



COORDINACIÓN DE SERVICIOS
DOCUMENTALES - BIBLIOTECAS



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ANTROPOLOGÍA SOCIAL

**De los Valles Centrales a los campos de Culiacán: la ruta
epidemiológica de la peste blanca.**

Trabajo Terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Seminario de Investigación e Investigación de Campo

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Iris Eréndira Josafat Aguilar Vázquez

Comité de Investigación

Director: Mtro. Ricardo Falomir Parker

Asesores: Mtro. José González Rodrigo

Mtro. Federico Besserer Alatorre



México, D.F.

Marzo, 2001

Matrícula: 89332021

Índice

Agradecimientos

Introducción 1

I.- LA PESTE BLANCA, UNA AMENAZA LATENTE

A.- Etiología de la tuberculosis pulmonar	6
B.- La ruta epidemiológica de la tuberculosis pulmonar	8
1.- Tuberculosis pulmonar en el mundo	9
2.- Tuberculosis pulmonar en México	10
3.- Tuberculosis pulmonar en Oaxaca	14
C.- El quehacer antropológico en la medicina	15
1.- Inicios de la antropología médica	16
2.- Un intento por institucionalizar la antropología médica en México	18
D.- La enfermedad una visión antropológica	21
1.-La enfermedad en otras dimensiones	24
E.- Tuberculosis pulmonar y antropología médica	25
F.- Acercamiento al objeto de estudio	26

II.- COATECAS ALTAS: UNA COMUNIDAD CAMPESINA EN LOS VALLES CENTRALES DE OAXACA

A.- Características demográficas	31
B.- Características económicas	33
1.- División del trabajo por sexo y edad	34
C.- Condiciones de vida en el hogar	36
1.- Materiales de construcción de las viviendas	36
2.-servicios	37
3.- Alimentación	37
D.- Servicios de salud	38
1.- Recursos tradicionales	39
a.- Curanderos	
b.- Parteras	44
2.- Servicios institucionales	46
3.- Médicos y curanderos	49

III.- TUBERCULOSIS PULMONAR EN COATECAS ALTAS, ESTUDIOS DE CASO

A.- Concepciones de enfermedad	55
B.- Tuberculosis pulmonar una enfermedad desconocida	58
C.- Estudios de caso	
1.- Enfermos	
a.- Tratamiento concluido	59
b.- En tratamiento	62
2.- Defunciones	
a.- Hombre, 70 años	65
b.- Hombre, 26 años	67
c.- Hombre, 65 años	70
d.- Mujer, 90 años	71
e.- Hombre, 60 años	73

IV.- MIGRACION UNA DECISIÓN INVOLUNTARIA

A.- Elección del área de estudio	79
B.- Migración en Coatecas, una fuente de ingresos	81
C.- El camino a Sinaloa	85
1.- La vida en los campos de cultivo	86
Conclusiones	91
Anexo fotográfico	
Bibliografía	

A la memoria de mi mamá Josita, consejera y cómplice eterna, quien me enseñó que la muerte no siempre es mala.

Al Max, compañero fiel en mis desvelos.

... espero que nos reunamos nuevamente en otra dimensión...

Agradecimientos

Este trabajo representa la culminación de una etapa importante en mi vida, sin la cual muchas cosas no tendrían sentido. Quiero agradecer a mi mamá y a don José por su amor y apoyo incondicional, a mis hermanos Pepe, Esaú y Alba por su comprensión en mis momentos de desesperación y su ayuda a veces forzada, gracias por el orgullo que les significa decir: " mi hermana es antropóloga".

No quisiera dejar de agradecer al mtro. Eliseo López sus enseñanzas en clase y en campo, que representaron mi primer aprendizaje, al mtro. Emanuel Orozco por permitirme conocer la antropología médica, al mtro. Ricardo Falomir por su infinita paciencia, comprensión y apoyo durante el difícil parto de la redacción de este trabajo, a todos ellos, gracias.

A Gaby, Toño, Gabriel, Mónica, Lilia, Emiret, Silvia y Karla; compañeros y amigos, gracias por compartir los difíciles momentos en campo.

A Claudia por sus críticas siempre oportunas y llenas de razón.

A Mirna por sus "porras" y regaños, y por seguir siendo mi conciencia voluntaria.

A Ana Silvia compañera y hermana por decisión de ambas... tú sabes que sin tu confianza y apoyo esto no sería posible...

A Rosendo por haberme permitido invadir tu espacio, sin él la redacción de este trabajo no se hubiera terminado.

A Bety y Mary amigas recientes y compañeras de desvelos, gracias por la retroalimentación tan necesaria... Mary gracias por el chocolate caliente en la madrugada...

Al equipo de trabajo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Programa Nacional con Jornaleros Agrícolas, por su apoyo y confianza, al Dr. Miguel Ángel Vaca, por la oportunidad de trabajar juntos.

A la Gente de Coatecas Altas por permitirme conocer su realidad, a veces dolorosa pero aún así hermosa. A Chavela y Carmen, sin su ayuda el trabajo en campo hubiera sido imposible.

A la Sra. Rosa por su comprensión hacia mi labor como antropóloga.

A Gerardo, compañero y crítico incondicional, gracias por caminar a mi lado y aguantar mi mal humor durante la redacción de este trabajo... este logro también es tuyo...

A todos mil gracias.

Introducción

El trabajo que a continuación presento surge de mi interés constante por los temas médicos y sociales, que mejor visión que la de la Antropología médica; la cual, dicho sea de paso ignoraba. Antes de tener contacto con ella, recorrí distintos caminos: religión, migración y minería, sin hallar acomodo, se que no necesariamente se hace lo que se quiere, pero en mi caso tuve la suerte de que fuera así.

Después de varios intentos fallidos entre en contacto con la antropología médica, ahí descubrí que los problemas médicos también pueden ser estudiados por los antropólogos, cosa que me lleno de gozo, siempre me ha gustado la medicina, pero odio la química. La antropología me ofreció hurgar en el campo biológico, de esta manera llegue al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la Secretaría de Salud (SSA), donde tuve la oportunidad de ingresar en un proyecto multidisciplinario para el estudio integral de la tuberculosis pulmonar en comunidades indígenas migrantes de México. La necesidad de incorporar un análisis de costumbres y creencias sobre esta enfermedad hacia indispensable la colaboración de los antropólogos, quienes a decir del director de este proyecto, cuentan con la capacitación y sensibilidad para realizar este trabajo.

Conocer la realidad en lo que a enfermedades se refiere no solo necesita de sensibilidad, también hace falta sangre fría y sobre todo conciencia ante reclamos y confusiones de la gente:

“... doctora, fijese que a mi me duelen mucho los ojos, me lloran, también me duelen los huesos ¿no me puede dar remedio?” (anciana, 80 años)

Y yo ¿qué hago ante esta necesidad de salud?, ¿cómo proporcionar alivio? , fueron mis primeros interrogantes ante este primer acercamiento que tuve en Coatecas Altas. Esto es pues mi aportación a la reconciliación necesaria entre lo biológico y lo social.

La medicina funda las bases de su discurso en la interdisciplinariedad: los conocimientos biomédicos que atienden el campo corporal, las ciencias biológicas que interpretan el mundo subjetivo, lo social y lo cultural visto por la sociología y antropología, así como lo ambiental analizado por la ecología, por lo que se presenta como una ciencia completa que intenta abarcar todos los ámbitos del individuo.

El objetivo principal de la medicina es prevenir en primera instancia y en segundo término curar, la medicina preventiva resulta pues, lo más importante en la práctica médica del clínico. El fortalecimiento de la salud, la reducción del riesgo

de enfermedad, incapacidad y muerte; satisfaciendo tanto al individuo como al médico, para de este modo generar años de vida saludable.

Esto es el discurso, en México la medicina preventiva se reduce a campañas de vacunación y programas de salud que no cumplen con la finalidad de la prevención, situación difundida en todo el país, más aún si agregamos que esta se aplica a la población en general no atiende las diferencias que son más visibles si hablamos de grupos indígenas.

Atendiendo precisamente a esta diferencia es que se propuso este trabajo; la preocupación inicial se encaminó al repunte alarmante de la tuberculosis pulmonar en todo el mundo y a su alto grado de contagio, esta enfermedad es considerada mortal si no se da información y un tratamiento médico adecuados; de esta manera se enlazó este padecimiento a un fenómeno generalizado: la migración.

Siguiendo la ruta epidemiológica de este mal se llegó a Coatecas Altas Oaxaca, comunidad indígena de origen de jornaleros agrícolas migrantes que presenta características socioeconómicas y sociodemográficas que son consideradas de alto riesgo para la adquisición y contagio de la tuberculosis pulmonar: pobreza extrema, hacinamiento y desnutrición principalmente.

El presente trabajo se realizó con la colaboración de un equipo multidisciplinario: médicos neumólogos y epidemiólogos, trabajadores sociales, biólogos y antropólogos; fue propuesto por la división de investigación sociomédica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la Secretaría de Salud (SSA), quien aportó el apoyo técnico y económico y el Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas (PRONSJAG) de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), quien facilitó el acercamiento tanto en los lugares de origen que abarcaban municipios de Oaxaca y Guerrero como en el de destino, los campos agrícolas de Culiacán Sinaloa. La finalidad era conocer de manera integral, intención fundamental de la medicina, a estos contingentes que presentan características sociales y culturales específicas, para así implementar un programa nacional de salud preventiva acerca de la tuberculosis pulmonar, que no violentara las costumbres y creencias propias de las comunidades.

Es así como la intención particular de esta investigación es dar cuenta de las percepciones culturales sobre salud y enfermedad, así como las costumbres y creencias entorno de la tuberculosis; en un intento por unir las ciencias sociales con las ciencias biológicas, sin perder de vista la premisa fundamental de la medicina preventiva: es mejor y más barato prevenir que curar.

Este trabajo se divide en cuatro apartados, en donde se describe en primera instancia qué es la tuberculosis pulmonar y como la antropología aporta otro nivel de estudio a la enfermedad, se mencionan las condiciones generales de vida en la comunidad, describiendo los estudios de caso encontrados, considerando a la migración, cómo esta favorece la reinfección y el contagio de esta mortal pero previsible enfermedad.

I.- LA PESTE BLANCA, UNA AMENAZA LATENTE

"... en la vida real no hay "enfermedades" sino personas enfermas, capaces de manifestar su padecer dentro del marco de su misma cultura". (Dr. Ismael Cosío Villegas)

El presente trabajo, tiene como finalidad determinar las creencias y actitudes que tienen de la tuberculosis pulmonar los habitantes de una comunidad Indígena migrante del estado de Oaxaca. Para ello tomaremos como eje principal las concepciones culturales de salud y enfermedad que tienen los indígenas.

En este sentido, me propuse trabajar en Coatecas Altas, comunidad indígena situada en los Valles Centrales del Estado de Oaxaca, caracterizada por una población mayoritariamente indígena que presenta un alto índice de marginación y fuerte expulsión de mano de obra campesina hacia el norte del país. Es especialmente esta característica la que hace a esta localidad un campo fértil para la propagación de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas la tuberculosis pulmonar, que es la que nos ocupa en esta investigación.

Esta es una enfermedad infecto-contagiosa que es urgente tratar, pues se presenta principalmente en grupos con características sociodemográficas específicas: hacinamiento y desnutrición principalmente, que en el caso de Coatecas Altas están presentes. El propósito de este estudio es describir las

concepciones de salud y enfermedad que existe en la comunidad, así como, dar a conocer la susceptibilidad que tienen a enfermarse de tuberculosis pulmonar, para así ofrecer otro tipo de análisis en el ámbito de la atención primaria a la salud en comunidades Indígenas.

A.- Etiología de la tuberculosis pulmonar

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa causada por el virus *Mycobacterium Tuberculosis*, tiene como característica principal la formación de granulomas (protuberancias) en los tejidos, principalmente en los pulmones, aunque también puede afectar otros órganos. Es una enfermedad crónica que puede llevar a la muerte si no se sigue un tratamiento médico especializado (Isselbacher,1994:827).

Esta evoluciona de manera continua, afectando las partes superiores de los pulmones, comienza de manera engañosa, ya que los primeros síntomas pueden aparecer cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado. Se transmite por vía respiratoria, el bacilo se mueve en pequeñas partículas que son emitidas al toser, estornudar o hablar, de ahí su alto grado de contagio. Los principales síntomas que acompañan a esta enfermedad son: Tos crónica, gargajos con sangre y pérdida de peso.

La enfermedad ha sido asociada a la pobreza extrema, desnutrición y hacinamiento, factores que se consideran de alto riesgo para la aparición y contagio de esta, la cual fue bien conocida en la antigüedad, ahora después de la aparición del SIDA ha cambiado su epidemiología, situación que crea gran preocupación por parte de los organismos internacionales de salud, debido al resurgimiento y resistencia a los principales fármacos utilizados en el tratamiento.

B.- La ruta epidemiológica de la tuberculosis

Morir por tuberculosis pulmonar, durante el siglo XIX era considerado romántico, la apariencia física que dejaba la enfermedad, palidez extrema y delgadez, se volvió una moda entre artistas y creadores importantes como Chopin, Moliere y Mozart entre otros; la tisis, como también se le conoce, era la sublimación extrema del amor y la pasión. Fue hasta principios del siglo XX que se volvió signo de contaminación, se construyeron hospitales en montañas alejadas, donde los enfermos eran enclaustrados hasta su muerte, alejados de todo y de todos (Dubos, citado en Romero, INER, 200).

El empeño por disminuir la mortalidad por tuberculosis llevo a los investigadores al descubrimiento en el siglo XX, durante las décadas de los años 40 a los 60 de nuevos fármacos que junto con las mejoras en las condiciones de vida, la creación de la vacuna antituberculosa (BCG), organización y difusión de campañas de prevención, seguimiento y vigilancia de tratamientos, se logro

disminuir de manera importante la frecuencia y consecuente mortalidad por esta enfermedad (Ponce de León, 1994).

A finales de la década de los 80, con el alarmante resurgimiento de enfermedades infecto-contagiosas en el mundo, entre ellas la tuberculosis pulmonar la preocupación se generaliza. En 1993 la Organización Mundial Para La Salud (OMS), declara a esta enfermedad "Emergencia Mundial", debido a las muertes cobradas en el mundo, principalmente en los países pobres.

Autoridades de la OMS consideraron que el repunte de la enfermedad se debió a: bajos niveles de vida en las poblaciones, abandono del tratamiento ocasionando drogorresistencia y contagios, disminución a la atención de programas de control y prevención en los últimos 20 años, a las migraciones masivas a nivel mundial y al SIDA, este último presenta a la tuberculosis como una enfermedad oportunista ocasionada por la deficiencia inmunológica.

1.- Tuberculosis pulmonar en el mundo

En 1990 las autoridades sanitarias a nivel mundial consideraron que, debido a los importantes avances científicos, las enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas la tuberculosis, serian erradicadas definitivamente del planeta para el año 2000 y se preparaba una celebración importante para esa fecha.

El acontecimiento no pudo celebrarse, ya que, solamente en el caso de esta enfermedad se estima que actualmente a nivel mundial la tercera parte de la población esta infectada por el bacilo de la tuberculosis, de esta el 85% de los casos se registraron en los países subdesarrollados.

Su paso a nivel mundial resulta harto alarmante, si consideramos que en 1995 se registraron 8.8 millones de enfermos por esta causa en el mundo. Las estimaciones a futuro no son alentadoras, se piensa que para finales del 2000 habrá 10.2 millones de casos y según los especialistas si no se toman medidas de control y prevención para el año 2005 se esperan 11.9 millones de enfermos por tuberculosis pulmonar. Hablando de mortalidad se calcula que habrá 3.5 millones de defunciones a finales del 2000 y para el 2020 se estima que 70 millones de personas morirán víctimas de tuberculosis pulmonar (Pilheu,1998:696).

2.- Tuberculosis pulmonar en México

En México hablar de información sobre tuberculosis pulmonar es mencionar solamente las campañas extensivas de vacunación en niños menores de 5 años. No existen programas formales de información, prevención y control de la enfermedad, la gente desconoce tanto los síntomas como su alto grado de contagio y su carácter de enfermedad mortal en caso de no haber un tratamiento médico.

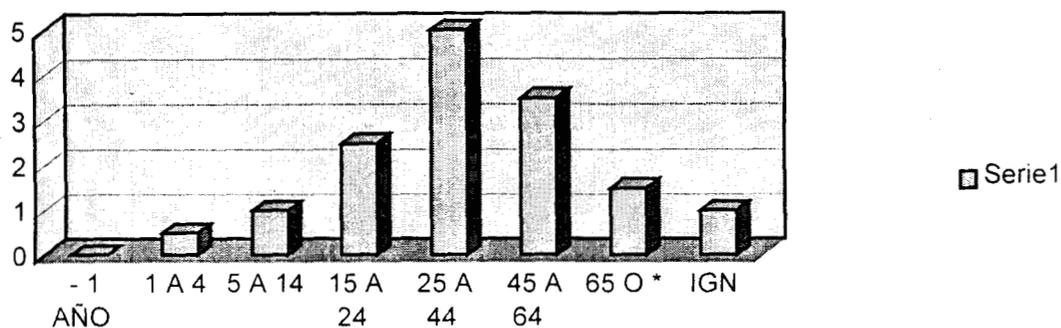
Los datos estadísticos de las autoridades sanitarias nacionales hacen pensar que la tuberculosis es una enfermedad de alta incidencia y que va en aumento en nuestro país. La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE, SSA) estima que actualmente ocurren 100 mil infecciones por tuberculosis y se registran 30 mil enfermos cada año. A nivel nacional se encuentra entre las primeras 20 causas de mortalidad, en 1996 ocupó el lugar 17, mientras que los especialistas pronostican que de mantenerse la dinámica de transmisión actual para el año 2010 ocupara el séptimo lugar entre las diez principales causas de mortalidad en México.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS, 1996**

NUM. DE ORDEN	CAUSA	CLAVE C.I.E	DEFUNCIONES	TASA
1	Enfermedades del corazón	01-E56	430,278	469.7
2	Tumores malignos	08-14	48,222	52.6
3	Accidentes	E47 - E53	35,073	37.6
4	Diabetes mellitus	181	34,865	37.4
5	Enfermedad cerebro vascular	29	24,344	26.1
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	21,753	23.3
7	Neumonía e influenza	321	20,575	22.1
8	Afecciones originadas en el periodo perinatal	45	19,703	21.1
9	Homicidios y lesiones inflingidas	E65	14,508	15.6
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	10,286	11.0
11	Deficiencias de la nutrición	19	10,269	11.0
12	Anomalías congénitas	44	9,478	10.2
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema, asma	323	8,712	9.3
14	Enfermedades infecciosas intestinales	01	8,359	9.0
15	SIDA	184	4,369	4.7
16	Anemias	200	4,221	4.5
17	Tuberculosis pulmonar	020	3,976	4.3
18	Úlceras gástrica y duodenal	341	3,279	3.5
19	Suicidio y lesiones auto inflingidas	E54	3,020	3.2
20	Septicemia	038	2,939	3.2

La presencia de la tuberculosis pulmonar en México tiene alta incidencia en la población joven cuyas edades están entre los 25 y 44 años, lo que representa un problema sanitario, social y económico pues esta es la población económicamente activa y de mayor representatividad dentro de la pirámide poblacional de nuestro país.

**PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS
INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS SEGÚN GRUPO DE EDAD, MÉXICO 1997**



*Fuente: Dirección General de epidemiología, SSA
Tasa por 100,000 habitantes

Por otro lado, si hablamos de la dinámica de la tuberculosis a nivel estatal; Los casos registrados durante el periodo de 1990 a 1997 se incrementaron de forma importante en los estados de Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Chiapas y el Estado de México. Esta enfermedad, como mencionamos antes, está íntimamente relacionada con la desnutrición, hacinamiento y pobreza extrema; si consideramos estos factores estaríamos diciendo que presenta un fuerte desarrollo en zonas que están consideradas como de extrema pobreza en México, con rasgos

culturales característicos, por lo que su estudio debe realizarse en forma integral, para dar un panorama general del comportamiento de la enfermedad.

3.- Tuberculosis pulmonar en Oaxaca

En el estado de Oaxaca la tuberculosis pulmonar ocupó en 1995 el segundo lugar de mortalidad a nivel nacional, solo superado por el estado de Chiapas. De estas defunciones el 68% ocurrieron en zonas Rurales (SSA, INEGI,1995). Este estado además de tener las tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad por esta enfermedad en el país, tiene el porcentaje más alto de población indígena, ocupando el 18.29% de todo el territorio nacional (Embriz, 1993). Esta situación nos permite realizar una investigación de carácter sociocultural que al mismo tiempo esta ligada con una situación de salud alarmante que actualmente ocupa la atención de los organismos internacionales.

Es así como la tuberculosis pulmonar ya no es solo un problema de salud como lo mencionó el director general del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) durante la celebración del día mundial contra la tuberculosis en Marzo del 2000:

“... Hoy la tuberculosis repunta, asociada a otros padecimientos, con la misma avidez que en fechas anteriores (....) La victoria de los tisiólogos que nos antecedieron se revierte en pleno año 2000 y nos reúne para iniciar una vez más la lucha contra un enemigo de la humanidad que consumió a millones de pobladores en nuestro planeta (....) ¿Es esta una lucha que debe librar solo la Medicina?”(INER,2000)

C.- El quehacer antropológico en la medicina

En algún momento pensaríamos, ¿Qué hace la antropología social en un campo eminentemente biológico?, como respuesta pensemos que la antropología médica es una subdisciplina de la antropología general que se ocupa de aplicar conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de las ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina.

Para entender el desarrollo de la antropología médica es necesario hacer un recuento de la misma. Para mediados de los años 20 la antropología cuenta con datos etnográficos de contenido médico obtenidos en todo el mundo, mediante la observación directa. El inglés William Rivers, médico y antropólogo es el primero en reconocer la necesidad de dar importancia a las creencias y prácticas de los nativos del sur de la India sobre enfermedad y accidente. Rivers defensor de la antropología británica sostiene que las prácticas y creencias médicas tienen una lógica basada en la causalidad de la enfermedad y que estas creencias y prácticas son parte de la cultura, por lo tanto son una institución social

que debe ser vista en términos de principios y métodos. Basado en esto clasifica las manifestaciones de la medicina primitiva en una escala que va de la magia y religión a la ciencia (Rivers, citado en Aguirre Beltrán, 1986).

La antropología cultural norteamericana es la que da cuerpo a la antropología médica. Forrest Clements sistematiza las creencias y usos médicos en un estudio de rasgos y complejos culturales aislados, traza un mapa o carta geográfica basada en la etiología primitiva de la enfermedad a la cual divide en cinco categorías: hechicería, quebrantamiento de un tabú, intrusión de un objeto-maleficio, intrusión de un espíritu y pérdida del alma. Siguiendo el método difusionista saca conclusiones respecto a la antigüedad del rasgo y de los caminos que recorre en el proceso de difusión. El enfoque difusionista de Clements es útil como guía en la reconstrucción histórica, cuando el material disponible no permite una aproximación total y concreta al objeto de estudio.

1.- Inicios de la antropología médica en México

En 1926 Robert Redfield llega a México con la intención de fusionar las dimensiones temporo-evolucionistas de Rivers y espacio-difusionista de Clements. Redfield se establece en Tepoztlán y al momento de conocer las formas de vida de la comunidad observa que resulta inevitable discutir de la medicina y magia de manera separada, ya que ambos campos se entrelazan; la herbolaria se hace

presente para males menores, mientras que si la enfermedad es grave se recurre al trato ritual, en Tepoztlán los Médicos no son requeridos.

Redfield publica un artículo en 1930, llamado "Plantas Curativas de Tepoztlán: Un Herbario Folk Mexicano" ; primera aportación científica a la antropología médica. Redfield continua sus estudios en Yucatán donde aplica la experiencia de Tepoztlán con el fin de perfeccionar el estudio del Cambio Social, en otras palabras la aceptación o rechazo de las innovaciones de las ciudades mestizas que transforman la vida y la concepción del mundo en las comunidades indígenas, fundadas en la tradición, incluyendo por supuesto la medicina.

Por otro lado Villa Rojas inicia en 1935 un estudio en Quintana Roo de el se desprende una parte importante del estudio de la enfermedad: la medicina esta llena de teoría religiosa y causalidad mística, es el castigo por transgredir las leyes naturales que debe guardar el individuo. Se considera pues como algo sobrenatural, un castigo de los dioses que entra en forma de "viento maléfico" en el cuerpo, enfermándolo. La enfermedad está presente cuando se rompe el equilibrio entre el hombre y el universo. También se introducen los conceptos de frío y caliente en la dieta diaria y en la prevención cotidiana de malestares (Villa Rojas, citado en Aguirre Beltrán, 1986).

2.- Un intento por institucionalizar la antropología médica en

México

Siendo presidente Lázaro Cárdenas, se habla de un México heterogéneo, con diversidad cultural y graves problemas en la atención médica, donde los grupos indígenas son los más vulnerables. Atendiendo esta preocupación, en 1932 Moisés Sáenz, pilar de la escuela rural mexicana y un grupo interdisciplinario de maestros, antropólogos, economistas, médicos y trabajadores sociales inician un proyecto llamado: "La Estación Experimental de Incorporación del Indio" en Michoacán, con la intención de acercar al indígena a la educación, salud y bienestar económico; este proyecto fracasa y solo se logran implementar programas de extensión y educación higiénicas que no son bien recibidos por los indígenas, lo que deja la asistencia médica y la promoción de la salud a un bajo nivel técnico en estos grupos.

Para 1935 Miguel Othón de Mendizabal, al fundarse el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Escuela de Ciencias Biológicas, retoma la tarea de indagar el estado de salud de la población rural. Resume la dolorosa situación que viven los indígenas en cuatro problemas fundamentales: 1) aislamiento, 2) economía agraria de subsistencia, 3) baja escolaridad y 4) abandono frente a las enfermedades y la muerte. Esta situación vuelve a las comunidades susceptibles ante enfermedades que en otro contexto serían previsibles. Mendizabal expone

estadísticamente los índices de mortalidad en comunidades indígenas, y llega a la conclusión que esto se debe a la carencia de médicos titulados, a la inaccesibilidad territorial que dificulta el traslado de enfermos, falta de recursos económicos para pagar atención médica y la deficiencia de los servicios médicos gratuitos. Por ello propone una formación médica eminentemente social que sea encaminada a proveer de mejor atención a la población.

Es cuando el IPN funda la Escuela Superior de Medicina Rural, que no es del todo aceptada por el gremio, quien ejerce presión hasta que pierde su carácter de formación rural (Aguirre Beltrán, 1986)

En 1940 en el Primer Congreso Indigenista Interamericano celebrado en Patzcuaro se establece la urgente necesidad de atender la salud indígena; se habla específicamente de cómo las costumbres y creencias se entrelazan con los procesos biológicos vistos estos desde la perspectiva social. Se discuten temas como la nutrición, salubridad, cuidado materno-infantil, patología regional, botánica farmacológica y enseñanza médica, según la experiencia de cada país participante.

Es en este momento cuando se habla de los beneficios que ofrece el enfoque antropológico de las creencias y prácticas indígenas sobre la enfermedad y se recomienda una colaboración y comprensión estrecha entre las ciencias

sociales y las ciencias biológicas, después de todo la herramienta de trabajo en ambas es el ser humano.

Julio de la Fuente hace énfasis en la importancia de las creencias propias de los indígenas, en cuanto a la enfermedad y menciona la obligación de conocer esas creencias por parte de los médicos, ya que, las creencias al igual que las instituciones no son elementos aislados de la cultura y cualquier cambio en ellas repercute en la vida comunal.

La enfermedad en general, como mencionamos antes, atiende a un bagaje de creencias específicas de cada cultura; lo que para un médico es un cuadro diarreico infeccioso, para un indígena es "*susto*". Estas diferencias deben ser conciliadas de tal manera que la atención médica sea la adecuada. Se habla, entonces del conocer como una tarea primordial para establecer programas de ayuda en atención a la salud indígena.

Para 1946 antes de la desaparición de la Escuela Superior de Medicina Rural del IPN, los profesores encargados de la cátedra Social son Julio de la Fuente, Alfredo Barrera Vázquez y Gonzalo Aguirre Beltrán, este último perfecciona la materia y crea en 1954 la cátedra de antropología social en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la escuela esta destinada a formar maestros en salud pública y a la enseñanza de la nueva materia a los médicos, tiene como propósito lograr la integración de la

antropología social a los programas de salud y educación higiénica (SSA, UNAM, 1955). En 1955 la OMS presenta el libro "Programas de Salud en la Situación Intercultural" editado por el Instituto Indigenista Interamericano, este sienta las bases de la antropología médica en México.

D.- La enfermedad, una visión antropológica

Como se ha mencionado, el campo de estudio de la antropología médica son las costumbres, creencias y prácticas específicas de una cultura con respecto a la salud y la enfermedad. En este sentido se realizó un trabajo de investigación sobre infecciones respiratorias agudas (IRAS) en la zona rural del Estado de México conocida como Valle de Solís (Martínez, 1997), en donde los informantes claves fueron las madres, pues estas enfermedades se presentan principalmente en niños menores de seis años. Se analizaron las condiciones generales de las viviendas, alimentación, ingreso económico de la familia y el uso de leña dentro de la casa; también se tomó en cuenta la disponibilidad de servicios médicos tanto institucionales como tradicionales.

El trabajo inició con la búsqueda de terminología local de signos y síntomas comunes para referirse a las IRAS mediante el uso de viñetas, que escenificaban los signos y síntomas alarmantes, esto permitió conocer las prácticas del tratamiento en el hogar y en que momento se decide acudir a los servicios

médicos. Los resultados de este estudio permitieron reconocer la necesidad de incorporar la terminología local como: *hervor de pecho*, *sesido*, *anginas*, entre otros en los mensajes de salud dirigidos a la comunidad, para de esta manera optimizar la comunicación entre médicos y enfermos.

En otro trabajo realizado en Brasil sobre la malaria (Carlos,1988), se tomaron en cuenta los factores epidemiológicos que favorecen la adquisición de la enfermedad, que es transmitida por el mosquito hembra *Anopheles*, que se reproduce en depósitos de agua ya sea naturales o creados por la población; la inmunidad frente a la malaria se da después de la reinfección, cuando ya se han creado anticuerpos. La ecología propia del Amazonia y las actividades de la población masculina (pescadores, cazadores, mineros) permiten la adquisición del padecimiento, así, las condiciones de trabajo y la interacción con el medio ambiente favorecen la transmisión del mismo.

Los cambios ecológicos en las zonas rurales dados por la construcción de carreteras y presas, además del uso de pesticidas han hecho más resistente al vector (transmisor) contribuyendo a la propagación de la enfermedad. Se habla de variables socioculturales que dificultan el control de la malaria, la gente relaciona la enfermedad con el consumo de agua sucia expuesta al calor del sol y a la debilidad de la sangre de la persona que se enferma; la malaria esta considerada popularmente como una enfermedad "*caliente*", no se piensa al mosquito como transmisor; es asociada incluso a una deficiencia de proteína animal, dada a

partir del tabú tradicional de consumir carne, especialmente en niños. La cura tradicional de la malaria la proporcionan rezadores, quienes combinan el uso de la quinina con plantas medicinales. Nuevamente nos encontramos con la diferencia de explicaciones de una enfermedad, dependiendo del contexto cultural en el que se desarrolla. Para este caso específico se observó la importancia de informar a la población cuáles son los medios de transmisión de la enfermedad, incluyendo los conceptos tradicionales de la malaria en los programas de información y control de la misma. Se encontró que su recurrencia está trazada por las prácticas y creencias culturales sobre ella, por las características socioeconómicas de la población y por las formas en que interactúan con el medio ambiente; el nivel de comprensión varía según el tipo de población, por lo que, según el autor hace falta un acercamiento multidisciplinario que ayude a la implementación de programas antimaláricos eficientes.

Como se puede ver, las observaciones que hace la antropología Médica son, primero conocer las costumbres y creencias que envuelven a una enfermedad en particular, para luego aplicar mecanismos que permitan, en su caso el conocimiento y control de la misma, siempre atendiendo a la visión específica de la comunidad a estudiar.

anteriormente la enfermedad es parte de un sistema de creencias las cuales se diferencian de una cultura a otra, ligadas estas creencias a factores externos que condicionan el proceso salud - enfermedad. Hablaríamos entonces de que la cultura, la economía y las políticas de salud condicionan la búsqueda y uso de la atención médica institucional, hablando específicamente de los pueblos indígenas. Menéndez (1990) sostiene que el problema no es identificar la enfermedad y tratarla, sino que la medicina institucional sea aceptada por los grupos indígenas, acercando los servicios de salud, proporcionando los medios suficientes en medicamentos y personal, de tal manera que las políticas de prevención y atención puedan operar en forma positiva sin violentar la cultura propia de las comunidades.

E.- Tuberculosis pulmonar y antropología medica

Hablando particularmente de la tuberculosis pulmonar, que es la que nos ocupa en este trabajo, todo parece indicar que el desconocimiento de la misma y las creencias y prácticas indígenas dificulta la aceptación de tratamiento médico institucional. En un estudio hecho en Chiapas sobre el tema, Menegoni (1996) sostiene que los indígenas aceptan la medicina institucional y pueden seguir tratamiento médico, ya que reinterpretan su concepción sobre la tuberculosis y el tratamiento, al cual adaptan a sus creencias y prácticas tradicionales; el problema para la atención a la salud indígena en México es el mismo que hace 60 años: falta de servicios médicos, escasez de medicamentos y poca disponibilidad de

recursos económicos destinados al sector salud, situación que ha propiciado el abandono a la salud indígena en México.

F.- Acercamiento al objeto de estudio

Para el caso de la comunidad de estudio, se debe mencionar que epidemiológicamente es susceptible de adquirir la enfermedad, pues presenta características como: pobreza extrema, hacinamiento, desnutrición, y falta de servicios médicos, incluyendo además una fuerte movilidad poblacional de tipo temporal; lo que para el caso específico de la tuberculosis representa una fuente de contagio latente. Es precisamente la migración la parte fundamental en este estudio, hablaremos pues, de cómo esta situación agrava el contagio dentro de la comunidad, volviéndola aún más vulnerable.

Para el estudio de la tuberculosis en Coatecas Altas, me basé en la idea de Fitzpatrick (1990), quien observa el proceso salud - enfermedad y en su caso muerte, como una experiencia particular que vive el enfermo, modifica los distintos ámbitos en los que se mueve el individuo; condicionando el uso de los recursos médicos con los que cuenta la comunidad.

Para ello se tomo una muestra de 52 hogares, a los que se les aplicaron encuestas sociodemográficas y socioeconómicas con el fin de conocer las principales características de esta población, que pertenece a la zona de los

Valles Centrales de Oaxaca, también se utilizó la observación participante sobre todo en consultas con el curandero y la doctora, además se realizó una búsqueda de posibles enfermos por medio de síntomas específicos de tuberculosis pulmonar (tos productiva por más de dos semanas, fiebre, pérdida de peso y gargajos con sangre). Con la ayuda de la promotora de salud de la comunidad se detectaron cinco casos de defunciones por tuberculosis, así como dos enfermos, uno en tratamiento y uno más que ya lo había concluido; en estos casos se realizaron entrevistas abiertas, encaminadas hacia el proceso salud -enfermedad - muerte o curación, así como, la experiencia del tratamiento, esto sin perder de vista los factores culturales como creencias y prácticas que revisten la experiencia de la enfermedad.

El trabajo de campo se realizó en dos etapas: 1era durante el mes de diciembre de 1997, donde me aboque a las características sociales y económicas de la comunidad; en la segunda etapa se realizaron entrevistas con familiares de personas fallecidas por tuberculosis, así como a enfermos, esto durante el mes de junio de 1998 .

Así pues iniciaremos con una descripción general del poblado, haciendo énfasis en las condiciones de vida que prevalecen en el mismo, para después enlazarlas con su condición de comunidad migratoria; situación que como se ha venido mencionando incrementa la susceptibilidad de adquirir la tuberculosis pulmonar, para después mencionar los casos específicos que se encontraron en

la comunidad, intentando completar el estudio que fue iniciado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en los campos de cultivo de Sinaloa, lugares de destino de esta población móvil.

II.- COATECAS ALTAS: UNA COMUNIDAD CAMPESINA EN LOS VALLES CENTRALES DE OAXACA

"...la gente no entiende, ni aprovecha lo que las autoridades les ofrecen..." (doctora, 30 años)

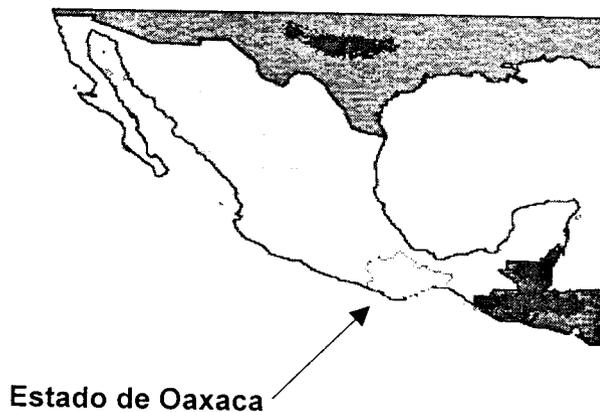
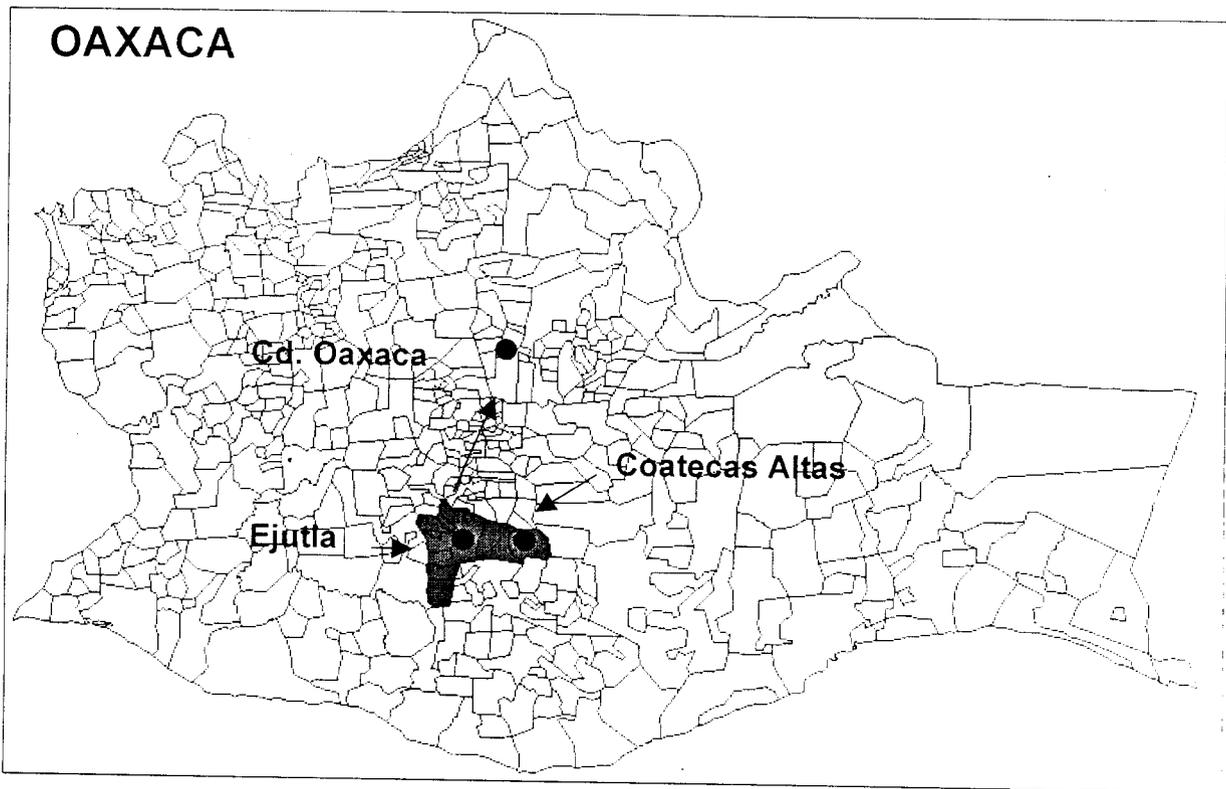
Coatecas Altas es una comunidad indígena campesina ubicada en la región de los Valles Centrales en el estado de Oaxaca, México y pertenece al distrito de Ejutla. Esta población junto con Agua de Huaje, Chepejinio, La Chivety, Peña Larga, Poblete, El Potrillo y Las Salinas; forman en su conjunto el Municipio de Coatecas Altas.

Para llegar a Coatecas es necesario tomar un autobús en la Cd. de Oaxaca hasta Ejutla, por la carretera federal que va a Puerto Escondido; recorrido que toma en tiempo aproximadamente hora y media. El viaje de Ejutla a Coatecas Altas dura 40 minutos y solo puede hacerse en camioneta de redilas o en taxi, por un camino de terracería.

Coatecas Altas a diferencia de las demás del municipio tiene un fácil acceso y es el punto de partida hacia los demás poblados. Su relativa cercanía con Oaxaca y Ejutla, este último es el centro urbano comercial por excelencia,

permite cierta movilidad a sus pobladores, (principalmente el sábado, día de tianguis en Ejutla), donde acuden a hacer sus compras. A pesar de contar con esta cercanía con ambas ciudades y acceso a medios de transporte y de comunicación (televisión, radio y una caseta telefónica), carece de servicios públicos como drenaje, alumbrado público, pavimentación y servicio de agua intradomiciliaria.

Ubicación geográfica de Coatecas Altas, Oaxaca.



Hay un mercado con cuatro puestos funcionando, donde se vende fruta, verdura y carne para el consumo diario, una tienda de Liconsa que provee de maíz y frijol al mayoreo además de forrajes, cinco tiendas pequeñas donde hay refrescos, cervezas y dulces principalmente. En materia de servicios educativos la comunidad cuenta con una escuela primaria, tele secundaria y un programa de alfabetización coordinado por el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) dirigido a la población abierta. En cuanto a servicios médicos institucionales, hay una clínica del Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS), donde da consulta una pasante de medicina en servicio social y una enfermera de planta; cabe mencionar que esta clínica da servicio a los habitantes de todo el municipio, también hay un dispensario médico de la Secretaría de Salud (SSA), pero hace cinco años que no está en funcionamiento, debido a la escasez de personal y presupuesto. Hablando de medicina tradicional hay siete curanderos y tres parteras que atienden a la población.

Así mismo sus habitantes se dedican en su mayoría a la siembra de maíz, frijol y garbanzo de temporal, producción destinada al autoconsumo. La baja producción agrícola y la falta de trabajo remunerado cercano, ha generado una fuerte movilidad poblacional hacia el norte del país, principalmente a Sinaloa. Su situación económica agrava las condiciones de vida, las cuales se ven reflejadas en la salud de sus habitantes.

A.- Características demográficas

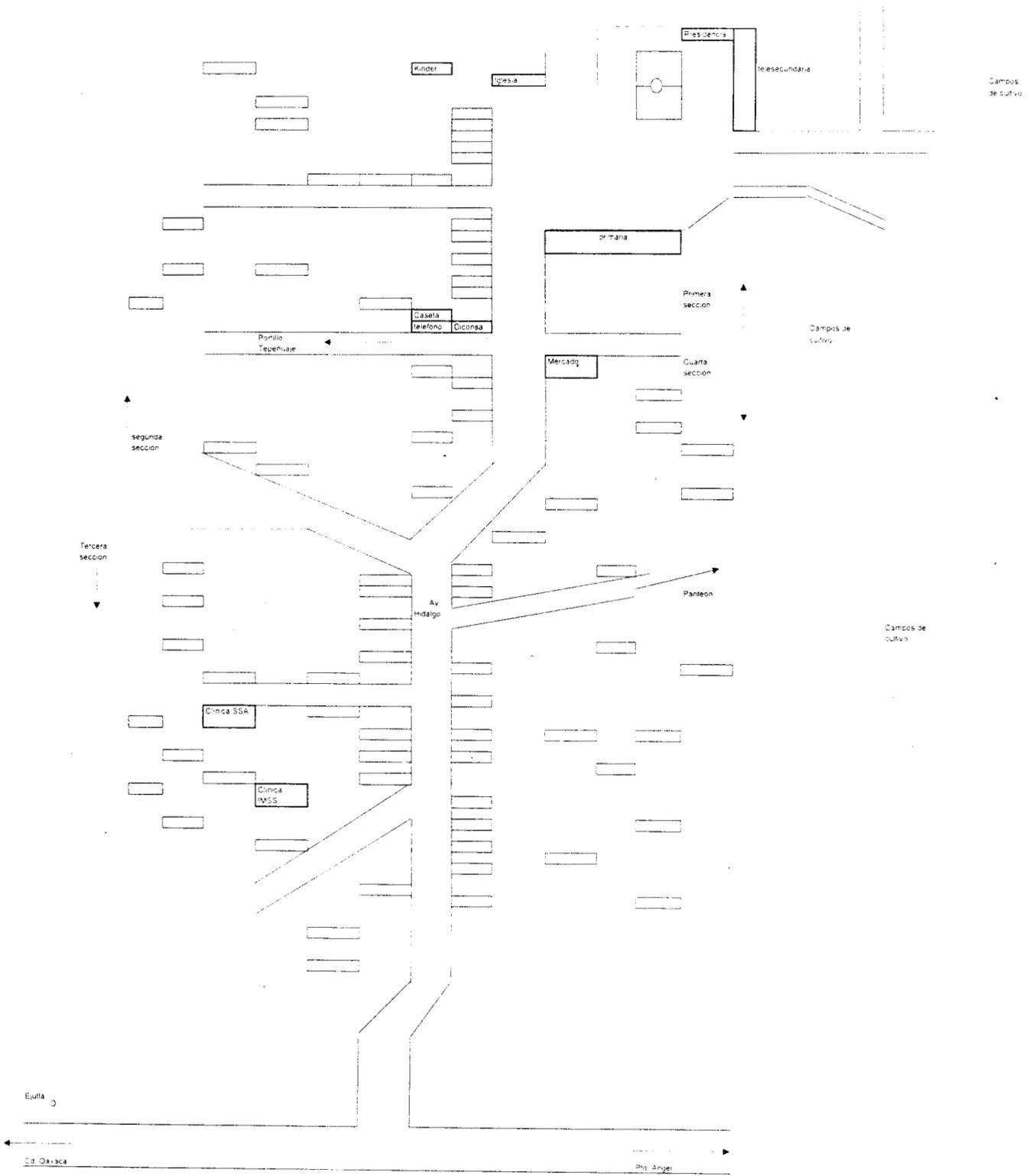
Coatecas Altas tiene es una densidad poblacional estimada en 1,984 habitantes, de los cuales 959 son hombres y 1025 mujeres, pertenecientes al grupo étnico zapoteca. De esta población 96 personas mayores de 5 años son monolingües, mientras que 1379 mayores de 5 años hablan español y zapoteco. En términos de alfabetismo, la población de 6 a 14 años que lee y escribe es de 261 individuos y 226 no saben leer ni escribir; 403 personas mayores de 15 años son alfabetas y 671 son analfabetas en este mismo rango de edad (INEGI, 1990). No obstante según las autoridades locales, la población real es de aproximadamente 3,000 habitantes; los datos de subregistro se debe a que el censo de población es llevado a cabo durante los primeros meses del año, momento en el cual la población migra.

Esta dividida en cuatro barrios o secciones asentadas alrededor del centro, el cual esta formado por la presidencia municipal, las escuelas primaria y tele secundaria, una cancha de baloncesto y la iglesia. El área urbana esta asentada en una joya rodeada por un lecho de río seco y un lomerío, donde se encuentran los campos de cultivo.

Croquis de la comunidad.

Campos de cultivo

Campos de cultivo



En su entrada se ubican la tercera y cuarta sección, que están divididas por el camino principal que lleva a Ejutla; en la cuarta sección esta la clínica, que se encuentra prácticamente sobre un cerro. A las faldas de este se observa mayor vegetación, debido a la irrigación constante de un riachuelo. Las viviendas están dispersas, asentadas sobre un terreno accidentado que carece de calles. La tercera sección tiene calles transitables sin pavimentar, pero que permiten un fácil acceso; en la ladera del camino principal las viviendas están agregadas, dispersándose a las orillas.

Siguiendo por el camino principal, después de aproximadamente 500 metros en donde no hay viviendas, se encuentran la primera y segunda sección que constituyen el centro de la comunidad, aquí las viviendas se observan agregadas y al igual que en las otras dos secciones, se desagregan en los límites con la zona de cultivo.

El tendido de energía eléctrica parte del centro, donde todas las casas cuentan con este servicio, mientras que las viviendas más alejadas carecen del mismo. Las tomas de agua están ubicadas sobre el camino principal, por lo que hay que acarrearla ya sea en cubetas o con mangueras hacia las viviendas; el 100% de la comunidad carece de drenaje. Estas casas están construidas con ladrillo o adobe y los techos son de lámina, aunque las más alejadas son de carrizo con techo de palma, mientras que los pisos son en su totalidad de tierra.

Estas son las características sociodemográficas de Coatecas Altas, ahora mencionaré los rasgos económicos de la comunidad, para así ofrecer un panorama completo.

B.- Actividades Económicas

Uno de los aspectos que no deben dejar de mencionarse, es el referente a las actividades económicas, particularmente en este trabajo, porque es precisamente la situación económica de los pobladores lo que determina sus condiciones de vida, así como su constante movilidad.

Tradicionalmente la población ha sido básicamente de autoconsumo, sin embargo, la necesidad de obtener dinero en efectivo, así como los cambios en el ciclo agrícola originado por la escasez de lluvias fue que mermó de manera considerable la cantidad de las cosechas. El 95% de la tenencia de la tierra es comunal, dedicada a la producción de maíz, frijol, garbanzo e higuierilla; estos productos se siembran en parcelas de temporal que están en las orillas, el 5% restante es pequeña propiedad, la cuál esta en la cuarta sección, donde la constante irrigación de agua permite cultivos de maíz, frijol, tomate, sandia, chile y melón; que se siembran en huertas dentro del solar de las viviendas.

La relación comercial de Coatecas con las demás comunidades del municipio es como proveedora de insumos para la siembra a través de la tienda

de Liconsa y de abastecer de productos para el consumo diario como: frutas, verduras, jabón, aceite, pastas, entre otros. Su cercanía con Ejutla favorece la compra por mayoreo de estos productos que después se venden en las tiendas, de igual forma los camiones de refrescos y cerveza llegan solo hasta Coatecas Altas pues es la que cuenta con mayor accesibilidad.

Como mencionamos anteriormente, se cosecha una planta de temporal llamada Higuierilla, que es una almendra de la que se extrae el aceite que posteriormente venden en Ejutla, a una fábrica que lo utiliza para la producción de veladoras y jabones; también comercializan "petates" tejidos con palma, que venden los sábados en Ejutla.

1.- División del trabajo por sexos y edad

En cuanto a la división de las actividades comerciales por sexos, los hombres se encargan de preparar los campos de cultivo mediante roza, tumba y quema, este procedimiento inicia en los meses de junio y julio, terminando con el periodo de cosecha en octubre; los varones se inician en estas actividades desde muy temprana edad (8 a 9 años) y dejan de participar en ellas mientras sus fuerzas y salud se lo permitan.

"...yo ya no trabajo en el campo, ya no puedo, estoy muy viejo"(campesino, 75 años)

Por otra parte, las mujeres se dedican a las labores domésticas y al cuidado de los niños, además de tejer palma para la elaboración de "petates", son también las que se trasladan a Ejutla para vender este producto y a su vez comprar lo necesario para el hogar. Esta labor es la que aporta dinero en efectivo y a ella se insertan también las niñas que desde pequeñas aprenden a tejer la palma.

"Se gana poco con la palma, no alcanza para nada, imagínese son como trescientos pesos al mes, no alcanza para nada" (mujer, 40 años)

Las niñas también se encargan de cuidar a sus hermanos pequeños en ausencia de las madres, además de colaborar en las actividades domésticas. Es muy común, que debido a estas y otras actividades, como la recolección de leña, el cuidado de animales y su participación en la cosecha los niños dejen de asistir a la escuela; sin mencionar la migración actividad en la que también laboran.

Como se puede ver las actividades económicas en Coatecas Altas están definidas por grupos de edad y sexo, sin embargo la migración aglutina al total de la población, pues representa mayores ingresos económicos. Sin la migración la economía de la comunidad se vería aún más deteriorada.

C.- Condiciones de vida en el hogar

Para fines propios de este trabajo, es necesario describir las condiciones de vida dentro de los hogares, estas definen la situación de vulnerabilidad ante enfermedades como la Tuberculosis Pulmonar, que como ya mencione es altamente contagiosa.

1.- Materiales de construcción de las viviendas

La situación material de las viviendas de las 52 familias que forman la muestra fue la siguiente: 58% de las paredes son de ladrillo o block, 27% de adobe y 15% de carrizo; los techos del 92% son de lámina y teja, 7% de loza y 1% de palma. El 89% de los pisos son de tierra y el 11% de cemento; en cuanto a la disposición de habitaciones 88% de las viviendas tiene de uno a tres cuartos y 12% de cuatro a seis.

Se encontró que el 100% de las viviendas son propias; en 92% de estas habitan de una a dos familias, de las cuales 85% tienen de tres a diez miembros. El 48% de los encuestados mencionó que utilizan un solo cuarto para dormir.

Desde el punto de vista médico, en cuanto a las condiciones de la vivienda, la mayoría de la muestra presenta condiciones de construcción relativamente favorables; porque no hay corrientes de aire y están protegidas de la intemperie, sin embargo el alto grado de hacinamiento y la condición de los pisos representa,

para el caso de la Tuberculosis, un foco de infección latente; debido al constante contacto con un posible enfermo y a la costumbre generalizada de escupir en el suelo.

2.- Servicios

En cuanto a servicios dentro del hogar, el 98% cuenta con luz en las viviendas, 93% no cuenta con servicio de agua dentro de su solar y el 100% carece de drenaje, a este respecto el agua sucia corre por pequeños canales a cielo abierto que salen de las viviendas hacia el río que rodea a la comunidad o bien hacia las calles. En cuanto a la disposición de excretas el 69% de la muestra mencionó que defeca al aire libre. La basura es depositada en una barranca ubicada en la cuarta sección de la comunidad. Como es evidente la situación sanitaria en cuanto a drenaje, disposición de excretas y basura condiciona los niveles generales de salud de la comunidad.

3.-Alimentación

Para completar el análisis de las condiciones de vida dentro del hogar, mencionaré los patrones alimenticios de los habitantes de Coatecas Altas.

La dieta diaria de los coatecanos tanto en el desayuno, comida y cena, está basada principalmente en: tortillas, frijoles, chile, hierbas del campo como quelites, quiltoniles y café, la carne es consumida ocasionalmente o cuando hay fiesta; queso, leche y huevo al igual que el consumo de frutas y verduras es escaso. La

alimentación no cumple con las normas básicas establecidas por el Sector Salud, esto es, un consumo balanceado entre vitaminas y minerales (Frutas y verduras), proteínas (carne, leche y huevo) y carbohidratos (pan, miel y grasas). Situación que hace pensar en el alto grado de desnutrición que existe en la comunidad, que se ve reflejada principalmente en la talla de los niños, que sin ser expertos, puede ser observada a simple vista.

Como mencionamos inicialmente, la Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad contagiosa que afecta a poblaciones con factores de riesgo específicos como: hacinamiento y desnutrición, agregados a la situación económica. Coatecas Altas presenta estas condiciones, situación que la hace particularmente vulnerable a esta enfermedad, sin mencionar factores migratorios y culturales que dificultan la detección y seguimiento de la misma.

D.- Servicios de salud

Después de haber descrito las características generales que contextualizar a Coatecas Altas, daremos información sobre los recursos de salud que dan servicio a esta comunidad. Inicialmente hablaremos de los recursos Tradicionales para terminar con los Institucionales, concluyendo con la relación que existe entre ambos y la aceptación de la gente sobre estos. A este respecto es importante aclarar que en este apartado se describen prácticas generales de los especialistas tanto tradicionales como institucionales.

1.- Recursos tradicionales

Las personas que ejercen la Medicina Tradicional en Coatecas Altas son 10: siete Curanderos y tres Parteras. Estos terapeutas pertenecen a la comunidad, son bilingües, mayores de 40 años y de ambos sexos. Dentro del grupo de los curanderos hay algunos que además de "curar" también pueden causar "daño" o brujería, pero no se especifico quienes y tampoco se encontró a alguien que tuviera esa doble función, generalmente la gente se refiere a ellos como Curanderos, sin mencionar su especialidad.

a.-Curanderos

Hay siete curanderos quienes realizan actividades mágico-religiosas, combinan sus conocimientos y dones para curar con rezos propios de la religión católica, las cuales son a nivel colectivo e individual y que no necesariamente tienen que ver con el proceso salud-enfermedad, esto es, se les consulta para obtener trabajo, dinero o suerte.

Cuando mencionó actividades colectivas me refiero a "*Limpias*" de casas o habitaciones recién construidas; que tiene su símil con la bendición de casas realizada generalmente por un sacerdote. En estas "*Limpias*" participa la comunidad y se lleva a cabo dentro de un ambiente festivo, impregnado por costumbres y creencias propias, así como prácticas católicas. En el centro de la casa se sacrifica un guajolote y se rocía con la sangre del animal la habitación,

después es enterrado junto con granos de maíz en el centro de la misma, mientras se rezan oraciones al Padre Eterno, para asegurar suerte y alimento a sus moradores. La casa es adornada con papeles de colores y se prepara una comida que consiste en caldo de guajolote y arroz o carne de res, dependiendo de las posibilidades económicas de la familia; también se ofrece mezcal y cerveza mientras se pone música para celebrar. Esta "*Limpia*" asegura la buena suerte de sus habitantes, al mismo tiempo que aleja envidias y rencores, garantizando mediante la fiesta y la convivencia una mejor relación con sus vecinos.

A nivel individual, las consultas se realizan en el altar ante los santos; estas actividades son cotidianas en la práctica del terapeuta. Las enfermedades tratadas mediante limpieas son: *mal de ojo, espanto, brujería, latido, chipilera, caída de mollera, aire, ansia, hervor de pecho*, las cuales se presentan generalmente en niños y van acompañadas de síntomas biológicos como calentura, diarrea, entre otros. Además mediante su conocimiento herbolario atienden enfermedades como: dolor de cabeza, sarampión, calenturas, así como accidentes, golpes y picaduras de animales.

La relación que establecen los enfermos con el curandero es de respeto y reconocimiento a su autoridad y capacidad "natural" para sanar; él dice cuando y en que condiciones realizará su práctica, situación que es aceptada por sus consultantes y la familia; obedeciendo las indicaciones que da para tratar la enfermedad.

La práctica se inicia con el diagnóstico, el cual se hace por medio de una "limpia" por todo el cuerpo con un huevo, romero y ruda, se vacía el huevo en un vaso de vidrio con agua, tras un breve análisis de la yema del huevo se establece el diagnóstico y la terapia curativa a seguir. El especialista está en un constante contacto físico con el enfermo a través de las manos, por medio de ellas puede "sentir" la enfermedad interpretada como una señal que junto con el huevo le ayudan a proporcionar un diagnóstico. El curandero tiene la capacidad de "ver" las manifestaciones sobrenaturales de la energía del enfermo que se traduce en el padecimiento. Después de realizar la "limpia" que orienta al Curandero a la primera impresión diagnóstica realiza un interrogatorio orientado siempre por el diagnóstico inicial.

Este interrogatorio es muy amplio no solo por la cantidad de preguntas sino por los ámbitos que abarca: relaciones sociales, familiares, compromisos religiosos, actividades cotidianas, lugares que se visitan frecuentemente, amigos, enemigos, sensaciones y síntomas.

Basándose en el primer diagnóstico y en el interrogatorio se da el tratamiento, aunque en algunos casos basta con la "limpia" para lograr la curación:

"Hace tiempo vino una muchacha de Poblete tenía tres males en la tragadera (garganta) no podía pasar, tenía tres granos como mezquinos en la lengua, ya la habían llevado a Miahuatlán y a

Oaxaca, la operaron con el doctor pero no sano, nomás con la pura limpia de siete blanquillos estuvo mejor y luego a los 16 días vino, le di Bretónica y salió sangre quemada y se curó." (curandero, 56 años)

El proceso terapéutico se realiza en una o varias sesiones, dependiendo de la complejidad del mal.

"Mire clarito cuando la gente esta mala en el huevo a veces sale arañas, alacranes, pulgas o piojos pero con la pura limpia sale el mal, saliendo el animal sale el mal."(curandero, 56 años)

El uso de la herbolaria es común en picaduras de animales o caídas, en cuanto al uso de medicina de patente el curandero respondió:

"La medicina es cosa delicada, yo solo curo por fuera, nada adentro del estomago"(curandero, 56 años)

Los habitantes de Coatecas Altas creen en la Brujería y la maldad como causa de enfermedad, que en la mayoría de los casos presentan síntomas graves y prolongados que al no ser tratados a tiempo pueden ocasionar la muerte; aún a pesar de esta creencia la gente negó conocer a quienes practican la brujería, antes bien dicen que los brujos son de otras poblaciones.

"La gente busca brujo de otro lado para hacer maldad, y dicen que cobran mucho, aquí no hay y si hay no lo andan diciendo." (Mujer, 46 años)

Hay enfermedades Crónico-degenerativas que se cree son provocadas por la Brujería como: cáncer, diabetes e incluso Tuberculosis Pulmonar, a la cual nos referiremos más adelante.

El pago al Curandero por sus servicios varía según la complejidad del padecimiento y los recursos económicos del enfermo, en ocasiones el pago se hace en especie, esto es con algún animal doméstico o una botella de mezcal.

Los curanderos forman parte importante en la vida cotidiana de la comunidad, su práctica curativa es reconocida y aceptada. El Don que tienen para curar se ve como un compromiso hacia su comunidad, siempre esta disponible y no establece condiciones para llevar a cabo su trabajo, si el enfermo no puede acudir a verlo él va a atenderlo.

Su práctica es diversa, va de lo biológico a lo sobrenatural, de lo individual a lo colectivo; tiende un puente entre la enfermedad y la salud cuando entra en contacto con lo sobrenatural para así ejercer su terapia, también a través de él se pueden pedir favores que tienen que ver con lo económico y lo social. La capacidad de curar que no comparte con el resto de la comunidad lo hace un ser "elegido", predestinado que ha adquirido el conocimiento después de ser "*marcado*" por otro curandero:

"...Yo empecé hace 30 años me marcaron en Ejutla un señor Federico, hacemos el rosario, entonces él conoció que yo fuera a acompañar este Templo, no pues gracias a Dios si cumplí un poco y entonces empezó a venir la gente, yo curo con la Fe de Cristo, no es nada de magia, a mi Dios me ayuda" (curandero, 56 años)

Se prepara diariamente para ejercer su práctica mediante el rezo de un rosario y de tres oraciones al Padre Eterno, con el fin de protegerse para que el "aire malo" que sale no lo afecte. Me dijo que el poder de la curación lo aprendió y que con la ayuda de Dios y de los Santos puede curar, el saber es empírico aprendido de otro curandero, reforzado por la fe en la religión católica. Los curanderos conocen a los santos que tienen en su altar, mediante la oración hablan con ellos y les piden que los ayude a curar; se les presenta Dios quien les enseña a curar, sobar, limpiar y a utilizar las hierbas, así su conocimiento es adquirido a través de la divinidad, quien los inicia es el vínculo entre Dios y el aprendiz.

Esta relación con la divinidad es la que proporciona el poder de ver y manejar lo sobrenatural, esto de cierta manera da al Curandero un control sobre la comunidad porque tiene un Don que no tienen los demás, pero al mismo tiempo tiene el compromiso de ejercer su labor para el bien de su comunidad; negarse a curar puede acarrear graves males a su persona, su familia o sus bienes.

b.- Las parteras

En Coatecas hay tres parteras empíricas, quienes basan su conocimiento en la capacidad manual, ellas están pendientes desde el inicio del embarazo, "acomodan" mediante masajes al niño, atienden el parto y están presentes durante el puerperio (40 días). La partera da indicaciones a la embarazada sobre que comer y que no, basándose en la oposición frío - caliente, no cargar pesado, evitar enojos, etc. solo en algunas ocasiones da hierbas medicinales en casos específicos como dolor o sangrado durante o después del embarazo.

Cuando es solicitado su servicio, la partera va a la casa de la parturienta, atiende el parto y el alumbramiento, efectúa la limpieza tanto del bebe como de la madre, da indicaciones sobre los cuidados posteriores y regresa periódicamente para revisar específicamente a la madre y a cuidar que no exista ninguna anomalía como fiebre o sangrado abundante. La relación que establece la partera con la parturienta es de comprensión durante el trabajo de parto, esto por su condición de mujer y de madre, "*Sabe lo que es parir*". La Partera por lo general conoce a las mujeres de su comunidad lo que permite mayor confianza en el momento del parto, que además se realiza en el hogar lo que da mayor seguridad a la parturienta, por tratarse de un hecho femenino y familiar. Solo en casos de partos complicados se consulta al médico.

En Coatecas durante un tiempo se llevo a cabo un Programa de Capacitación a Parteras, sobre todo en lo referente a higiene, pero no se le dio seguimiento, lo que propicio un distanciamiento entre estas especialistas y los Servicios Médicos Institucionales.

2.- Servicios de salud institucionales

Coatecas Altas cuenta con una Unidad Médica Rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en ella atienden una doctora que esta prestando su servicio social y una enfermera de planta que pertenece a la comunidad. La función principal de esta Clínica a decir de la doctora es la prevención de todo tipo de enfermedades y en segundo término esta la función curativa.

La Clínica esta ubicada en la cuarta sección dentro de su espacio físico cuenta con una sala de espera, un consultorio y un baño que solamente utiliza la doctora. El servicio se presta de lunes a viernes de 8 de la mañana a 1 de la tarde, solo durante alguna emergencia se atiende fuera del servicio normal; los fines de semana la enfermera se encarga de prestar servicio, pero solo en casos urgentes y atiende en su casa. En enfermedades complicadas o que requieren de la atención de un especialista la doctora canaliza a los enfermos a la Clínica Regional de Miahuatlán, población urbana que se localiza a seis horas de Coatecas.

A esta Unidad Médica solo llegan médicos pasantes en servicio social, lo que limita un seguimiento real de las condiciones de salud de la comunidad y condiciona en gran manera el uso de este recurso de salud.

"Apenas nos estamos acostumbrando a un doctor cuando lo cambian por otro, eso esta mal" (Mujer,30 años)

Por otra parte la lengua representa un severo obstáculo de comunicación en la relación entre el médico y los enfermos, a este respecto la función principal de la enfermera es la de servir de interprete entre el médico y el enfermo.

Durante mi estancia tuve la oportunidad de estar presente en algunas consultas, donde observe una relación de respeto hacia la doctora, porque ella "sabe" y al mismo tiempo de distanciamiento entre médico y enfermo, la Doctora se limita a preguntar síntomas, auscultar y recetar, todo esto en presencia de la enfermera quien es la interprete, a pesar que la mayoría de la gente es bilingüe no hablan en español, dicen que les da pena porque no lo saben hablar bien.

Las enfermedades que son más atendidas en la clínica son las infecciones estomacales y respiratorias. Otra de las funciones de la doctora y de la enfermera es la aplicación de vacunas a niños menores de 5 años, la cual no siempre es llevada a buen término.

"Todavía hay gente que no deja vacunar a sus niños" (enfermera, 28 años)

Otro de los obstáculos que enfrenta este recurso de salud, a decir de los habitantes de la comunidad, es el maltrato del que son objeto por parte de la enfermera:

"Ella (la enfermera) es una presumida, como habla español y sabe se aprovecha, no atiende bien luego no dice bien a la doctora lo que le duele a uno, si le cae uno gordo dice que ya se acabo la consulta y no lo ve a uno, por eso ni ganas dan de ir" (mujer, 45 años)

La práctica médica de este servicio se ve seriamente limitada debido a las condiciones en las que se lleva a cabo, el prestador del servicio no entiende la lengua, la disponibilidad es escasa y la relación médico-paciente es vertical.

"La gente no entiende ni aprovecha lo que las autoridades les ofrecen, no saben como cuidar su salud, por eso se enferman, se han hecho campañas de promoción a la salud pero no se ha obtenido el éxito que se esperaba, la gente no hace caso" (Doctora, 30 años)

A este respecto mencionare que durante mi recorrido encontré paredes con ilustraciones sobre cuidados básicos en la salud: higiene, lactancia, vacunación, maternidad, planificación familiar; acompañados por frases, pero es importante recalcar el alto grado de analfabetismo en la comunidad.

También presta servicio una promotora de Salud quien lleva a cabo la labor de convencimiento para acercar a la gente a los servicios institucionales, es también gestora de migrantes por parte del PRONJAG (Programa Nacional de Jornaleros Agrícolas) ella misma migra hacia Sinaloa cada año, lo que le da la oportunidad de hacer un seguimiento de un número considerable de personas en cuanto a sus condiciones de salud al migrar, durante su estancia y a su regreso y representa para la comunidad la única persona que se preocupa por la salud de sus habitantes, incluso en casos de enfermedades Crónico-degenerativas es quien esta al pendiente de los enfermos.

El uso del Servicio Médico Institucional es escaso en tiempo de migración (Noviembre a mayo), pero se incrementa considerablemente durante los meses de llegada de los migrantes (junio a octubre), que es **"cuando hay más enfermos"** (promotora, 40 años).

3.-Médicos y curanderos

La relación que existe entre ambos, médicos y curanderos, resulta escasa pero más aún por parte del médico que desconoce totalmente la práctica del curandero y no se interesa por conocerla

"Yo nada más estoy de paso aquí" (Doctora, 30 años)

No sabe que hace o adonde va la gente para curarse, si buscan otra opción la doctora la desconoce.

Los curanderos saben que para algunas enfermedades lo mejor es ir con el médico, reconocen sus limitaciones y no desprecian la labor que tiene la clínica de salud en la comunidad.

"La medicina es buena pero es delicada" (curandero, 56 años)

Los habitantes de Coatecas Altas saben de la eficacia que ofrece la medicina institucional, al mismo tiempo que reconocen aquellas enfermedades para las que esta práctica es limitada. Se observa entonces un campo de acción para el médico y otro para el curandero, esto en el discurso pues en la práctica el uso combinado de ambos servicios y terapias es la más frecuente.

El uso de cualquiera de estas especialidades se da a partir de los síntomas que la enfermedad ofrece, el médico cura solo el cuerpo, el curandero el alma y también el cuerpo. La población en general recurre a ambas prácticas, el orden depende de la disponibilidad del recurso, y su efectividad.

Se reconoce que el médico es el que tiene el conocimiento para curar, este fue adquirido por medio de los estudios formales, escolarizados y solo quien tiene dinero puede acceder a un mejor servicio médico, por otro lado las madres

asocian al medicamento la eficacia de la terapia médica, reconocen que existe medicina que cura y otra que no, en ocasiones refieren la eficacia de la medicina a la forma en la que el médico lleva a cabo su práctica, si este utiliza instrumentos, si toca al enfermo, si pregunta mucho y si trata bien o amablemente a la gente.

Por otra parte el curador tradicional ha obtenido sus conocimientos por designación divina, situación que la comunidad no cuestiona, a diferencia del médico es el curandero quien cura, no la terapia que da, este "sabe" como curar, lo aprendió de Dios. Cuando se pregunto quien era mejor si el médico o el curandero, la gente contesto que ambos eran buenos, pero dependiendo de la enfermedad, por ello decimos que la gente tiene una clara idea de quien y para que casos la eficacia de estos dos especialistas no es discutida.

Después de haber mencionado las características sociodemográficas y socioeconómicas generales de Coatecas Altas, sus condiciones de vida en el hogar, los servicios y prácticas médicas que se ofrecen; para de esta manera contextualizar integralmente el proceso de la tuberculosis pulmonar en una comunidad indígena migrante, continuare con la descripción del proceso migratorio, a dónde van, qué hacen y cuáles son sus condiciones de vida en los campos hacia donde migran.

III.- TUBERCULOSIS PULMONAR EN COATECAS ALTAS

"...Dios mando la enfermedad, todos
tenemos que morirnos"
(enfermo de tuberculosis, 60 años)

Hablar de enfermedad es referirnos a un desorden biológico, que necesariamente afecta los diferentes ámbitos en los que se mueve quien la sufre, sin excluir de este análisis a la cultura; es precisamente este el campo de la antropología social. Para discutir el tema de la enfermedad es importante dar un breve esbozo de los diferentes cambios que han existido a partir de la necesidad de emplear un enfoque social en la medicina.

En otros tiempos se mencionaba que la medicina era un arte, ahora la unión del saber y la ciencia la han convertido en una ciencia tecnológica. Dentro del campo de atención a la salud se han presentado cambios importantes que hicieron del desarrollo de una perspectiva psicológica una imperante necesidad.

Por un lado las habilidades tradicionales de la atención a la salud se ven amenazadas, si la capacitación de quienes trabajan en ellas se centraba solo a nivel tecnológico y biomédico. Por otro lado los cambios de metas que se fijan a la medicina requieren nuevas prácticas de atención a la salud con perspectiva psicosocial (Fitzpatrick, 1990).

Actualmente la atención a la salud puede ser influida por una forma técnica de diagnóstico y terapia, cosa que resta importancia a actividades sociales como: escuchar, alentar, reconocer, explicar; en este sentido las ciencias conductuales como la psicología resalta la importancia de la interacción interpersonal en la atención a la salud; de esta manera la tarea primordial del médico es identificar el problema del enfermo, autores como Marks, Goldberg y Hillier (1979), mencionan que los clínicos no reconocen los intereses y problemas de sus consultantes. También debe ofrecer seguridad y tranquilidad al enfermo, sobre todo cuando se trata de enfermedades graves o en todo caso fatales, es obligación del médico explicar e instruir al paciente sobre su enfermedad, dar esta información puede ser la función más importante del médico en tanto explique las causas probables, curso, terapia y pronóstico de la enfermedad.

La medicina institucional se enfrenta a nuevos retos derivados de las exigencias del paciente dadas por los tratamientos médicos cada vez más complejos, las mismas enfermedades han cambiado su epidemiología y como consiguiente se han transformado las prioridades de su atención.

En distintas enfermedades los tratamientos son largos y requieren de disposición y entrega por parte de los que las sufren, por ello la atención a la salud debe lograr un nivel satisfactorio en el enfermo; se ha sugerido dar mayor atención a las circunstancias económicas, sociales y psicológicas del paciente; en

un estudio realizado por Vaughn y Leff (1976) se mostró que las condiciones familiares en pacientes esquizofrénicos recién egresados del hospital condicionan el reingreso del enfermo.

Para el análisis de la tuberculosis pulmonar en Coatecas Altas he tomado en consideración el trabajo de Fitzpatrick et. al. (1990) quien toma en cuenta las aportaciones de las ciencias conductuales para la comprensión de la experiencia de la enfermedad y su tratamiento, considerando los procesos sociales y psicológicos que forman esta experiencia y la respuesta de los enfermos al tratamiento de sus problemas.

Así, la enfermedad y la búsqueda de ayuda esta condicionada por factores sociales y psicológicos que influyen en la presentación de problemas de salud. El proceso de definición de la enfermedad y de búsqueda de ayuda esta dentro de una amplia variedad de factores culturales, sociales y económicos. La experiencia del tratamiento esta referida a las respuestas de los enfermos al mismo así como a las angustias provocadas por la enfermedad y el tratamiento o las evaluaciones del enfermo de la calidad de atención de los servicios de salud, que en gran medida condicionan el uso o en todo caso la búsqueda de otras opciones que se acerquen a su propio contexto cultural. Cuando se habla de tuberculosis me refiero a una enfermedad grave en donde existen estrechas conexiones de factores biológicos, psicológicos y sociales; la enfermedad no solo afecta al enfermo, también influye a la familia y a su entorno social.

La intención es pues agregar al sistema biomédico un enfoque biopsicosocial como ya lo propuso Engel (1977) quien menciona la importancia de incorporar a la práctica médica dimensiones psicológicas, sociales y conductuales. De esta manera la antropología social se inserta en la atención a la salud, vista esta como un sistema permeado por creencias culturales. Es precisamente la cultura la que influye en el modo de experimentar la enfermedad, las creencias sobre ella condicionan las respuestas a los síntomas del enfermo y a su vez afectan su entorno social.

A.- Concepciones de enfermedad en Coatecas Altas

Como he mencionado hablar de enfermedad, necesariamente me remite a pensar en ella en función del contexto cultural en el que se desarrolla, para adentrarme en este mundo en Coatecas Altas se hizo necesario conocer en primera instancia en que momento se considera que un desorden biológico puede ser visto por los miembros de la comunidad como un estado de enfermedad.

A este respecto se tomo una muestra de 52 hogares en donde el 50% de los entrevistados eran mujeres y el 50% restante hombres, el 36% de la muestra menciono que no saben identificar a una persona enferma, el 27% considero que el aspecto físico es el que muestra enfermedad; mientras que un 20% menciono que en el estado de animo se ve si una persona esta sana o enferma, el 17%

restante dijo que en la cara se nota la enfermedad. La mayoría de los entrevistados consideraron que es el aspecto físico el que determina si una persona esta enferma, es la parte visible de la enfermedad, lo que se nota. Aquí hay que considerar que en muchas ocasiones hay enfermedades que no se "ven" que no presentan sintomatología, esto nos remite a pensar que para que exista la enfermedad esta tiene que ser considerada como tal por los miembros de la comunidad, finalmente es la sociedad la que determina el estado de salud de los integrantes del grupo, dependiendo de las limitaciones generadas por el padecimiento en las actividades cotidianas de los individuos; si esta genera incapacidad entonces es considerada como enfermedad.

Al momento de hablar de las medidas preventivas para conservar la salud el 48% menciona que si se comía bien se podía evitar la enfermedad, 21% comento que la limpieza es un factor determinante, mientras que el 17% restante dijo que si se acudía al médico podría evitarse la enfermedad; las respuestas dadas me llevaron a pensar en el discurso de la medicina institucional en cuanto a la prevención, es lo que se debe de hacer, aunque en la práctica no sea así, generalmente el enfermo acude al medico cuando los síntomas que le aquejan interfieren en su desarrollo como ser productivo para su entorno social, nuevamente vemos que la enfermedad es considerada como tal en cuanto afecta los diferentes campos sociales en los que se mueve el individuo.

La enfermedad presenta también su contraparte en el mundo de las creencias culturales propias de los habitantes de Coatecas Altas, de esta manera el 56% de los entrevistados menciono que la causa principal de las enfermedades se debe al *"aire"*, al que consideran como almas de personas fallecidas, un 72% considero que los días propicios para adquirir un *"aire"* y como consecuencia una enfermedad son los martes y viernes, días propicios para la brujería, es cuando los brujos pueden causar *"daño"*, valiéndose de las almas de los muertos para este fin; así causan enfermedad y muerte en enemigos propios o de otros quienes encargan a los brujos el *"trabajo"*, la enfermedad es vista como venganza; de no ser así entonces se considera un castigo divino, otorgado al transgredir leyes naturales o sociales, la enfermedad en este momento es considerada como una perdida del equilibrio natural entre el hombre y su entorno. Los encargados de restablecer este equilibrio son los curanderos, quienes poseen el poder y el saber para hacerlo; a este respecto el 62% considero que la medicina de los curanderos es eficaz y que en la mayoría de los casos pueden devolver la salud.

Al mencionar causas condicionantes de enfermedad el 38% dio respuestas variadas que tenían que ver con la dicotomía tradicional frío-caliente y con lo divino, mientras que el resto considero que la enfermedad es producto de descuido y falta de alimentación. Como puede observarse, independientemente de atender al discurso médico institucional, los habitantes de la comunidad también hacen referencia de la enfermedad en términos de costumbres y

creencias, cuando el discurso medico falla en términos de explicación y solución entonces recurren a su saber tradicional para explicarla.

B.- Tuberculosis pulmonar, una enfermedad desconocida

Basándome nuevamente en las encuestas se pregunto a los entrevistados directamente si sabían que era la tuberculosis pulmonar, un 90% indico desconocerla, mientras que el 10% restante dijo que era tos con sangre o bien la mencionaron como una enfermedad de los huesos. Esto me indico que no existe información sobre el término médico o en todo caso hay confusión; a este respecto, también se le pregunto a la doctora de la clínica si sabia de enfermos o muertos por tuberculosis a lo que respondió que no. La detección de casos se realizó mediante platicas informales con la promotora de salud y con algunos miembros de la comunidad, quienes identificaron la enfermedad a partir de síntomas:

“...sí, una señora de la tercera se murió de tos, quedo flaquita y dicen que escupía sangre” (mujer, 47 años)

De esta manera se obtuvo la información de estudios de caso que a continuación describiré, cabe mencionar que las entrevistas se realizaron con la ayuda de la promotora de salud de la comunidad; quien facilito con su presencia la entrada a los hogares de los entrevistados.

C.- Estudios de caso

Se localizaron siete estudios de caso: cinco de personas fallecidas por tuberculosis pulmonar o bien que murieron por otra causa, pero que padecieron la enfermedad, un enfermo en tratamiento y otro más que ya lo había concluido.

1.- Enfermos

a.- Tratamiento concluido

Hombre, 43 años, casado, campesino y comerciante, migrante hasta 1994.

Síntomas: tos seca, fiebre, gargaros con sangre.

Él acostumbraba migrar de manera temporal a Baja California Sur al corte de tomate, pero en 1994 enfermó, empezó con fiebre y dolor de cuerpo, acudió a la clínica del IMSS en los campos, pero no recibió atención; como continuaba sintiéndose mal fue con un médico particular, pero no le explico que tenía ni le realizó estudios para determinar su mal, le recetó medicina para el dolor y la fiebre y en estas condiciones continuo trabajando hasta que regreso a Coatecas.

A su regreso busco la atención de un médico particular en la ciudad de Oaxaca, quien le diagnosticó asma o bronquitis, no recordó específicamente y le dio medicamento. Cuando acudió al centro de salud de la comunidad, el medico no le entendió a las explicaciones que proporciono de sus síntomas, por eso se traslado a Miahuatlán, localidad que se encuentra a aproximadamente dos horas de Coatecas, donde también consulto a un médico particular; ahí le realizaron

estudios de diagnóstico: rayos x y baciloscopia (muestra de gargajo) se le dijo que tenía tuberculosis pulmonar. Posteriormente lo canalizaron a la clínica de la comunidad pero ya con el diagnóstico, esto se hizo con el fin de que no comprara los medicamentos, aún así refirió que le cobraban por entregárselos pero no recuerda cuanto. El médico de Miahuatlán le explicó lo que era la enfermedad a él y a su familia, también les recomendó los cuidados que debían tener para evitar el contagio: "...las cosas de uso aparte". Esta persona dijo no haber tenido contacto ni conoció a alguien que tuviera los mismos síntomas que él. Desde que iniciaron las molestias hasta el diagnóstico final transcurrieron seis meses. El tratamiento lo finalizó en 1996, a la fecha le han realizado tres baciloscopias pero han salido negativas, sin embargo no recibe ni recibió visitas domiciliarias por parte del personal de salud, toda la familia se hizo análisis pero resultaron negativos. Al preguntar sobre la calidad del servicio médico, el entrevistado dijo que no lo habían atendido bien, le tardaron en decir que tenía.

"... los médicos que vi no saben, solo el de Miahuatlán, los demás no me entendían, por eso yo ya no confío en los médicos y en los que llegan a la clínica de aquí menos"

Como presentaba fiebre, pensó que los dolores de cuerpo eran causados por esta, considero que la causa de su enfermedad fue un "*enfriamiento*".

"...me bañe una tarde, después de trabajar en los campos, con agua fría y me sentí mal, como estaba caliente y me bañe con agua fría por eso me enferme".

En este caso es importante mencionar que la atención recibida por parte de los sistemas de salud tanto institucionales como privados no cumplieron con las expectativas del enfermo, sobre todo en el diagnóstico, por lo que la confianza en cuanto a calidad de atención disminuyó; por otra parte antes de iniciar la entrevista no quiso reconocer que estuvo enfermo de tuberculosis, fue necesaria la ayuda de la promotora quien en zapoteco le explicó que solo íbamos a hacerle unas preguntas y que yo no era doctora, pues me relaciono con personal de la clínica, todo el tiempo se mostró cauteloso, a decir de la promotora:

“...le daba vergüenza, porque le dijeron que la enfermedad era pegajosa” (promotora de salud, 38 años)

Situación que condicionó su relación con los demás miembros de la comunidad, quienes evitaban tener contacto con él y no le compraban los productos que vende en su tienda por temor al contagio, actualmente recalca constantemente que ya no está enfermo y que su familia no está contagiada.

Como puede observarse, la búsqueda de atención fue condicionada por la calidad de la atención médica la cual se vio reflejada en la eficiencia del tratamiento, de esta manera la confianza hacia los servicios médicos, sobre todo en la comunidad se ha perdido, esto mencionado por el enfermo y sus familiares, al mostrarse renuentes a la entrevista por pensar que yo trabajaba en la clínica. Para este caso los recursos económicos obtenidos durante el trabajo como jornalero fueron destinados a la atención de la enfermedad con médicos

particulares, pues en los servicios del IMSS, tanto en los campos de cultivo como en la comunidad, no entendían las explicaciones que el enfermo dio acerca de los síntomas que presentaba; es necesario mencionar que el apego del enfermo al tratamiento y el seguir las indicaciones médicas en cuanto a la prevención del contagio, lograron que la enfermedad cediera, además de evitar la ampliación de focos de infección.

b.- En tratamiento

Mujer, 57 años, casada, migrante

Los principales síntomas que presento fueron: pérdida de apetito y peso, mareos, *se le nublaba la vista*, tos, gargajos con sangre. Estos síntomas iniciaron en 1993, pero la enferma continuo migrando a Culiacán.

En este caso la atención en primera instancia se dio con curanderos, el primero de ellos es de una ranhería cercana a Coatecas, este le diagnosticó una enfermedad pulmonar relacionada con la "*abertura*" de los pulmones, por eso sacaba sangre, el tratamiento consistió en dar masajes en la espalda, para de esta manera restaurar el órgano dañado; a decir del curandero, la "*abertura*" de los pulmones se da por exceso de trabajo, la enferma acudió dos veces con este terapeuta.

Como no encontraba cura fue a una comunidad más alejada de su lugar de origen para consultar a otro curandero, que le dijeron era efectivo, este le

diagnostico "daño", para curarla le "chupo" la espalda de donde le extrajo un ratón, después de esto ella esperaba estar curada, pero el diagnostico del curandero fue que moriría pronto, pues el mal ya estaba muy avanzado. El gasto aproximado, en 1993 en curanderos fue de \$1,000.00.

Después del diagnostico y tratamiento con los médicos tradicionales, acudió al centro de salud de la comunidad, ahí le mandaron a hacer estudios (rayos x, baciloscopia, sangre y orina) en Miahuatlán, una vez confirmado el diagnostico de tuberculosis le recetaron pastillas, al sentir mejoría después de dos meses de tratamiento, continuo migrando.

"... Me fui a Culiacán y me cure"

Como los síntomas continuaron, después de esta aparente mejoría, al regreso a Coatecas en mayo de 1998 acudió con un médico particular de Ejutla; donde inicio otro tratamiento, le recetaron 35 inyecciones, una diaria, pero eran muy dolorosas.

"... no las aguante, las inyecciones eran *calientes*, me salieron fuegos en la boca, me dolía la cabeza, el estomago y me mareaba"

Le comento al médico que sentía molestias, por lo que cambio el tratamiento, le dio tres pastillas diarias de tratamiento antituberculoso y vitaminas. Este le dijo que tenía tuberculosis pulmonar, pero no le explico lo que era la

enfermedad, solo le mencionó que debía apartar sus trastes y quemar el papel en el que escupía. El gasto aproximado por medicinas y consulta es de \$200.00 a la semana; ella no va a la clínica de la comunidad porque no hay medicinas, no las surten a tiempo, ahora le resulta caro ir a Ejutla por su medicina, anteriormente utilizaba el dinero que ahorro de su trabajo como jornalera, ahora su marido y los hijos costean el tratamiento.

Para esta mujer la tuberculosis pulmonar es tener el pulmón "*abierto*", separado, por eso es que se enferma la gente. En este caso la medicina tradicional es la primera instancia a la que acudió para encontrar una explicación satisfactoria a los malestares que presentaba; la influencia del curandero se observa en la idea que ella tiene de lo que es la tuberculosis, la cual coincide con el diagnostico del primer terapeuta: tener el pulmón "*abierto*". Sin embargo la terapia de los curanderos no le proporciono la curación, por lo que se acerco a la medicina institucional, donde le dieron los medicamentos del tratamiento, logrando una mejoría temporal, la enferma dejo el tratamiento cuando los síntomas disminuyeron, esto no quiere decir que la enfermedad haya desaparecido, los malestares se incrementaron cuando las condiciones de vida y trabajo se agravaron con la migración, la enfermedad se fortaleció, provocando drogorresistencia por lo que el medicamento fue más agresivo, esto sin mencionar que aunque los síntomas disminuyen, la cepa de contagio esta latente. La enferma busco entre las opciones que se le presentan la que mejor responde a sus interrogantes sobre la enfermedad, en el momento que recibió la explicación

sobre la tuberculosis en su contexto y aún sin obtener curación, busca el diagnóstico formal de su enfermedad y el tratamiento adecuado mediante el apoyo de la medicina institucional, lo que finalmente le permitió recuperar la salud; debo mencionar que a la aparente mejoría regreso a sus actividades, ya no se sentía enferma, los síntomas de la tuberculosis además de causar incapacidad también resultan alarmantes por la presencia de sangre; al disminuir los malestares, la sangre desaparece junto con la condición de enfermo.

2.- Defunciones

a.- Hombre, 70 años, sin escolaridad, casado, campesino, migrante.

Fecha de defunción: abril de 1994; vivieron con él tres personas más, esposa, hijo y nuera; su esposa durmió con él durante el proceso de la enfermedad.

Toda la familia migraba de manera temporal a Culiacán, al campo Alamito y Costa Rica. Al preguntar al informante (nuera) si sabía de que murió el señor, dijo que sí, de tuberculosis. En 1990 le diagnosticaron la enfermedad en Miahuatlán, donde estuvo internado durante un mes; los principales síntomas que presento fueron tos, pérdida de peso, diarrea y gargajo, durante este tiempo "mejoró" porque ya comía, le daba hambre y tenía fuerza, después de ser dado de alta sus familiares pensaron que ya esta curado por lo que volvieron a migrar.

El proceso de enfermedad se agravo en Culiacán, ahí fue internado por un mes más durante 1994, como la familia no vio mejoría, lo sacaron de la clínica y lo

llevaron con un médico particular en la ciudad de Culiacán, este solo le dio vitaminas para que "aguantará" el viaje de regreso a su comunidad.

Al llegar a Coatecas lo llevaron con un curandero a Zimatlán, este le realizo una "limpia" y le saco "algo" del pecho, pero no pudo curarlo:

**"...llévalo, ya no aguanta, ¿porqué no lo trajiste más antes?"
(curandero, Zimatlán)**

La atención médica se la proporciono el IMSS, no le cobraban, le proporcionaban la medicina y lo trataban bien; el médico de la clínica de Coatecas lo visitaba a su casa cada tercer día, lo inyectaba y vigilaba la ingesta correcta del medicamento. A los familiares les explicaron que era la enfermedad, pero no entendieron bien, les dijeron que tenían que apartar los trastes y la ropa del enfermo, no se les hizo ninguna prueba para ver si no había contagio, les dieron medicamento y el doctor los visitaba frecuentemente después de la muerte del enfermo. El proceso de enfermedad - curación - enfermedad y muerte duro de 1990 a 1994.

La búsqueda de atención médica respondió a las opciones con las que contaba la familia en el momento de presentarse la enfermedad, así el primer acercamiento a un recurso de salud fue con la medicina institucional la cual respondió a las expectativas de curación que esperaban tanto la familia, como el enfermo, al encontrar mejoría volvió a reincorporarse a sus tareas habituales, pero

recayó, se busco entonces ayuda del servicio medico que ya había demostrado su eficacia anteriormente pero en este caso la enfermedad se encontraba en un estado avanzado, por lo que la familia regreso a su comunidad, buscando otra opción que pudiera proporcionar la salud al enfermo; de esta manera consultaron a un curandero, quien les dijo que no podía curar al señor, después de quince días de haber llegado a Coatecas el enfermo murió.

La eficacia de la atención medica institucional fue condicionada por la respuesta del tratamiento, además de mencionar la atención personal de los médicos tratantes como la parte fundamental que llevo a la familia a pensar en la medicina institucional como dadora de salud; la consulta con el curandero se utilizo en segunda instancia, pero como una posibilidad de cura remota, como un último recurso.

**b.- Hombre, 26 años al momento de la muerte, casado,
campesino, migrante**

Fecha de la muerte: 1980, vivió con su esposa, hijo y padres hasta su muerte

La informante en este caso fue la esposa, menciona que el señor murió del pulmón:

"...los doctores decían que estaba malo del pulmón, que el pulmón se le iba a acabar".

El diagnóstico lo dio un médico particular de Oaxaca, los síntomas que presentó fueron: tos y calentura, dos meses antes de su muerte tenía tos, fiebre, gargajos con sangre, pérdida de peso y fatiga. La medicina la compraba la familia y la tomaba a diario, pero no presentaba mejoría.

Durante la enfermedad se atendió siempre con el médico particular, lo trataba bien y acudía cada semana a consulta, el doctor le informó que estaba mal del pulmón y que esta enfermedad se "pegaba", por lo que se debían de apartar los trastes que utilizara. A los familiares les realizaron estudios (rayos x, baciloscopia) para encontrar un posible contagio; por no estar apegado a ningún tratamiento institucional, no recibía visitas domiciliarias por parte de los servicios de salud de la comunidad.

La explicación de la esposa a la enfermedad fue:

"...estaba chico 13 o 14 años, iba a la escuela, cuando vio que mataron a un muchacho y me dijo que le dio mucho miedo, por eso yo decía que la tos era de "espanto"... yo nunca he visto un muerto, me da miedo, pero los chamacos son "cuzcos", estaba enfermo de "espanto", de "Chaneque", la enfermedad le duró seis años... si lo hubiéramos llevado a tiempo se viera curado...no era remedio de curandero"

Lo llevaron a Oaxaca con un curandero y le dijo que para curarse tenía que matar a una persona, como ya estaba muy débil contrató a dos personas para que lo ayudaran, fueron a una casa cercana donde vivía una mujer sola, ahí los dos hombres la sacaron, el enfermo le disparó, pero la señora alcanzó a herirlo con un

cuchillo, la mujer murió y al enfermo se lo llevaron a su casa herido, al poco tiempo murió.

Su familia dice que saco sangre por la boca y por la nariz cuando murió, pero la persona que lo amortajo dijo que tenia una cuchillada. En la comunidad todos saben lo que paso pero muy poca gente lo menciona; de la mujer que murió nadie habla, lo único que se sabe es que era una persona sola, sin familiares.

La atención y diagnóstico del médico particular proporciono las medidas curativas con las que se contaba en ese momento (1980), pero el enfermo no mejoro, por lo que su familia busco en la medicina tradicional una solución a la enfermedad, la certeza de la muerte lo llevo a seguir las instrucciones del curandero, ni la familia ni los habitantes de la comunidad pudieron comprobar si el remedio funciono, pues el enfermo murió de una puñalada. La creencia de que las almas de los muertos pueden enfermar a la gente se nota en este caso, donde la esposa menciona al "espanto" o "chaneque" (espíritu de alguien que muere violentamente) como causa de la enfermedad, pero al mismo tiempo reconoce que esta no era una enfermedad que podía resolver el curandero. Es pertinente decir que este hombre falleció hace 21 años, justo cuando los antifímicos no alcanzaban la efectividad actual.

c.- Hombre, 65 años, casado, campesino, no migrante

Fecha de la muerte: 1990, vivió con su esposa, su hijo y su nuera

Al preguntar a la esposa si sabía que su esposo murió de tuberculosis pulmonar ella dijo "no sabíamos", pero no padecía ninguna otra enfermedad. La nuera del fallecido fue quien proporcionó los datos; lo diagnosticaron en Miahuatlán, ahí le dieron tratamiento por seis meses, pero no se curó después lo llevaron a Oaxaca, donde recibió tratamiento por seis meses más, los síntomas que presentó fueron tos y calentura, a dos meses de su muerte estos se agravaron: gargajos, pérdida de peso, fatiga, dificultad respiratoria. Tomaba medicina diariamente, pero no se notaba su mejoría, al contrario empeoraba.

El enfermo iba al IMSS, lo trataban bien, las citas se las daban cada seis meses, a él y a su familia les explicaron lo que era la tuberculosis pulmonar, les dijeron que era necesario apartarlo de los demás miembros de la familia porque la enfermedad era muy contagiosa, separaron los trastes y la ropa del enfermo; le construyeron un cuarto alejado de la casa pero en el mismo solar, lo aislaron.

A los miembros de la familia no les hicieron ninguna prueba, solo los revisaron y les dieron medicina; el médico pasante de la comunidad acudía a casa del enfermo para vigilar el consumo de medicamentos. Cuando murió lo enterraron con sus trastes y su ropa, la cama fue quemada y el cuarto donde dormía lo cerraron, nadie vive el, no se acercan.

La familia desconocía la enfermedad lo único que entendieron de la explicación que les dio el médico fue que era contagiosa y que debían tener precaución para no enfermarse también; a pesar de contar con apoyo médico (visitas domiciliarias y medicamento), el tratamiento no proporciono los resultados esperados, esto tal vez se debió a que la familia no proporcionó apoyo durante el tratamiento; para este caso se puede pensar que la información que dio el clínico alarmo considerablemente a la familia, por lo que la única solución que se encontraron fue el aislamiento del que fue objeto el enfermo, situación que influyo de manera negativa en su condición, hasta su muerte. Esto me hace pensar que el enfermo fue estigmatizado, una explicación de esta condición se encuentra en los estudios de Berger y Luckmann (1966) quienes ven a las enfermedades estigmatizadoras como una amenaza del orden social, la condición de enfermedad en este caso representaba una amenaza a la salud de los demás miembros de la familia, no solo el enfermo, también sus pertenencias amenazaban con contaminar el entorno familiar.

d.- Mujer, 90 años, viuda, artesana y ama de casa, no migrante.

Fecha de fallecimiento: 1993, el informante en este caso fue el hijo de la enferma, quien es diabético; durante la entrevista tosía constantemente y escupía en el piso. Mencionó que desconocía de que había muerto su madre.

"... no la atendieron a tiempo, al principio el doctor solo le dio seis inyecciones de pemprocilina"

A la señora la diagnosticaron en el hospital regional de Miahuatlán, tenía tos y escupía sangre, adelgazo rápidamente; tomaba medicina diariamente, pero no mejoraba, los medicamentos se los entregaban de manera puntual y no le cobraban, su nuera menciona que los médicos la trataban bien, acudía cada tercer día a consulta y no se quejaba de irregularidades en el servicio médico. Los médicos le explicaron a la enferma que era lo que tenía, pero no a sus familiares, no les hicieron ninguna prueba de diagnóstico para ver si no existía contagio, no recibieron visitas domiciliarias por parte del personal de salud y tampoco se les explicaron las medidas preventivas de contagio.

Cuando pregunte que si el hijo de la señora acudía al médico, este respondió:

"...no voy al seguro porque no dan nada, no ayudan, el doctor no entiende, no voy a gusto, siento que andan animalitos adentro del hueso, eso me esta haciendo daño"

Los síntomas que presenta son: pérdida del apetito y peso, tos, gargajos y diarrea; es diabético, lo que lo vuelve inmunológicamente vulnerable. Esta situación por sintomatología me hizo aventurar un posible contagio, pero no existe ningún tipo de diagnóstico que sustente mi suposición.

En este caso la renuencia de acudir a los servicios médicos esta sustentada en la poca atención que recibió al inicio del padecimiento la enferma, el trato no cumplió con las expectativas de salud que se esperaban, la escasa información proporcionada sobre la tuberculosis, puede en esta situación especifica condicionar el contagio no solo del hijo, sino de los demás miembros de la familia.

e.- Hombre, 60 años, casado, migrante, fue asesinado a las puertas de su casa por conflictos políticos, cuando murió ya había concluido su tratamiento antifímico.

En 1973 el señor estaba enfermo, se desmayaba continuamente, pero su familia no sabia que tenía, como en ese tiempo no había servicios médicos en el pueblo fue a Miahuatlán, donde le hicieron estudios (rayos x , baciloscopia) y salió positivo en tuberculosis pulmonar, el director de la clínica lo interno y le dio tratamiento durante seis meses, se trasladaba cada ocho días esta ciudad para el seguimiento del tratamiento. También iba a Ejutla con un médico particular, quien le receto tres inyecciones tres veces al día, la familia y el enfermo recibieron pláticas sobre la tuberculosis, sabían de las medidas preventivas para evitar el contagio; el apego del enfermo al tratamiento lo llevo a la cura de la enfermedad.

El informante menciona que su papá tomaba mucho y cree que por eso se enfermó, tomaba y se dormía en cualquier parte, a la intemperie, le "*entro frío*", por eso se enfermó; también dijo que:

"...la tuberculosis da por descuido, por suciedad, uno busca las enfermedades..."

A su papá le dolía la espalda y tenía tos, como tomaba se caía mucho:

"...por los golpes y el frío tenía uno como tumor, algo interno"

Debido a esto lo llevaron con el curandero, quien lo sobaba, lo hacía soplar en un "*bule*" para que los pulmones se inflaran y tuvieran fuerza; para pagar el tratamiento vendían animales, además de utilizar el dinero que el hijo obtenía por su trabajo como jornalero. El señor fue asesinado, ocupó el puesto de síndico en la presidencia por parte del Partido Revolucionario Institucional (PRI) situación que le creó problemas con miembros de otros partidos políticos, le dispararon a él y a su esposa, el señor murió instantáneamente, su esposa estuvo mal durante un mes y después falleció.

En este caso se utilizaron todos los recursos médicos de los que disponía la familia (medicina institucional, privada y tradicional) para lograr la cura de la enfermedad, la información aquí fue de vital importancia para evitar el contagio y lograr la adhesión del enfermo al tratamiento; las explicaciones sobre las causas

de la enfermedad fueron variadas, desde suciedad, alcoholismo, caídas y *"enfriamiento"*.

Como puede verse, las causas que los entrevistados dan de la tuberculosis son variadas, se presentan como un mosaico que atiende a las costumbres y creencias de los individuos; la efectividad de los diversos recursos de salud no es discutida en el momento que demuestran la capacidad de atender a las necesidades de curación que buscan, tanto los enfermos como sus familias. La búsqueda de ayuda es condicionada por creencias, factores económicos y sociales. Los servicios médicos institucionales en algunos casos muestran su deficiencia en la asertividad del diagnóstico y en la información proporcionada acerca de la enfermedad que en ocasiones no existe; no se cumple pues con la función primordial del clínico: identificar el problema del enfermo, proporcionar seguridad y tranquilidad y sobre todo explicar e instruir sobre la enfermedad.

En el caso de la tuberculosis pulmonar en Coatecas Altas, no existe información sobre esta enfermedad, la gente desconoce el término, por otro lado los enfermos no están registrados en la clínica de la comunidad, la doctora no sabía de la existencia de casos entre la población, lo que representa un grave problema de subregistro. Otra situación que dificulta la aceptación de los servicios médicos de la comunidad es el constante cambio de prestadores de servicios, cada seis llega a Coatecas un médico nuevo, que desconoce las características y necesidades de la comunidad. Un factor más que debe mencionarse es la

constante movilidad de la población, que dificulta el seguimiento de casos, además de representar una cepa de contagio móvil peligrosa y difícil de controlar.

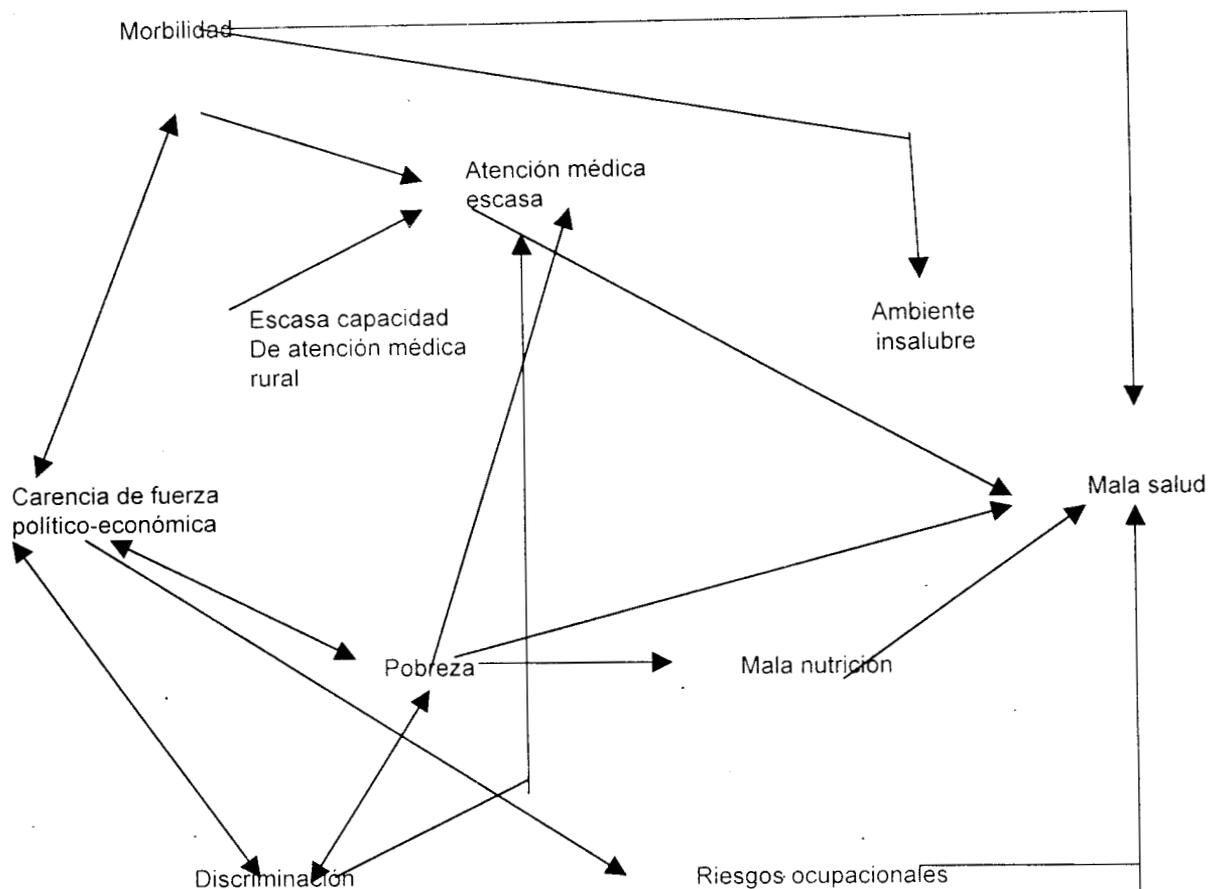
IV.- MIGRACIÓN: UNA DECISIÓN INVOLUNTARIA

"...no sé, tal parece que los de Oaxaca están diseñados para aguantar y sufrir, por eso vienen hasta acá por ellos..." (director telesecundaria, 35 años)

Las condiciones de vida de los habitantes de Coatecas Altas deterioran su salud; la deficiencia nutricional y hacinamiento son factores de riesgo que los hacen susceptibles a enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas la tuberculosis pulmonar. Consideraré ahora otra característica de esta comunidad: la migración temporal de familias completas. La forma de traslado, condiciones laborales y de vida en los lugares de destino los hacen más vulnerables aún.

La movilidad constante de poblaciones, es un factor negativo en las condiciones de salud de estos contingentes, sobre todo en lo que se refiere al seguimiento y cobertura. La salud de los migrantes ha sido contemplada en estudios epidemiológicos, haciendo énfasis a la atención y ampliación de servicios médicos en los lugares de destino (Velimerovic, 1980) también se ha señalado que la constante movilidad crea focos de infección de enfermedades que se pensaban erradicadas como la Malaria (Prothero, 1977); epidemiológicamente la migración dificulta el control y seguimiento de enfermedades.

ESQUEMA CAUSAL DE MALA SALUD EN MIGRANTES



* Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana 1980

Los estudios sobre migración y epidemiología coinciden en la urgente necesidad de conocer en forma integral las características de las poblaciones migrantes, sin olvidar por supuesto, los factores culturales, que son vistos como la barrera principal en el control y seguimiento de enfermedades, se plantea pues la importancia de realizar estudios de carácter multidisciplinario que abarquen en su

totalidad el conocimiento de los grupos migrantes (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1983). Así, se planteo este trabajo, que tiene como antecedente un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en los campos agrícolas del Valle de Culiacán en Sinaloa.

A.- Elección del área de estudio

En mayo de 1997, el INER junto con el Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas (PRONSJAG), realizó un estudio epidemiológico en 74 campos agrícolas del Valle de Culiacán, Sinaloa y en San Quintín, Baja California Norte, para determinar la magnitud de cuatro enfermedades infecciosas: tuberculosis pulmonar, infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y paludismo (Murillo, INER, UAM, 1997).

Los resultados del perfil epidemiológico fueron: de la muestra de 5301 jornaleros, se encontraron 349 casos de IRAS, 60 de paludismo y 224 casos de EDAS. En el caso particular de la tuberculosis pulmonar se detectaron 21 jornaleros migrantes con diagnóstico médico, que habían padecido la enfermedad durante el año previo, también se busco por sintomatología (tos productiva de más de dos semanas acompañada de gargajos con sangre, pérdida de peso y fiebre) a posibles enfermos, detectándose 27 personas. Se encontraron seis casos que en ese momento se encontraban en tratamiento médico; de los jornaleros entrevistados 41% provenían del estado de Guerrero y 30.3% de

Oaxaca, con esta información se realizó una segunda investigación de campo durante abril y mayo de 1998 en cinco campos agrícolas del Valle de Culiacán (El Realito, Guerrero, Oaxaca, Los Ángeles y Caimanes) donde se detectaron grupos de mayor tamaño provenientes de estos estados. Para este trabajo de campo se utilizó una prueba de diagnóstico epidemiológico llamada PPD (Derivado Proteico Purificado) la cual se inyecta en el antebrazo y se revisa pasadas 72 horas, la prueba provoca una induración (roncha) que debe medirse, si esta sobrepasa los 10 milímetros, entonces el individuo ha tenido contacto con un enfermo o bien es susceptible a la tuberculosis. En los cinco campos se aplicaron 612 pruebas de las cuales 80 resultaron positivas con reacciones promedio de 15 milímetros, lo que da un porcentaje de 13.07% que resulto ser el índice más alto obtenido por medio de esta prueba en los últimos 10 años (DGE, SSA, 1980).

La selección de las comunidades de origen se hizo mediante encuestas, donde se detectaron los municipios y comunidades de donde provenían la mayoría de los jornaleros, de las 5301 personas entrevistadas, 1395 trabajadores eran de Oaxaca, de los cuales 221 pertenecían al municipio de Coatecas Altas, situación que hizo necesaria una tercera práctica de campo en esta comunidad, para así completar el estudio.

B.- Migración en Coatecas, una fuente de ingresos

La migración, es la actividad económica, que junto con la comercialización del tejido de palma, proporciona ingresos monetarios a las familias de Coatecas Altas;

Este fenómeno comenzó en 1970, cuando las cosechas empezaron a ser escasas.

"Tenemos tierras para sembrar pero ya no llueve como antes, lo que falta es agua" (Tesorero Mpal. 67 años)

Efectivamente, uno de los principales problemas locales es el desabasto de agua, no solamente potable; la evidente deforestación de la zona, modifico considerablemente el ciclo agrícola, la precipitación de aguas pluviales disminuyo, trayendo como consecuencia una reducción en las cosechas. Esto ha obligado a los habitantes de Coatecas a ver en la migración una opción viable para obtener ingresos económicos.

A pesar de contar con diversos apoyos gubernamentales encaminados a la productividad del campo, no ha sido suficiente; durante mi estancia en la comunidad (diciembre de 1997), se presento el segundo informe del presidente municipal, ahí se mencionó que el municipio contó con un presupuesto de \$1,500,000.00 pesos el cual fue distribuido entre las agencias municipales, este se utilizo en obras públicas. También se mencionaron los diversos apoyos mediante programas de SEDESOL como: Alianza para el campo, Procampo y Crédito a la Palabra; todos destinados a mejorar la producción agrícola en la Comunidad.

Se ha intentado la agricultura de riego, mediante la construcción de una presa y la donación de una bomba, esta presa no capta suficiente agua y riega poca superficie, lo que beneficia a unas cuantas familias que viven en las pendientes naturales, el problema es que hace falta retener más agua, situación que no puede darse ya que las lluvias han disminuido.

**"No hay que comer, por eso la gente ya esta yéndose otra vez"
(Presidente Municipal, 65 años)**

Durante el informe se mencionó que la cosecha agrícola de ese año había disminuido más que otras veces y como consecuencia la gente ya empezaba a migrar, en busca de trabajo.

"... Hay una ventaja fundamental en ese peregrinar, es ese irse fuera de Coatecas, fuera de Oaxaca, les ha enseñado a como cultivar, esa experiencia es la que todavía no podemos explotar porque nos falta agua; en los Estados del Norte son sistemas tan tecnificados, que con un botoncito ya se riega todo, acá todavía no podemos avanzar, aquí pensamos rústicamente" (Representante del Gobernador)

El comentario fue hecho en función de pensar que la solución para Coatecas es la tecnificación de la agricultura, sin tomar en cuenta si es viable o no, la idea principal es crear un lazo económico que ate a los habitantes a sus tierras.

"...La mejor herencia a nuestros hijos y a nuestros nietos es garantizar que haya comida, que haya empleos permanentes y la única forma es apostarle a retener agua" (Representante del gobernador).

Otro problema fundamental que se da con la migración es referente a la fuerte deserción de niños en edad escolar, el periodo recién había comenzado en septiembre y para diciembre, periodo de mi estancia en campo ya habían migrado 50 niños de 631 que se inscribieron, el director de la escuela primaria espera que esta cifra aumente a 150 niños más. Esto se debe a la incorporación de mano de obra infantil en los campos agrícolas de Sinaloa. En noviembre de 1997 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) llegó a la comunidad para hablar de los derechos de los niños, destacando que un niño no debe trabajar antes de los 18 años. Los grados en los que se presenta este fenómeno son de primero a tercero de primaria:

"...se llevan a los de primero porque están chiquillos y no se pueden quedar solos, los de segundo y tercero se los llevan porque ya saben hacer cuentas y leer, ellos ya se emplean en los campos" (Director de la Escuela Primaria, 39 años).

Las edades de los niños que migran van de los seis a nueve años, esto ha creado una preocupación constante, como no se puede detener el flujo migratorio se han pensado estrategias para evitar la deserción.

"...desde 1995 se creó un programa llamado Niño Migrante, en el se abarca la población infantil de educación primaria, los niños asisten a la escuela aquí de septiembre a diciembre y continúan allá de enero a mayo, y continúan aquí cuando regresan a terminar el ciclo escolar" (Director de la Escuela Primaria, 39 años).

Este programa presenta desventajas, sobre todo en el lugar de destino, ya que los niños cumplen con su jornada de trabajo y en la tarde asisten dos horas a clases; esto significa un doble esfuerzo, muchas veces van a clases sin comer lo que disminuye aún más su rendimiento. Cabe mencionar que los niños empiezan a trabajar en los campos agrícolas desde los seis años de edad. Se ha propuesto incluso la creación de escuelas albergue donde estarían como internos durante el periodo que sus padres migran, pero el proyecto no ha recibido el apoyo de la comunidad, porque no hay quien se encargue de ellos, debido precisamente a que la gran mayoría de los habitantes migran.

Esta situación se repite en la telesecundaria, los maestros tratan de persuadir a los muchachos para que no se vayan, pero sin éxito alguno; se intenta que la educación sea una alternativa para que los habitantes de la comunidad mejoren sus condiciones de vida, pero la falta de dinero impide ver a la educación como una prioridad.

"Ahora ha migrado una muchacha, tratamos de convencerla, pero era necesario que se fuera, su familia no tiene dinero ni para comer y... ni hablar se fue" (Director Telesecundaria, 35 años).

En el trabajo en los campos agrícolas se emplea toda la familia, desde los niños hasta personas de 65 años a más, para así lograr mayores ingresos que

después se destinan a la alimentación, pagar deudas y a la inversión en las parcelas de la comunidad.

c.- El camino a Sinaloa

El proceso migratorio inicia en el mes de noviembre, después del día de muertos y concluye en los primeros días de enero, el 75% de los habitantes migra; la contratación se hace por medio de "enganchadores" pertenecientes a la comunidad, actualmente hay 10 de ellos, quienes reclutan a la gente para ir a distintos campos agrícolas de Sinaloa, la mayor parte de la población va al campo "El Realito" en Culiacán.

"Los que llegaron primero allá, fueron conociendo a los patrones y después vinieron aquí a contratar gente, cuando empezaron a necesitar gente, ellos los llevaban" (Tesorero Mpal, 67 años)

En este campo agrícola realizan actividades de cultivo y corte de hortalizas y frutas principalmente. Las condiciones de transporte en las que se da este éxodo son variables (autobús, tren o camión de redilas), pero todos coinciden en mencionar que es un camino difícil debido al tiempo que dura el traslado (dos días) y a las condiciones en las que se da este.

"Vamos todos revueltos y los patrones prometen el pago del transporte y los alimentos, pero no cumplen, a medio camino"

se acaba lo poco que llevamos para comer y no nos dan nada"
(jornalero, 30 años).

1.-la vida en los campos de cultivo

Las condiciones de traslado junto con las de vida en la comunidad minan considerablemente la salud de los migrantes; las cuales continúan en los campos de Sinaloa, donde la situación laboral y de vida aumenta este riesgo.

Los jornaleros viven en condiciones de hacinamiento extremo, habitan en galeras de aproximadamente 12 metros cuadrados, con techos y paredes de láminas de asbesto o de metal, estas son ocupadas en un promedio por 6 o 9 miembros de una familia, los pisos son en un 95% de tierra, cocinan en el mismo cuarto y duermen en el suelo en "petates".

"...se vive en casitas de cartón, el piso es de tierra como en marzo o abril que el tiempo empieza a calentar hay pulga y luego no dan camas, se duerme en el suelo" (jornalero, 48 años)

Las galeras se agrupan en unidades de 15 a 20, cuentan con un baño común el cual es compartido por aproximadamente 200 personas, el sistema de drenaje es a cielo abierto y va a dar a un canal que corre a orillas de la zona

habitacional, el agua destinada al consumo diario es traída en pipas y puesta en depósitos de uso común.

"...el agua de los canales es agua sucia, lleva agua de drenaje, animales muertos, a veces con esa agua nos bañamos, hay campos que llevan el agua en pipas, dicen que es potable, pero para saber, son tantas gentes, miles de gentes..."
(Jornalero, 60 años)

Por otro lado la alimentación no varía a la de su comunidad, esta basada principalmente en maíz, frijol y chile, en algunas ocasiones agregan sopa de pasta.(Murillo, INER, UAM, 1997)

Los trabajadores cumplen jornadas laborales de nueve horas diarias durante seis o siete días, en estas actividades participan todos los miembros de las familias, desde los niños de seis años hasta los adultos, entre ellos las mujeres, que además hacen labores domésticas lo que genera un doble desgaste. El salario varía de \$28.00 a \$30.00 pesos diarios por jornal, salario que no es igual en el caso de los niños, quienes ganan de \$15.00 a \$20.00 pesos diarios según su rendimiento. La jornada comienza a las cinco de la mañana, a esa hora pasan los camiones a recoger a la gente para llevarla a los campos que están a aproximadamente cuatro kilómetros de las galeras.

"...dicen que de noviembre a enero hace mucho frío, los que saben y tienen llevan ropa adecuada, los que no se aguantan..." (capacitador INEA, 50 años)

Durante el horario laboral es el paso del "mosco" (avioneta fumigadora) que rocía los campos y a los jornaleros con pesticida

"...si pasa el "mosco" y nos agarra comiendo, pues nomás tapamos la comida con un trapo"(Jornalera, 30 años)

En lo que respecta al Servicio de Salud prestado en los campos, este pertenece al IMSS, a los jornaleros se les descuentan de su salario semanal dos pesos para recibir este beneficio, que no es utilizado por diversos factores: la lengua sobre todo en el caso de las mujeres, baja calidad en la atención médica solo hay un médico, no cuenta con recursos suficientes para la atención primaria a la salud que debe ser preventiva, el horario de atención no se ajusta con el laboral; esto hace que los trabajadores busquen atención médica particular en Culiacán, si su economía se los permite, atención casera mediante la automedicación en casos de síntomas aislados como diarreas, dolor de cabeza y calenturas, que generalmente no asocian a una enfermedad grave, o bien se esperan hasta regresar a Coatecas para atenderse.

La situación de vida y laboral de los jornaleros de Coatecas Altas ha despertado la atención de programas como el PRONSGAJ (Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas) quienes tienen personal en los lugares de destino y de origen, estos llevan un control sanitario en la comunidad donde informan las condiciones generales de salud, nombres, edades y sección a la que

pertenecen los trabajadores; estas personas también migran, así se encargan de promocionar la atención a la salud entre sus compañeros, aunque no siempre con éxito.

"...yo les digo, sobre todo a las mujeres, que se cuiden, que vean que agua les dan a sus hijos, que coman bien, que se vacunen, que vayan al médico en los campos, pero no hacen, no pueden, no quieren ir con el médico porque es hombre y los maridos no dejan" (Promotora de salud y migrante, 38 años)

Este esfuerzo no resulta suficiente, las condiciones de vida tanto en la comunidad, el traslado, la situación laboral y de vida en los campos resulta epidemiológicamente desfavorable, las enfermedades que presentan durante su estancia en los campos son resultado de estas condiciones, incluyendo por supuesto a la tuberculosis pulmonar.

"En los campos los que más se enferman son los niños, les da diarrea, infecciones en los ojos, gripas y sarna, a la gente grande le da tos y dolor de huesos" (Promotora de salud y migrante, 38 años).

Sin embargo las condiciones económicas de los jornaleros en su comunidad no dejan opción, tienen que migrar para obtener dinero.

"Allá se sufre... si se sufre mucho, no conviene pues estar por allá, pero no hay otra"(Jornalero, 55 años)

Esta es pues, la situación de vida y laboral de los jornaleros migrantes de Coatecas Altas, que condiciona de manera importante su salud, la cual llevan de regreso a la comunidad, esto resulta alarmante en el caso de la tuberculosis pulmonar; porque además que son sujetos vulnerables inmunologicamente hablando, representan cepas de contagio importantes, pues regresan a vivir en las mismas condiciones en las que se fueron: pobreza extrema, hacinamiento y desnutrición.

Conclusiones

Después de este recorrido por las principales características socioeconómicas y culturales de Coatecas Altas, mismas que como se ha observado permean la salud de sus habitantes, quisiera detenerme en la discusión de la antropología médica; si bien la enfermedad es analizada desde el punto de vista social, cultural y ambiental enfatizando sobre todo las concepciones particulares que cada cultura tiene sobre ella, era necesario reconocer, como lo hace Fitzpatrick, una parte importante: como se vive el proceso salud-enfermedad-muerte; como lo experimentan no solo la familia sino el enfermo, como esta experiencia condiciona el uso y reconocimiento de los servicios de salud; sin embargo no debemos perder de vista que el conocimiento de costumbres y creencias sobre la enfermedad permite un mejor acercamiento del clínico hacia los enfermos, la atención médica de calidad es indispensable, a través del escuchar, alentar, reconocer y explicar en términos que el enfermo pueda entender y reconocer su padecimiento.

Podría decir que se trata de un intercambio constante de información entre médico y paciente, nada más difícil que explicar una enfermedad, es, disculpando mi romanticismo, como intentar explicar el amor; se habla de sensaciones, dolores, estados de ánimo que se entrelazan en forma incomprensible para quienes no han experimentado una situación de enfermedad que ponga en riesgo la vida. Es cierto, no solo se enferma el cuerpo, también el alma esta en riesgo, lo

mismo que la salud familiar; un enfermo grave tiene la certeza de la muerte y es cuando más se desea la vida. Esto vuelve más complejo el estudio de la enfermedad, no hablo de un cuerpo enfermo, sino de todo lo que lo envuelve.

En el caso de la tuberculosis, no existe esa retroalimentación entre el enfermo y el médico, ambos desconocen el sentir, actuar y conocer del otro ante este padecimiento, donde sobre todo no existe la información necesaria. En primera instancia el conocer se vuelve indispensable ¿Qué es la tuberculosis pulmonar? ¿Cómo la conciben los individuos desde su perspectiva cultural? ¿Cómo se cura?, el camino en el conocer no solo a la tuberculosis, también a otras enfermedades es largo.

La primera dificultad a la que se enfrenta un enfermo es la búsqueda de atención, cuando esta se logra el siguiente paso es el diagnóstico, que en el caso de enfermedades mortales es, valiéndome de la expresión, angustiante:

Usted tiene SIDA, cáncer, tuberculosis, leucemia o insuficiencia renal, entre otros padecimientos.

Después el tratamiento: quimioterapia, trasplante de órganos,; hay que cortar, operar, amputar.

El pronóstico: la enfermedad está avanzada, usted tiene X tiempo de vida.

¿Cómo se siente el enfermo? ¿Y la familia?, ¿Cómo mejorar la calidad de vida?, ¿Estoy listo para morir?, ¿Qué me falta por hacer?, ¿Me habrán perdonado a quienes ofendí?.

Y la parte económica: medicamentos, tratamientos costosos, operaciones, ¿habrá dinero suficiente?

Las alternativas: acupuntura, herbolaria, aromaterapia, hidroterapia, homeopatía, "limpias", masajes, rezos...

El desgaste y dolor físicos, secreciones, estado de coma...muerte...mi muerte, tu muerte, dolor ante la pérdida, inseguridad e inestabilidad familiar, es duro estar en ambos lados de esta experiencia

Las condiciones de vida, salud, enfermedad y muerte en Coatecas Altas, me hacen pensar en un serio cuestionamiento hacia las políticas de salud pública en México. Si bien teóricamente sientan sus bases en un discurso de inclusión de las ciencias sociales, esto no sucede en la práctica.

La deshumanización de las ciencias biológicas nos presentan solo un cuerpo enfermo, no se toman en cuenta las características sociales, culturales y psicológicas que permean la vida de este, se ve solo como una historia clínica con signos y síntomas, no analizan actitudes y creencias ante la enfermedad.

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública mortal, pero puede prevenirse si se observan las diferencias en su concepción; el constante aumento de todo tipo de enfermedades debe analizarse de manera integral, sin olvidar que el objeto de estudio es el hombre.

La situación de movilidad (migración) hace a estas poblaciones susceptibles ante enfermedades que se pensaban erradicadas como: sarna, paludismo, tuberculosis, entre otras. No puede pensarse en avances hacia la modernidad si retrocedemos en lo fundamental, la salud.

Coatecas Altas es una comunidad que presenta características socioeconómicas y sociodemográficas que se repiten en otras localidades del país; si se intenta proporcionar "salud para todos" debemos pensar en estudios que permitan cumplir con esa tan utópica premisa de la salud pública.

Los enfermos de tuberculosis se encuentran en un estado de orfandad en cuanto a servicios de calidad, la prevención de esta solo llega a un nivel técnico: las campañas de vacunación a niños menores de cinco años, pero, ¿Qué pasa con aquellos que a pesar de esto enferman y mueren de tuberculosis?, esta enfermedad afecta a personas en edad productiva (25 a 44 años) población de mayor representatividad en México; la información sobre este padecimiento es nula o en el mejor de los casos escasa y errónea. Los tratamientos son largos y requieren de disposición por parte de los pacientes y los prestadores de servicios en salud y que decir de la rehabilitación de enfermos mediante la nutrición que se piensa suficiente, higiénica, variada, completa, equilibrada; lo que resulta impensable para los grupos de mayor vulnerabilidad epidemiológica, que viven en condiciones de pobreza extrema, hacinamiento y malnutrición.

Es necesario y urgente conciliar lo biológico y lo social, la salud pública en México tienen que ser replanteada en este sentido, así, la propuesta de este trabajo va orientada a un compromiso multidisciplinario real, que presente alternativas de estudio para una verdadera atención primaria a la salud (medicina preventiva) basadas en la implementación de programas en salud donde se incluyan términos y actitudes propios de la cultura de los individuos, lo mismo si hablamos de zonas urbanas o rurales, no olvidando que la diferencia cultural existe aún donde hay homogeneidad.

ANEXO FOTOGRAFICO

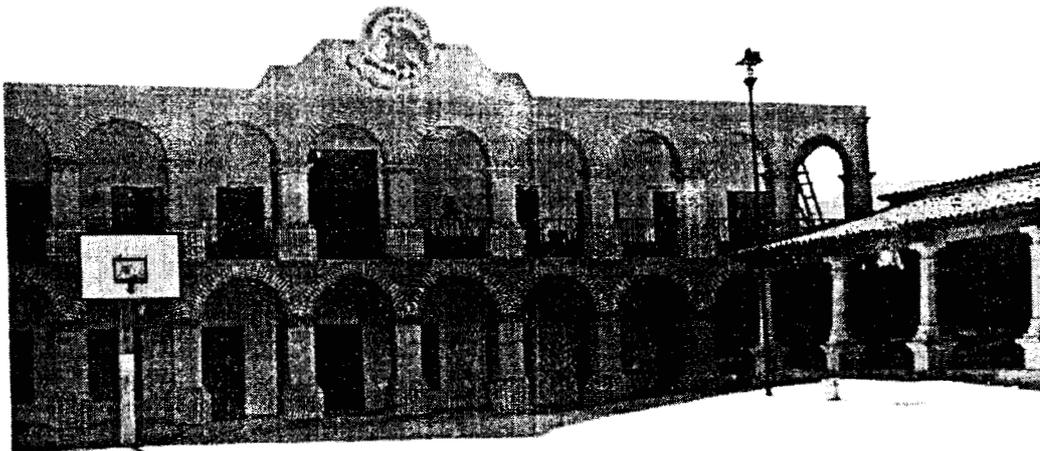
Entrada principal a la comunidad.



Avenida Hidalgo.



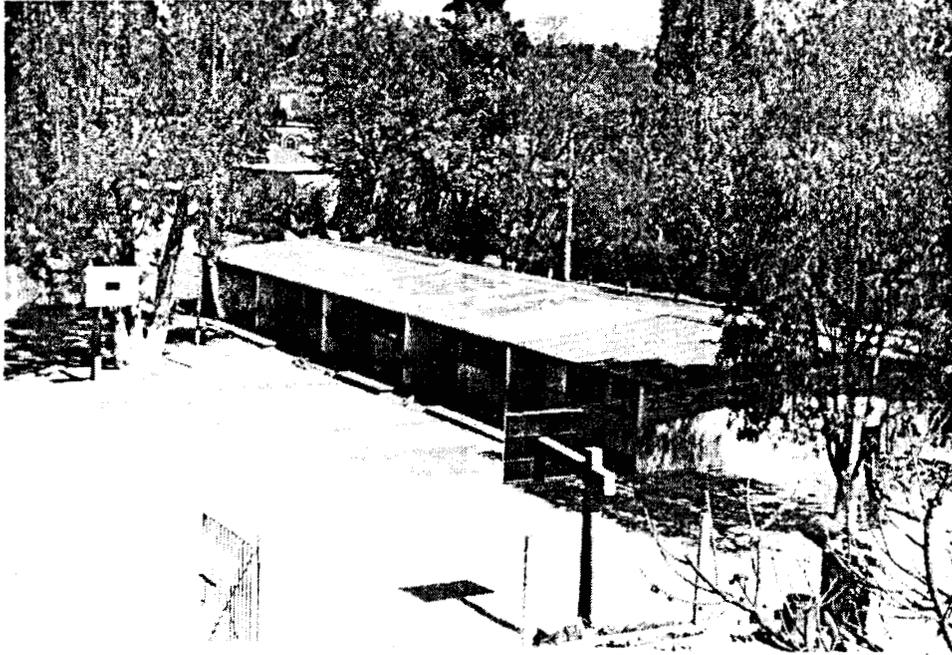
Presidencia municipal remodelada.



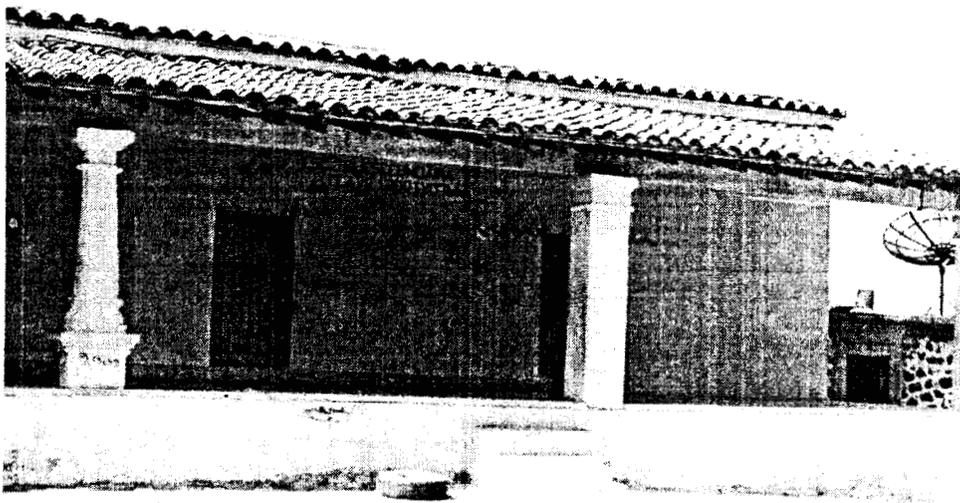
Tienda de comunitaria de DICONSA.



Escuela primaria.



Telesecundaria.



Clínica del IMSS.



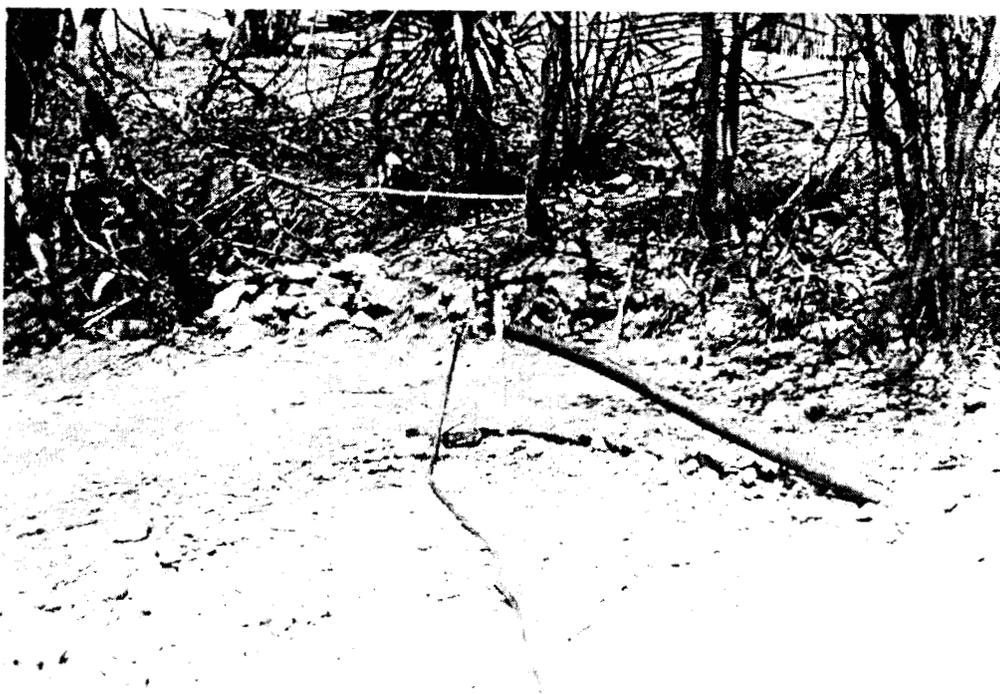
Casa de salud de la SSA, no está en funcionamiento.



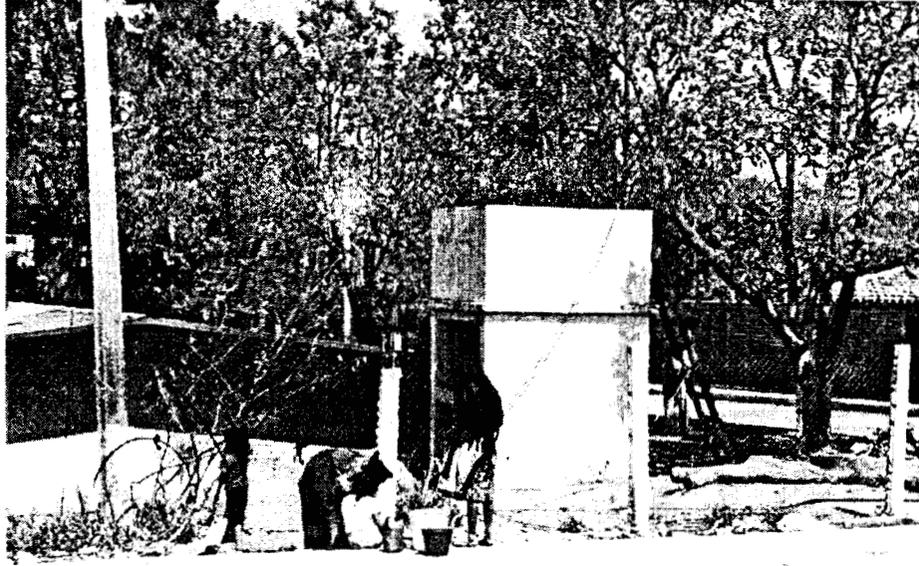
Un ejemplo de los mensajes de salud que hay en la comunidad.



Toma de agua comunitaria.



Familia acarreando agua.



Lecho de río seco.



Imagen de un campo de cultivo.



Artesana, tejiendo palma.



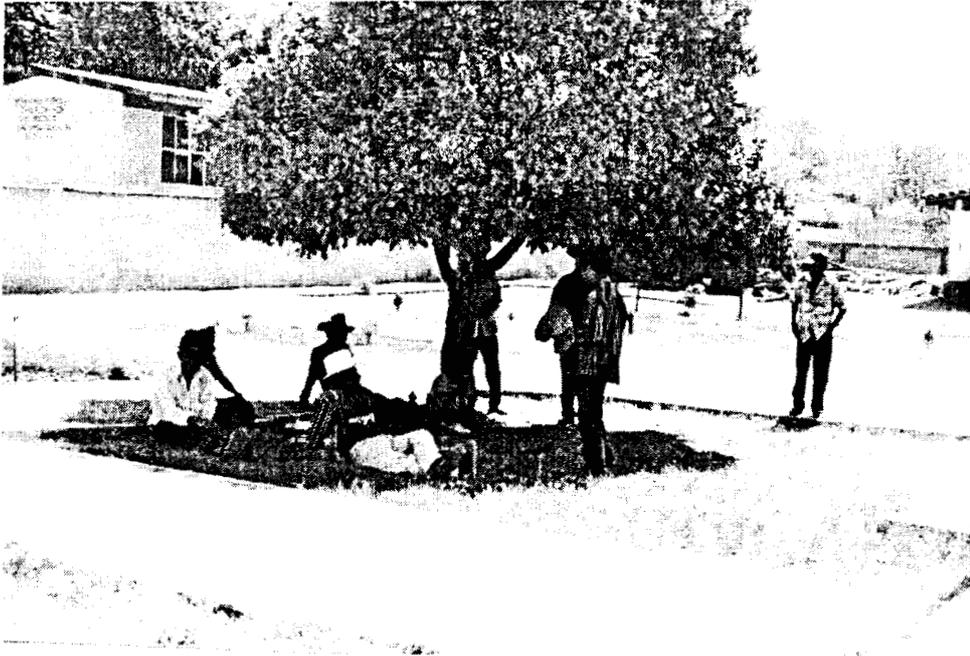
Vivienda tradicional.



Familia de migrantes.



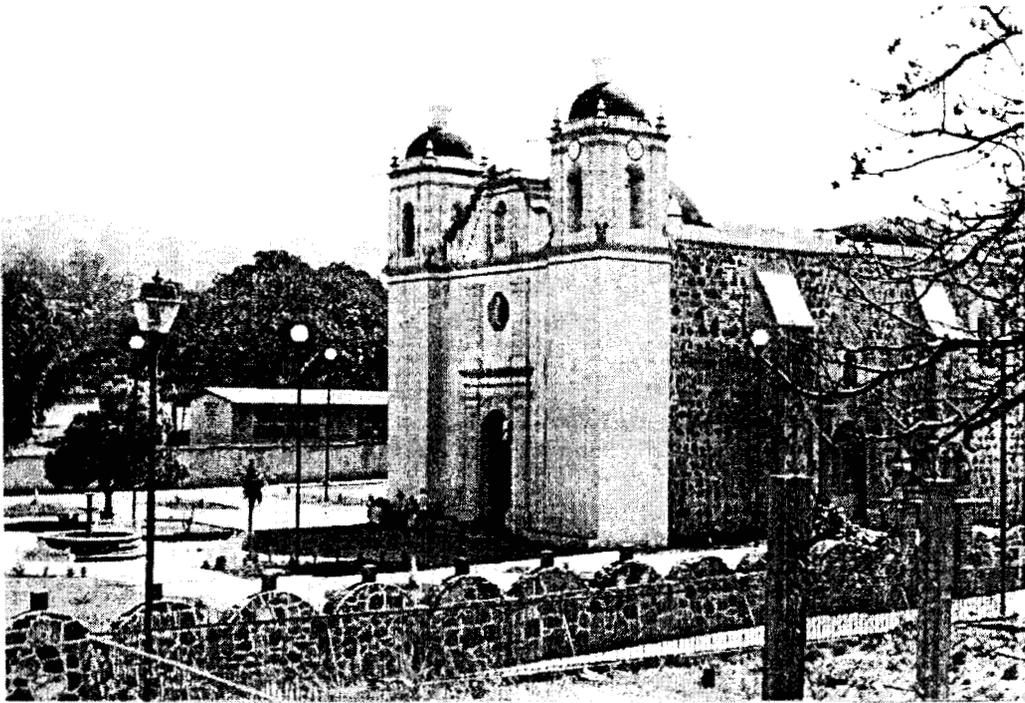
Atrio de la iglesia.



Vista parcial de la primera sección.



En primer plano la iglesia, al fondo el kinder.



Bibliografía Citada

Aguirre Beltrán, Gonzalo
1986

Antropología Médica, Centro de investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social, México.

Carlos, E. A.

1988

"Human factors in the epidemiology of malaria in the Brazilian Amazon", human Organization, 47 (3): 254-260.

Embriz, Arnulfo
1981

Indicadores socioeconómicos de los pueblos indios, Instituto Nacional Indigenista, México.

Fitzpatrick, Ray, et.al.
1990

La enfermedad como experiencia, FCE, México.

INEGI
1990

Censo nacional de población y vivienda, México

Isselbacher, Kurt. et.al.
1993

Principios de medicina interna, Mcgraw Hill Interamericana, España

- Kleinman, Arthur
1981
Patients and healers in the context of culture,
University California press, USA.
- Martínez, Homero, t.al.
1997
"etnografía de la infección respiratoria aguda en una
zona rural del altiplano mexicano", Instituto Nacional
de Salud Pública, 39: 207-216.
- Menegoni, Lorenza
1996
"Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices
in highland Chiapas, México, Medical Anthropology
Quarterly, 10 (3): 381-401.
- Murillo, Fahel
1996
Una aproximación a la tuberculosis pulmonar entre
migrantes en México, estudio de caso del Valle de
Culiacán Sinaloa, UAM, INER.
- Pilheu, J.A.
1996
"Tuberculosis 2000, problems and solutions", The
International Journal of Tuberculosis and Lung
Disease, 2(9): 696-703
- Ponce de León; Samuel
1994
"Tuberculosis: la epidemia regresa", La Jornada
Semanal, marzo,(249).
- Porthero Manssell
1997
"Disease and mobility: a neglected factor in
epidemiology", International Journal of Epidemiology,
6(3): 259-267.

- Romero, Claudia
2000
"La tuberculosis en la época del romanticismo europeo: Un recorrido literario", Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 13(1): 63-64.
- SSA
1980
Dirección general de epidemiología de la Secretaría de Salud, México.
- 1996
Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI, México.
- Velimerovic, Boris
1980
"Los olvidados: la salud de los migrantes", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 89(1): 49-68.
- Voughn, C.E. y J. P. Leff
1976
"The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness", British Journal of Psychiatry, 129: 125-137.

Otra bibliografía

- Ackernetcht, Erwin.
1985 Medicina y Antropología Social, Akal Universitaria, España
- Arispe, Lourdes
s/f Campesinado y migración, SEP, México.
- Brambila, Carlos
1986 Migración y formación familiar en México, COLMEX, México.
- Frenk, Julio
1987 Un modelo conceptual para la investigación en salud pública, SSA, México.
- Grawitz, Madeleine
1975 Métodos y técnicas en las ciencias sociales, Barcelona.
- Lomnitz, Lariza
S/f Como sobreviven los marginados, FCE, México.
- Lozoya, Javier, Zolla, Carlos.
1984 "La medicina invisible", recursos y practicas médicas tradicionales, Folios Menéndez, México.
- SEDESOL
1994 La migración de los jornaleros agrícolas oaxaqueños, estudios de caso, Pronsjag, Oaxaca, México.