

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

TESIS DE MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

**El pensamiento-en-salud
en dos comunidades indígenas-campesinas de
La Huasteca: Metlatepec y El Lindero, 2003.**

Diciembre 2003

Asesora: Dra. Carolina Tetelboin Henrion

Alumno: Philip Tavernier

- AGRADECIMIENTOS -

A los habitantes de La Huasteca y su organización popular FDOMEZ

Por darme la oportunidad de aprender y crecer dentro de la lucha política
que es la base del presente planteamiento y desarrollo

A las y los trabajadores de salud de Capás AC

Por su entrega y entusiasmo en el trabajo de salud comunitaria
Por su apoyo en la investigación de campo que va más allá que la presente tesis

A las maestras y los maestros de la Maestría en Medicina Social

Por introducirme en el pensamiento de la Medicina Social y Salud Colectiva

A todos los lectores

Por sus valiosos comentarios y críticas al presente trabajo
que siguen bienvenidos en: sombrero@laneta.apc.org

- ÍNDICE -

PRESENTACIÓN	4
I. EL CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO	10
La lucha por la tierra y constitución de FDOMEZ :	
el hambre versus la acumulación de capital	10
Políticas sociales y de salud del gobierno Mexicano	20
Las condiciones de vida y la organización comunitaria	
en Metlatepec y El Lindero	26
Las prácticas en salud año 2003 en Metlatepec y El Lindero	30
A. El gobierno mexicano como actor en salud en ambas comunidades..	30
B. FDOMEZ como actor en salud a través de Capás AC	35
C. Otros actores en salud en ambas comunidades	37
Fuentes	39
II. PROBLEMATIZACIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD	
EN METLATEPEC Y EL LINDERO	41
III. EL MARCO CONCEPTUAL	46
Introducción	46
Definición de pensamiento-en-salud	48
A. Los conceptos con relación al proceso salud-enfermedad	
y con relación a las acciones en salud	48
B. Sujeto Social	48
C. Representación y Reflexión	49
La construcción del pensamiento-en-salud	50
La Ideologización de los conceptos	51
Los elementos hegemónicos del pensamiento-en-salud	55
Los elementos contra-hegemónicos del pensamiento-en-salud	60
El pensamiento-en-salud y la práctica liberadora en salud	64
Fuentes principales	67

LA METODOLOGÍA	70
Eje analítico 1: El pensamiento-en-salud	72
Componente 1: La conceptualización de “la salud” y sus causas	73
Componente 2: La relación entre las causas y determinantes estructurales.....	74
Componente 3: Las acciones pensadas en salud y el papel del individuo en las acciones en salud	75
Eje analítico 2: La construcción del pensamiento-en-salud	76
Componente 1: El origen del pensamiento-en-salud	76
Componente 2: El valor positivo de algunas fuentes	77
Eje analítico 3: El uso del pensamiento-en-salud	78
V. LA TÉCNICA	79
VI. LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	84
VII. EL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO	87
La conceptualización de “la salud” y sus causas	88
Método de análisis	88
Análisis por grupo	89
Comparación de los grupos	100
La relación entre causas y determinantes estructurales	102
Método de análisis	102
Análisis por subgrupo	103
Comparación de los grupos	111
Las acciones pensadas en salud y el papel del individuo en las acciones en salud	112
Método de análisis	112
Datos por subgrupos	113

Análisis y comparación de los subgrupos	118
Conclusión	120
VIII. LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO	126
El origen del pensamiento-en-salud	126
Método de análisis	127
Análisis por grupo	127
Comparación de los grupos	130
El valor positivo de algunas fuentes del pensamiento-en-salud	131
Método de análisis	131
Análisis por grupo	131
Comparación de los grupos	134
Conclusión	134
IX. EL USO DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO	138
Método de análisis	138
Análisis por grupo	138
Comparación de los grupos	142
Conclusión	143
X. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES FINALES	144

ANEXO

La información obtenida en la investigación de campo

- PRESENTACIÓN -

La presente investigación es una tesis de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco que se acerca al pensamiento-en-salud de los habitantes de 2 comunidades indígenas-campesinas de La Huasteca Hidalguense en México. Con el *pensamiento-en-salud* nos referimos a los conceptos con relación al proceso salud-enfermedad y con relación a las acciones en salud. Del pensamiento-en-salud, nos interesa en la presente investigación acercarnos a su relación con la transformación social o el status quo de la sociedad Mexicana.

Hemos elegido el presente tema por nuestra experiencia, interés y vínculo con la población indígena-campesina de La Huasteca. El autor, de nacionalidad belga, llegó por primera vez a México en mayo 1997 para levantar datos y hacer un estudio de necesidades en tres municipios de La Huasteca, evaluando la posibilidad de empezar un proyecto de cooperación internacional, llevado a cabo por la ONG belga Medicina para el Tercer Mundo y a petición del Frente Democrático Oriental "Emiliano Zapata" (FDOMEZ), la organización popular de estas comunidades. En julio del mismo año se entrega un proyecto de financiamiento al gobierno belga, que fue aprobado técnicamente pero se pospuso la aprobación a nivel del gabinete político, por ser La Huasteca, según información del entonces embajador belga en México, una región peligrosa y altamente politizada en la cual los extranjeros no debían comprometerse. Finalmente se logró la aprobación y el proyecto inició el primero de enero de 1998. El objetivo principal del proyecto de cooperación fue satisfacer las necesidades básicas en salud a través del desarrollo de la atención primaria, con la capacitación de trabajadoras y trabajadores de salud de las mismas comunidades. Con el transcurso de los años, las actividades se fueron desarrollando hasta llegar, en el año 2000, a la formalización de una organización de salud, impulsada dentro de FDOMEZ por la población y sus trabajadores de salud, el "Centro de Apoyo a las Iniciativas del pueblo de La Huasteca en Áreas de la Salud", Capás AC.

El trabajo de salud de Capás AC en La Huasteca se da en un ámbito de pobreza, desigualdad social y confrontación política. La población sobrevive en condiciones de pobreza a través del cultivo en laderas, dependiendo de la lluvia y la ausencia de huracanes o plagas y enfermedades para tener algo que comer. Una pobreza con casas de adobe, pisos de tierra y un petate para dormir. Una pobreza con falta de oportunidades para estudiar y sin apoyo técnico. Pero también una pobreza rodeada por la riqueza de la extracción petrolera y por las extensas vegas de los caciques, con ganado o naranjales. Una pobreza, o mejor dicho desigualdad social, que no se da naturalmente sino en contraste con las riquezas de México, como resultado de un sistema capitalista. Aunque actualmente el gobierno adquiere una etiqueta de *democratización* o *cambio*, en los hechos solo confirma las desigualdades sociales existentes.

El trabajo de Capás AC también se da en un ámbito político. La Huasteca tiene en efecto un sello "político", principalmente por las arduas luchas por la tierra en los años '70 y '80 del siglo pasado, por ser la represión la única respuesta de los entonces gobiernos a las demandas constitucionales y legítimas, de los campesinos-indígenas, de un poco de tierra para poder comer. Pero hoy, más que nunca, sigue dicha lucha. Una lucha que ya no se enfoca a la lucha por la tierra sino que se encuentra en otra etapa en la cual se incorpora la reivindicación del papel de la mujer en la comunidad, de los derechos humanos y la lucha por la salud. Así FDOMEZ, la organización popular que promovió, ya desde muchos años antes del proyecto de salud, el trabajo sanitario en La Huasteca, sigue coordinando las diferentes actividades en las comunidades organizadas. En este ámbito, la situación social que se expresa como un cierto perfil de salud, urge a desarrollar actividades para enfrentar los problemas de salud-enfermedad. Construir salud dentro de un movimiento político significa tomar en cuenta el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad para cambiar -en esencia- la determinación de dicho proceso a través de una transformación radical de nuestra sociedad. Construir alternativas o llevar a cabo cambios, también lleva a construir nuevos conceptos e ideas, en este caso sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud.

Dudas sobre el papel de las acciones en salud con relación a la lucha política de EDOMEZ y de una transformación social de nuestra sociedad, nos llevaron a estudiar la Maestría en Medicina Social y a hacer la presente tesis como reflexión al trabajo y la experiencia concreta. Los hechos durante el trabajo de salud en comunidades organizadas dentro de una organización popular nos demostraron que no es por tener una conciencia política relacionada a la lucha por la tierra que un trabajo sanitario se hace progresista o resistente. Nos hace buscar cómo se construyen ideas o conceptos en el ámbito de la salud. Nos hace pensar sobre el quehacer sanitario resistente o reformista y la relación entre ambos. Nos hace reflexionar sobre cómo debe ser nuestro actuar en salud si queremos construir alternativas. Estas dudas y preguntas también están a la base de la problematización en la presente investigación y del desarrollo del concepto o la categoría de pensamiento-en-salud que han crecido a lo largo del desarrollo académico de la maestría y que falta por madurarse.

Con *transformación social* seguimos el marxismo-leninismo que desarrolla el concepto de Modo de Producción como determinante esencial en la estructura de una sociedad. No significa que solo el cambio de un modo de producción lleva a resolver los problemas de salud-enfermedad de una sociedad sino que la distribución equitativa de la riqueza del mundo basada en la abolición de la contradicción entre el capital y el trabajo es una base esencial para construir un proceso salud-enfermedad y una sociedad donde todas y todos tienen las mismas oportunidades.

Al inicio de la maestría, en 2001, nuestro planteamiento para una investigación de tesis se dirigía más a la evaluación de las actividades sanitarias de Capás AC queriendo compararlas con otras actividades sanitarias en la zona como las del gobierno, los médicos particulares o la medicina tradicional. Pero, a la vez queríamos abordar las acciones en salud y el proceso salud-enfermedad desde una mirada de los protagonistas mismos. Fuimos derivando hacia una búsqueda de cómo la gente ve la salud y cómo dichas acciones en salud influyen en sus conceptos sobre el proceso salud-enfermedad. Finalmente llegamos a desarrollar lo que ahora llamamos el pensamiento-en-salud.

La presente investigación no se trata de analizar el perfil de salud de los habitantes en sí, sino cómo piensan los fenómenos ligados a la salud o sea la conceptualización sobre el proceso salud-enfermedad y sobre las acciones en salud. Queremos conocer en la presente investigación cuál es el pensamiento-en-salud de los indígenas-campesinos de las comunidades de La Huasteca Hidalguense: El Lindero y Metlatepec. Queremos acercarnos a la estructura y la construcción de dicho pensamiento, y a su relación con la realidad concreta. Un pensamiento que se relaciona con la realidad concreta, determinado por las relaciones de poder de la actual sociedad capitalista. Pero también un pensamiento que se relaciona con la realidad concreta por ser un determinante importante en la conducta en salud y las acciones en general de la gente, que a su vez son el motor principal de dicha transformación radical de la sociedad. Así vemos el pensamiento-en-salud como un momento subjetivo y actual donde podemos mirar de un lado el reflejo o determinación *por* las relaciones de poder y del otro lado la potencialidad o la determinación *de* una transformación a futuro. La separación, en un nivel abstracto de dicha relación con la realidad concreta, nos permite objetivizar nuestro objeto de estudio sin neutralizarlo. El pensamiento no nos explica todo, sino que nos acerca un poco más a esta interacción entre la realidad concreta de hoy y la de mañana a través del sujeto y la voluntad o la conducta humana.

A raíz de los comentarios al presente trabajo de investigación queda por aclararse que no es nuestra intención comprobar o demostrar que a través del pensamiento-en-salud se puede llegar a transformar la sociedad. Desde el trabajo concreto del investigador surgen las dudas sobre cómo se puede *aportar* desde el trabajo sanitario a una lucha política que se dirige a una transformación social. El presente trabajo, más que resolver el dilema de la relación entre el pensamiento-en-salud y la transformación social, nos acerca al pensamiento-en-salud de 4 grupos focales que apenas consiste en un primer paso para resolver nuestras preocupaciones de fondo. Pero tampoco abordamos el pensamiento-en-salud como tal sino que queremos aclarar que nuestra mirada hacia el pensamiento-en-salud se da desde esta preocupación de fondo.

Nos enfocamos a la población de dos comunidades de La Huasteca Hidalguense en el municipio Huautla: El Lindero y Metlatepec. Geográficamente, La Huasteca abarca el norte de los estados de Veracruz e Hidalgo, la parte noreste del estado de Querétaro, el sur de Tamaulipas y la parte oriental de San Luis Potosí. (Zaragoza Ocaña, 1998). La región abarca 22,193 kilómetros cuadrados, conformadas por 50 municipios principalmente en San Luis Potosí, Hidalgo y Veracruz. La población total de la Huasteca es de 1,438,633 habitantes, distribuidos en 7,208 localidades (INEGI, 1995). Aunque la población está constituida por grupos indígenas huastecos, nahuas, totonacos, ña-ñu (otomíes) y tepehuas donde en mayor o menor medida hubo mestizaje con los hispanos, existe una unidad cultural que se expresa en el idioma, la música y baile o el huapango y en la alimentación como el zacahuili (tamal grande que se hornea en el rescoldo bajo tierra) o el, al igual que en su tradicional fiesta Xantólo alrededor del primero de noviembre.

Para llegar al lugar de la investigación desde el DF, hay que llegar a La Huasteca pasando por Pachuca y la sierra, o a través de Poza Rica y Álamo. Así se llega después de 7 a 9 horas respectivamente a Huejutla, Hidalgo o Chicontepec, Veracruz desde donde hay que tomar otro camión de una a dos horas para acercarse a estas comunidades. Finalmente hay que caminar aproximadamente una hora. Para llegar a la comunidad de El Lindero hay que pasar el río Calabozo que marca la frontera entre Veracruz e Hidalgo. La investigación de campo tuvo lugar en el tiempo seco así que no tuvimos problemas con crecientes de río que a veces imposibilitan el paso. Conociendo el lugar y los habitantes se puede llegar solo a las comunidades pero nunca sin avisar. La población acostumbra hacerse responsable de tu seguridad desde tu llegada hasta que llegues a otro pueblo o al camión que te lleva de regreso a tu casa. Las comunidades están organizadas y siempre hay una persona que se encarga de acompañarte a donde vayas. Para el caso de esta investigación, los trabajadores de salud estaban encargados de citar a la gente y avisar el comité de mujeres para la comida y el agua para beber.

En un primer capítulo nos acercamos al contexto socio-político de ambas comunidades. En un segundo capítulo, la *Problematización del pensamiento-en-salud*, problematizaremos el pensamiento-en-salud en ambas comunidades estudiadas. En el capítulo *Marco Conceptual* desarrollamos la categoría “pensamiento-en-salud” con relación a una transformación social. Así llegamos a desarrollar los elementos hegemónicos o contra-hegemónica en dicho pensamiento. En el cuarto capítulo desarrollamos la *Metodología* desde el desarrollo teórico para llegar a la *Técnica* utilizada en la investigación de campo que relatamos en el quinto capítulo. Desde el sexto capítulo analizamos los resultados obtenidos en la investigación empírica empezando con una introducción. En el séptimo capítulo analizamos la primera parte de los datos o *El pensamiento-en-salud en Metlatepec y El Lindero* con sus tres componentes. Luego, en el octavo capítulo analizamos los dos componentes referentes a la *Construcción del pensamiento-en-salud en Metlatepec y El lindero* para abordar en el noveno capítulo *El uso del pensamiento-en-salud en Metlatepec y El Lindero*. Finalmente, en el decimo plasmamos nuestras conclusiones finales. Anexamos los datos obtenidos durante la investigación de campo.

FUENTES

Zaragoza Ocaña, D. (1998) Intercambios comerciales prehispánicos entre el área de Guadalcázar y La Huasteca. En: Ruvlacaba Mercado, J. (1998) Nuevos Aporte s al conocimiento de La Huasteca. CIESAS.

INEGI (1995) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, *Conteo de población y vivienda 1995*.

- Capítulo I - EL CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Desarrollamos a continuación los antecedentes y el contexto socio-político principalmente desde los años 1930, por ser un periodo importante en la organización y el desarrollo político-social en La Huasteca, que nos ayuda a entender la presente investigación. Abordamos en el contexto socio-político 4 apartados. En primer lugar relatamos la lucha por la tierra y la constitución de FDOMEZ. En segundo lugar damos una reseña de las políticas sociales y de salud del gobierno Mexicano. En tercer lugar comentamos sobre las actuales condiciones de vida y la organización comunitaria, para finalmente abordar las diferentes prácticas en salud en La Huasteca.

LA LUCHA POR LA TIERRA Y LA CONSTITUCIÓN DE FDOMEZ: EL HAMBRE VERSUS LA ACUMULACIÓN DEL CAPITAL

INTRODUCCIÓN

La lucha por la tierra de los campesinos-indígenas de La Huasteca se da como respuesta a una necesidad de sobrevivir y como resistencia a la explotación –servidumbre- por los caciques locales. El papel del gobierno Mexicano con muchas promesas que nunca se cumplieron, la recuperación de un movimiento social a través de las centrales campesinas y finalmente la represión violenta, marcan profundamente la conciencia, organización y el pensamiento de la población de ambas comunidades.

Aunque podemos suponer que la dominación y resistencia siempre han existido de una o otra forma, vemos claramente la explotación indígena relacionada con la acumulación del capital en el tiempo de los caciques, que nacen en el tiempo de la Corona Española y que reciben luego el apoyo de los sucesivos gobiernos Mexicanos que utilizaron diferentes tácticas para acaparar la resistencia indígena-campesina. Desde 1982 empieza una nueva etapa llamada “neoliberal” que se acentúa con la entrada en vigor del TLC de América del Norte.

Es interesante e importante ver cómo se constituye la actual organización popular FDOMEZ desde una demanda para resolver el hambre y la explotación pasando por una fuerte represión en la cual el gobierno se alía con los caciques así demostrando su importancia dentro de una sociedad capitalista.

ANTES DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

Al finalizar la Conquista, una acción de la Corona Española, fue la de adjudicarse la tutela de la estructura tradicional del calpulli¹, de tal modo que tierras pobladas y tributos quedaron bajo su "protección". No obstante en los siglos XVI-XVIII las tierras fértiles y aptas para la ganadería fueron repartidos en manos privadas: seculares y eclesiásticas. Juntos con las guerras y las enfermedades traídos por los españoles, este va dando paso al despojo lento pero constante de las tierras indígenas. De esta forma, se inició la diferenciación entre el calpulli, denominado ahora *comunidades* (por el carácter común de trabajar la tierra) y las *haciendas* coloniales principalmente en manos de los españoles y mestizos.

En La Huasteca, a diferencia de otras regiones del país, la comunidad indígena como forma social y productiva, no fue destruida completamente por la clase dominante; en parte por su particular resistencia y en parte porque la ganadería extensiva y los cultivos² que se practicaban, demandaban gran cantidad de mano de obra que con los indígenas se obtuvo a bajo costo o gratuita con las faenas.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, muchas de las haciendas Huastecas se subdividieron por ventas o por herencias, aunque mantuvieron una estructura territorial unificada por medio de los *condueñazgos*. Las haciendas agustinas en las jurisdicciones de Tantoyuca y Huejutla a las cuales pertenecieron geográficamente El Lindero y Metlatepec respectivamente, fueron en el mismo periodo secularizadas.

Después del movimiento de independencia y numerosos combates de indígenas en la zona, se instaló el gobierno Mexicano lo que cambia de nuevo la subdivisión de las

¹ El calpulli era una comunidad de personas que incluía a todos los habitantes de una población o a una parte de ella cuando ésta era muy grande. La tierra era propiedad del "estado" y este a su vez, la dotaba en propiedad común al calpulli, como posesión inalienable y heredable de padres a hijos, siempre cuando habitaran en él. Una parte de la tierra era dotada individualmente y otra trabajada colectivamente, su usufructo se destinaba al sostenimiento del jefe del calpulli y al pago de impuestos.

² Los españoles introdujeron nuevos cultivos como la caña de azúcar y el café.

propiedades privadas hacia una acumulación de tierras donde algunas familias logran juntar mucha tierra a bajo costo. En 1847-1848 los indígenas se rebelan contra los hacendados de Ozuloma y en 1872 en Tehuétlan, surgiendo de ahí el llamado Plan de Tantoyuca que declara bajo influencia del naciente socialismo: *“Reunidas... las clases oprimidas de obreros, indígenas y proletarios, para mejorar su condición, han proclamado este plan (dirigido) contra la concentración de la tierra y el latifundismo, contra los capitalistas”* (FDOMEZ, 2001)

DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA HACÍA EL EJIDO

Este orden de caciquismo y explotación extrema se mantuvo en la Huasteca hasta principios del siglo XX y aún después del movimiento revolucionario de 1910-1917 que luchaba por “Tierra y Libertad”. No es sino hasta 1934 con el arribo del General Lázaro Cárdenas a la presidencia, cuando se inicia una nueva etapa con la propuesta de desarticular el latifundio teniendo como agente principal al campesino, organizado en torno al **ejido**, siendo este la figura jurídica para dotar de tierra a las comunidades que carecieran de documentos virreinales en una primera instancia.

Los indígenas reclamaron entonces para sí, la restitución de sus bienes. En 1935 se dan resoluciones de confirmación de bienes en el municipio de Orizatlan³ pero faltan muchas comunidades y el presidente Cárdenas no logra resolver el hambre ni la explotación caciquil.

EL CONTROL CORPORATIVO SOBRE EL MOVIMIENTO CAMPESINO

En el periodo que sigue, de 1940 a 1949, se concedieron solo 17 dotaciones en los municipios de Huautla y Orizatlan. Además, los presidentes Miguel Alemán (1946-52) y Ruiz Cortinez (1952-58) concedieron *inafectabilidad*⁴ ganadera a los propietarios privados y así empiezan una contrarreforma agraria con la reconcentración de la tierra en manos de la burguesía agrícola empresarial.

Lo anterior lleva a muchos campesinos-indígenas a organizarse en las décadas de las '40 hasta '60 en diferentes organizaciones “independientes” como la **Confederación**

³ Concretamente se trata de las comunidades Potegamel y La Laguna con un total de 978 hectáreas.

⁴ Mediante esta disposición se justificó la cría y engorda de ganado bovino que se convirtió en una de las principales actividades.

Nacional Campesina (CNC)⁵, mientras que otros miles emigraron a las ciudades. De 1954 a 1958, se registró una mayor actividad agraria con 23 dotaciones en Huejutla, Orizatlan, Yahualica y Huautla. No obstante que todo esto pareciera ser un aumento de la organización campesina con una mejor defensa de sus derechos, no era más que un control corporativo con una incapacidad de resolver los problemas de los campesinos lo que provocó (ya iniciando desde 1948) la escisión de un importante sector de los miembros de la CNC que se unió a la Alianza de Obreros y Campesinos (AOC) fundada por Lombardo Toledano.

En los tres sexenios siguientes (1958-1976) tuvo un nuevo auge el reparto agrario debido a la presión campesina. Durante el gobierno de López Mateos (1958-64) aumentó la represión y estuvieron a la orden del día las matanzas de campesinos.

Hizo su aparición en la Huasteca la recién creada **Confederación Campesina Independiente (CCI)**, al frente de la cual se encuentra Humberto Serrano Pérez, y tenía como objetivo organizar a los campesinos sin tierra en sindicatos y propiciar el control de los recursos productivos por los ejidatarios. Esta organización logra afiliación mayoritaria de los indígenas, promoviendo la invasión de predios privados como una forma de acelerar la Reforma Agraria, contando con el apoyo del entonces presidente Días Ordaz (1964-1970), y se da inicio a un reparto acelerado de tierras en toda la Huasteca. Aumentó el número de tierras distribuidas, sin embargo éstas no provenían de afectaciones hechas a los grandes propietarios, sino que eran de calidad inferior, cerriles y a menudo no laborables. De 1966 a 1969 se concedieron 70 dotaciones ejidales y 7 ampliaciones. En 1966 se negó la mayoría de los certificados de inafectibilidad ganadera que vencían en el sexenio. Hasta 1970 la tierra estaba distribuida de la siguiente manera: 97,529 ha ejidales (59.9%) y 60,684.1 (37.3%) de propiedad privada agrupados en 2,911 predios. El 36.0% del área era ocupada por los 5 cultivos principales: maíz, frijol, café,

⁵ Además, durante 1950, el control por la fabricación y comercio del aguardiente que era utilizado como medio de dominio sobre el indígena, trajo como consecuencia una pugna de poder conocida como la "revoltura", provocando la extinción total o parcial de algunas familias influyentes. Este conllevó la disminución del control de la burguesía agraria y dió cabida a la presencia de la Confederación Nacional Campesina (CNC), como instrumento social para impulsar la Reforma Agraria.

caña y naranja, mientras que el 46.7% era ocupada por la producción de pastos para la ganadería intensiva. Sus habitantes presentaban pobreza extrema y nulidad en servicios de salud, educación y vivienda.

Al inicio de la década de los setenta con Luis Echeverría Álvarez (1970-76) en la presidencia surge en todo el país una serie de movilizaciones campesinas. La principal reivindicación de estos grupos fue la demanda de la posesión de la tierra. En el mismo periodo, la actividad de las centrales campesinas con serias contradicciones internas y la presencia directa de partidos políticos cambian de un movimiento campesino organizado por el Estado a un movimiento campesino independiente.

En 1970 Humberto Serrano Pérez se separa de la CCI acusado de “aburguesamiento” e integra el **Consejo Agrarista Mexicano (CAM)** e intensifica la invasión de tierras, ejerciendo una marcada influencia sobre ellos los logros del Campamento “tierra y Libertad” de la Huasteca Potosina. Los “agraristas” como fueron llamados los del CAM, ensalzaban su origen étnico y catalogaban de “español”, invasor, terrateniente y cacique a todos los mestizos. De 1972 a 1976, se intensifican las invasiones de predios en todos los municipios, surgiendo líderes como Benito y Margarito Hernández, vecinos de la comunidad de la Corrala, municipio de Huejutla, registrándose enfrentamientos muy violentos entre campesinos indígenas y el estrato más alto de la burguesía agraria.

Entre 1970 y 1976 además surgen la Unión Campesina Independiente de la Sierra Norte de Puebla y centro de Veracruz y la Central Independiente de Obreros Agrícolas y Campesinos (CIOAC) que está activa a nivel nacional.

El año de 1975 fue particularmente importante en la vida de la Huasteca hidalguense ya que el caciquismo de Sánchez Vité hacía crisis, pero se recrudeció con la llegada al gobierno del estado de Hidalgo de Jorge Rojo Lugo, al tiempo que la crisis del campo a nivel nacional se empezaba a hacer patente. La construcción de la carretera Pachuca-Huejutla puso al descubierto el caciquismo local de esta región por parte de los Zuñiga, Los Fayad, los Austria y los Nochebuena. En ese mismo año se registró la matanza de 10 campesinos con un sinnúmero de heridos a manos de pistoleros a las órdenes de los caciques al igual que judiciales y militares disfrazados de campesinos (OIPUH, 1978).

En 1976, el CAM, la CCI y la CNC, firman el Pacto de Ocampo, en el que se comprometían a detener la invasión de tierras. Humberto Serrano es nuevamente acusado de traicionar la causa. Al mismo tiempo, la Secretaría de la Reforma Agraria (SRA), intenta el desalojo de los terrenos, alegando que carecían de validez las posesiones y solicitando la intervención de la fuerza pública. Los campesinos se niegan a acatar la orden y muchos de ellos fueron encarcelados, buscando entonces nuevas estrategias para hacer frente al problema.

Aparece en 1977 el **Partido Mexicano de los Trabajadores** (PMT), gestionando la liberación de los detenidos logrando desplazar al CAM, del cual Pedro Beltrán y Humberta Hernández eran los principales líderes.

En el mes de marzo 1977, fue secuestrado en Huejutla, Hidalgo, por la policía judicial, el presidente del Consejo Supremo Náhuatl del Estado de Hidalgo en la región de la Huasteca, Pedro Amador Hernández, que fue torturado en Pachuca y regresó a Huejutla donde murió días después de fracturas múltiples, agua en los pulmones, quemaduras y desprendimiento de uñas, todo esto por el "trato" que le dieron la policía judicial (OIPUH, 1978).

LOS CAMPESINOS DE LA HUASTECA SE ORGANIZAN DE FORMA INDEPENDIENTE

Es entonces cuando algunas comunidades convocan a reunión extraordinaria el 7 de abril de 1977 para plantear la creación de una organización de carácter independiente. El 27 de abril del mismo año se conformó la **Organización Campesina Independiente** (OCI), teniendo como líder a Alejandro Hernández Dolores.

Después de la emboscada del 14 de mayo de 1977 en la comunidad Tenexco Primero (Huitzotlaco) en el municipio de Atlapexco, Hidalgo, en la cual murieron Nicolás Anastacio, Nicolás Tolentino y Nicolás Baltazar mientras que 12 campesinos más quedaron heridos, se da al movimiento campesino el nombre de "**OCI 14 de Mayo**". Esa masacre de campesinos fue perpetrado por bandas paramilitares comandadas por Fermín Pérez de Xochicuatlan (Hidalgo) al servicio de los caciques de las familias Fayad, Austria, Yáfar y Santander, en complicidad con dirigentes del CAM como Alfonso Garzón Santibañes, protegidos por el entonces gobernador interino del estado de Hidalgo Eduardo Suárez Molina (OIPUH, 1978). La reacción de la OIC 14 de Mayo fue que del

14 al 20 de mayo 1977, expulsaron del municipio de Atlapexco y Huautla a un total de 40 caciques.

Un año más tarde la organización cambia su nombre por **Organización Independiente de Pueblos Unidos de la Huasteca (OIPUH)**. La represión en este periodo generó una fuerte inconformidad en la región, destacándose la participación de dirigentes campesinos como fue el caso de Pedro Beltrán Trejo, dirigente del PMT, quien también fue asesinado. Esto debilitó el PMT que negoció con el Estado para detener la movilización campesina, que incluso había llegado a cerrar la carretera federal 105, y puesto en estado de sitio a la ciudad de Huejutla por cerca de dos semanas. En julio 1978 fueron asesinados 5 campesinos de la comunidad de Huizachahual, Huejutla (OIPUH, 1978). Formando la **Unión Regional de Ejidos y Comunidades de la Huasteca Hidalguense (URECHH)**, Gustavo Gordillo colaboró con el gobierno para frenar, dividir y detener el movimiento independiente. De 1979 a 1980, aparece el **Partido Socialista de los Trabajadores (PST)** por medio del cual se pretendía controlar la invasión de predios y todo el movimiento, encontrándose como líder Pedro Martínez e iniciándose con él, la presencia de líderes llegados de otras regiones del país. Así mismo, en el ámbito nacional, se consolida la **Coordinadora Nacional Plan de Ayala** en 1979 (CNPA) aglutinando a 19 organizaciones regionales entre ellas la OIPUH, iniciando un proceso que abriría espacios ante la postura *contra-agrarista* del Estado.

También en 1979, se intenta aminorar la violencia en la región con un poderoso despliegue de fuerza militar, a través de las maniobras de escuelas militares, que no aplasta la movilización social sino que la alienta. Durante el sexenio de José López Portillo (1976-1982) se expide un decreto expropiatorio que concedía la indemnización a todo predio invadido.

Humberta Hernández Tovar, dirigente de la OIPUH, fue asesinada en un camión en 1980 (OIPUH, 1979). Hacia 1981, el gobierno del gobernador Guillermo Rosell de la Lama reconoció la gravedad del problema en la Huasteca hidalguense y, con el respaldo de José López Portillo, promovió la compra de alrededor de 30,000 hectáreas de tierra para los indígenas-campesinos, fundamentalmente de las que ya tenían invadidas.

La inseguridad tanto en la tenencia de la tierra como en los aspectos de seguridad pública, provocaron que la producción agropecuaria, especialmente la ganadería bovina, redujera su superficie a 10,9% y que gran parte del ganado fuera sacado del estado. La estrategia de las organizaciones campesinas fue *roza-tumba-quema* de toda clase de cultivos existentes tales como pastos, cafetales y cañaverales para realizar la siembra de maíz y frijol.

A partir de 1980 se iniciaron los avalúos de predios privados por parte de la Secretaría de Reforma Agraria a fin de que se indemnizaran y pudieran ser repartidos legalmente como ejidos. Dentro del decreto se concedía al propietario privado la retención de no más de cinco hectáreas, mismas que serían respetadas, aún cuando se ubicarían dentro del área de dotación ejidal. Los valores que se dieron a algunos terrenos correspondían a precios de 1977. Cuando Miguel De la Madrid (1982-1988) llega a la presidencia con Rosell de la Lama todavía en la gubernatura del estado, se da una **forma de pacto político** que supone la pacificación de la zona considerada como una de las más conflictivas del país. Para lograrlo se ejecutaron las tres siguientes estrategias: legalizar las tierras ejidales, acentuar la presencia militar para controlar la violencia y reactivar la producción agropecuaria con el apoyo del Estado.

De esta forma la burguesía agraria se trasladó a las ciudades concretamente a Huejutla, Orizatlan, Atlapexco y Huautla, invirtiendo su capital en servicios, comercios y trabajando en oficinas gubernamentales, desde donde continuaron ejerciendo dominio.

REPRESIÓN MILITAR

Anteriormente los enfrentamientos eran directos entre burguesía agraria y campesinado pero a partir de entonces los enfrentamientos se hacían entre ejército y campesinado, aunque no se realizaba en forma abierta dado el alto grado de complejidad que obligaba al ejército a ser prudente para evitar acciones que repercutieran a nivel nacional.

En 1980 se efectuó la detención de 500 campesinos, en 1981 los gobiernos de Hidalgo y Veracruz borraron límites estatales para la libre operación de los batallones maniobrando en Huejutla la Brigada Yaqui de Sonora. En 1982 llegó el 27° Batallón de Infantería procedente de Atoyac de Guerrero, de características anti-guerrilleras y posteriormente también el 23° y 62° Batallón de Infantería de Zimapan y Pachuca Hidalgo, el 11°

Regimiento de Caballería de Cerro Azul Veracruz y el 84° Batallón de Infantería de Mazatlán Sinaloa, además de realizarse las maniobras de escuelas militares en 1983 y 1984.

Nuevamente, de 1980 a 1982 se ve reactivada la entrega de tierras registrándose 42 dotaciones y 48 ampliaciones. Muchos de estos repartos se realizaron al azar sin conocer realmente si la superficie dotada correspondía a la existente en el campo.

Para 1984 tanto la OIPUH como la URECHH habían definido ya dos tendencias distintas: la OIPUH desarrollaba un elevado etnocentrismo anticapitalista, cayendo sus dirigentes en la clandestinidad, recibiendo una fuerte persecución por parte del estado y de bandas paramilitares comandadas por José Ignacio "el pinto" y Feliciano Sánchez "el chino".

En 1986, Guillermo Rossell de la Lama, todavía gobernador de Hidalgo, señalaba a la OIPUH como una organización clandestina por el simple hecho de no haberse entablado ningún diálogo con él. Si en su momento no se hizo fue por la represión que se había desatado en contra del movimiento.

CONSTITUCIÓN DE FDOMEZ

En el mismo año 1986, la *Organización Independiente de Pueblos Unidos de la Huasteca (OIPUH)*, los *Campesinos Unidos de la Sierra Oriental (CUSO)* y (una separación de la URECHH) los *Campesinos Agrarios del Norte de Veracruz e Hidalgo Emiliano Zapata (CANVHEZ)* constituyen el **Frente Democrático Oriental de México "Emiliano Zapata" (FDOMEZ)**. En protesta a la represión y por la solución a las demandas campesinas, se instala el primer plantón indefinido en el zócalo capitalino, de donde en varias ocasiones fueron desalojados. No obstante se entabló la negociación con los gobernadores de Hidalgo y Veracruz.

En el estado de Veracruz, el caciquismo se manifestó principalmente en la zona que comprende los municipios de Amaxac, Texcatepec y Chicontepec. En Amaxac, el cacique Luis Mendoza acumuló más de 30 asesinatos y acaparó, junto con su hermano, cerca de 1,000 hectáreas de tierra. En tanto que en Chicontepec destacaban los caciques Roberto y Justo Cabrera, en Ilamatlán, se tenía a Humberto Ramírez Avilés y, en

Tlachichilco, a las familias Ricardi, Rios y Marín, estas últimas también con presencia en Ixhuatlán de Madero. En 1987 se registró la matanza de once campesinos en San Gregorio Ilimatlán, atribuida al cacique Humberto Ramírez Avilés y sus pistoleros. En la Huasteca Veracruzana, Patricio Chirinos Calero (Gobernador), señala a FDOMEZ como "violento", con el fin de justificar la represión, la persecución política de los dirigentes y los encarcelamientos injustos como han sido los casos de *Zócimo Centeno Hernández*, originario de la comunidad de Huistipán, detenido y torturado por la policía judicial en agosto de 1989, sentenciado a 17 años de prisión en el penal de Cosamaloapan, Veracruz; *Sergio Cerón Hernández*, detenido el 11 de diciembre de 1995, originario de la comunidad de El Mirador; *Santos Soto Ramírez*, detenido el mismo año, originario de Chapopote Chico; *Porfirio del Ángel Contreras*, representante legal de FDOMEZ y el FAC-MLN y miembro de la comisión negociadora, detenido el 10 de agosto de 1996, al salir del Senado de la República.

En la zona de Plan de Encinal, Ixhuatlán (Veracruz), se formó la *Organización de Pueblos Etnicos José María Morelos (OPE-Morelos)*. En Chapopote Chico el gobierno introdujo la organización priista *Antorcha Campesina* que aparentaba luchar por las demandas populares, pero en la realidad siempre estuvo en contra de organizaciones independientes, y cuya actuación era violenta. En esta localidad se enfrenta a FDOMEZ y se suceden asesinatos de una y otra parte. El gobierno culpa a FDOMEZ de la violencia y a las organizaciones de derechos humanos de promoverla. En mayo de 1995 se constituye en Benito Juárez la Organización Popular Veracruzana Tierra y Libertad (**OPV 11 de mayo "Tierra y Libertad"**). Ambas organizaciones, OPE Morelos y la OPV 11 de mayo "Tierra y Libertad" se integran en FDOMEZ.

LA MILITARIZACIÓN AÑO 2003

La militarización no es algo del pasado. En una nota periodística del 22 de marzo de 2003 (La Jornada) se aclara que hay más de mil militares en 15 asentamientos en la cercanía de las comunidades de FDOMEZ. También denunciaron la reaparición de paramilitares en la zona.

FDOMEZ Y LA SALUD

La constitución de una organización campesina autónoma e independiente en torno a la lucha por la tierra para sembrar y poder comer [La Jornada, 13 de diciembre 1999] es sin lugar a duda el paso más importante en su construcción de alternativas que años después se expresara directamente en la lucha por la salud.

Aunque FDOMEZ se constituyó principalmente alrededor de la lucha por la tierra, encontramos en un desplegado de junio de 1980, entre sus 11 peticiones, al lado de “alto a la explotación petrolera” y “libertad a nuestros compañeros”, también: “hospitales y clínicas por cada 700 habitantes” y “vacunación infantil inmediata”. FDOMEZ también invitaba médicos de la ciudad para dar consultas en las comunidades y algunas veces se capacitaban comités de salud. En los 80' cuando hubo una fuerte campaña gubernamental para esterilizar forzosamente las mujeres, Codhhs (la organización de derechos humanos de FDOMEZ) recopiló datos y denunció lo que estaba ocurriendo. Aún así, es hasta 1998 que FDOMEZ desarrolla de manera más estructurada las actividades sanitarias, lo que después se constituye formalmente como “Centro de Apoyo a las Iniciativas del pueblo de La Huasteca en áreas de la Salud” (Capás AC).

POLÍTICAS SOCIALES Y DE SALUD DEL GOBIERNO MEXICANO

INTRODUCCIÓN

Desde el periodo posrevolucionario el gobierno Mexicano desarrolló, al lado de la respuesta represiva a las demandas por tierra, políticas sociales y de salud. Aunque el sistema de salud en México se crea en 1943 [Programa Nacional de Salud, 2001-2006] tarda hasta los años '70-'80 que la población de La Huasteca tiene un limitado acceso a servicios sanitarios gubernamentales impartidos por la SSA y a través del Programa de IMSS-Coplamar que fue creado en 1979. En el mismo periodo se desarrollan ya programas sociales como el Conasupo o los bancos de crédito y la prestación de tractores por lo cual cobraban hasta la mitad de la cosecha.

Los programas sociales logran, mejor que la represión, calmar a los campesinos-indígenas y se hacen en la actualidad una de las armas más importantes para desorganizar y enfrentar FDOMEZ y las demandas de cambios estructurales.

DE PRONASOL A OPORTUNIDADES

Con el presidente Salinas (1988-1994), después de la crisis de la deuda externa, empieza la segunda etapa del ajuste estructural impuesto por el FMI y el BM que queda marcada por la liberalización financiera, la desregulación de la inversión extranjera y la apertura comercial en el sector agropecuario y de servicios. La nueva política social en aquellos años se llama Programa Nacional de Solidaridad (**Pronasol**) y tiene como objetivo de calmar los pobres y pavimentar el camino a un cambio constitucional que permitiría la compra-venta de terrenos ejidales como parte del Tratado de Libre Comercio con E.E.U.U. y Canadá. En el mismo año se ajusta también el nombre de IMSS-Coplamar en **IMSS-Solidaridad** y en 1994 se inicia otro programa: el Programa para el Campo (**Procampo**). Con dichos programas se reafirma las actividades de los gobiernos PRI-istas en el área social a corto plazo y para grupos focalizados: los pobres. Aunque se integra el Pronasol en la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 1992 el conjunto sigue siendo corporativista. O como lo apunta claramente Carlos Vilas (1995): La intervención y regularización estatal se cambia por privatización, la universalidad se cambia por focalización, la promoción cambia por compensación y en lugar de desarrollo social viene el combate de pobreza extrema. Es el fin de la construcción de la salud como un derecho para todas y todos, convirtiendo la salud en una mercancía.

Concretamente se dismantela el sistema de subsidios al campo y a los alimentos que existía a través de Conasupo (que termina completamente de existir en 1999) para invertir solo en cultivos de exportación.

Específicamente en las políticas de salud, el documento del Banco Mundial "Invertir en Salud" (1994) ha sido aplicado en su versión Mexicana (FUNSALUD). El mercado se ocupará de nuestra salud y el gobierno nada más debe asumir las tareas en salud que la iniciativa privada no quiere asumir por no generar ganancia y que tienen además un impacto importante en toda la sociedad como por ejemplo el control de la tuberculosis. La parte asistencial se limita a un paquete básico para los más pobres. El núcleo familiar con la madre como eje central debe asumir su responsabilidad en la salud. No con el objetivo de mejorar la salud a través de la participación familiar sino para ahorrar costos.

El nuevo rumbo de la política social y más específicamente de las políticas de salud conducen en 1997 a un nuevo programa para la educación, la salud y la alimentación: **Progres**a. En 2002 con la llegada de Vicente Fox y el PAN a la presidencia (2000-6) no se cambia la esencia del programa sino el nombre: **Oportunidades**.

En el mismo periodo hay una campaña activa de planificación familiar desde las clínicas del gobierno para el uso del DIU y en un segundo plazo la ligación de las trompas. Sin consentimiento de la pareja, cualquier situación como una cesárea, la operación de un hijo cuya madre no tiene el dinero, o la recepción del dinero de Progresa por la cual se necesitaba la firma del médico, fueron utilizados para aprovechar e imponer el programa de planificación familiar.

“CONTIGO ES POSIBLE”

Los programas sociales actuales procuran a los campesinos un poco de dinero pero también son el medio de transmitir una ideología, individualizando el trato entre gobierno y campesino, y desorganizando las comunidades solo dando dinero a una parte de la comunidad. Mientras se hace de la pobreza algo natural ocultando sus causas estructurales o la existente desigualdad.

Para el año 2003, fecha de este estudio, hay una serie de programas sociales en México entrelazando dependencias gubernamentales y sectores, algunos nuevos y otros retomados del pasado. Entre ellos, el programa “Contigo es Posible” que abarca la mayoría de los demás programas sociales y que se define como una “estrategia para el desarrollo humano y social” que al parecer coincide con las intenciones del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

En este Programa hay una confusión de nombres porque en muchos textos se habla de “Contigo” no sabiendo si se refieren al programa radiofónico de presidente Fox o al programa de SEDESOL. En otras ocasiones como por ejemplo en la conferencia de la ONU, Habitat II el 6 de junio de 2001 se habló de “Contigo, manos a la obra”. En la pagina web de “Contigo es posible” se desglosan 4 sectores o estrategias: Ampliación de capacidades, Generación de Oportunidades de Ingreso, Formación de Patrimonio y

Provisión de Protección Social. La parte de Servicios de Salud y Nutrición queda bajo el sector "Ampliación de Capacidades".

No queda claro dónde se ubica cada programa pero intentaremos de ubicar a cada uno mencionando su nombre anterior y el nuevo nombre.

Empezamos con **IMSS-Oportunidades**, antes IMSS-Solidaridad. Aquí es importante no mezclar IMSS-Oportunidades con el Programa Oportunidades (anteriormente Progresá) que veremos a continuación. En una gira de trabajo del 25 de julio de 2002 con el gobernador de Hidalgo Nuñez Soto, el director general del IMSS, Santiago Levy, aclaró el cambio de nombre de IMSS-Solidaridad a IMSS-Oportunidades porque la estrategia de desarrollo social "Contigo" y el Programa "Oportunidades" del gobierno del presidente Vicente Fox han "permitido conjugar mejor los esfuerzos y con ello redoblar el paso en la lucha contra la pobreza para construir un México más justo para todos". En la misma gira aclaró que el Programa IMSS-Oportunidades atiende a más de 704 mil campesinos e indígenas en el estado de Hidalgo con 214 Unidades Médicas y cuatro hospitales rurales.

El **Programa Oportunidades** sigue con las tres vertientes de su predecesor, el Progresá, o sea Educación, Salud y Alimentación y un cuarto componente⁶ más reciente del Programa Oportunidades, el Programa Jóvenes con Oportunidades, a través del cual se beneficiarán a partir de 2003 a 822 mil jóvenes becarios de escasos recursos de secundaria y preparatoria en todo el país. En mayo 2002, el presidente Fox aclara que el programa Oportunidades da cobertura y respaldo de dinero a más de 4 millones 200 mil familias. También aclara que "Vamos México", una institución privada presidida por la primera dama, ha gestionado con la Fundación TELMEX la donación para este Programa de equipo médico, con un valor de 80 millones de pesos, consistente, entre otros, en aparatos de ultrasonido, incubadoras y cunas térmicas, además que están trabajando en un seguro de vida para todas y cada una de las familias del Programa OPORTUNIDADES. El presupuesto del Programa se asigna desde tres dependencias: la SEP, SEDESOL y SSA. Al igual que el Pronasol, el Progresá-Oportunidades es un ejemplo de la

⁶ Anunciado públicamente por los secretarios de Desarrollo Social, Josefina Vázquez Mota, y de Salud, Julio Frenk Mora el 8 de abril de 2003. (www.contigo.gob.mx)

focalización y política asistencialista aunque ambos programas son elogiados por miembros del gobierno Mexicano, Institutos financieros y el mismo CEPAL como buenos ejemplos de programas no-asistencialistas (Escobal, 2000). Mientras que el Procampo con un presupuesto de 0.7% del PIB (para el año 1994) se dedicaba también a la calidad de la vivienda, servicios de electrificación, la producción de cultivos de subsistencia y el desarrollo regional, el Progres-Oportunidades con un presupuesto de 0.1% del PIB (para el año 1998) solo se dedica a actividades relacionadas con salud, educación y nutrición. Ambos dirigiéndose a los lugares más pobres del país. La parte de salud –la consulta sana y el paquete básico- se dan a través de las Clínicas de Salud Rural para Población Dispersa (CSRPD) del SSA y a través de Unidades Médicas Rurales (UMR) del IMSS-Oportunidades.

Otro programa es el **Procampo** que al parecer se asocia a una propuesta del presidente Fox sobre un nuevo esquema de financiamiento y capitalización del agro, iniciando el 30 de agosto (Venegas, JM), llamado el programa Contigo Capitalista (sic) Procampo. Lo nuevo de la formula parece estar en la firma de un convenio con la Asociación de Banqueros de México, basándose en la nueva Ley de Capitalización, “formalizando” así el retorno del crédito privado al sector agropecuario y el desarrollo del sistema de las cajas de ahorro rural para el supuesto impulso de proyectos productivos. No están claros los compromisos de los banqueros y por lo mismo si el objetivo principal es el capitalista banquero o el campesino. Según el coordinador general de Procampo, Juan Antonio Fernández Ortiz⁷, dijo que este programa continuará aplicando los 12 mil 500 millones de pesos que autorizó el Congreso de la Unión para el ejercicio del 2002, bajo sus reglas de operación y que a partir del 22 de febrero se abren las ventanillas para empezar a pagar los 873 pesos por hectárea que reciben los productores como subsidio. También dijo que se trabajará para crear una sola base de datos, conjuntamente con Progres, bajo el esquema de "Contigo" y del Banco de Ahorro Nacional y Servicios Financieros (Bansefi).

⁷ Notimex, 21 de enero 2003

Con el **Seguro Popular**⁸ nace un nuevo sistema de protección social en salud. El presidente Vicente Fox firmó el decreto que contiene la reforma a la Ley General de Salud que crea el sistema de Protección Social en Salud. La iniciativa de reforma de la citada ley fue aprobada por la mayoría en el Congreso de la Unión. También dicen que así gradualmente casi 45 millones de mexicanos se irán integrando a las instituciones de seguridad social. Es importante notar el juego entre salud y seguridad social a través del Seguro Popular. En la misma nota el secretario de Salud, el doctor Julio Frenk Mora, indicó que "estamos rompiendo con la idea de una seguridad social parcial por una universal; de un sistema de salud segmentado por uno integrado; de una presupuestación inercial y burocrática, por una equitativa y democrática". No aclara lo que la gente recibirá con este seguro comparado con el sector público. El Seguro Popular se financia a través de una cooperación anual por familia con la cual se dice que se mejorará los servicios de salud al igual que el acceso a los mismos. El Seguro Popular todavía no ha empezado en las comunidades de La Huasteca.

El "**Pa'quete alcance**" se ha anunciado a nivel nacional pero todavía no ha empezado ni se ha escrito oficialmente nada sobre él. El presidente solo mencionó que el objetivo es de dar cada día un monto de dinero a los más necesitados.

Así vemos que la política social y de salud del actual gobierno se basa principalmente en Programas asistencialistas. Por la cantidad de ellos pareciera que hay una transferencia de dinero de los ricos hacia los pobres pero esto se desmiente si miramos las cifras más de cerca. Para el año 2003 el presupuesto total de la Secretaría de Desarrollo Social fue de 20 mil millones de pesos. Sabiendo que el gasto total del sector público federal en el año 2002 ascendió a 1,460 mil millones de pesos (Márquez Ayala, 2003), el costo en programas sociales es muy limitado. Además vemos que otros sectores, que no benefician a los pobres, reciben más dinero como por la liquidación de Banrural en 2002 que costó a los contribuyentes casi 49 mil millones de pesos o 2.5 veces el presupuesto de Sedesol. Otro ejemplo de comparación es el pago de intereses y comisiones de la deuda pública – no hablamos del pago de la deuda misma- que consumieron en el año 2002 unos 178 mil millones de pesos.

⁸ 6 de mayo de 2003 www.contigo.gob.mx

No solo se trata del dinero que se invierte en dichos programas sino que el contenido de los programas no están dirigidos a cambiar las causas de la pobreza sino que solo se dirigen a los pobres mismos para calmarlos. Una limosna que desorganiza y crea conflictos en las comunidades por dar un tratamiento diferencial a sus integrantes.

LAS CONDICIONES DE VIDA Y LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN METLATEPEC Y EL LINDERO

PRODUCCIÓN Y CONSUMO

Ambas comunidades estudiadas de La Huasteca Hidalguense, El Lindero y Metlatepec, son indígenas-campesinas. Tienen tierras ejidales en las cuales siembran principalmente maíz, frijol, calabaza, chile y hierbas para el autoconsumo aunque también se vende a veces parte de su cosecha en el tianguis local. Normalmente siembran dos veces al año y los campesinos-indígenas dependen totalmente del clima para el resultado de su labor, aunque en El Lindero empezaron desde hace dos años con el riego de parte de la milpa. El cultivo se hace de manera tradicional, aunque ambas disponen de un tractor que utilizan de manera colectiva para preparar la tierra en la vega para la siembra. En la comunidad de Metlatepec también tienen una camioneta de la comunidad. Una parte de la tierra del ejido es dividida entre los diferentes ejidatarios que la trabajan en familia mientras que otra parte es trabajada colectivamente. Algunas personas tienen animales como gallinas, guajolotes, puercos y algunos hasta un caballo o vacas. En Metlatepec tienen 40 vacas en común que son ordeñadas a diario. En Metlatepec y El Lindero hay un molino de maíz en colectivo manejado por las mujeres. En Metlatepec tienen una tienda cooperativa donde venden refresco, chile en lata, jabón, papel de baño y algunos productos básicos más. En El Lindero apenas empezaron con la construcción de una tienda de cooperativa que todavía no funciona. Sí, hay individuos que venden refrescos y otros productos.

El consumo y la producción a nivel de la comunidad parecen marginalizados del resto de la economía nacional pero es solo una impresión superficial. Hay muchos jóvenes que emigran hacia la ciudad de México o hacia los Estados Unidos donde trabajan para luego

mandar dinero a sus familiares en la comunidad. Bartra⁹ explica también la inserción directa de los campesinos e indígenas en la sociedad mexicana México a través de la producción en el campo mismo. No obstante vemos que la producción de los campesinos en ambas comunidades estudiadas se limita al autoconsumo o a la venta muy limitada en mercados locales. Vemos más inserción en el consumo que en la producción, que se evidencia por ejemplo con la importación de maíz de los Estados Unidos. El dinero para dicho consumo lo adquieren a través de familiares en el extranjero o en la ciudad, o a través de programas sociales que veremos a continuación.

LA FAMILIA Y LA CASA

Las familias, de las comunidades bajo estudio en La Huasteca, viven cada una en un mismo solar en la misma casa o casas que se juntan. Muchos jóvenes y adultos se van a la ciudad de México donde trabajan y hacen su vida. El padre o abuelo es en la mayoría de los casos el único ejidatario con derecho a una parcela de tierra. Personas que trabajan durante al menos 3 años en labores para la comunidad adquieren a través de FDOMEX derecho a tierra aunque oficialmente no son ejidatarios.

Hay casas tradicionales de paredes de palos y adobe y un techo de lamina; otras de material con blocs de cemento y techo de loza. Algunas tienen piso de cemento aunque la mayoría tienen piso de tierra. Las casas tienen en general de uno a tres cuartos. Las mejoras a las casas fueron posibles a través de programas del estado de Hidalgo o del municipio y sobre todo por los ingresos de familiares que trabajan en el DF. Es justamente el hijo que trabaja afuera que da la posibilidad a algunas familias de mejorar su casa o de construir una casa de material.

Hay una clara división del trabajo entre mujeres y hombres. Las mujeres se dedican al cuidado de los niños, la comida, el aseo y lavar ropa mientras que los hombres se dedican al trabajo en la milpa. Las asambleas son sólo para hombres y cada sexo tiene sus faenas

⁹ Siguiendo a Roger Bartra (1993) que analiza la estructura agraria y las clases sociales en México, nos parece más correcto de ubicarla según un análisis clasista en lo que él llama el Estrato A: "Agricultores pauperizados, arruinados o semiarruinados, con ingresos agrícolas que rara vez superan los 4,000 pesos anuales, que trabajan en condiciones de déficit monetario, con tasas de autoconsumo elevadas, y que se sostienen esencialmente del trabajo asalariado o del pequeño comercio" (Bartra, 1993: 66).

o trabajos colectivos que puede ser de uno a dos días a la semana dependiendo del trabajo. Cada solar tiene su letrina que consiste en una fosa de paredes de piedra, un asiento y una casita de palos. No hay agua entubada ni drenaje.

Obtienen el agua en pozos cercanos aunque en la temporada seca deben de caminar unos kilómetros para obtenerla. Para lavar la ropa van al pozo o hasta al río. Cada casa tiene su radio y tele. Cada comunidad tiene su iglesia pero casi nunca hay misa por falta de curas que además cobran por la misa y en general por una falta de mayor interés de la comunidad.

LA CULTURA Y EDUCACIÓN

Todos los habitantes hablan náhuatl y la mayoría de los habitantes también hablan el castellano. Ahora todos los niños aprenden a leer y escribir en escuelas de la SEP, lo que no ocurría en el tiempo de sus padres que no todos saben leer y escribir. En cada comunidad hay una escuela del *kinder* y de la primaria. Las escuelas son supuestamente bilingües aunque solo enseñan nuevos conocimientos en castellano, mientras que el “bilingüe” se refiere al uso del conocimiento en nahuatl de los niños para enseñar nuevas cosas y el español. No se impulsa activamente en la escuela el uso o fortalecimiento del idioma nahautl aunque reparten cada año unos libros de texto con cuentos infantiles en lengua nahuatl. En Metlatepec también hay una secundaria y en El Lindero están construyendo una tele-secundaria. Cerca de Metlatepec hay un tele-bachillerato.

Solo los ancianos utilizan todavía la ropa tradicional que consiste para el hombre en un pantalón y camisa de algodón blanco y para las mujeres faldas de tela blanca o colorada y una blusa con bordados de flores. La principal fiesta tradicional es el Xantólo o los días de los muertos en los cuales el espíritu de los muertos regresa del panteón a través de un camino de flores hacia sus respectivas casas donde conviven unos días con los vivos. Los familiares preparan para los muertos su plato preferido, les dan refresco y les hacen pan. En las comunidades también festejan las fiestas populares del catolicismo como Navidad y la semana santa. También festejan el día de las madres y padres, de los niños y del maestro. En principio los habitantes son católicos lo que conlleva el bautizo y el matrimonio religioso.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Las comunidades se organizan en sus comunidades de manera tradicional pero también a través de FDOMEZ.

En la organización de las autoridades por comunidad tenemos el Comisariado Ejidal, el Comité de Vigilancia, el Juzgado Auxiliar Municipal, el Comité de Escuela, el Comité de las Mujeres y el Comité de Salud entre otros (San Roman, 1982).

El Comisariado Ejidal y el Comité de Vigilancia son las autoridades agrarias comunitarias y dependen de las autoridades agrarias estatales que se encuentran en Huejutla. Ellos son elegidos en asamblea general de los ejidatarios por tres años. Se hacen cargo de la distribución, el buen uso y cualquier otro asunto relacionado con las tierras ejidales. El pueblo también elige, por un año, el Juez Auxiliar Municipal que mantiene el orden en la comunidad. La escuela nombra el Comité de Escuela por el periodo de un año y dicha persona es responsable por todos los asuntos relacionados con la escuela. La clínica también tiene su ayudante o comité de salud que en la SSA se llama asistente rural y en el IMSS-Oportunidades auxiliar. Los asistentes rurales asisten a pláticas de la doctora o enfermera de la SSA en la clínica o en Huejutla. La asistente rural de Metlatepec ayuda una vez a la semana la enfermera cuando viene para vacunar, dar pláticas o dar consultas. El auxiliar de El Lindero siguió un curso de 3 meses con el IMSS-Solidaridad en el cual le enseñaron a dibujar, hacer planes de la comunidad y donde hablaron sobre la importancia de las letrinas y la planificación familiar. Tiene algunas pastillas en su casa para dar a pacientes en casos de calentura o dolor.

El Comité de Mujeres cambia cada año y se encarga de organizar y preparar la comida de visitantes y durante las fiestas, al igual que coordinan las faenas semanales: limpiar los pozos y las calles y quemar la basura.

Ambas comunidades estudiadas pertenecen a la organización popular FDOMEZ a través de la cual obtuvieron la recuperación de sus tierras. Por lo mismo, al lado de la organización de autoridades tradicionales que encontramos de manera similar en la mayoría de las comunidades indígenas de la Huasteca, también hay por comunidad unas autoridades de FDOMEZ y otras personas con comisiones dentro de esta organización. En todas las comunidades de FDOMEZ también se conmemoran días con importancia histórica como el 14 de mayo, el 21 de enero, el 10 de abril, el 15 de septiembre y

Algunos más con marchas, un acto político-cultural y un convivio con comida, deportes y música con baile. Actualmente hay, en las comunidades, diferentes organizaciones que son impulsadas y coordinadas por FDOMEZ como el Comité de Derechos Humanos de la Huasteca y Sierra Oriental (CODHHSO) que se dedica a la defensa de los derechos humanos, la Unión de Mujeres Indígenas Humberta Hernández Tovar que organiza e impulsa actividades de las mujeres, la Unión por la Defensa de los Derechos, la Cultura y Autonomía Indígena. También Capás AC surgió como tal y está coordinado por FDOMEZ.

LAS PRÁCTICAS EN SALUD AÑO 2003 EN METLATEPEC Y EL LINDERO

En el presente apartado queremos ubicar el gobierno Mexicano, FDOMEZ a través de Capás AC y la medicina tradicional y casera como actores en salud para acercarnos a las actuales prácticas en salud en La Huasteca. Todas influyen en la construcción del pensamiento-en-salud y nos referiremos a ellos más adelante en los datos sobre la investigación de campo.

A. El gobierno Mexicano como actor en salud en ambas comunidades

Aunque la ejecución de algunas tareas del gobierno federal se hace a nivel municipal, los lineamientos y el presupuesto vienen principalmente del nivel nacional. Las actividades en salud del gobierno son importantes porque es justamente el gobierno que tiene el papel de control social dentro de la sociedad capitalista. Cada médico que hace parte de las actividades del IMSS-Oportunidades o de la SSA tiene su propio pensamiento-en-salud aunque cada institución conlleva un pensamiento específico.

El gobierno Mexicano ejecuta —o debería ejecutar— el artículo 4 de la Constitución Mexicana, que estipula que “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”, a través de la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano para el Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Así parece que intenta cumplir con un deber constitucional haciendo lo mejor para la salud de los mexicanos. Al lado de

estas tres principales instituciones que miraremos de más cerca, también hay las otras dependencias y políticas que influyen en la salud de la gente.

La **SSA** no solo es la dependencia que coordina el conjunto de los servicios sanitarios en México (incluyendo las públicas, las del Seguro Social y las Privadas) sino que además desarrolla sus propios servicios de salud para una parte de la población abierta como por ejemplo la población indígena campesina de Metlatépec. El **IMSS** por su lado ejecuta las actividades del Seguro Social y las dirigidas a otra parte de la población abierta como por ejemplo la población indígena campesina de El Lindero a través de **IMSS-Oportunidades** y además coordina un programa gubernamental también llamado *Oportunidades*. La **SEDESOL** interviene en la salud, en coordinación con otras dependencias gubernamentales, a través de una serie de programas sociales de corte asistencialista.

IMSS-Oportunidades tiene Unidades Médicas Rurales (UMR) para atender el primer nivel y Hospitales Rurales (HR) para el segundo nivel. No hay tercer nivel para los campesinos-indígenas.

La comunidad *El Lindero*, como las comunidades vecinas, “pertenece” para el primer nivel a la UMR de El Ixtle que se encuentra a una hora de camino a pie de la comunidad. En El Ixtle hay, desde enero 2003, una médica general que firmó un contrato por un año con el IMSS. En la clínica se puede consultar de lunes a sábado de las 9:30 a las 16:00 y en general hay la medicina básica. El trato en la UMR depende mucho de la voluntad del médico que se encuentra y de la manera en la cual se ejecuta los diferentes requisitos y programas sociales. Algunas veces al año la enfermera va a la comunidad para vacunar los niños. Desde enero hasta junio 2003 la doctora solo se ha presentado una vez en la comunidad de El Lindero para dar fechas de citas a las mujeres y habló de la importancia de lo que ella llama la “visualización” refiriéndose al examen vaginal para detectar infecciones ginecológicas en general. Las citas son para la *consulta sana* y para el seguimiento de los niños menores de 10 años, actividades dentro del programa de Oportunidades. Las consultas sanas y el seguimiento consisten en medir, pesar y dar unas pastillas de Fumarato Ferroso a las mujeres embarazadas lo que para la gente no significa más que cumplir con un requisito para obtener el apoyo del programa Oportunidades a

través del cual reciben por familia, dependiendo de la cantidad de niños, de 300 a 2000 pesos bimensuales. Aunque no tenemos datos que comprueban que la no-asistencia a la consulta sana significa no recibir el Programa Oportunidades, podemos decir que los médicos amenacen la gente que no van a recibir su dinero si no acudan a la consulta sana. En El Lindero hay un asistente rural del IMSS que es un campesino de la comunidad que recibió hace 4 años un curso intensivo de dos meses donde le enseñaron a hacer dibujos, planear dónde poner las letrinas y cómo convencer la gente para la planificación familiar. La misma persona, Daniel, es trabajador de salud de Capás AC. Con la llegada de la doctora en enero le dio al asistente rural la tarea de dar las pláticas para las mujeres dentro del programa de Oportunidades. Daniel nos comenta que es mucho papeleo y que él debe anotar las faltas a las pláticas en un hoja por paciente en la Unidad Médica de El Ixtle. Le asombra a Daniel que las mismas beneficiarias del Programa insisten en recibir la plática para poder recibir sus Oportunidades. Lo mismo vemos con las faenas. Antes existían faenas de mujeres en las cuales hacían trabajos colectivos como limpiar las calles o los pozos mientras que ahora hacen cada semana una faena extra para el Programa Oportunidades. Las tareas son básicamente las mismas pero se consta que las mujeres acuden en mayor cantidad a las faenas de Oportunidades que a las mismas faenas de la comunidad. Hay una fuerte presión para cumplir en función del Programa de Oportunidades. Al lado del asistente rural también hay 4 “promotoras de salud voluntarias” que son mujeres que citan la gente cuando la enfermera viene a vacunar. Además hay una presidenta de Oportunidades.

En El Lindero no reciben en 2003 el programa de desayunos escolares del DIF por no haber llenado las hojas a tiempo.

Para el segundo nivel hay el HR en Chicontepec donde llegan con la ambulancia de la clínica o con una camioneta contratada en una hora desde la carretera que se encuentra a una hora de caminata de la comunidad, pero cargando un paciente tarda al menos el doble. En una visita de algunos integrantes de Capás AC a dicho hospital corroboramos que no se trata de un hospital de segundo nivel sino de un hospital con muy limitados servicios. Cuentan con 4 médicos familiares para la consulta externa, 1 cirujano, 1 anestesiólogo y un ginecólogo. La Cirugía se limita a la operación de apendicitis y la cesárea, para Traumatología solo disponen de Radiología y yeso, en el laboratorio tienen

detección de glucosa en la sangre, bacilos de Koch en las flemas y la interpretación del Papanicolau aunque no quedó claro si este último lo hacen en el laboratorio mismo o si lo mandan a Tuxpan o Tampico para ser evaluado. Hay dos odontólogos, hay transfusión de sangre, hay 4 incubadoras y para la Terapia Intensiva disponen de un respirador y un electrocardiograma. No se cobra para los servicios médicos. Además disponen de cuartos para los familiares donde pueden dormir a bajo costo a condición de limpiar el lugar y lavar las sábanas usadas.

La SSA tiene Clínicas de Salud Rural para Población Dispersa (CSRPD) para atender el primer nivel en algunas regiones de campesinos-indígenas y Hospitales Generales para el segundo nivel.

La comunidad Metlatepec “pertenece”, como las comunidades vecinas, a la clínica de Tecoloco. Para el segundo nivel acuden al Hospital General de Atlapexco o van hasta Huejutla. En Tecoloco, que se encuentra a una hora de camino de la comunidad, hay un médico pasante que atiende en principio todos los días los pacientes pero en la práctica atiende ocasionalmente cuando se encuentra y toda la gente se queja que no hay medicina. El médico de la clínica también da consultas a la gente de un pueblo cercano (Chapopote) que pertenece a otra clínica pero llega en la clínica de Tecoloco donde el médico los atiende por 10 pesos por consulta. Parece que ellos sí reciben medicina. Antes llegaba una enfermera una vez a la semana en una casa de salud que se construyó en la comunidad de Metlatepec en 1995. Ahora ya no llega y es la auxiliar de la comunidad – una campesina-indígena- que supuestamente debe de encargarse de abrir dicha casa de salud lo que en la realidad no se hace por la alternativa que existe de Capás AC. La misma auxiliar, Margarita, también es trabajadora de salud de Capás AC y además se encarga de hacer limpias y sobar. Además hay la presidenta del programa Oportunidades y el comité del DIF que se encarga en organizar la preparación del desayuno para los escolares.

Para el segundo nivel, la SSA tiene el hospital general de Atlapexco que es el mejor equipado de la región pero que cobra una cuota de recuperación según un estudio económico. Tienen 1 cirujano, un traumatólogo, un pediatra, un gineco-obstetra y odontólogos. En Cirugía hacen, además de la operación de apendicitis y la cesárea,

también operaciones de la vesícula biliar, de la próstata o operaciones de los intestinos y histerectomía. Para Traumatología al lado del tratamiento convencional con yeso, también hacen reducciones quirúrgicas con fijadores. También hay Radiología, laboratorio básico (glucosa en la sangre, bacilos de Koch en las flemas y la interpretación del Papanicolau).

Ambos servicios, el SSA y el IMSS-Oportunidades, se basan, al igual que los médicos y enfermeras que lo integran, en un pensamiento biomédico enfocado al tratamiento de las enfermedades. En la jerarquía de dicho tratamiento se ubica el médico y su conocimiento en un lugar central. Los asistentes rurales o auxiliares ya llevan en su nombre su función que es asistir o ayudar al médico y no tienen existencia en sí mismo. Entre los médicos existe una jerarquía en la cual más especialización significa más importancia. Los pasantes quieren cumplir su año de servicio social para luego empezar con un trabajo valioso en un hospital o en su propio consultorio. Aunque los servicios se enfocan al tratamiento y la tecnología vemos que para los pobres solo hay una limitada oferta como vemos en el Paquete Básico que consiste en un listado muy limitado de servicios que se proporciona en el primer nivel de atención. Las actividades de prevención de enfermedades o promoción de la salud se enfocan solo a la parte de estilos de vida principalmente centrado en lavarse las manos, el uso de los baños, hervir el agua, lavar las frutas y hacerse el estudio de Papanicolau.

Una clínica con desabasto de la medicina esencial, con un médico pasante sin experiencia clínica, sin conocimiento del idioma, costumbres y condiciones de vida de los pacientes que además se enfoca a estilos de vida dentro de un pensamiento bio-médico culpabilizando a los pacientes, enmascara los determinantes estructurales y no tiene como objetivo principal el de mejorar la salud de los campesinos-indígenas. Los programas sociales como Oportunidades regresan solo migajas a una población que es por ser Mexicano co-dueño de la riqueza del país. Se atiende la pobreza sin tomar en cuenta los determinantes de la misma desorganizando la comunidad que debería ser la base para combatir la pobreza y la desigualdad. Además se da el dinero vinculándolo a unos requisitos funcionales en salud como asistir a la consulta sana así pervirtiendo no solo la

construcción de un concepto englobador de lo que puede ser "salud" sino también justificando la construcción de las actividades mismas desde la clínica o salud comunitaria en el futuro. La gente no tiene confianza en el médico de la clínica no tanto porque no lo conocen pero porque tienen experiencias con otros médicos de la misma clínica que también dijeron que hay que hacer el Papanicolau pero al mismo tiempo introdujieron un DIU (además de manera no estéril). Así el gobierno muestra en la organización de sus actividades su cara dominante a través de la medicina hegemónica.

Los mismos médicos matizan en algunos lugares esta hegemonía pero no tienen la conciencia sobre la función que tienen dentro el aparato de salud del gobierno. Lo mismo pasa con los médicos particulares que aunque no se encuentran en una estructura gubernamental se encuentran en un pensamiento bio-médico y a veces asistencialista que no libera los pacientes sino que los confirma en su posición sumisa.

B. FDOMEZ como actor en salud a través de Capás AC

Los esfuerzos de FDOMEZ para dar resolución a los problemas de salud-enfermedad de los campesinos-indígenas culminaron en la construcción de la asociación civil Capás en el año 2000. Capás AC ha formado trabajadoras y trabajadores de salud, elegidos por sus respectivas comunidades, para dar consultas y organizar actividades de promoción y prevención. Por ser comunidades relativamente pequeñas se ha optado por organizar el trabajo por zonas incluyendo en cada una, diferentes comunidades según ubicación geográfica.

Así **El Lindero** hace parte de una zona juntos con la comunidad de 14 de mayo y Tepetzintla. La casa de salud de Capás AC en aquella zona se encuentra en la comunidad de El Lindero y allá acuden los habitantes de las tres comunidades. En total hay cuatro trabajadores de salud, dos de 14 de Mayo, uno de Tepetzintla y uno de El Lindero. Turnando dan en total 6 días a la semana consultas en una casa del pueblo aunque ahora están terminando una casa de salud de material.

Metlatepec se encuentra con la comunidad de Tochuaco Amatzintla en otra zona de trabajo de Capás AC. La casa de salud de dicha zona se encuentra en Metlatepec en la anterior tienda cooperativa. También en Metlatepec están terminando una casa de salud

de material. Hay de cada comunidad una trabajadora de salud, Felix y Margarita, que dan en total 4 días de consulta a la semana.

En ambas **casas de salud** hay la medicina esencial que se abastece desde la oficina de Capás AC que coordina la compra de medicina en el DF. También en la curación se intenta incorporar al lado de la medicina alopática, el uso de hierbas medicinales. Así hay jarabes y pomadas de plantas medicinales que los mismos trabajadores de salud preparan. La medicina es gratis para los habitantes de las comunidades organizadas dentro de FDOMEZ. Desde 2002, después de una asamblea con mujeres y hombres en cada comunidad, cada familia hace anualmente una **aportación solidaria**. El presente año -2003- la cuota es de 50 pesos por familia, no importando si te enfermas o consultas en la casa de salud, ni cuántos niños tienes. Un cálculo del año pasado muestra que por familia, Capás AC gasta como 100 pesos en medicina y material de curación (dental incluido). El resto del costo se financia con un proyecto de cooperación internacional.

Además de la solidaridad se intenta **construir conciencia** alrededor del uso de medicina demostrando por ejemplo que jarabes y pastillas sirven igual que inyecciones. Estas actividades se lleva a cabo durante las **actividades de prevención y promoción** que están organizados para todo el pueblo y donde además se intenta vincular el proceso salud-enfermedad con sus causas-raíces o la estructura de nuestra sociedad.

Desde 2002 algunas y algunos trabajadores de salud recibieron capacitación para utilizar un robotín para curar caries. También tenemos los instrumentos para extracción al igual que se hicieron actividades para prevenir la caries.

Las y los trabajadores de salud reciben apoyo de su comunidad para el trabajo en la milpa o el cuidado de los niños.

Cada año hay una **Asamblea General** en la cual asiste uno o dos representantes de cada pueblo que integra el trabajo de Capás AC. En la Asamblea, los responsables de Capás AC informan sobre las actividades y después todos los representantes opinan sobre las actividades. Dos veces al año hay un **Encuentro** con todos los trabajadores de salud para intercambiar ideas sobre el mejoramiento del trabajo de salud comunitaria. Desde el año

2002, las y los trabajadores de salud empezaron diferentes proyectos productivos para sustentar a largo plazo la viabilidad financiera del trabajo.

Desde hace varios años se ha logrado construir un trabajo de salud comunitario desde la satisfacción de problemas sentidas que son en la mayoría de los casos enfermedades o síntomas. Hemos logrado un buen nivel técnico de las y los trabajadores de salud que resuelven 9 de cada 10 problemas de salud-enfermedad. Aunque para las y los trabajadores de salud, la parte del tratamiento les pareció lo más difícil por no ser médicos, ahora se dan cuenta que curar es relativamente sencillo en relación con la concientización y organización de actividades de prevención y promoción. Intentar de demostrar las causas estructurales de las enfermedades que solo se puede cambiar a través de cambios radicales en la sociedad sigue siendo un reto. A través de los hechos queremos demostrar que el discurso de la clínica no es la única explicación de sus enfermedades. A veces los mismos trabajadores de salud también cambian a través de los hechos el punto de vista de los médicos que integran las clínicas o Unidades Médicas. Como por ejemplo con una sutura que hizo el trabajador de salud Daniel y que después cuando el médico de la clínica lo vio se quedó sorprendido. Ahora le dan de la Unidad Médica Rural sutura.

Las y los trabajadores de salud de Capás AC buscan alternativas a un pensamiento hegemónico pero resulta difícil salir del enfoque hacia la enfermedad y la curación para construir alternativas. Al menos intentan concienciar sobre dicha hegemonía y demuestran a la población causas estructurales.

C. Otros actores en salud en ambas comunidades

Los **médicos particulares** estudiaron medicina y empezaron su consultorio cerca de las comunidades. Muchas veces tienen al lado de su consultorio o en él mismo una farmacia particular donde venden la medicina que recetan. Algunos de ellos se anuncian en el radio. La gente acostumbró ir con los médicos particulares por falta de alternativas para consultar mientras que ahora acuden más con el médico particular para hacerse un ultrasonido o consultar con un “especialista” que quizás podría curarlos. Aunque los médicos particulares no hacen parte directa de los servicios del gobierno se encuentran en

un similar pensamiento dirigido a la tecnología, el tratamiento y el consumo. También se rigen por el pensamiento biomédico que aprendieron en la universidad.

Las **parteras empíricas** atienden los partos y problemas durante el embarazo. Hay pocas y ya utilizan pinzas y tijeras de la clínica del gobierno. Antes atendían la mayoría de los partos aunque algunas personas aliviaban en su casa con ayuda de familiares. Ahora más y más personas acuden al hospital para el parto.

Los **sobadores, yerberos y/o curanderos y la medicina “popular”**. Sobar y tomar hierbas hace parte de una acción de salud de cada día y de muchas madres de familia sin necesidad de recurrir a una persona especializada. Para *una limpia* ya se necesita más “especialización” y no en todas las comunidades se encuentran curanderos para darte una limpia para resolver una “enfermedad” o un espanto. Algunos, los brujos, tienen capacidad de desembrujarte o embrujar a alguien si así lo quieres. El espanto se puede dar en el camino cuando te caes o ves una serpiente, o también en el pozo o en el río que ya es un espanto grande. Espantar no se refiere tanto al espanto mismo sino a la salida del *tonalli* que es algo como tu alma que debes recuperar. Si no lo recuperas puedes tener pesadillas o morirte poco a poco. Se recupera sacrificando un pollo negro del cual se hace un tamal y que se come juntos con la familia en el lugar donde lo perdiste.

Para curar una enfermedad, los curanderos utilizan granos de maíz que según la posición en la que caen, indican –por mano divina- la enfermedad que tienes. Dependiendo del curandero te curará, pidiendo un pollo, velas, aguardiente y unos 50 pesos. Algunas veces es necesario regresar varias veces o también puede ser que el curandero llegue a tu casa, algunas veces convertido en un animal.

Aunque todos saben muy bien lo que hacen los curanderos, hay poca gente que quiere hablar de todo eso. Los jóvenes se ríen de la parte tradicional aunque algunos regresan de la ciudad donde viven para curar una enfermedad en la comunidad de sus papás.

Los curanderos se encuentran en un pensamiento muy diferente a la medicina alópata y tienen un papel importante en la preservación de la identidad cultural. Nunca hacen un vínculo con determinantes estructurales.

Otros conceptos relacionados a la salud desde el punto de vista de la medicina tradicional, son el *mal de ojo*, *el aire* y el concepto *frio-calor*. Según la causa se necesita una cura. Así durante la investigación nos hablaron de un absceso en el glúteo que no se

pudo curar (reventar) hasta ser curado por el curandero. Empíricamente se trata de un absceso pero cuando el tiempo o la medicina alópata no da cura se intenta una curación con el curandero. Sin duda nos dice mucho sobre la incapacidad de la medicina alópata de curar y/o explicar todos los malos que uno puede tener.

Los curanderos y las parteras son ubicados por algunos autores en un pensamiento indígena o cultural pero con relación a la transformación social adquieren un papel subordinado sin la construcción consciente de una resistencia política. No quiere decir que la cultura no sea importante para construir alternativas o que la identidad indígena se pone en segundo lugar. Cuando un discurso y acción indígena o tradicional se limita a "la cultura" o "lo tradicional" sin demostrar los determinantes estructurales se pone, la mayoría de las veces de manera inconsciente, al servicio de una hegemonía ideológica.

El radio es un instrumento de difusión desde hace muchos años y la tele desde unos 15 años cuando llegó la luz en las comunidades. Como instrumento refleja el pensamiento de todos los actores que tienen la posibilidad de pago, el interés o el espacio para divulgar sus ideas. Los demás actores como los maestros, el radio y la tele se encuentran como aparatos ideológicos en el terreno de los instrumentos de una hegemonía ideológica.

FUENTES

Aguilar Robledo, M. (1998) Haciendas y condueñazgos en la Huasteca Potosina: notas introductorias. En: Ruvalcaba Mercado, J. (1998) Nuevos Aportes al conocimiento de La Huasteca. CIESAS.

FDOMEZ - FAC-MLN (s/f) Regional de las Huastecas de Veracruz, Hidalgo y San Luis Potosí. Comunicado del FRENTE DEMOCRATICO ORIENTAL DE MEXICO "EMILIANO ZAPATA "

FDOMEZ (2001) Zapatismo y Socialismo. Edición FDOMEZ.

Márquez Ayala, D. (2003). Reporte Económico. En La Jornada de 19 de mayo de 2003, pagina 28.

OIPUH (1978) Desplegado publicado en Excelsior de 12 de diciembre de 1978.

OIPUH (1979) Desplegado publicado en Excelsior de 8 de junio de 1979

Pérez Zevallos, JM. (1998) Las visitas de la Huasteca (siglos XVI-XVIII). En: Ruvalcaba Mercado, J. (1998) Nuevos Aportes al conocimiento de La Huasteca. CIESAS.

PRODH (1998) www.sjsocial.org/PRODH/Publicaciones/LasHuastecas.cfm (30 de marzo 1998)

San Roman, R. M. (1982) Historia y problemas agrarias de El Ixtle, Huautla, Hidalgo. INI.

Tavernier, P. (1988-2002) Notas personales de campo.

Zaragoza Ocaña, D. (1998) Intercambios comerciales prehispánicos entre el área de Guadalcázar y La Huasteca. En: Ruvalcaba Mercado, J. (1998) Nuevos Aportes al conocimiento de La Huasteca. CIESAS.

- CAPÍTULO II -

PROBLEMATIZACIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO

Durante el trabajo de salud comunitario de Capás AC en La Huasteca, previa a la tesis, nos dimos cuenta de la importancia de lo que ahora, en la presente investigación, llamamos el *pensamiento-en-salud*. En dicho trabajo de salud comunitaria, no solo tuvimos que enfrentar enfermedades y sus respectivos determinantes, sino que también topamos con **ideas, creencias, opiniones o conceptos que la gente maneja sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud**. Así, no solo enfrentamos una materialidad sino el pensamiento sobre dicha materialidad. Lo que en el trabajo comunitario nos pareció a veces un obstáculo, una curiosidad o “algo” que tuvimos que tomar en cuenta, queremos desarrollar en la presente investigación como objeto de estudio para después retro-alimentar el trabajo de salud comunitaria con los resultados del presente acercamiento.

Podríamos entrar, por tratarse de una población indígena, en el pensamiento tradicional en salud y desarrollar conceptos ancestrales que sobrevivieron hasta la actualidad y que siguen teniendo mucha importancia para acercarse al concepto de salud en las comunidades. No obstante lo que nos llama la atención y en lo cual queremos enfocar la presente investigación es el pensamiento-en-salud relacionado con su lucha por la tierra, su organización popular y sus condiciones de vida en la cual la población ubica en general la responsabilidad del gobierno y del capital. Dicha relación con su organización y lucha política que se dirige a una transformación social es la base para la presente investigación.

De esta pregunta de fondo: ¿Qué relación existe entre un pensamiento-en-salud y una transformación social? aterrizamos en tres preguntas-objetivos para la presente investigación:

- 1) **¿Cuál es la estructura en el complejo conjunto de conceptos en el pensamiento-en-salud y cómo podemos interpretarla con relación a una transformación social?,**
- 2) **¿Cómo se construye el pensamiento-en-salud en nuestra población de estudio? y**
- 3) **¿Hacia donde nos lleva un determinado pensamiento-en-salud?**

Problematizamos estas tres preguntas de investigación a continuación con base en experiencias previas con la población bajo estudio con una mirada como investigador dentro del área de conocimiento de la Medicina Social o Salud Colectiva.

Lo que nos llama la atención en *el pensamiento-en-salud* es la *aparente* contradicción, entre, de un lado las condiciones de vida y historia de lucha de un pueblo organizado y del otro lado la repetición, en el ámbito de la salud, de un discurso dominante, biomédico, consumista y dirigida a la curación y especialización médica.

Lo explicamos con un ejemplo: Cuando empezamos el trabajo de salud comunitaria, las autoridades de las comunidades que son todos representantes de su organización popular FDOMEZ, insistieron durante reuniones de planeación en “un hospital” como satisfactor principal para resolver los problemas de salud-enfermedad. Ellos valorizaban, en un primer momento, más un hospital que la formación de sus propios trabajadoras y trabajadores de salud y la organización de un primer nivel de atención sanitaria como nosotros lo propusimos. No era solo una idea suelta de querer un hospital para decir algo, sino que cuando insistimos en que era más importante la formación y capacitación de trabajadores en salud¹⁰, así negando la construcción de un hospital, tuvimos que enfrentar reacciones como: “ya hablas como el gobernador”, lo que resulta poco amable en el vocabulario de campesinos organizados.

¹⁰ Se supone que con la atención del primer nivel se puede resolver la mayoría de los problemas de salud mientras que el segundo nivel o un hospital solo resuelve una parte especializada. Además, el ámbito de un hospital lleva a un consumo, en muchos casos innecesario, de métodos diagnósticos y terapéuticos mientras que el primer nivel se enfoque más al examen clínico y las condiciones de vida de los pacientes.

Este ejemplo, antes visto como una anécdota sin más, nos hace preguntar ahora de dónde viene la idea de que necesitan un hospital y que además lo prefieren antes que un trabajo de salud comunitaria con sus propios trabajadores de salud aunque este último entraría más dentro de su pensamiento de lucha y además lograría resolver más problemas de salud-enfermedad que un hospital. El *hospital* como satisfactor principal puede tener su origen dentro de un pensamiento curativo enfocándose a lo técnico y la especialización o como lo desarrolla Menéndez (1990b) dentro del Modelo Médico Hegemónico. El enfoque a la especialización o medicalización relacionado con un consumismo no es lo que uno esperaría para una población organizada y con una experiencia de lucha política. Dentro de este contexto de organización, lucha y conciencia política, nos resulta difícil de entender la expresión, durante las actividades sanitarias, de un pensamiento que tiene rasgos hegemónicos.

De aquí surge una primera preocupación: la construcción del pensamiento-en-salud. Podríamos pensar que el pensamiento-en-salud adopta los mismos rasgos que su pensamiento sobre la lucha por la tierra, al igual ubicando el gobierno pero parece que no es tan sencillo. Además vemos que tampoco la pobreza, que determina por sus relacionadas precarias condiciones de vida y de trabajo la salud, enfermedad o muerte, sea suficiente para ubicar dichas condiciones de vida como una causa principal de la enfermedad. Durante actividades de concientización organizadas por Capás AC, cuando intercambiamos opiniones o puntos de vista sobre las causas de la diarrea, nos dimos cuenta de las ideas y creencias que la gente tiene sobre algunas causas de las enfermedades. Habíamos pensado que una población organizada que vive en pobreza mencionaría en primer lugar, como causas de diarrea, la falta de una buena alimentación, falta de agua potable o por tener pisos de tierra. Pero no, apuntan a sí mismas diciendo que tienen diarrea por no lavarse las manos, por no hervir el agua, todas causas que se limitan a la persona misma, igual como la clínica del gobierno lo desarrolla en las pláticas de la enfermera. Tampoco es cierto que una plática tiene más influencia que la crueldad de la pobreza que viven cada día pero sigue abierta la preocupación de cómo se construye un determinado pensamiento-en-salud. Tampoco entendemos cómo pueden repetir o acaso interiorizar un discurso que viene de médicos de una clínica del gobierno mientras que la población apunta al gobierno como el principal enemigo. O será que el médico y el

conocimiento en general adquieren un valor neutral en el cual no se ubica de manera consciente el reflejo del poder hegemónico del gobierno y la necesidad de acumular capital como si lo ubican con relación a la tenencia y producción de la tierra. Queremos entender cómo el gobierno y su pensamiento o ideología en general logran imponerse a través de acciones en salud.

Una segunda preocupación viene de la complejidad del pensamiento. No podemos decir sin más que la población bajo estudio repite únicamente el discurso del gobierno o el consumismo o un pensamiento hegemónico. Así vemos que los habitantes de La Huasteca y autoridades de FDOMEZ hacen en general un análisis de la sociedad con base en sus experiencias durante su lucha por la tierra. Ubican el gobierno Mexicano, en general, como un instrumento de los grupos ricos que utiliza la fuerza del ejército Mexicano para defender los ricos. Un gobierno que no ha dado respuestas a sus demandas legítimas de un pedazo de tierra para poder comer. También hablan de la necesidad de los ricos de ganar más y más dinero. Hacen un análisis, a través de experiencias concretas, de esta sociedad capitalista. También construyen colectivamente alternativas intentando sembrar conjuntamente, tener animales en colectivo y poner los primeros pasos en la construcción de un trabajo sanitario. Es justamente esta aparente dualidad entre su pensamiento progresista con relación a la tierra y un pensamiento que repite a nivel de la salud conceptos hegemónicos que nos hace preguntar de cómo se estructura un determinado pensamiento.

Además vemos durante ejercicios de reflexión en actividades de Capás AC que en un segundo lugar cuando pedimos de profundizar sobre las primeras causas de diarrea, donde ubican en primer lugar causas a nivel de cada persona, que también mencionan, pero en un segundo lugar, las condiciones de vida y el gobierno en general. El conjunto de conceptos que manejan es complejo y pareciera que no tienen de por sí un carácter hegemónico o contra-hegemónico. Cuando parece que están repitiendo un discurso hegemónico del gobierno, vemos en los hechos que el asunto está más complicado. No solo relacionan en actividades de salud de Capás AC condiciones de vida con el proceso salud-enfermedad sino que también vemos muchas comunidades participar en la construcción de su propio trabajo de salud comunitario a través de Capás AC, eligiendo a

trabajadores de salud de la comunidad misma y apoyándolos colectivamente en el trabajo de su milpa.

Una tercera preocupación viene de la relación de la presente investigación con un trabajo de salud comunitaria. Queremos saber cómo se relaciona un determinado pensamiento con acciones concretas. Actuarían de manera diferente con otro pensamiento y cómo se relacionan sus acciones con su pensamiento. Aparentemente en contradicción con su participación en la capacitación de sus trabajadores de salud, al inicio no quieren consultar en la casa de salud del pueblo porque el trabajador de salud es alguien como ellos. La población piensa que no es posible que los trabajadores de salud ya tengan el conocimiento para dar consultas cuando únicamente asistieron a tres cursos de 10 días. Solo a través de los hechos, por necesidad de una consulta, llegan a consultar o escuchan de otros que sí funciona. Poco a poco van adquiriendo confianza en sus trabajadores de salud. Queremos también acercarnos un poco más a la interacción entre conceptualización y acción en salud.

Así quedamos con tres enfoques concretos que queremos desarrollar en la presente investigación, es decir: el pensamiento-en-salud mismo y su estructuración, la construcción del pensamiento-en-salud y el efecto de un pensamiento-en-salud en las acciones en salud.

- Capítulo III -

EL MARCO CONCEPTUAL

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación pretendemos desarrollar el *pensamiento-en-salud* como categoría analítica. Buscamos entender el pensamiento-en-salud a través de un conjunto de estructura, contenido, función y uso con una mirada específica desde las posibilidades de aportar o no en la transformación social. Aunque la presente investigación se enfoca al pensamiento y no a las acciones en salud, miramos la relación entre ambos desde el punto de vista del pensamiento. Lo desarrollamos a continuación paso por paso de manera teórica tomando en cuenta los rasgos generales de una población campesina inserta en una sociedad capitalista periférica.

La importancia del pensamiento-en-salud se da dentro del mismo ámbito concreto de la salud. La salud, la enfermedad o la muerte se definen y existen dentro de un contexto socio histórico que va cambiando: el proceso salud-enfermedad. Ubicando este contexto podemos hablar de condiciones materiales en relación con condiciones no-materiales que se encuentran en una relación dinámica. Como condiciones no-materiales tenemos conceptos, mitos, creencias, ideas, opiniones y conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad y sobre las acciones en salud que llamamos en la presente investigación el *pensamiento-en-salud*. Este no significa que nos acercamos a todos los conceptos, mitos, creencias, ideas, opiniones y conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud, sino que estos diferentes entes pueden hacer parte del pensamiento-en-salud.

El pensamiento-en-salud determina la manera de vivir la salud y la enfermedad y al mismo tiempo influye en nuestras acciones en salud y así en el proceso salud-enfermedad mismo. Lo vemos como una relación dialéctica entre el ámbito de lo material o concreto y el ámbito del pensamiento o lo abstracto. Es justamente dicha relación entre el

pensamiento-en-salud y el proceso salud-enfermedad que queremos desarrollar a continuación.

Llegamos a desarrollar como categoría el *pensamiento-en-salud* en una búsqueda de entender por qué una población que vive en la pobreza y que está organizada con base en una lucha política por la tierra, *repite* un discurso hegemónico que se ha interiorizado aparentemente de manera espontánea a través de las actividades de la clínica del gobierno aunque la misma población también participa activamente en el desarrollo de su propio trabajo de salud con base en principios de solidaridad y conciencia social donde también se analizan las causas-raíces de diferentes problemas de salud-enfermedad.

El *pensamiento-en-salud* no expresa espontáneamente una situación de clase aunque se viva diariamente en condiciones de vida pobres y desiguales. Ni tampoco refleja mecánicamente una conciencia política que adquirieron en el ámbito de la lucha por la tierra y su organización política.

Más que clasificar, intentamos de hacer visible algunos conceptos que se relacionen con el *pensamiento-en-salud*. Nos enfrentamos no solo al hecho que el *pensamiento-en-salud* como concepto tiene poco desarrollo teórico sino que en general el pensamiento sigue siendo un punto de discusión que se presenta aún más fuerte con relación a la transformación social.

Daremos primero una definición de la categoría *pensamiento-en-salud* aclarando el uso de “concepto”, “sujeto social” y “representación/reflexión” para después desarrollar la construcción y la ideologización del pensamiento-en-salud. Aterrizamos el desarrollo teórico en elementos hegemónicos y contra-hegemónicos del pensamiento-en-salud para finalmente abordar la relación entre el pensamiento-en-salud y una práctica liberadora.

El pensamiento-en-salud es una categoría que:

- 1) comprende el conjunto de conceptos (A) ideologizados con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud¹¹, expresada de manera consciente o inconsciente por sujetos sociales (B) como resultado de una abstracción representada o reflexionada (C),
- 2) dirigida a resolver necesidades sentidas de salud-enfermedad
- 3) determinada por las condiciones materiales, la hegemonía ideológica y las acciones en salud de una sociedad específica.

A. LOS CONCEPTOS CON RELACIÓN AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y CON RELACIÓN A LAS ACCIONES EN SALUD

En la presente investigación interpretamos el contenido del pensamiento-en-salud como un conjunto de mitos, creencias, ideas, opiniones y conocimientos “científicos” que abordaremos como *conceptos*. Cada uno de estos contenidos expresa una diferente manera de conceptualizar o estructurar la comprensión sobre el proceso salud-enfermedad que contextualizaremos en su momento desde el sujeto social mismo y no desde el punto de vista del investigador.

B. SUJETO SOCIAL

El pensamiento-en-salud no existe en sí sino que es parte de una persona. Así pareciera que el pensamiento-en-salud se encuentra en un nivel individual pero cada persona vive dentro de un contexto socio-económico y cultural que le determina y que él a su vez define, cambia o reproduce. La inserción de una persona dentro de una realidad específica conlleva la determinación por las relaciones sociales y las condiciones materiales de una sociedad específica, lo que significa que el pensamiento-en-salud no nace de la nada a nivel individual. La relación entre la sociedad y el pensamiento

¹¹ Con “acciones en salud” nos referimos a las actividades organizadas y/o desarrolladas por sujetos sociales con el propósito de mejorar la salud.

tampoco es determinista sino que es una relación dialéctica donde al mismo tiempo el pensamiento facilita o obstruye la posibilidad de cambiar una sociedad.

Para apuntar la relación entre la estructura de una sociedad – la manera de organizarse- y el individuo incluyendo la voluntad humana, utilizamos el concepto de *sujeto social*. La relación entre estructura y individuo vemos en la historicidad que no solo se refiere a una determinación, a un pasado, sino también a una potencialidad, un futuro. Por lo mismo pensamos como lo hace Garretón analizado por Tetelboin (1992) que es importante también enfatizar en la acción en el futuro. Además de la historicidad se trata en el concepto de sujeto social también de una colectividad tomando en cuenta que en la realidad, la relación con la estructura se da como relaciones interhumanas. Este carácter colectivo no hace que todos los sujetos piensen igual o que el pensamiento sea homogéneo, sino que significa que el sujeto no existe como individuo sino como sujeto social relacionándose con otros sujetos. Son relaciones sociales determinadas por el conjunto de reglas de una sociedad que permiten pensar y orientar su acción (Durand y Cuellar, s/f). Así, el sujeto no se encuentra individualmente en una situación determinada sino a través de sus relaciones con otros humanos.

Acercarnos al pensamiento-en-salud de una persona es acercarnos a la estructura de una sociedad donde el sujeto social -el individuo en relación con los demás- está inserto concretamente.

C. REPRESENTACIÓN Y REFLEXIÓN

Aunque el pensamiento-en-salud tiene una base material, no se trata de un mero reflejo o representación de lo material o vivido con relación a la salud, enfermedad o muerte. Según Kosik (1979), el pensamiento dialéctico distingue entre *representación* y *concepto* de las cosas según el acercamiento a la “*esencia*”¹². Pareciera que ambos tipos de pensamiento o conciencia son muy duales pero en la realidad concreta, ambos tipos de comprensión pueden existir al mismo tiempo como aclara Gramsci en la “conciencia contradictoria” y el “sentido común”. La acomodación y la resistencia como dos momentos contradictorias co-existen en el pensamiento y la conducta como un modo

¹² Con “la esencia” se refiere en el materialismo histórico, con relación a la transformación social, al concepto de Modo de Producción.

inconsciente y a-crítico de su relación con la realidad. Kosik también aclara que no solo son dos formas o grados de conocimiento sino dos cualidades de la praxis humana así también relacionando un pensamiento que llega a la esencia a una práctica liberadora.

La *representación* según Kosik se puede lograr espontáneamente pero para llegar al *concepto* se requiere un momento de reflexión o inducción. Lo mismo encontramos en Lenin (1975) que dice que una conciencia espontánea se puede transformarse en una conciencia para sí. Así el tipo de pensamiento no solo se relaciona con un tipo de práctica sino que un pensamiento espontáneo se transforma en un pensamiento que llega a la esencia. Cuando nos referimos a dicha transformación tomamos como punto de partida un pensamiento espontáneo que no viene de la nada sino que es un reflejo o una representación de lo vivido, la situación concreta en la cual se encuentra un sujeto. También Durand y Cuellar (s/f: 25) hablan de la *reflexibilidad como la capacidad de los individuos de pensar su acción, sus prácticas y incluso las reglas y a partir de ello, reaccionar críticamente, proponer nuevos principios clasificatorios y luchar por ellos* como necesario para reivindicar la autonomía relativa y la voluntad propia de los individuos. Los tres autores citados coinciden en una reflexión pero Kosik y Lenin insisten en que la transformación de un pensamiento hacia la esencia o una conciencia para sí, no se hace de manera espontánea sino inducida. Lenin desarrolla la inducción como un papel de los intelectuales mientras que Kosik no abunda en el asunto en el texto citado.

LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD

El pensamiento-en-salud se construye desde lo concreto hacia lo abstracto tomando en cuenta que después de la abstracción o el análisis sigue un momento de síntesis de lo abstracto hacia lo concreto. Por lo tanto, el origen del pensamiento-en-salud es tan amplio como la vida concreta misma. Tenemos por ejemplo condiciones de vida y de trabajo, un contexto cultural, la vida familiar y en comunidad, la escuela, los medios de comunicación y experiencias concretas que todos influyen en la construcción del pensamiento-en-salud, aunque dentro del conjunto concreto, “la enfermedad vivida” es la principal puerta de entrada para la construcción del pensamiento-en-salud. Este ocurre

porque la enfermedad como necesidad sentida es lo más concreto y palpable con relación al proceso salud-enfermedad.

Otro punto importante que surge con esta relación del pensamiento-en-salud con la vida concreta es que el pensamiento-en-salud no existe en sí como una explicación del proceso salud-enfermedad sino que se desarrolla más funcional como parte de la satisfacción de dichas necesidades en salud, o sea: la enfermedad. El nivel de abstracción o complejidad que adquiere el pensamiento-en-salud no está relacionada con la búsqueda de “la esencia” sino con la resolución de un problema de salud-enfermedad.

Por lo mismo, la abstracción de la relación entre “la enfermedad” y las condiciones de vida concretamente vividas resulta más difícil que la relación que existe entre la enfermedad y un tratamiento por dos razones. En primer lugar “condiciones de vida” como causa de la enfermedad requiere un mayor nivel de abstracción y pasos intermedios para concretizar su relación mientras que tratamiento y enfermedad se relacionan sin pensarle mucho. Y en segundo lugar porque “tratamiento” es más accesible mientras que resulta difícil como sujeto social cambiar algo en las condiciones de vida.

LA IDEOLOGIZACIÓN DE LOS CONCEPTOS

La organización social de una sociedad específica determina las condiciones materiales y el perfil de salud de un sujeto social que lo lleva a tener un determinado pensamiento-en-salud. Pero, la organización social también interviene en la construcción del pensamiento-en-salud a través de *la ideología*. Hay ideologías de diferentes tipos pero desarrollamos a continuación de un lado la ideología “*hegemónica*” promovida por las clases dominantes con el objetivo de reproducir –el status quo- la organización social de una sociedad y del otro lado la ideología “*contra-hegemónica*” o “*resistente*” desarrollada por las clases subalternas con el objetivo de cambiar la estructura de una sociedad. No quiere decir que toda la ideología producida por las clases dominantes sea hegemónica y dominante y que todas las ideologías producidas por las clases subalternas sean contra-hegemónicas.

¿QUÉ ES LA IDEOLOGÍA Y DÓNDE SE ENCUENTRA?

La ideología es según Althusser (2000) una "representación" de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia. ¡Ojo!, Althusser no se refiere a una representación de la realidad misma sino de la relación con dicha realidad, una representación además imaginaria. Para concretizar dicha ideología recurrimos a una segunda tesis de Althusser: "La ideología tiene una existencia material". Althusser desarrolla por lo mismo diferentes Aparatos Ideológicos como la escuela, la familia, la cultura y los medios de comunicación que todos intervienen en la construcción del pensamiento-en-salud. Además de los Aparatos Ideológicos desarrollados por Althusser, existe en el ámbito de la salud, la Práctica en Salud como una forma de actuar en salud que conlleva la ideología con relación al proceso salud enfermedad y las acciones en salud. También Menéndez (s/f) menciona que toda práctica teórica se ideologiza en las prácticas técnicas dando autonomía relativa a la práctica teórica. Préteceille ve la ideología en la manera de ver las cosas diciendo que por ejemplo el carácter reformista no se encuentra en la actividad misma sino en la negación, en la ocultación política de la contradicción de clases y de la necesidad de superación revolucionaria (Préteceille, 1977). Según Henry Giroux (1999) que intenta teorizar la categoría 'resistencia' no podemos atribuir el carácter de resistencia indiscriminadamente a cada expresión de "conducta de opresión": "En la medida en que las condiciones de oposición supriman las contradicciones sociales y simultáneamente se fusionan –más que desafien- la lógica de la dominación ideológica, no caerán en la categoría de resistencia sino de su opuesto, esto es en la acomodación y el conformismo." (Giroux, 1999 : 146) y el carácter de resistencia se encuentra en "el interés en el proceso de desarrollo de la conciencia radical y la acción colectiva crítica" y en el grado en el que contiene posibilidades de estimular la lucha política colectiva alrededor de problemas de poder y determinación social (Giroux, 1999: 147). Siguiendo a Giroux, nosotros vemos el carácter hegemónica o contra-hegemónica en un conjunto de elementos como el pensamiento con la ideología, las acciones en salud y la organización política.

Así tenemos la existencia de una ideología o ideologías que hacen parte del pensamiento-en-salud y que se materializan y transmiten en las acciones en salud.

¿PARA QUÉ Y A QUIÉN SIRVE LA IDEOLOGÍA?

Según Marx y Engels (1982), la ideología está al servicio de los que tienen el poder material en una sociedad específica, pero esto no significa que hay solo una ideología, o que existe “la” ideología dominante (Abercrombie, 1987 y Giroux, 1999). Dependerá del tipo de Práctica en Salud para encontrar tal o cual ideología. No obstante, en la presente investigación es importante acercarnos a los rasgos de dominación de una determinada ideología o sea la ideología que las clases dominantes promueven, que sea conscientemente o de manera inconsciente. Gramsci nos ayuda a entender mejor el papel de la ideología dentro de una sociedad capitalista. Una sociedad capitalista reproduce socialmente la intrínseca contradicción entre el capital y el trabajo para asegurar la acumulación de capital. Esta reproducción social se hace según Gramsci (Portelli, 1985) a través de una hegemonía ideológica y la coerción o actos represivos. Por lo tanto, lo ideológico o la hegemonía ideológica es una manera de reproducir socialmente el capitalismo como sistema socio-político. Menéndez aclara que las practicas profesionales en salud tienen además de curar, el propósito de mantener el control social (Menéndez s/f). Menéndez desarrolla la salud como necesario para la clase dominante para “asegurar la reproducción y controlar a las ‘clases peligrosas’ ” (Menéndez, 1990b: 59). Además, Donnangelo (1976) desarrolla la reproducción de la fuerza de trabajo como un papel importante de la medicina dentro de la sociedad capitalista.

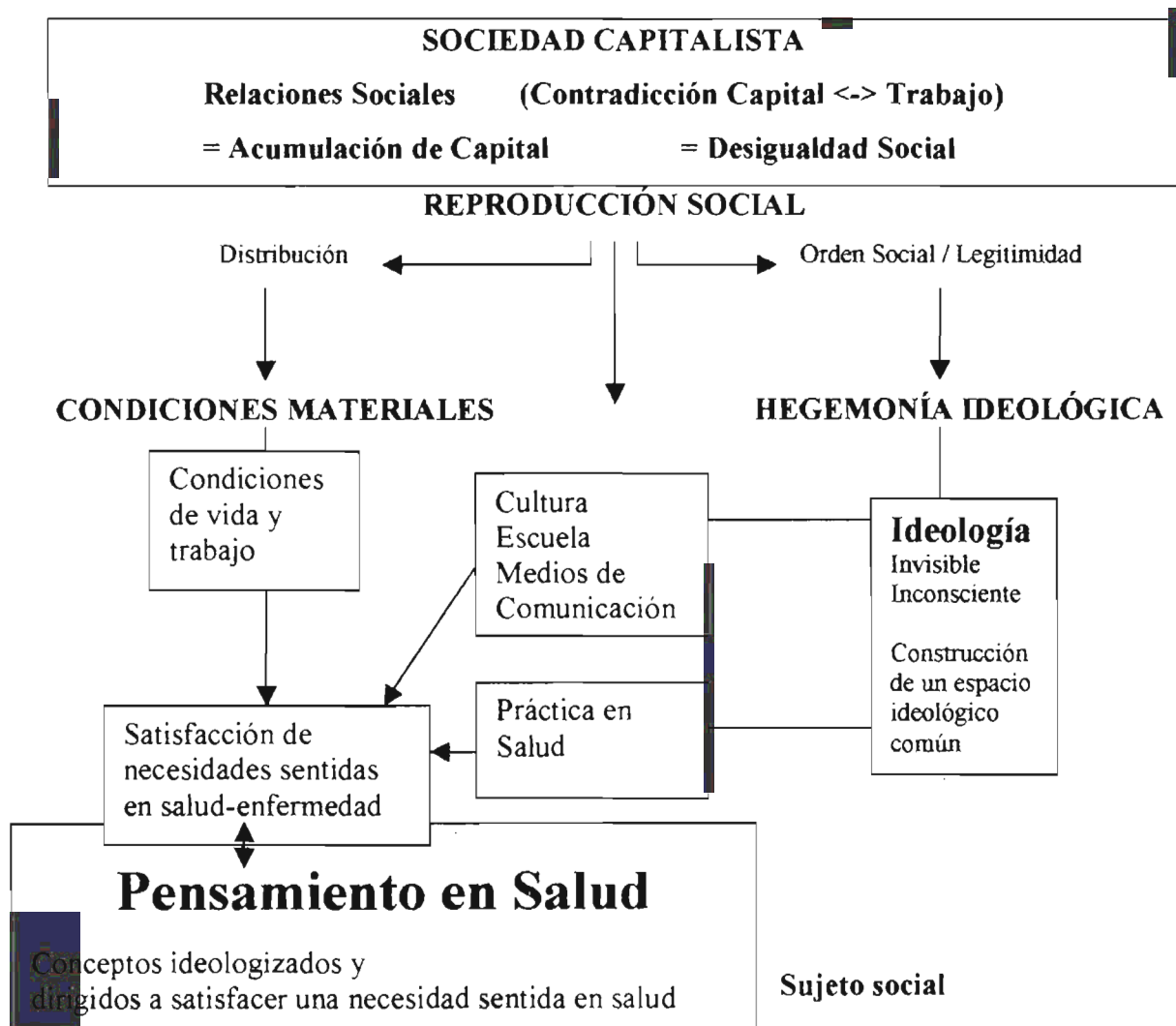
El presente desarrollo –aún teórico- se hace con base en una población campesina. Según Bartra (1993) no se trata de una población marginada sino que hace parte de la producción de alimentos baratos para los obreros de la ciudad y por lo tanto participan en la reproducción de la fuerza de trabajo de los obreros en la ciudad. En este sentido podríamos ver la salud de los campesinos como parte de la reproducción de la fuerza de trabajo aunque su participación, año 2003, en la producción nacional – no tomando en cuenta la para el autoconsumo - es muy limitada.

A través de la ideología, la clase dominante intenta llegar hacia una hegemonía para reproducir socialmente la contradicción entre el capital y trabajo para así asegurar la acumulación del capital. Por lo mismo les es importante reproducir la fuerza de trabajo y mantener la legitimidad y así también el control social.

LA INTERACCIÓN ENTRE DIFERENTES IDEOLOGÍAS

La hegemonía como relación de poder no es única pero tampoco unilateral. Las relaciones de poder entre la clase dominante y las clases subordinadas no son estáticas sino que son relaciones cambiantes de dominación y de resistencia en las cuales todos son actores. Así tenemos, en un nivel abstracto, como contraparte de la dominación: la resistencia. Menéndez (1990b), aunque no desarrolla un modelo contra-hegemónica sino “subordinado” al Modelo Médico Hegemónico, desarrolla el concepto de *transacciones* donde desde el Modelo Médico Hegemónico se subordina ideológicamente a otros modelos.

Esquema 1: La construcción y el proceso de ideologización del pensamiento-en-salud en una sociedad capitalista



LOS ELEMENTOS HEGEMÓNICOS EN EL PENSAMIENTO-EN-SALUD

Siguiendo el desarrollo teórico del apartado sobre la ideologización de los conceptos, concretizamos a continuación el pensamiento-en-salud como herramienta de la hegemonía (Breilh, 2003). Ninguno de los siguientes elementos que mencionamos es de por sí hegemónico. Al contrario, puede ser que un mismo elemento tiene también un sentido contra-hegemónico. Es decir, los elementos que mencionamos a continuación son expresiones de una hegemonía dentro de un contexto y por su uso particular. También pueden ser un medio en la construcción de una ideología hegemónica por lo cual les damos la connotación de hegemónico. Desarrollamos los elementos desde una Práctica en Salud Hegemónico para la cual nos basamos en el desarrollo teórico previo y en el desarrollo de Menéndez (1990a) del Modelo Médico Hegemónico que incorpora tres submodelos o sean *el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado*.

“EI PENSAMIENTO-EN-SALUD ES NEUTRAL”

“NO HAY IDEOLOGÍA EN EL PENSAMIENTO-EN-SALUD”

Un primer elemento sumamente importante para lograr una hegemonía es que la ideología existe en la mayoría de los casos de manera **inconsciente**, no está a la vista. Este facilita su incorporación o construcción y está reforzada aún por el manejo de *la neutralidad* con relación a la salud como veremos a continuación.

“LA SALUD SE LIMITA A ALGUNAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS”

Menéndez (1990b) desarrolla en la Práctica Hegemónica en Salud la necesidad de mantener relaciones sociales dentro de principios teóricos y técnicos, ideológicamente sintetizados, para poder llegar a una hegemonía. Esta relación entre la Práctica en Salud y los conjuntos sociales se da, según nuestro punto de vista, a través de las necesidades en salud. No obstante, las necesidades también tienen su historicidad, lo que significa que no es natural o biológico que pacientes-indígenas consultan con un médico alópata, sino que también está construida socialmente. Este significa que no podemos recurrir a “la necesidad” en general para explicar el contacto entre cualquier sujeto social y una determinada Práctica en Salud.

Dentro de la Práctica Hegemónica en Salud vemos una dualidad entre satisfacer algunas necesidades para construir dicha relación sin atender el conjunto de los problemas de salud-enfermedad. El propósito no es en sí la satisfacción de las necesidades en salud sino que la satisfacción parcial hace parte de dicho contacto con los conjuntos sociales. La satisfacción de unas necesidades se hace con la satisfacción misma (curación de síntomas o algunas enfermedades) pero también se hace limitando conceptualmente las necesidades. Así vemos que se limita el ámbito de “la salud” a algunas enfermedades o síntomas que necesitan una curación o la prevención en la cual se limita la determinación de dichas enfermedades a algunos factores de riesgo directamente relacionados con una enfermedad en particular, sin entrar en causas más estructurales.

El enfoque a la enfermedad como sustituto pragmático de lo que podría ser “la salud”, además de permitir una relación entre la Práctica Hegemónica en Salud y los sujetos sociales, también tiene un efecto directo en el control social. Satisfaciendo necesidades sentidas –que además están construidas y limitadas- permite calmar la gente. Se presenta como si “todos” los problemas de salud-enfermedad quedaron resueltos por la misma Práctica Hegemónica en Salud. De los demás problemas de salud-enfermedad que no se atiende se niega su existencia o demuestra la imposibilidad “natural” de atenderlos.

Otra posibilidad –casi a fuerza- para lograr el contacto entre una Práctica en Salud y la población, se hace condicionando el recibo de ayuda de programas sociales a la previa consulta (como por ejemplo en el caso del Programa Oportunidades y la llamada *consulta sana*). También los demás Aparatos Ideológicos ayudan a construir este espacio ideológico común.

La atención de algunos problemas –además construidos- por la Práctica Hegemónica en Salud no tiene por objeto principal mejorar las condiciones de salud de una población sino de relacionarse con ellos y de guardarlos satisfechos en el ámbito de la salud. Este propósito se logra a través de la limitación ideológica de “la salud” a solo algunas enfermedades o síntomas.

“LA SALUD ES UNA MERCANCÍA O UNA LIMOSNA”¹³

Aunque la Práctica Hegemónica en Salud tiene como objetivo importante guardar el orden social mediante la hegemonía ideológica vemos también elementos directamente relacionados con la acumulación de capital. Así se transforma el concepto de *la-salud-como-derecho* en *la-salud-es-una-mercancia*. La salud ya no es un derecho como humano o como ciudadano sino que deviene un servicio que se debe de pagar. Así intentan juntar un poco de dinero de mucha gente y de privatizar los servicios en salud, acostumbrando la gente a pagar por cualquier servicio en salud. Así la gente en lugar de protestar por lo poco que reciben, debería agradecer al gobierno por lo que reciben gratis aunque sea poco. Este hace parte del orden social. También la limosna o asistencia médica enfocado a los más pobres hace parte de la misma idea de que la salud es una mercancía.

“DETERMINANTES SON FACTORES CAUSALES DE RIESGO”

“DETERMINACIÓN PREFERENCIAL BIOLÓGICA”

“LO SOCIAL SE LIMITA A CAUSAS PERSONALES – ESTILOS DE VIDA”

“CADA INDIVIDUO ES RESPONSABLE/CULPABLE DE SU PROPIA SALUD”

Una vez construido la hegemonía ideológica, la Práctica Hegemónica en Salud fortalece dicha hegemonía y al mismo tiempo la utiliza para el control social, a través de la **ocultación del carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad**. Menéndez (1990b) desarrolla esta ocultación de los determinantes estructurales o sociales en la *práctica médica profesional* a través de la determinación biológica no solo de la enfermedad sino también de la organización social. Se oculta el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad a través de una explicación alterna, basada en un pensamiento positivista y cartesiano donde las ciencias en salud devienen ciencias exactas a través de una explicación preferencial biológica de enfermedades basada en relaciones uni-causales entre factores de riesgo y algunas enfermedades.

¹³ Lo vemos concretamente en el Seguro Popular que quiere acostumbrar la gente pobre a pagar para unos servicios, el Paquete básico que acota no solo la salud a la enfermedad sino que acota la enfermedad a un paquete limitado de enfermedades. Limitando el amplio espectro de salud sin tener un plan a largo plazo para ampliar el limitado Paquete básico significa preparar la privatización de dicho Paquete y calmar la gente. También el desabasto de medicina que vemos en la Práctica Hegemónica en Salud incentiva la iniciativa privada porque obliga, a través de las recetas, la compra en farmacias privadas, de la medicina de patente.

Breilh (2003) desarrolla la ocultación del carácter socio-histórico a través de la triada: factores causales, paradigma de riesgo y acciones funcionalistas. Menciona “dividir para oscurecer” explicando que aislando los fenómenos del todo y además dándoles la connotación de “riesgo”, ya queda fuera la noción de transformación.

Ocultar el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad significa deshacer la salud, la enfermedad y la muerte de sus raíces estructurales dentro de la sociedad. Significa ocultar la importancia de la organización social misma como determinante esencial de la enfermedad y la muerte. También es ocultar la necesidad de una transformación estructural en la sociedad capitalista para poder llegar a mejores condiciones de salud.

Hablamos de dar *preferencia* a “lo biológico” porque también se habla de lo social pero un social que tiene un contenido limitado al ámbito de la persona, su modo de vida o estilos de vida. Así pareciera que un estilo de vida es el último paso en la abstracción y que no tiene contexto. Relacionando uni-causalmente un estilo de vida o comportamiento con una enfermedad, sin tomar en cuenta el contexto socio-histórico en el cual se da dicho comportamiento, limita “lo social” al ámbito del individuo y por lo mismo no solo oculta los determinantes estructurales sino que además culpabiliza el individuo de su enfermedad. Además se propaga el individualismo, no viendo los enfermos como comunidad o sujetos sociales sino como individuos sueltos.

“SE PIENSA QUE LA PRÁCTICA EN SALUD ES NEUTRAL”

“EL MÉDICO SABE, EL PACIENTE NO SABE”

“HAY QUE ESTUDIAR FORMALMENTE PARA ENTENDER LA SALUD (ENFERMEDADES)”

“SOLO LA PRÁCTICA ALÓPATA Y EL MÉDICO TIENEN VALOR”

“ESTUDIOS DE ALTA TECNOLOGÍA VALEN MÁS QUE UN EXAMEN CLÍNICO”

“LOS ESPECIALISTAS VALEN MÁS QUE LOS MEDICOS FAMILIARES”

“LAS ACTIVIDADES EN SALUD SIRVEN PARA REPARAR DAÑOS EN LA SALUD”

Aunque la hegemonía ideológica se produce desde los profesionales de salud se necesita un espacio ideológico entre profesionales y los sujetos sociales para ser efectivo, citando a Menéndez *“a partir del trabajo de un objeto especial, la enfermedad, la cura, la muerte, [que] el curador profesional se hace necesario, y su actividad curativa puede opacar la “delegación” y las operaciones de control. Esta participación y esta*

delegación suponen un espacio ideológico común, en el cual los conjuntos sociales reconocen los mecanismos básicos que provocan la enfermedad y la curación; ... y es dentro de este espacio que pueden funcionar los curadores profesionales. Una de las tareas básicas de estos y de la sociedad dominante es construir este espacio de reconocimiento y eficacia."(Menéndez 1990b: 57). Donnangelo (1976) habla de la importancia de la concepción de **neutralidad** que la medicina adquiere a través del desarrollo del aparato científico y tecnológico que da la posibilidad de enfatizar el carácter de científicidad en la medicina. Esta supuesta neutralidad hace parte del espacio ideológico común (Menéndez s/f) o como lo dice Donnangelo (1976) no de una generalización del cuidado médico sino de una extensión del campo de normatividad de la medicina por medio de la definición de nuevos principios referentes al significado de la salud. Así vemos que la Práctica Hegemónica en Salud se basa en la neutralidad a través del **uso de la racionalidad científica-positivista** de lo cual se derivan diferentes consecuencias en el pensamiento-en-salud que van más allá de la idea de la neutralidad que conlleva la invisibilidad de la ideología misma. Breilh (2003) aclara que la acción en salud es *funcionalista* por estar dirigido al regreso o mantenimiento del equilibrio que se basa en la visión positivista. Otros conceptos son que el saber sobre la salud –o en su forma hegemónica: unas enfermedades- se encuentra en el médico que obtuvo un diploma. Entre los médicos vemos una jerarquización de los investigadores –o el saber- que adquiere más importancia que los clínicos –la técnica- como lo menciona Menéndez (s/f) pero también entre los diferentes médicos clínicos donde el que más se especializa adquiere más importancia. La racionalidad científica-positivista también se utiliza para despreciar a las demás Acciones en Salud, ya sea porque no hay diploma o porque se basan en otros conocimientos y experiencias. Además, el pensamiento positivista conlleva que un número o un dato duro como concentraciones de valores sanguíneas, una radiografía o una Tomografía Computerizado adquieren más importancia que un examen clínico.

LOS ELEMENTOS CONTRA-HEGEMÓNICOS EN EL PENSAMIENTO-EN-SALUD

En analogía con los elementos hegemónicos del pensamiento-en-salud queremos construir elementos contra-hegemónicos en el pensamiento-en-salud¹⁴. Se trata principalmente de un pensamiento-en-salud que intenta entender la realidad en salud dentro de una sociedad específica ligado a una praxis. Aunque nos enfocamos aquí a los elementos del pensamiento-en-salud es importante apuntar que para ir en contra de algunos conceptos como por ejemplo “la medicalización” es importante de mostrar a través de los hechos –el sustrato material- que también no-médicos y personas sin diploma pueden atender enfermedades. Los cambios no se hacen en el terreno de los conceptos.

“EL PENSAMIENTO-EN-SALUD ESTÁ IDEOLOGIZADO”

“EL PENSAMIENTO-EN-SALUD NO ES NEUTRAL”

“HAY UNA UNIDAD ENTRE PENSAMIENTO Y PRÁCTICA”

El pensamiento-en-salud no es neutral sino que es producto de una socio-historicidad que conlleva en la ideologización de los conceptos. Un elemento contra-hegemónico sería la visibilidad o conciencia de dicha ideología en el pensamiento-en-salud. No tenemos que *oponernos a una Práctica en Salud misma sino hacer visible una ideología hegemónica que acompaña una Práctica en Salud*. Por lo mismo es importante concienciar sobre la existencia de una ideología y sus funciones hegemónicas como parte de la Práctica en Salud. Por lo mismo no nos oponemos a la ciencia médica moderna sino al uso de dicha ciencia y las limitaciones positivistas.

Conciencia para sí no solo significa estar consciente de la existencia de una ideología con rasgos hegemónicas sino construir conscientemente una ideología en función de una práctica liberadora.

¹⁴ Para la presente construcción no utilizamos el Modelo Médico Alternativo Subordinado ni el Modelo de Autoatención, dos otros Modelos de Menéndez (1990a), porque dichos Modelos no fueron construidos por el autor con la idea de buscar rasgos contra-hegemónicas o resistentes.

El pensamiento-en-salud tiene como objetivo acercarnos a la realidad en salud como parte de un real todo y sirve como base para transformar las condiciones de salud no como condiciones aisladas sino como un conjunto de la sociedad.

Como mencionamos antes –citando a Kosik- no se trata solo de otro tipo de conocimiento o pensamiento sino que otro pensamiento conlleva otra *praxis humana*, una Práctica Liberadora en Salud. No significa que a través de una Práctica en Salud se puede liberar socialmente a los sujetos sociales o cambiar la estructura de la sociedad sino que desde la Práctica en Salud podemos luchar –en coordinación política con otros ámbitos de la sociedad- para prevenir en la raíz las enfermedades o promover en general la salud.

“LA SALUD ES UN PROCESO SOCIO-HISTÓRICO: EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD”

Hablamos de un proceso salud-enfermedad para apuntar el carácter socio-histórico de la salud. La salud como concepto, en el área de conocimiento de la Medicina Social, no existe solo como salud ni como lo opuesto a la enfermedad, sino que la salud se encuentra en una relación dinámica con la enfermedad. Ni la salud, ni la enfermedad son momentos estáticos sino que son procesos dinámicos entre sí: nadie se encuentra en pura salud ni en pura enfermedad. La enfermedad es una expresión momentánea de un proceso socio-histórico. En cada momento estamos en camino hacia la salud pero también en camino hacia la enfermedad. Los determinantes sociales ya llevan la enfermedad y la salud en sí aunque se expresan y materializan en un cuerpo individual. Son dos opuestos, la salud y la enfermedad, en un nivel abstracto pero no lo son en la realidad concreta. Por lo mismo hablamos de un proceso salud-enfermedad. El carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad se encuentra por lo tanto en sus determinantes pero también está presente en el proceso mismo (Laurell, 1981). Los determinantes del proceso salud-enfermedad son las condiciones de vida y de trabajo, que conllevan determinados estilos de vida, y que están determinados por un modo de producción y consumo que dependen de un sistema político y la reproducción social del mismo. Estas bases materiales determinan el perfil de salud-enfermedad de una población específica.

“EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD SE CONSTRUYE COLECTIVAMENTE”

Como contraparte de la relación entre el proceso salud-enfermedad y el dinero es importante construir sobre las bases de la colectividad con principios como la solidaridad.

“LOS DETERMINANTES FORMAN UN CONJUNTO”

“DETERMINACIÓN SOCIAL”

“LO SOCIAL SE ORGANIZA EN TORNO A LA REPRODUCCIÓN SOCIAL”

“RESPONSABILIDAD DEL GOBIERNO-COLECTIVIDAD”

No basta en decir que salud es un proceso socio-histórico. Este enunciado necesita, también de manera teórica, ser desarrollado. Como vemos a continuación no es suficiente de hablar de “lo social”.

En búsqueda de interpretaciones diferentes de “lo social” llegamos con López y Blanco (1994) que desarrollan dos *modelos sociomédicos en salud pública* que nos ayudan a estructurar el contenido del *pensamiento-en-salud*. Sobre todo la parte sobre condiciones y respuestas de salud nos son muy útiles porque ambos modelos desarrollados por los autores, la teoría del consenso y la teoría del conflicto, reconocen el doble componente socio-biológico que conforman las condiciones de salud. Según Lopez y Blanco, la diferencia se encuentra en la especificidad de lo social. En la teoría del consenso, lo social y lo biológico adquieren la misma importancia y están vistos como factores de riesgo para enfermedades particulares. Así se reconstruye lo social con categorías que se expresan en términos individuales y que se asocian con una enfermedad particular. Del otro lado tenemos la teoría del conflicto donde los procesos sociales determinan y subordinan a los procesos bio-psíquicos y donde los orígenes de la enfermedad se encuentran en condiciones externas en relación con influencias amortiguadoras. Lo social no actúa como un agente bio-físico-químico y por lo tanto no tiene especificidad etiológica. Este conlleva que la reconstrucción de lo social se hace a través de categorías complejas que determinan maneras particulares de producir y consumir por parte de los grupos y que así se manifiestan en formas específicas de protección/deterioro de la salud (López y Blanco, 1994). La diferencia entre ambas maneras de pensar por lo tanto es el carácter de esencia que se da a la organización social en el caso de la teoría del conflicto mientras que en la teoría del consenso se limita lo social a lo individual y así oculta otras determinaciones sociales. También Laurell (1994) desarrolla el carácter social del proceso salud-enfermedad que no solo se encuentra en los determinantes sino en el proceso mismo como otro nivel de acercamiento más que la solo subsunción de lo biológico en lo social como lo desarrolla Breilh (citado en Laurell, 1981).

Como contraparte del uso limitado de “Estilos de Vida” proponemos concienciar sobre la relación entre el proceso salud-enfermedad y las *Condiciones de Vida*. Mientras que el uso de “Estilos de Vida” en la Práctica Hegemónica en Salud limita el sujeto social a un individuo, vemos que la concientización sobre el papel de condiciones de vida facilita demostrar la socio-historicidad del proceso salud-enfermedad.

El enfoque que enfatiza en la relación entre condiciones de vida y el proceso salud-enfermedad nos permita ir a la esencia o sea la organización social de la sociedad. En esta relación entre una enfermedad y las condiciones de vida, los estilos de vida pueden ser una categoría intermediaria pero no se queda en el nivel de estilos de vida sino que contextualizan los estilos de vida dentro de un conjunto de condiciones de vida.

“LA PRÁCTICA EN SALUD DEBE SER LIBERADORA”

“HAY DIFERENTES FORMAS DE SABER”

**“LA COMUNIDAD SE ENCUENTRA CENTRAL EN LA ORGANIZACIÓN DE
LA PRÁCTICA EN SALUD”**

“IMPORTANCIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE CURACIÓN”

La Práctica en Salud no se aísla del resto de las actividades sino que forma parte de la transformación de la sociedad. Breilh (2003: 89) menciona sobre la acción en salud “como la proyección de una ruptura contra los procesos que destruyen nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención), y a afavor de los procesos que nos protegen y perfeccionan, tanto colectiva como individualmente (promoción).”

Para organizar la Práctica en Salud es importante de basarse en una realidad concreta con la cual solo los sujetos sociales de dicha comunidad tienen un vínculo orgánico. El desafío se encuentra en el equilibrio entre la preservación de una identidad y adquirir nuevos conocimientos y experiencias.

EL PENSAMIENTO-EN-SALUD Y LA PRÁCTICA LIBERADORA EN SALUD

El pensamiento-en-salud solo puede hacer parte de una contra-hegemonía **en relación con acciones concretas en salud dentro de una organización política** con un programa y actividad contra-hegemónica más amplia. Como parte de este conjunto, apuntamos a continuación algunos componentes importantes para construir elementos contra-hegemónicos en el pensamiento-en-salud mismo. El objetivo final desde el punto de vista del pensamiento-en-salud sería llegar a un pensamiento-en-salud dirigido a luchar y organizarse para promover la salud y cambiar los determinantes del proceso salud-enfermedad.

REFLEXIONAR DESDE LA ENFERMEDAD HACÍA DETERMINANTES ESTRUCTURALES

Desde lo concreto y el pensamiento funcional dirigido a resolver problemas de enfermedad, tenemos que construir –a través de la reflexión- un pensamiento-en-salud más abstracto pasando por estilos de vida y condiciones de vida y de trabajo para llegar a la relación entre la enfermedad y la organización social de la sociedad. En esta construcción es sumamente importante empezar de lo más concreto y de concretizar paso por paso cada nivel más abstracto.

La conceptualización que se desarrolla dentro de la práctica hegemónica en salud conlleva una ideología que es importante analizar como parte de la reflexión hacia determinantes estructurales.

RELACIONAR LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES CON LAS ACCIONES EN SALUD DANDO UN PAPEL DECISIVO A CADA INDIVIDUO DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN Y LUCHA POLÍTICA

El pensamiento-en-salud está relacionado con una satisfacción de necesidades sentidas en salud. Por lo mismo no basta relacionar la enfermedad con determinantes estructurales y la organización social de la sociedad sino que también hay que concretizar la participación de la gente como parte de un cambio en dichos determinantes estructurales. El papel de la gente es importante para que sepan que ellos mismo deben de llevar esta lucha y que nadie más lo va hacer para ellos, que no delegan la responsabilidad.

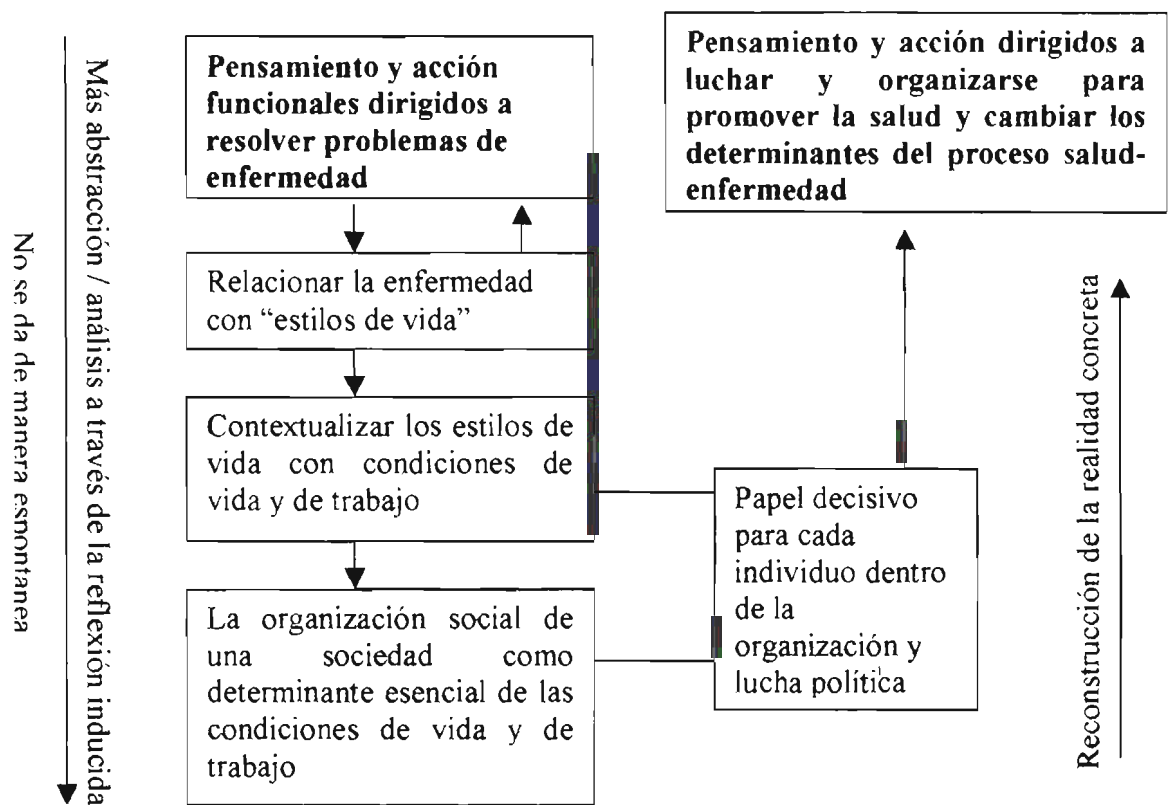
Estos cambios podemos lograr a través de la reflexión inducida no olvidando que las acciones concretas ayuden a construir nuevos conceptos como por ejemplo el hecho que también un trabajador de salud puede resolver problemas de enfermedad o el hecho que las pastillas y jarabes sirven igual que las inyecciones. Más a largo plazo se tendrá que desarrollar actividades enfocadas a promover la salud con relación a otras necesidades como un todo.

Tampoco podemos olvidar que es justamente el conjunto de la conceptualización como una determinación biológica del proceso salud-enfermedad, en relación con la capacidad de satisfacer dicha necesidad a través de una práctica médica profesional que da el poder de control social y una aparente satisfacción de necesidades construidas. Así se debe, como momento contra-hegemónico, no solo demostrar las causas estructurales relacionado al proceso salud-enfermedad, sino también organizar una práctica contra-hegemónica que satisface las necesidades en salud para así romper con el conjunto hegemónico. El problema llega aquí a fondo porque dicha satisfacción de necesidades en salud supone cambios radicales en la producción y el consumo de los grupos sociales. Así queda difícil ubicar el papel de la práctica tradicional que de un lado satisface necesidades en salud y deshace la idea de la profesionalización o la biologización pero del otro lado tampoco hace visible los determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad.

Esquema 2. La construcción de la contra-hegemonía y el pensamiento-en-salud

Organización política
con programa y actividad contra-hegemónica más amplia

Ámbito de la salud: acciones en salud & pensamiento-en-salud



FUENTES PRINCIPALES

Abercrombie, N., Hill S. & Bryan S. Turner. (1987) La tesis de la ideología dominante. España: Siglo XXI. Pp. 240.

Althusser, L. (2000) Ideología y Aparatos ideológicos del Estado. México: Edición Quinto Sol. Pp. 84.

Bartra, R. (1993) Estructura agraria y clases sociales en México. México: Era – UNAM.

Breilh, J. (2003) Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Coreil, J. Y col (1985) Life-style an emergent concept in the sociomedical sciences. Culture. Medecine and Psychiatry. Vol 9. Pp. 423-437

Coutinho, C.N. (1999) Representación de intereses, formulación de políticas y hegemonía. En: Teixeira, S.F. (org.) La reforma sanitaria - en busca de una teoría. México: Universidad de Guadalajara.

Donnangelo, M.C. y Luis Perreira (1976) La Medicina en la sociedad de clases. En: Donnangelo, M.C. y Luis Perreira (Ed), Salud y Sociedad. Librería dos ciudades. Sao Paulo. Pp1-66.

Dos Santos, Th. (1972) Concepto de clases sociales. México: Ediciones Quinto Sol.

Durand, V.M. y María Angélica Cuellar (s/f) Clases y sujetos sociales: un enfoque crítico-comparativo. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Foucault, M. (1999) El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI. 18ª Edición. Pp. 293.

Freire, P. (2000) *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI. Pp. 245.

García Canclini, N. (S/f) *Cultura y organización popular. Gramsci con Bourdieu*. Editorial desconocida.

Giroux, H.A. (1999) *Teoría y resistencia en educación*. México: Siglo XXI

Laurell, A.C. (1981) *La salud-enfermedad como proceso social*. En: *Revista Latinoamericana de Salud*. 2 (1) 7 -25.

Lenin, V.I. (1975) *¿Qué hacer? República popular China: Ediciones en lenguas extranjeras*. Pp. 260.

López Arellano, O. y José Blanco Gil (1994) *Modelos Sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y desencuentros*. *Salud Pública de México*. (36) 374-84.

Marx, C. (S/f) *El método en la economía política*. México: Grijalbo.

Marx, C. & Friedrich Engels (1982) *Feuerbach. Oposición entre las concepciones materialista e idealista*. Pp. 71.

Menéndez, E. (1986). *El modelo Médico y la salud de los trabajadores*. En: Babaglia, F. *La salud de los trabajadores*. Editorial Nueva Imagen. México, Pp 11-50.

_____ (1990a). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. En: R. Campos (comp.). *La antropología médica en México*. U.A.M. México, D. F.

_____ (1990b). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, Capítulo III, 1ª. Ed. Patria. México, D. F.

_____ (s/f). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. En: Antropología Médica: orientaciones, desigualdades y transacciones, Cuadernos de la Casa Chata. N° 179:53-84. México, D.F.

Portelli, H. (1985) Gramsci y el bloque histórico. México: Siglo XXI.

Poulantza, N. (S/f) Estado, poder y socialismo. México: Siglo XXI

Préteceille, E. (1977) Necesidades sociales y socialización del consumo. En: Terrail, J.P. et al. Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. México, pp 35-90.

Rifkin, S.B. (1986) Lessons from community participation in health programmes. Great Britain: Health Policy and Planning: 1 (3) 240-49

Sigerist, H.E. (1946) The University at the Crossroads. New York: Henry Schuman.

Teixeira, S.F. (1999) Reflexiones teóricas sobre democracia y reforma sanitaria. En: Teixeira, S.F. (org.) La reforma sanitaria - en busca de una teoría. México: Universidad de Guadalajara.

Tetelboin, C. (1992) Actores sociales: ¿Una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina? En: Eibenschutz, C. Estado y Políticas Sociales en América Latina, Fiocruz/UAM-X. México, Pp 233-253

Werner, D. & David Sanders (1997) Questioning the solution. The politics of primary health care and child survival. USA: Healthwrights.

- Capítulo IV -

LA METODOLOGÍA

Nos acercamos en la presente investigación a conocer el pensamiento-en-salud de dos comunidades de la Huasteca Hidalguense. Desarrollamos a continuación el diseño cualitativo del estudio empírico de la presente investigación. Por un acercamiento cualitativo estamos entendiendo que trabajamos con datos cualitativos y que también el estudio empírico tiene por objeto principal acercarnos a la complejidad del pensamiento-en-salud intentando de encontrar relaciones y entender el conjunto más que solo analizar. El estudio empírico se hizo con **la población de dos comunidades indígenas-campesinas de la Huasteca Hidalguense**. Elegimos las comunidades de Metlatepec y El Lindero en el municipio de Huautla, estado de Hidalgo, porque además de tener acceso a ellas, tienen en general características similares. Ambas tienen en general las mismas condiciones de vida y culturales siendo comunidades campesinas nahuatl, pertenecen a la misma organización popular FDOMEZ y comparten una lucha por la tierra. Desde el punto de vista de la salud, también elegimos estas dos comunidades porque Metlatepec está bajo influencia de la SSA mientras que El Lindero lo está del IMSS- Oportunidades. Así tenemos un ejemplo de cada una de las principales instituciones gubernamentales que actúan en el ámbito sanitario en comunidades indígenas-campesinas, en calidad de estudio de caso. Capás AC ha desarrollado un trabajo de salud comunitario similar en ambas comunidades, que además fueron elegidos por la población de diferentes comunidades en el alrededor como la comunidad para construir la casa de salud de Capás AC.

Para **la obtención de la información del estudio empírico** se trabaja de manera cualitativa con fuentes primarias a través de cuatro grupos focales, dos en cada comunidad. Trabajamos con grupos focales porque las dos comunidades son grandes y no es nuestro propósito de tener el pensamiento de cada uno de los habitantes sino de encontrar conceptos comunes. Tampoco necesitamos representatividad de un número específico de habitantes para extrapolar los datos por ser nuestro objetivo de acercarnos más al pensamiento-en-salud en general lo que cabe dentro de nuestro desarrollo

conceptual del Sujeto Social. Un grupo focal nos permite captar el pensamiento-en-salud en general y permite una dinámica de grupo que facilita la participación y la construcción y interrelación de conceptos. Tenemos en cada comunidad un grupo focal masculino y otro femenino. Separamos ambos sexos principalmente para evitar que las mujeres se inhiban con la presencia de los hombres. Además nos da la posibilidad de conocer las diferencias del pensamiento-en-salud entre mujeres y hombres generados por diferentes tareas con relación a la salud y enfermedad o sea, las mujeres tienen una diferente relación con la realidad concreta. Las mujeres se ocupan principalmente de los casos de enfermedad de la familia y además ellas tienen más contacto con el discurso de la clínica del IMSS-Oportunidades o del SSA por ser las beneficiarias de los programas gubernamentales de salubridad. Para cada grupo focal seleccionamos ocho hombres o ocho mujeres, habitantes de las comunidades y mayores de 15 años. Hacemos la selección con base en un listado del censo de familias que Capás AC hizo en julio 2002 sin necesidad de tener representatividad.

Nos acercamos al pensamiento-en-salud de los grupos focales a través **del lenguaje**, es decir los conceptos que la población estudiada expresa en el lenguaje durante la investigación de campo. Nos damos cuenta que la población se refiere con “una palabra” a un concepto que los demás inserto en la misma cultura y circunstancia probablemente valoran de manera similar pero que para el investigador puede resultar en un significado diferente. Son justamente estos conceptos o esta conceptualización que nos interesan para llegar a entender el pensamiento de la población estudiada. Es un reto para el investigador hacer el esfuerzo, de hacer consciente los conceptos de la población estudiada.

Desarrollamos metodológicamente las 3 preguntas de nuestra investigación en tres ejes analíticos.

El *primer eje* nos acerca al **pensamiento-en-salud** mismo o sea el conjunto de conceptos que la población estudiada expresa con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud. Es el eje más importante por tratarse del pensamiento o los conceptos mismos o sea el pensamiento-en-salud propiamente dicho. El *segundo eje* nos acerca a la **construcción del pensamiento-en-salud** de la población estudiada para conocer la manera cómo se construye el pensamiento-en-salud. Finalmente, el *tercer eje*, nos acerca al **uso del pensamiento-en-salud** o sea cómo expresa o cómo usa la población estudiada su pensamiento-en-salud en algunos casos concretos. El acercamiento a cada uno de estos tres ejes analíticos, nos permite tener una idea global sobre cómo se genera, se articula y se usa el pensamiento-en-salud.

I. En el *primer eje* analítico¹⁵ se trata de conocer **EL PENSAMIENTO-EN-SALUD** o sea el conjunto de conceptos que la población estudiada expresa con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud.

Con el presente eje queremos encontrar un conjunto de estructura y función en la complejidad de conceptos que la población maneja con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud. Daremos un especial énfasis a la ideologización de los conceptos con base en los elementos hegemónicos y contra-hegemónicos desarrollados en el Marco Conceptual.

Para el estudio empírico del pensamiento-en-salud proponemos 3 componentes que construimos para poder acercarnos a diferentes “áreas” del pensamiento-en-salud como la conceptualización de “la salud”, de la determinación del proceso salud-enfermedad y de las acciones en salud. El acercamiento a estas tres “áreas” nos permitirá de visualizar el

¹⁵ La metodología y técnica del primer eje fueron mejoradas con base en la prueba piloto del 27 de diciembre de 2002 en la comunidad “14 de Mayo” cercana a ambas comunidades que estudiamos. Elegimos dicha comunidad por la cercanía a ambas comunidades del estudio empírico lo que conlleva el uso de la misma clínica gubernamental y la participación en la misma casa de salud de Capás AC.

pensamiento-en-salud en general al igual que elementos hegemónicos o contra-hegemónicos del mismo.

En un primer componente abordamos “**LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD Y SUS CAUSAS**”¹⁶ “ para conocer cómo ellos entienden los determinantes del proceso salud-enfermedad y para acercarnos a la conceptualización del proceso salud-enfermedad. Nos permitirá ver cuáles fenómenos mencionan con relación a la *salud* y así nos acercamos no solo a dichos fenómenos pero también al significado de *salud*. De los fenómenos que mencionan nos interesa saber cuáles son y cómo se relacionan con el proceso salud-enfermedad. De la conceptualización de *salud* nos interesa ver si hay un enfoque hacia las enfermedades o síntomas, o al contrario si dan un enfoque más general e integral.

El primer componente nos da respuesta a las preguntas: *¿Cuáles conceptos expresa la población estudiada con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad?, ¿Cómo se relacionan las “causas” con el proceso salud-enfermedad?, ¿Qué tipo*¹⁷ *de “causas” mencionan? y ¿Cómo se conceptualiza “salud”? para llegar a responder ¿Cuál es su pensamiento-en-salud?*

Les haremos durante la investigación de campo concretamente la pregunta: *¿Qué necesitamos para tener una buena salud? Para poder profundizar después más en algunos de todos estos conceptos les pedimos de explicar más cada concepto y de elegir los 10 conceptos que según ellos adquieren más importancia para tener una buena salud. De estos 10 también les pedimos de ponerlos en orden de importancia. Con la técnica del primer componente del primer eje obtenemos –según cada grupo focal- los 10 más importantes conceptos que la población estudiada expresó como determinantes del proceso salud-enfermedad y la explicación de cada uno de estos conceptos. Además tenemos la importancia relativa de los mismos.*

¹⁶ Aunque en el área de conocimiento de la Medicina Social vemos “las causas” como determinantes sociales hablamos aquí de *causas* con relación al tipo de respuesta que los grupos focales dan

¹⁷ Con “tipo” no nos referimos a una tipología exacta sino a los elementos hegemónicos o contra-hegemónicos que desarrollamos en el Marco Conceptual con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad

En un segundo componente abordamos “*LA RELACIÓN ENTRE CAUSAS Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES*” queremos profundizar en la determinación del proceso salud-enfermedad concretizando dos enfermedades, así buscando cómo se relacionan algunos determinantes relacionados a una enfermedad concreta con otros determinantes. Además nos permite diferenciar entre determinantes que mencionan de manera espontánea y determinantes que mencionan después de un ejercicio de reflexión. Pensamos que hablar de dos enfermedades concretas facilita el proceso de construcción de conceptos y además, por ser concreto, nos permite ir más a fondo intentando de analizar más los determinantes que dan en un primer instante. Por lo mismo pediremos los determinantes de dos enfermedades concretas elegidas por nosotros mismos. Más que categorizar causas con una determinada enfermedad queremos acercarnos a las relaciones que la población hace desde algunos determinantes concretos. Por lo mismo preguntamos en la investigación de campo de elegir un determinante –del conjunto de determinantes que nos darán- para hacer un ejercicio de reflexión, buscando relaciones con este determinante. Elegimos “la diarrea” y “el dolor de espalda” como enfermedades por ser problemas de salud-enfermedad o síntomas comunes conocidos por todas y todos, que dan además la posibilidad de problematizar de diferentes maneras sobre su determinación. Pueden tener determinantes atribuibles en los diferentes ámbitos para ubicarlos en el marco de los conceptos de *condiciones de vida y trabajo*, o en *estilos de vida*. Conscientemente no delimitamos más ambos problemas por no ser nuestro objeto de estudio en sí sino facilitadores de un proceso –la búsqueda y entendimiento de unos conceptos relacionados con el proceso salud-enfermedad- que queremos concretizar. Así queremos llegar a responder la pregunta: *¿Cómo se relacionan las primeras causas de dos enfermedades concretas: diarrea y dolor de espalda, con determinantes más estructurales?*

En la técnica dividimos el grupo focal en dos grupos de 4 personas, uno que trabaja ‘la diarrea’ y otro que trabaja ‘el dolor de espalda’. Durante la dinámica hacemos concretamente la pregunta: ¿A qué se debe que alguien se enferma de diarrea/dolor de espalda? (respectivamente al grupo de ‘diarrea’ y al grupo de ‘dolor de espalda’). Luego pedimos la causa más importante y inducimos una reflexión de dicha causa a través de la pregunta ¿Por qué? Finalmente pedimos de elegir la causa más importante de todas.

Con la técnica del segundo componente del primer eje obtenemos conceptos como causas de dos problemas de salud-enfermedad concretas: la diarrea y el dolor de espalda. De un lado las causas que dan de manera espontánea y del otro las causas que dan después de una reflexión inducida.

En el tercer componente del primer eje "**LAS ACCIONES PENSADAS EN SALUD Y EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES DE SALUD**" nos queremos acercar a los conceptos con relación a las acciones en salud. En un primer momento queremos ver de qué tipo son las acciones pensadas con relación a las dos enfermedades del segundo componente: "la diarrea" y "el dolor de espalda" de las cuales pediremos las acciones pensadas para tratar o evitarlo. Elegimos las mismas dos enfermedades porque dan la posibilidad de entrar en diferentes tipos de acciones como son el tratamiento en casa, con el curandero, en la clínica, de manera especializada o con hierbas. También dan la posibilidad de hablar de medidas preventivas que claramente se relacionan con ambos problemas de salud-enfermedad. Insistimos durante la técnica en la pregunta sobre acciones en tratamiento y prevención porque vimos en la prueba piloto que solo mencionan acciones relacionadas con tratamiento si no se especifica "para prevenir o evitar" en la pregunta. Por razones técnicas empezamos con "el tratamiento" por ser un concepto más entendible que "la prevención".

Después pediremos en un segundo momento el papel del individuo dentro de las acciones en salud así queriendo ubicar la necesidad de organización y/o del sujeto colectivo o el individualismo.

Así queremos llegar a responder las preguntas de investigación: *¿Qué son los conceptos relacionados con las principales acciones para tratar y evitar un caso de diarrea y de dolor de espalda? ¿Qué es más importante, evitar o tratar? ¿Dónde se ubica cada individuo en las acciones para mejorar la salud?*

Durante la técnica, el grupo focal sigue, en la primer parte, dividido en dos grupos de cuatro personas, uno que trabaja 'la diarrea' y otro que trabaja 'el dolor de espalda'. Durante la dinámica hacemos concretamente la pregunta: *¿Qué se debe hacer para evitar el caso de diarrea/dolor de espalda? (respectivamente al grupo de 'diarrea' y al grupo de 'dolor de espalda')* y *¿Qué se debe hacer para tratar el caso de diarrea/dolor de espalda?*

(respectivamente al grupo de 'diarrea' y al grupo de 'dolor de espalda'). Luego les pedimos la acción más importante, evitar o tratar. Para saber dónde cada persona se ubica en las acciones para mejorar la salud les haremos, en un segundo tiempo y de nuevo en todo el grupo focal, la pregunta "¿Qué es el papel de cada persona para mejorar nuestra salud?"

Con la técnica de este tercer componente del primer eje obtendremos conceptos como acciones para tratar o evitar dos enfermedades concretas y su relativa importancia, al igual que el papel que ellos adjudican a cada individuo para mejorar la salud.

II. El *segundo eje*¹⁸ nos acerca a **LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD** de la población estudiada. Para la segunda parte del planteamiento del problema "Cómo se construye el pensamiento-en-salud?" queremos buscar de dónde viene la conceptualización relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud, y entender cómo se construye para luego tratar de relacionarlo con algunos elementos hegemónicos o contra-hegemónicos.

Así queremos dar respuesta a la pregunta de investigación: *¿Cuál es el origen de los conceptos en salud de la población estudiada?* y *¿Qué da a una fuente*¹⁹ *la importancia para influir en algunos sujetos?* Tenemos dos componentes en el presente eje.

En el primer componente del segundo eje "**EL ORIGEN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD**" queremos dar respuesta a la pregunta de investigación: *¿De dónde vienen sus principales conceptos sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud?*

En la técnica con los grupos focales se trabaja a partir de los conceptos que expresaron durante una técnica anterior donde mencionaron conceptos como respuesta a la pregunta *¿Qué necesitamos para tener una buena salud?*. Les pediremos de dónde obtuvieron o viene el conocimiento de dicho concepto. La prueba piloto nos mostró, que aunque

¹⁸ La metodología del segundo eje fue mejorada con base a una segunda prueba piloto del 18 de febrero de 2003 en la misma comunidad de la primera prueba piloto, "14 de Mayo".

¹⁹ Definimos fuente como cualquier sujeto o acción en salud que tiene influencia en la conceptualización del Pensamiento-en-salud.

queremos diferenciar entre dos tipos de influencia: el origen del concepto (muchas veces una acción) mismo y el origen de la relación del concepto con el proceso salud-enfermedad, no resulta posible. Para facilitar la técnica pediremos si sus abuelos ya hicieron la misma acción.

Con las repuestas podemos relacionar diferentes conceptos con una determinada fuente o acción en salud.

En el segundo componente del segundo eje "***EL VALOR POSITIVO DE ALGUNAS FUENTES***" nos acercamos a la importancia que adquieren algunas características de posibles actores²⁰ en salud. EL presente componente se basa en la idea que la razón por la cuál la población acepta nuevos conceptos no se encuentra en la idea misma sino que se encuentra en los actores o situaciones influyentes que adquieren por tal o cual razón una mayor importancia que otros actores o experiencias. Aquí es importante evaluar la diferencia de valor que adquieren los diferentes actores entre sí y en relación con la población misma. Construimos las características con base en algunos de los elementos desarrollados como hegemónicos o contra-hegemónicos del marco conceptual.

Queremos responder a la pregunta de investigación: *¿Qué da el valor o la importancia a los actores-fuentes para poder influir?* y *¿Cuáles actores adquieren más importancia?*

En la técnica con cada grupo focal les pediremos de poner en orden de importancia, empezando con lo más importante, 7 características de actores en salud que nosotros les damos o sea: "sabe cómo tenemos que mejorar nuestra casa"; "tiene buenos contactos con el actual gobierno"; "nos explica mejor todo lo que hacemos mal"; "sabe como recuperar el tonalli"; "tiene más medicamentos"; "entiende mejor lo que pasa en México"; "hace parte de una organización popular como FDOMEZ".

Después les pediremos de evaluar virtuales diferentes opiniones sobre el Seguro Popular poniendo en orden de importancia siete diferentes actores. Tomamos "Seguro Popular" como etiqueta para cualquier tema relacionado con el proceso salud-enfermedad por ser en el momento de la investigación un tema desconocido que permite la reflexión.

Con el orden que la población da a las diferentes características esperamos acercarnos a la importancia a un determinado actor.

²⁰ Con "actor" nos referimos a sujetos que hacen una acción en salud

III. El *tercer eje*²¹ nos acerca al **USO DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD** o sea a cómo se expresa el pensamiento-en-salud de la población estudiada en algunos casos que la población ha vivido.

Así queremos dar respuesta a la pregunta de investigación: *¿Qué hace la población estudiada con el pensamiento-en-salud en situaciones vividas?*

En la técnica les pediremos de qué depende si consultan en la clínica del gobierno, en la casa de salud de Capás AC, con el curandero o no consulten y hacen el tratamiento en su casa con algunos casos vividos. Lo haremos a través de casos reales que ellos nos contaron durante la técnica. Además les pedimos cómo resuelven dos casos concretos: Caso 1. Un niño que tiene desde unos días popo líquido tres veces al día pero que come y duerme bien; Caso 2. Un niño que tiene dos días popo líquido, vomita y no come nada.

²¹ La metodología del tercer eje fue mejorada con base a la segunda prueba piloto del 18 de febrero de 2003 en la misma comunidad de la primera prueba piloto, "14 de Mayo".

- Capítulo V -

LA TÉCNICA

A continuación describimos de forma esquemática la técnica como la hicimos en cada uno de los 4 grupos focales, con base en el desarrollo teórico-metodológico.

PRIMER EJE: EL PENSAMIENTO-EN-SALUD

PRIMER COMPONENTE:

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD” Y SUS CAUSAS

La técnica se desarrolló como sigue.

- Paso 1.1 Preguntamos: **¿Qué necesitamos para tener una buena salud?**
- Paso 1.2 Anotamos todas las repuestas que nos dan (respuestas individuales) en un pizarro o una hoja grande para que todas y todos vean las respuestas del grupo. Además anotamos las repuestas en una hoja para el análisis de después. Si hay respuestas amplias como “buena alimentación” o “higiene” pedimos explicar qué entienden por dichas respuestas para desglosarlos y anotarlos separadamente sin entrar más en detalle lo que haremos en un segundo tiempo.
- Paso 2.1 Leemos todas sus respuestas y les pedimos que nos digan cuáles son **las 10 repuestas más importantes** (por consenso de grupo)
- Paso 2.2 Anotamos cada una de estas 10 respuestas en una tarjeta.
- Paso 3.1 Ponemos las 10 tarjetas en el piso o en una mesa y pedimos que pongan las 10 tarjetas con sus respuestas **en orden de importancia** empezando con la tarjeta que lleva la repuesta más importante a la pregunta **¿Qué necesitamos para tener una buena salud?** (por consenso de grupo)
- Paso 3.2 Anotamos el orden.
- Paso 4.1 **¿A qué se refieren? ¿Qué hacen concretamente? ¿Cuándo lo hacen? ¿Quién lo hace?**
- Paso 4.2 Anotamos sus respuestas

SEGUNDO COMPONENTE:

LA RELACIÓN ENTRE CAUSAS Y DETERMINANTES MÁS ESTRUCTURALES

La técnica se desarrolla concretamente como sigue:

Hacemos del grupo focal dos subgrupos con un rompecabezas de 'diarrea' y otro de 'dolor de espalda', cada uno se conforma de 4 pedazos. Damos un pedazo a cada participante y así deben de buscar cuál grupo les toca. Según el grupo que les toca toman en cuenta "diarrea" o "dolor de espalda" para las siguientes preguntas:

- Paso 1.1 Preguntamos **¿A qué se debe que alguien tiene diarrea/dolor de espalda?**
- Paso 1.2 Anotamos todas las repuestas que nos dan (respuestas individuales)
- Paso 2.1 Leemos sus repuestas y les pedimos que elijan **la repuesta más importante** (consenso de grupo)
- Paso 2.2 Anotamos su repuesta
- Paso 3.1 Seguimos con la repuesta del paso 2.1 para analizar más** profundamente dicha repuesta con la pregunta **¿por qué?** Y así seguido para cada repuesta que dan les preguntamos **¿por qué?**
- Paso 3.2 Anotamos todas las repuestas en orden como se van dando (respuestas son consenso de grupo)
- Paso 4.1 Les pedimos cuál de estas causas es **la más importante y por qué**
- Paso 4.2 Anotamos sus repuestas**

TERCER COMPONENTE: LAS ACCIONES PENSADAS EN SALUD Y EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

La técnica se hará concretamente como sigue:

Seguimos la dinámica anterior en dos subgrupos.

- Paso 1.1 Preguntamos **¿Qué se debe hacer para tratar el caso de diarrea/de dolor de espalda ?**
- Paso 1.2 Anotamos todas las repuestas que nos dan (repuestas individuales)
- Paso 2.1 Leemos sus repuestas y pedimos que eligen **la repuesta más importante** (consenso de grupo)
- Paso 2.2 Anotamos su repuesta
- Paso 3.1 Preguntamos **¿Qué se debe hacer para evitar el caso de diarrea/de dolor de espalda ?**
- Paso 3.2 Anotamos todas las repuestas que nos dan (repuestas individuales)
- Paso 4.1 Leemos sus repuestas y pedimos que eligen **la repuesta más importante** (consenso de grupo)
- Paso 4.2 Anotamos su repuesta

Paso 5.1 Les preguntamos **¿Qué es lo más importante, tratar o evitar o son iguales de importantes?** Y **¿Por qué?**

Paso 5.2 Anotamos su respuesta

De nuevo en todo el grupo:

Paso 6.1 Les preguntamos: **¿Qué es el papel de cada persona para mejorar nuestra salud?**

Paso 6.2 Anotamos sus respuestas

SEGUNDO EJE:

LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD

PRIMER COMPONENTE: EL ORIGEN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD

En concreto se hará la dinámica como sigue:

Anotamos en diferentes tarjetas los diferentes determinantes, causas y acciones que el mismo grupo focal dio en un primer tiempo como respuestas a las preguntas del primer eje.

En un papel grande hacemos cuadros en los cuales anotamos los diferentes actores o instituciones influyentes en salud o sea: La clínica del gobierno, los TDS de Capás AC durante sus actividades o boletines, el curandero o la partera, la televisión o el radio o periódicos. FDOMEZ en boletines-actividades-reuniones, la vida de cada día o experiencia familiar, la escuela y finalmente otros.

Pedimos al grupo (como consenso) de depositar todas las tarjetas en los cuadritos con los diferentes actores influyentes haciendo las preguntas:

¿Cómo mejora la salud?

¿Lo hacemos?

NO ¿Por qué no?

SÍ ¿Lo hacemos porque mejora la salud? ¿Otra razón?

¿De dónde tenemos la costumbre o el conocimiento? ¿Ya lo hicieron nuestros abuelos?

Anotamos sus respuestas.

SEGUNDO COMPONENTE: EL VALOR POSITIVO DE ALGUNAS FUENTES

La técnica es concretamente como sigue:

De nuevo trabajamos con todo el grupo focal juntos.

Paso 1.1 Les ponemos 7 tarjetas con posibles características de personas que resuelven problemas de salud-enfermedad y les preguntamos: Para un curandero, médico, trabajador de salud o otra persona que resuelve problemas de salud-enfermedad **¿Qué es más importante para que pueda resolver o prevenir dichos problemas de salud-enfermedad?** Y así ponemos en orden de importancia los siguientes características de actores de salud según su importancia para resolver problemas de salud-enfermedad en la comunidad: (todo lo siguiente viene en tarjetitas)

Sabe cómo tenemos que mejorar nuestra casa

Tiene buenos contactos con el actual gobierno

Nos explica mejor todo lo que hacemos mal

Sabe como recuperar el tonalli

Tiene más medicamentos

Entiende mejor lo que pasa en México

Hace parte de una organización popular como FDOMEZ

Paso 1.2 **Anotamos el orden de los diferentes factores**

Paso 2.1 Ponemos algunos actores influyentes en diferentes tarjetas. (La clínica del gobierno, los TDS de Capás AC durante sus actividades o boletines, el curandero o la partera, el maestro de la escuela, la televisión/el radio/el periódico, FDOMEZ en boletines-actividades-reuniones y la familia).

¿Si ustedes escuchan diferentes opiniones sobre lo que significa el Seguro Popular para las comunidades, a quienes van a prestar más importancia?

Pongan los actores en orden de importancia empezando con el más importante.

Paso 2.2 Anotamos sus respuestas.

TERCER EJE: EL USO DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD

La técnica del tercer eje analítico se hará como sigue.

(Preguntamos cada vez por qué no curaron o acudieron en el mismo caso con uno de los otros 3 actores. Anotamos sus respuestas)

Paso 1.1 Hacemos la pregunta: **¿A dónde van con el caso de un niño que tiene unos días popo líquido tres veces al día pero que come y duerme bien? ¿Por qué?**

Paso 1.2 Anotamos sus respuestas.

Paso 2.1 Hacemos la pregunta: **¿A dónde van con el caso de un niño que tiene dos días popo líquido, vomita y no come nada? ¿Por qué?**

Paso 2.2 Anotamos sus respuestas

Les pediremos sobre casos concretos de ellos mismos (no de otros que ellos escucharon) de

Paso 3.1 **¿En el presente año Usted o alguien de su familia se fue A LA CLÍNICA?**
(¿Por qué no en la casa, curandero o casa de salud?)

Paso 3.2 Anotamos sus respuestas

Paso 4.1 **¿En el presente año Usted o alguien de su familia se fue A LA CASA DE SALUD?**

(¿Por qué no en la casa, curandero o clínica?)

Paso 4.2 Anotamos sus respuestas

Paso 5.1 **¿En el presente año Usted o alguien de su familia se fue AL CURANDERO?**
(¿Por qué no en la casa, clínica o casa de salud?)

Paso 5.2 Anotamos sus respuestas

Paso 6.1 **¿En el presente año Usted o alguien de su familia estuvo enfermo y lo curaron EN LA CASA?**

(¿Por qué no en la casa, curandero o casa de salud?)

Paso 6.2 Anotamos sus respuestas

- Capítulo VI -

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

En cada comunidad separamos ambos sexos haciendo por comunidad dos grupos focales de 8 personas cada uno, así facilitando la participación de mujeres que en un grupo junto a los hombres se inhibirían. En Metlatepec, los integrantes de los grupos focales fueron elegidos aleatoriamente según la lista de expedientes de familia de la casa de salud de Capás donde cada familia aparece. En El Lindero, el trabajador de salud Daniel pidió personalmente a algunas personas para participar en la actividad. La participación fue voluntaria pero todas y todos llegaron a la cita. Recolectamos los datos en dos sesiones por grupo focal en dos diferentes fechas. Para la segunda actividad tuvimos que cancelar la fecha acordada por la presencia de militares en las comunidades alrededor de Metlatepec. Los militares acostumbran vigilar los contactos entre diferentes comunidades supuestamente para la seguridad de los habitantes. En los hechos, por los antecedentes de represión y por su mayor interés en comunidades organizadas, son justamente los militares que dan miedo a la gente. Por ser la mayoría del equipo investigador de afuera de Metlatepec las autoridades de FDOMEZ nos avisaron que era mejor cancelar la actividad para no tomar riesgos innecesarios. Los hombres de El Lindero cancelaron dos veces su actividad. Una vez porque querían aprovechar de la lluvia del día anterior para sembrar chile en colectivo. Así que las autoridades sólo nos querían “prestar” tres de las ocho personas requeridas. También la segunda actividad pospusimos porque tuvieron que colar el techo de la tele-secundaria en construcción y solo unos días estaba a disposición la bomba de agua y el tractor para acarrear el agua para el cemento. Nos ayuda a ubicar la importancia de una investigación en la vida comunitaria de cada día.

Con cada grupo focal tuvimos dos sesiones para recolectar todos los datos requeridos. Aunque los integrantes de los 4 grupos hablan y entienden el español, hicimos la actividad principalmente en nahuatl, su idioma natal. Por eso y para llevar las dinámicas a cabo hicimos un equipo de 5 personas: Daniel, Bercilio, Felix y Lalo que trabajan como

trabajadores de salud de Capás en sus respectivos pueblos y un servidor. Las dinámicas que hicimos para levantar los datos no caben en las definiciones que encontramos en la literatura sobre investigación cualitativa. Es un conjunto de actividades basada en experiencias previas con la población y desarrolladas en base a nuestro marco teórico y los tres ejes analíticos. La construcción de las dinámicas estaba relacionado con la metodología y ambas cambiaron muchas veces antes de llegar a lo que quedó plasmado en el presente documento. La técnica final fue llevada a cabo igual en los 4 grupos focales.

En la metodología desarrollamos tres ejes analíticos: el pensamiento-en-salud, la construcción del pensamiento-en-salud y el uso del pensamiento-en-salud. El primer eje adquiere más importancia por ser el eje principal de la presente investigación mientras que el segundo y tercer eje ayudan a contextualizar y entender dicho pensamiento-en-salud. Para cada actividad hicimos una prueba piloto en otra comunidad, llamada "14 de mayo" respectivamente en los días 27 de diciembre 2002 y 18 de marzo 2003. Habíamos pedido un grupo de 10 personas con hombres y mujeres para tener los 8 elementos requeridos pero llegaron los 10 aunque solo hombres. Las pruebas pilotos eran importantes en primer lugar para la temporalización de las diferentes partes de la dinámica. Anotando todo con dos personas, nos dimos cuenta que era importante de anotar las respuestas como tales y no como lo interpretaba el anotador. En la segunda actividad nos dimos cuenta que no era posible de pedir en general por "las" fuentes porque mencionaban en cada caso todas las fuentes conocidos lo que no nos daba un resultado con el cual pudimos diferenciar después. Tampoco era posible hacer diferencia entre la fuente de la actividad o concepto y la fuente de la relación de dicha actividad con la salud que en muchos casos era posterior a lo primero.

Para el grupo focal de las mujeres y los hombres de Metlatepec hicimos la investigación de campo el 7 de enero 2003 y el 5 de abril 2003, un grupo en la mañana y otro en la tarde. Para las mujeres de El Lindero captamos la información los días 8 de enero y 6 de abril del año 2003. Con los hombres de El Lindero hicimos la actividad de investigación el día 18 de marzo y 17 de abril del año 2003.

Los integrantes del grupo de **mujeres de Metlatepec** fueron Cecilia (22 años), Julia (35 años), Leuda (32 años), Ofelia (35 años), Sara (36 años), Herminia (52 años), Hermelinda (21 años) y Rosa (32 años). Los participantes del grupo de **hombres de Metlatepec** fueron Justino (42 años), Isidro (45 años), José (30 años), José (49 años), Sabino (56 años), Magdaleno (19 años), José Luis (18 años) y Tomas (47 años). El grupo de **mujeres de El Lindero** lo integraron Flor (31 años), Vicenta (38 años), Elodia (38 años), Feliciano (31 años), Felicita (53 años), María (37 años), Artemia (32 años) y Juana (32 años). Finalmente en el grupo de los **hombres de El Lindero** encontramos a Fidel (56 años), Arcadi (39 años), Conrado (55 años), Juan (41 años), Ebodio (68 años), Jesús (17 años), Gerardo (31 años) y Ermilio (27 años).

En los tres siguientes capítulos analizamos cada uno de los tres ejes analíticos. En el capítulo VII o el primer eje abordamos el pensamiento-en-salud mismo o sea cómo piensa la gente sobre el proceso salud-enfermedad. Lo dividimos en tres componentes. En el capítulo VIII analizamos la construcción del pensamiento-en-salud con dos componentes. En el capítulo IX analizamos el uso del pensamiento-en-salud.

- Capítulo VII -

EL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO

En el presente capítulo analizamos los resultados obtenidos durante la técnica de campo referente al primer eje analítico. En el primer eje nos acercamos al **pensamiento-en-salud** o sea el conjunto de conceptos que la población estudiada expresa con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud. En el análisis nos acercamos a través de los conceptos relacionados a “salud” en general, a la determinación del proceso salud-enfermedad y a las acciones en salud al conjunto de estructura/función del pensamiento-en-salud dando un enfoque especial a la ideologización de dichos conceptos con base a los elementos hegemónicos y contra-hegemónicos desarrollados en el Marco Conceptual.

Tenemos tres componentes que integran el presente eje analítico. Cada uno nos ayuda a entender –con una diferente manera de acercamiento- en qué consiste el conjunto de conceptos²² que la población relaciona con el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud.

Para el análisis de cada componente mencionamos primero la manera de mirar los datos o el método de análisis. Después analizamos los datos por grupo focal para hacer luego una comparación entre los diferentes grupos estudiados. En el tercer componente analizamos, comparamos y concluimos en conjunto por tratarse de pocos datos.

Damos una conclusión al final del capítulo sobre la conceptualización de: “la salud”, los determinantes del proceso salud-enfermedad y las acciones en salud.

²² Utilizamos “concepto” refiriéndonos al conjunto de conceptos, ideas, creencias y opiniones como desarrollado en el Marco Conceptual

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD” Y SUS CAUSAS

Para acercarnos a la conceptualización de los determinantes del proceso salud-enfermedad y “la salud” en general, hicimos la pregunta “¿Qué necesitamos para tener una buena salud?” Luego pedimos de elegir las 10 respuestas más importantes, de ponerlas en orden de importancia empezando con la más importante y finalmente de explicar más cada uno de estos conceptos haciendo la pregunta cómo se relaciona un determinante (respuesta) con nuestra salud. Hicimos la misma técnica con cada uno de los cuatro grupos focales. Buscamos encontrar una respuesta a las preguntas: *¿Cuáles conceptos expresa la población estudiada con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad?, ¿Cómo se relacionan los determinantes con el proceso salud-enfermedad?, ¿Qué tipo²³ de determinantes?, ¿Qué importancia adquieren los diferentes tipos de determinantes? y ¿Cómo se conceptualiza “salud”? para llegar a responder ¿Su pensamiento tiene elementos hegemónicos, contra-hegemónicos o una mezcla?*

MÉTODO DE ANÁLISIS

De todos los datos obtenidos por grupo focal en el primer componente del primer eje analizamos principalmente las 10 respuestas más importantes a la pregunta ¿Qué necesitamos para tener una buena salud?, su relativa importancia y explicación. Para indicar que citamos las palabras exactas del grupo estudiado las pondremos entre “comillas”. Todos los resultados del presente componente se encuentran en anexo, por grupo y subgrupo en el anexo.

En un primer momento miramos los datos de manera inductiva²⁴ buscando conceptos²⁵ en sus respuestas y explicaciones. Lo hicimos buscando palabras y contenidos que se repiten con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad. De estos conceptos o determinantes del proceso salud-enfermedad buscamos cómo cada grupo focal explica la

²³ Con “tipo” no nos referimos a una tipología exacta sino a los elementos hegemónicos o contra-hegemónicos que desarrollamos en el Marco Conceptual con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad

²⁴ Bernhard, 1988

²⁵ Glases y Strauss, 1967

relación con el proceso salud-enfermedad. Si relacionan un concepto a “enfermarse” buscamos si explicitaron de cuáles enfermedades se trata y cómo explican la relación con dichas enfermedades.

En un segundo momento nos acercamos a la conceptualización de “salud”.

En un tercer momento queremos buscar explícitamente elementos en sus respuestas o explicaciones que relacionan la salud o sus determinantes con elementos hegemónicos o contra-hegemónicos como desarrollados en el Marco Conceptual.

ANÁLISIS POR GRUPO

A. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

El grupo de mujeres de la comunidad de Metlatepec dio las siguientes respuestas como las 10 más importantes a la pregunta “¿Qué necesitamos para tener una buena salud?”, empezando con la más importante:

1	“Usar letrinias”
2	“Mucha medicina en la Farmacia ²⁶ (casa de salud de Capás AC)”
3	“Tomar agua hervida”
4	“Limpieza de la casa”
5	“Tapar bien la comida preparada”
6	“enchiquerar bien los puercos y los pollos”
7	“Que esté abierta la Farmacia (casa de salud de Capás AC)”
8	“Bañarse”
9	“Abrigar bien a los niños”
10	“Limpieza alrededor de la casa”

²⁶ Cuando la población de la comunidad de Metlatepec menciona “la farmacia” se refiere a la farmacia de cooperación que es la casa de salud de Capás AC.

1) CONCEPTOS CON RELACIÓN A LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Un primer concepto que encontramos en la determinación del proceso salud-enfermedad es la limpieza. Ya en algunas respuestas se menciona la palabra misma como en: "limpieza de la casa" o "limpieza alrededor de la casa". En otras respuestas se encuentra la palabra en su explicación como por ejemplo "enchiquerar los puercos" donde explican "Si no se hace, los puercos hacen del baño donde caminan (...) y nadie lo va limpiar". Cuando intentamos de profundizar la relación entre "limpieza" y "buena salud", pareciera que la limpieza es un concepto en sí que no necesita mayor explicación para ellas. Por ejemplo cuando preguntamos ¿Por qué barren la casa? nos dicen: "Para tener limpieza". Cuando preguntamos lo mismo para la limpieza alrededor de la casa nos dicen "para que todo se vea bonito" que ya es puro estético. Insistiendo en la relación de limpieza con la salud nos hablan de las moscas que se sienten en todos los lados y también en los platos. Luego también mencionan las moscas como agente causante de las enfermedades en tres de las diez explicaciones de respuestas, en "Usar letrinas", "Limpieza de la casa" y "tapar bien la comida preparada". No explican más la relación entre las moscas y el proceso salud-enfermedad, solo dicen que así se puede enfermar uno.

Otra relación entre sus respuestas y el proceso salud-enfermedad que encontramos es curarse. En sus respuestas de "Mucha medicina" y "Que esté abierta la farmacia (casa de salud)" dicen que es para "curar las enfermedades".

Solo en tres respuestas relacionan su conducta con los moscos que causan enfermedades. En los otros casos, como "Usar letrinas" y "Tomar agua hervida", relacionan directamente una acción con el proceso salud-enfermedad a través de no-enfermarse. Significa que en general la conducta existe en sí y no se hace conscientemente para cambiar algo en la situación concreta en la cual se encuentran. Este reduce la salud a algo muy pragmático perdiendo la relación entre acción y proceso salud-enfermedad. En la mayoría se habla de "enfermarse" sin más precisión. Solo en "tomar agua hervida" explicitan que se puede enfermar de "dolor de estomago o de diarrea" y en "abrigar bien a los niños" de "tos y de calentura".

2) CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD”

En las respuestas “muchísima medicina” y “que esté abierta la farmacia (casa de salud de Capás AC)” hay una referencia directa a enfermedades, limitando el concepto inicial de “salud”. La relación que hacen entre sus respuestas y el proceso salud-enfermedad nos muestra en general que hay una conceptualización de la salud como “no-enfermarse”. En cada una de las explicaciones a la pregunta “cómo su respuesta se relaciona con nuestra salud”, se menciona “no enfermarse”, “curar enfermedades” o en algunos casos la enfermedad específica que se quiere evitar. Nos muestra que el concepto salud es para el grupo estudiado lo opuesto a enfermedad o síntoma.

Aunque esta conceptualización no es tan dual tampoco. Así vemos que al lado de curarse y no enfermarse nos dieron también otras respuestas al porqué de una acción: “La limpieza”, “Que se ve bonito”, “Para quitar el calor” y “Para que no entra polvo”. Así se relaciona, entre otras, la salud con la estética.

Podríamos decir que algunas acciones se hacen para otros propósitos que “la salud o enfermedad” pero nos parece más correcto de incorporar “limpieza” y “estética” como tal en el concepto de la salud. En el concepto de “limpieza” vemos que lo ven como un concepto que existe en sí y solo cuando insistimos en relacionarlo con “la salud” hablan de “moscas” para relacionar “limpieza” con “enfermedad”. Es decir: cuando insistimos, limitan “salud” a “enfermedad” pero espontáneamente ven la limpieza y hasta lo estético como parte de la salud en general. En este sentido es importante apuntar que el mismo ejercicio de abstracción, denominación o definición de “salud” lo acota a algo pragmático como contrario a “enfermedad”.

3) ELEMENTOS HEGEMÓNICOS Y CONTRA-HEGEMÓNICOS

Cuando miramos sus 10 respuestas más importantes resalta a la vista que todas son acciones. Ellas mismas hacen estas prácticas en salud menos “que esté abierta la farmacia (casa de salud)” que depende de ambas trabajadoras de salud de Capás AC que trabajan en Metlatepec y “Mucha medicina” que depende del lugar donde consultan. Este quiere decir que principalmente necesitamos prácticas en salud de las cuales ellas mismas hacen la mayoría – a través de sus conductas- mientras que las dos otras se refieren

explícitamente a una consulta y un tratamiento. El enfoque principal se encuentra en las conductas de los sujetos mismos o sus estilos de vida. En ninguna de estas respuestas se da una explicación directamente en referencia a las condiciones de vida. Solo en tres respuestas se mencionan las moscas como causante biológico de enfermedad. Ninguna explicación contiene elementos estructurales. Espontáneamente no vieron el determinante “limpieza” como un factor causal de riesgo sino como parte de algo más general aunque en el ejercicio de abstracción lo ubican en un riesgo biológico que queda contextualizado en un ámbito social que no va más allá de un estilo de vida de “barrer la casa” o “chapulear alrededor de la casa”. No se mencionan al respecto causas estructurales. También en “usar las letrinas” y “tapar bien la comida preparada vemos la misma relación biológica, “moscas”, con una enfermedad donde “lo social” no va más allá que un estilo de vida como tapar la comida y utilizar el baño, ambas actividades individuales. “Que esté abierta la farmacia (casa de salud de Capás AC)” podríamos ver como una acción colectiva pero se limita a algo muy pragmático teniendo un enfoque en la curación de enfermedades.

Reconocemos en las respuestas principalmente elementos hegemónicos en el pensamiento-en-salud con una determinación que se limita a acciones que se relacionan con el proceso salud-enfermedad a través de factores causales biológicas donde la interpretación de lo social se limita al ámbito individual.

B. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

El grupo de hombres de la comunidad de Metlatepec dio las siguientes respuestas como las 10 más importantes a la pregunta “**¿Qué necesitamos para tener una buena salud?**”, empezando con la más importante:

1	“Aseo en la casa”
2	“Usar letrinas”
3	“Tomar leche y comer pan”
4	“Limpieza de pozos”
5	“Lavarse las manos”

6	“Bañarse”
7	“Cambiar de ropa”
8	“Lavarse los dientes”
9	“Comer carne”
10	“Limpiar calles”

1) CONCEPTOS CON RELACIÓN A LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Cómo determinante del proceso salud-enfermedad, encontramos directamente el concepto de limpieza en “limpieza de pozos” y “Limpiar las calles”. También lo encontramos en las explicaciones de “Aseo de la casa” y “Lavarse las manos” relacionan su respuesta con “lo limpio” o “lo sucio”.

Podríamos pensar que “Bañarse” y “Cambiar de ropa” también se relacionan con la limpieza pero vemos en sus explicaciones que lo relacionan más con el “calor” y “el sudor”. Con su respuesta de “bañarse” dicen que “se hace para quitar el calor”. La limpieza existe como concepto en sí “para tener limpia la casa” pero también para no enfermarse, evitando los zancudos.

En la respuesta de “Lavarse las manos” explican que les puede pegar la diarrea por la suciedad o los microbios en las manos. En “lavarse los dientes” mencionan “para que no se pican” sin más explicación. Son las dos únicas respuestas donde también concretizan “enfermarse” de un lado como “la diarrea” y del otro como “picarse los dientes”.

Encontramos el concepto de dinero a través de sus explicaciones de “comer carne” y “comer pan” cuando dicen que lo comen “cuando alcanza para comprarlo”. No hay respuestas relacionadas con el tratamiento.

Hay cinco respuestas de las 10 que, aunque se refiere a conductas, no son conductas de los integrantes del grupo focal mismo sino de los niños y de las mujeres: “Aseo en la casa”, “Usar letrinas”, “Tomar leche y comer pan”, “Limpieza de pozos” y “Lavarse los dientes”. En las respectivas explicaciones nos dicen que son principalmente las mujeres y los niños que limpian la casa; principalmente los niños que, a través del desayuno escolar, tomen leche; principalmente las mujeres y los niños que utilicen el baño porque los

hombres están en la milpa donde no hay baños; que son las mujeres que limpian los pozos y principalmente los niños y jóvenes que se lavan los dientes. Aquí vemos que no solo se refieren a conductas sino en la mitad de sus respuestas a conductas que no ellos sino sus mujeres o los niños deben de realizar o realizan.

Solo en “lavarse las manos” hablan de los microbios en las manos y especifican la enfermedad diciendo que nos pueden dar diarrea. En las otras respuestas, menos en “lavarse los dientes” hablan en general de enfermarse. Así relacionan la conducta directamente con la salud o el hecho de no-enfermarse. Además dicen que no pueden explicar “limpiar los pozos” por ser las mujeres que lo hacen. De un lado dicen que es importante para la salud de limpiar los pozos pero no saben cómo ni qué se hace.

En dos explicaciones “comer carne” y comer pan” relacionan la salud con causas estructurales concretos, “el dinero”, pero no hacen la acción para obtener dinero o cambiar algo en las condiciones de vida o de trabajo. Tener dinero, como lo mencionan en sus explicaciones, así se encuentra en un momento neutral.

2) CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD”

En los casos en los cuáles relacionan los determinantes con el proceso salud-enfermedad nos hablan en casi todos los casos de no-enfermarse. Solo en el caso de “Bañarse” dicen que se relaciona con la salud pero no dicen más, y en el caso de “Tomar leche y comer pan” dicen que lo comen porque les gusta ya no mencionando nada de la salud. Otras razones que dan para sus acciones son: porque les gusta, para quitar el calor, para el sudor y para el mal aliento. En general tenemos un concepto de salud que se limita al contrario de enfermedad.

En las explicaciones de dos respuestas se refieren a dinero como determinante del proceso salud-enfermedad que pone visible la relación entre el proceso salud-enfermedad y la capacidad económica.

En la respuesta de “bañarse” hablan de “quitar el calor” que podemos relacionar con el calor físico pero con relación al proceso salud-enfermedad se da al calor/frío un significado más importante en la determinación del proceso salud-enfermedad que va más allá que el calor físico siendo una característica de todas las cosas sin tener siempre la relación con el calor o el frío físicamente hablado.

3) ELEMENTOS HEGEMÓNICOS Y CONTRA-HEGEMÓNICOS

Todas sus 10 respuestas son acciones de ellos mismos, sus esposas o los niños que se encuentran en el nivel individual o sea estilos de vida. En ninguna respuesta se refiere directamente a la estructura o la organización de la sociedad. Solo en la explicación de “comer carne” y “comer pan” se menciona que lo coman “cuando alcanza para comprarlo” refiriéndose al dinero que necesitan para comerlo y que no tienen. Así se refieren de manera concreta a las condiciones de vida y de trabajo sin explicitarlo. El dinero en sí no adquiere más abstracción.

En la explicación de algunas respuestas hablan que lo hacen “porque les gusta” (tomar leche y comer pan), “por el sudor” (cambiarse de ropa) o “para no tener mal aliento” (lavarse los dientes) que amplía las acciones relacionadas a la salud a otros terrenos no limitando a una causalidad entre acción y el proceso salud-enfermedad.

En la relación de los determinantes con el proceso salud-enfermedad hablan de causas biológicas en “aseo de la casa” refiriéndose a “zancudos” y en “lavarse las manos” con “microbios”.

Por tener en general un concepto de salud como opuesto a enfermedad y por relacionar los determinantes/acciones directamente con la enfermedad y además quedar con las acciones en el nivel individual, hablamos de una predominancia de elementos hegemónicos en el pensamiento-en-salud. También hay dos casos donde se biologiza dicha determinación. La referencia al dinero contra-hegemónicos podemos dar la connotación de contra-hegemónico por estar consciente la relación entre determinantes del proceso salud-enfermedad y el dinero.

C. EL GRUPO DE MUJERES DEL LINDERO

El grupo de mujeres de la comunidad de El Lindero dio las siguientes respuestas como las 10 más importantes a la pregunta “¿Qué necesitamos para tener una buena salud?”, empezando con la más importante:

1	“Tener trabajo para tener recursos”
2	“Más capacitación para los trabajadores de salud”

3	“Mucho medicamento”
4	“Higiene (limpieza de solares y en el hogar)”
5	“Comer verdura”
6	“Lavarse las manos antes de comer”
7	“Bañarse diario”
8	“Lavarse los dientes”
9	“Tomar agua hervida”
10	“Atención Médica”

1) CONCEPTOS CON RELACIÓN A LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En el conjunto de determinantes del proceso salud-enfermedad encontramos el concepto de limpieza a través de lo que llaman la “Higiene” explicado como “limpieza de solares” y “limpieza del hogar”. También “Lavarse los dientes” se relaciona en la explicación con la limpieza explicando que se “hace para que estén limpios”. Si vemos la mugre como suciedad, podemos ubicar también “Bañarse diario” con la limpieza porque en su explicación dicen “para quitar la mugre”. La limpieza de solares y del hogar se hace para “que esté limpio” pero también lo relacionan con las enfermedades evitando que “lleguen los moscos al plato”.

Tenemos el concepto de curar directamente en “mucho medicamento” y en “atención médica” con lo cual se refieren no solo a las clínicas del gobierno donde normalmente hay un médico sino también a “la casa de salud con los trabajadores de salud” como mencionan en su explicación. También “más capacitación para los trabajadores de salud” se refiere a más conocimiento para conocer más enfermedades, y así se encuentra en el mismo nivel curativo.

Con “Bañarse diario” también mencionan el calor que quieren quitar. Hasta dicen en su explicación que se pueden bañar tres veces al día cuando hace mucho calor.

Relacionan “comer verdura” y “lavarse las manos” directamente con el proceso salud-enfermedad, lo primero con estar sanos y lo último con no enfermarse sin especificar la enfermedad. En la limpieza de solares y el hogar y hervir el agua hablan respectivamente

de las moscas para no tener diarrea y de los microbios para no enfermarse del estómago o de dolor. También en la respuesta de “lavarse los dientes” concretizan “picar los dientes”. Otras razones para hacer las acciones son: “por el sudor o quitar la mugre” y “para que estén limpios (los dientes)”.

2) CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD”

Relacionan “Comer verdura” con “estar sano” utilizando el concepto de “salud” de manera positiva.

En el desarrollo del concepto “Salud” vemos que en “Tener trabajo para tener recursos” y “comer verdura” hablan explícitamente de “tener una buena salud” y “estar sanos”. La salud no es solo la contraparte de la enfermedad como en “Tomar agua hervida” sino que adquiere un carácter en sí: estar sano, sin explicarlo más.

3) ELEMENTOS HEGEMÓNICOS Y CONTRA-HEGEMÓNICOS

Hay dos de las 10 respuestas que se refieren explícitamente a la estructura de la sociedad. Una como causa “tener trabajo para tener recursos” y otra como acción “más capacitación para los trabajadores de salud”. En la primera se relaciona concretamente el dinero con la salud a través de las condiciones de vida: la comida, ropa y zapatos. También relacionan el dinero con tener un trabajo. En la otra respuesta se refieren a que los trabajadores de salud adquieren más conocimiento para curar. Este significa que aunque es una acción organizada quedan dentro del pensamiento curativo.

De las ocho otras respuestas tenemos dos, “Mucho medicamento” y “Atención médica” que se refieren directamente a la parte curativa aunque con “atención médica” no solo se refieren a la atención de un médico tal cual. Las seis respuestas restantes son conductas de ellas mismas, o estilos de vida a nivel individual. En dos de las repuestas hacen la relación entre el determinante y el proceso salud-enfermedad a través de lo biológico.

Así tenemos elementos hegemónicos en las respuestas

Aunque la mayor parte de los determinantes se refieren a estilos de vida, vemos que ambas respuestas que contienen algo estructural se encuentran en el lugar uno y dos de importancia.

En “tener trabajo para tener recursos” relacionan las condiciones de vida con el proceso salud-enfermedad. En “Más capacitación para los trabajadores de salud” quedan en el papel curativo al igual que en “Mucho medicamento” y “Atención Médica”.

De las conductas relacionan directamente el determinante con el proceso salud-enfermedad como en le caso de “Comer verdura”, “Lavarse las manos” y “Lavarse los dientes” . Solo en la última respuesta concretizan la enfermedad hablando de “que no se piquen” los dientes. En “Higiene” y “Hervir el agua” explican que “los moscos lleguen al plato” o “hay que matar los microbios” apuntando la relación entre la acción y el proceso salud-enfermedad. En “Bañarse diario” se refieren al sudor y la mugre que pueden provocar ronchas y enfermedad.

D. EL GRUPO DE HOMBRES DEL LINDERO

El grupo de hombres de la comunidad de El Lindero dio las siguientes respuestas como las 10 más importantes a la pregunta “¿Qué necesitamos para tener una buena salud?”, empezando con la más importante:

1	“Recursos”
2	“Preparar mejor los trabajadores de salud”
3	“Aparatos para revisar”,
4	“Lavar bien las frutas”
5	“Medicamentos”,
6	“Tomar agua hervida”
7	“Ayuda del gobierno”
8	“Asar bien los alimentos”
9	“Lavarse las manos antes de comer”
10	“Que nos acepten en la clínica”

1) CONCEPTOS CON RELACIÓN A LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Para la determinación del proceso salud-enfermedad solo en “Lavarse las manos antes de comer” surge el concepto de limpieza explicando que es “para quitar el sudor y la suciedad”.

Surgen aquí “los aparatos” como un concepto importante que directamente se menciona o a través de sus explicaciones. Hablan de “aparatos para revisar” aunque mencionan “radiología, para operaciones, microscopios para ver en la sangre ... y ultrasonido”. Directamente en “Aparatos para revisar” pero también en “preparar mejor los trabajadores de salud”, “Ayuda del gobierno” y hasta en la explicación de “Medicamentos” se refieren a los aparatos. Al lado de la tecnología con los aparatos también se refieren con “medicamentos” específicamente a la parte curativa de la salud que adquiere una importancia mayor.

Con “Ayuda del gobierno” y “que nos aceptan en la clínica” desarrollan el papel del gobierno con relación a su salud y enfermedad. Hablan de ayuda del gobierno sin tomar en cuenta el tipo de gobierno dentro de una sociedad capitalista enfocándose a la ayuda y no a cambios estructurales. También demuestran en “Que nos aceptan en la clínica” la situación supuestamente organizativa que carece de sentido para ellos dentro del sistema nacional de salud.

Otro concepto es “dinero” que mencionan directamente en “Recursos” y en la explicación de “tener aparatos para revisar”. Relacionan la necesidad de dinero con una buena salud.

Además mencionan como segundo punto de importancia “preparar mejor los trabajadores de salud de Capás AC” desarrollando el conocimiento como un punto importante.

Tres acciones, “Lavar bien las frutas”, “tomar agua hervida” y “Asar bien los alimentos” son conductas de las mujeres y no de ellos mismos. Otra conducta “lavarse las manos antes de comer” sí lo hacen ellos mismos.

2) CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD”

El grupo de hombres relaciona directamente “Recursos”, “Preparar mejor los trabajadores de salud”, “Aparatos para revisar”, “Medicamentos”, “tomar agua hervida” y “que nos

acepten en la clínica” con la enfermedad o síntomas solo nombrando enfermedades específicas en el caso de “Lavarse las manos antes de comer”. Así conceptualizan la salud como lo opuesto a enfermedad.

En dos respuestas “Recursos” y “Ayuda del gobierno” mencionan “alimentar” como el objetivo dando un enfoque positivo a “salud”.

En otras respuestas quedan en “diagnosticar”, “consulta” o “tratamiento” como el objetivo final así dando un enfoque muy pragmático a sus determinantes.

3) ELEMENTOS HEGEMÓNICOS Y CONTRA-HEGEMÓNICOS

En la mitad de las respuestas encontramos una relación estructural. En “recursos” y “ayuda del gobierno” se refiere a dinero, en el primer caso para poder curarse y tener una buena alimentación y en el segundo para tener medicamentos y aparatos para revisar a través de programas de las cuales ni saben si existen pero hacen la analogía con otros programas del gobierno. En “preparar mejor los trabajadores de salud” se refiere al manejo de aparatos. Aunque apuntan causas estructurales solo lo relacionan con la alimentación como condición de vida. Todas las demás relaciones se hacen con la parte curativa o medicalizada o sea los medicamentos y los aparatos.

En “que nos acepten en la clínica” y “Ayuda del gobierno” no ven el gobierno o el sistema nacional de salud como causante esencial de un problema de salud-enfermedad sino que lo ven respectivamente como un problema de organización y un problema de falta de ayuda que ya se está mejorando.

Solo en “Asar bien los alimentos” la conducta se relaciona directamente con el proceso salud-enfermedad. En las tres otras conductas apuntan a microbios o bacterias como agente causante de enfermedades a lo cual se dirige la conducta. Solo una conducta existe en sí. También mencionan el dinero que se relaciona con la salud a través de comida y tratamiento. Hay un enfoque amplio a la parte curativa en las demás respuestas.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

En primer lugar haremos una comparación entre los grupos de Metlatepec de un lado y los de EL Lindero del otro lado buscando diferencias. Después haremos una comparación entre ambos sexos.

En general tienen los mismos enfoques a conductas o estilos de vida y la parte medicalizada y curativa aunque el grupo de hombres de Metlatepec no hace referencia a la parte curativa. Ambos grupos de Metlatepec hablan solo de acciones de las cuales la mayoría son conductas de ellos mismos, mientras que ambos grupos de El Lindero pone los recursos como determinante principal en el proceso salud-enfermedad. Así los grupos de El Lindero logran una abstracción mayor, apuntando a condiciones de vida y de trabajo como importantes en el proceso salud-enfermedad. El grupo de hombres de Metlatepec solo menciona los recursos económicos en la explicación del porqué no comen carne.

También vemos que los grupos de El Lindero explican en general más la relación entre las conductas o estilos de vida y el proceso salud-enfermedad. Mientras que los grupos de Metlatepec solo en algunos casos menciona moscas, ambos grupos de El Lindero hablan de las bacterias y los microbios como las causas de las enfermedades a las cuales van dirigidas sus acciones. No logran sobrepasar una explicación biológica de las enfermedades.

En la comparación de ambos sexos o encontramos diferencias que saltan a la vista. Solo nos damos cuenta de una diferencia de genero en las actividades o conductas relacionadas con el proceso salud-enfermedad en las cuales vemos que la mayoría de las conductas que ambos sexos mencionan son conductas de la mujer por ser ella que prepara la comida y hace los trabajos de limpieza.

LA RELACIÓN ENTRE LAS CAUSAS Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES

Para acercarnos al pensamiento-en-salud a través de las causas de dos problemas de salud- enfermedad, elegimos “Diarrea” y “Dolor de espalda” por ser síntomas/enfermedades que permiten problematizar sobre diferentes tipos de determinantes. En cada grupo focal hacemos dos subgrupos, uno que trabaja sobre “diarrea” y otro que trabaja sobre “dolor de espalda”. Primero pedimos las causas de respectivamente la diarrea y el dolor de espalda, de estas causas eligen la más importante con la cual inducimos una reflexión a través de la pregunta “por qué” así intentando de llegar a causas-raíces. Buscamos dar respuesta a la pregunta: *¿Cómo se relacionan los diferentes determinantes de dos enfermedades concretas: diarrea y dolor de espalda, con la sociedad?*

MÉTODO DE ANÁLISIS

De todos los datos del segundo componente analizamos la causa más importante de todas las causas que el subgrupo nos mencionó espontáneamente, la reflexión inducida de dicha causa y la causa más importante después del análisis, respectivamente por cada subgrupo o sea “diarrea” y “dolor de espalda”. Estos datos se encuentran por subgrupo en el anexo. No es nuestro propósito de aislar cada causa o palabra y de adjudicarla un valor descontextualizado sino que queremos buscar qué tipo de causas mencionan. De cada causa buscaremos qué nos dice en sí y en relación con nuestra sociedad. Además veremos cómo se relacionan las diferentes causas analizadas. Por fin veremos cuáles de todas las causas analizadas, el subgrupo analizado elige como la más importante y buscaremos a entender el conjunto.

ANÁLISIS POR SUBGRUPO

A.1. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

SUBGRUPO “DIARREA”

El subgrupo “diarrea” da como causa principal de la diarrea “**porque no nos desparasitamos**”. Es una respuesta que contiene diferentes elementos hegemónicos como lo biológico (parásitos como causa) y autoculpabilizante (nosotros no nos desparasitamos). En la reflexión inducida surgen otras causas relacionadas una con otra:

¿Por qué no nos desparasitamos?

Porque no hay dinero

¿Por qué no hay dinero?

Porque no hay nada que vender

¿Por qué no hay nada que vender?

Porque no se da lo que sembramos

¿Por qué no se da lo que sembramos?

Porque no tenemos riego

¿Por qué no tenemos riego?

Porque somos pobres

¿Por qué somos pobres?

Porque no hacemos un esfuerzo para trabajar

Como causas estructurales derivada de la causa principal más importante “porque no nos desparasitamos” tenemos “porque no hay dinero” y “porque somos pobres”. Pero en el porqué de “somos pobres” dicen “porque no hacemos un esfuerzo para trabajar”. Aunque “porque no hay dinero” y “porque somos pobres” son causas estructurales no logran a salir de la autoculpabilización como ya empezaron con su primera causa. Se culpabilizan a si mismo mencionando “no querer trabajar” como la causas de la pobreza. Queríamos entrar más en el punto pero se bloquearon porque lo que dicen no refleja ni la realidad lo que no permite reflexionar más sobre lo mismo. En el porqué de “no hay dinero” dicen que “no hay nada que vender” y que “no se da lo que sembramos” que no son directamente como tales explicaciones relacionadas con la estructura de una sociedad sino con la naturaleza.

Al final del análisis nos dieron como causa más importante de todos estas causas “porque no hay dinero”. Allá mencionan la importancia del dinero en todo este pero en el análisis no lograron relacionar el dinero con falta de oportunidades de trabajo o con una desigual distribución de la riqueza sino que lo relacionan con “porque no hacemos un esfuerzo para trabajar”.

A.2. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Como causa principal de dolor de espalda dan “**por alzar cosas pesadas**”. Una respuesta descontextualizada de las condiciones vida y de trabajo. En la reflexión inducida surgen otras causas relacionadas una con otra como:

¿Por qué alzamos cosas pesadas?

Porque lavamos la ropa y traemos leña y agua

¿Por qué lavamos la ropa a mano?

Porque no tenemos dinero para comprar una lavadora

¿Por qué no tenemos dinero para comprar una lavadora?

Porque no hay maíz para vender

¿Por qué no hay maíz para vender?

Porque siembran y no se da

¿Por qué la siembra no se da?

Por las sequías

¿Por qué la siembra depende del tiempo?

Porque no tenemos sistema para riego

¿Por qué no tenemos sistema para riego?

Porque no hay dinero

¿Por qué no hay dinero?

Porque los esposos no ayudan

¿Por qué los esposos no ayudan?

Porque trabajan solo en sus milpas y la milpa no da

Llegamos con “el dinero” a un problema clave que mencionan en dos ocasiones. En el análisis de “por qué no hay dinero” se refieren la primera vez al maíz que no hay para

vender y esto por la sequía, una causa natural aislada de su contexto social. La segunda vez dicen que no hay dinero porque “los esposos no ayudan”. Aunque llegan al dinero como causa lo relacionan con sequía y con la poca ayuda de los hombres porque la milpa no da.

Al final del análisis eligen “por alzar cosas pesadas” como la causa más importante de todas. Es la misma causa que al inicio del ejercicio de reflexión. No llegaron a una causa más abstracta o más a la raíz de la causa del dolor de espalda.

B.1. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC SUBGRUPO “DIARREA”

Como causa principal de “diarrea” eligieron “**Por parásitos intestinales**”. Es una causa biológica. En la reflexión inducida surgen otras causas interrelacionadas como:

¿Por qué tenemos parásitos intestinales?

Porque algunos no se desparasitan

¿Por qué algunos no se desparasitan?

Porque no tenemos dinero para curarnos

¿Por qué no tenemos dinero para curarnos?

Porque lo que sembramos a veces no se da

¿Por qué lo que sembramos a veces no se da?

Por falta de apoyo técnico para cuidar y curar las plantas

¿Por qué hay falta de apoyo técnico?

Porque la presidencia (municipal) no quiere ayudarnos

Desde la primera causa no buscan por qué tienen parásitos –lo ven como natural- sino que lo ven en una falta de tratamiento “porque algunos no se desparasitan”. Así ven la falta de tratamiento como causa de los parásitos intestinales lo que ya está muy metido en el pensamiento curativo. Después llegan a “falta de dinero” causada porque lo que siembran no se da. Luego dicen que es porque les falta apoyo técnico a causa de que la presidencia municipal no les quiere ayudar. Así llegan a un punto importante de falta de apoyo técnico. Mencionan la falta de ayuda de la presidencia como algo natural, ya no

analizan más este punto ni lo relacionan con la manera en que se organiza nuestra sociedad.

Finalmente eligen la última causa de su análisis “porque la presidencia municipal no quiere ayudarnos” como la causa más importante de todas. Así mencionan aparentemente la causa-raíz a la cual llegaron a través de su análisis.

B.2. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

En el grupo de “dolor de espalda” queda como la causa más importante al inicio la repuesta que se refiere al concepto de frío-caliente “**Por tener el cuerpo caliente y bañarse con agua fría**”. En la reflexión inducida surgen otras:

¿Por qué nos bañamos con agua fría cuando el cuerpo está caliente?

Porque el río está cerca de la milpa y no tenemos agua en la casa para bañarnos

¿Por qué no tenemos agua en la casa para bañarnos?

Porque los pozos se secan y hay que traer el agua de Tecoloco

¿Por qué el agua de Tecoloco no llega a nuestras casas?

Porque no tenemos tubos para traer el agua

¿Por qué no tenemos tubos?

Porque no hay dinero para comprar tubos

¿Por qué no hay dinero para tubos?

Porque sembramos pero luego no se da por que no llueve

¿Por qué dependemos de la lluvia para que se da lo que sembramos?

Porque no tenemos dinero para comprar equipo de riego

Aun empezando desde un concepto tradicional del frío-caliente llegan a “falta de dinero”, “la siembra que no da” y después de nuevo “falta de dinero para comprar equipo de riego”. Aquí también vemos que no logran relacionar el dinero con la organización social de nuestra sociedad.

Al final eligen como la causa más importante “porque no tenemos dinero para comprar equipo de riego” así eligiendo la última causa de la lista.

C.1. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DIARREA”

Como la causa más importante de la diarrea de todas las que mencionaran eligen “**por no alimentarse bien**”. En la reflexión inducida surgen otras causas relacionadas una con otra como:

¿Por qué no nos alimentamos bien?

Porque no tenemos dinero

¿Por qué no tenemos dinero?

Porque falta trabajo ajeno (se refiere a afuera de la casa y la milpa)

¿Por qué falta trabajo ajeno?

Porque trabajan (los hombres) en su milpa

¿Por qué trabajan en su milpa y no ajeno?

Para tener maíz y para que comen los hijos

¿Por qué cuando trabajan ajeno no comen los hijos?

Porque cuando trabajan ajeno no les alcanza

¿Por qué no nos alcanza?

Porque todo está muy caro

¿Por qué todo está muy caro?

Porque vienen a revender

¿Por qué vienen a revender?

Porque aquí no se da lo que se siembra

¿Por qué no se da lo que se siembra?

Porque falta un sistema de riego

¿Por qué falta un sistema de riego?

Porque falta asesoría técnica

Así relacionan “no alimentarse bien” con dinero lo que relacionan con el tipo de trabajo que hacen, es decir: el campo no da mientras que otros trabajos, que ellos no tienen, si dan para vivir. Aunque aquí entran en un círculo porque luego dicen que el trabajo ajeno no alcanza. Aquí están atrapados de un lado porque la milpa no da suficiente pero tampoco hay otras alternativas.

Finalmente eligen como causa más importante “porque no tenemos dinero”.

C.2. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Eligieron como su repuesta más importante “**cuando una señora no se cuide después del parto**”. En la reflexión inducida surgen otras causas relacionadas una con otra como:

¿Por qué una persona alza cosas pesadas después del parto?

Porque aunque acaba de aliviarse debe hacer el quehacer en la casa porque no hay nadie que ayuda

¿Por qué no hay nadie que le ayuda?

Porque aquí lo hace todo la mujer

¿Por qué aquí lo hace todo la mujer?

Porque el marido se va ala milpa

¿Por qué el marido va a la milpa en lugar de ayudar?

Porque va a trabajar para tener maíz para mantener a su familia

Relacionan primero la falta de cuidado después del parto con un problema de genero, porque el hombre no ayuda. Pero este problema de genero lo contextualizan y lo relacionan de nuevo con la necesidad que el hombre trabaja en la milpa para tener a comer para la familia diciendo “porque va a trabajar para tener maíz para mantener la familia”.

Eligen finalmente como causa más importante “porque va a trabajar para tener maíz para mantener la familia” lo que es la última causa dando más importancia al trabajo de campo como causa.

D.1. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DIARREA”

Como la causa más importante de diarrea en un primer instante eligen “por no comer a la hora acostumbrada”. En la reflexión inducida surgen otras causas relacionadas, en orden de aparición:

¿Por qué no comemos a la hora acostumbrada?

Por falta de recursos

¿Por qué nos falta de recursos?

Porque nos pagan muy poco

¿Por qué nos pagan muy poco?

Porque nos compran barato la cosecha

¿Por qué nos compran barato la cosecha?

Porque el gobierno detiene a los compradores y compran carne en el extranjero

¿Por qué compran en el extranjero?

Porque es más barato

¿Por qué es más barato en el extranjero?

Porque hacen crecer el ganado con puras inyecciones en poco tiempo

¿Por qué hacen crecer el ganado con puras inyecciones?

Porque quieren ganancia más rápido

¿Por qué quieren ganancia más rápido?

Para tener más dinero

Inmediatamente relacionan “no comer a la hora acostumbrada” con “falta de recursos” que relacionan con un pago bajo de sus productos relacionados con el gobierno nacional y la compra de productos en el extranjero. Después desarrollan la esencia del sistema capitalista “porque quieren ganancia más rápido para tener más dinero” lo que serpia la ley de la acumulación.

Aunque hacen análisis interesante regresan a la primera causa “por no comer a la hora acostumbrada” como la causa más importante. Así no dan la importancia a una causa más estructural que determina su primera causa de “no comer a la hora acostumbrado”

D.2. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Como primera causa eligen “golpe o caída” que viene de sus experiencias de cada día.
En la reflexión inducida surgen otras causas que se relacionan entre sí:

¿Por qué alguien se golpea o tiene una caída?

Por el trabajo

¿Por qué alguien se golpea durante el trabajo?

Porque el trabajo es duro y lo hacemos con puro machete y azadón

¿Por qué trabajan con machete y azadón?

Porque la maquina no entra en el monte

¿Por qué trabajan en el monte?

Porque el cacique se quedó con la mayoría de la vega y nuestra vega no alcanza

¿Por qué los cacique se quedaron con la mayoría de la vega?

Porque tienen más poder y ofrecen dinero al gobierno

¿Por qué el gobierno acepta este dinero?

Porque solo le interesa el dinero

¿Por qué al gobierno solo le interesa el dinero?

Porque es la costumbre del PRI, ahora va cambiando por allá, falta aquí

¿Por qué no cambia aquí?

Porque estamos lejos del gobierno

Relacionan su primera causa con “por el trabajo”. Aquí también desarrollan lo del dinero pero no la falta sino que los caciques se quedaron con la mayoría de la vega por tener más poder y ofrecerle dinero al gobierno. Al final relacionan todo este con el PRI diciendo que ahora ya se esta cambiando.

Eligen finalmente “porque el trabajo es duro y lo hacemos con puro machete y azadón” como la causa más importante.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

Todos los subgrupos mencionan inicialmente como causa más importante una causa a nivel individual que logran contextualizar. Ambos subgrupos de diarrea de Metlatepec mencionan “desparasitarnos” como causa mostrando la importancia de la curación y el pensamiento biológico, mientras que los subgrupos de diarrea del Lindero se refieren a la comida.

En todos los subgrupos llegan al “dinero” como un punto clave en la causa de diarrea o dolor de espalda. En los subgrupos de la comunidad de Metlatepec vemos que relacionan el dinero con la producción de maíz “la milpa no da” o “no hay maíz para vender” pero buscando la causa de por qué la milpa no da, llegan a causas naturales como “la sequía” o entran en un círculo con el dinero diciendo “no tenemos dinero para riego”. El subgrupo de diarrea de hombres de Metlatepec llega hasta “la presidencia municipal” pero no analiza más por qué no les quieren ayudar. En los subgrupos de El Lindero vemos otro tipo de análisis. El subgrupo de diarrea del grupo de mujeres menciona el tipo de trabajo como causa de la falta de dinero. Ya no se quedan en que la milpa no da sino que otros trabajos “ajenos” sí dan pero dicen que sus esposos no tiene acceso a este tipo de trabajo. En el subgrupo de dolor de espalda del grupo de mujeres el dinero no se menciona explícitamente sino a través de “porque el esposo va a trabajar para tener maíz para mantener a la familia”. En el grupo de los hombres tenemos en el subgrupo de diarrea un análisis interesante y más abstracto que llega a la esencia del sistema capitalista o sea la ganancia que además relacionan con la compra de productos más baratos en el extranjero. El subgrupo de dolor de espalda utiliza el dinero en otro sentido: los caciques que compraron el gobierno del PRI y así se quedaron con la mayoría de la vega. Quedan en la corrupción como algo natural no relacionado con la organización de la sociedad diciendo que ahora ya todo se esta cambiando.

Podemos concluir la comparación con la observación que en los subgrupos del Lindero mencionan más causas relacionadas con la estructura de la sociedad.

LAS ACCIONES PENSADAS EN SALUD Y EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

Para acercarnos a la conceptualización sobre las acciones en salud elegimos dos problemas de salud-enfermedad: “Diarrea” y “Dolor de espalda” por ser enfermedades/síntomas bien conocidas que permiten conceptualizar sobre diferentes tipos de acciones. Primero pedimos cuáles acciones prefieren para el tratamiento y luego para la prevención de respectivamente “La diarrea” o “El dolor de espalda” según el subgrupo. Finalmente pedimos si prefieren el tratamiento o la prevención y por qué.

Para acercarnos al papel del individuo en las acciones de salud en general, preguntamos, en todo el grupo focal, *¿Qué es el papel de cada persona para mejorar nuestra salud?*

Así queremos encontrar una respuesta a: *¿Qué son los conceptos relacionados con las principales acciones para tratar y evitar un caso de diarrea y de dolor de espalda? ¿Qué es más importante, evitar o tratar? ¿Dónde se ubica cada individuo en las acciones para mejorar la salud?*

MÉTODO DE ANÁLISIS

Analizamos todos los datos obtenidos que se encuentran en el anexo por subgrupo. Mencionamos los datos obtenidos por subgrupo para después analizarlos y compararlos conjuntamente por tratarse de pocos datos.

Para las **acciones pensadas para los dos problemas concretas de salud-enfermedad: diarrea y dolor de espalda**, nos interesa ver qué tipo de tratamiento o prevención prefieren y si hay diferencias entre los subgrupos de diarrea y dolor de espalda. Analizamos según el objeto de la acción que puede ser los microbios (la enfermedad), el individuo como conjunto o condiciones de vida y de trabajo. Queremos saber si a los subgrupos les parece más importante tratar o evitar, intentando a entender el porqué.

Para el **papel del individuo en las acciones en salud** queremos saber qué papel adjudican a si mismos dentro de las acciones en salud, a qué tipo de acciones se refieren y si hay diferencias entre los diferentes grupos focales.

DATOS POR SUBGRUPO

A.1. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

SUBGRUPO “DIARREA”

Para el tratamiento de la diarrea dan tres respuestas: “Dar suero oral”, “Tomar pastillas” y “Alimentarse bien”. Prefieren más “Alimentarse bien” que dar suero oral o tomar pastillas.

Para evitar la diarrea dan cuatro respuestas “Lavarse las manos con jabón”, “Cocer bien los alimentos”, “Hacer aseo en la casa” y “Chapulear alrededor de la casa”. No llegaron a un consenso sobre la prevención más importante y quedaron con sus dos respuestas como igual de importantes “lavarse las manos con jabón” y “cocer bien los alimentos”.

Prefieren **prevenir** porque es importante de hacer algo antes que ocurre la diarrea.

A.2. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Para el tratamiento de dolor de espalda dan como respuestas “Sobar”, “Inyectar”, “Pedir pastillas en la Farmacia (casa de salud)” y “Descansar” de las cuales prefieren “Pedir pastillas”

Para evitar el dolor de espalda mencionan “No alzar cosas pesadas”, “No hacer mucho trabajo”, “Abrigarse bien” y “Bañarse con agua tibia” de las cuales se quedan con “No alzar cosas pesadas” como acción preventiva más importante.

Prefieren más **tratar** que prevenir. No pueden explicar más por qué.

A.3. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

El grupo de mujeres de Matlatepec dice que el papel de cada persona es “La limpieza” y “Curarse luego cuando duele algo”.

B.1. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

SUBGRUPO “DIARREA”

Para tratar la diarrea dan como respuestas: “Dar suero oral”, “Ir a la clínica”, “Dar o tomar pastillas” y “Ir a la casa de salud” de las cuales prefieren “dar suero oral”.

Para la prevención dan como respuestas “Lavarse las manos”, “Lavar los alimentos que consumimos”, “Tomar agua hervida”, “Tener letrina”, “Tener la casa limpia” y se quedan con “tomar agua hervida” como la acción preventiva más importante.

Dicen que **evitar** es más importante porque se puede enseñar desde niños a tomar agua hervida.

B.2. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Para tratar el dolor de espalda dan como respuestas “Tomar pastillas”, “Inyectar” y “Sobar” de las cuales prefieren “sobar”.

Para la prevención mencionan “No trabajar mucho”, “No levantar cosas pesadas”, “Hacer camas para dormir” y “No bañarse con agua fría” de las cuales eligen “no trabajar mucho” como la respuesta más importante.

Dicen que **evitar y tratar** son ambos iguales de importante.

B.3. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

El grupo de hombres dice que el papel de cada persona es de “cuidarnos, tenemos que ir a la Farmacia (casa de salud) o la clínica)

C.1. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DIARREA”

No llegan a un consenso para el tratamiento de la diarrea y se quedan con cuatro respuestas igual de importantes: “Dar suero oral”, “tomar muchos líquidos”, “seguir alimentando la persona” y “acudir con el médico”.

Para la prevención dan como respuestas “Lavar las manos antes de comer”, “Tomar agua hervida”, “Cocer bien las frutas y las verduras”, “Lavar bien las frutas y las verduras” y “No comer cosas chatarras” de las cuales eligen “lavar bien las frutas y las verduras” como la respuesta más importante.

Dicen que **evitar** es más importante porque tratar es más difícil porque ya ha perdido mucho líquido.

C.2. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Para el tratamiento del dolor de espalda dan como respuestas: “Ir a ver un doctor para que lo examinan”, “Sobar la espalda” y “Hacer baños con hierbas” de las cuales prefieren “hacer baños con hierbas” como lo más importante.

Para la prevención mencionan “No levantar cosas pesadas”, “Descansar ratos cuando trabajamos” y “No bañarse con agua fría” de las cuales eligen “no levantar cosas pesadas” como más importante.

Dicen que **prevenir** es más importante porque todavía no se siente y es mejor no sentirlo.

C.3. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

Las mujeres de El Lindero dicen sobre el papel del individuo en las acciones de salud que: “tenemos que organizarnos”, “tenemos que decir a todas las compañeras de ayudarnos entre todas” y “Tenemos que trabajar juntas, limpiar las calles y los pozos”.

D.1. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DIARREA”

Para el tratamiento de la diarrea mencionan: “Medicina”, “Suero Oral” y “Alimentarse bien” de las cuales prefieren “alimentarse bien”.

Para la prevención dan como respuestas “Lavar las verduras”, “Lavarse las manos”, “No comer carne grasosa”, “Tomara agua hervida” y “Lavar los pozos” de las cuales eligen “lavar las verduras” como lo más importante.

Dicen que es más importante **evitar** la diarrea para no deshidratarse.

D.2. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

SUBGRUPO “DOLOR DE ESPALDA”

Para el tratamiento del dolor de espalda mencionan “Sobarse y untarse con pomadas”, “Ir a la casa de salud y pedir pastillas”, “Sacar radiografía si no mejora” y “Ir al particular para inyecciones” de las cuales prefieren “sobarse y untarse de pomadas”.

Para la prevención dan como respuestas “No sentarse uno” y “No alzar nada” de las cuales se quedan con “no alzar nada” como lo más importante.

Dicen que **tratar** es más importante porque no se puede evitar de alzar cosas pesadas porque es su obligación de trabajar par su familia.

D.3. GRUPO HOMBRES DE EL LINDERO

EL PAPEL DEL INDIVIDUO EN LAS ACCIONES EN SALUD

El grupo de hombres de El Lindero dice al respeto del papel del individuo en las practicas en salud: “Platicar con la familia par que laven las manos”, “Comprar pescado o matar un pollo para comer juntos en la familia para tener buena salud” y “Cuando tenemos recursos comprar fruta y verdura”

Tabla: Esquema de las respuestas del tercer componente del primer eje por grupo focal

PREGUNTAS	Grupo Metlattepec mujeres	Grupo Metlattepec hombres	Grupo El Lindero mujeres	Grupo El Lindero hombres
¿Qué se debe hacer para <u>tratar</u> el caso de diarrea?	Alimentarse bien	Suero oral	Suero oral, Tomar mucho líquido, seguir alimentando a la persona, acudir con el médico	Alimentarse bien
¿Qué se debe hacer para <u>evitar</u> el caso de diarrea?	Lavarse las manos con jabón Cocer bien los alimentos	Tomar agua hervida	Lavar bien las frutas y verduras	Lavar las verduras
¿Qué es lo más importante, tratar o evitar?	evitar (antes)	evitar	Evitar (tratar es más difícil)	Evitar(para no deshidratarse)
¿Qué se debe hacer para <u>tratar</u> el caso de dolor de espalda?	Pedir pastillas	sobar	Hacer baños con hierbas	Sobarse y untar pomadas
¿Qué se debe hacer para <u>evitar</u> el caso de dolor de espalda?	No alzar cosas pesadas	No trabajar mucho	No levantar cosas pesadas	No alzar nada
¿Qué es lo más importante, tratar o evitar?	Tratar	Igual	Evitar (todavía no se siente)	Tratar (porque no se puede evitar de alzar cosas pesadas)
¿Qué es el papel de cada persona para mejorar nuestra salud?	Limpieza Curarse luego	Cuidarnos, ir a la casa de salud	Organizarnos Ayudarnos entre nosotras Trabajar juntas (limpiar pozos y calles)	Platicar con al familia para que se lavan las manos. Comprar pescado o matar un pollo para comerlo juntos con la familia Comprar fruta y verdura

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

En el presente componente se trata de encontrar las acciones pensadas con relación a dos problemas concretas de salud-enfermedad. Es importante ver a qué se dirige tal acción – individuo mismo, bacterias, condiciones de vida o la sociedad. En un segundo momento veremos el papel del individuo en general en las acciones en salud.

En los subgrupos de diarrea vemos que todos los grupos prefieren más evitar la diarrea que tratarla. La repuesta que más aparece para evitarlo es “Lavar la verdura”. Todas las respuestas más importantes se refieren a acciones a nivel individual. Para el tratamiento viene “alimentarse bien” y dar “Suero Oral”. En el tratamiento vemos dos medidas importantes del tratamiento que son justamente siguiendo alimentarse y tomar mucho líquido.

Son acciones concretas dirigidas a la conducta de la persona misma o a microbios que se encuentran por ejemplo en la verdura con un limitado grado de medicalización (suero oral).

En los subgrupos de dolor de espalda vemos algo interesante. Dos de los 4 subgrupos prefieren más el tratamiento que la prevención mientras que un grupo dice que es igual de importante. Solo un grupo prefiere la prevención. El grupo de hombre de El Lindero explica “tratar es más importante porque no podemos evitar de alzar cosas pesadas porque es nuestra obligación de trabajar, tenemos familia”. Este pone el discurso o el pensamiento que “evitar es mejor que tratar” en un contexto real donde no siempre es posible de evitar riesgos de problemas de salud-enfermedad. Mientras que la diarrea sí se presta para medidas preventivas a nivel de la persona, el dolor de espalda no siempre da la posibilidad de ser evitada.

Para el tratamiento 3 grupos dan medidas tradicionales como “sobar”, “bañarse con hierbas” y “untarse de pomadas”. Un grupo menciona “pastillas” como el tratamiento más importante. Para la prevención mencionan “no alzar cosas pesadas como más importante”.

Todas son acciones concretas con ningún elemento de medicalización aunque ponen importancia en el tratamiento. Nos demuestra que el enfoque de “tratar” no es necesariamente un enfoque medicalizado.

Aunque vemos que en los casos concretos de la diarrea y el dolor de espalda todos los subgrupos mencionan en general el mismo tipo de tratamiento y prevención, en las respuestas sobre el papel del individuo encontramos diferencias entre los grupos focales de Metlatepec y El Lindero. Ambos grupos de Metlatepec enfocan a la atención sanitaria medicalizando las acciones en salud. Es importante mencionar que ellos se ven, como individuos, en un papel responsable dentro de esta atención sanitaria diciendo “tenemos que cuidarnos” y “tenemos que curarnos a tiempo”. Es una visión curativa y responsabilizando a si mismo.

El grupo de hombres de El Lindero enfoca mucho a su papel como hombre dentro de la familia responsabilizando a si mismo dentro del conjunto de la familia. El grupo de mujeres de El Lindero habla de organizarse y ayudarse entre si mismas a nivel de la comunidad.

Mientras que ambos grupos de Metlatepec quedan en un papel individual enfocando a la curación donde ellos mismos tienen la responsabilidad, vemos que el grupo de hombres de El Lindero enfoca a otro tipo de acciones como la comida en la cual ellos, como hombres, tienen un papel responsable dentro de la familia. El grupo de mujeres de El Lindero habla de organizarse en general y ayudarse entre si, así poniendo las practicas en salud, de manera solidaria, a nivel de la comunidad.

Tenemos en las respuestas un conjunto del nivel del individuo, de la familia y de la comunidad, y diferentes tipos de acciones, desde la curación hasta la organización comunitaria.

CONCLUSIÓN SOBRE EL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La mayor parte de las respuestas de los 4 grupos focales a la pregunta ¿Qué necesitamos para tener una buena salud? se refiere a **acciones individuales** o estilos de vida como “Tomar agua hervida”, “Bañarse”, “Lavarse las manos” y “Limpieza en la casa y alrededor de la casa”.

La mayoría de dichas acciones individuales están **dirigidas a evitar una enfermedad** o la enfermedad en general a través de una relación biológica (moscos, bacterias, microbios, zancudos). Aunque en el análisis de la conceptualización de los determinantes del proceso salud-enfermedad observamos que solo en algunos casos se explica la relación entre una acción y el proceso salud-enfermedad a través de causas biológicas de enfermedades. En la mayor parte se relaciona directamente una acción a nivel individual –estilo de vida- con una enfermedad no especificada. Más que el desarrollo de un pensamiento biológico vemos que hay un enfoque hacia las acciones concretas individuales como determinantes de no-enfermarse. La acción individual –determinante- se hace el objetivo y no el instrumento para matar bacterias o evitar zancudos, lo que es una forma extrema de pragmatismo. Así la limpieza –que es el concepto más mencionado en el conjunto de acciones individuales- no siempre se relaciona con las bacterias o microbios que pueden provocar enfermedades sino que adquieren una importancia como tal o hasta un valor estético (“para que se ve bonita”).

Con base en nuestro marco conceptual podemos decir que la mayor parte de los conceptos desarrollados como determinantes son factores causales de riesgo con una relación biológica o directa con el proceso salud-enfermedad, quedando el ámbito social en el nivel individual, completamente descontextualizado de condiciones de vida y de trabajo (solo “comer carne” y “tomar leche” mencionados por el grupo de hombres de Metlatepec se contextualiza por parte haciendo referencia a la capacidad de compra). Dichos elementos desarrollamos como **hegemónicos** por ocultar el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad.

Este enfoque en las conductas o estilos de vida tiene además **un componente de género** por ser las mujeres la principal actora de la mayoría de las conductas. Tiene que ver con una separación por genero de muchas actividades domésticas y en la comunidad siendo las actividades de la mujer las más cercana a la preparación de la comida y la higiene en general. No obstante los hombres igual se refieren a tales conductas como importantes en el proceso salud-enfermedad ya no culpabilizándose a si mismos como en el caso de las mujeres sino a sus esposas como las responsables del proceso salud-enfermedad.

Al lado de los estilos de vida se da importancia en las respuestas **al tratamiento y la tecnología** como determinantes del proceso salud-enfermedad. Solo el grupo de hombres de Metlatepec no hace referencia a la parte curativa dando solo respuestas en el ámbito de los estilos de vida. Refieren a la curación a través de diferentes respuestas: “Muchos medicamentos” es la más frecuente aunque también hay la abertura o la aceptación en la clínica, y la referencia a los aparatos para revisar en el cual enfoque especialmente el grupo de hombres de El Lindero. También “la capacitación” de sus propios trabajadores de salud es mencionado como importante por ambos grupos de El Lindero pero con el mismo no salen de su pensamiento curativo. No hablamos de “medicalización” porque el grupo de mujeres de El Lindero incluye en “atención médica” a sus propios trabajadores de salud que apenas recibieron una educación formal de primaria. Así vemos que incluyen propias iniciativas como la formación de sus propios trabajadores de salud dentro de un conjunto de atención médica. También lo vemos con los hombres de El Lindero que cuando explican “preparar mejor los trabajadores de salud” lo explican como “manejo de apratos como Radiografía”. Nos demuestra que la diferencia de las acciones en salud de Capás AC en relación a la curación de enfermedades no siempre sean visto como diferentes a las actividades dentro de la Práctica Hegemónica en Salud. Otro ejemplo vemos con el grupo de mujeres de Metlatepec que habla de “Farmacia” refiriéndose a su propia casa de salud que no obstante intenta dar otra imagen no enfocado a la medicina ni al tratamiento.

Especialmente ambos grupos de El Lindero mencionan condiciones de vida y trabajo, y relacionan la determinación del proceso salud-enfermedad con algunos aspectos

estructurales de nuestra sociedad como “tener trabajo para tener recursos”, “recursos” y “ayuda del gobierno”. No obstante no logran salir de su pensamiento curativo y tecnologizado cuando relacionan dichos determinantes con el proceso salud-enfermedad. Quieren más ayuda del gobierno, no tanto para mejorar sus condiciones de vida sino para tener recursos para comprar aparatos para revisar. Otro subgrupo relacionan el dinero con el proceso salud-enfermedad explicando la compra de la carne como lo hace el grupo de Metlattepec o se refieren directamente a los recursos como ambos grupos de EL Lindero. El **dinero** como un factor importante en la comida, los zapatos y ropa. Los mismos recursos económicos también necesitan para el tratamiento. También relacionan el dinero con el trabajo remunerado que no tienen. En ambos grupos adquiere “los recursos” y “tener trabajo para tener recursos” el primer lugar de importancia en su listado de determinante del proceso salud-enfermedad. Así vemos la importancia del dinero que no logran a través del trabajo en su milpa sino a través de los programas asistencialistas del mismo gobierno o de familiares que emigraron.

CONCEPTUALIZACIÓN DE “LA SALUD”

La salud se conceptualiza en la mayoría de los casos como lo opuesto a “enfermedad” donde algunas veces se especifica la enfermedad o el síntoma como “dolor de estómago”, “diarrea”, “tos” o “los dientes se pican”.

Las mujeres del Lindero relacionan en 2 de sus 10 respuestas, el determinante con la salud en general, no enfocándose a las enfermedades.

RELACIÓN ENTRE LAS CAUSAS Y LOS DETERMINANTES

Aunque los diferentes subgrupos mencionan en el segundo componente en primer instante causas de diarrea o dolor de espalda que representan elementos de un pensamiento biologizado, medicalizado, curativo y de por sí descontextualizados, vemos que a través de un ejercicio de reflexión inducida con una sencilla pregunta “¿Pero, por qué?” llegan a contextualizar el determinante que dieron en primer instante. Así todos los subgrupos mencionan dinero como un factor importante. No obstante que logran contextualizar un determinante, los integrantes de los subgrupos no salen de su manera de pensar. Así llegan a una causa natural para explicar la falta de dinero quedándose en la

sequía y falta de riego como una causa importante. Solo los grupos de El Lindero llegan a causas más estructurales donde un subgrupo ubica la ganancia y la competencia con productos más baratos del extranjero como una causa importante. No obstante vemos en el mismo subgrupo que de nuevo mencionan su primera respuesta “por no comer a la hora acostumbrada” como causa principal de la diarrea olvidándose de la ganancia y competencia con productos del extranjero. Nos muestra la complejidad de la conceptualización donde el problema principal no es la falta de abstracción o el aislamiento de fenómenos en sí, sino que tenemos que tomar en cuenta que la organización de la sociedad no solo es algo muy abstracto que es difícil de visualizar sino que además es difícil concretizar cómo se podría cambiar algo como campesino en dicha organización. Un campesino puede ver la influencia de “la ganancia” en la diarrea, pero resulta más palpable comer a las horas acostumbradas que cambiar el sistema capitalista. En este sentido no solo tenemos que hacer un ejercicio de abstracción y relación con la organización de la sociedad sino que también tenemos que proyectar una posibilidad de cambiar dicha organización.

En relación con los datos obtenidos en el primer componente vemos que muchos determinantes del proceso salud-enfermedad coinciden con acciones para evitar la diarrea mientras que no encontramos las repuestas relacionadas con el dolor de espalda. Nos confirma que la relación entre algunas acciones y la salud se da por la clínica del gobierno que se enfoca entre algunas otras enfermedades a la prevención de la diarrea. La prevención de enfermedades tiene así influencia en la conceptualización de lo que es salud pero la prevención enfocada solo a algunas enfermedades específicas divide aun más esta visión sobre el proceso salud-enfermedad. Además vemos que por ejemplo la diarrea se presta más para enfocar las acciones preventivas en el ámbito individual y las acciones curativas son de bajo costo por ser suero oral. Mientras que el dolor de espalda se relaciona más con el trabajo mismo que no se puede dejar de un lado.

LAS ACCIONES EN SALUD

Aunque el primer componente no fue desarrollado para acercarnos a las acciones en salud vemos que hay una fusión entre determinantes del proceso salud-enfermedad y acciones individuales dirigido a evitar una enfermedad. Los diferentes grupos expresan indirectamente –a través de estas acciones individuales- un enfoque pragmático hacia la prevención de la enfermedad. No obstante quedan en el nivel individual y descontextualizan completamente los estilos de vida así limitando la interpretación de lo social. Por lo mismo nos parece importante de no oponer en las acciones el tratamiento en contra de la prevención como dos diferentes entidades, ni de dar preferencia a “la prevención” sobre la curación. El enfoque en los estilos de vida igual oculta el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad.

Todavía en el primer componente, tenemos el grupo de hombres de El Lindero que se enfoca principalmente a la tecnología dentro del diagnóstico y el tratamiento como sumamente importante.

En el tercer componente vemos que en el caso de “dolor de espalda” que el tratamiento adquiere más importancia sobre la prevención. El grupo de hombres del Lindero lo contextualiza maravillosamente diciendo que “no se puede evitar de alzar cosas pesadas” y por lo mismo el tratamiento es más importante que la prevención. Aún con el enfoque en la curación vemos que tres de los cuatro grupos prefieren un tratamiento no-alopático lo que demuestra que “curación” y “medicalización” no son adquieren un contenido de manera similar. También en el caso de diarrea vemos que “Alimentarse bien” adquiere más importancia que “Suero Oral”. En el caso de diarrea sí prefieren la prevención que además se refiere únicamente a acciones individuales que se relacionan directamente con la diarrea.

EL PAPEL DE CADA INDIVIDUO

Encontramos respuestas desde “curarse luego” hasta “organizarnos”. Los mismo grupos de El Lindero que desarrollan determinantes más abstractos también desarrollan la idea de organizarse aunque los hombres de El Lindero se enfocan en su respuesta al ámbito de la familia.

ELEMENTOS HEGEMÓNICOS Y CONTRA-HEGEMONICOS

Una primera observación importante hacemos con relación a las respuestas del grupo de hombres de El Lindero. Aunque es el grupo con más elementos contra-hegemónicos en sus respuestas también vemos que tienen un enfoque especial hacia los estudios de alta tecnología que es sin duda un elemento hegemónico muy importante. Este nos demuestra claramente que el pensamiento-en-salud es un complejo conjunto de conceptos donde los elementos hegemónicos no se oponen a los elementos contra-hegemónicos. En los casos de ambos grupos de El Lindero vemos que los determinantes más estructurales adquieren más importancia en el listado según orden de importancia. Esto quiere decir que el pensamiento-en-salud es un complejo conjunto de conceptos con elementos hegemónicos y contra-hegemónicos donde los elementos contra-hegemónicos –si están presentes- adquieren más importancia que elementos hegemónicos sin que los elementos hegemónicos terminan de existir, no hay dualidad o oposición entre elementos hegemónicos y contra-hegemónicos.

En los determinantes vemos los factores causales de riesgo, lo social que se limita a causas personales y la responsabilidad de cada individuo de su propio salud como elementos hegemónicos.

La conceptualización de “la salud” se hace primordialmente como lo opuesto a “la enfermedad”

Vimos en el Marco Conceptual que el aislamiento de los diferentes fenómenos –aquí los determinantes de diarrea y dolor de espalda- es una base para ocultar el carácter socio-histórico del proceso salud-enfermedad. La contextualización –como vemos en el segundo componente- es un elemento contra-hegemónico.

En las acciones en salud tenemos en general la referencia hacia acciones pragmáticas o directamente dirigidos a una enfermedad que desarrollamos como elementos hegemónicos. El grupo de hombres del Lindero hace énfasis en la tecnología que también es un elemento hegemónico. En ambos grupos del Lindero se refiere a la formación avanzada de sus trabajadores de salud que se relaciona con acciones colectivas desde la comunidad que vimos como un elemento contra-hegemónico.

- Capítulo VII -

LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO

En el presente capítulo analizamos los resultados obtenidos durante la técnica de campo referente al segundo eje analítico en el cual nos acercamos a la construcción del pensamiento-en-salud o sea el origen y la aceptación de los conceptos²⁷ que la población estudiada expresa con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud.

Tenemos dos componentes en el presente eje analítico. El primer componente se acerca a las fuentes mismas del pensamiento-en-salud mientras que el segundo componente se acerca al valor positivo de algunas posibles fuentes.

Analizamos subsecuentemente cada uno de los dos componentes. Por cada componente mencionamos primero la manera con la cual miramos los datos obtenidos, luego analizamos los datos por grupo focal y finalmente comparamos los diferentes grupos. Damos una conclusión al final del presente eje incluyendo ambos componentes.

EL ORIGEN DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD

Para acercarnos a las fuentes del pensamiento-en-salud de cada grupo focal les pedimos de darnos la fuente de cada uno de los diez conceptos más importantes que ellos mismos mencionaron durante la técnica del primer componente del primer eje: “La conceptualización de “la salud” y sus determinantes”. Para facilitar la técnica pedimos si sus papás y abuelos ya hacían la acción o tuvieron la misma idea o si se trata de una acción más reciente. Con el presente componente queremos dar respuesta a la pregunta: *¿De dónde vienen sus principales conceptos sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud?*

²⁷ Con “concepto” nos referimos al conjunto de conceptos, ideas, creencias y opiniones como desarrollado en el Marco Conceptual

MÉTODO DE ANÁLISIS

Analizamos en el presente componente todos los datos obtenidos, haciendo una diferencia entre conceptos que tienen como origen a sus papás o abuelos y otros orígenes. Los datos que manejamos entre “comillas” son citas textuales de las repuestas de la población estudiada. El conjunto de datos se encuentra, por grupo focal, en el anexo.

ANÁLISIS POR GRUPO

A. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

Del total de las 10 respuestas/determinantes que recuperamos del primer eje, hay 8 acciones concretas. De estos ocho, solo 3 no aprendieron de sus papás o abuelos: “Usar letrinas”, “Tomar agua hervida” y “Enchiquerar los puercos”. Dicen que aprendieron estas tres acciones de la clínica y que FDOMEZ también les enseñó a “Tomar agua hervida”. Todas las demás respuestas referentes a acciones concretas o sea “Limpieza de la casa”, “Tapar bien la comida”, “bañarse”, “Abrigar bien a los niños” y “Limpieza alrededor de la casa” ya lo hicieron sus papás y sus abuelos.

De las otras dos respuestas/determinantes no referentes a acciones en salud o sea “Mucha medicina” y “Que esté abierta la farmacia” dicen que ahora hay medicina en la casa de salud de Capás AC y que éste siempre está abierta mientras que en la clínica del gobierno no siempre hay medicina ni alguien para atender a los pacientes. Quiere decir que desde finales de 2000 cuando se abrió la casa de salud hay medicina y está abierta. Sus respuestas no nos permite acercarnos al origen de la idea de que es necesario la medicina y de que esté abierta la casa de salud.

Podemos deducir de estos datos que el presente grupo dice que 5 de las acciones que son importantes para tener una buena salud ya se hacen de costumbre. Solo “usar letrinas”, “tomar agua hervida” y “Enchiquerar los puercos” son enseñado en la presente generación por la clínica del gobierno y en parte por FDOMEZ. No podemos concluir de dónde viene la idea o concepto que se necesita mucha medicina o que se necesita que la casa de salud o la clínica esté abierta lo cual puede venir desde antes de la construcción de la clínica y del inicio de trabajo de Capás AC. Aunque la relación entre “medicina” y “abertura de la casa de salud” de un lado, con el proceso salud-enfermedad del otro lado

parecen obvios no es tan obvio que la construcción de una clínica del gobierno sea la fuente principal de la necesidad de medicina o de una consulta.

Retomando el análisis del primer componente del primer eje analítico vemos que dos de sus respuestas referentes a acciones que aprendieron por costumbre también se hace por otras razones que no directamente se refieren a la salud, "Limpieza de la casa" para tener limpieza y "Limpieza alrededor de la casa" para que todo se vea bonito. Nos muestra que, aunque hacen estas acciones de costumbre, puede ser que la relación de tal acción con el proceso salud-enfermedad llegó más tarde o hasta puede ser relativamente reciente. Queríamos hacer la diferencia en la técnica pero no resultó posible.

B. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

En el grupo de hombres de Metlatepec todas las respuestas/determinantes que recuperamos del primer eje se refieren a acciones concretas en salud lo que facilita encontrar el origen.

De todas las acciones solo dos, "Tomar leche y pan" y "Lavarse los dientes", no lo hacían sus papás ni sus abuelos. Dicen que "Tomar leche" lo aprendieron de la Clínica, de la escuela y de FDOMEZ. De "Comer pan" dicen que nadie les enseñó. "Lavarse los dientes" los niños lo aprenden en la escuela y también de la clínica.

Sus papás y abuelos ya hacían "Aseo de la casa", "Tener letrinas", "limpieza de pozos", "Lavarse las manos", "Bañarse", "Cambiar de ropa", "Comer carne" (aunque mencionan que en aquel tiempo no era carne de pollo sino de mapache y ardilla) y "Limpiar las calles".

Podemos deducir de estos datos que la mayoría de las acciones a las cuales se refieren con relación a la buena salud se hacen de costumbre. Solo "Tomar leche y pan" y "Lavarse las manos" lo aprendieron de la clínica, la escuela y FDOMEZ.

Salta a la vista que dicen que sus papás y abuelos ya utilizaban letrinas mientras que también dijeron durante la técnica del primer eje que los hombres casi no utilizan las letrinas por estar mucho tiempo en la milpa donde no hay letrinas.

C. ELGRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

De las respuestas/determinantes que recuperamos del primer eje, seis se refieren a acciones en salud o sea “Limpieza de solares y del hogar”, “Comer verdura”, “Lavarse las manos”, “Bañarse diario”, “Lavarse los dientes” y “Tomar agua hervida”. Todas estas ya las hacían sus papás y abuelos mucho antes de la existencia de la clínica del IMSS-Oportunidades.

De las otras respuestas dicen que “Atención médica” empezó con la clínica del gobierno y ahora también en la casa de salud. En el tiempo de sus papás y abuelos “solo había hierbas para curarse”. De “Mucha medicina” no especifican de donde viene, solo dicen que “ahora hay”.

La medicina llegó con la clínica y la casa de salud aunque tenemos que tomar en cuenta que también los papás y abuelos compraban, aunque sea de manera esporádica, medicina alópata en farmacias particulares o durante visitas con médicos privados. Con sus respuestas podemos tener una idea de cuándo empezaron las consultas o cuándo tuvieron acceso a la medicina pero no nos explican de dónde viene la idea que es necesario de tener medicina o atención médica para tener una buena salud.

Sobre “Tener trabajo para tener recursos” y “Más capacitación para los trabajadores de salud” parece difícil ubicar el origen.

D. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

Cuatro de las diez respuestas/determinantes que recuperamos del primer eje se refieren a acciones en salud. “Lavar bien las frutas”, “Asar bien los alimentos” y “Lavarse las manos antes de comer” ya lo hacían sus papás y abuelos mientras que “tomar agua hervida” lo aprendieron más reciente de la clínica.

Las otras respuestas se refieren a determinantes que no son acciones ni están directamente en sus manos –no son concretos- por lo cual resulta difícil de encontrar su origen. Dicen sobre “dinero” que siempre se ha necesitado, también sus papás. La “medicina” no se utilizaba mucha en el tiempo de sus papás pero iban de vez en cuando

con un médico particular que les recetaba medicina. El concepto de la necesidad de "Aparatos para revisar" también aprendieron del médico privado porque en la clínica no hay aparatos. Lo de "preparar mejor los TDS" lo aprendieron de la clínica²⁸ aunque después fueron más capacitados por Capás AC. La diferencia entre ambos cursos es para nosotros, trabajadores de salud de Capás, obvio pero no lo es para la gente de las comunidades.

Sobre la "Ayuda del gobierno" también dicen que es algo nuevo porque sus papás nunca metieron ninguna solicitud. Sobre "que nos aceptan en la clínica" no viene de sus papás porque se curaban con hierbas porque no tenían recursos para curarse. Aquí de nuevo vemos que es difícil separar entre la acción misma y el pensamiento sobre la acción. Quizás si sus abuelos tuvieron dinero, también habían ido más al médico, lo que quiere decir que ya tuvieron este pensamiento de curarse con el médico. Aun más, sabiendo que los indígenas-campesinos valoran más lo que cuesta más, podemos decir que quizás en parte porque no lo pudieron pagar, porque costaba, también le dieron más importancia.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

Hay determinantes que encontramos en ambos grupos de Metlatepec, en los cuales coinciden en su origen menos en "Tener letrinas" donde el grupo de mujeres dice que lo aprendieron de la clínica mientras que el grupo de hombres dice que sus papás y abuelos también utilizaban letrinas.

Ambos grupos de El Lindero no tienen diferencias de origen en sus determinantes comunes.

Cuando comparamos ambas comunidades, vemos que en Metlatepec los papás no se lavaban los dientes y hasta ahora los adultos no lo hacen, mientras que en El Lindero ya los papás se lavaban los dientes.

En ambos grupos de El Lindero resulta más difícil de acercarse al origen de los determinantes por ser más abstractos, mientras que en los grupos de Metlatepec se refieren principalmente a acciones concretas.

²⁸ Aquí nos sorprendió cómo ponen en el mismo nivel la capacitación del IMSS y la de Capás AC. Daniel, un trabajador de salud de El Lindero y presente en la investigación recibió el curso de dos meses del IMSS quedándose en un hotel bonito pero solo aprendió a hacer dibujos y hacer planes de letrinas. Mientras que el curso de Capás, que se dan en las comunidades mismas, de 3 veces 10 días se enfoca a organizar la salud comunitaria, dar consultas y organizar actividades de prevención y promoción.

EL VALOR POSITIVO DE LAS FUENTES

En el presente subcapítulo analizamos los resultados obtenidos durante la técnica de campo referente al segundo componente del segundo eje analítico. Queremos acercarnos a nuestras preguntas: *¿Qué da el valor o la importancia a los actores-fuentes para poder influir?* y *¿Cuáles actores adquieren más importancia?*

MÉTODO DE ANÁLISIS

Analizamos todos los datos obtenidos en el segundo componente del segundo eje o sea el orden de importancia de 7 características –dadas por nosotros- de actores en salud y el orden de importancia de 7 posibles actores –también dados por nosotros- que opinan sobre un ficticio “Seguro Popular”.

En el análisis nos fijamos en las tres características o actores con más y las tres con menos importancia. También tomamos datos de otros ejes para completar el análisis al respecto. Concluimos en conjunto con el primer componente al final del presente eje.

ANÁLISIS POR GRUPO

A. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

En los tres primeros lugares de importancia encontramos las siguientes características de actores en salud: “Entiende mejor lo que pasa en México”, “Hace parte de una organización popular como FDOMEZ” y “Nos explica mejor lo que hacemos mal”. En los tres últimos lugares empezando con el lugar 5 están: “Tiene más medicamento”, “Sabe cómo tratar el susto” y “Tiene buenos contactos con el actual gobierno”.

Aquí tenemos algo sumamente interesante. De un lado relacionan las acciones en salud con lo que pasa en México a través de la importancia que dan a la característica “Entiende mejor lo que pasa en México” pero ponen en el tercer lugar “explicar mejor lo que hacemos mal” mientras que esto se refiere a una determinación a nivel de la persona y culpabiliza los enfermos. La característica “Tiene mucho medicamento” adquiere un lugar menos importante (lugar 5) mientras que estaba en el segundo lugar como determinante del proceso salud-enfermedad (cfr. Primer componente del primer eje).

Con relación a los posibles actores que opinan sobre un ficticio *Seguro Popular* tenemos “un responsable de FDOMEZ” como el actor que darían más importancia, seguido por “un trabajador de salud de Capás” y en el tercer lugar el “médico de la clínica”. Como razón que dan más importancia a un responsable de FDOMEZ dicen que ellos viven diariamente con ellos. A la información de “Radio-Televisión-Periódico” darían la menor importancia.

Cuando se trata de personas o características de personas vemos que los responsables de su organización popular FDOMEZ adquieren mucha importancia sobre otras características como “tener medicina” aunque le dieron mucha importancia en el momento de hablar de los determinantes.

B. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

Las tres características más importantes para actores de salud son “Entiende mejor lo que pasa en México”, “Nos explica mejor lo que hacemos mal” y “Hace parte de una organización popular como FDOMEZ”. En los tres últimos lugares empezando con el lugar 5 están “Tiene buenos contactos con el actual gobierno”, “Sabe cómo tenemos que mejorar nuestra casa” y “Sabe cómo tratar el susto”.

Aquí vemos que “nos explica todo lo que hacemos mal” adquiere más importancia que “hacer parte de FDOMEZ”.

Para los posibles actores que dan una explicación referente al Seguro Popular dan la mayor importancia a “un responsable de FDOMEZ”, seguido por “un trabajador de salud de Capás” y el “médico de la clínica”. Dan más importancia a un responsable de FDOMEZ porque “traen información de otros lados y nos enseñan sobre lo que va pasar y así vimos que siempre pasa”. Dan la menor importancia a “alguien de la familia”.

También aquí vemos la importancia de hacer parte de FDOMEZ aun en relación al trabajo de salud.

C. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

En los tres primeros lugares de importancia están las características “Hace parte de una organización popular como FDOMEZ”, “Entiende mejor lo que pasa en México”, y

“Tiene muchos medicamentos”. En los tres últimos lugares empezando con el lugar 5 encontramos “Sabe cómo tratar el susto”, “Tiene buenos contactos con el actual gobierno” y “Nos explica todo lo que hacemos mal” están.

Aquí dan la menor importancia a “nos explica todo lo que hacemos mal” pero del otro lado les parece importante que hay mucha medicina.

Para los posibles actores que dan una explicación referente al “Seguro Popular” dan la mayor importancia a “un responsable de FDOMEZ”, seguido por “un trabajador de salud de Capás” y el “médico de la clínica”. Dan más importancia a un responsable de FDOMEZ porque “van afuera, a otras comunidades y al extranjero, y ven cómo son las cosas y luego nos explican”. Dan la menor importancia al “curandero o la partera”.

Ser responsable de FDOMEZ adquiere la mayor importancia en ambas respuestas.

D. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

En los tres primeros lugares de importancia encontramos: “Hace parte de una organización popular como FDOMEZ”, “Tiene muchos medicamentos” y “Nos explica mejor todo lo que hacemos mal” mientras que “Entiende mejor lo que pasa en México”, “Sabe cómo tenemos que mejorar nuestra casa” y “Tiene buenos contactos con el actual gobierno”, están en los tres últimos lugares.

Aquí mencionan ambos, la medicina y explicar todo lo que hacen mal, entre los tres primeros lugares.

Para los posibles actores que dan una explicación referente al “Seguro Popular” dan la mayor importancia a “un responsable de FDOMEZ”, seguido por “un trabajador de salud de Capás” y el “médico de la clínica”. Dan más importancia a un responsable de FDOMEZ porque “hasta ahora no nos engañaron y no se venden por ningún dinero.”. Dan la menor importancia al “curandero o la partera”.

También aquí vemos la importancia de estar organizado dentro de FDOMEZ para asuntos relacionados al proceso salud-enfermedad.

COMPARACIÓN

Vemos respuestas parecidos en los cuatro grupos.

Como característica de una persona para poder tratar o evitar problemas de salud-enfermedad vemos que en los cuatro grupos, "Hace parte de una organización popular como FDOMEZ" tiene dos veces el primer lugar, una vez el segundo lugar y una vez el tercer lugar. Así adquiere en general la mayor importancia. Luego sigue "Entiende mejor lo que pasa en México" también con dos primeros lugares y un segundo lugar y un quinto lugar.

Entre las características con menor importancia encontramos "Tiene buenos contactos con el actual gobierno" que tiene dos últimos lugares, un penúltimo y un antepenúltimo lugar. Nos demuestra la importancia que dan al gobierno en las acciones de salud aunque el grupo de hombres de El Lindero mencionó "apoyo del gobierno" como un de los diez determinantes más importantes para tener una buena salud.

En lo referente a los actores que dan su opinión sobre algo como el Seguro Popular darían más importancia a "un responsable de FDOMEZ" y "un trabajador de salud de Capás AC" que adquieren respectivamente el primer y segundo lugar. En el tercer lugar viene el médico de la clínica. En último lugar viene "el curandero o la partera".

CONCLUSIÓN

Es importante subrayar que encontrar el origen de los conceptos a través de una técnica directa con la población, es sumamente difícil. Vimos en la prueba piloto que la población relaciona todos los posibles actores con cualquier de los determinantes que mencionaron antes y que no era posible de hacer la diferencia entre el origen de una acción misma y el origen de la *relación* entre una acción con el proceso salud-enfermedad. Por ejemplo "limpiar la casa" es una acción de generaciones pero la relación entre "limpiar la casa" y el proceso salud-enfermedad no es de tanto tiempo sabiendo que el concepto "salud" ni existe como palabra en el idioma Nahuatl sino que hablan de "cualli" o estar bien.

Cuando se trata del origen de acciones en salud o conceptos más abstractos como “que esté abierta la farmacia”, “mucho medicina”, “recursos” o “Más capacitación” podemos acercarnos al inicio de dichas actividades pero no a la fuente misma. Resulta difícil reflexionar sobre esto, probablemente porque no son procesos conscientes.

No obstante llegamos a algunas conclusiones interesantes.

Con base en los datos directamente obtenidos en el primer componente del segundo eje podemos concluir que la mayoría de las acciones que los diferentes grupos mencionan como determinantes del proceso salud-enfermedad, hacen parte de las costumbres. Este no quiere decir que sus abuelos o sus papás hacían, o que ellos mismos no hacen dichas acciones específicamente para tener una buena salud. Lo vemos claramente en sus respuestas en el primer eje. Cuando preguntamos en la explicación por qué hacen tal o cual actividad nos dijeron de algunas actividades otras cosas que no se referían directamente al proceso salud-enfermedad como “para que se vea bonito”, “para que esté limpio”, para “el buen aliento”. Podemos interpretar dichas respuestas como una amplia conceptualización de lo que es “la salud” pero nos parece más correcto interpretarlo como el hecho que dichas acciones no se hacen solo en primer lugar para mejorar la salud.

Aunque los médicos y las enfermeras de la clínica siempre dicen que la gente tiene que “lavarse las manos”, “tienen que hervir el agua”, “hay que ...” vemos que los abuelitos ya hacían la mayoría de las acciones antes de la llegada de la clínica. ¿Cuál es el aporte de la clínica entonces? Para las mujeres de Metlatepec “usar letrinas”, “tomar agua hervida” y “enchiquerar los puercos” son acciones que ellas no hacen de costumbre. Aun aquí los hombres sí dicen que utilizan letrinas de costumbre (aunque ellos mismos van al monte) y las mujeres dicen de “enchiquerar los puercos” que es para la limpieza. Para los hombres de Metlatepec queda solo “comer pan”, “tomar leche” y “lavarse los dientes” como acciones que no hacen de costumbre que además los adultos ni hacen. Para las mujeres de El Lindero, todas estas acciones son de costumbre y para el grupo de hombres queda solo “hervir el agua” como aprendizaje de la clínica. Vemos que la clínica no induce tantas nuevas acciones o nuevos hábitos como todos lo creemos sino que convierten acciones que la gente ya hacen de costumbre en acciones relacionadas con el proceso

salud-enfermedad. La clínica del gobierno no induce tantas nuevas conductas sino que cambia el significado de algunas conductas ya existentes. Tomando conductas existentes, la clínica convierte la salud o mejor dicho la enfermedad en algo al alcance de la gente y por lo mismo puede responsabilizar la gente de su salud o enfermedad.

Interesante también es de anotar que la gente ya ni se da cuenta que sus acciones de costumbre vienen de sus papás. Cuando les pedimos de dónde lo aprendieron nos dan diferentes fuentes, pero cuando pedimos si sus papás también lo hacían en tiempos que no existía ni la clínica nos dicen en muchos casos que sí.

También en las nuevas acciones no hay que olvidar que por ejemplo “enchiquerar los puercos” se hace por la limpieza y no tanto para evitar la cisticercosis. No podemos olvidar en el uso de las letrinas que los europeos no empezaron a utilizar letrinas para mejorar su salud sino que lo hicieron por el confort, ya no querían ir a fuera donde hacía frío. Pensar poder cambiar conductas “para la salud” quizás tampoco es el mejor camino por ser “la salud” un objetivo abstracto y a largo plazo.

¿Pero cómo podemos incidir entonces? Aunque la mayoría de las acciones las hacen de costumbre no saben para qué las hacen, no reflexionan sobre esto, solo lo hacen. También mencionan que limpian cuando esta sucio o se amontona la basura. Se bañan para quitar el sudor. Comen pan porque les gusta. Hacen las acciones para satisfacer una necesidad inmediata y aunque lo relacionan con la salud no lo hacen para tener una buena salud. No podemos cambiar las necesidades pero podemos cambiar los satisfactores. Tener hambre no se cambia pero lo que se come quizás sí se puede.

De otros determinantes que no se refieren a un acción, como la consulta, medicina, tecnología y recursos, resulta mucho más difícil acercarse al origen. No logramos separar por ejemplo la llegada de la clínica con el concepto de que se necesita una consulta para resolver los problemas de salud-enfermedad. Nos muestra que gran parte de la construcción del pensamiento se hace de manera inconsciente.

La población estudiada expresa en los 4 grupos que para actores de salud es más importante de hacer parte de FDOMEZ que tener mucha medicina mientras que en tres de los cuatro grupos estudiados en el primer componente del primer eje dicen que “Mucha medicina” es una de las 5 cosas más importantes para tener una buena salud mientras que ni hablan de estar organizados. Lo mismo vemos en tres de los 4 grupos para “Entiende mejor lo que pasa en México”. Insistimos en el momento de la recolección de los datos en el hecho de que en la pregunta se trataba de acciones en salud y no de otro tipo de actividades. Así podemos decir que la gente expresa la importancia de la organización dentro de una organización popular como FDOMEZ al igual que del entendimiento de lo que pasa en México como características de actores en salud, que adquieren más importancia que “tener mucha medicina”, “saber cómo mejorar la casa” y las demás características mencionados anteriormente.

Aunque las actividades directas de salud del gobierno son mucho mayores a los de FDOMEZ a través de Capás AC, vemos que FDOMEZ adquiere el primer lugar de importancia mientras que el gobierno adquiere el último lugar. Aquí no refleja la satisfacción de sus necesidades sino que refleja según nuestra opinión la reflexión de lo que sería lo mejor. Nos da posibilidades para desarrollar como FDOMEZ más actividades de salud con la gente.

- Capítulo IX -

EL USO DEL PENSAMIENTO-EN-SALUD EN METLATEPEC Y EL LINDERO

En el presente capítulo analizamos los resultados obtenidos durante la técnica de campo referente al tercer eje analítico. Analizamos los diferentes casos vividos que mencionan durante la técnica. Los datos completos se encuentran en el anexo.

Con el presente eje queremos acercarnos a la pregunta: *¿Qué hace la población estudiada con el pensamiento-en-salud en situaciones vividas?*

MÉTODO DE ANÁLISIS

Con los casos que nos mencionan y las explicaciones que dan sobre el porqué consultan por ejemplo en la clínica y no en la casa de salud, queremos acercarnos a la función que algunas acciones en salud tienen en casos concretos como por ejemplo que satisface mejor sus necesidades de salud-enfermedad o que no consultan en la clínica por que no tienen dinero o porque no hay medicina. Además deducimos de sus repuestas la importancia relativa de diferentes actores en algunos casos concretos además de su explicación del porqué.

Haremos primero un análisis por grupo empezando con el caso leve y otro caso grave de diarrea para después analizar sus casos. Luego compararemos los diferentes grupos y finalmente concluiremos el presente eje.

ANÁLISIS POR GRUPO

A. EL GRUPO DE MUJERES DE METLATEPEC

Consultarían con ambos casos de diarrea, el caso leve y el caso grave, en la casa de salud de Capás AC. Con relación a otras acciones en salud dicen que pueden acudir en el caso leve para sobarlo con el curandero para ver si no se “pegó algo en la panza” en el caso que la medicina de la casa de salud no ayuda. En el caso grave dicen que no van a la clínica porque está cerrada.

Prefieren su propia casa de salud aunque la medicina resulta más importante que "sobar". No van a la clínica del gobierno porque está cerrado. No hacen diferencia entre ambos casos de diarrea.

Parece que nadie fue en los primeros meses del 2003 a la clínica del gobierno (SSA) pero sí alguien se recuerda del año pasado que fue a la clínica con un niño con tos. No fueron a otro lado porque tuvo mucho calentura. No aclaran más por qué fueron a la clínica.

Otra persona fue este año a la casa de salud con un niño con calentura. No fue a la clínica porque a veces no está la enfermera mientras que la "farmacia" (se refieren a la casa de salud de Capás AC) siempre está abierta. Otra señora fue con un niño con tos. No fueron a la clínica porque esta cerrada y luego no hay medicina.

Nadie da un ejemplo de una visita al curandero ni de estar enfermo y tratarse en casa

Aunque en el caso de diarrea no hacen la diferencia entre el caso leve y grave vemos que en la realidad alguien acudió a la clínica porque el niño tuvo *mucho* calentura lo que nos muestra que tienen más confianza en el (¿conocimiento del?) médico que en su propio trabajador de salud. Los casos en los cuales no acuden a la clínica tienen que ver con el hecho que está cerrada lo que no nos permite comparar el médico de la clínica con los trabajadores de salud de Capás AC.

B. EL GRUPO DE HOMBRES DE METLATEPEC

Para el caso leve de diarrea todos consultarían en la casa de salud de Capás AC. No consultarían en la clínica del SSA porque hay poco medicamento y en la casa de salud sí hay. Para el caso grave de diarrea las respuestas están divididas. Algunos irían con el médico privado, otros al hospital y otros primero a la clínica y si no ayuda al hospital. Cuando les preguntamos por qué no consultarían en la casa de salud dijeron que primero podrían ir a la casa de salud y después cuando no se quita el vómito podrían ir al hospital. Los hombres sí hacen una diferencia entre el caso leve y grave de diarrea que nos muestra que no tienen plena confianza en su trabajadora de salud que trabaja en la casa de salud de Capás AC. Aún así hacen al final cuando les preguntamos de explicar su acción la propuesta de que primero podrían consultar en la casa de salud y luego ver si van al hospital. Tampoco acudirían a la clínica por falta de medicina.

De los hombres tampoco nadie fue a la clínica del gobierno últimamente. Alguien comenta del año pasado que fue con "su chamaco que recibió 33 piquetes de abeja". Fue allá porque estaba cerca trabajando en la milpa y a veces los piquetes pueden dar calentura.

En el mes anterior a la investigación la mamá de alguien consultó en la casa de salud con dolor de espalda. Consultó allá y no en otro lado porque hay medicamento. Otro hombre comenta del año pasado que fue con dolor de cabeza. Consultó en la casa de salud porque esta cerca. Un tercero, también el año pasado consultó con dolor de latido. También porque estaba cerca.

Una persona da el ejemplo de una caída y que Margarita (curandera y trabajadora de salud) lo sobó en su casa utilizando aguardiente con hierbas. No explica por qué no fue a otro lugar. Nadie da un ejemplo de estar enfermo y quedarse en casa.

Vemos que la cercanía y la presencia de medicina son factores importantes en la decisión de dónde consultan.

C. EL GRUPO DE MUJERES DE EL LINDERO

En el caso leve de diarrea la mayoría daría un té al niño porque no es necesario ir a otro lugar cuando el te da provecho. Una señora iría a la casa de salud y no a la clínica porque la casa de salud está más cerca. En el caso grave de diarrea la mayoría también lo trataría en la casa con té y suero oral y después podrían ir a la casa de salud o la clínica. Una señora iría a un particular porque así hizo una vez. No se fue a la casa de salud porque estaba grave y en la clínica no había nadie.

La mayoría no hace diferencia entre el caso grave y leve de diarrea y tratarían ambos en su casa.

En el presente año una señora fue a la clínica del gobierno (IMSS-Oportunidades), no porque estaba enferma sino porque la enfermera la había citada para la consulta sana. Cuando pedimos qué se hace en la consulta sana alguien dice sonriendo "nada más vamos" porque cuando no vamos nos citan de nuevo. Nadie puede confirmar ni negar que si no acuden ya no recibirán el apoyo de Progresá. Los niños menores de 2 años deben de ir a chequearse el peso cada tres meses, cuando está bajo de peso dicen que tiene que

comer más. Dan vitaminas y papilla. Los desnutridos deben de ir cada dos meses. Después de los dos años solo los desnutridos deben de acudir.

Alguien acudió a la casa de salud en el presente año con un niño con calentura y tos y infección. No fue a otro lugar porque siempre asiste en la casa de salud. Otra señora acudió a la casa de salud porque se sentía mal y no tuvo ganas de comer. Llegó temprano a la casa de salud pero no había nadie así que pasó a la casa del trabajador de salud Daniel. Fue allá porque hay medicina. Otra persona fue con su nieto porque tuvo lombrices. Va a la casa de salud porque allá también dan medicina.

Nadie da un ejemplo de una visita al curandero. Alguien comenta que tuvo tos y gripa y tomó puro agua. No fue a otro lado porque no le gustan las medicinas.

Hay diferentes ejemplos de consulta en la casa de salud mientras que solo un caso –de consulta sana- de la clínica.

D. EL GRUPO DE HOMBRES DE EL LINDERO

En ambos casos de diarrea lo llevarían a la casa de salud porque está cerca y si no se quitaría la diarrea lo llevarían a un especialista. En el caso grave una persona lo llevaría a un particular.

La esposa de un integrante del grupo fue a la clínica del IMSS-Oportunidades para la consulta sana. No saben bien lo que hacen allá pero si se presentan y les dan medicina. Los otros hombres no saben si también su esposa fue a la consulta sana. La señora de otro hombre fue a la clínica porque le pegaba tos. No fueron a un médico particular porque no tienen dinero. No fue a la casa de salud porque aprovechó cuando tenía cita.

Una persona fue dos veces a la casa de salud con “un diente que estaba mal”. No curaron el diente, solo dieron una pastilla. Otro fue a chequearse la presión. No fue a la clínica porque la casa de salud está más cerca y el curandero no toma la presión. Otro hombre consultó en la casa de salud con un niño que tiene ojillo. No se fue a la clínica porque ya se calmó con la consulta en la casa de salud. Dice que el curandero solo alivia manchas o el “tlacote que ya está más de 3 días”²⁹ o cuando se sienta en el cuerpo.

²⁹ Un tlacota o absceso re revienta normalmente en unos días. Cuando tarda más necesita una limpieza del curandero.

Alguien comenta sobre el curandero que la señora de alguien tuvo un espanto de ver una vibora y empezó con dolor de cabeza y con calentura. Se fue al médico pero no le ayudaba con la medicina. Se fue a un curandero para una limpia. "La barrieron con hierbas y huevos que después de la limpia llevaron al lugar del espanto y la señora se compuso." Otro hombre comenta otro caso de hace unos años que "un señor se sentó durante la faena para filar su machete y en la tarde le empezó a doler una nalga. No había nada dentro de espina ni dentro de su pantalón. Después le empezaron a crecer abscesos, ya no se pudo sentar. Se fue a la clínica del Ixtle y no lo pudieron ayudar. Llamó una curandera y lo limpiaron con un gallo chiquito que se murió en la limpia. Después hicieron una ofrenda y comieron el gallo. Después de nuevo se fue a la clínica y se reventó el absceso porque la curandera ya había hecho el trabajo."

Dan el ejemplo de dolor de barriga que toman un té de hierbas (no saben especificar las hierbas) en su casa. Otro hombre dice que cuando le pasa algo que toma un trago de aguardiente para quitarlo.

Hay diferentes ejemplos de consulta. La consulta en la clínica está relacionada con la consulta sana. Dan dos ejemplos de problemas que no se pueden aliviar ni en la clínica ni en la casa de salud y que necesitan la ayuda del curandero.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

Todos mencionan la distancia como razón de no acudir a la clínica pero sí a la casa de salud. En algunos casos graves prefieren un médico.

Vemos que los hombres que están menos en contacto con problemas concretos de salud-enfermedad se refieren más al hospital y los especialistas que las mujeres. La diferencia existe en los casos imaginarios de la diarrea y no tanto en su experiencia vivida lo que demuestra que su pensamiento-en-salud va más en el sentido de la especialidad y tecnología que el de las mujeres. También nos muestra que no es la realidad de cada día que llevan a pensar que un hospital es mejor porque las mujeres hasta tratarían muchos casos en su propia casa.

CONCLUSIÓN

Parece que no importa en sí que un consultorio es del gobierno o de Capás AC para consultar. Del otro lado vemos que factores como acceso físico (cercanía y abierto) y financiero (medicina) resultan al igual que la gravedad de una enfermedad muy importantes para la decisión dónde se acude. Esto demuestra que la decisión sobre dónde acudir o qué hacer en primer lugar depende de la posibilidad de satisfacer sus necesidades en salud. Cuando hay problemas que piensan que son más graves ambos grupos de Metlatepec prefieren acudir a un médico en lugar de su trabajador de salud. hay otros problemas de salud-enfermedad que necesitan la ayuda de un curandero.

Las consultas en las clínicas del IMSS-Oportunidades (ambos grupos del Lindero) se limitan a la consulta sana.

Parece que la mayoría de los casos de enfermedad acuden a la casa de salud de Capás AC.

- Capítulo X - **RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES FINALES**

En el presente capítulo intentamos de concluir nuestra investigación, no solo desde los datos obtenidos con relación a la parte empírica, sino tomando en cuenta el conjunto de información y observaciones obtenidos durante la elaboración de la presente tesis.

Empezamos la tesis con el afán de querer aportar algo a nuestro trabajo de salud comunitario en La Huasteca. Queríamos acercarnos a la relación entre las condiciones de vida y la organización política de la población estudiada de un lado y su pensamiento-en-salud. Lo plasmamos en tres preguntas o objetivos de investigación: ¿Cuál es la estructura en el complejo conjunto de conceptos en el pensamiento-en-salud y cómo podemos interpretarlo con relación a una transformación social?, ¿Cómo se construye el pensamiento-en-salud en nuestra población de estudio? y ¿Hacia donde nos lleva un determinado pensamiento-en-salud? Antes de dar nuestras conclusiones finales, daremos una breve reseña de algunos puntos clave en la presente tesis.

RECAPITULACIÓN

Nuestra tesis se basa en la inferencia del materialismo histórico de la necesidad de un cambio social de fondo que llamamos “transformación social”. A través de la hegemonía ideológica relacionamos teóricamente el pensamiento-en-salud con dicha transformación social apuntando que las relaciones de poder no se dan unilateralmente sino que se trata de una relación dialéctica entre dominación y resistencia. Damos énfasis en la voluntad humana y en el ámbito de las ideas. Metodológicamente concretizamos desde la dominación y reproducción social hacia elementos hegemónicos a nivel del pensamiento-en-salud mientras que desde la transformación y resistencia concretizamos hacia elementos contra-hegemónicos. Vimos que el pensamiento no es, en sí, hegemónico o contra-hegemónico sino que adquiere dicho carácter en relación con una práctica en salud y una organización política. Los elementos hegemónicos en el pensamiento-en-salud oscurecen el carácter socio-histórico del proceso salud- enfermedad y de las acciones en salud, y por lo tanto niegan la posibilidad y/o necesidad transformadora en una sociedad.

Breih es el autor que más claramente nos explica que “el positivismo” aísla y desconecta los fenómenos en salud del resto de la sociedad quedando como única relación el riesgo que cada fenómeno aislado presenta con relación a una enfermedad. Este nos lleva a neutralizar el proceso salud-enfermedad, deshaciéndolo de los determinantes sociales que en realidad van más allá que las acciones individuales dirigidas hacia una enfermedad. También nos lleva a limitar el concepto “salud” a lo opuesto de la suma de algunas enfermedades. Además limita el objetivo de lucha en salud a un tratamiento super-especializado de algunas enfermedades.

Más allá que los elementos hegemónicos y contra-hegemónicos desarrollamos la construcción del pensamiento-en-salud desde lo concreto –la enfermedad como necesidad sentida- hacia lo abstracto y relacionado con la posibilidad de cambio en el nivel concreto. El pensamiento-en-salud no existe para explicar sino para resolver.

En el capítulo sobre el contexto socio-político demostramos la historia de un pueblo organizado con experiencia de lucha y organización política dentro de FDOMEZ, que les ha permitido de resistir y sobrevivir dentro de una sociedad capitalista. También vimos la cara represiva del gobierno Mexicano que en los hechos –con el ejercito Mexicano- se encontró al lado de los latifundistas, nunca defendiendo las demandas legítimas –y después de 1917 constitucionales- de los campesinos-indígenas. También relatamos la actualidad con una cara aparentemente diferente, de un gobierno igual capitalista, llamado neoliberal o “de cambio” con muchos programas asistencialistas que ni en dinero son significantes comparados con los rescates bancarios o el IPAB, pero tampoco lo son en cuanto a una mejoría sustantiva de las condiciones de vida y de trabajo del grupo estudiado. No obstante logran a calmar relativamente la gente.

LOS DATOS EMPÍRICOS

En la investigación empírica del primer eje surgen con relación a la determinación del proceso salud-enfermedad, respuestas en el ámbito de la acción individual dirigida a evitar una enfermedad como “Tomar agua hervida”, “bañarse” y “lavarse las manos”. También vemos respuestas en el ámbito del tratamiento y la tecnología como “medicamentos”, “atención médica” y “aparatos para revisar”. Un tercer grupo de

respuestas se refiere a “capacitación de los trabajadores de salud” y “Trabajo para tener recursos”.

En el segundo componente del primer eje analítico vemos que los diferentes grupos focales y en especial ambos grupos de El Lindero llegan a causas más estructurales como “porque quieren ganancia más rápido” y “para tener más dinero” a través de un ejercicio de reflexión inducida. Son conceptos que manejan pero no mencionan espontáneamente con relación al proceso salud-enfermedad.

En el tercer componente del mismo eje, un grupo hace hincapié en la importancia de la organización cuando les preguntamos sobre el papel de cada individuo con relación a la salud. El mismo grupo focal tiene en general una abstracción más avanzada que otros grupos focales que solo mencionan “curarse luego” cuando les preguntamos sobre el papel de cada individuo.

En el segundo eje todos los grupos focales expresan “pertenecer a una organización popular como FDOMEZ” y “entiende mejor lo que pasa en México” como características importantes con relación al trabajo de salud. También nos dimos cuenta en el mismo eje que muchos estilos de vida que divulga la clínica del gobierno ya hacían parte de las costumbres de la gente, antes de la existencia de clínica. El único cambio es que la clínica les dio otro valor, ahora con relación a la salud

En el tercer eje analítico vemos en los ejemplos concretos que las principales razones de actuar en salud (en el caso de las consultas) dependen de la distancia, la apertura de la clínica y la presencia de medicina. Son razones dirigidas a la satisfacción de sus necesidades en salud, es decir: la enfermedad. Aunque en el segundo eje dan, en las listas de características de actores en salud, más importancia al hecho de pertenecer a FDOMEZ que de ser médico o tener medicina vemos en los casos concretos que consultan específicamente al médico por la “gravedad” de la enfermedad o consultan en un lugar determinado por la presencia de medicina, ya no hablando de FDOMEZ. Además vemos que los hombres –que tienen menos contacto con las enfermedades de sus niños- se refieren mucho al hospital cuando les pedimos sobre qué harían en un caso de un niño con diarrea mientras que las mujeres tratarían los mismos casos de diarrea en su casa como lo hacen en la realidad.

LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Cuando miramos desde nuestro desarrollo teórico, estos datos empíricos podemos concluir diferentes cosas. En el pensamiento-en-salud de la población estudiada prevalecen los elementos hegemónicos. Por cierto, los conceptos que la población estudiada maneja con relación al proceso salud-enfermedad y las acciones en salud oscurecen la determinación socio-histórica del proceso salud-enfermedad.

No obstante tenemos que ver más allá de dicha clasificación para no ubicar el pensamiento-en-salud de la población estudiada sin más en la categoría "hegemónica". En la reflexión inducida o en la lista de características importantes de actores en salud, vemos que el pensamiento-en-salud de la población estudiada va más allá que los elementos hegemónicos. Y el grupo de mujeres de El Lindero hasta ubica la relación del individuo con el proceso salud-enfermedad en la *organización*. Son elementos no-hegemónicos que igual están presente en el pensamiento-en-salud.

También vemos en los grupos de las mujeres que la realidad de cada día lleva a pensar más sobre tratamientos caseros que tratamientos especializados. Además, en todos los grupos vemos que hay un enfoque hacia la satisfacción de necesidades que no podemos limitar a un elemento hegemónico en su pensamiento-en-salud sino de un reflejo de una necesidad sentida.

Antes de la presente tesis hablábamos de una aparente contradicción entre las condiciones de vida y la organización política de la población de un lado y los elementos hegemónicos en su pensamiento-en-salud del otro lado. Tampoco entendimos la co-existencia de elementos hegemónicos y contra-hegemónicos en el mismo pensamiento-en-salud. Ahora, a raíz de nuestros resultados podemos decir que el pensamiento-en-salud no existe para explicar los fenómenos de salud-enfermedad sino que se relaciona estrechamente con la satisfacción de necesidades en salud. El pensamiento-en-salud es en primer lugar muy funcional. Las condiciones de vida no influyen directamente el pensamiento-en-salud sino a través de dicha posibilidad de satisfacer necesidades en salud. Construir un pensamiento-en-salud con elementos contra-hegemónicos conlleva por lo mismo dar la posibilidad a cada individuo –como parte de una organización- de intervenir en y cambiar los determinantes estructurales.

La construcción del pensamiento-en-salud no se hace en un primer momento desde un nivel abstracto sino desde lo concreto y lo vivido hacia lo abstracto. Muchos elementos hegemónicos, como los referentes a los estilos de vida, son un paso hacia una explicación con más abstracción y con relaciones más complejas. En este sentido es importante de construir desde las necesidades individuales –las enfermedades- conciencia sobre necesidades colectivas que se encuentren en el terreno de la prevención y promoción. No solo demostrar que las enfermedades se relacionan con condiciones de vida sino llegar a construir la conciencia sobre la necesidad de otra sociedad en la cual todos tenemos más oportunidades de crecer, de desarrollarnos. Tenemos que construir la salud como algo positivo e integrado y no solo como la necesidad que sentimos individualmente en una síntoma o una enfermedad.

Del otro lado tenemos que darnos cuenta que un pensamiento-en-salud con otras características que las cuales desarrollamos como los elementos hegemónicos, no se construye espontáneamente. Ni cuando uno tiene mucha experiencia de lucha y hace parte de una organización política. Construir otra sociedad es conceptualizar y abstraer hacia el futuro y se hace en los hechos paso por paso.

FALTA POR INVESTIGAR Y PROFUNDIZAR

En el desarrollo teórico topamos con la dificultad de ubicar el ámbito del pensamiento o lo no-material dentro de una sociedad capitalista y además como parte de una transformación social. A través de la ideologización intentamos de hacer el vínculo pero resulta difícil dentro del materialismo histórico de ubicar de un lado la esencia del modo de producción sin darle un papel determinista. El modo de producción capitalista es lo esencial pero al mismo tiempo es un concepto con menos complejidad. Esta diferencia entre esencial pero no-determinista es sumamente importante pero no sencillo en el momento de desarrollarlo.

Intentamos de aterrizar el marco conceptual en algunos elementos concretos del pensamiento-en-salud que llamamos “hegemónicos” y “contra-hegemónicos”. Vimos que existen diferentes autores como Menéndez y Breilh que nos ayudan a desarrollar los elementos hegemónicos pero resulta más difícil encontrar autores que desarrollan los

elementos contra-hegemónicos. Pareciera que las investigaciones se limitan a analizar o criticar lo existente sin desarrollar posibilidades de resistir o construir una contra-hegemonía. Del otro lado vemos que en el desarrollo de la hegemonía se ubica la relación de poder en la dominación sin dar espacio para la resistencia.

En la presente tesis nos enfocamos a una forma de resistencia política pero sin lugar a duda falta por profundizarse el papel del pensamiento tradicional en salud como parte de dicha resistencia aun cuando no hace visible directamente las relaciones sociales dentro de una sociedad.

En el eje analítico sobre la construcción del pensamiento-en-salud nos acercamos a algunas características pero no llegamos a entender la complejidad de cómo se construye realmente un determinado pensamiento. Tampoco podemos explicar a través de los datos que obtuvimos cómo la clínica del gobierno logra a transmitir un determinado pensamiento aunque apuntamos a la satisfacción de necesidades y el cambio de significado de conceptos existentes. Concretamente vemos una diferencia en el pensamiento-en-salud de los grupos de Metlatepec y El Lindero sin tener una explicación.

También falta transformar los elementos contra-hegemónicos en actividades concretas en salud porque al lado de la abstracción en general resulta muy difícil de visualizar cómo se podría cambiar algo como campesino en la organización de una sociedad. Cuando mencionan la importancia de acciones a nivel personal también expresan su pensar sobre su incapacidad de cambiar algo más a fondo. Un campesino puede ver la influencia de “la ganancia” en la diarrea, pero resulta más palpable “comer a las horas acostumbradas”, como mencionan en una parte de la técnica, que cambiar el sistema capitalista. En este sentido no solo tenemos que hacer un ejercicio de abstracción y relación con la organización de la sociedad sino que también tenemos que proyectar una posibilidad de cambiar concretamente dicha organización social.

IMPORTANCIA PARA EL TRABAJO DE CAPÁS AC

La presente investigación mostró al autor que la población estudiada tiene mucha confianza en los responsables de FDOMEZ lo que se transmite en los trabajadores de

salud de Capás AC . Aun así vemos que la población da importancia al trabajo de Capás AC no tanto por el desarrollo de actividades preventivas o promocionales sino por la satisfacción de problemas muy concretas de salud-enfermedad y en especial por tener medicina en la casa de salud de Capás AC.

Después de la presente tesis no lo vemos como una contradicción o un mal camino que estamos llevando con el trabajo de Capás AC confirmando la medicalización en el tratamiento y la curación en general. Ahora lo vemos como una etapa –la enfermedad o necesidades sentidas- que tenemos que cambiar paso por paso. Ya logramos mostrar que sus propios trabajadores de salud también pueden resolver problemas de salud-enfermedad igual que un médico que ha estudiado 6 años. Logramos demostrar en muchos lugares que las pastillas y los jarabes también sirven y que no es necesario siempre inyectar. También logramos la cooperación solidaria de todas las familias en el pago de la mitad del costo del tratamiento. Aún así nos falta un largo camino por hacer y tenemos que aprovechar más la confianza que la población tiene en su organización popular para desarrollar actividades dirigidas a la salud y no tanto a la enfermedad.

Para construir una contrahegemonía no solo se trata de conceptualizar de manera diferente sino que tenemos que hacerlo a través de acciones concretas. En primer lugar tenemos que deshacer la fuerza de los aparatos ideológicos satisfaciendo nosotros mismo la mayoría de las necesidades sentidas en salud. Nos dará además la posibilidad de construir de otra manera las necesidades y sus satisfactores.

Nunca podremos aportar desde el trabajo de salud a la resistencia política cuando no tomamos en cuenta la conceptualización sobre el proceso salud-enfermedad y las acciones en salud. Por lo tanto, es importante desarrollar una conceptualización basada en la realidad concreta y concienciar al respeto para que los elementos contra-hegemónicos en el pensamiento-en-salud no sean un obstáculo hacia la transformación social sino un facilitador. El mejor medio de transmisión son actividades concretas en salud.
