la vida diaria y permite que hombres y mujeres se traten como conocidos y familiares aunque no lo sean (Lenkersdorf, 1996: 78). Una señal de recibimiento y aceptación, así como de inicio de comunicación es el saludo de mano a cada una de las personas que se encuentran en las reuniones o con las que va uno a platicar.

La mayoría de las mujeres usan el vestido de la región, una blusa (cu'ul) blanca con flores bordadas de vistosos colores alrededor del cuello y una falda (tseque) de algodón, tejida en telar, de color azul oscuro que lleva listones de colores; una faja ayuda a sostener la falda. Alegres listones se entrelazan en su cabello, principalmente los días de fiesta. Con excepción de algunos ancianos, los hombres han dejado de usar el traje blanco antiguo.

El tipo de construcción de la vivienda se ha ido modificando últimamente. Las casas más antiguas están hechas de bajareque y techo de palma, otras son de adobe, pero recientemente han aumentado las construcciones con bloques de concreto y techos de zinc. La mayoría tienen piso de tierra, el censo de 1990 reportó 90.7% de casas con piso de tierra. Actualmente de las 381 viviendas el 93% tiene piso de tierra. Generalmente la cocina está separada de la casa y utilizan leña para preparar sus alimentos. La comunidad cuenta con tomas de agua potable fuera de las casas, aunque tienen alrededor de siete manantiales, el agua escasea en ocasiones debido a la deficiente instalación y a la mala calidad del material utilizado. Sólo la calle principal cuenta con drenaje que desemboca en un río cercano con la consecuente contaminación, únicamente el 35% de las viviendas cuenta con letrina.

cuentan con un aparato de sonido para transmitir mensajes o convocar a reuniones. Se encuentra en la agencia. El mensaje es transmitido desde el sonido colocado en lo alto de un poste y es repetido en cada uno de los cuatro puntos cardinales con la finalidad de que llegue a toda la población.

2.3 Vías de comunicación

La comunidad permaneció prácticamente aislada hasta antes de que se construyera la primera carretera a finales de los años setenta. Antes de esta fecha, los indígenas caminaban cuatro a cinco horas por la montaña para llegar a Bachajón a vender sus productos, principalmente café, los cuales cargaban ellos o a lomo de mula.

En 1975, siendo gobernador Manuel Velazco Suárez, se inició la construcción de la carretera que conectaría Bachajón, Sitalá y Guaquitepec, utilizando la mano de obra del indígena. Los principales beneficiados fueron los terratenientes que tenían tierras cercanas a la comunidad, pues se les facilitó la salida de sus productos y de ganado. No fue así para los indígenas, quienes tenían que pagar una cantidad no despreciable para sacar su producto durante los meses que el camino era accesible y, sobre todo, porque no fue atendida su demanda de construir el camino Ocosingo-Guaquitepec para unir y beneficiar a un mayor número de comunidades, las cuales tenían vínculos comerciales y sociopolíticos con Guaquitepec. El tramo de carretera de terracería Sitalá-Guaquitepec terminó de construirse en abril de 1985.

Fue hasta 1992 cuando se inició la construcción de carretera Ocosingo-Guaquitepec, que une distintas comunidades, se terminó en 1994. También en 1994, se construyó la carretera Guaquitepec-Cancuc. La realización de estas obras respondía más que a las necesidades de los indígenas, al contexto político y económico de la región, algunos de cuyos rasgos más importantes fueron: el descubrimiento de grandes recursos naturales en la región y en el estado, principalmente enormes yacimientos de petróleo en la zona de Ocosingo, la gran reserva natural biogenética, la existencia de planes y proyectos de construcción de carreteras con fines estratégicos y el levantamiento de 1994. Un indígena compartió su reflexión sobre este asunto: "antes andábamos luchando por carretera, cuando se dispararon los hermanos zapatistas luego hicieron la carretera".

En este contexto era necesario tener acceso fácil a las comunidades para extraer recursos y posibilitar el control de las poblaciones. La carretera ha facilitado el acercamiento entre las comunidades y ha sido puerta de entrada de nuevos valores de la cultura occidental, con los cambios consecuentes.

Cabe mencionar que las carreteras que comunican a las comunidades indígenas se encuentran en malas condiciones, carecen de pavimento, lo cual determina que se prolongue el tiempo de recorrido y en época de lluvias se llegue a suspender el paso y las que comunican a Guaquitepec no son la excepción.

2.4 Actividades económicas

El trabajo del campo constituye la principal actividad. En este espacio, las tareas adquieren un sentido familiar o colectivo, al asistir, de acuerdo al momento agrícola, los distintos miembros de la familia o de la comunidad. El maíz constituye el alimento principal, lo siembran en dos periodos del año, el primero durante los primeros días de junio y el segundo en noviembre o principios de diciembre, (*tsijumal*). Además del maíz cosechan otros productos en la milpa como frijol, café, calabaza, chayote, cebolla, chile, plátanos, naranja, yuca, entre otros. Crece además una variedad de verduras silvestres de gran valor alimenticio como mostaza, muyen, hierba mora, etcétera.

En este sentido no se puede hablar exclusivamente de una práctica de monocultivo y sí de un espacio de confluencia familiar y/o comunitaria que permite mantener una identidad cultural alimentaria. Estos productos se ven amenazados al ser sustituidos, en toda la región por productos más rentables, en concordancia con el esquema de mercado neoliberal.

Los productos anteriores, a excepción del café, son utilizados principalmente para autoconsumo, adquiriendo también un sentido comunitario al compartirlos en las fiestas, ya que de esta manera se da una socialización del trabajo.

El trabajo del campo es compartido por la familia; el hombre siembra el maíz y limpia la milpa; las mujeres ayudan a cortar el café y en ocasiones a “doblar” el maíz y a limpiar la milpa. Las mujeres y los niños participan intensamente en el campo durante la época del corte de café, durante diciembre y se extiende hasta enero, febrero y marzo. La mujer corta leña, ayudada en ocasiones por el hombre. Asimismo, son ellas y los niños quienes la llevan a la casa. Además de realizar las actividades propias del hogar, la mayoría de las mujeres hacen bordados de flores para adomar sus blusas o para venderlos en la comunidad y tener una ganancia.

El cultivo del café se convierte, para la mayoría de las personas, en la principal y a veces única fuente de ingreso. El precio de venta está sujeto al valor del mercado y a la usura de los intermediarios, quienes cuentan con transporte y se desplazan a las distintas comunidades. En los dos últimos años se ha desplomado nuevamente el precio del café debido al precio internacional, lo cual ha repercutido en la región y se ha incrementado la pobreza. El precio actual, de ocho a diez pesos por kilo, ha sido una de las causas para mantener una situación de miseria. La ganancia familiar por la venta del café, de aproximadamente \$5,000 a \$20,000 al año, se ve desvanecida por las compras de productos mínimos necesarios como jabón, azúcar, sal, etcétera. Algunos grupos trabajan en la producción de miel, sin embargo presentan problemas similares en cuanto a la comercialización. Recientemente el Patronato Pro Educación Cacano, A.C., que participa en esta comunidad desde 1995, ha apoyado el trabajo de capacitación, organización y comercialización de productos.

En el pueblo había varias tiendas pequeñas, las cuales han aumentado en los últimos años hasta 10 aproximadamente, la mayoría pertenecen a los indígenas y se encuentran ubicadas a lo largo de la calle principal. Venden productos básicos como arroz, sal, azúcar, velas, lámparas, lápices, cuadernos, etcétera, existen cuatro o cinco puestos que venden verdura y fruta. La apertura de caminos ha introducido cambios culturales y ha favorecido la llegada de productos de escaso valor nutritivo

como refrescos, alimentos envasados etcétera, con el consecuente cambio paulatino en los valores alimenticios, principalmente en la edad escolar. Principalmente los ladinos realizaban la venta clandestina de alcohol, con repercusiones sociales y económicas para los indígenas, pero actualmente la comunidad se ha organizado para controlar tanto el ingreso como la venta del alcohol. Algunas personas, sobre todo los jóvenes compran alcohol en las poblaciones cercanas.

2.5 El valor de la tierra

La tierra tiene un valor fundamental y forma parte central de la cosmovisión mayense, ya que es un elemento alrededor del cual se mantiene la vida comunitaria. A la "Madre Tierra" se le identifica como fuente de vida, por lo tanto hay que cuidarla y respetarla. Lenkersdorf retoma este sentir: "es Nuestra Madre, la cual nos dará seguridad si la cuidamos" (Lenkersdorf, 1996: 112).

Uno de los reclamos constantes de los indígenas ha sido la falta de tierra que se generó después de la conquista, esto ha sido motivo de desplazamientos y de lucha para buscar mejores condiciones de vida. De acuerdo a García de León, el reparto agrario llegó muy tarde a Chiapas y las mejores tierras no fueron para los indígenas. En lo que respecta a Guaquitepec, fueron distribuidas inicialmente de 8 a 15 hectáreas por familia a algunos indígenas (ejidatarios), sin embargo, han ido perdiendo hasta poseer en la actualidad una o dos hectáreas para cinco o seis hijos. De esta manera, el reparto de tierras no solucionó el problema de los indígenas. Por eso recuperar la tierra también ha sido motivo de una larga búsqueda, ya sea por diversas formas de movilización o de resistencia.

El despojo de tierras realizado durante la colonia y posteriormente por los finqueros, quienes acapararon las mejores tierras, asociado a los malos tratos a los que fueron sometidos los indígenas y el trabajo forzado como peones acasillados, fueron algunos

de los factores que en los años sesenta y setenta, originaron la emigración masiva de distintas comunidades a tierras nacionales ubicadas en la región lacandona.

De acuerdo con lo narrado por los pobladores de Guaquitepec, alrededor de 30 a 40 familias de la comunidad y un número no precisado de otras comunidades, iniciaron el camino a la selva en búsqueda de tierra, de mejores condiciones y para estar lejos de los explotadores. Tani Perla, San Quintín, Nuevo Centro Palestino fueron algunas de las comunidades fundadas por estos grupos.

En los años sesenta, debido al despojo de sus tierras por los finqueros, en complicidad con las autoridades agrarias, comenzó la migración masiva de las comunidades tzeltales de Ocosingo, Bachajón, Sitalá, *Guaquitepec*, Chilón, Yajalón, Pantheló y Simojovel. Al poco tiempo se habían formado más de 200 ejidos o colonias. El movimiento se intensificó cuando los terratenientes decidieron convertir sus fincas cafetaleras en haciendas ganaderas [...] la solución para el finquero, para el Departamento Agrario y para el "progreso de México" fue abrir la selva a esos grupos (Fazio, 1994: 102).

El INI fue responsable de organizar programas para impulsar estos desplazamientos a tierras nacionales, aludiendo a la existencia de excedente de población en estas regiones lo cual impedía su desarrollo. Grandes yacimientos de petróleo se encuentran en las tierras ocupadas por estos nuevos pobladores, además de ser una zona importante de reserva biogenética y presentar una gran variedad de ecosistemas.

Las familias que permanecieron en Guaquitepec continuaron su demanda organizada por la tierra. Representantes nombrados por la comunidad recorrieron, desde los años setenta, diversas instancias gubernamentales, en Ocosingo, San Cristóbal, Tuxtla hasta en el Distrito Federal, con la promesa de obtener un pedazo de tierra. Sabían que la tierra les pertenecía pues contaban con documentos originales correspondientes a títulos de propiedad otorgados en los años de 1751 y 1853. En el primero se probaba que ellos eran los dueños verdaderos, al habitar sólo indígenas en el poblado al momento de expedir el documento.

La respuesta oficial dada a la solicitud de restitución de tierra, durante más de veinte años, fue siempre negativa, haciendo caso omiso de los expedientes descritos, por lo cual no procedió la solicitud de petición de ampliación y restitución. Fue hasta 1993 cuando un grupo de indígenas compró alrededor de ochenta hectáreas con un préstamo otorgado por una instancia no gubernamental, reorganizaron el trabajo colectivo de la tierra y se constituyeron en la primera Sociedad Rural de la comunidad. Un año después, la compra y recuperación de tierras se vieron favorecidas por el levantamiento zapatista de 1994, las palabras de un indígena así lo confirman: "allí donde tocamos un poquito de tierra, allí donde vivimos un poquito mejor". Surgieron así en Guaquitepec las sociedades rurales, formadas por grupos de indígenas con un sentido de propiedad colectiva de la tierra, "tierra comunal", y organizadas alrededor del trabajo colectivo. La recuperación de la tierra condujo a reafirmar nuevamente el valor y sentido colectivo del trabajo. La posesión de tierra también ha sido motivo de conflictos internos y en ocasiones de divisiones promovidas por intereses externos.

2.6 Organización comunitaria

Una característica propia de la cultura es la forma particular de organizarse, de decidir y de actuar, lo cual responde a una manera de ver y entender la realidad, es decir a una cosmovisión. En Guaquitepec, el sentido comunitario de la tierra también se proyecta en sus formas de organización y de participación en donde la palabra es importante.

La comunidad se reúne, manifiesta y toma acuerdos en la asamblea, órgano máximo de decisión. Las autoridades son nombradas por todos los allí reunidos y tienen como función realizar lo allí acordado, así me lo manifestó una autoridad: "La asamblea manda lo que vamos a hacer". La asignación de cargos, más que una cuota de poder, es vista como la prestación de un servicio a la comunidad. La comunidad

debe, de esta manera, un poder que se aleja de los esquemas verticales institucionales.

Entonces, a lo largo de la historia, se han querido imponer otras formas y procedimientos de elección y toma de decisiones, desde afuera, con el fin de tener un control de la población. Las autoridades civiles de Guaquitepec, hasta los años sesenta, eran ladinas. La decisión de la comunidad para nombrar a sus autoridades de acuerdo a sus costumbres, se muestra en el siguiente relato hecho por un principal

Llegó el tiempo de cambio de agente en enero, don G. no quiso, don V tampoco (ladinos); se reunieron los ancianos, pensamos, es mejor un agente tzeltal, hablaron los ancianos con los ladinos. Nombramos a un agente campesino M. Él organizó el pueblo, ser agente es un servicio y si hay trabajo común a todos pedimos cooperación, como cortar madera, etc. El caxlán (ladino) también tenía que cooperar. Ellos se organizaron, hicieron un oficio y fueron a Chilón y dijeron: "Señor presidente, nosotros sufrimos, mira, porque los campesinos y el agente nos exigen trabajar, pero somos ladinos. Por eso traemos el nombramiento de J.A. para agente. El presidente apoyó la petición.

Regresaron a Guaquitepec y dijeron que ya había otro agente. El pueblo se juntó e informó que el agente tzeltal ya no valía. El pueblo junto fueron con el presidente municipal y dijeron que aquí el agente manda. Diez principales fueron a Chilón con el señor presidente y dijeron "Hay agente de nosotros", pero dijo el presidente —ustedes no saben castilla, no saben hacer acta, oficio, cargo- No importa, poco a poco caminamos, pero tiene que ser nuestro agente, no el tuyo, señor presidente. El acuerdo es nuestro.

Los caxlanes se fueron a San Cristóbal de las Casas, Palenque, Ocosingo. Pero como vendieron trago otra vez, hay depósito y no queremos, llegamos al acuerdo: no queremos trago. Así se fue el caxlan, pero a base de acuerdo y organización de los pueblos. Ahora el pueblo es muy fuerte, porque es uno el pueblo, porque hay organización. (Relato de un principal de Guaquitepec).

La voluntad de la comunidad indígena fue la de ratificar el nombramiento de sus autoridades, por lo tanto se puede hablar del poder social ejercido por la participación de todos los miembros y la existencia de una conciencia colectiva puesta en práctica en una acción común.

La estrategia gubernamental actual, enfocada a destruir los valores comunitarios y el tejido social, ha incidido en esta manera de ser y de actuar de los indígenas de Guaquitepec, con la consecuente división de la comunidad para nombrar agente municipal.

2.7 Las fiestas religiosas comunitarias

Las fiestas cívico-religiosas comunitarias¹⁸ constituyen un aspecto fundamental de la vida de los indígenas. La comunidad cobra sentido en las fiestas, en ellas viven y transmiten sus valores, costumbres, creencias, a partir de un enfoque común, reafirmando el sentido de pertenencia e identidad. Para realizarlas requieren del esfuerzo común tanto de los encargados de hacer y organizar la fiesta como de los miembros de la comunidad. Los días previos son dedicados exclusivamente a preparar los alimentos y desarrollar las actividades que comprenden la fiesta, para ello se necesita la participación de la comunidad. Es interesante hacer notar que cada fiesta se celebra durante 4 o 6 días, en los cuales la comunidad asiste a los actos más importantes, así como a los actos del día principal.

Las principales fiestas que celebran durante el año son:

Fiesta de San Juan. El 24 de junio.

Fiesta de Santa Ana, el 26 de julio.

Fiesta de la Virgen de la Natividad, el 8 de septiembre. Es la fiesta más importante de todas: "Es nuestra patrona".¹⁹

Realizan además otras fiestas que denotan menor influencia de la Iglesia católica y

se realizan en lugares considerados importantes :

Celebración en los lugares sagrados: sitio donde brota el agua: Palech'en.

"Así lo hacían nuestros antepasados".

Fiesta de la milpa. "Se van todos y siembran una cruz, hay música, cohetes".

"Piden para que no moleste la milpa, para que no venga el gusano, el viento, hablamos a la Santa Madre Tierra. Es costumbre, no podemos dejarla".

Celebración para que no haya enfermedades

¹⁸ Mi intención no es hacer una descripción detallada acerca del desarrollo de las fiestas, estos ya ampliamente abordados por Maurer, sino resaltar aquellos elementos que ayuden al análisis del quehacer participativo comunitario.

¹⁹ Las frases entrecomilladas que a continuación se presentan corresponden a explicaciones y narraciones hechas por un tzeltal de la localidad.

Realizan las fiestas principalmente para dar gracias y hacer peticiones. "Porque la vida es la vida indígena cuxlejal²⁰ como lo mencionó un tzeltal de la comunidad. Porque allí vivimos de todo, tenemos que hacer fiesta, allí respetamos nuestro Padre Dios, dar nuestra velita, no hay otra cosa de regalar a nuestro Padre Dios. Allí va a quemar nuestro dinero, si tenemos dinero para comprar, quemamos la vela y allí se acaba. No hay otra manera de dar gracias". Es pues una forma de dar gracias y de distribuir bienes con un sentido comunitario y de distribuir el poder.

Los son los momentos del proceso de desarrollo de la fiesta que merecen especial atención, desde mi punto de vista, y que denotan el proceso participativo. El primero se refiere a la elección de los capitanes, el segundo es acerca de la distribución y participación de actividades. Para los propósitos del trabajo no es necesario abordar los aspectos relevantes del momento mismo de la fiesta.

En relación al primer punto, los capitanes son autoridades que representan a la comunidad y para su elección interviene el grupo de alcaldes y principales. "Cercano al momento de salir de los capitanes pasados, el grupo de alcaldes se reúne para organizar y pensar quiénes van a quedar".

Los alcaldes se reúnen con los principales, a quienes consultan y piden consejo y así juntos deciden las personas que van a ocupar el cargo durante un año. De esta manera la comunidad delega en estas autoridades la decisión de designarlos. Es importante resaltar que para la cultura tzeltal, así como la mayense, el sentido de complementariedad se manifiesta en la pareja, hombre-mujer, es por esta razón que sólo las personas casadas son elegidas para ocupar los cargos.

Los capitanes, cuatro para cada fiesta, se encargan de proporcionar los alimentos y aportar los gastos necesarios. Cuando una persona considera que puede ocupar el cargo tiene que esperar hasta ser elegida sin acudir a solicitarlo a las autoridades. Un

²⁰ La persona que me explicó el sentido de la fiesta se refirió a ésta como cuxlejal que en tzeltal significa la "vida". Es decir, la fiesta es la vida del indígena y cobra un sentido comunitario.

miembro de la comunidad me expresó su deseo de ser nombrado capitán para una de las fiestas, situación que finalmente no se dio, por lo cual tuvo que esperar para el siguiente año.

La participación en la fiesta es el segundo punto a considerar. Las fiestas requieren de un gran esfuerzo, dedicación y organización comunitaria. Cada una de las actividades a realizar tiene un significado. Para ello se requiere la aceptación y participación de un número importante de personas de la comunidad, las cuales son seleccionadas previamente para ocupar distintos cargos. Cada una se hace responsable de un trabajo específico y todas se ayudan.

El proceso de desarrollo de la fiesta representa un espacio de transmisión de valores culturales. Comprende el momento de entrega de cargos y aceptación de nuevos. El mismo entorno propicia que rindan "cuentas", de pedir perdón, de dar y recibir consejos, y al mismo tiempo es motivo de exigir compromiso a los entrantes capitanes. El ambiente festivo es el de compromiso y de servicio. Además, es una fiesta incluyente por su carácter abierto, ya que la gente puede asistir a los momentos más importantes.

La fiesta no tiene sentido sin la participación de la comunidad, además de que sería imposible realizarla. La distribución de los cargos, el cambio de los mismos que se realiza cada año y el número de participantes que implica la fiesta contribuyen a mantener la transmisión de sus costumbres, ya que involucra a la mayoría de las personas de la comunidad, tanto a capitanes como a sus familias. "Tienen que participar todos porque cada año cambian". El poder se distribuye, se comparte y se mantiene una visión común de los valores culturales. En este contexto se privilegia la fiesta y se pospone el trabajo del campo durante esos días.

Estos son sólo algunos aspectos generales de las fiestas, es importante resaltar que son expresión de una visión común en la que es fundamental el trabajo compartido.

2.8 La participación de organizaciones externas actuales

2.8.1 La participación de los jesuitas

Los jesuitas llegaron a Chiapas en 1958 y fundaron la Misión de Bachajón con centro en los pueblos de Bachajón y Chilón. Aunque no son originarios del lugar, han tenido permanencia desde su llegada. Desde entonces, el trabajo de la Misión se ha ido adecuando conforme a la época y las necesidades. De esta manera, al principio se caracterizó por constituir una estructura tradicional que se desenvolvía en una posición francamente asistencialista. En el ámbito religioso pretendía “cristianizar” al indígena, lo cual también significaba aplicar en este campo la propuesta de integración cultural, proclamada en la política indigenista (1958-1998 Misión de Bachajón. Folleto de trabajo).

Varios años después, la Misión transitó hacia el ejercicio de una práctica pastoral fundamentada en el marco del proceso de “inculturación”, orientada a promover y respetar los valores, costumbres y vida comunitaria indígena. La Misión, a su vez, comparte sus valores propios con el objetivo de que sean facilitadores para dinamizar los de los indígenas (Misión de Bachajón 1958-1998).

La reunión de la Conferencia Episcopal Latinoamericana de Medellín, Colombia, con el obispo de la diócesis de San Cristóbal de las Casas don Samuel Ruíz, como presidente, fue decisiva para marcar la orientación del trabajo pastoral, al considerar las causas estructurales de la pobreza. Se inició así, en la diócesis de San Cristóbal de las Casas, una “Pastoral de conjunto” caracterizada por la formación de catequistas, marcando el inicio de la Iglesia Autóctona y en la cual participaba la Misión.

En este contexto, el trabajo de la Misión se orientó alrededor del trabajo de la “Catequética global”²¹. El padre Ignacio Morales, S.J., mejor conocido como el “padre

²¹ Actividad de gran importancia en el proyecto de la Misión, comprende la formación de diáconos, prediáconos, catequistas, etc., para que lleven una formación doctrinal a sus

Nacho", ha desarrollado un intenso trabajo de formación de catequistas en esta misma línea, en la comunidad de Guaquitepec, a la cual asiste periódicamente desde 1964.

Este jesuita ha sido un actor importante por el acompañamiento que ha dado a la comunidad en el proceso pastoral y por ser una persona que ha llegado a inculturarse y a conocer las necesidades sociales de la comunidad, son valiosas sus reflexiones acerca de los procesos comunitarios al tomar en cuenta la visión del indígena. Él participó, desde el principio, en el proceso de organización de la salud y de construcción de la Casa de Salud, varios años antes de mi llegada a este lugar.

En los últimos años ha habido un incremento de sectas religiosas, las cuales se han extendido por todo el estado, ganando adeptos, Guaquitepec no ha sido la excepción. Estos grupos se oponen a la práctica de las fiestas comunitarias tradicionales y a la valorización de sus costumbres, con la consecuente pérdida y desprecio de sus raíces culturales e identidad.

2.8.2 El proceso educativo

El proceso educativo está estrechamente vinculado con la salud. Las comunidades indígenas, en este caso Guaquitepec, se han visto privadas, durante muchos años, de una educación escolarizada oficial y, cuando ésta llega presenta muchas deficiencias profesionales y culturales. Guaquitepec ha pugnado, a lo largo de la historia, por tener un espacio educativo.

Existía en la comunidad una escuela federal a la cual acudían sólo los hijos de mestizos. En 1974, los indígenas lograron que el INI abriera una escuela-albergue primaria. Años atrás los indígenas adultos habían contratado a un maestro para que les enseñara, quien recibía una aportación económica y alimentos por cooperación de

comunidades. Se utiliza un método adaptado a su cultura y modo de ser, se impulsa la Iglesia Autóctona (1958-1998 Misión de Bachajón. Cuaderno de Trabajo: anexos).

la propia comunidad, sin embargo fue convencido por los ladinos para que trabajara en la escuela primaria federal.

La comunidad ha cuestionado el modelo educativo y es consciente de su cultura, como lo demuestra la respuesta dada a las palabras del maestro del INI cuando se dirigió a los padres de familia y a los principales de la comunidad:

De ahora en adelante lo que se aprende se relacionará con la práctica. Los niños investigarán por sí mismos y aplicarán sus conocimientos. Comprobarán que lo que aprenden les sirve en la vida diaria. No habrá castigos físicos: la sanción será la aprobación de la comunidad, tendrán mucha libertad.

El más anciano contestó: todo lo que nos ha dicho es sabio. Es lo que acostumbraron nuestros antepasados. Es la manera como siguen aprendiendo nuestros hijos... (Latapi, 1975).

Hasta 1993 existían solamente dos escuelas primarias, la escuela albergue y la federal, a la primera asistían los niños indígenas, a la segunda los ladinos. La falta de oportunidad de los indígenas para realizar estudios de secundaria y preparatoria, la necesidad de una educación conforme a las necesidades de la comunidad que considerara su cultura y la búsqueda de una educación alternativa, originaron que en 1993 la comunidad se organizara e invitara a participar en el proceso educativo a actores sociales externos.

El Patronato Pro Educación Mexicano, A.C. abrió la primera escuela secundaria en 1995 con la participación organizada y seguimiento de la comunidad. En 1996, este organismo fundó el bachillerato Técnico en Educación Rural Bilingüe-Intercultural. Los servicios educativos se extienden actualmente a varias localidades.

CAPITULO V

1. EL PROCESO DE SALUD. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UNA UTOPIÁ

Algunas características teóricas ya señaladas se concretan en el modelo de participación en salud de la comunidad de Guaquitepec. El proceso de construcción del proyecto de atención de la salud y de formación de promotoras/es de salud, motivo de mi investigación, ha sido producto de la organización y esfuerzo de la comunidad y del cual me considero integrante por mi participación en él. La formación de promotoras/es adquiere una particular atención, sin dejar a un lado los conflictos que se viven en todo proceso participativo.

Este proceso tiene una participación distinta a la promovida oficialmente, ya que los actores principales son la comunidad y las promotoras/es. Mi experiencia se ubica dentro del proceso como un aprendizaje y un acompañamiento. Más que la descripción detallada de los diversos momentos del proceso mismo es más relevante centrarme en el surgimiento y afirmación del sujeto indígena, en su connotación colectiva, en cuanto constructor de la realidad en el campo de la salud.

Los pueblos indígenas se han caracterizado históricamente por el rezago social y una de sus consecuencias ha sido la presencia elevada de enfermedades infecciosas y la ausencia de instituciones oficiales de salud y, cuando las hay, su acción se ha reducido a lo mínimo necesario. En este contexto, inicialmente la Misión de Bachajón impulsó la formación de promotores de salud, las comunidades elegían para ese cargo a los catequistas por su preparación y porque sabían leer.

Para tal fin, la comunidad de Guaquitepec, con la orientación del padre Nacho, construyó la Casa de Salud en 1971 y nombró a un enfermero para atenderla. Sin embargo, la comunidad deseaba tener un médico. Llegué a la comunidad a hacer mi servicio social en 1975, en coordinación con el programa de Servicio Social de la

Secretaría de Salubridad, un año después de que la primera médica realizó su servicio social en este lugar, quien se ganó la aceptación de la comunidad por el trabajo que realizó.

Esta primera etapa de mi estancia en el lugar fue importante para mí, fue además el precedente para que regresara años más tarde. La principal actividad que desarrollé durante ese año de servicio fue atender a los enfermos, quienes llegaban también de las comunidades cercanas. Contaba con el apoyo de un enfermero tzeltal, nombrado por la comunidad, quien además era traductor.

La organización de la comunidad se hizo palpable, pues se responsabilizó de mi función y cooperaban para mi alimentación en especie: maíz, frijol, café y cuando ella siempre era acompañada por una persona. Nombraron un "Comité de Salud" encargado, entre otras cosas, de realizar asambleas con la comunidad, a la que se formaba acerca del trabajo y tomaban decisiones en conjunto. En ese periodo el INI Ocosingo nos dotaba de medicamentos del cuadro básico a cambio de una cuota que aportaba la comunidad. Otras instituciones, como el Programa de Desarrollo de los Altos de Chiapas (PRODESCH)²² apoyaban con escaso mobiliario y equipo médico para desarrollar otras actividades solicitadas por las mujeres, como máquinas de coser.

Después de mi primera estancia en Guaquitepec, un pasante más prestó su servicio social durante un año y posteriormente dos médicos estuvieron solo por un tiempo breve, desde entonces la Casa de Salud ha permanecido sin médico.

El enfermero continuó prestando servicio hasta 1980, fecha en que, debido a los conflictos que se presentaron con él, la comunidad decidió solicitarle su cambio a otro lugar y cerrar la Casa de Salud, la cual permaneció así ocho años aproximadamente. Durante todo este tiempo mantuve relación, desde México, con personas de la

²² Programa de Desarrollo de los Altos de Chiapas, auspiciado por la OMS y encargado de operar con recursos materiales y proyectos productivos a las comunidades indígenas.

comunidad que realizaban constantemente viajes a la ciudad de México para tramitar asuntos relacionados con la solicitud de tierra.

1.1 El reencuentro

En 1981 se iniciaron las actividades de salud en una Unidad Médica Rural del IMSS (UMR-IMSS) construida en un terreno de 720 m² que pertenecía a la Casa de Salud, pero fue donado por la comunidad para esa actividad. Sin embargo, el trabajo desarrollado por la UMR-IMSS originó, años después, que la comunidad replanteara la necesidad de reiniciar el trabajo de la Casa de Salud, ante su falta de identificación con esa institución debido a los constantes cambios del personal y al desconocimiento de su cultura. Esta situación generó, la inquietud en la comunidad de organizarse para retomar la atención de la salud.

En este contexto, regresé a la comunidad en 1990. En esa ocasión se me invitó a asistir a una asamblea en la cual se planteaba la necesidad de reorganizar el trabajo de la Casa de Salud y me solicitaron apoyo para conseguir medicamentos. Este hecho marcó una nueva etapa de la comunidad, caracterizada por la determinación de tener un espacio de salud con el cual se identificaran y pudieran tomar decisiones.

Dos acontecimientos definieron este momento: primero, la organización de la salud con el nombramiento del Comité de Salud y del "nuevo" enfermero tzeltal. El segundo acontecimiento consistió en la constitución de un grupo de promotoras para hacerse cargo de la organización de las mujeres en actividades de costura, que significó la apertura y reconocimiento de un espacio comunitario propio.

La comunidad construyó, con ayuda de financiamiento externo, un salón común para cursos y costura, así como una cocina comunitaria y posteriormente un horno para hacer pan. La participación colectiva de hombres y mujeres logró que se terminaran estas obras. Se obtuvieron además varias máquinas de coser.

Mi participación, en esta segunda etapa, fue en un principio predominantemente asistencialista y orientada a conseguir medicamentos alópatas. Los primeros años asistía alrededor de 4 o 5 veces al año y revisábamos aquellos temas de salud que se relacionaban con los problemas más frecuentes del lugar. Esta etapa me permitió conocer más a fondo los valores de su cultura y reconocer el valor de sus saberes en lo que respecta a salud, así como la necesidad de abordar sus problemas desde la perspectiva de su cultura, aportando al mismo tiempo otros conocimientos.

Desde fines de 1993 aproximadamente, un grupo de promotoras se interesó más por los aspectos de salud y se inició la participación de las mujeres en este campo, quienes también empezaron a asistir a la consulta que daba el enfermero a los pacientes de la comunidad, para irse familiarizando con la atención a la salud. Iniciamos una nueva etapa de formación de promotoras, haciendo énfasis en recuperar los saberes de la medicina autóctona. Además de los cursos que teníamos en la comunidad, recibían cursos de promotores regionales de salud, impartidos en Chilón.

Un momento de ruptura y de construcción lo marcó la renuncia del enfermero de la Casa de Salud por cuestiones familiares. Ruptura porque significó una crisis para el grupo y la comunidad porque esta última siempre se había identificado con el enfermero varón; de construcción para el grupo porque las promotoras nunca habían tenido la responsabilidad de atender "solitas" a los enfermos. Ellas iniciaron esta nueva etapa con el respaldo de la comunidad, aunque no se percibía al principio la misma confianza que tenía la comunidad con el enfermero. Mientras tanto, solicitaban mayor capacitación y apoyo de recursos materiales para avanzar en la formación.

La comunidad nombró también a promotores jóvenes varones, las promotoras operaron a un principio de complementariedad, "lo que no sabe uno lo completa el otro", lo cual responde a la manera particular de ver el mundo. El trabajo se reforzó con la llegada del Patronato Pro Educación Mexicano, A.C. Desde entonces se cuenta con el

apoyo de una organización alemana, privilegiándose el aspecto educativo y formativo mediante la capacitación. Se acordó dirigir las acciones hacia un proyecto compartido en el cual prevaleciera la interacción de las distintas áreas que conforman el proyecto. Las actividades de capacitación se intensificaron en los campos de salud y en el espacio de mujeres para incrementar su reflexión, organización y su creatividad en los campos de artesanía, telar, costura y panadería.

1.2 El proceso del grupo

El proceso del grupo se puede explicar a partir de dos grandes aspectos: el primero, la formación en su característica de capacitación y segundo el organizativo. En relación al primero, se ha privilegiado la capacitación en el campo de la salud en sesiones y talleres impartidos aproximadamente cada dos meses, como un elemento importante para que se apropien de conocimientos y recuperen sus saberes médicos originarios. La metodología utilizada es a partir de la reflexión sobre la problemática de la realidad y su repercusión en salud. Los cursos han tenido como eje la promoción de la salud y revisión de los problemas más frecuentes de salud-enfermedad, a partir de la experiencia de la realidad, considerando la dimensión social y posibilidades de solución a nivel individual, familiar y comunitario. En este proceso se pretende que sean los mismos promotores los que, a su vez, capaciten a los que ingresen posteriormente a las distintas áreas de salud.

Recuperar los valores culturales ha estado presente en el trabajo de formación de promotoras/es: se han impartido talleres sobre el uso de plantas medicinales y preparación de microdosis, cápsulas, pomadas, etc. Las promotoras/es elaboran sus propios medicamentos y recurren cada vez menos a la medicina alópata, recuperándose un aspecto de la medicina tradicional, no obstante la existencia de "farmacias" que promueven el consumo de medicamentos a un costo elevado.

El grupo de promotoras pasó por un proceso de definición de áreas. Después de recibir el curso de nutrición, todas las promotoras/es se organizaron para desarrollar un programa de nutrición, el cual comprendió pláticas, seguimiento de niños desnutridos, asesoría sobre alimentación, promoción y desarrollo de huertas familiares. Después de un trabajo conjunto de dos años, las promotoras decidieron escoger el área de trabajo que más les interesaba: unas permanecieron en el área de salud; otras eligieron costura y artesanía y un grupo más alimentación y pan. A diferencia del primer grupo donde todas saben escribir, las mujeres de los otros grupos en su mayoría no saben leer.

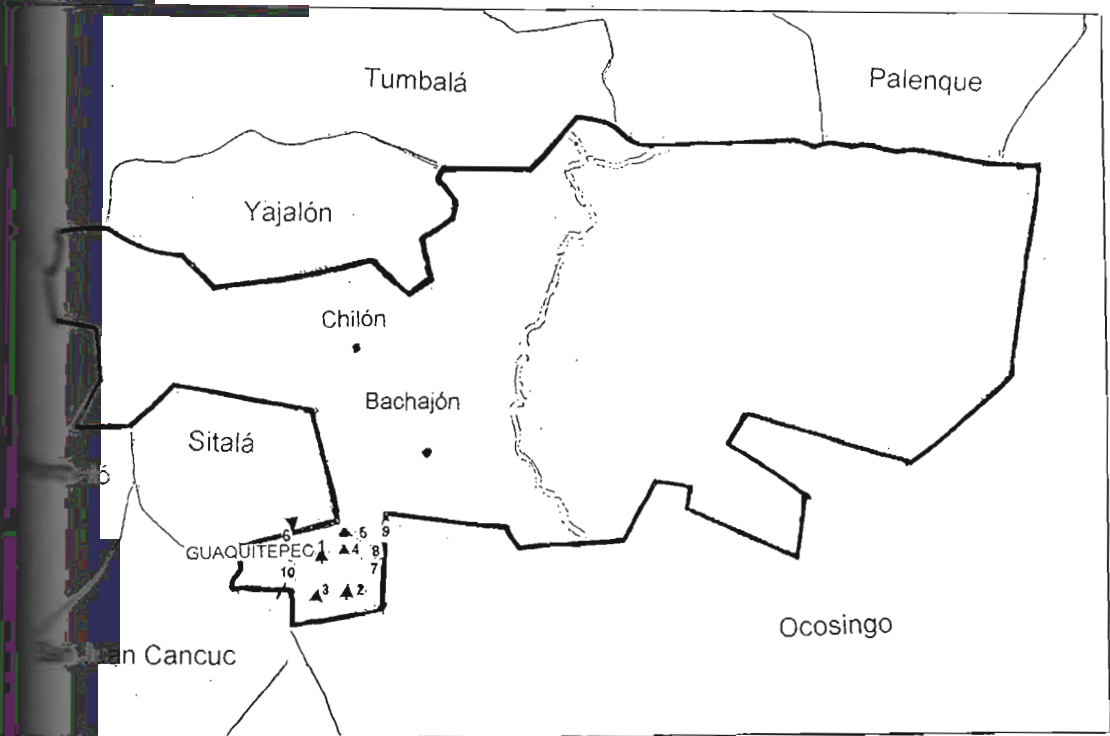
Se capacitó a un grupo de promotoras para alfabetizar utilizando el método de Freire de la palabra generadora. Las promotoras/es alfabetizaron a sus compañeras y a otras personas de la comunidad durante un año y actualmente se hace por medio de la escuela del bachillerato.

Cinco comunidades cercanas, San Antonio Bulujib, Santa Rosa, Lagunita, Pinabetal y San José de los Mangos han solicitado apoyo para la formación de promotoras; para ello, las personas elegidas por sus comunidades acuden a Guaquitepec a recibir los cursos y talleres en un solo equipo.

Se ha privilegiado impulsar la organización del grupo, reconociendo sus costumbres, lo cual ha favorecido su crecimiento. Las funciones dentro del grupo son asignadas por todos. A este respecto, como parte del proceso de formación, hemos abordado lo relacionado con la organización, considerando sus propios esquemas.

Las promotoras se han animado a viajar a San Cristóbal de las Casas, Tuxtla Gutiérrez para abastecerse de material y al hospital de Altamirano, sin desconocer los cuestionamientos culturales a los que están sujetas y que hechos por algunos miembros de la comunidad, pero además valoran también los alcances en cuanto a su reafirmación de ellas y ejercen su autonomía.

COMUNIDADES EN LA QUE EXISTEN PROMOTORAS/ES DE SALUD



Promotoras/es de salud

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| ▲ 1 Guaquitepec | 7 Mequejá |
| ▲ 2 Pinabetal | 8 Pathwits |
| ▲ 3 San José los Mangos | 9 Chuchteel |
| ▲ 4 Santa Rosa | |
| ▲ 5 Lagunita | 10 Santa Elisea |
| ▲ 6 San Antonio Bulujib | |

En los últimos años ha crecido el interés por los derechos humanos e indígenas y las inquietudes surgidas sobre estos temas en los talleres que se han impartido, han propiciado que se considere por qué la formación en derechos humanos es prioritaria para la formación de promotoras/es.

El grupo forma parte de la red de promotores de Chilón, Chiapas, dos de ellas son coordinadoras. Han establecido relación con otros grupos afines en San Cristóbal de las Casas, con quienes intercambian conocimientos y experiencias.

2. ORGANIZACION COMUNITARIA

2.1 Una experiencia de organización comunitaria

Consideré necesario profundizar, en una primera etapa del trabajo de campo, en algunos aspectos fundamentales de la práctica organizativa comunitaria, ya que es un reflejo de las formas culturales de participación que se practican en la comunidad, para poder así compararlas con las formas organizativas y participativas del proceso de salud e identificar sus similitudes y/o diferencias con el modelo de organización comunitaria.

Por esto, para obtener la información requerida, procedí a seleccionar personas relevantes, tomando en cuenta tanto las recomendaciones de los promotores de salud como el conocimiento que yo tenía acerca de esos personajes, quienes a su vez me sugirieron a otras autoridades con el fin de completar y contrastar los relatos.

La entrevista en profundidad se convirtió en el recurso técnico mediante el cual, poco a poco, fueron describiendo su proceso organizativo y participativo, en los aspectos generales, pero fundamentales para el desarrollo de la vida comunitaria. Concreté mi trabajo con un guión de entrevista que contenía los temas a tratar, les di flexibilidad en cuanto al orden al momento de la entrevista.

Cuatro personas fueron las que aportaron sus testimonios sobre la práctica organizativa como resultado de largas entrevistas; estas personas tenían las funciones de:

Principal

Agente Municipal

Ex Comisariado Ejidal

Lider comunitario

La recomendación para incluir a las personas mencionadas en esta fase se dio con base en su experiencia y por su capacidad para transmitirla. Los testimonios presentados formaron la base del referente histórico de la organización comunitaria que se maneja en la investigación.

Un promotor de salud me acompañó a hacer las entrevistas, y juntos nos desplazamos a cada casa; una vez que explicábamos el motivo de la visita nos invitaban a pasar a la casa, donde nos compartieron su experiencia.

Al realizar las entrevistas en profundidad no pretendí alcanzar una representación estadística, ya que mi interés se centró en entender el proceso y significado de la organización y participación comunitaria. Entrevisté a las personas seleccionadas con base en la estrategia de saturación (Valles, 1997: 214), al llegar el momento en el cual consideré que ya no encontraba datos adicionales para desarrollar propiedades de cada una de los indicadores

Para analizar las entrevistas en profundidad, primero agrupé el material en tres secciones, de acuerdo a los indicadores, para posteriormente interpretar y analizar cada una de estas secciones a la luz del marco teórico. La secuencia explicativa o argumental a través de la cual analicé e integré la clasificación temática fue el proceso de organización comunitaria y su forma de expresión tanto en la toma de decisiones para nombrar autoridades como para las decisiones de la vida cotidiana, por lo cual la definición temática comprendió las siguientes secciones:

Clasificación temática:

1. El modelo de organización comunitaria. Experiencia de organización.
2. Relaciones de poder autoridad-comunidad. Experiencias en el nombramiento de autoridades.
3. Experiencia comunitaria para la toma de decisiones. Forma de participación.

De esta manera se analizó la relación autoridad-comunidad, la distribución que se tiene del poder y los aspectos relevantes de la toma de decisiones e intereses que existen, así como la relación y dinamismo que se establece entre las personas.

2.1.1 Conformación del modelo organizativo

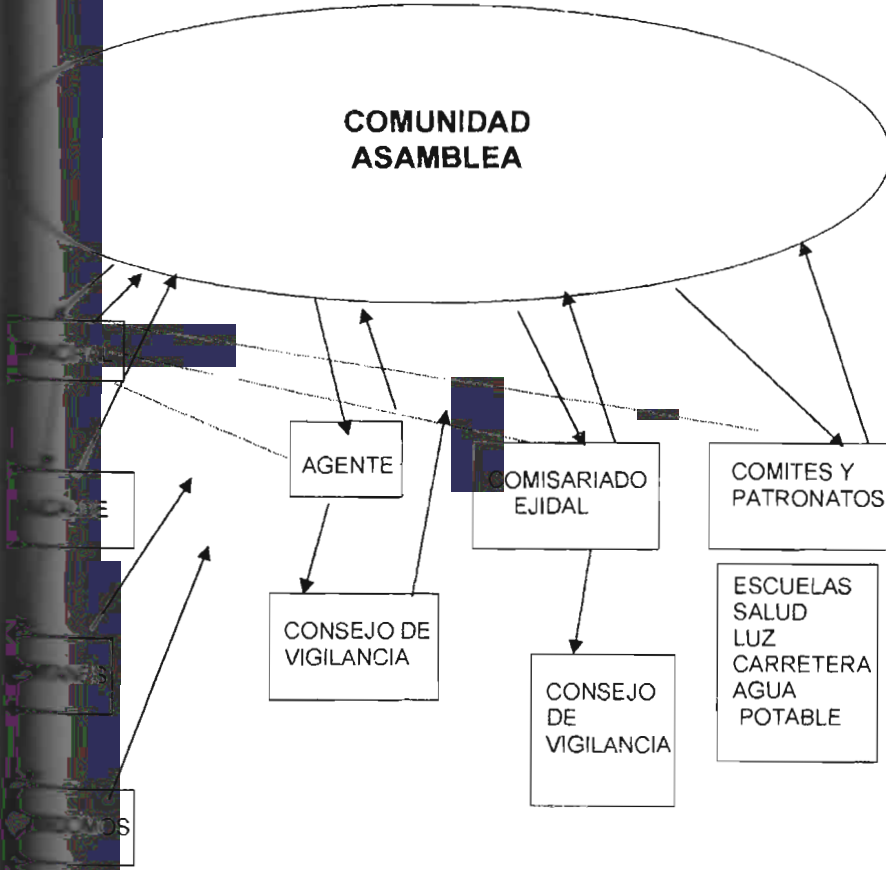
Las personas entrevistadas describieron ampliamente al conjunto de autoridades que componen su modelo comunitario y las funciones que desempeña cada una de ellas. Para conformar este esquema se requiere de la participación y apoyo de la comunidad, como lo describieron las autoridades.

En este modelo se da una bidireccionalidad entre las autoridades y la comunidad, lo cual se manifiesta, entre otras cosas, en el hecho de que es la comunidad la que confiere el encargo, en la obligación de estar informando permanentemente a la comunidad, así como en la revocabilidad del mandato recibido de la misma comunidad.

Se detalló así un modelo propio, en el cual interactúan las autoridades que aún se encuentran en funciones y la comunidad, teniendo ésta última un papel determinante en la elección de las nuevas autoridades. Hay que mencionar que es un modelo en el que concurren autoridades del ámbito civil y religioso. Se representa de manera esquemática el modelo descrito por los entrevistados:

Figura 2

MODELO DE ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DE LA COMUNIDAD DE GUAQUITEPEC



Cambio de autoridades: 31 de diciembre
No se incluyen los principales

Las autoridades con funciones religiosas están representadas en la línea de la izquierda y son los alcaldes, capitanes y mayordomos. Los Principales desarrollan funciones tanto civiles como religiosas. El resto de las autoridades tienen competencia únicamente en el ámbito civil. La composición de esta estructura organizativa contrasta con los esquemas de nuestra cultura occidental, ya que rompe con un esquema que se inicia a partir de una sola directriz, este modelo, en cambio, parte de una estructura amplia representada por la comunidad.

2.1.2 Funciones de autoridades que conforman el esquema organizativo

Existen funciones específicas para cada una de las autoridades que conforman el modelo organizativo y que describieron los entrevistados.

Principales (Trincipales)

Son personas que tienen el antecedente de haber ocupado todos los cargos que componen la estructura organizativa de la comunidad y han destacado por su capacidad para orientar a la comunidad. Su competencia abarca tanto el ámbito civil como el religioso. Sintetizan pues, la sabiduría, la experiencia y la transmisión de valores y costumbres; son consideradas personas de respeto y con disposición de servicio. "pasó por todos los cargos y por tanto ha recogido todos los saberes comunitarios y experiencia al servir al pueblo". Los entrevistados se refirieron a ellos como personas que forman parte de la misma comunidad: "son del pueblo, participan en las asambleas en donde dicen su palabra y dan consejos para arreglar los problemas, se reúnen también en las asambleas con el agente y comisariado".

El principal es una persona a la que "tenemos que respetar". De acuerdo a lo mencionado por los entrevistados éste es el único cargo que no es removible, es decir, una persona que llega a ser principal se le reconoce este cargo todo el tiempo que viva y a ellos se les consulta y se escuchan sus opiniones y consejos. Una de sus funciones es escoger a los alcaldes, esta elección la ponen a consideración en la

asamblea, la cual generalmente la ratifica. Esta selección la realizan con mucho cuidado, ya que es como "escoger los granos de las mazorcas, los mejores, para sembrarlos", dijo uno de los entrevistados.

En cuanto a las funciones específicas de esta autoridad, un entrevistado comentó:

El Principal es del pueblo, se une con el Agente y con el Comisariado para solucionar los problemas en Guaquitepec o en el ejido. Opina sobre las fiestas religiosas, para esto último se unen para trabajar, ya no con el agente, sino con los capitanes y alcaldes (Testimonio de una autoridad).

Alcaldes

Es un cargo religioso. Se reconocen por tener un bastón de mando en señal de autoridad, pero eso es sólo el distintivo externo. Son cuatro de Guaquitepec, se alternan cada año con la comunidad de Pinabetal.

De acuerdo con lo mencionado por los entrevistados, sus funciones más importantes son la de nombrar, junto con los principales, a los capitanes y citar a la gente, por ejemplo, cuando los ancianos hacen fiesta para el *tsijumal* (siembra de maíz en época de invierno), o para pedir por una buena siembra y cosecha; también pasan a las casas para pedir cooperación para las fiestas y para dar avisos. Anteriormente los alcaldes trabajaban también con el agente, sin embargo, se han modificado en los últimos años sus atribuciones, acordándose que trabajaran solo con los Principales en el ámbito religioso, actualmente regresan a su costumbre anterior.

A continuación los entrevistados especificaron estas funciones:

El cargo de los alcaldes es pedir cooperación para las fiestas de la comunidad, realizan rezos para que se dé la milpa y para pedir agua y salud. Trabajan con los Principales, citan a las personas por orden de los Principales, cuando se necesita dar cooperación, para ello se ponen de acuerdo con todos para ver de cuanto va a ser la cooperación. Piden cooperación para las fiestas religiosas de la comunidad, para la oración de la milpa dos veces al año y para pedir que no haya enfermedad. Otra función es la de buscar personas entre la comunidad para nombrar a los capitanes (Entrevista con autoridad).

Capitanes.

Pertenecen al ámbito religioso. "Son autoridad en cada una de las tres principales fiestas religiosas de la comunidad: Natividad, Santa Ana y San Juan". Son doce capitanes en total, tres para cada fiesta. La persona que es elegida para ser capitán es responsable de aportar todos los alimentos y gastos que se requieren para el desarrollo de la fiesta.

Mayordomos

Tienen funciones más específicas y son seleccionados por los principales y capitanes. Se encargan de ir a la iglesia en cada fiesta y cuidar las velas, ellos las reciben y se encargan de encenderlas y prender el incienso. Son ocho, cuatro hombres y cuatro mujeres. Uno de los entrevistados mencionó "si no están casados no pueden ocupar ningún cargo, de mayordomo, capitán, alcalde; el hombre que es nombrado siempre va junto con la mujer".

Existen otras autoridades cuya función se limita al ámbito político y/o social:

Agente Municipal

Tiene competencia civil ante el pueblo y los ejidatarios. Cuenta con un Consejo de Vigilancia, un secretario y tesorero y un suplente. Se encarga de "solucionar los conflictos por problemas de robo, alcoholismo, pleitos y de establecer la sanción en caso necesario". El Agente Municipal es nombrado en asamblea.²³

Alguaciles

Existen seis alguaciles mayores y seis policías, nombrados por el agente municipal. Se encargan de dejar el citatorio elaborado por el agente cuando hay problema y de

²³ Al momento de este estudio este modelo de organización se encontraba alterado por intereses externos, ya que la iniciativa de remunicipalización propuesta por el gobierno del estado contemplaba la posibilidad de que Guaquitepec se convirtiera en uno de los nuevos municipios, lo cual contribuyó a que la comunidad se dividiera entre la posición oficial y los que se oponían a la iniciativa. El resultado fue la división de la comunidad y formación de dos grupos en torno a partidos: los que simpatizaban con el PRD pertenecientes a la organización Yomblej y los del PRI, como consecuencia se nombraron dos agentes municipales a partir de Enero de 1999, uno con el reconocimiento de la comunidad y otro con el reconocimiento oficial, vinculado al PRI.

llevar a la agencia a las personas que han cometido alguna falta o que se requiera que declaren.

Comisariado Ejidal

Se dedica a arreglar los problemas del terreno o de la parcela. El trabajo lo desarrolla en conjunto con el Consejo de Vigilancia, presidente, secretario y tesorero.

En relación a las funciones del agente y del comisariado, expresaron:

La función del agente, así como la del comisariado, es arreglar cuando hay problemas en cada comunidad, como en el caso de robo o el de llegar a ofender a una persona: el comisariado soluciona o arregla cuando hay problemas del terreno o parcela. El comisariado va a ver el terreno donde hay problema y llegan a un acuerdo. Estas dos autoridades son las que llaman a toda la gente para ver como van a resolver un problema, cuando se presenta un problema grave en la comunidad. El Consejo de Vigilancia ve qué hace el comisariado ejidal y el agente, si no trabajan bien hacen una asamblea general y le llaman la atención o lo cambian (Entrevista con autoridades).

Comités

Son nombrados para fortalecer el funcionamiento de los diversos servicios que requiere la comunidad, por ejemplo, salud, educación, carretera, luz, agua. La creación de comités, por tanto, está en función de las necesidades que se presenten.

Como se podrá ver, hay un conjunto de características generales de esta composición de las autoridades, y que como lo ilustraron las entrevistas, se trata de un modelo organizativo compuesto por personas pertenecientes a la misma comunidad. Hay que resaltar la interacción de funciones, conservándose al mismo tiempo la función específica de cada uno de los sujetos. Es decir, existen autoridades que cubren distintos ámbitos del quehacer comunitario —aspectos sociales, políticos y religiosos— manteniendo a la vez su capacidad de decisión, como en el caso de los principales.

Se observa también que la distribución de los cargos abarca todos los aspectos de la vida comunitaria, se extiende como un abanico, el cual se abre para estar presente en los distintos escenarios de la comunidad, manteniendo a la vez una interrelación, la cual incluye también el campo de la salud, por medio del comité de salud. En las

entrevistas no se reconstruyeron a fondo las particularidades de cada una de las autoridades porque no es esa la intención de este estudio, pero se establece la relación que tiene la forma de organización y participación en el trabajo de salud con la estructura organizativa comunitaria. Por tanto, este esquema que se inicia con un gran círculo representa a la comunidad y expande su influencia a todos los actores sociales que tienen cargo, y de esta manera se rompe con los modelos de estructuras verticales.

Hay que advertir que este modelo organizativo incluye una característica de la cultura tzeltal, ya que se considera necesario vivir en pareja para poder ocupar un cargo, es decir, nadie puede ocupar un cargo si no es que el elegido esté asociado a un vínculo conyugal con una mujer, por tanto, se da una presencia real de las mujeres en el ejercicio de la autoridad. "Es la pareja quien asume el cargo, el hombre solo no puede, cada uno tiene su responsabilidad, la mujer reúne a las mujeres, juntos asumen el cargo".

Estos testimonios hablan de esa otra cultura, distinta y que desconocemos y que muchas veces queremos valorar desde nuestra manera de ser y que está manifestando ese sentido de complementariedad. Si bien desde nuestra cultura pareciera que este modelo es de corte patriarcal y que la mujer está excluida, en realidad no es así, ya que es la pareja la que asume el cargo y cada uno de los dos adquiere compromisos y responsabilidades diferentes sobre una misma designación. No fue el objetivo de este estudio detenerme en este aspecto, pero sin duda es motivo de análisis que podría convertirse en fuente de multiplicidad de fenómenos y de investigaciones.

2.2. Nombramiento de autoridades

2.2.1 Relación autoridad-comunidad

Interpreto a la comunidad como ese espacio vivo de interrelaciones, dinámico, en constante construcción de los sujetos, en el que confluyen formas organizativas y prácticas colectivas que históricamente se han ido construyendo, producto de una manera particular de entender el mundo y la realidad, todo lo cual les da sentido de pertenencia y de identidad colectiva. La comunidad es actor principal en el proceso de elección de sus autoridades, como lo manifestaron las cuatro personas entrevistadas, lo cual habla de la dimensión que adquiere la comunidad al decidir en colectivo. Esto implica necesariamente trascender el ámbito meramente individual para pensar y actuar en colectivo. El significado que dan a la relación autoridad-comunidad lo expresan en el siguiente párrafo:

Todo el pueblo nombra a las autoridades, también a los del Comité, cuando llega el tiempo de su cambio (autoridades en turno), después de haber cumplido el tiempo de servicio, pasan a citar a toda la gente del pueblo, o avisan en aparato (Testimonios de autoridades del lugar).

Estos testimonios ponen de manifiesto la existencia de un eje autoridad-comunidad bidireccional -como ya se mencionó- que se aleja de modelos verticales, y cabe señalar que fueron las mismas autoridades quienes se expresaron en este sentido. Si el poder de decisión para elegir a las autoridades lo tiene la comunidad, quiere decir que entonces se habla de un poder social. Se deduce, entonces, que existe una manera común de entender el sentido de autoridad, y manifiesta que realmente la soberanía reside en el pueblo-comunidad y no radica en la persona asignada, sino en la comunidad, que lo hace manifiesto a través de su capacidad para nombrar a las autoridades y en la capacidad para decidir las acciones que realizarán las autoridades. El significado y trascendencia que tiene el cargo puede ayudar a entender esta estructura horizontal y de distribución del poder. Resulta, pues, fundamental describir lo mencionado por uno de los actores.

El trabajo de las autoridades, de los que tienen cargo, es visto como un servicio y tienen la función de hacer cumplir los acuerdos" (Entrevista con autoridad).

En caso de incumplir los acuerdos, la comunidad remueve a la autoridad. Los cargos tienen una duración de un año, los cambios se realizan el 31 de diciembre de cada año, con excepción del Comisariado Ejidal que dura tres años y el Principal que mantiene su cargo mientras viva. En aquellos casos en que desempeñan un buen trabajo, en particular los miembros de los comités, la asamblea puede pedir que permanezcan un año más.

2.2.1 Criterios para el nombramiento de autoridades

La comunidad ha recibido una fuerte influencia externa de la cultura occidental, sobre todo en los últimos años a través de medios de comunicación, carretera, etcétera, pero a pesar de ello los entrevistados reflejaron la existencia de valores propios que continúan vigentes. Existen criterios con los cuales eligen a sus representantes y los entrevistados señalaron:

La gente busca a una persona que sea responsable, respetuosa, que quiera servir a su comunidad, que no tome, que sepa hablar y participar, si hay participación se puede platicar con la gente (Entrevista con autoridad).

Como ejemplo de lo anterior me tocó presenciar el último cambio de autoridades del Comité de Salud y pude atestiguar que el presidente saliente mostró una gran satisfacción al saber que se le había reconocido que cumplió muy bien su trabajo, como se lo manifestaron las personas que asistieron a la asamblea, lo cual demostró que es más importante la actitud de servicio, el reconocimiento al trabajo y el prestigio que por éste se adquiere, en vez de la remuneración económica que pudiera haber recibido.

El Principal presentó el testimonio de su designación:

Llegó el tiempo, hicieron fiesta en la iglesia, allí se juntaron los viejitos -qué le vamos a hacer, dijo don Nicolás, porque todos nosotros vamos a estar bajando ya, como poniendo más viejitos, siempre va a llegar el tiempo que ya no vamos a poder juntarnos con nuestros hermanos y Sebastián. ya pasó todo lo que es el servicio, entonces podemos dejarlo como Principal, porque con el tiempo que nos andemos ellos nos van a guiar (Testimonio de Principal de la comunidad).

El Principal previamente asume los cargos conforme la comunidad considera necesario, de esta manera adquiere experiencia y aprende los valores comunitarios al escalar todos los escaños de mayordomo, capitán, comisariado, comité, etcétera. Es así como la comunidad mantiene una continuidad de sus valores y costumbres.

Fue unánime la voz de los entrevistados en la insistencia de que la comunidad se organiza en asamblea. La asamblea es, pues, la instancia de decisión:

Para todo cambio de autoridad, la comunidad dice a quien va a dejar, toda la gente, hombres y mujeres llegamos a la asamblea y buscamos quien va a quedar como autoridad, todo el pueblo nombra a las autoridades. (Autoridad del lugar).

La máxima autoridad es la asamblea general. La máxima autoridad es el pueblo, es el que manda (Testimonio de autoridad).

La persona que ocupa un cargo tuvo que haber pasado por el cuestionamiento primero y después por la aprobación de las personas que asisten a la asamblea, así como el reconocimiento de su capacidad individual y de prestación de un servicio. Hay que entender que esta elección es un proceso y, en ocasiones, antes de llegar las personas a la asamblea ya han platicado y pensado acerca de quien puede ejercer mejor el cargo. Se trata de decisiones que, en muchas ocasiones, requieren de un tiempo largo de intercambio de opiniones.

Una vez en la asamblea, las autoridades pasadas empiezan a platicar y a preguntar quién quiere que sea designado, platicamos para ver quien es la persona que va a quedar. Participa toda la gente. Platicamos por grupitos y el que se encarga de hacer la asamblea pregunta qué pensamos. La autoridad dice a la gente que levante la mano si están de acuerdo, si no, la asamblea busca otro. Llegamos al acuerdo hasta que levantamos todos las manos, así se llega al acuerdo" (Testimonio de autoridad).

Durante el desarrollo de la asamblea las mujeres se ubican en un lado y los hombres en otro y discuten en pequeños grupos que forman espontáneamente. Si bien los hombres son los que más externan su opinión, al momento de la decisión todos y todas participan por igual, como se señaló en el capítulo I en relación al proceso de participación comunitaria indígena y los procedimientos colectivos. Las mujeres y los hombres dan su opinión por medio de una o dos personas por grupo, según sea su decisión.

Esta participación comunitaria, vista desde nuestra cultura occidental, pudiera entenderse como una forma de democracia real, en el sentido de que se da la participación de todos para tomar decisiones, sin que medie coacción. Una influencia de la cultura occidental a este modelo es que ahora para decidir levantan la mano.

Dos comentarios que se hicieron en las entrevistas son importantes porque manifiestan el punto de vista de las autoridades con respecto al significado de su propia autoridad y su relación con la asamblea comunitaria :

Quando manda la asamblea eso lo vamos a hacer y eso lo hacemos. No puede mandar sólo una autoridad, sino es la asamblea general quien manda (Testimonio de autoridad).

La comunidad nos tiene que calificar (a las autoridades), cómo somos, si llevamos bien el trabajo, en buen camino y así se respeta el tiempo del cargo (Testimonio de autoridad).

Esta forma de tomar decisiones, y el papel que adquiere la comunidad en cuanto sujeto, es a la que se refiere Roux al hablar de la reivindicación comunitaria en la toma de decisiones y en la definición de prioridades para tomar conciencia y lograr capacidad de discernimiento.

Las autoridades realizan asambleas para tratar asuntos concernientes a los distintos aspectos de la vida comunitaria, según sea el caso, por ejemplo salud, pero es notable que si bien la temática varía, el procedimiento para la planeación y toma de decisiones no se modifica.

A la asamblea convocan las autoridades respectivas, agente, comisariado, Comité de Salud, presidente de la iglesia, Comité de Agua, Educación, Carretera, etc. Según quien convoque a la junta habla primero para explicar cual asunto es el que se trata. Preguntan a la gente qué opinan. Hablan las pasadas autoridades y los Principales, los que saben sobre lo que habla la autoridad, después hablan todos, hombres y mujeres sobre el problema hasta que se llega al acuerdo. Se platica por grupos hasta llegar al acuerdo de todos, hombres y mujeres. Toda la gente participa (Autoridad entrevistada).

Existe la conciencia de que la asamblea es un espacio para manifestarse, dar su opinión, expresar su apoyo o reprobación y mostrar su capacidad de decisión. La importancia de participar en la asamblea se resume en la siguiente opinión:

Si uno va a la asamblea y no se muestra uno su manera de ser significa que yo no quiero que mi pueblo me vea la cara, yo tengo que presentarme y alguna cosa que se trata tenemos que ayudar, ese es el camino que hay que hacer (Testimonio de autoridad).

La necesidad de manifestarse es una exigencia comunitaria y forma parte de su cultura, por ser precisamente la forma en que se concreta esta capacidad para tomar decisiones en conjunto y llegar al acuerdo común lo que reconocen que les da fuerza para continuar con su proyecto comunitario:

Cuando hay acuerdo caminamos uno solo todos junax ya xbenotic y trabajamos juntos todos, uno solo junax ya xa'tejotic (Autoridades entrevistadas).

Resulta manifiesto que existe una manera común de entender las relaciones humanas, lo cual se expresa en la organización comunitaria y en la toma de decisiones, ya que las personas son partícipes de un proyecto común organizado, en el cual se reconocen que ellos son los actores y en el momento en que cambie esta manera de pensar, de ser y de actuar y asuman intereses individualistas dejarán de ser los dueños y constructores de su proyecto.

No se descarta, sin embargo, que se dé la participación de agentes externos con intereses ajenos a los comunitarios que incidan en esta estructura organizativa y en el mecanismo de toma de decisiones, lo cual puede debilitar su organización, como ha sucedido con los intereses partidistas.

En los últimos años los partidos, principalmente el PRI, han incidido en su organización comunitaria impulsando el desarrollo de intereses partidistas con un enfoque individualista. Uno de los efectos recientes, como se había comentado anteriormente, fue el nombramiento de dos gentes municipales; en otros casos también se ha notado esta división de la comunidad, como en las posiciones divergentes asumidas ante las escuelas, la salud y la carretera, provocada también por intereses ajenos, como los de los subsidios gubernamentales al campo (PROGRESA y PROCAMPO) como parte de la guerra de baja intensidad.

Para que la comunidad avance en su proceso se requiere, entonces, que se manifieste como asamblea y se diriman sus diferencias, con lo cual el poder social de la asamblea se vuelve acción. En este sentido la asamblea se convierte en autoridad con capacidad de autodeterminar sus autoridades y autodefinir sus funciones, elementos característicos de los procesos autónomos a los que hace referencia Zemelman al hablar de la capacidad de decisión colectiva y de organización. La participación de la comunidad cobra sentido en un modelo en el cual el pueblo se organiza.

3. FORMAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

3.1 Entrevista a sujetos de la comunidad

Las entrevistas a personas de la comunidad fueron fundamentales para explicar las formas de participación de la comunidad en cada una de las dos modalidades de atención a la salud que se tienen en Guaquitepec y así poder responder a una parte del problema planteado en esta investigación, se presenta ahora la visión de los entrevistados y no desde la reconstrucción racional hecha por mí sobre el proceso de salud.

Consideré dos criterios para seleccionar a los entrevistados: uno de heterogeneidad y otro de dispersión. El primero se tradujo en la elección de una persona por cada

familia visitada con el propósito de abarcar diferentes opiniones acerca de las acciones realizadas para tomar decisiones en salud. Tomé en cuenta diferentes edades y personas tanto del sexo masculino como femenino, para tratar de abrir al máximo las opiniones acerca de la experiencia tenida en el campo de la salud, sin pretender una heterogeneidad absoluta.

El segundo criterio -de dispersión- tuvo que ver con la selección de personas que, siendo de la misma comunidad, habitaran en una vivienda que se encontrara a una distancia cada vez más alejada de los espacios de salud. Para este criterio consideré los cuatro ejes cardinales.

Es evidente que mi objetivo no es representar el mayor número de casos, sino centrarme en entender el significado de la forma de participación y toma de decisiones de salud, en sus diferentes aspectos, en momentos diferentes y con distinta gente, sin pretender ser representativa, ni realizar procedimientos probabilísticos.

En cuanto al diseño muestral decidí no entrevistar a más de 45 personas, con base en el criterio de redundancia o saturación dado por la presentación de casos similares, lo cual marcó la pauta en mi trabajo de campo para establecer este número de entrevistados. La selección de estos criterios se presentan en el cuadro 1.

La secuencia argumental que seguí para integrar el resultado de las entrevistas fue a partir del análisis de lo que ha hecho la comunidad para tomar decisiones para resolver el problema de salud, en diferentes momentos históricos.

Basada en estos criterios realicé las entrevistas. Para entonces yo seguía asistiendo periódicamente a la comunidad para continuar con el trabajo de formación de promotores/as de salud, por lo que el entorno me era familiar y a las personas no les causaba extrañeza que llegara a sus casas acompañada de un promotor.

Las entrevistas las hicimos en las casas, lo cual tenía la ventaja de contar con mayor disponibilidad de tiempo de las personas en un ambiente más familiar. Las visitas las realizamos en cualquier momento del día, tanto en la mañana como en la tarde, con la

finalidad de entrevistar a mujeres que permanecían ese día en su casa y a los hombres o a otras mujeres que regresaban del trabajo en el campo.

3.1.1 Características generales de los sujetos entrevistados

Se realizaron 45 entrevistas a personas de 18 años en adelante, de esta manera se obtuvo la experiencia de las personas que vivieron el proceso de organización para la atención de la salud desde el principio y de aquellas que se incorporaron recientemente en situaciones distintas.

Consideré importante, además de la edad, conocer otras características de los entrevistados como su nivel de escolaridad, ya que si bien el rezago escolar no ha sido un impedimento para la organización y la acción, sí es una limitante para conducir más adecuadamente procesos como los de salud. De las personas entrevistadas, 31 eran analfabetas, principalmente las que tenían 30 años o más y sobre todo las mujeres, lo cual significa que los hombres han tenido mayor oportunidad de acceso y participación en el aspecto formativo. Menciono resultados numéricos sin que pretenda convertir esta parte de la investigación en cuantitativa, pero sí para establecer el *continuun* necesario, cuando así se requiera, entre lo cualitativo y cuantitativo.

Otra característica que tomé en cuenta fue el idioma, ya que éste es la puerta de entrada a la cultura, pues las expresiones lingüísticas están construidas conforme a la manera de entender su realidad; la expresión de una idea en español no deja de ser una traducción, pero que también esboza la manera como entienden la realidad. Treinta personas (66.67%) de las 45 hablaban solamente tzeltal.²⁴

²⁴ Una desventaja en este mundo globalizante al hablar sólo la lengua tzeltal es el establecimiento de relaciones sociales asimétricas en los ámbitos económico, político y social. Los medios de comunicación, el propio sistema educativo, el intercambio comercial, los trámites en oficinas gubernamentales, entre otros, han abierto la posibilidad para aprender el español, principalmente entre los jóvenes. Por otro lado, el uso de la lengua es un medio para continuar dando sentido a sus expresiones de organización, de toma de decisiones, conservar su identidad y su cultura, siendo importante que se tome en cuenta el valor que ésta tiene en

Nuevamente fue el grupo de hombres jóvenes el que más hablaban los dos idiomas, ya sea por haber tenido mayores oportunidades de asistir a la escuela o por haber ocupado cargos comunitarios, todo lo cual supone la necesidad de hablar español al desplazarse a otros lugares o a instancias gubernamentales.

3.2 Surgimiento del proyecto de salud

3.2.1 Casa de Salud

La crítica situación de salud que prevalecía en la comunidad desde hacía mucho tiempo originó que a mediados de los setenta la comunidad reflexionara sobre esa realidad. Todos los entrevistados tuvieron conocimiento de la problemática que existía antes de que se organizaran para decidir qué hacer ante esta situación tan difícil.

De acuerdo a los testimonios, en esa época morían muchas personas por problemas de diarrea y respiratorios, principalmente niños, esa situación no era nueva; en esa época no se tenía un registro oficial de las causas de enfermedad y de mortalidad y se carecía de servicio de atención médica tanto en la comunidad como en las poblaciones cercanas.

La situación llegó a tal extremo que, de acuerdo a los entrevistados, en un mes contaron hasta treinta muertes de niños. Las entrevistas realizadas ilustran ese momento:

“Había muchos enfermos, se morían dos o tres por semana, no había medicina”.

Otra persona acotó:

Muchos se morían de sarampión, diarrea, en una semana se murieron ciertamente veinte niños.

su cultura. La lengua, por tanto, no sólo es el medio para comunicarse sino es la puerta de entrada a la cultura que nos permite conocer sus costumbres y manera de percibir la realidad

Estos testimonios eran indicativos de que la comunidad sabía que muchos niños morían y del problema de salud-enfermedad.

El padre Nacho²⁵ venía también a los cursos y veía que muchos niños morían y los muertos pasaban por la iglesia*.

Fue un mes de febrero, vino el padre Nacho y en un mes contamos que murieron treinta niños y empezamos a platicar.

Dos aspectos se conjugaron, por un lado el problema que se presentaba de salud, y segundo, la necesidad que había de hacer consciente esta situación, es decir de hablarla, para tomar una decisión que llevara a una acción concreta. La participación del padre Nacho fue decisiva para reflexionar sobre la situación, reflexión que se realizó de acuerdo a sus costumbres.

Las entrevistas ilustraron la particular manera de abordar el problema:

Empezamos a platicar nos reunimos y echó la mano el padre Nacho. La gente de la comunidad quisimos la Casa de Salud, hicimos una junta, llegamos a un acuerdo porque queríamos tener medicina, no había medicina, no había doctor, no había ayuda.

En este mismo sentido se manifestaron los entrevistados:

Los hombres y mujeres, los ancianos y todos quisimos construir la Casa. Se juntó el pueblo, hicimos una junta para llegar a un acuerdo con el padre Nacho, todos participamos, porque queríamos tener medicina.

Estos primeros planteamientos condujeron a que la comunidad se decidiera a participar en la construcción de la Casa de Salud, ya fuera por medio de mano de obra, o con ayuda de material o con apoyo económico. Este hecho condujo a tener elementos para iniciar la construcción de su proyecto de salud ante la carencia de apoyo institucional. En esta etapa participaron tanto los hombres como las mujeres: ellas colaboraron acarreando arena y los hombres piedra. Estas acciones muestran que las mujeres participan también en las actividades con un sentido comunitario.

²⁵ Jesuita perteneciente a la Misión de Bachajón, fundada en 1958. Desde hace 36 años este jesuita ha acompañado y formado catequistas en la comunidad de Guatepec.

Lo anterior se complementó con el nombramiento posterior de un enfermero, a quien la comunidad apoyaba en su trabajo del campo para que dispusiera de tiempo para ver a los enfermos. Este enfermero también prestó su servicio durante el tiempo que yo estuve en Guaquitepec.

En estas entrevistas llama la atención que tanto los jóvenes como las personas de mayor edad conocían como inició el proyecto de salud, lo cual se deduce de la respuesta que fue común al mencionar que todos participaron. Las personas de mayor edad narraron su propia experiencia, abundando en su reflexión, a diferencia de los más jóvenes, quienes sabían de la situación por medio de sus padres.

Se trata de una forma de participación en la que se reproducen los procedimientos comunitarios para tomar decisiones, a través del consenso, y no obstante la presencia de una persona externa, conocedora de la situación, favoreció que se analizara la problemática existente para que ellos encontraran la respuesta. El hecho de que el padre Nacho viva en esa región y trabaje en Guaquitepec lo ha conducido a inculturarse de tal manera que asumió los procedimientos comunitarios para la toma de decisiones.

En síntesis, se fortalece el desarrollo de potencialidades de los sujetos de la comunidad debido a su participación en el proceso de salud, el cual se inició con la toma de conciencia comunitaria de la problemática de salud, que condujo a la decisión de hacer una acción común: construir una Casa de Salud para dar atención a los enfermos.

Los entrevistados mencionaron que la Casa de Salud permaneció abierta durante aproximadamente ocho años después de haber terminado su construcción en 1973. Durante este periodo, nombraron a un enfermero y los entrevistados mencionaron que realizamos el servicio social en diferentes tiempos otra doctora y yo, además de dos médicos.

Se ha señalado el papel que desempeñó este primer enfermero ya que formó parte del proceso de organización de la comunidad para abordar el problema de la salud y es el antecedente para el posterior surgimiento de promotoras/es. En 1982 se dio una ruptura del proceso debido a conflictos que se presentaron con el enfermero y la comunidad, lo cual obligó a modificar el rumbo de la acción y a cerrar la Casa de Salud.

Hubo problemas con L. y cerramos la Casa de Salud, lo quitó la comunidad porque no nos gustaba lo que hacía, entonces no había promotoras.

El comportamiento del enfermero fue cuestionado por la comunidad, la cual reunida en asamblea, tomó la decisión de suspenderlo y pedirle su cambio a un paraje cercano. La evolución posterior del proyecto demostró que el disenso surge en la comunidad cuando existen intereses personales que ponen en riesgo el trabajo comunitario, como se ejemplificó con el caso del enfermero y el cierre durante ocho años de la Casa de Salud.

Aplicando la categoría de construcción del sujeto comunitario se deduce que los resultados de los procesos no siempre son inmediatos y que se llegan a presentar retrocesos, fracturas, composiciones en las relaciones sociales, etcétera. En esta situación el enfermero perdió la identificación con el proyecto comunitario y la comunidad fue la que tomó la decisión sobre el mismo.

3.2.2 Unidad Médico Rural- Instituto Mexicano del Seguro Social (UMR-IMSS)

La segunda experiencia comunitaria en salud que se ha dado en Guaquitepec está representada por la clínica de UMR-IMSS, conocida por la comunidad hasta la actualidad como "IMSS-Coplamar", la cual se mencionó anteriormente que empezó a operar a finales de 1981, cuando aún permanecía cerrada la Casa de Salud. Es nombrada, hasta la actualidad, como IMSS-Coplamar.

El surgimiento de la UMR-IMSS, de acuerdo a lo referido, se dio con la participación del gobierno, como agente externo. A diferencia de lo expresado sobre la Casa de Salud, algunas de las personas entrevistadas no conocían todas las circunstancias que dieron origen al espacio del IMSS.

A este respecto los testimonios de las personas dan cuenta del inicio de la etapa del IMSS. Las expresiones de algunos de los entrevistados fueron: "Nadie solicitó la clínica"....

Este comentario señala que, a diferencia de lo referido en la Casa de Salud, desconocían los motivos por los cuales se implementó la Clínica, y muestra también que se excluyó a las personas de la planeación del proyecto.

A este mismo respecto, otras personas comentaron en forma contradictoria:

Algunos pidieron y solicitaron la clínica. En el INI estaba el difunto María Pérez, él vino a organizar y dijo que había un "programa", que no se va a pagar, solo "chaporrear".

La falta de servicios de salud en esa época me obliga a pensar que existía objetivamente la necesidad de dar respuesta a esa situación, sobre todo teniendo en cuenta que en esos momentos no se contaba con la atención de la Casa de Salud. No obstante la instalación de un proyecto como el de la UMR-IMSS en el que la comunidad no participó en las decisiones de conducción y planeación, y fueron agentes externos los que pretendieron organizarlos, generó desconfianza y rechazo ante la introducción de formas verticales en la toma de decisiones. La institución se reserva, pues, el papel directivo y el control, en un modelo de participación-subordinación a la que hace mención Benno de Keijzer.

Otras personas mencionaron:

Mandó el gobierno, por eso algunos no quisieron. La autoridad organizó, el doctor de Ocosingo habló, pero no muchos asistieron a la junta.

Otra persona completó:

Antes fuimos a México cuando el tiempo del presidente Luis Echeverría, allí solicitó un licenciado del PST, la orden vino de México y llegó al INI de Ocosingo.

Las autoridades que acudieron a la comunidad representaban a una instancia institucional y "venían a organizarlos", para ello contaron con el apoyo de algunas personas de la comunidad, y se empleó el recurso de la asamblea. Sin embargo, a pesar de utilizar un procedimiento comunitario, no se obtuvo la respuesta esperada de la mayoría de la gente. La asistencia de escasas 30 personas, descrito por algunos entrevistados, habla de la desconfianza que tuvieron las personas, quienes se manifestaron al no asistir a la reunión. Esto ocurre cuando se utiliza un método comunitario, pero para imponer objetivos externos planeados previamente.

Paralelamente, el procedimiento con el que se inició la UMR-IMSS rompió con los esquemas participativos comunitarios basados en la toma de decisiones, la institución se convierte en el espacio para marcar normas de participación y para poner normas internas de control, recordando la visión indigenista que postulaba que hay que organizar al indígena para integrarlo a los planes.

Esta posición se expresa en los relatos:

Se inició la clínica del IMSS cuando estaba cerrada la Casa de Salud, hubo una junta pero no fueron muchos.

Cuando cerraron la clínica hablamos con el gobierno, la gente no quería ayudar porque era del gobierno.

No hay que perder de vista que es obligación del gobierno atender las necesidades sociales de las poblaciones, principalmente de aquellas que han carecido de recursos durante años, "el gobierno debe proporcionar servicios de salud adecuados y los medios que les permitan organizar tales servicios" (OIT, 1996: 30), en la práctica esto es percibido como algo distante de la comunidad, al imponerles estructuras ajenas.

Conviene distinguir los dos diferentes escenarios para precisar las formas de participación, recordando que existía el mismo problema no resuelto de salud y la falta

de servicios cuando empezó cada uno de los proyectos. Las personas acudían entonces a sus formas tradicionales de curación con gente especializada, como los curanderos, además de recibir atención de las parteras como ha sido la costumbre; en otros casos se trasladaban a lugares como Ocosingo, Chilón, Altamirano, para recibir atención alópata, o compraban medicamento directamente en las farmacias.

Uno es el proyecto que surgió de la propuesta de la propia comunidad y fueron ellos quienes fueron construyendo su propio proyecto a partir de sus formas de organización y decisión, lo cual incluye avances y retrocesos. Con respecto al segundo proyecto, se mencionó que algunos hicieron la petición, pero ya estaba el plan y la acción trazada por la institución externa y así es como acudieron a la comunidad para llevarlo a cabo. El primer caso es el de una participación de consenso, el segundo es la forma de participación inducida, utilizando esquemas comunitarios, para incorporarlos a los programas. La forma de participación del primer modelo refleja la manera de proceder cuando las resoluciones se adoptan de acuerdo a sus procedimientos de tomas de decisiones.

3.3 Coexistencia de dos espacios de salud

La coexistencia de dos espacios de salud se presentó a partir de que la comunidad decidió abrir la Casa de Salud en 1983, tras ocho años de permanecer cerrada. Los entrevistados mencionaron que querían recuperar su espacio debido a que no les satisfacía la forma de atención de la UMR por los constantes cambios tenidos por el personal y la falta de identificación con la comunidad. La nueva propuesta fue abrir la Casa de Salud para “tener un lugar nuestro, para que aprendan los que tengan interés por la salud y también para que nos vean (atiendan)”, según uno de los entrevistados. A partir de esa decisión la comunidad cuenta, hasta la actualidad, con dos espacios de salud. El proceso desarrollado en cada espacio y las características

de organización y criterios de nombramiento de las autoridades fueron descritas por los entrevistados.

3.4 Nombramiento de autoridades de salud

3.4.1 El caso de los comités

Cada espacio cuenta con su propia organización y autoridades respectivas, existen por tanto dos comités de salud. Lo que se pudiera esperar es la existencia de un solo comité para todo lo relacionado con salud. Este hecho señala que la comunidad distingue perfectamente que hay diferencias entre los dos modelos, no obstante que el objetivo general sea el mismo: la atención a la salud. Cada unidad requiere, entonces, de un comité, ya que presentan particularidades y necesidades distintas, además de tener orígenes diferentes; cada espacio funciona "aparte, son diferentes", es la expresión mencionada por algunos entrevistados.

Cada comité está formado por un presidente, secretario y tesorero, y el tiempo de duración del cargo es de un año; los entrevistados hicieron énfasis en sus razones para nombrar al comité, según se trate de la Casa de Salud o de la UMR.

Casa de Salud. Criterios para el nombramiento del comité

Con respecto a la Casa de Salud, señalaron un criterio general y que es fundamental para la designación de los integrantes del Comité, en el cual coincidieron la mayoría de los entrevistados y puede ayudar a entender el tipo de participación que se espera de los nombrados:

Las personas que elegimos es para dar un servicio a la comunidad. El que quiere entrar tiene que prestar un servicio

A continuación, en este mismo sentido se manifestaron:

El cargo es un servicio a la comunidad. Porque es un servicio elegimos a quien es responsable para que cuide la Casa de Salud, queremos que vea la Casa de Salud y para que sea bueno con la gente.

Esta posición muestra el principal fundamento, el eje que predomina en todas las designaciones de autoridades, y que es aplicado también en el caso del comité de la Casa de Salud. Así se va desentrañando la manera particular de entender la participación.

Al respecto uno de los entrevistados acotó:

Mientras estamos vivos prestamos un servicio para el pueblo.

Estas frases muestran que se trata de una autoridad y de un cargo que se debe a la comunidad y aquella es nombrada para trabajar con la comunidad y para responderle a ella, reproduciéndose en lo local el modelo comunitario.

Esta posición con respecto al cargo manifiesta la manera como entienden el papel de las autoridades y ello conduce a establecer las funciones y la relación autoridad-comunidad en la Casa de Salud.

Elegimos al Comité para que la gente se reúna y planee lo que queremos, porque hay trabajo y enfermos.

Se trata de una relación autoridad-comunidad en la cual esta última es el actor principal para la toma de decisiones, la entrevista así lo demuestra "planear lo que queremos", no obstante, tener un comité significa que la comunidad, en asamblea, se puso de acuerdo para nombrarlo y aprobó continuar el trabajo de salud. Pero además el comité representa la "fuerza" de la asamblea, lo cual implica que al no ponerse de acuerdo puede venir la división:

Si no buscamos al Comité de la Casa de Salud, no funciona, si no hay Comité no podemos hacer nada, si hay Comité logramos lo que queremos.

Se requiere, pues, de la participación de todos, según mencionaron algunos de los entrevistados "el comité solo no puede", se trata de un vínculo que puede describirse como una mutua relación de apoyo entre la comunidad y el comité, una relación bidireccional y complementaria.

Otra faceta se refiere a otro papel que se le asigna al comité, que es el de cuidar que se lleve adelante el trabajo, de acuerdo a lo planeado en asamblea, para que responda a las necesidades.

En asamblea elegimos al que trabaje mejor, porque queremos que el Comité vea la Casa de Salud, porque hay trabajo.

Queremos que vean la Casa de Salud y si está bien el trabajo.

En suma, la comunidad participó para tener una organización propia en salud, conforme a sus costumbres y manera de entender la función de los cargos. El hecho de que las personas elijan libremente a sus autoridades de salud habla de sus formas autónomas de participación y de la capacidad para decidir sobre su organización. En este punto resalta la capacidad de la comunidad para decidir el tipo de comité que quieren sin que intervengan agentes externos como sería mi caso, ya que personas como yo y otras sí podemos estar presentes en el momento de la asamblea pero no tenemos derecho a opinar, y en el caso de no estar presentes en la asamblea se nos informan los resultados posteriormente. En este sentido habla Keijzer de la participación autogestiva y es a lo que hace referencia Rodríguez en cuanto a procedimientos organizativos basados en métodos colectivos que conducen a acciones comunes.

Desde otra perspectiva, esta acción comunitaria pone de manifiesto el abandono gubernamental de las políticas sociales, lo cual ha sido la constante en las comunidades indígenas, en menoscabo del derecho que se tiene a la salud. Desde esta posición de política económica de carácter neoliberal asumida por el gobierno, mientras más responsabilidades logre asumir la comunidad, menores gastos de atención tendrán las instituciones de salud, lo cual está en clara correspondencia con los dictados de esas políticas internacionales.

Por otra parte, ubicándome en otra perspectiva y tratando de entender y acercarme a su cultura, en ese momento del proceso de salud, la iniciativa comunitaria, conforme a sus costumbres, refuerza su ámbito propio y privado, mediante la puesta en práctica

de esquemas de valores profundamente arraigados, como es el del servicio y con la puesta en marcha de un espacio de organización común, recreando de esta manera su cultura y afirmándose en su identidad colectiva, como fue mencionado por Apel, al tomar la comunidad decisiones para organizarse.

UMR-IMSS Criterios para el nombramiento del comité

El procedimiento para nombrar al comité de Salud de la UMR-IMSS es similar al empleado en la Casa de Salud, es decir, por medio de la asamblea, sin embargo la diferencia está en los criterios por los cuales se nombra al comité de la clínica en relación con los utilizados para el comité de la Casa de Salud y que de alguna manera refleja lo delicado de contar con una institución que proyecta una forma de participación enfocada básicamente a "ver el cumplimiento del trabajo por parte del personal de salud", y no tanto a la prestación del servicio con el enfoque tradicional de la cultura comunitaria. Sin embargo, una de las preocupaciones de la comunidad es mantener una vigilancia permanente de lo que está aconteciendo.

Queremos que el Comité vea la clínica, vea al doctor y al enfermero para que trabajen bien, si no trabajan bien comunicamos en todo a la asamblea.

Porque queremos que vea el trabajo del doctor y del enfermero para que funcione bien la clínica, algunos doctores no cumplen con su trabajo.

Estas frases establecen un tono diferente de los criterios propuestos para el comité de la Casa de Salud, al apreciarse que los entrevistados demandaron, por medio del comité, un buen servicio y atención del personal de la clínica.

Se observó que en ambos proyectos prevalece el mismo punto de partida para nombrar al comité, pero en todo caso, o como contraparte, las personas nombradas como autoridad en la asamblea tienen que responder a la comunidad y prestar su servicio durante ese año; este criterio, pero con modalidades diferentes, prevalece independientemente del tipo de designación de la que se trate.

Los criterios manifestados por los entrevistados dan cuenta de lo que consideran los motivos para la elección y reflejan que la comunidad reconoce como suyo el proyecto de la Casa de Salud, del cual la comunidad misma forma parte, y de esta manera decide, junto con el comité y personas de salud, los planes y las acciones. Esta posición de apropiación no se observa en el caso de la UMR-IMSS, al limitar su ámbito de competencia a la observancia del trabajo desarrollado por el personal.

3.4.2 Criterios para la designación de promotoras/es y enfermeros

También existen diferencias relacionadas con la manera como perciben los entrevistados el papel de las promotoras/es y enfermeros, su tipo de participación y lo que esperan de ellos. Conviene distinguir los criterios utilizados en cada uno de los campos para señalar los alcances y límites de la participación en cada proyecto.

La Casa de Salud está representada por el Comité de Salud, las promotoras/es y el enfermero, en quien recaía esta función hasta hace cuatro años; la característica común es que todos ellos/as son nombrados por la misma comunidad, incluido mi caso y el del Patronato en cuanto a la aceptación como agente externo que, aunque no formamos parte de la estructura, mantengo una presencia y reconocimiento en la formación del grupo. Existe, pues, una Casa de Salud conducida por los propios indígenas

Las opiniones que expresaron los entrevistados acerca de las promotoras/es de la Casa de Salud ayudan a distinguir esta situación.

Las nombramos porque queremos que ayuden a la comunidad y nos enseñen lo que saben.

En relación al nombramiento de las promotoras de la Casa de Salud el criterio a decir de los entrevistados, se orientó a la necesidad de participar en la solución del problema de salud mediante la atención a los enfermos y formación. Sus palabras se centraron en expresiones tales como que "nos ayuden", "nos enseñen", que, por su

contenido confieren un doble papel a las promotoras y promotores: ver por su comunidad y que a su vez transmitan a los demás aquello que les ayude a mejorar sus condiciones de vida y salud.

Resulta manifiesta la existencia de una participación que está más allá de proporcionar la atención a los enfermos, como se refleja en las siguientes afirmaciones:

Queremos que aprendan bien el trabajo de salud, para que nos enseñen y expliquen las enfermedades.

En este sentido se manifestaron otras personas:

Queremos que vean el trabajo y enseñen a las mujeres de la comunidad, que hagan el trabajo con respeto y que las mujeres entremos a participar.

La Casa de Salud ahora está trabajando y queremos que las promotoras/es se encarguen de organizar a sus compañeras y de planear el trabajo.

Se recogieron algunas expresiones acerca del interés que existe para que, además de las promotoras ya nombradas otras personas de la comunidad participen en salud; al respecto, algunas mujeres entrevistadas hicieron alusión personal a su interés por participar. Quiero entender que existen razones para querer proyectar el papel de las promotoras a su vez como formadoras, lo cual las ubica en una interacción con la comunidad que va más allá de lo meramente asistencial, las expresiones en este sentido dan a entender que la comunidad espera de ellas un compromiso y una reciprocidad, característica de la cultura. Las afirmaciones denotan también la aprobación de la comunidad, elemento necesario para desarrollar el trabajo.

Esta influencia y presencia del grupo, por tanto, no es ajena a la comunidad ya que en este modelo de participación y de autoorganización, es ésta quien valora el trabajo y hace propuestas, en tanto que las promotoras se deben a la comunidad a la cual sirven, ubicando su acción local en el contexto. A continuación otros testimonios que hablan del sentido de pertenencia:

Porque si nos enfermamos y no están nombradas las promotoras, no sabemos a dónde ir, si las nombramos entonces sabemos a dónde ir, vamos directamente allí y platicamos con las promotoras.

Las palabras que expresaron algunos de los entrevistados reflejan el interés por mantener el servicio de las promotoras, al hacer alusión a la carencia de otro lugar para atención, aunque se sabe que existe simultáneamente la UMR-IMSS, lo cual indica una identificación con la Casa de Salud, resaltando el papel que se les confiere a las promotoras/es para incidir en la toma de decisiones comunitarias.

UMR-IMSS. Si bien la comunidad no designa directamente al personal de salud de la clínica, sí participa en la definición de criterios y en el seguimiento de los mismos, estableciendo normas de funcionamiento no escritas. Como criterios relativos a las personas que trabajan en la Clínica, se hicieron las siguientes afirmaciones:

Porque si nos enfermamos que vea a los enfermos y dé medicina. Tiene que ser responsable.

La voz de demanda y de exigencia se expresó en los siguientes testimonios:

Para que dé medicina, a veces no trabaja bien y no da medicina, si no da medicina y no atiende bien la gente no lo quiere.

Las personas que no pertenecen a la comunidad son nombradas por medio de mecanismos externos a los procedimientos comunitarios, sin embargo están sujetos a la crítica de la comunidad y a ser cuestionados cuando así lo considere.

Un ejemplo de la participación de la comunidad en relación a la aplicación de sus criterios se presenta en el siguiente testimonio:

Para que dé medicina, a veces no da bien la medicina y no nos sirve, queremos que trabaje bien, algunos no nos hacen caso, la comunidad no quiere a los que no trabajan bien. Si no trabaja bien la gente lo saca, una enfermera no trabajaba bien y se burlaba de la gente, la comunidad la sacó.

La comunidad asigna una función concreta al personal de salud de la UMR-IMSS: atender a la población; dar consulta a los enfermos que así lo soliciten y proporcionar el medicamento necesario correspondiente a su problema. Esta postura se convierte en una exigencia básica y constituye una forma de control comunitario sobre el

funcionamiento y desempeño del personal de salud de la institución. El nombramiento del comité coadyuva a mantener también una forma de control sobre las personas que designa la institución a la cual exige, cuestiona, negocia su presencia o rechaza, sin que ello signifique que se les dé la oportunidad a los miembros de la comunidad para tomar decisiones en la planeación y organización del trabajo y sin embargo sí se les incluya para realizar acciones colaterales.

Desde esta perspectiva, la comunidad se centra en el cuidado del desempeño de las personas de salud de la UMR-IMSS, quienes llegan para realizar los programas definidos externamente. Se excluye en estos criterios una proyección del trabajo de salud que implique una interacción comunitaria principalmente en el campo formativo y preventivo, en tanto que los criterios establecidos para las promotoras de salud se refieren precisamente al interés de compartir sus conocimientos con la comunidad.

3.5 La asamblea como forma de decisión

3.5.1 Motivos de asistencia y formas de participación en las asambleas de salud

La asamblea es el mecanismo mediante el cual la comunidad toma decisiones en todo lo concerniente a la vida comunitaria como es en este caso la salud. En cada uno de los espacios de salud se realizan asambleas por separado, y si bien el mecanismo utilizado es el mismo, se marcan diferencias sustantivas entre las formas de participación y los asuntos que deciden, según se desprende de lo expresado en las entrevistas.

Las personas refirieron haber asistido a las asambleas de salud convocadas en los dos espacios, sin embargo, últimamente se ha dado una selección para asistir a uno u otro lugar como consecuencia del uso de prácticas participativas distintas a las comunitarias y que ponen en juego intereses individuales y partidistas.

Las personas que asisten a la Casa de Salud describieron que el procedimiento de participación en la asamblea consiste en discutir en pequeños grupos de las asistentes, lo cual genera una "palabra grupal", ya después de agotar la discusión del tema, algunas personas expresan los comentarios u opiniones comunes. Otra forma que se practica es cuando la persona dice directamente su manera de pensar a los convocados, y también es así como todas las opiniones son escuchadas.

Habla el Comité, los principales, nosotros también, hombres y mujeres participamos en la asamblea. Nosotros escuchamos y hablamos y según lo que dice la mayoría, para estar de acuerdo. Entre nosotros hablamos, nosotros opinamos y luego uno participa, es importante que hablen hombres y mujeres. En la asamblea llegamos al acuerdo de todos junax (uno todos).

De las personas entrevistadas, 15 manifestaron hablar directamente en la asamblea una vez comentado el tema, las demás mencionaron que discutían en pequeños grupos. Durante el desarrollo de la asamblea se observa la colocación de las mujeres y de los hombres igual que en las asambleas comunitarias. Se practica el ejercicio de una democracia distinta a la que se ejerce muchas veces por las instituciones para legitimar acciones relacionadas con sus intereses.

En el caso de las asambleas realizadas por la UMR-IMSS se encontró una modalidad diferente, pues ocho personas manifestaron que asistían a las reuniones, pero sin participar con su palabra, ya sea en las discusiones grupales o directamente, lo cual puede estar en relación con la introducción de nuevas formas culturales de desarrollo de la asamblea por el personal de salud externo y se convierten en elementos que obstaculizan el desarrollo de las costumbres participativas.

Las personas asisten a las asambleas de la Casa de Salud motivadas por diversos intereses, según lo manifestaron:

Voy a las juntas porque escucho y opino acerca de lo que informan y lo que se va a arreglar. Voy para saber sobre el trabajo y ponernos de acuerdo.

Vamos para arreglar las cosas del trabajo, para planear las actividades y para llegar al acuerdo, igual que en las juntas de la comunidad, porque se llega a un solo acuerdo.

En estas asambleas, por lo que se ve, se da la siguiente secuencia: primero conocer las necesidades y tomar conciencia, aprobar el trabajo realizado y planear de acuerdo a necesidades, se da también el cuestionamiento y maneras posibles de solución. Un aspecto importante lo constituye la evaluación del trabajo mismo por las personas de la comunidad, según puedo atestiguar, ya que me ha tocado presenciar en las juntas cómo las promotoras piden opiniones sobre su propio desempeño.

Algunas personas resaltaron la particular importancia de las mujeres en el espacio de la Casa de Salud, estas asambleas se caracterizan por la asistencia tanto de mujeres como de hombres, mientras que a las asambleas convocadas por los comités de la luz, carretera y educación asisten principalmente los hombres.

De esta manera se expresaron algunas personas entrevistadas:

Es importante que hablen las mujeres para que así tenga fuerza la asamblea.

Los comentarios de algunas mujeres en este sentido fueron:

Voy porque es importante que hablemos las mujeres. Las mujeres sabemos lo que los hombres no saben.

Vamos para opinar juntas qué queremos.

Es interesante la asociación que hicieron algunas personas entre el trabajo de la Casa de Salud y la participación de las mujeres, lo cual manifiesta que existe un potencial de desarrollo de las mujeres, sobre lo que no se ha reflexionado suficientemente, pues este espacio es visto como una alternativa para ellas. Por otro lado, las mujeres se reconocen como poseedoras de un saber, el cual quieren compartir, principalmente en salud, pues la estructura organizativa comunitaria general ha propiciado más el desarrollo de los hombres en los campos sociales o políticos. Si bien es cierto que se reconocen estas diferencias, en las entrevistas apareció claramente el criterio de "integralidad", es decir, de una cultura que considera básica la unidad complementaria hombre-mujer: "las mujeres sabemos lo que los hombres no saben", mencionaron algunas de los entrevistadas en relación a la importancia de su participación.

Una reflexión más profunda al respecto nos acerca al papel femenino en la salud en este contexto indígena. Las mujeres se reconocieron portadoras de un conocimiento y con toda razón se refirieron a él como algo inherente a su ser –sabemos lo que los hombres no saben- estos saberes propios del género femenino tienen que ver con su papel fundamental en cuanto a la capacidad de conocer la mejor manera de ver por el bienestar de los hijos, a quienes transmiten valores culturales, saberes y costumbres que permiten el desempeño dentro de la comunidad; además, tienen capacidad de enriquecer y transmitir la cultura alimenticia, conocer el mejor aprovechamiento de los distintos productos del campo según el ciclo agrícola, socializar sus saberes y trabajo en las fiestas comunitarias, ser principales transmisoras en la continuidad de su lenguaje, reconocer la riqueza de la vida y de la reproducción aplicando sus conocimientos por medio de las parteras, quienes se han especializado en crear condiciones para favorecer la continuidad de su pueblo.

Este papel femenino abarca también otro aspecto relacionado con la salud, las mujeres indígenas están cercanas a la naturaleza, y ligadas a ella culturalmente; se pueden también mencionar múltiples ejemplos, reconociendo que mucho se desconoce. Algunos ejemplos que muestran este vínculo femenino con la naturaleza se encuentran en el conocimiento que tienen acerca de los movimientos de la luna y su relación con el ciclo de las mujeres y el embarazo. La naturaleza ha sido humanizada por este papel femenino al recurrir, por miles de años, a recursos naturales, como el de las plantas, llegando a conocer sus usos terapéuticos en el cuidado de la salud femenina y reproductiva.

Esta cercanía con la naturaleza la establecen desde el nacimiento, al seleccionar la mejor mazorca para ser utilizada durante el parto y después utilizarla para la siembra en señal de la vida que surge y la abundancia y fruto también de la madre Tierra, asimismo, en esta secuencia, la placenta que alimentó al hijo se le ofrece a la madre Tierra en señal de que se espera que crezca sano y fuerte.

Así, la salud es vista desde esta doble perspectiva, desde su ser de género femenino y su relación con la naturaleza en una visión integral, a diferencia de las mujeres no indígenas, que carecen de estos elementos.

Por último, este papel femenino va más allá de los asuntos domésticos al tomar decisiones en los asuntos que afectan a la comunidad "es importante que hablemos las mujeres, que opinemos". Después de haber tenido una reunión en la Casa de Salud, un grupo de mujeres encabezaron la propuesta de ir a la agencia para tratar el problema sobre el alcoholismo.

En esta misma línea consideran el trabajo basado en el acuerdo:

Si hay acuerdo se puede trabajar, si no hay acuerdo no podemos, participamos todos.

Sin embargo, la situación actual de guerra y de fractura del tejido social, así como el ambiente de intereses partidistas, ha favorecido la multiplicación de mecanismos para generar división entre la comunidad. En el caso de la atención a la salud mucha gente ha tomado partido por uno u otro espacio identificándolos, prácticamente, como expresiones de una u otra posición política.

El motivo por el cual refirieron las personas asistir a las reuniones de la UMR-IMSS fue para conocer las acciones que llevan a cabo:

Porque queremos saber del trabajo y lo que se va a hacer, queremos saber que dicen en la asamblea.

En un primer momento parece no haber diferencia con los motivos de asistencia expuestos para la Casa de Salud, pero a continuación se perfila con mayor profundidad unas de las razones de asistencia:

Porque si asisto a la asamblea tengo derecho a que me den medicina.

Esta frase indica un criterio de selección establecido por la institución, no por la comunidad, pues se ve que la atención a la salud está condicionada por la asistencia a las juntas. En este mismo sentido otras personas comentaron:

Porque si no voy a la junta quiere decir que no entro a la consulta.

A continuación una persona comentó:

Si no voy a la junta a lo mejor no me dan medicina, una persona no fue y si le dieron medicina.

Se observa un elemento nuevo, una condicionante para recibir atención es asistir a la asamblea, convirtiéndose en la preocupación principal de los entrevistados, pues ya no es importante en sí misma, sino por la consecuencia que se sigue al asistir. Si bien en la cultura tzeltal se ponen sanciones acordadas comunitariamente, los testimonios acerca de las condiciones para la atención en el IMSS muestran la imposición de reglas que no se someten a su aprobación o rechazo de la propia comunidad y se convierten en requisitos para recibir atención.

Esta posición tiene su raíz en los lineamientos de la política indigenista que permeó a las instituciones, a esto se refiere Caso cuando habla de la participación activa, basada en la responsabilidad para poder obtener los indígenas un beneficio.

Lo anterior nos obliga a preguntarnos si la salud es un derecho o un medio por el cual se traslada la responsabilidad y se condiciona la salud a las personas con menos recursos (Garduño, 1998).

Existen, por tanto, distintas razones para asistir a las asambleas promovidas en los espacios de salud: en el primer caso se reúnen para decidir todos el camino a seguir de la Casa de Salud, y es una participación que conduce al crecimiento personal y del grupo; el segundo escenario conduce a la incorporación de las personas a los programas de origen externo y a la participación entendida como una colaboración de la que se sigue un beneficio secundario.

Esta diferencia se ha ido incrementando hasta tal punto que el segundo tipo de participación ha conducido recientemente a una división en la comunidad: una parte de ella, durante los dos últimos años, ha recibido apoyo gubernamental Progresista, pues sólo se otorga a aquellas personas que "asisten y participan" en las acciones

dirigidas por la institución oficial de salud, previa selección de las personas ya que, se requiere de la "participación obligatoria y condicionada", alejándose de las formas comunitarias de participación.

El enfoque del programa es para atender sólo a los sectores más pobres de la población, es un ejemplo de focalización, basado en la idea de que existen grupos que no pueden acceder a los servicios, pero que deben ser atendidos, ya sea para sostener una capa de capital humano o para mantener la legitimidad del gobierno, (Garduño, 1999: 5), y así para ellos se otorgan sólo los servicios mínimos como propone el Banco Mundial, pero estableciendo una selección mayor dentro de las comunidades.

Sin embargo esta estrategia también puede dar motivo para plantearse el alcance reducido en cuanto a cambios en las condiciones de vida. Este programa, además, pone en práctica aquello de la participación envolvente a la que hace referencia Díaz Polanco (Díaz Polanco, 1991: 11) y que se vale de los líderes de la comunidad para introducir esquemas individuales de participación.

3.5.2 Asuntos que se tratan en las asambleas de salud

Los asuntos que se tratan en las asambleas constituyeron otro indicador de las distintas formas de toma de decisiones y de participación en cada uno de los espacios de salud. Los testimonios de las personas señalaron esta diferencia.

Casa de Salud. Los entrevistados expresaron:

Informan de los planes de trabajo, si la gente quiere, dice que si, sobre el trabajo platicamos, lo pensamos cómo se puede trabajar y entonces ya se toma el acuerdo. Las promotoras/es y enfermero informan sobre la medicina, si está bien lo planeado. Decimos si está bien o no la medicina. Allí explican las promotoras de los cursos que hay, de los problemas de salud en la comunidad. Cuando toman curso las promotoras hay junta para informar sobre lo que aprendieron.

Acerca de este mismo tema comentaron:

El comité, enfermero y promotoras/es preguntan si está bien o no el trabajo y si hay acuerdo, nosotros platicamos si está bien o no.

UMR-IMSS. Los asuntos sobre los que deciden en las asambleas de la UMR-IMSS adquieren otros matices. El Comité de Salud informa sobre las actividades por hacer, las acciones a las que hay que incorporarse:

Hablan sobre el trabajo, lo que hay que hacer.

Y también se pone a discusión el trabajo realizado por el Comité y las personas del equipo de salud:

El Comité pregunta si está bien el trabajo.

La manifestación de aprobación o reclamo adquiere dimensiones colectivas en la asamblea:

Decimos que algunas veces no dan medicina, algunas veces no atienden a las personas, aunque otros dicen lo contrario.

En relación a las actividades derivadas de los programas comentaron:

Hablan sobre el campesino, como hacer letrinas, encerrar a los cochinos, era como una orden, quiere mucha madera, había que tirar muchos árboles.

Otra persona compartió su reflexión acerca de la organización y planeación del servicio de salud de la UMR-IMSS:

Lo que hace en la Clínica el doctor dice sin preguntar a las comunidades si quieren o no, el doctor o enfermero traen orden de su jefe y ellos vienen a hacer a las comunidades.

Existen, por tanto, dos posiciones, como se desprende del tipo de asuntos que tratan en cada parte, ya que mientras que en una la asamblea toma decisiones para planear el funcionamiento de la Casa de Salud, es decir, planean y organizan a la vez que aprueban o rechazan los planes y deciden las acciones, haciendo referencia a su modelo autorganizativo y de autodefinition, en la UMR-IMSS la asamblea es el medio para que las autoridades de salud ordenen qué actividades deben realizar; la

participación, por tanto, se restringe a ejecutar los programas ya aprobados previamente por la institución y a realizar actividades puntuales como el mantenimiento de la clínica, con lo cual los beneficiarios se convierten en los ejecutores de los programas como lo define el BM y acotó Roux (Roux, 1993: 52) en el enfoque de participación-colaboración, descartándose relaciones simétricas.

Analizado lo anterior a la luz del marco conceptual, se distinguen dos formas de participación: aquella que contrasta con la oficial y que promueve el desarrollo del sujeto comunitario autónomo, en el cual la comunidad y el grupo de la Casa de Salud toman las decisiones y conduce, de acuerdo a lo referido por Keijzer (Keijzer, 1997: 4), a la toma creciente de conciencia de la problemática de salud y a la búsqueda de sus posibles soluciones, en la cual los sujetos comunitarios son los principales protagonistas. El segundo caso muestra que las decisiones para la aplicación de los programas ya fueron tomadas externamente, sin ser analizados por y en la comunidad, procediéndose únicamente a su aplicación. Es decir, se practica una participación en su forma de inserción a los programas. Es, por tanto, "impuesta o dirigida". Los siguientes testimonios dan cuenta de esta posición:

En las reuniones el enfermero pregunta si quieren operación para llevamos a Ocosingo, hablan sobre no tener hijos, -si no quieren operación entonces no hay medicina.

Otra persona mencionó:

Las regañan, solo dicen que dos o tres hijos, después, obligación. ¿Por qué obligan al pobre campesino?

La comunidad tiene conciencia de ser excluida de las decisiones relacionadas con los planes y programas para el cuidado de su propia salud y de ser forzadamente incluidos en actividades puntuales, decididas externamente, como el programa de planificación familiar. En estas entrevistas surgió el reclamo a esta imposición, por la presión a planificarse sin tomar en cuenta su punto de vista. La participación en este

programa se vuelve una condicionante para tener acceso al servicio de salud, pues se utiliza un mecanismo de coerción para responder a orientaciones políticas.

Esta situación tiene su lectura a la luz de lo expuesto por la UNRISD en cuanto a que los programas de las instituciones son verticales, y las propuestas no se originan en los grupos en los que se aplica. La síntesis social y política de los programas de salud para comunidades pobres se concentra en el "paquete básico", el cual incluye la planificación familiar, en clara correspondencia con las medidas esenciales propuestas por el BM (Garduño, 1999: 2), sin que la comunidad tenga poder de decisión en su propuesta. Las cifras son claras a este respecto, pues las primeras causas de egreso hospitalario en 1997 del IMSS-Solidaridad en el estado de Chiapas fueron 7,083 por atenciones de parto y en segundo lugar, 4,729 personas con atención anticonceptiva, específicamente esterilización, recordando que ésta es la institución encargada de dar atención a las poblaciones pobres e indígenas. Con esta práctica, que se puede considerar genocida, se piensa acabar con la pobreza, sin reconocer los efectos del modelo económico como el principal causante de la misma.

Por último, a este respecto se debe tomar en cuenta la decisión propia de cada mujer y considerar el significado y la función cultural de la maternidad dentro de la cultura indígena, y no necesariamente de acuerdo a nuestra visión occidental, como si esta fuera el mejor instrumento para valorar estos elementos.

3.6 Atención a la salud

3.6.1 Motivos de asistencia a la consulta

El problema de salud-enfermedad por el cual acuden a recibir atención es similar en ambos espacios de salud, no así las causas que motivan su decisión para asistir a uno u otro espacio.

Casa de Salud. En estas entrevistas las personas enfocaron sus comentarios principalmente al papel de las promotoras, después de haber pasado ellas por un

período de “prueba” y de haberse ganado la confianza de la comunidad y de haber iniciado la recuperación del uso de plantas medicinales.

Dos fueron los principales motivos por los que refirieron asistir a consulta de la Casa de Salud: por la aceptación del trabajo de las promotoras y, en segundo lugar, por la confianza que ello despertaba en los pacientes, además de que consideran adecuados los tratamientos que les dan.

Voy mucho porque está Anita y las otras promotoras, porque saben mucho. A las promotoras Anita y María les tengo mucha confianza, si me enfermo voy con ellas.

En cuanto al tratamiento algunos expresaron:

Voy como hay promotoras/es y está bien la medicina de plantas medicinales. Me gusta la medicina, es más fuerte.

El grupo de salud está conformado por promotores de los dos sexos, siendo las mujeres quienes han tomado el liderazgo y a quienes recurren con mayor confianza las otras mujeres de la comunidad. Existen promotores de otras cinco comunidades y que forman parte del grupo, como se señaló en el apartado correspondiente al proceso del grupo. Las palabras de los entrevistados expresaron que las promotoras/es son valoradas en su proceso hacia la definición como sujetos autónomos que pueden influir para mejorar la salud de la comunidad, además de ser invitadas por las parteras a atender partos.

UMR-IMSS. Algunos entrevistados refirieron recibir atención en la UMR-IMSS, pero de acuerdo a su percepción, realizaron los siguientes comentarios que cuestionan procedimientos y mecanismos del servicio:

El trabajo de la clínica está algo bien, pero no todo el tiempo, no me gusta mucho, no es igual que la Casa de Salud porque a veces hay doctor que tiene buen corazón y otros que no, a veces vamos y no nos hacen caso.

Con relación a los programas, nuevamente se expresaron varias personas:

Todo el tiempo dicen los enfermeros y el doctor a las mujeres que tomen medicina para no tener hijos y si no las regañan. He ido por fiebre y me dicen que tengo muchos niños.

Se encuentra en la UMR-IMSS una variable distinta a la Casa de Salud, ya que el personal de aquella es nombrado por la institución, lo cual hace que este personal se deba primero a la institución que es la que establece las líneas de acción, este personal cumple al poner en práctica los programas con el objetivo de alcanzar las metas externamente establecidas; un ejemplo de ello es el programa de planificación familiar, que busca participar más para lograr la meta. En este sentido se corresponde a lo expuesto por Keijzer, al afirmar que la posición de las instituciones con respecto a la participación se limita a intervenir en actividades concretas, sin tomar parte en la planeación.

El personal de la UMR-IMSS, en cuanto autoridad designada y no elegida, ejerce un poder vertical, el cual se aleja de un poder compartido, ya que la implementación de programas no surge de la identificación de problemas planteados por la misma comunidad.

Esta posición corresponde a lo descrito por Stieffel, quien establece que son los grupos privilegiados que tienen el poder, en este caso las autoridades de la institución del IMSS, en sus diversas instancias, quienes definen su propia idea de lo que debe hacerse, sin consultarlo con la comunidad.

En síntesis, la Casa de Salud retoma el modelo de organización comunitaria en cuanto a la toma de decisiones, dándose una participación de las personas en las diversas etapas del proceso de salud, lo cual conduce a la toma de conciencia de la problemática de salud. El modelo de la UMR-IMSS cuenta con una estructura externa en la que destacan los mecanismos de conducción verticales que circunscriben la participación a los aspectos puntuales, excluyéndolos de las decisiones de planeación, administración y programación.

3.7 Recursos y participación económica

La Casa de Salud cuenta con una infraestructura física ubicada en un terreno donado por personas de la misma comunidad. Consta de un consultorio, una pequeña sala de espera, una bodeguita, un cuarto y un baño. En el espacio existe además un salón de usos múltiples, para cursos, talleres y costura, una cocina comunitaria y un horno comunitario para hacer pan. Estas construcciones se hicieron con la ayuda de donativos externos y con el trabajo de mano de obra de la comunidad.

La instalación de la UMR-IMSS consta de una sala de espera, consultorio y cuarto para el doctor o enfermero y baño. La institución aportó el costo de la construcción y la comunidad donó el terreno. Fue reconstruida la clínica hace tres años, por lo que durante ese tiempo el personal de la UMR rentó una casa para atender a los enfermos.

Ambos espacios han contado con el apoyo de recursos externos e internos, teniendo cada uno sus propios mecanismos propios para obtenerlos, la comunidad ha cooperado al financiamiento de los servicios de salud en ambos proyectos. Dos son los mecanismos utilizados para recolectar fondos internos, el primero es por la asistencia a la consulta, el segundo es a través de la cooperación familiar, pero las vías utilizadas difieren en cuanto a la forma en cada proyecto. De acuerdo a lo descrito por los entrevistados, explicaron diversas razones para fundamentar el cobro de la consulta.

Los recursos externos de la Casa de Salud actualmente provienen de una Asociación Alemana y del Patronato Pro Educación Mexicano, A.C., los cuales apoyan el proyecto desde 1995 en lo concerniente a compensaciones para promotores, capacitación, material y colaboran parcialmente para mis gastos.

Los recursos internos provienen de la cooperación económica de las personas, cuando así se requiera, por ejemplo para el mantenimiento del lugar. Además, en la Casa de Salud se estableció en asamblea fijar una cuota de tres pesos por la consulta

y el medicamento, para compensar los gastos de preparación de las plantas medicinales y también, aunque en menor grado, para comprar medicina alópata, y para constituir un fondo de recuperación común en salud.

El pago por el medicamento es para que las promotoras compren material para hacer la medicina y podamos tener medicina.

De esta manera, el mecanismo de cobro del medicamento para la Casa de Salud se estableció mediante asamblea y pretende crear las bases para consolidarse como un proyecto autogestivo no solo en lo referente a la organización sino también en lo concerniente a lo económico y administrativo, lo cual ha permitido que actualmente tengan la capacidad de pagar la luz, comprar material para elaborar medicamentos herbolarios y otros gastos menores, como de alimentación durante los cursos, algunos viajes, sin embargo todavía requieren de ayuda externa para cubrir otros gastos como capacitación y compensaciones. La Casa de Salud ha solicitado cooperación económica familiar sobre todo en las etapas de construcción. Las ONG mencionadas apoyan económicamente cuando se requiere de un gasto mayor. La comunidad apoya con mano de obra cuando se necesita.

Si bien ya se mencionó que las promotoras de salud cuentan con financiamiento de la ONG, a la cual pertenezco, hay que tener en cuenta que el uso cada vez más frecuente de plantas medicinales ha hecho que se recurra menos a la medicina alópata, por consiguiente, existe una menor dependencia económica.

Es un ejemplo del grupo de salud en su proceso de definición como sujeto autónomo, pero por otra parte es un ejemplo del abandono de la obligación estatal a las demandas sociales, el gobierno suple esta deficiencia también con la participación de las ONG por la utilidad y ahorro que le significa la canalización de recursos y conocimiento de las necesidades, posición que avala el BM. Como parte integrante de una ONG, soy consciente que como actores externos estamos supliendo la función que le corresponde al gobierno, pero que también ejercemos un poder, ya que la

ayuda económica se convierte en una forma de control, por ejemplo cuando se toman decisiones que implican un gasto mayor, el grupo y la comunidad tienen que esperar nuestra respuesta.

Por otra parte, la UMR-IMSS menciona en su discurso que la atención médica es gratuita, pero en la práctica sí hace un cobro por medio de una "ficha", como condición para tener acceso a la consulta, por tanto la consulta, en realidad, no es gratuita.

Con respecto al segundo caso, los entrevistados destacaron:

No pago la medicina, solo la ficha". Cuesta la ficha dos pesos, no pago la consulta.

Hasta el momento del estudio existía una persona, (no identificada totalmente con su origen tzeltal), quien era la encargada de cobrar la ficha en su casa, fue cuestionada esta situación por algunas personas entrevistadas. A este respecto, la persona encargada de cobrar las fichas señaló:

La consulta no se paga, sacamos una ficha para pagar la luz. Yo vendo las fichas aquí en la casa. Cuando estaba normal la consulta juntábamos de \$120.00 a \$150.00, ahora es menos, no llega ni a cien pesos. Para completar cooperamos con cinco pesos.

El pago de la luz es la justificación para poner a la venta una ficha con un costo que posibilite el acceso a la consulta. Las personas refirieron que años atrás la comunidad, consciente de la exigencia que había para pagarla, cooperaba para pagar la luz de la UMR-IMSS, pero después se negó a hacerlo y como consecuencia se fijó una cuota, y se introdujo así el pago por la "ficha", con el temor de no recibir el servicio en caso contrario:

Cuesta la consulta dos pesos, es para pagar la luz, dijo el comité porque el gobierno no nos paga y viene a cortar la luz.

Si no pagamos la luz tenemos miedo de que nos quiten la clínica y corten la luz y hay vacuna que necesita refrigerador.

La contribución para el pago de luz de la clínica es una decisión impuesta, el mecanismo para recolectar ese dinero se hace pasar como si fuera un acuerdo

comunitario, para ello se utilizó la suspensión del servicio. De esta manera la contribución adquiere características de obligatoriedad, reduciendo así los costos de la institución para cubrir una parte del servicio mínimo que ofrece y al que tienen derecho los pueblos indígenas para que puedan gozar del nivel mínimo de salud. Esta forma de participación se inscribe en esa lógica de responsabilidad y colaboración y recuerda los lineamientos de la política indigenista que postulaba que el indígena no recibiera gratuitamente un beneficio, tenía la obligación de retribuir la atención mínima a la que tiene derecho, posición que se mantiene hasta la actualidad.

Existe un segundo mecanismo para recabar financiamiento, la cooperación económica por familia. De acuerdo a los entrevistados se ha establecido una cuota familiar periódica en la UMR-IMSS, el comité es el responsable de recabar el dinero, el cual acude periódicamente a las casas:

Cooperamos con cinco pesos cada mes o dos meses. Cooperé con veinte pesos para la inauguración de la clínica.

La institución, más que proporcionar a la comunidad los medios para organizarse y prestar los servicios, emplea los recursos, estructura y organización propios de la comunidad para prestar solamente un servicio básico, es una manera de cubrir las deficiencias de los servicios de salud y trabajar para el desarrollo de los programas, con un mínimo costo.

A este mismo respecto el enfermero de la UMR-IMSS describió la manera de entender la forma de participación, o "colaboración económica". Para el enfermero es fundamental que las "personas colaboren con una aportación económica, significativa para ellas", a cambio del servicio que se les otorga.

La participación de la gente de la comunidad es el pago de la luz eléctrica. De acuerdo a la asamblea, lo que aprobó la comunidad de Guaquitepec es que se va a cobrar una cuota, no en la unidad, hay una persona que se encarga de esto. No es la consulta ni el medicamento, es una cuota, pero ya muy aparte de la comunidad, esa cuota es de dos pesos, pero ya no se involucra en el programa.

Se considera de esta manera necesario retribuir el servicio y para ponerlo en práctica se utilizan mecanismos comunitarios como el de la asamblea y mecanismos de coerción.

En los últimos dos años el programa de Progresá ha favorecido la división en la comunidad, al identificarlo con fines clientelistas. Previa selección de las familias se les entrega la cantidad mínima de \$200.00 bimestrales por familia, estableciendo responsabilidades como asistir periódicamente a las juntas y consulta, y participar en las actividades que promueva la institución, además de colaborar económicamente para gastos de viaje del comité; en caso de "falta de cooperación de las familias o de inasistencia a las reuniones" se disminuye la aportación. De esta manera se utiliza la institución de salud para incursionar en el campo de lo político, además de tener un registro completo de las personas.

Existen, por tanto, dos proyectos de salud distintos en la misma comunidad, como se demuestra por su surgimiento y la toma de decisiones que se realiza en cada uno de ellos.

4. ENTREVISTA A ENFERMEROS

4.1 Percepción de la participación del enfermero de la Casa de Salud

Se contrastan dos posiciones con respecto a la forma como perciben la participación en salud expresadas en los comentarios de los enfermeros de la Casa de Salud y de la UMR-IMSS, quienes reflejan su orientación de la visión comunitaria y oficial de la participación.

El último enfermero que trabajó en la Casa de Salud ocupó el cargo desde 1990 hasta 1996. No obstante que ya no desempeñaba esa función, la entrevista se realizó porque con él se cerró un ciclo de atención a la salud constituido exclusivamente por el varón y porque las promotoras iniciaron su participación en la Casa de Salud durante los últimos tres años de su servicio, como se verá más adelante.

El enfermero pudo reconstruir lo ya descrito en las entrevistas individuales:

La comunidad quiso tener una Casa de Salud porque anteriormente se morían muchos porque no había quién les puede ayudar un poco en lo de la enfermedad que sufrían. Entonces tiene que llegar una idea y cuando la gente ha visto el sufrimiento acepta una palabra buena para salir de éste.

Manifestó el enfermero su posición respecto al papel que tiene la comunidad y reconoce haber sido elegido en asamblea:

Es la comunidad quien nombra al enfermero de la Casa de Salud y a las promotoras. La comunidad es importante y siempre ha sido así.

La experiencia de trabajo tenida en una farmacia en San Cristóbal de las Casas años atrás, le permitió adquirir algunos conocimientos sobre medicamentos convencionales, interesándose posteriormente por la salud, para lo cual recibió varios cursos y regresó de nuevo a la comunidad. Una vez nombrado enfermero de la Casa de Salud, él coordinaba el trabajo mientras las promotoras estaban en etapa de aprendizaje. La orientación en la medicina convencional predominó en esa etapa.

Esta persona, elegida por la comunidad, describe su aceptación:

Porque mi corazón decidió trabajar por la gente, ver su enfermedad, a ver qué es lo que quiere que se le de porque la gente me pidió que viera a los enfermos.

A continuación mencionó:

Después trabajamos algunos programas como nutrición, embarazo y salud de las mujeres, promovimos hortalizas. Preguntamos a la gente en asamblea si están de acuerdo.

Los hermanos indígenas cuando van a consultar, quieren decir qué es lo que mas le duele y hablan en tzeltal, si no les preguntan muy bien nace una inconformidad.

Estos testimonios dan cuenta del proceso de participación del enfermero a partir de una toma de conciencia individual de la situación de salud en la comunidad, motivo por el cual aceptó el cargo con una función social.

Esta etapa corresponde a la socialización descrita por Berger y Luckman: a partir de la experiencia individual y del reconocimiento de problemas de salud en su comunidad

surgió la preocupación personal, el enfermero socializó la problemática de salud y aceptó participar en un proyecto comunitario, de acuerdo a las costumbres de organización y toma de decisiones que corresponden a los valores culturales de la comunidad.

4.2 Percepción de la participación del enfermero de la UMR-IMSS

La entrevista con el personal de la UMR-IMSS muestra otra forma de participación con el fin de llevar adelante los programas institucionales.

El enfermero fue la única persona de la UMR-IMSS que se encontró todo el tiempo que duró el trabajo de campo. Fue asignado a la comunidad de Guaquitepec desde mayo de 1997 y permaneció hasta 1999, tiempo en el cual tuvo varios meses de ausencia. Es de origen tzetstal y domina el español. Llegó, pues, a la comunidad varios años después de haberse iniciado el trabajo de la clínica.

De acuerdo a esta persona, el criterio de selección para abrir la clínica en la comunidad fue el siguiente:

Un grupo de personas solicitó la clínica, sin embargo, desde allá arriba escogieron a las comunidades, tal vez por el número de población porque actualmente así se está haciendo, más de mil personas y que tengan sus comunidades alrededor.

Esta frase corrobora lo descrito en la entrevista a los sujetos de la comunidad, la apertura de la clínica obedeció a criterios de selección establecidos externamente, en el tiempo en que permanecía cenada la Casa de Salud.

El enfermero describió que la clínica depende directamente de autoridades ubicadas tanto en Ocosingo como en Chilón y no de las decisiones comunitarias. Por arriba de él se encuentran otras autoridades externas, como el Coordinador de los Servicios Médicos Delegacional y el Promotor de Acción Comunitaria quien, "da las indicaciones de lo que hace falta en las comunidades". De esta manera se confirma

que las acciones para que participe la comunidad se planean al margen de las propuestas comunitarias, a diferencia del modelo de la Casa de Salud.

El enfermero entiende la participación en relación con la medición de resultados de los programas:

Platicamos con las autoridades (de la comunidad) para que nos apoyen al programa, como dice el instructivo, deben trabajar coordinadamente con el programa del IMSS-Solidaridad las autoridades locales, maestros, otros, por ejemplo la Casa de Salud, para que así podamos lograr el objetivo, cumplir con el programa y las metas.

Este planteamiento presenta una práctica participativa que en el discurso propone ser incluyente. El enfermero de la UMR-IMSS busca relacionarse con las autoridades de la comunidad, pero desde una perspectiva diferente a la del enfermero de la Casa de Salud, ya que pretende integrar a las autoridades comunitarias para el cumplimiento de los programas. Esto muestra que su mayor preocupación es cubrir las metas y, a diferencia del enfoque que tiene el enfermero de la Casa de Salud, no tiene como objetivo primordial mejorar las condiciones de salud de la comunidad.

Esta forma de participación desplaza a la comunidad, la cual es vista como un objeto que es útil en la medida en que colabore para llevar adelante los programas. El llamado a la participación de todos los actores en la tónica de movilizar a la comunidad para que cumplan con los objetivos propuestos recuerda la participación envolvente a la que hace referencia Díaz Poianco.

Para complementar esta idea, se presenta este comentario del enfermero:

A nivel zonal hay una reunión que tenemos todas las clínicas que pertenecen a la zona y nos pasan las indicaciones, qué es lo que hace falta y lo que pasa por unidad médica, nos dicen en qué estamos bajos y qué hay que promover.

Los resultados de esta participación impuesta no han sido los esperados, de acuerdo a lo referido en esta entrevista. En relación al "avance" de los programas y la respuesta comunitaria, el enfermero acotó:

Promover el cambio de hábitos en la población es importante. El programa lleva años y no se ha logrado hacerlo, la gente no se ha podido cambiar de

idea, la gente y el jefe de familia dicen que sí lo van a hacer (letrinas, encerrar puercos), pero cuando pasa de nuevo uno a la casa no lo ha hecho, que no tienen tiempo. Nadie dice que va a consulta cuando tenga tiempo, tiene que dejar el trabajo para asistir.

Para el enfermero, las acciones tendientes al cambio de hábitos como son los de colocar letrinas y encerrar a los animales son aspectos importantes, sin tomar en cuenta las necesidades que la población considera prioritarias. El enfermero es el actor responsable de poner en práctica los programas decididos desde afuera, por medio de la colaboración de las personas y acotados al paquete básico, sin dar la oportunidad para que la comunidad tome sus propias decisiones y realice acciones en forma autónoma. Este tipo de participación, inspirada en el marco de la promoción a la que hace referencia Martinic, es visto por las personas como imposición al ser solamente ejecutores sin que se den cambios sustanciales en las condiciones de vida. Los resultados que se obtienen con estos programas muchas veces no son alentadores, como se demuestra en el testimonio.

El enfermero promueve un modelo de aculturación, lo cual implica no tomar en cuenta los saberes y valores comunitarios e implantar otros valores y esquemas de participación.

En esta línea el gobierno se desentiende de proveer la infraestructura de servicios sanitarios y pretende reducir los problemas de salud a la adquisición de responsabilidad individual en la generación de enfermedades promoviendo el cambio de estilo de vida, en una dinámica individualizada y de culpa de la enfermedad, basándose en lo referido por la OMS en cuanto al concepto de participación comunitaria y la creación de responsabilidad sobre la salud.

Las palabras del enfermero confirman nuevamente que la institución determina los programas que tiene que impulsar el personal de salud.

“El programa de planificación familiar es el más prioritario”.

Este programa se impulsa de una manera particular en las mujeres, a quienes se les trata de convencer y de presionar para que participen en él, sin que se haga mención a los intereses que subyacen como de disminuir la población de pobres con el argumento de acabar con la pobreza.

En relación al Comité de Salud de la UMR-IMSS tiene una función específica, de acuerdo a lo mencionado por el enfermero: "promover a la comunidad para las asambleas". Desde esta perspectiva, el interés es que reúna a la gente para decirles qué actividades realizar, sin pretender que el comité participe en la organización y planeación conjunta de salud, a diferencia de las funciones del Comité de la Casa de Salud, descritas en las entrevistas individuales.

El programa de salud del IMSS menciona la necesidad de la participación de promotores para colaborar en los programas, sin embargo, la UMR-IMSS carece de promotores:

Es difícil nombrar promotores sociales voluntarios, se nombran pero ya no son participativos.

Hasta el momento de la entrevista, la clínica carecía de promotores, los cuales se buscan con el objetivo principal de que se inserten en los programas para aumentar su efectividad, estableciéndose una diferencia con los criterios de nombramiento y los objetivos de las promotoras/es de la Casa de Salud.

5. PERCEPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Y POSIBLES SOLUCIONES

Hasta este momento del desarrollo de trabajo de campo se ha escuchado a distintas personas de la comunidad, quienes han reconstruido el proceso de salud, en lo que respecta a la organización y toma de decisiones en cada uno de los dos espacios; asimismo se ha obtenido la percepción que tienen acerca de las promotoras/es de salud y personal de la UMR. Desde este momento son ellas, promotores/as quienes muestran su manera de ser y percibir la salud en la comunidad. Es fundamental, por

tanto, considerar las expresiones de las promotoras/es para conocer los cambios que han tenido y su proceso de autodefinición.

5.1 Enfermedades más frecuentes en la comunidad

Para conocer la percepción sobre la problemática de salud, se entrevistó a dos grupos de personas. El primero constituido por nueve promotoras/es de salud, el segundo por el mismo número de personas de la comunidad, quienes nunca habían formado parte del grupo de promotoras. De esta manera se pudo conocer la percepción que tenía cada grupo sobre las causas y propuestas de solución de los problemas de salud-enfermedad y valorar las respuestas.

Cada uno de los grupos mencionó las enfermedades que consideraron más importantes por su frecuencia o importancia. El grupo de promotoras/es mencionó las siguientes:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Diarrea | <i>Tzanel</i> |
| 2. Tos | <i>Ojbal</i> |
| 3. Fiebre | <i>C'ajc</i> |
| 4. Catarro | <i>Simal</i> |
| 5. Vómito | <i>Xenel</i> |
| 6. No comer, desnutrición | <i>Yajuben</i> |
| 7. Dolor de cabeza | <i>C'ux sjol</i> |
| 8. Dolor de huesos, espalda | <i>C'ux spat</i> |
| 9. Corazón triste | <i>Ya smel yotan</i> |
| 10. Enfermedades de la mujer | <i>Chamel antsetic</i> |
| 11. Ataques | <i>Tujp'ul ic</i> |
| 12. Cólera | <i>Cólera</i> |
| 13. Paludismo | <i>Sic C'ajc</i> |

Los problemas de salud referidos por las promotoras fueron nombrados, en su mayoría, por síntomas, por ejemplo, tos, diarrea, vómito, ataques, situación que recuerda la estrecha relación de la manera de nombrarlos de acuerdo a sus costumbres, aunque utilizando en algunos casos el léxico del modelo médico dominante.

El concepto de enfermedad que se tiene en la cultura maya y en particular en la tzeltal difiere de la visión que se tiene en el modelo médico hegemónico. Sin profundizar al

respecto dado que no es el tema de estudio, mencionaré que desde la cultura indígena, y me refiero también a las promotoras/es, la enfermedad es abordada desde una visión integral, pues se considera la enfermedad resultado varios factores tales como la pérdida del alma, influencia de factores como envidia, desprecio, abandono, la acción física de los elementos, etcétera, con la consecuente repercusión de todos o algunos de ellos en el organismo. Existe, por tanto, una íntima relación entre el alma y el cuerpo, ya que ambos deben hallarse en buena condición para que el individuo goce de buena salud.

Para esta cultura, la enfermedad tiene un marco de significación simbólica más amplio que el occidental, como menciona Bonfil (Bonfil, 1994: 64) y se sitúa en una relación de armonía de las personas con la naturaleza, por ello son las ceremonias, ritos curativos, etcétera. Esta visión global se refleja también en la manera como entienden y nombran el cuerpo, en el que las partes están relacionadas con el todo, por eso en su lengua, por ejemplo, a la rodilla la nombran como la cabeza de la pierna *sjol cacantic*, los dedos los nombran como los niños pequeños de la mano *xutul yal sc'ab*. Las promotoras abordaron esta dimensión de las enfermedades al referirse a un padecimiento con clara connotación cultural y social: "Corazón triste",²⁶ designación que no se refiere a un síntoma específico sino a un conjunto de síntomas derivados de una problemática social o familiar, concepción distinta al modelo biologicista. Mencionaron posteriormente otra enfermedad de este tipo llamada *Xalam stsots*,²⁷ enfermedad grave que se asocia en los niños con desnutrición

²⁶ Enfermedad del Corazón Triste. Ya *smel yotan*. Un promotor mencionó que "esta enfermedad llega cuando uno tiene problemas en su familia o hay problemas en la comunidad o alguien se muere o enferma. La persona no puede comer, aunque quiera, no tiene ganas de trabajar, piensa mucho y quiere llorar. Esta enfermedad se cura con rezo, tres días y plantas medicinales.

²⁷ La enfermedad de *Xalam stsots* se llega a presentar después de que un niño tiene "espanto" y no se cura, empieza con diarrea, se pone pálido, muy flaco, se hincha la cara y se queda con dos pelos (nombre de esta enfermedad en tzeltal). Se cura con plantas. Barren donde se espantó o cayó y traen el alma. Entierran en ese lugar un huevo con trece frijolitos, trece granos de maíz blanco, trece ajos. Traen el alma con la camisa, tienen un cántaro, ponen

Sería de gran interés profundizar en las enfermedades designadas de acuerdo a sus costumbres, sin embargo no fue el motivo de este estudio. Lo que se demostró es que las promotoras han aprendido elementos de la medicina convencional y al mismo tiempo conservan sus saberes tradicionales, es decir han hecho suyo los elementos nuevos y los han puesto a su servicio.

El segundo grupo, es decir el de personas que no han sido promotoras, nombró las enfermedades en forma semejante a las descritas por las promotoras, por medio de síntomas, haciendo referencia a otras enfermedades de connotación cultural como el "susto" Xiwel.²⁶

Las promotoras han recibido una serie de conocimientos que las acerca a la cultura occidental y que a su vez los han transmitido a las personas de la comunidad, pero no obstante de esta aparente separación de las raíces de su propia cultura de salud, muchas creencias y prácticas forman parte de su modo de ver y de actuar. Sucede que con el encuentro de la cultura occidental no desaparecen estos saberes culturales en salud, pero sí se da una especie de ocultamiento, ya que parecen silenciar lo que conocen por tradición, sin que ello signifique negarlo; en los últimos años se ha dado un cambio en el aspecto formativo de promotores de la región que busca revalorar su cultura y procura recuperar los saberes de salud.

La cultura hegemónica, manifestada en la política indigenista, ha ejercido una forma de control para mantener el poder y borrar e integrar todo lo que sea diferente, como

incienso y barren el camino: "Ven, vamos a la casa, no importa que te perdiste en el camino" le dice el curandero. El tabaco lleva el alma, cuando llegan a la casa ponen una vasija con caldo, tienen trece ramas de una planta, trece granos de mazorca, un huevo. Cuando está puesta el agua en la vasija antes de poner el grano de mazorca lo limpian (al enfermo) con el huevo, pasan el huevo y vuelven a llamar al alma con un poco de tabaco. Le dejan un rato el huevo en el corazón, toman un puño de tabaco y empiezan a llamar otra vez. Se quiebra el huevo y lo ponen en medio de la vasija, para ver si llegó el alma o no se ve en el grano de mazorca, cuando lo tiran, si llega el alma la mazorca está sentada, si está acostada no llega el alma.

²⁶ La enfermedad de xiwel se presenta cuando un niño se espanta y se cae, la señal es que presenta diarrea uno o dos días, si no se cura avanza hacia otra enfermedad más grave llamada Xalam stšots.

en el caso de la concepción de la salud y formas de tratamiento practicados por los indígenas. Sin embargo, ellos continúan afirmándose y recreando su cultura, siendo ésta la herramienta para realizar acciones comunes, dándole sentido a su trabajo como en salud. Me ha tocado asistir, como muestra de confianza de ellas/os, a curaciones que practican aplicando sus saberes y utilizando lo aprendido.

Ocurre también que las promotoras/es hicieron referencia a dos problemas identificados con las mujeres: Enfermedades de las mujeres y Corazón triste, de las cuales esta última es una clara referencia de los saberes de las promotoras desde la perspectiva de la cultura tzeltal, y si bien esta última enfermedad se manifiesta en ambos sexos, son las mujeres quienes más la padecen. Considero que al hacer énfasis en las enfermedades de la mujer, las promotoras tratan de redimensionar el papel de las mujeres en la comunidad así como el de ellas mismas.

La participación y trabajo de los enfermeros y promotoras/es ha sido valorado en el logro de la transformación en salud, aunado al esfuerzo comunitario, pero sin embargo persisten todavía las enfermedades infecciosas, producto de las causas estructurales aún no resueltas.

5.2 Las causas de la enfermedad

Los aspectos sociales como las condiciones de vida, económicos y las políticas, fueron las causas que consideraron las promotoras como determinantes de las enfermedades. De esta manera se refirieron a las condiciones que prevalecen en su lugar:

No hay dinero y los niños no comen bien, se enferman porque no está completa la comida y sólo comen maíz y frijol. Nos enfermamos por la falta de tierra o porque a veces no se da el maíz, porque si no hay tierra no tenemos alimento y cuando se termina el maíz hay que comprar en Conasupo y no alcanza el dinero porque el café lo compran muy barato. El problema está en nuestras autoridades.
También se enferman por el trago.

La participación de las promotoras en salud las ha acercado a tener mayor conciencia de la problemática de salud. Las causas de la enfermedad las relacionaron con las políticas sociales y económicas del gobierno, que no benefician a las comunidades y los programas que no solucionan los problemas de la comunidad.

Pero además unas personas del segundo grupo también hicieron referencia a la carencia alimenticia y de tierra:

La alimentación, la carestía de la vida, todo está muy caro y porque no hay dinero para comprar alimentos y algunos no tienen tierra.

La percepción de esta dimensión social de los problemas de salud-enfermedad señala que, ante las condiciones precarias, existe una historia de participación de la comunidad que ha conducido a la toma de conciencia de la situación, como lo manifestaron ambos grupos, resultando obvias las determinantes sociales.

A diferencia de las causas sociales que tienen una explicación más allá del aspecto individual, los entrevistados del segundo grupo hicieron énfasis en causas que tienen un enfoque preventivo y que se vinculan estrechamente con el "autocuidado" y la higiene personal.

Nos enfermamos por no llevar agua hervida para beber cuando salimos al campo, por no barrer la casa.

Se trata de formas de entender la causa de las enfermedades que han sido el resultado de campañas con orientación "higienista". Abordar solo este punto de vista como única causa resultaría por sí mismo limitado. La realización de campañas de promoción de la salud enfocadas a aspectos puntuales con un enfoque higienista y biologicista, implica lo ya señalado acerca del traslado de la responsabilidad a las personas, ya que parte de considerar el cuidado de la salud como una responsabilidad (Garduño 1998, 2)

Resultó interesante conocer otras causas de enfermedades relacionadas con los saberes y costumbres, y a este respecto se pronunciaron algunos de los entrevistados del segundo grupo:

Por el aire fuerte que viene de lejos y trae la enfermedad.

Representa otra forma de clasificar las enfermedades que nuestra visión occidental nos impide ver. Esta forma de clasificar las enfermedades muestra la relación que se tiene con la naturaleza, pues es sabido que ciertos padecimientos tienen una frecuencia estacional y se relacionan con los cambios de temperatura. En la entrevista no se abundó más al respecto.

Resulta manifiesta la existencia de enfermedades derivadas de las condiciones de vida, como el trabajo, la vivienda, los servicios, las promotoras/es no sólo mencionaron estas causas, sino que también se sintieron afectadas por estas situaciones, respecto a las cuales expresaron:

Porque hay mucho sufrimiento, las mujeres trabajan mucho en el campo, colectan café, cortan leña. Nos enfermamos por trabajar en el campo con el azadón, porque duele mucho la espalda. Vamos al campo temprano a trabajar y hace frío, después llueve o hace calor, van los niños al trabajo con las mujeres y se enferman.

En la entrevista se recogieron otras causas de la enfermedad relacionadas con la deficiencia de servicios, en este sentido se pronunciaron las promotoras:

Hay muchos manantiales y aún así se termina el agua. Hace frío adentro de la casa y el piso es de tierra. La luz es muy mala y nos cansa.

Las respuestas obtenidas de las promotoras/es se relacionan con la socialización del problema de salud y la necesidad de mejorar las condiciones de vida y de tener servicios.

5.3 Propuestas de solución

Las propuestas de solución planteadas por los dos grupos se ubican en dos niveles: el primero es el individual, caracterizado por el autocuidado y la higiene personal y

familiar; el segundo se refiere al enfoque comunitario, adquiriendo diversos matices en cada uno de los grupos.

Las medidas de higiene como solución fueron abordadas principalmente por el segundo grupo, refiriéndose a acciones que abarcan tanto el aspecto individual como colectivo. En este sentido se refirieron al mejoramiento de condiciones de higiene de la vivienda, del entorno, de la recolección de basura. Tres personas de este grupo mencionaron el rezo para ayudar a solucionar los problemas de salud-enfermedad, pues existe la costumbre de rezar durante tres días cuando se tiene la enfermedad. Las promotoras se refirieron también a las medidas de higiene familiar y comunitaria, pero su propuesta se centró principalmente en el aspecto de formación, tanto en lo concerniente a la formación y capacitación de promotoras/es como de la comunidad, incluye también la necesidad de la educación formal y el cambio de políticas oficiales de salud.

Otras soluciones propuestas por los dos grupos fueron: mantener la organización en la comunidad y en salud, ambos hicieron notar la vinculación entre la salud y el hecho de contar con la seguridad de poder tener una tierra para sus siembras. Mencionaron la organización comunitaria porque han tenido la experiencia de que eso es lo que les ha dado cohesión, forma parte de su cultura y les ha permitido avanzar en sus proyectos. El vínculo con la tierra lo mencionaron porque, además de constituir un elemento cultural, la consideran necesaria e indispensable para la vida, porque ella, como la "Madre Tierra" que es, les da alimento y como consecuencia tienen salud. Sin soslayar la influencia del modelo médico dominante en aspectos puntuales, las promotoras/es muestran un cambio al pensar mas allá del aspecto individual para solucionar los problemas de salud y ponerlos en práctica con acciones como el de la formación de otros promotores/as, en un proceso de aprendizaje continuo y de reproducción de sus valores comunitarios.

5.4 Participación en la salud familiar y comunitaria

Ambos padres participan para ver la salud familiar, así contestaron seis de las nueve personas que no han tenido participación en salud. Las restantes tres mencionaron que las madres ven por la salud. En la cultura tzeltal los problemas de salud-enfermedad son compartidos generalmente tanto por el padre como por la madre. Me ha tocado vivir la experiencia, muy frecuente, de la pareja preocupada por su hijo que va a la Casa de Salud y en no pocas ocasiones es el padre quien lleva al hijo en brazos. Las entrevistas ilustran esta particular manera de ser.

En el ámbito familiar se reproduce esa práctica de capacidad de decisión de las personas para las acciones comunitarias. De esta manera se interpreta la participación de la pareja, aportando ella sus saberes, producto de prácticas acumuladas y el acompañamiento y apoyo económico y presencia por parte del varón.

Las promotoras/es mencionaron que ellas/os, junto con sus padres, ven por la salud de la familia, lo cual habla de un cambio, ya que son capaces de tomar decisiones y su opinión es tomada en cuenta, se revaloran ellas mismas y son valoradas/os por la familia, haciéndose extensivo al ámbito comunitario, lo cual significa la adquisición de poder social y prestigio.

Pues bien, esta posición encuentra apoyo en las respuestas de las promotoras en lo concerniente a la participación en la salud comunitaria. Al respecto todas/os apoyaron que la salud esté en manos de todo el pueblo, incluyéndose ellas/os y las autoridades. En este espacio las promotoras/es han adquirido una presencia y son autoridad que es revalorada por la misma comunidad, afirmándose en su proceso de sujeto colectivo.

Los indígenas son constructores de esa cultura diferente y que se caracteriza por su autoorganización, autodefinition y que empieza en la vida familiar.

6. HISTORIA DE GRUPO. TESTIMONIOS SOBRE LA VIVENCIA Y PARTICIPACIÓN DE PROMOTORAS/ES EN EL PROCESO DE SALUD

El proceso de formación del grupo de salud y su significado personal, grupal y comunitario se fue descubriendo a través de las expresiones manifestadas por las propias promotoras/es. Conforme avanzaban en sus comentarios reconocieron los cambios que se han dado, así como las decisiones que han tomado.

6.1 Inicio de la organización

El espacio de salud representa una experiencia particular, principalmente para las mujeres, quienes incursionaron en este nuevo camino. Fue por medio de este grupo, como las mujeres fueron reconocidas por primera vez en su papel de promotoras de salud. Hay que recordar que la comunidad escogía siempre a un hombre para ver por la salud, generalmente un catequista. Como se sabe, en ese tiempo era la iglesia la que llegaba a los lugares más recónditos y realizaba un trabajo de formación en las comunidades.

Los ámbitos de participación de la mujer, en esa época, comprendían principalmente los relacionados con las actividades de la casa, el cuidado de los hijos, las actividades propias de las fiestas y el trabajo de campo. Una nueva opción se presentaba en estas promotoras a partir de sus necesidades personales y permitía la cohesión para formar un grupo que desembocaría posteriormente en la participación de las mujeres en salud. Recordemos que las culturas indígenas poseen una sabiduría ancestral y las mujeres han tenido un papel protagónico preservando, reproduciendo y recreando los conocimientos antiguos, así como los saberes de la medicina tradicional.

El inicio de su historia, narrada en voz de ellas:

Hace tiempo, el licenciado Angel Robles, cuando era director de Asuntos Indígenas en San Cristóbal de las Casas, le solicitamos y mandó dos máquinas de coser, allí es donde empezamos a organizarnos las mujeres. Cuando te fuiste quedamos solas, pero todavía no estábamos bien organizadas.

El punto de partida fue la necesidad personal de mejorar sus condiciones de vestido, transformándola después en una necesidad grupal. Esto condujo al reconocimiento y ratificación de la comunidad de un grupo de promotoras, no destinadas al área de salud, pero sí a un nuevo espacio comunitario, la costura. La comunidad decidió nombrarlas promotoras, más aún, el lugar de reunión fue el mismo espacio designado para la Casa de Salud.

Primero empezamos con la costura, cuando llegaron las máquinas se hizo una junta, nos nombraron y entramos a trabajar, estábamos contentas, después estuvo cerrada la Casa de Salud.

Otra promotora recordó:

Cuando llegaron las dos máquinas primero íbamos al convento, porque allí estaban las máquinas, íbamos Magdalena, Juana, Dominga y Petrona, después murió Magdalena, una compañera promotora por problema de parto. Nicolasa, María, Carmen y Juana vinieron a aprender a coser a máquina.

Los testimonios ilustran la decisión de este grupo de mujeres de iniciar una actividad común, y el interés de organizarse, en forma incipiente. No obstante, reconocieron que se encontraban en una etapa que requería de apoyo, al estar en proceso de aprendizaje: "no estábamos bien organizadas", es decir, reconocían en un primer momento su interés para buscar mecanismos para organizarse, aunque en los hechos iniciaban la formación de un grupo avalado por la comunidad. La crisis de la Casa de Salud repercutió también en el grupo y suspendieron temporalmente sus actividades, pero algunas de ellas fueron quienes más adelante se reorganizaron para reiniciar e impulsar el grupo actual de promotoras de salud.

El significado de esta decisión lo expresan sus mismos relatos:

Cuando empecé, fui elegida en asamblea. Todos los cristianos, hombres y mujeres me eligieron, pero no quería porque pensaba que de repente no podía, pero todos dijeron que sí.

Ya que nos nombraron nos reunimos y buscamos a otras compañeras, después vinieron otras compañeras que querían aprender a coser y cuando las eligieron en reunión también ellas iban a aprender y a enseñar.

Se trata de una forma de participación que surgió de la necesidad individual de tener un espacio común propio. Lo más frecuente es que estas iniciativas las propongan organismos externos, los cuales ofrecen sus proyectos y la ayuda necesaria para realizarlos, pero en ese momento no contaban con el apoyo de ninguna organización, en este caso la decisión surgió de la misma comunidad. Fue en este momento cuando hicieron contacto conmigo para ayudarles a conseguir financiamiento. Estos relatos muestran que la iniciativa para organizarse surgió de las mujeres, en una situación de carencia de espacios para ellas, pero la comunidad no solo apoyó la propuesta sino que las nombró "promotoras".

Para ellas constituía un nuevo espacio diferente al papel de la casa y del campo, que tradicionalmente se les había asignado, las mujeres se involucraron en un proceso que implicaba su revalorización y su autodefinición al incursionar en este nuevo espacio. El proceso de aprendizaje que iniciaban y que significó tomar decisiones en grupo, capacitarse, convocar a asambleas y tener el reconocimiento de la comunidad, las condujo a dar los primeros pasos hacia un proceso de empoderamiento. En este proceso se requería que el papel de los "agentes externos o expertos" fuera proporcionar las herramientas para que las utilicen las promotoras en la medida en que lo requieran, sin que implicara que los agentes tuvieran el monopolio

6.2 La decisión de vincularse al proceso de salud

Los testimonios mostraron que las promotoras no tenían un espacio físico propio para desarrollar sus actividades de costura. Se advirtió, asimismo, la necesidad que tenían de preservar el cargo que la comunidad les había otorgado. Así que ellas tuvieron que enfrentar esta realidad y buscar su espacio. Este momento correspondió con el fin de la crisis de la Casa de Salud, pues la comunidad decidió su reapertura, lo cual significaba buscar nuevamente un enfermero de la misma comunidad.

La gente se reunió para que empezara a funcionar la Casa de Salud. Domíngua y Petrona fueron con el presidente de la iglesia y trajeron las máquinas de costura del convento, tuvieron miedo, fue hace como seis años.

A partir de que ellas se ubicaron en este lugar, empezaron a interesarse por el trabajo de salud, pero al mismo tiempo hacían conciencia de la incapacidad que tenían de participar en esta área debido a la falta de conocimientos, no obstante empezaron a acompañar al enfermero para aprender.

Aunque había medicina aquí en la Casa de Salud, no sabíamos darla, no sabíamos leer ni escribir. La comunidad empezó a buscar a otra persona que sabía leer y escribir y eligieron al enfermero Sebastián y después a Antonio, también enfermero, para que trabajaran aquí.

Al reorganizarse el grupo decidió que necesitaba un salón y más máquinas de coser, así como una cocina comunitaria e hicieron contacto conmigo. La construcción se hizo con un donativo que se consiguió, y así la comunidad puso mano de obra. En cuanto a su participación en salud, las promotoras reconocían que "no les pertenecía la Casa de Salud", es decir ellas no formaban parte de este proceso. Mostraron, sin embargo, su capacidad para buscar los medios que consideraban necesarios para desarrollar un trabajo común por medio de la costura.

Primero me eligió la comunidad para aprender a coser, todas y las que ahora son promotoras estábamos trabajando en la costura, no nos pertenecía la Casa de Salud, allí estaba trabajando el enfermero Antonio [...] Cuando se organizó más grande el grupo fue cuando llegó una ayuda y mandaron seis máquinas de coser y con ese apoyo se hizo la Casa Común para trabajo y reuniones, la cocina y homo comunes.

La iniciativa de este grupo de acercarse al espacio de salud y de buscar su reconocimiento condujo a que tuvieran conciencia de la desigualdad que existía en las mujeres para participar en salud debido a la falta de preparación: "no sabíamos leer ni escribir, no sabíamos dar la medicina". Eran conscientes de que a pesar de estar instaladas en el mismo lugar de la atención a la salud, no existían condiciones iguales. Esta situación generó en las promotoras el deseo de interesarse y de buscar los mecanismos para aprender lo relacionado con la salud.

Un paso más dieron cuatro promotoras cuando decidieron acudir con el enfermero para que juntos vieran a los enfermos, decisión que por primera vez tomaban las mujeres.

Estábamos contentas, después mandaste medicina, pero como no sabíamos leer nombraron a Antonio el enfermero para atender la Casa de Salud".

A continuación otra promotora acotó:

Hace cuatro años empezó a trabajar en la Casa de Salud (el enfermero) y entramos con él para aprender lo de la medicina.

Las promotoras libremente decidieron hablar con el enfermero, iniciándose la etapa de aprendizaje de "voluntarias" de salud, y con esto se establecía una diferencia entre el "enfermero" nombrado en asamblea, quien tomaba la mayoría de las decisiones, y las mujeres que prestaban un servicio sin tener el nombramiento, razón por la cual aún no eran reconocidas por la comunidad.

A partir de este contacto con la realidad se interesaron más por aprender y por el cuidado de la salud de la comunidad. La historia del grupo da cuenta de este inicio de etapa de preparación, la cual continúa:

Anita, Sara y Carmen entraron a aprender con el enfermero Antonio. Cada vez que tú ibas llevabas medicina y dabas pláticas, el padre Nacho también nos invitó para ir a Chilón a pláticas de Salud.

Una promotora narra su propia experiencia:

Antes no venía porque estaba chica, veía cómo se reunían Sara, Dominga, Anita, Juana y poco a poco me acerqué a la Casa de Salud.

En esta época los enfermeros recibían una preparación básica, principalmente conforme al modelo de la medicina dominante, incluyendo al enfermero de la Casa de Salud, quien además había recibido cursos en el IMSS. El primer contacto de las promotoras en la Casa de Salud fue con este modelo de atención y nació su interés por conocer todo lo relacionado con él. En los relatos de la historia de vida no se profundizó al respecto.

Aún cuando las promotoras asistían diariamente y avanzaban en su proceso de aprendizaje, se requirió de un tiempo, una especie de etapa de prueba, para que recibieran el reconocimiento por parte de la comunidad, ellas mencionaron:

Las mujeres empezamos a trabajar en salud, no fuimos elegidas primero como promotoras, sino que trabajábamos como voluntarias.

Las promotoras finalmente habían tenido acceso a la preparación en salud, recibiendo cursos en Guaquitepec y Chilón además de la práctica diaria, pero había que esperar para que fueran aceptadas como tales, y mientras tanto el enfermero tenía todo el reconocimiento, lo cual significaba que ejercía un poder que no tenían las "voluntarias".

6.3 Las promotoras socializan su experiencia

La historia de las promotoras da cuenta del momento en que ellas empezaron a ser parte central de su proceso de salud, pero no expresaron en la historia todos los temores que tenían cuando las hicieron responsables de la salud de la comunidad.

Al salir el enfermero por problemas familiares, la comunidad por primera vez no siguió la costumbre de nombrar a un "enfermero", ya que esta vez decidió reconocer a las mujeres que durante tres años de práctica y constancia se habían ganado este espacio.

Cuando quiso salir el enfermero Antonio, dijo la comunidad que se quedaran (las mujeres) en la Casa de Salud a dar medicina para atender a todas las personas, María dijo que no sabía.

En este mismo sentido se expresaron otras promotoras:

Cuando salió Antonio el enfermero, la comunidad se reunió y decidió elegir a otras personas para que no se quedara la Casa sola, se eligió a Petrona, María, Carmen, Juana, Anita, Sara y también a mí.

La asamblea nos eligió porque el enfermero ya no trabajaba, ya no podía trabajar en salud (el enfermero) porque tenía mucho trabajo en su casa, por eso nos eligieron como promotoras de salud ante la asamblea. Todas las

mujeres estuvieron de acuerdo en que trabajemos nosotras porque ya no había nadie quien vea la consulta.

De esta manera, en el grupo de las promotoras se había generado un cambio tanto grupal como en la misma comunidad. Para las promotoras era el momento de mostrar sus capacidades y de responder al compromiso que se les confiaba, al mismo tiempo que reconocían haberse ganado un prestigio y un lugar. La comunidad a su vez reconocía su ser de mujeres capaces de ver por la salud de todos. De esta manera, se convertían como grupo en una fuerza social en un campo nuevo para ellas.

Uno de los criterios considerados para su nombramiento fue que supieran leer y escribir. A este respecto, las promotoras que habían escogido el área de salud habían cursado algunos años de educación formal, a diferencia del grupo de costura que no tuvo la oportunidad de asistir a la escuela.

Hace cuatro años me eligieron a mí y a otras promotoras en asamblea, los hombres y mujeres, para trabajar juntas, cuando salió el enfermero. Yo sabía un poco leer y escribir, a otras tres promotoras las eligieron porque sabían también un poco de leer y escribir.

En el arranque de esta nueva etapa se perfilaban en las promotoras dos líneas que se complementaban. Una era el interés por aprender de manera más sistemática, y otra, el deseo de darle una proyección social a su aprendizaje, sobre todo porque habían percibido la desventaja y sufrimientos en los que se encontraban principalmente las mujeres.

Yo estuve tres años de voluntaria, sólo porque me gustaba aprender, quería aprender y ayudar a mi comunidad porque hay mujeres que no saben.

Quiero ser promotora porque estamos acompañando a las mujeres.

En la comunidad, el mayor rezago educativo y social se presenta principalmente en las mujeres, de aquí el interés de las promotoras por trabajar con este grupo. De esta manera empiezan a establecer su línea de acción con base en las necesidades planteadas y no para responder a programas, como en la institución oficial.

Otra promotora comentó:

Yo acepté porque quería aprender sobre la medicina y cómo se debe curar y compartir un poco con los demás.

El contacto diario con la realidad de salud les produjo un cambio que se manifestó por la toma de conciencia de la problemática de salud y la necesidad de ayudar a su comunidad y transmitir lo que habían aprendido, se esbozaba de esta manera el camino hacia la socialización de su experiencia. Fueron los primeros pasos de un deseo, el cual se traduciría en acciones concretas en salud. Ahora ellas eran responsables de organizar la atención a la salud, de iniciar una etapa de apropiación de sus acciones, sus recursos y ser parte de un proyecto que aceptaron libremente, y para ello el nombramiento de la asamblea ratificó su posición, ya que ellas se habían preparado durante varios años para alcanzar este cargo.

Aceptamos porque es acuerdo de la asamblea. Hemos estado tres años de voluntarias.

A continuación otra promotora comentó:

La asamblea obliga [.....] El trabajo es un servicio a la comunidad.

La incorporación de las mujeres a la salud es realmente nueva, no sólo en la comunidad sino en la región, por lo cual han tenido que enfrentar situaciones familiares de cuestionamientos y resistencias culturales, como viajar solas, comunicarse indistintamente con hombres y mujeres, dejar de participar en algunas de las actividades domésticas.

En esta experiencia de atención a la salud la comunidad también quiso que estuvieran representados los jóvenes y designaron a tres varones, lo cual significaba que no querían ser excluidos del proceso que siempre había estado en manos de ellos.

Al respecto comentó un promotor:

Los Comités fueron a la casa para pedir permiso a mi papá, me dijeron que acompañara a las promotoras, yo dije a lo mejor no puedo, pero voy a hacer

la lucha para prepararme, dar consulta y dar medicina, así que entramos acompañando a las demás promotoras.

Ha existido, por otro lado, dificultad para que las mujeres casadas participen en salud, aludiendo a razones personales y familiares, y varias promotoras se han retirado, esta situación se ha ido modificando paulatinamente en los últimos años, dando otra dimensión al trabajo de las mujeres en salud. Más allá del trabajo mismo está la constitución de una subjetividad colectiva en salud a partir de la toma de conciencia de las mujeres de su realidad y el deseo de participar para cambiarla.

6.4 Organización y autogestión

La salida del último enfermero marcó un momento de crisis, ya que, si bien las promotoras fueron nombradas por la comunidad cuando aquel decidió retirarse, en el grupo de mujeres se generó un cuestionamiento acerca de su capacidad, al mismo tiempo que la comunidad las aceptaba todavía con cierta desconfianza, situaciones que fueron superadas posteriormente.

En la organización de salud ha participado tanto la comunidad, desde el momento mismo en que nombró a las promotoras, al Comité Salud y cooperó en la construcción de los espacios de salud, así como las promotoras, quienes se encargan de la organización interna, por tanto, es un modelo que reproduce los esquemas y mecanismos comunitarios de organización. Uno como agente externo puede estar presente en las reuniones pero no interviene en los nombramientos.

El equipo de salud lo forman las promotoras/es, los cuales a su vez tienen distintos cargos, junto con el Comité de Salud, quienes se encargan de llevar adelante el proyecto. Existe también una "Principal" que es nombrada por la comunidad:

Tenemos una Principal para arreglar y ver el trabajo de todas las promotoras, para que no haya *cop* (habladuría). Para ver el trabajo con la Casa de Salud y con la costura. Ve que todo esté bien, es un servicio a la comunidad. La Principal se encarga de organizar, de ver qué planes hay y qué planes se realizan. Ve cómo preparamos los trabajos, cómo funcionamos, qué trabajo hacemos y cómo debemos hacerlo.

De esta manera, las promotoras se organizan siguiendo el esquema de la comunidad. Dentro de sus costumbres es importante que tengan una Principal, pues es quien orienta y da cohesión al grupo.

Existen dos coordinadoras, quienes también representan al grupo en las reuniones de coordinadores regionales de Chilón. Estas coordinadoras se encargan de convocar y reunir a todos los promotores para asistir a los cursos y reuniones, incluyendo los de otras seis comunidades que se han vinculado a este mismo proceso de salud, organizan también las reuniones y establecen contactos y redes con otras organizaciones de promotores. El cargo de coordinadoras les da autoridad y mayor seguridad en sí mismas. Han decidido que este cargo tenga una duración de dos años, pues ellas reconocen que se requiere de la participación de los otros promotores.

Existe también una secretaria y una tesorera, responsables de llevar las cuentas y anotarlas, pero las que muestran mayor capacidad son las que terminan haciendo las cuentas o ayudando a sus compañeras y posteriormente se encargan de informar a la comunidad. Tienen otros cargos, como son los responsables de coordinar la preparación de plantas medicinales, el jardín de plantas medicinales y la hortaliza. Pero como ya se mencionó, las decisiones y las tareas las realizan de manera conjunta, de acuerdo a sus costumbres. Las propuestas de acciones que planea el grupo son presentadas a la asamblea, que las aprueba o las rechaza, y asimismo, el grupo informa en asamblea de los avances y dificultades y se somete a la crítica y valoración de su trabajo.

En la Casa de Salud todas somos responsables, cuando María, Anita, María y Juana van a la hortaliza, si no voy pido permiso. En la consulta si no voy se queda otra [...]. No hay quien manda, todas nos ponemos de acuerdo para decidir el trabajo. Parejo, igual opinamos entre todas, no hay quien primero y solo ella decida [...]. Todas/os preparamos las plantas medicinales, las pomadas y jarabes.

Para la realización de los trabajos se excluyen las jerarquías, apoyándose mutuamente.

Cuando la gente está enferma nos apoyamos las promotoras, si otra tiene trabajo, el grupo le ayudamos. Unas trabajamos en la costura, pero somos un mismo grupo.

Ahora parejo todas mandamos, si alguien manda no estás bien.

Estas frases muestran que cuando van a tomar una decisión sobre el trabajo o temas a tratar en una asamblea se reúnen para comentarlo y todas opinan. De esta manera reproducen sus esquemas comunitarios de toma de decisiones. Las diferencias que se presentan dentro del grupo las resuelven entre ellas/os mismas, con el apoyo del Comité y las personas involucradas, para lo cual platican hasta llegar a dirimir las diferencias, en caso contrario se ha llegado a retirar del grupo alguna promotora/or.

Reconocen también la importancia de interactuar con las personas de la comunidad para presentarles sus propuestas:

Tenemos una junta cada mes para planear, revisar nuestro trabajo y llegar a acuerdo. Juntas platicamos las promotoras lo que queremos hacer o lo que vamos a hacer, después les decimos a las mujeres qué vamos a aprender a hacer o qué hemos pensado y les preguntamos si están de acuerdo y cómo ven nuestro trabajo.

Señalaron que su trabajo no se reduce a la atención de los enfermos, pues además ellas tienen que planear de acuerdo a sus necesidades, organizar juntas, pláticas y comentarlo en su comunidad. De esta manera ellas adquieren una mayor capacidad para organizar su propio trabajo.

Se observa el desarrollo de un proyecto de salud en el que las promotoras/es son los propios actores, experiencia que las conduce a un proceso de crecimiento propio y de adquisición de capacidad de organización, así como un mayor control en la toma de

decisiones y de "saber hacer"; estos cambios, que se reflejan en las frases expresadas por ellas, permiten ubicar su participación en el camino de la vertiente "autogestiva".²⁹

Por otro lado, el Comité de Salud refleja el apoyo de la comunidad al proyecto. Este comité se reúne cada mes con el grupo.

Todas nosotras tenemos que informar al presidente del Comité, platicamos primero con la Principal y luego todos hablamos con el Comité, si estamos de acuerdo seguimos trabajando bien, si no, hablamos para ponemos de acuerdo.

El Comité viene para ver cómo está la Casa de Salud, para ver cómo se trabaja, planear las asambleas o ver qué falta o si llegaron los recibos de luz o si hay mucho zacate para buscar gente que ayude a cortarlo. Nos reunimos con el Comité para ver cuánto entró de dinero, hacemos la cuenta y el secretario apunta, el tesorero lleva las cuentas, con ese dinero se paga la luz, los pasajes de promotoras y comités, algo de medicina. El Comité también cuida a las promotoras y nos ayuda a las que estamos aquí.

Las decisiones que toman las promotoras y su actuación intergrupal y comunitaria les permite tener un amplio margen de libertad para ir construyendo su propio proceso, en el cual las propuestas de los agentes externos, como es mi caso, tienen que pasar a consideración del grupo y de la comunidad.

Existe otro aspecto que mencionaron acerca de su organización, que es la creación de mecanismos internos de autofinanciamiento, en la mayoría de los grupos este aspecto es un factor limitante y muchas veces crea y mantiene dependencia con los agentes externos.

Existe un ingreso que se obtiene por el servicio:

Cobramos tres pesos por el medicamento de plantas medicinales, lo apuntamos en una libreta, qué medicina damos y cuánto queda en la caja, hasta cuando hablamos al comité para decir cuánto hay.

²⁹ El grupo de promotoras/es en salud ha mostrado, pues, una capacidad autogestiva, me refiero a la adquisición de la toma de conciencia de la situación de salud y las condicionantes que las generan y a la apropiación de su propio proceso manifestada por una organización propia, toma de decisiones del grupo y acciones con un sentido comunitario. Se considera esta una etapa de construcción y de apropiación de su propio proceso, con el cual aceptan y se comprometen, desde la perspectiva de su cultura, para transformar la situación de salud de la comunidad.

El cobro de tres pesos por la medicina de plantas medicinales se acordó en asamblea, en la cual se tomó en consideración la necesidad de la gente y la posibilidad de tener acceso al servicio, con lo cual las promotoras dan una respuesta a esta demanda al ser conscientes de las condiciones económicas de la población.

Rendir cuentas cada mes obliga a las promotoras a tener un control de sus ingresos y gastos, además de que pueden planear entre ellas los gastos o compras necesarios. Estas acciones les dan capacidades de gestión en el manejo de sus recursos, aunque éstos no son suficientes para cubrir todavía todas sus necesidades y cuentan con la ayuda de la ONG. El patronato Pro Educación y la Organización Alemana son los dos agentes externos que apoyan el proyecto, con ayuda económica cuando se requiere hacer una construcción o comprar material, con el dinero para las compensaciones de cuatro promotoras y principalmente con los gastos que se necesitan para la capacitación del grupo. Uno de los objetivos de todos los que participamos como agentes externos es tener en cuenta la pertinencia o la permanencia de nuestra participación, proporcionando los recursos y herramientas necesarias para que continúen con su proceso autogestivo y sean ellos quienes realicen sus proyectos y manejen sus recursos sin nuestra intervención.

El proceso de organización comprende también la elaboración de sus propios medicamentos, para lo cual utilizan las plantas medicinales, lo que reduce considerablemente los costos y por tanto, la dependencia del medicamento "moderno" y del apoyo económico externo. Las ganancias que obtienen de los medicamentos que ellas elaboran, se dividen en tres partes, una se destina para el fondo común, y de allí se paga la luz, viajes, etcétera; otra es la ganancia que guardan y que la reparten después de varios meses; una tercera parte la destinan para comprar material. Sin embargo, dado lo bajo de los ingresos, estos no son suficientes para que las promotoras de tiempo completo tengan una "compensación", motivo por el cual apoya económicamente la ONG. La autogestión económica de las organizaciones es

uno de los aspectos que más tiempo tarda en alcanzarse, pero que es deseable, y de ello el grupo está consciente.

Las promotoras que están de tiempo completo reciben, pues, una compensación, quizá simbólica, lo cual pudiera pensarse que establece una diferencia y una ruptura con su tradición del servicio. Pero las promotoras mencionaron que al no poder participar en todas las labores familiares, principalmente las del campo, están excluidas de los beneficios personales que se pueden seguir del trabajo familiar por el corte de café, etcétera, es decir, del derecho a comprar su vestido y necesidades personales, por tanto, la compensación suple esta deficiencia.

6.5 Afirmación de la autoestima

Un aspecto de su proceso ha sido el educativo, el cual constituye un eje central que se ha reforzado sobre todo a partir del apoyo y presencia de la ONG, al privilegiar este campo. Una de las funciones principales de nuestra participación como agentes externos ha sido precisamente el de capacitación y formación de promotores. En los cursos, talleres, asesorías, se privilegia la recuperación de saberes, los cuales no se limitan solo al aspecto de adquisición de conocimientos, sino a la apropiación de su proceso en vías a su manejo autónomo por ellas.

El grupo mostró desde un principio interés por aprender para tener la capacidad de dar respuesta a los problemas de salud que se les planteaban diariamente.

Una frase fue compartida por todas/os:

Quiero aprender porque me sirve par enseñar a los demás. Me gusta aprender porque cuando viene la gente les enseño.

Quería aprender algo para enseñarles a los demás y que la gente que quiera aprender pueda hacerlo.

El proceso de aprendizaje ha sido un instrumento que ha favorecido en las promotoras el tránsito de una posición de no poder en la práctica de salud, al convencimiento de que sí son capaces de ver por la salud de la comunidad. La capacitación ha abarcado

a lo largo de estos años aspectos de promoción, educación para la salud, recuperación de prácticas y saberes tradicionales, derecho a la salud y atención a la salud, en su relación con el contexto local, regional y nacional, organización, etcétera. A este respecto, los relatos de la historia de grupo dan cuenta, más que de los temas y habilidades aprendidos, del cambio que la adquisición de conocimientos y aprendizaje ha generado en ellas, tanto individual como en la proyección a la comunidad. El significado que conlleva este proceso de aprendizaje se refleja en la posición de confianza y seguridad que han adquirido:

Antes no podía estar en lo de salud porque no tenía estudio, mi papá me dio permiso, él me dijo que a ver si podía, ahora veo que sí puedo.

Otra promotora señaló:

Participé porque mi corazón decidió trabajar por la gente, ver su enfermedad, la gente me pidió que viera a los enfermos y yo acepté, ahora puedo prestar un servicio.

Yo tengo cuatro años como Principal. Antes pensé que no podía, pero ahora veo que si he podido, veo el trabajo como un servicio.

Antes no sabía nada, durante el tiempo que he venido está bien, ya aprendimos lo de las enfermedades y el uso de plantas, llegué sin saber nada, ahora ya sé algo.

Cuando todavía no entrábamos no sabíamos, ahora podemos ver, pensar, platicar algo, sabemos, hay un cambio en nosotros.

Este proceso de aprendizaje no ha sido homogéneo, ya que depende de las características propias de cada promotora y de su escolaridad. A este respecto, las coordinadoras son las que han asistido a la mayor parte de los cursos que se imparten también en Chilón y San Cristóbal de las Casas.

Por otro lado, cuando alguna de las promotoras se retira, generalmente por matrimonio o por otras causas, después de haber participado durante un tiempo en el proceso de aprendizaje, llega a repercutir en el crecimiento del grupo. Pero también, desde otro punto de vista, más que ver este hecho como un obstáculo, ha significado un proceso de crecimiento de las promotoras que permanecen y de las coordinadoras

al convertirse en educadoras y formadoras de los nuevos promotores. Ellas han adquirido la habilidad de motivar a otras personas para que participen en el grupo, lo cual permite hablar del ejercicio de un liderazgo y poder social.

El trabajo de formación educativa está orientado a reforzar su proceso organizativo y a proporcionar las herramientas necesarias para que el grupo tome la salud en sus manos y tenga el control de las decisiones, de tal manera que se disminuya la influencia de los agentes externos y así ellas lleguen a manejar su propio proyecto en todos los aspectos. Los cursos y talleres se abordan a partir de los problemas de su realidad social y comunitaria, y de los problemas más frecuentes de salud, en el marco de una recuperación de sus tradiciones culturales y aprovechamiento de sus recursos naturales.

Ellas reconocen la falta de oportunidades que han tenido ha sido más acentuada en las mujeres. Actualmente han ido venciendo este obstáculo al querer aprender más y estudiar, algunas de ellas, la primaria, secundaria abierta y preparatoria, según sea el caso. Esta inquietud se ha despertado con la apertura de la secundaria y bachillerato en la comunidad.

Antes en la consulta sólo estaba el enfermero Antonio con la medicina, ahora ya no es igual porque estamos nosotras.

Esta frase nuevamente es la reafirmación de ellas en su ser de mujeres que se han ganado un espacio. Sin embargo esta posición no excluye que participen también los jóvenes, ya que ellas han manifestado su interés porque también ellos participen, lo cual expresa un principio cultural de complementariedad, a favor de la participación también de los jóvenes.

Algunos aspectos de las promotoras/es en relación a su aprendizaje:

Nos nombraron y aprendimos lo que nos enseñaron, ahora les enseñamos a los demás sobre alimentación, los problemas y las causas de las enfermedades.

Hemos aprendido a preparar nuestras plantas medicinales y a la gente le gusta, además de sus ventajas frente a la medicina moderna, es natural y mas barata.

Otras promotoras comentaron en relación a lo que han aprendido:

Conocimos ya de dónde viene la enfermedad y por qué hay la enfermedad de la desnutrición, el por qué están desnutridos los niños. Si hay cambio, la enfermedad se retira.

Hemos visto que si no hay tierra hay enfermedad, como no hay dónde sembrar maíz ni frijol, los niños entonces se desnutren porque no hay dónde comer y si no hay dónde sembrar café no hay dinero y sí mucha enfermedad.

Nos gusta trabajar para ir aprendiendo y enseñando a los demás, las mujeres vienen y les gusta las pláticas y lo que enseñamos.

Hemos aprendido a ver a los enfermos, si tienen fiebre, tomar la presión, a revisar a las embarazadas, utilizar nuestras plantas medicinales. Tenemos mucho sufrimiento cuando hay muchos enfermos con diarrea y fiebre.

En esta línea se han vuelto promotoras de su cultura, ya que además de recrear sus formas organizativas, promueven el uso de sus recursos naturales como las plantas medicinales, reforzando además sus saberes por medio de los cursos.

Es necesario mencionar que para que se llegue a dar la apropiación de su proceso de salud en todos los aspectos, se requiere que ellas/os participen y elaboren sus proyectos y establezcan contactos con los organismos externos, sin embargo, todavía continuamos como agentes externos, elaborando nuestros proyectos para presentarlos a las instituciones internacionales, sin darse una transferencia total de estas funciones, aunque sí se discuten con ellas/os los proyectos. A este respecto, el grupo de promotora/es reconoce que faltan las herramientas metodológicas para avanzar en este punto y ha solicitado que sean ellas/os quienes elaboren sus proyectos. Lograr esto significaría un paso necesario para la apropiación de su proceso.

Si bien las promotoras han alcanzado conocimientos en el campo de la salud por medio de la capacitación, también han adquirido conocimientos por otros caminos: el aprendizaje vivencial ha sido el más importante, el cual se ha logrado por medio del

contacto con la realidad, por su trabajo de organización, con lo cual, a la sabiduría local, se ha agregado la práctica y la toma de conciencia.

Las promotoras se sienten satisfechas con la respuesta que han tenido de la comunidad:

Al principio la gente casi no nos buscaba, ahora nos da gusto porque mucha gente viene para que la curemos, la gente dice que se cura con nuestros tratamientos. Si no estamos manda llamarnos a nuestras casas.

Viene la gente de otras comunidades con nosotros, por eso ahora nos dividimos el trabajo, unos estamos en la mañana y otros en la tarde, para ver a todos los que quieren consulta y medicina.

Al mismo tiempo que sienten satisfacción porque las personas acuden con ellas, no dejan de preocuparse al atender a los enfermos por ser ellas quienes toman las decisiones y llevan el cuidado de la salud, lo cual implica un compromiso, en este caso compartido por el grupo.

Este proceso de afirmación de ellas ante sí mismas y frente a los demás les ha permitido avanzar en su proceso de definición, aceptación, reafirmandose como sujetos de cambio. Las frases muestran la autoestima que han alcanzado y que se manifiesta por el hecho de reconocer que ahora son capaces de atender a las personas y de influir en la comunidad, gracias a su participación y al aprendizaje continuo.

Para las promotoras el aprendizaje no se limita al conocimiento de las enfermedades:

Es importante saber lo que pasa en el país, nos preguntamos que está pasando y por qué estamos así que el campesino se enferma mucho, ¿por qué? Porque en la raíz están los problemas, el gobierno... los planes.

Es necesario no solo la capacitación en conocimientos y habilidades sino la ubicación del proceso en un contexto más amplio que considera los aspectos sociales, económicos y políticos. Este testimonio habla de una toma de conciencia de la situación de salud y su relación con los aspectos sociales, económicos y políticos. Las promotoras están conscientes de la distribución desigual de recursos, del deterioro

de la situación en la región por la guerra de baja intensidad y que ha generado división en esta comunidad .

Por otro lado se dan cuenta de la política social que trae aparejada su exclusión de los beneficios a los que tienen derecho.

6.6 Identidad colectiva

El camino que han recorrido las promotoras no ha sido fácil, ello ha significado incursionar en un escenario distinto al familiar, originándose cuestionamientos entre ellas mismas respecto a su decisión y en otras ocasiones, como ya fue mencionado, también han sido sujetas a cuestionamientos de otras personas, con todo esto ellas han sido las constructoras de su propio proceso, junto con la comunidad.

Para tener una idea de las actividades diarias de la promotora en el ámbito familiar, una de ellas hizo el siguiente relato:

Me levanto a las cuatro de la mañana a barrer la casa y a poner en el fuego el café, lavo mi maíz y después lo muelo. Luego voy a la Casa de Salud. En la tarde llego a comer, a hacer las tortillas, a desgranar el maíz, a lavar los platos y la ropa, así pasa el tiempo. El sábado a veces voy a cortar leña, si no voy a la Casa de Salud.

Al mismo tiempo que han adquirido un compromiso social, ellas continúan con su participación en las labores domésticas, aunque reconocen que su participación en actividades de la casa es menor. Generalmente las familias de las promotoras están compuestas por personas que han tenido mucha participación en la comunidad y han pasado por distintos cargos, esto ha facilitado que los padres otorguen permiso a sus hijas para aceptar la decisión de la asamblea, sabiendo que la consecuencia es una menor participación de las promotoras en las labores domésticas, sobre todo repercute en la carga de trabajo materna. Esta posición no se observa en todas las familias.

A varias hermanas les gusta nuestro trabajo, quieren entrar aquí, pero no les dan permiso, algunas de ellas nos preguntan cómo es que tu papá te deja y te da permiso porque a veces hay problema. Solo Dios está mirando lo que estamos haciendo. Mi papá no me dice nada, a veces hay otra persona o

gente que dice algo de mí, que nos quiere dividir, pero nosotros estamos unidas.

Participar significa, pues, tener riesgos y someterse muchas veces a la crítica, pero también conduce a cambios y a establecer definiciones en relación a su propio proceso. Las promotoras han dado el paso al salir de su casa para involucrarse en el proceso de atención a la salud, con toda la proyección social que esto implica, a pesar de las dudas personales. Todos estos pasos las han conducido a que se identifiquen con su propio proceso con el cual quieren continuar, como se puede constatar en el siguiente relato:

Yo me siento bien como promotora, pero cuando mi mamá me empieza a decir que por qué voy, me siento triste, empiezo a pensar. a veces me dice mi corazón ¿por qué te metiste de promotora?, pero como estamos acostumbradas a estar aquí todo el día, uno o dos días que no vengo ya me acuerdo del trabajo. Así lo hice una vez, pedí permiso dos días y luego un día no más empecé a acordarme y ya me dio tristeza, si no vengo aquí no es igual.

El proceso de las promotoras, por tanto, ha sido gradual y no pocas de ellas se han enfrentado a dificultades familiares debido a las exigencias que les imponen sus padres, quienes posteriormente han llegado a reconocer y valorar el trabajo de sus hijas y las han apoyado, dándole facilidades para que asistan a la Casa de Salud. Las promotoras han podido valorar su nuevo papel de actores de salud.

Los primeros momentos de decisión personal han sido superados en tanto que ahora las promotoras están en condiciones de valorar su pasado y de visualizar los logros al ser participes de un proyecto común.

Me siento orgullosa porque he aprendido, aquí hay pláticas, cursos, trabajo, no es igual que estoy en mi casa, yo voy a seguir aquí.

Antes no sabía las letras, no fui a la escuela porque mi mamá estaba enferma, ahora ya puedo y aprendo lo que me enseñan en las explicaciones, estoy mejor aquí porque aquí conocí.

Mi corazón está muy contento porque me siento que cambié, hay clases, no es igual que como estoy en la casa, todo lo que no se voy a tener que saber y lo que no he visto antes ahora sí he aprendido.

Estoy contenta cuando estoy aquí, en mi casa estaba encerrada, no aprendía nada, en mi casa nadie platica, viniendo aquí soy feliz, aquí vengo y tengo que aprender algo.

Me gusta trabajar aquí en común con las demás, si voy a trabajar en mi casa estoy solita, aquí están otras compañeras, compartimos ideas, aprendemos, si quedo todo el día trabajando en mi casa ya no voy a hablar.

Las personas de la comunidad también han tenido una respuesta al trabajo de las promotoras por medio de su participación, asistiendo a la consulta y asambleas.

Ahorita ya pasó el tiempo y nos sentimos un poco bien, si tenemos dudas platicamos. Me siento contenta cuando llega un enfermo y le damos medicina y luego viene a decir que está bien.

La gente habla, nos busca, si no nos ven un día, las mujeres van a traerme.

La gente sabe que más o menos algo sabemos nosotros, cuando voy en la calle me dicen y cuando estoy comiendo en la casa ya me van a traer, acabo de regresar y luego otra vez voy a la Casa de Salud. La gente nos oye y nos escucha y muchos vienen aquí.

Existen dos elementos: por un lado las promotoras reconocen formar parte de ese proyecto que han ido creando y participando y por otro lado reconocen la aceptación que su trabajo tiene en la comunidad, no obstante que existe una clínica del IMSS, a la cual también pueden acudir las personas, un signo de confianza es que acudan a ellas.

Las promotoras lograron identificarse con los problemas de salud de su comunidad y las condiciones de vida que prevalecen y han proyectado esta toma de conciencia en acciones colectivas, como el proyecto de salud, toman decisiones y proponen alternativas, en este sentido existe una identificación y una apropiación del proceso de salud, "compartimos ideas, aprendemos". Lo anterior corresponde a la adquisición de la identidad comunitaria a la cual se hace mención en el capítulo I en lo correspondiente a la identidad colectiva.

Por tanto, la construcción de este proyecto no se ha dado de manera aislada, la comunidad ha sido también un actor del proyecto comunitario y participa en el proceso: "la gente nos oye, nos escucha, muchos vienen aquí". Las promotoras/es se

han identificado con su proyecto porque, además, las personas las han aceptado y han sabido reconocer su esfuerzo y capacidad, la prueba de ello es que no sólo asisten los enfermos cuando ellas están en la Casa de Salud, sino que también van a buscarlas a su casa. Existe, por tanto, una identificación también de la comunidad con el proyecto de la Casa de Salud, ya que responde al modelo y criterios culturales que se practican en la comunidad. Se habla, pues, no sólo de identificación sino de construcción de su cultura, al darle las promotoras/es sentido a su acción a través de esta interacción con su comunidad conforme al modelo de organización y toma de decisiones comunitarias. Es esta subjetividad colectiva la que construye su proceso de salud a pesar de los obstáculos que se les presentan.

En la última época se ha intensificado el trabajo de la UMR-IMSS por medio de sus programas y ha sido un elemento de división en la comunidad: una parte de la comunidad identifica al IMSS con programas del gobierno que tienen intereses por encima de los comunitarios, a la Casa de Salud se le identifica como un proyecto comunitario. Esta situación, ubicada dentro del contexto de guerra de baja intensidad, ha causado que las personas se dividan y solo asistan a uno o a otro lugar, identificándose de esta manera por sus preferencias políticas. Cabe señalar que la afluencia de personas que acuden a la Casa de Salud lejos de disminuir se ha incrementado.

Los testimonios de las promotoras/es son solo reflejo de un proceso que apenas se ha iniciado y que aún no termina, pues falta un camino largo por recorrer.

Las promotoras/es de salud son portadoras de una cultura diferente y han construido, junto con la comunidad, su propio proceso de salud, definiéndose como sujetos autónomos colectivos y afirmándose en su ser de indígenas y de promotoras/es. El grupo de promotoras/es no ha roto con sus tradición, sino que renueva su cultura, en tanto sujetos en continua construcción, perfectibles, abriendo un espacio en su organización social con su papel de impulsoras/es de una nueva visión.

COMENTARIOS FINALES

A lo largo de este trabajo se ha presentado un acercamiento a una comunidad indígena por medio de sus formas de participación.

En este apartado se destacan los hallazgos de esta investigación que aparecen como más significativos para entender la relación que existe entre la participación y los procesos de salud en la comunidad indígena de Guaquitepec, por su importancia en la conformación de sujetos autónomos. También se destacan los retos pendientes para los participantes de la construcción del proceso de salud en la comunidad.

Una breve revisión de Chiapas, estado en el que se ubica la comunidad, puso de manifiesto las condiciones de miseria en las que han vivido los indígenas y el control en la toma de decisiones por parte de los grupos dominantes. Además se señaló cómo la cultura dominante ha permeado a la cultura indígena y pretende borrar las diferencias, para incorporar a los indígenas a programas prefijados que no mejoran sus condiciones de vida, a pesar de que en el discurso prometen acabar con la pobreza. Los indígenas, por su parte, han dado muestra de organización y de iniciativa para la toma de decisiones y van avanzando en acciones que buscan reivindicar sus valores y autonomía.

Al analizar la dinámica de la comunidad de Guaquitepec se puede comprender el sentido colectivo que tienen sus actividades, tanto las de la vida diaria como las de mayor trascendencia, constituyéndose éste sentido colectivo en el eje de su forma de organización y de su práctica, donde el poder está en la asamblea, lo mismo que la autoridad real y moral.

Se encontró una comunidad que recrea su cultura, espacio de construcción del sujeto comunitario autónomo y en esa perspectiva se destaca el papel de las mujeres que emergen y adquieren conciencia de su ser, de sus capacidades y exploran un espacio propio para manifestarse. Fue importante hablar de lo construido, de su historia, de su

proceso participativo, de sus avances y retrocesos expresados por medio de los testimonios de los distintos grupos entrevistados.

Los entrevistados hicieron la reconstrucción histórica del proceso comunitario de salud, hablaron de historias personales, de las promotoras/es, de los sujetos y su quehacer a partir de lo cual se vio el proceso y la práctica del grupo de promotoras/es, la relación dentro del grupo y su interacción con la comunidad.

Se diferenciaron dos formas de entender y de practicar la participación en el campo de la salud en la comunidad de Guaquitepec representadas en la Casa de Salud y en la UMR-IMSS.

Se analizaron los planteamientos que los organismos internacionales hacen alrededor de la participación. Estas organizaciones marcan las pautas a seguir por los países, especialmente para los subdesarrollados, condicionando apoyo económico a la aceptación de políticas sociales y económicas. No es de extrañar, entonces, que las decisiones acerca de las políticas y estrategias de salud en nuestro país correspondan claramente al discurso expresado por esas instancias externas.

Se aprecia en el estudio que las estrategias que promueven estos organismos y que se ponen en práctica por medio de los programas institucionales en nuestro país promueven la responsabilidad individual y que son proyectos propios de una cultura dominante acerca de la salud y de la organización social, que no proponen avances en los aspectos de autodeterminación de las comunidades ni favorecen la responsabilidad del gobierno frente a la población. Por el contrario, se promueve una política social que diluye la participación del gobierno y que traslada la obligación a las comunidades pero con programas que limitan su capacidad de decisión y violentan sus formas culturales como ha sido demostrado en el capítulo I.

Encontré que este tipo de participación es una llave para mantener el control y poder de los grupos dominantes y para mantener el sistema, pues reduce a los sujetos a simples ejecutores de las acciones que contribuyen al cumplimiento de las metas que

se fijan los programas, sin que se les otorguen los recursos suficientes, impidiéndose así que sean los constructores y gestores de sus proyectos. También se ha constatado la división que ha surgido en la comunidad de Guaquitepec como consecuencia de prácticas participativas oficiales con intereses distintos a los comunitarios.

Una forma de entender la participación corresponde a la visión prevaleciente y se sustenta en la inserción de los distintos participantes en los programas de salud para mantener la viabilidad de los proyectos, mediante su colaboración en dichos programas definidos previamente. Esta postura es excluyente al establecer límites a los participantes para incidir en la toma de decisiones. Se matizó el sentido de responsabilidad en salud que se confiere a través de este tipo de participación.

Esta forma participación es llevada a cabo por la institución de la UMR-IMSS, se corroboró que no reconoce los valores culturales indígenas y sólo promueve la responsabilidad particular, el individualismo, centrándose en la colaboración a los programas verticales que responden a propuestas de organismos nacionales e internacionales. Los programas que ha desarrollado el IMSS se basan en una política indigenista de "aculturación" al modelo médico occidental, soslayando los saberes de la comunidad.

La segunda forma de entender y practicar la participación se caracteriza por tener un enfoque crítico a la posición prevaleciente de la participación antes mencionada ya que considera la capacidad de los sujetos para tomar decisiones. Al señalar algunos autores que es también un proceso de aprendizaje gradual, que incluye el análisis de la realidad para transformarla, me remitieron a las características y práctica del sujeto autónomo el cual parte de la comprensión del otro para transitar a su formación como ser colectivo. Encontré que este tipo de participación tiene sentido en lo colectivo y se realiza a través de un proyecto común. Se identificó a la participación como un instrumento que les permite construir su historia.

Estos sujetos autónomos han roto con roto con los paradigmas culturales tradicionales al incursionar de las mujeres en el campo de la prestación de servicios y descubrir una alternativa de participación, desconocida e incluso inexplicable desde la cultura occidental, como es el caso de la práctica desarrollada en la Casa de Salud. La propuesta de la Casa de Salud ha llevado a la participación que relaciono con el sujeto indígena autónomo el cual construye su historia partir de su manera de entender la realidad. .

En resumen, a pesar de que el Estado tiene la obligación de prestar el servicio de salud a las comunidades, les traslada esta obligación al Imponerles un sentido de responsabilidad individual en las tareas de promoción y la obligación de retribuir el servicio y no logra una identificación de la comunidad con el trabajo de salud que se hace en la clínica.

Por otro lado, el análisis de la experiencia concreta de construcción del proceso de salud comunitario de la Casa de Salud, ha desembocado en una práctica consciente hacia la definición de sus necesidades y de la respuesta a sus problemas de salud con acciones propias.

Los testimonios expresados por los participantes en los distintos grupos de análisis dieron cuenta de una forma de participación que se ha construido conforme al modelo comunitario y se concreta en el grupo de promotoras/es.

Las entrevistas mostraron que esta alternativa de participación conduce a la transformación de las promotoras/es, ya que su nombramiento por la comunidad permite reconocer y valorar sus capacidades. De esta manera se establece una identificación con el proceso por medio de la reproducción de sus saberes y valores en salud, como el uso de formas tradicionales terapéuticas de plantas medicinales, entre otros.

Al encontrarse las promotoras a si mismas y afirmarse en su cultura han vencido sus temores, miedos, y ha cambiado su papel familiar, aumentando así su autoestima.

Aunque debe aclararse que esta primera generación de promotoras/es no ha alcanzado todavía la autogestión económica.

Por último, el papel de este grupo alternativo de salud adquiere una dimensión mas amplia en la búsqueda conjunta de posibles soluciones al conflicto comunitario de división derivado de una situación de injusticia, de rezago y de imposición que han vivido.

En cuanto a la participación de los agentes externos, como es mi caso, se puede afirmar que ha sido un proceso de aprendizaje que ha permitido identificar posiciones diferentes de lo que se ha llamado participación y que se trata de un largo camino cuyo principio es el cambio.

En el trabajo se constataron estos tres hallazgos importantes aparte de lo ya referido:

1. Se constató la limitación que existía en el modelo de salud comunitario para la participación de las mujeres, quienes se dieron cuenta de sus condiciones estructurales de exclusión.
2. Se demostró que las mujeres construyeron su propio espacio de salud al cual no habían tenido acceso anteriormente. Esto significó un cambio que se basó en su fuerza de voluntad para incursionar en actividades diferentes al quehacer de la casa y del campo. Se vio que al ser revaloradas por la comunidad crecía su autoestima.
3. Se confirmó que las promotoras/es de salud asumieron los factores culturales como ejemplo de aspectos organizativos y de toma de decisiones. Se constató que el participar en el grupo de salud representa posibilidades de desarrollo de sus capacidades para la organización, para influir en la comunidad y de adquisición de conocimientos y experiencias que les han ayudado a transformar sus sentimientos de inseguridad en sentimientos de autoestima para la búsqueda de construcción del sujeto autónomo colectivo.

Los retos por venir respecto al proyecto de la Casa de Salud, en el momento actual, están en la división que existe en la comunidad como resultado de la guerra de baja intensidad que se despliega en la región. Esto incide en las formas de organización y toma de decisiones y puede repercutir en el futuro del proyecto de salud. Además está el reto de largo plazo que significa la construcción constante de esa cultura diferente, revalorándola en el mundo globalizado que avanza hacia la uniformidad.

Es difícil saber qué sucederá con este grupo de promotoras/es que a pesar de las limitaciones se plantea como tarea importante continuar en la apropiación de su proceso, de su concientización, autoorganización, socialización de las decisiones y en el avance de la gestión y autonomía de recursos económicos.

Quizá los retos para continuar en este proceso de construcción de sujetos autónomos y de la función de las promotoras en él se vincule cada vez más con la transformación de la realidad que enfrenta Chiapas en su conjunto.

Finalmente, la reconstrucción histórica del proceso de salud plantea cuestionamientos a futuro que pueden derivar en nuevos estudios, como ¿cuál será el modelo y políticas de participación que se implementarán en este nuevo gobierno que empieza, pero que mantiene el rumbo de la globalización? ¿cuál será el papel de los promotoras/es en este contexto y cuáles serán las nuevas formas de interrelación? ¿que modificaciones o reforzamiento a su cultura implica este nuevo modelo?, ¿cuál será el papel de las instituciones privadas y el alcance de los programas sociales?

BIBLIOGRAFIA

- Apel, Karl. 1998. "Globalización y multiculturalismo como reto del presente". 1-30. Ponencia presentada en el coloquio de teoría crítica, liberación y diálogo intercultural. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México.
- Archivo Diocesano. San Cristóbal de las Casas. Guaquitepec, 1861.
- Ballinas, Víctor. 1999. "Desde 1994 se ha mantenido la llegada de capitales a Chiapas". La Jornada. México, octubre 6: 7.
- Ballinas, Víctor. 1999. "Persisten rezago y marginación en Chiapas". La Jornada. México, octubre 5: 7.
- Banco Mundial. 1993. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, D.C. Estados Unidos de América. 1-52, 161-176.
- Barber, Michael. 1997. "La autorreflexión y los niveles de la arquitectónica de Dussel". Ponencia presentada en el coloquio de teoría crítica, liberación y diálogo intercultural. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México.
- Bassols, Narciso. 1979. "El programa educativo en México". en México indígena. INI 30 años después. Revisión crítica. Organó de difusión del Instituto Nacional Indigenista. México. Editorial libros de México: 49-52.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann. 1986. La construcción social de la realidad. Capítulo III. La sociedad como realidad subjetiva. Octava reimpresión, Buenos Aires, Amorrortu editores. 164-227.
- Boltvinik, Julio. 1999 "Justicia social neoliberal". La Jornada. México, julio 9, 1 y 25.
- Bonfil Batalla, Guillermo. 1994. México profundo. Una civilización negada. México, Grijalbo.
- Caso Andrade, Alfonso, 1979. "Los ideales de la acción indigenista" en México indígena. INI 30 años después. Revisión crítica. Organó de difusión del Instituto Nacional Indigenista. México. Editorial libros de México: 79-87.
- Ce-Acatl. 1996. "Derecho indígena y autonomía. México: Núm. 81: 16.
- Ce-Acatl. 1996. "Diálogo de Sacam Ch'en. Mesa de trabajo 1: derechos y cultura indígena" México: Núm. 78-79.
- Ce-Acatl. 1996. Foro Nacional Indígena. México: Núm 76-77: 42.
- Centro de información y análisis de Chiapas, CIACH, CONPAZ y SIPRO. 1997. México. Para entender Chiapas. Chiapas en cifras. México: Servicios Informativos Procesados (CIPRO).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1994. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. "Los sistemas de servicios de salud. Capítulo IV". 37-102.

Crónicas intergalácticas EZLN. 1996. Primer encuentro intercontinental por la humanidad y contra el neoliberalismo. Chiapas, México: Planeta Tierra. 39-47, 77-89.

De la Peña, Sergio. 1994. "Viejos y nuevos sujetos sociales". Redefiniciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, No. 1, enero: 23-36.

Delgado, Orlando. 1999. "El Banco Mundial y los pobres". La Jomada. México, octubre 2.

Díaz Polanco, Héctor. 1991. Autonomía regional. La autodeterminación de los pueblos indios. México. Siglo XXI, 86-108.

Díaz-Polanco, Héctor. 1994. "Pueblos indios, autonomía y territorialidad". Redefiniciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, No. 1, enero: 71-86.

El programa nacional de solidaridad. 1994. Consejo Consultivo del programa nacional de solidaridad. México: Fondo de Cultura Económica.

Experiencia del Programa IMSS-Coplamar 1982-1987. 1988. Coordinación General del Programa IMSS-Coplamar. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fazio, Carlos. 1994. Samuel Ruiz. El caminante. México: Espasa Calpe. 99-113.

Freire, Paulo. 1996. Política y educación. Primera edición en español. México. Siglo XXI.

Freyermuth, Graciela. 1993. Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los altos de Chiapas. Chiapas, México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste.

Garduño Andrade, Ma. de los Angeles. 1998. "La salud de las mujeres ¿Un derecho o un medio? México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Garduño Andrade, Ma. de los Angeles. 1999. "Poros y grietas de los modelos de gestión en salud". México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Gomezjara, Francisco. 1996. Técnicas de desarrollo comunitario. México: Fontamara. Novena edición. 7-27, 77-134.

González Casanova, Pablo. 1994. "Lo particular y lo universal a fines del siglo XX" CIHMECH. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Centro de Investigaciones Humanísticas y el Estado de Chiapas, vol. 4, números 1 y 2: 17-37.

Hall, J.A. y G.A. Ikenberry. 1989. El Estado. México, Nueva Imagen. 11-39.

Hernández, Natalio. 1979. "La nueva política indigenista" en México indígena. INI 30 años después. Revisión crítica. Órgano de difusión del Instituto Nacional Indigenista. México. Editorial libros de México: 167.

Herrera Téllez, Jose. 1980. "Resultados del análisis del desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR en UMR a un año de su implantación. IMSS. México.

INEGI y Gobierno del estado de Chiapas. 1998. Anuario estadístico del estado de Chiapas. Edición 1998. Aguascalientes, México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

INI 30 años después. Revisión crítica. 1978. México. Organo de difusión del Instituto Nacional Indigenista. Editorial libros de México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera reunión anual de análisis del desarrollo del programa IMSS-COPLAMAR. Memoria. 1982. Coordinación del programa IMSS-COPLAMAR. México. IMSS.

Instituto Nacional Indigenista 1989-1994. 1994. México. Instituto Nacional Indigenista. Secretaría de Desarrollo Social. México.

Instituto Nacional Indigenista 40 años. 1988. México. Instituto Nacional Indigenista.

Keijzer, Benno de. 1997. "Participación Social y promoción de la salud: un balance crítico". Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Morelos, México.

Klesing.Rempel, Ursula. 1997. "Lo propio y lo ajeno. Interculturalidad multicultural". Ponencia presentada en el Encuentro Nacional 20 años de educación de adultos. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. México.

Kurnitzky, Horst. 1998. Vertiginosa inmovilidad: los cambios globales de la vida social. México: Blanco y negro.

Landáuzuri, Gisela. 1999. "Los profesionistas y los sujetos sociales en el medio rural". Ponencia presentada para el seminario: Nuevos retos y alternativas para el Desarrollo Rural en el siglo XXI. México.

Landáuzuri, Gisela. 1999. "Relaciones interculturales entre profesionistas y campesinos indígenas en el medio rural". Ponencia presentada en el I Congreso internacional cultura y desarrollo, Cuba. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México.

Latapí, Pablo. 1975. "Reformas educativas y culturas milenarias". Excelsior. México, abril 19, 8A.

Laurell, Asa Cristina. 1992. "Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo" en Laurell (Coord). Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México: Friedrich Ebert Stiftung. 125-146.

Le Bot, Yvon. 1997. Subcomandante Marcos. El sueño zapatista. Barcelona, España.

Lenkersdorf, Carlos. 1996. "Los hombres verdaderos. Voces y testimonios tojolabales". México. Siglo XXI.

León, María del Carmen, Mario Humberto Ruz y José Alejos García. 1992. Del Katún al siglo. Tiempos de colonialismo y resistencia entre los mayas. México. Consejo Nacional para la cultura y las artes. 118-138.

Levy-Strauss, Claude. 1992. El pensamiento salvaje. México. Fondo de Cultura Económica: 44.

Limón Rojas, Miguel. 1988. "El indigenismo: un imperativo nacional". En Instituto Nacional Indigenista 40 años. México: 81-101.

López, Oliva y José Blanco. 1993. La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Colección Ensayos, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 15-67.

López, Oliva, José Blanco. 1995. "La política de salud en transición ¿Reforma o contrarreforma?. Ponencia presentada en el XX Congreso Latinoamericano de sociología. América Latina y el Caribe perspectivas de su reconstrucción.

Martinic, Sergio y Nora Bertoni. Salud y municipio: aporte desde la investigación. "La participación social en salud desde el punto de vista de los equipos de salud y los beneficiarios". Capítulo III 62-95. Santiago, Chile: Corsaps.

Maurer, Eugenio. 1984. Los tseltales. México: Centro de Estudios Educativos, A.C.

Méndez, Luis y Miguel Angel Romero. 1996. "Chiapas: semblanza de un conflicto". El Cotidiano. México: Universidad Autónoma Metropolitana Ascatotzalco. núm. 76, mayo-junio, 2-40.

Misión de Bachajón. 1958-1998. Cuaderno de trabajo. 1998. México. Bachajón, Chiapas.

Morales, Mardonio. 1996. "Comunidad, servicio, hospitalidad". Christus. México: núm. 696. Septiembre-octubre: 16-18.

Netwar contra el EZLN". 1999. La Jornada. México, agosto 29, 9.

Ocampo, Adolfo. 1999. La economía chiapaneca ante el tratado de Libre Comercio. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México: CIACH Centro de Información y análisis de Chiapas.

OIT. Convenio No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales. 1989. 1996. Costa Rica. Organización Internacional del trabajo. Oficina para América Central y Panamá.

Organización Mundial de la Salud. 1991. De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. "Carta de Ottawa para la promoción de la salud". 1987. Boletín Oficina Panamericana. Washington D.C., vol. 103. núm. 1: 76-81.

Organización Panamericana de la Salud. 1993. "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud". Documento elaborado por el grupo de trabajo convocado por la OPS. Washington, D.C. 1-39.

Organización Panamericana de la Salud. 1994. Las condiciones de salud en las américas. Washington, D.C. 336-342.

Organización Panamericana de la Salud. Sobre la OPS. ¿Qué es la OPS? Servicio de biblioteca. org/whatpaho.htm.

Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. "Salud y condiciones de vida". 1994. 1:139, 339-352 Washington, D.C.

Ovalle, Ignacio. 1979. "Bases programáticas de la política indigenista (un esquema participativo)" en México indígena. INI 30 años después. Revisión crítica. Organismo de difusión del Instituto Nacional Indigenista. México. Editorial libros de México: 9-21.

Page, Jaime. 1996. Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil. Estudio de caso. (Serie monografías 6). Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas. 159-272.

Paris, María Dolores, 1998. "Identidad de las elites en el centro de Chiapas. Tesis de doctorado en ciencias sociales, FLACSO, México.

Piñeyro, Jose Luis y Gabriela Barajas. 1996. "Seguridad nacional y pobreza en México: notas sobre el Pronasol. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.

Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. Secretaría de Gobierno. Gobierno del estado de Chiapas. México. Publicación No. 123-A-95 Bis. Tercera edición. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. 1989. México: Poder Ejecutivo Federal. 125-129.

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. 1995. México: Poder Ejecutivo Federal. 92-126.

Primera reunión anual de análisis del desarrollo del programa IMSS-Coplamar. 1981. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación del Programa IMSS-Coplamar.

Programa de Salud y Asistencia Social 1995-2000. Gobierno del Estado. Chiapas, México. Primera edición.

Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994. 1994. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Propuestas de las mujeres indígenas al Congreso Nacional Indígena. 1996. México.

Robirosa, M. et al. s/f. "Turbulencia y Planificación Social", Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado, UNICEF. Siglo XXI de España, mimeo.

Rodríguez Aguirre, Manuel. 1998. Pedagogía de la autogestión. Tesis de Maestría en Desarrollo Rural, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Roux, Gustavo. 1993. "Participación y cogestión de la salud". Educación Médica y salud. Vol. 27, núm. 1: 50-60.

Samaja, Juan. 1992. "La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario". Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Vol.26, núm.1: 4-34.

Sánchez, Adolfo. 1973. La ideología de la "neutralidad ideológica" en las ciencias sociales. México. Océano 9-25.

Progresá, 1998. Documento sobre lineamientos generales. Sedesol. Gob. Mx, México.

Stiefel, Matthias y Marshall Wolfe. 1994. A voice for the excluded. Popular participation in development: utopia or necessity?. Inglaterra: Zed Books, The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). 1-21, 197-219.

Transparencia, Sociedad Civil. 1997. "Guía ciudadana sobre el Banco Mundial en México". Información sobre proyectos financiados por la Banca Multilateral en México. México.

Turabian, Jose Luis. 1992. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid, España: Díaz de Santos.

Ugalde, Antonio. 1985. "Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs". Social Science of Medicine. Gran Bretaña. Vol. 21, núm.1: 41-53.

Valles, M. 1997. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid. Síntesis. 177-234.

Werner, David y David Sanders. 1997. Questioning the solution: The politics of Primary Health Care and child survival. California, EUA. Health Wrights. 10-30, 127-132.

World Bank. Participation in Practice. The experience of the World Bank and other stakeholders. 1996. World Bank discussion paper No. 333. Washington D.C.

Zemelman, Hugo y Guadalupe Valencia. 1990. "Los sujetos sociales: Una propuesta de análisis. Acta Sociológica. México: UNAM. Coordinación de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, vol III, mayo-agosto: 89-104

ANEXO 1

ENTREVISTA INDIVIDUAL EN PROFUNDIDAD A AUTORIDADES, ANCIANOS Y LÍDERES DE LA COMUNIDAD.

Técnica metodológica para recabar los aspectos socioculturales de la forma de participación autónoma comunitaria, para verificar en que medida los asumen cada uno de los espacios de salud.

Instrumento: guión de temas

Nombre del entrevistado _____

1. Experiencia de organización: autoridades que conforman el modelo comunitario.
2. Funciones de las autoridades
3. Participación de la comunidad en el nombramiento de autoridades.
4. Mecanismos de elección de autoridades y motivos por los cuales los nombran.
Desarrollo de la asamblea
5. Función de la comunidad y autoridad en la toma de decisiones.

ENTREVISTA INDIVIDUAL A SUJETOS DE LA COMUNIDAD

Técnica para recabar la información que permita probar que la Casa de Salud ha retomado las formas de organización comunitaria y promovido un tipo de participación que considera los aspectos socioculturales como la toma de decisiones.

Instrumento: guión de temas

Nombre del entrevistado _____

Edad _____

Escolaridad _____

Idioma _____

1. Personas que promovieron la Casa de Salud y las razones para hacerla.
2. Personas que tomaron la decisión para construir la Casa de Salud.
3. Forma de organización comunitaria para construir la Casa de Salud
4. Mecanismo de nombramiento de autoridades de la Casa de Salud

5. Autoridades pertenecientes a la Casa de Salud
6. Personas que participan en el nombramiento de autoridades y las razones para nombrarlas
7. Motivos por los que asisten a las asambleas de la Casa de Salud
8. Asuntos que deciden en las asambleas
9. Persona o personas que toman las decisiones acerca de los planes y actividades que pueden o deben realizarse en la Casa de Salud
10. Motivos de asistencia para recibir atención en la Casa de Salud
11. Formas de cooperación y/o pago por el servicio

ENTREVISTA INDIVIDUAL EN PROFUNDIDAD A SUJETOS DE LA COMUNIDAD

Técnica para recabar la información que permita probar que las formas de participación impulsadas por el IMSS son una expresión de los intereses estatales y sectoriales y se refleja en la manera en que ponen en práctica las acciones de salud y la limitación en la toma de decisiones.

Instrumento: guión de temas.

1. Personas promovieron la UMR-UMSS las razones para hacerla
2. Personas o grupo que tomaron la decisión de construir la UMR-IMSS
3. Forma de organizaron para construir la UMR-IMSS
4. Nombramiento de autoridades de la UMR-IMSS
5. Autoridades pertenecientes a la UMR-IMSS
6. Toma de decisiones para el nombramiento de autoridades y las razones para nombrarlas.
7. Motivos para asistir a las asambleas de la UMR-IMSS
8. Asuntos que deciden en las asambleas
9. Toma de decisiones acerca de los planes y actividades que pueden o deben realizarse en la UMR-IMSS
10. Motivos de asistencia para recibir atención a la UMR-IMSS
11. Formas de cooperación y/o pago por el servicio

ENTREVISTA INDIVIDUAL A ENFERMEROS DE LA CASA DE SALUD Y DE LA UMR-IMSS

Técnica para recabar información que permita probar las dos hipótesis anteriores.

Instrumento: guía de entrevista

1. ¿Quién nombra al enfermero y cuáles son los motivos por los que aceptaste el cargo?
2. ¿Quiénes deciden los programas y actividades que se realizan en la comunidad?
3. ¿Qué resultados se buscan con la puesta en práctica de los programas?
4. Logros alcanzados

ENTREVISTA INDIVIDUAL A PERSONAS DE LA COMUNIDAD Y A PROMOTORAS/ES

Técnica para recabar información que permita probar que la participación ha producido cambios en las promotoras/es y se expresan en mayor capacidad para percibir los problemas de salud-enfermedad, así como para incidir a través de la toma de decisiones en los cambios de la comunidad.

Instrumento: guión de temas

1. Enfermedades que se presentan en la comunidad.
2. Causas por las que piensan se enferma la gente
3. Posibles soluciones para que disminuyan las enfermedades
4. Participación en las decisiones de la salud familiar y comunitaria

HISTORIA DE GRUPO: PROMOTORAS/ES DE SALUD Entrevista grupal participativa

Técnica metodológica que permita probar que la participación organizada ha favorecido en el grupo de promotoras/es cambios que se expresan en una apropiación del proceso de salud y el desarrollo hacia la constitución de sujetos autónomos.

Instrumento: guión de temas

Inicio del grupo

Formación del grupo

Organización, funciones y toma de decisiones

Motivaciones para la participación

Obstáculos y alcances

Relación con la comunidad

Resultados personales y comunitarios