

083396

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA
✓ DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL
AREA DE CONCENTRACION: ETNOLOGIA

✓ INVESTIGACION ANTROPOLOGICA
Y MEDICINA:
HACIA UN PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIO

T E S I S

que para acreditar las asignaturas de
"Investigación de Campo" y "Seminario de Investigación"
presenta:

✓ Oscar Iván Eduardo MALDONADO VELASQUEZ

Director del comité de investigación :
Ingrid ROSEMBLUETH
Lectores del comité de investigación :
Cristina DIAZ DE LA SERNA
Carlos GARMA

México, D. F., 1987.

083396

I N D I C E

I.	INDICE	...1
II.	AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA	...3
III.	INTRODUCCION	...4
IV.	CARACTERIZACION ETNOGRAFICA DE TALEA DE CASTRO	...9
V.	ORGANIZACION COMUNITARIA	...22
	a. Talea y su vida política	...22
	b. Trabajo familiar, trabajo individual y trabajo comunitario	...27
	c. Asociaciones	...31
	d. Reflexiones y conclusiones sobre la organización comunitaria	...37
VI.	PANORAMA SALUD-ENFERMEDAD	...40
	a. Medio ambiente físico	...43
	b. Enfermedad	...44
	c. Enfermedades Mágico-populares	...50
	d. Conclusiones preliminares respecto al proceso salud-enfermedad	...54
VI.	PANORAMA MEDICO ASISTENCIAL EN TALEA DE CASTRO	...56
	a. Recursos no personales de salud	...57
	b. Medicina alopática	...60
	c. Medicina tradicional no casera	...71
	d. Medicina casera	...78
	e. Conclusiones preliminares	...79

LHC

LIBRO 25 6879

VII.	HACIA UN PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIO	...81
	a. Recapitulación y consideraciones generales	...83
	b. Objetivos	...90
	c. Estrategias	...92
	d. Estructura y organización	...94
	e. Funciones y operacionalización	...96
VIII.	CONCLUSIONES GENERALES	...104
IX.	NOTAS	...107
X.	BIBLIOGRAFIA	...111

Un reconocimiento a las personas que me ayudaron en alguna forma en la elaboración de esta Tesis, desde su concepción hasta su redacción, con sus críticas y comentarios, con información, con sus consejos y estímulo. Sería difícil mencionarlos sin correr el riesgo de omitir a alguno, espero que todos se sientan involucrados en este reconocimiento. Para ellos mis agradecimientos, de manera especial al pueblo de Talea de Castro, que me proporcionó el material de mi estudio y me brindó su hospitalidad: a él dedico este trabajo.

I N T R O D U C C I O N

La vida del hombre gira alrededor de una dualidad de conceptos: el frío y el calor, la noche y el día, el bien y el mal, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad... Todas las culturas han reconocido un estado de salud y un estado de enfermedad, que si bien pertenecen a la naturaleza del hombre como un ser biológico, tienen, en diferentes grupos, distintas concepciones y asimilaciones. No me refiero a grupos étnicos solamente, sino a todo tipo de grupos humanos: religiosos, laborales, económicos... De esa forma, para un obrero, el estado de enfermedad se manifestará cuando le impida trabajar y repercuta en su ingreso económico, y para el practicante de alguna secta protestante este estado será originado por algún pecado cometido. Todas estas concepciones y variantes de tipo social y cultural en torno al proceso salud-enfermedad se manifiestan en las formas preventivas y curativas de un padecimiento, y se convierten en un tema de interés para el antropólogo.

Empero, no es sólo la antropología la única disciplina no-biológica que se ha motivado por el estudio de lo relativo a la salud y la enfermedad. En los últimos años se ha hecho más generalizado el reconocimiento de que estos dos fenómenos son productos de la sociedad, lo que ha originado el interés de las diferentes ciencias sociales por el estudio del proceso salud-enfermedad, así como de todo lo relacionado con la atención de la salud. Es innegable que la salud y la enfermedad son fenómenos que dependen básicamente de las estructuras socioeconómicas y culturales: esa es la tesis de la cual parten todos los estudios en este campo, lo que implica que para la comprensión y tratamiento de este tema, se toma otra perspectiva, que rebasa la postura bio

logista característica de la profesión médica.

Dentro de esta nueva óptica, se cuestiona la ideología, el desarrollo y el desenvolvimiento de la medicina actual, así como sus campos de acción y su adecuación a los diferentes medios de las sociedades. Sin embargo, el interés de las ciencias sociales por un estudio crítico de la medicina y de su aplicación debe superar la actitud pasiva y a veces estéril en que han caído gran número de investigaciones de este tipo y debe buscar, en la medida de lo posible, una aplicación práctica. Es el momento en que las ciencias sociales busquen su importancia y su justo valor como ciencias que pueden aportar algo, pero esto sólo se puede hacer cuando ellas se acerquen más a los campos de acción práctica.

La antropología social, por ser una ciencia que estudia al hombre como parte de un grupo, tiene mucho que ofrecer a las otras ciencias, y en gran parte, a la medicina humana. Y es que la antropología y la medicina son ciencias con vínculos muy estrechos: ambas estudian al hombre, su ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Médicos y antropólogos pueden entonces, trabajar conjuntamente conociendo los problemas de salud, las carencias asistenciales y capacitándose, junto con los miembros de una comunidad para una mejor promoción sanitaria. En un país como México, (y es el caso general en América Latina), donde existen pocos médicos trabajando en el área rural, y donde la medicina institucional puede tener problemas de adaptación, las soluciones de la asistencia de salud pueden salir del mismo campo. Esto implica la necesidad de "desmedicalización" de los servicios sanitarios, idea que aparece como consecuencia lógica de la com-

prensión social de los fenómenos salud-enfermedad.

Todas las premisas que expuse anteriormente me despertaron la inquietud por conocer las limitaciones de la medicina alópata, occidental, tecnológica, formal, universitaria o institucionalizada en el medio rural en cuanto a su cobertura, adecuación, recursos humanos y materiales, así como en la misma práctica médica. De la misma manera, conocer ese fenómeno de la cultura popular que denominamos "Medicina Tradicional" y conocer su función en una comunidad rural actual, e introduciéndome en la problemática salud-enfermedad, poder sacar un cuerpo de conclusiones que sirvan como base para proponer un programa de salud, emanado de las mismas inquietudes de la población, así como de los practicantes del conocer médico. Y, al pretender ofrecer un programa de salud, es necesario no desconocer la existencia de una organización comunitaria, que es un pilar de apoyo importantísimo en cualquier propuesta de trabajo que se quiera hacer a una localidad. El presente trabajo es el resultado de una investigación realizada con el fin de responder a esas motivaciones personales pero cuyo objetivo principal es el de establecer un puente entre la llamada "Medicina tradicional" y la "Medicina Moderna". Dicha investigación fue realizada con una perspectiva crítica hacia las dos disciplinas a las cuales me he referido: la antropología y la medicina, formulando una nueva reflexión sobre los objetivos y finalidades de los dos campos científicos.

¿Por qué una postura crítica hacia la medicina y hacia la antropología? La problemática salud-enfermedad no es más que una faceta de las carencias existentes en los países del Tercer Mundo, hacia las cuales deberían dirigirse los campos del conocimiento.

Mientras las ciencias médicas estén orientadas casi exclusivamente al tratamiento de casos individuales y aislados, más que al estudio de una medicina social y preventiva, y mientras la formación médica se dirija, por consiguiente, a la capacitación de médicos urbanos, más que a la de médicos rurales, muchas deficiencias en el trabajo rural serán pasadas por alto, y por ende, la medicina será una profesión universitaria incapaz de hacer frente a muchas de las necesidades de la población. Por su parte, la antropología social, al hacer trabajos puramente investigativos sin reflexionar en una posible aplicación a posteriori de lo que ella puede proponer con base a lo estudiado, permanece en una posición muy similar, aislándose de los problemas sociales, lo que entra en una contradicción con el carácter "social" que por si misma debe tener.

Para realizar la investigación que me dió el material para este trabajo, escogí una comunidad del estado de Oaxaca, uno de los más desprotegidos es cuestión sanitario-asistencial en la República Mexicana. Dicha comunidad, Talea de Castro, me ofrecía un universo de estudio idóneo para esta labor ya que cuenta tanto con médicos alópatas, como con un buen número de terapeutas tradicionales. Con una población arriba de los 4 000 habitantes, de origen zapoteco, podía introducirme en los problemas de salud y enfermedad, y conocer las especificidades de ese lugar a fin de proponer el programa de salud comunitario que surgiera de los intereses de las personas de la localidad.

A través de los siguientes capítulos, y después de describir a Talea de Castro en una caracterización etnográfica, haré referencia de los panoramas salud-enfermedad y médico-asistencial que

junto con el conocimiento de la organización comunitaria del pueblo, me sirven como punto de partida para el programa de salud al que ya he aludido.

Así, esta tesis pretende mostrar uno de los aspectos en que la antropología puede ser una ciencia práctica, al proponer, a pequeña escala, un programa, el cual a su vez mostrará que en todos los aspectos, y en este caso en salud, la ciudad y el campo son dos ámbitos específicos que exigen respuestas particulares, de la misma forma como sucede con el mundo desarrollado y el mundo en desarrollo. A la vez, mostraré como la antropología y la medicina son ciencias afines cuyos trabajos unidos sólo pueden en-caminarse al beneficio y la comprensión entre los hombres.

CARACTERIZACION ETNOGRAFICA DE TALEA DE CASTRO

"... Estos son los dos sacerdotes que tuvo la bondad de obsequiarnos, trayendo éstos la Ley de Dios y junto con ellos pedimos al Rey Cortés para que él eligiera que Santo había de ser el Patrón de nuestro pueblo, entonces se resolvió en darnos un Santo que es San Miguel Arcángel, entregándolo en poder de Fray Bartolomé de Olmedo, destinado a ser patrón de nuestro pueblo..."¹

Este es un fragmento de la Memoria y Probanza de la fundación del pueblo de Talea, hoy Villa de Castro, copia hecha en 1908 de un desaparecido documento original de 1525, que se guarda en los archivos de la Presidencia Municipal de Talea de Castro, como el más antiguo documento histórico que se tiene de este lugar. Se trata de la narración de tres 'Abuelos' de esta localidad que emprendieron un viaje a Yehudao Ziquita (antiguo nombre zapoteco de la Ciudad de México), junto con los 'Abuelos' de otros pueblos vecinos, con el fin de pedir a Hernán Cortés que los bautizara y que los introdujera en la fe cristiana. Fue así como los representantes de Talea, Nalao "Vista mirando", Hualatzé "Víbora sorda", y Yolima "Tierra productiva" fueron bautizados por Fray Domingo Quinaquil de Cortés con los nombres de Don Juan Nalao, Don Pedro Hualatzé y Don Bartolomé Yolima, respectivamente.

Un tiempo más tarde los 'Abuelos' regresaron a esta región, acompañados de los dos sacerdotes que Cortés les había asignado, y en un sitio llamado "Lachi'ralea" (Valle de Talea), dispusieron la construcción de una iglesia y, alrededor de ella, el pueblo. Son pocos los documentos históricos que existen y que narran lo que sucedió después, pero según la tradición oral se cree que el lugar donde se asentó el pueblo en un inicio quedaba un poco más al sur, pero ya que allí no se tenía suficiente agua, se tuvo que

trasladar a su actual ubicación.

Talea debe su nombre a la expresión zapoteca "HRALE'HA", que significa "a orilla del patio". Un acta levantada en diciembre de 1889 informa que en esa fecha se elevó a este pueblo a la categoría de villa, y en honor a su benefactor, Dn. Miguel Castro, en a delante se llamó Villa Talea de Castro. Esta localidad es actualmente la cabecera del municipio oaxaqueño del mismo nombre, que limita al norte con el de San Juan Yaée, al noreste y este con el de Santiago Lalopa, al sureste con San Juan Tabaá, al suroeste con San Juan Juquila Vijanos y al oeste con San Juan Tanetze de Zaragoza. Talea de Castro es jurisdicción del distrito de Villa Alta y cuenta con tres agencias municipales que son Otatitlán de Morelos y San Bartolomé Yatoni, al oriente, y la Ex-hacienda de Santa Gertrudis, al sur. La cabecera municipal se encuentra asentada sobre un cerro, en un terreno sumamente pendiente, característico de la Sierra de Juárez. Ubicada en una región conocida como "El Rincón", Talea está en un terreno en declive, cuya parte alta está al oeste y norte, y la baja al este y sur.

Debido a lo accidentado del terreno de la Sierra de Juárez, y a que Talea no se encuentra en una situación privilegiada para la economía nacional, las comunicaciones terrestres tardaron tiempo en llegar. Sólo hasta 1959 se pudo terminar la carretera que une a la localidad con el lugar conocido como Las Maravillas, en donde ya había una carretera rumbo a Ixtlán de Juárez. El tramo Talea-Ixtlán, de terracería, enlaza con la carretera asfaltada Oaxaca-Tuxtepec y de esa forma se une a Talea de Castro con la Ciudad de Oaxaca, en una distancia de 127 kilómetros. Del pueblo existen también caminos de terracería hacia El Porvenir (en el mu

nicipio de San Juan Juquila Vijanos), la Ex-hacienda de Santa Gertrudis y a Otatitlán de Morelos, San Bartolomé Yatoni y Santiago Lalopa.

A partir de 1979, los taleanos empezaron a estar comunicados con la capital del estado por el servicio regular diario de transporte de la Cooperativa Benito Juárez, cuyos autobuses de pasajeros salen de Oaxaca a las 12:00 horas de la terminal de segunda clase y llegan después de un recorrido de aproximadamente seis horas y media; el viaje en sentido contrario sale a las 08:00 horas. El alza general en los precios del transporte hace que el costo del pasaje aumente a razón del 25% trimestralmente, y el boleto, en noviembre de 1987 tuvo un precio de 3365 pesos.

El pueblo cuenta con una oficina de correos y con reparto postal a domicilio, la correspondencia llega tres veces por semana (los días lunes, miércoles y viernes) y sale con la misma frecuencia (los martes, jueves y sábados). Existe también una oficina de telégrafos, que ofrece la única alternativa de comunicación rápida con otra localidades. A pesar que desde hace un tiempo la autoridad municipal está solicitando a la empresa Teléfonos de México la instalación del servicio de telefonía, los trámites no han tenido ningún resultado satisfactorio. Según esta empresa de comunicaciones, el teléfono podría ser eventualmente instalado en 1989.

Durante el mes de octubre de 1987, la autoridad municipal efectuó un censo de población con el fin de conocer el número de habitantes de la comunidad. Debido a que no se sigue ningún criterio formal en la recolección de datos, tanto censos anteriores, como el realizado este año, muestran cifras poco aproximadas, de dudosa exactitud, y al cotejarlas muestran una serie de altiba

jos. Sólo de una forma tentativa, se puede decir que en la cabecera municipal de Talea de Castro hay una población aproximada a los 4200 habitantes. Se trata de una población muy joven, ya que según los censos realizados se puede estimar que el 40% de los pobladores no tienen una edad de más de quince años.

En lo que concierne a la educación, la comunidad está servida por tres establecimientos de enseñanza. Uno de ellos es el Jardín de Niños "Moisés Saenz", a donde acuden 60 infantes comprendidos entre los 3 y 5 años de edad, que están al cuidado de dos educadoras. La Escuela Primaria "Unificación" recibe a 380 alumnos de primero a sexto grado, que están atendidos únicamente por 14 profesores, lo que hace que existan grupos muy numerosos de hasta 50 y 55 estudiantes. Por su parte, la Escuela Secundaria Técnica 91 muestra un descenso en la población estudiantil al no tener más que 104 alumnos, lo que se debe en parte a que a partir de los trece y catorce años, los jóvenes empiezan a tomar parte activa en el trabajo del campo. Además es obvio que la distancia de cinco kilómetros entre el pueblo y la escuela, que se debe de recorrer a pie a falta de un transporte, no motiva mucho a los estudiantes para asistir a los cursos. Pero una razón importante en la interupción de los estudios es que para muchos éstos quedan vedados por cuestiones económicas ya que en la secundaria los libros de texto ya no son gratuitos y se tienen que comprar en la ciudad de Oaxaca por que no son conseguibles en la comunidad. Como apoyo económico, los cursantes de secundaria tratan de conseguir becas por parte de la Secretaría de Educación Pública o del Instituto Nacional Indigenista, pero el monto de esas bolsas de estudio no supera la paupérrima suma de 1 800 y 1 500 pe-

sos, respectivamente. Después de los estudios se secundaria, el acceso al bachillerato sólo es permitido a quienes tienen un ingreso económico considerable, ya que al no existir un establecimiento de enseñanza media superior en Talea, los interesados deben continuar sus estudios en otro lugar.

A nivel primaria y secundaria, la educación se rige según los programas oficiales dictados por la secretaria responsable. Sin embargo, en mucho es claro que tales programas no corresponden a algo que sea fructífero en la vida cotidiana de los taleanos. En la Escuela Secundaria, por ejemplo, el programa exige que el estudiante aprenda el idioma inglés, hacia lo cual hay poco interés ya que no tiene ninguna aplicación en la vida del campesino. En contraposición a eso, el zapoteco, la lengua del lugar, pierde cada vez más terreno dentro de las generaciones jóvenes. En Talea se habla una de las 16 variantes de la lengua zapoteca², conocida como zapoteco del Rincón, que se utiliza sobretodo en las pláticas familiares y con los conocidos originarios de la zona. Algunos ancianos y campesinos son casi monolingües o tienen pocos conocimientos del castellano. Sin embargo, la mayoría de la población es perfectamente bilingüe, aunque, como dije con anterioridad los jóvenes tienen cada vez menos conocimientos de la lengua autóctona.

La gente en Talea se ocupa en su gran mayoría al trabajo agrícola, principal actividad económica de la región. En los últimos años, un cultivo no tradicional, el café, ha tenido un auge considerable, convirtiéndose en el principal producto de cultivo en la actualidad, ya que la zona es propicia por reunir ciertas características "claves" como lo son la altura sobre el nivel del mar, y la humedad. Los campesinos tienen sus parcelas cultivadas

a distancias que van desde la media hora hasta las cuatro horas de recorrido a pié, por lo que muchos permanecen en sus 'ranchos' cinco días a la semana y vuelven al pueblo los días domingo y lunes. La cosecha del fruto del cafeto se lleva a cabo de noviembre a abril, dependiendo del lugar donde se encuentre la plantación, debido a que la altitud influye en el desarrollo del fruto. De esa manera, dada la topografía del terreno en la zona, en las partes bajas (tierras cálidas), la cosecha se hace de noviembre a enero; en las partes intermedias (tierras templadas), de enero a marzo y en las altas (tierras frías), en marzo y abril.

Terminada la cosecha de café, los agricultores sólo tienen dos alternativas para su producto: venderlo al Instituto Mexicano del Café, o colocarlo de la mejor manera posible en el mercado privado. Sin embargo, cualquiera que sea la salida que se tome para vender el café, el productor no percibe las ganancias que debería obtener.

Con respecto al IMECAFE, al tratarse de una empresa paraestatal, busca la manera de cómo obtener mejores ganancias regulando los precios del mercado nacional a cantidades irrisorias comparadas con los precios que se obtiene del producto en el mercado internacional, que se fijan en dólares americanos por la Organización Internacional de Países Productores de Café, con sede en Londres. Y, al fijar a bajo costo los precios de café, quienes son los más beneficiados resultan ser los intermediarios, quienes obtienen jugosos beneficios.

En el mes de enero, el IMECAFE fija un precio que se mantiene hasta el mes de mayo, y con base a tal cantidad el libre comerciante fija la cantidad que él va a pagar. En la temporada 1987,

la arroba de café (once kilos y medio) fue comprada por el Instituto a poco más de los 14 500 pesos, mientras que en el comercio libre se vendió a 16 000. Sin embargo, existe algunas ventajas que atraen al productor hacia el IMECAFE, y por consiguiente, lo hacen que venda parte de su cosecha a esa institución. Existe una organización filial del Instituto, llamada Unión Económica de productores y Comerciantes de Café (UEPC), de la cual hay que ser miembro para obtener los beneficios del IMECAFE. De esa forma, un productor puede pedir un crédito al Instituto Mexicano del Café de hasta 10.000 pesos por bulto de 60 kilos que estime cosechar en la temporada por venir, lo que pagará únicamente en especie, sin intereses, con base al precio del producto en la fecha que se le otorgó. Así mismo, los socios de la UEPC tienen la oportunidad de conseguir fertilizantes a muy bajo costo (a 6 000 pesos el bulto de 50 kilos, mientras que en el comercio cuesta 11 000 pesos la misma cantidad) y a crédito, a lo que se suma una asistencia técnica para el manejo de cafetales, podas, desombres y fertilización. Otra ventaja que reciben los socios es un seguro en caso de muerte de medio millón de pesos que reciben los familiares del productor asegurados con una prima anual de 1040 pesos.

Quienes se han asociados al IMECAFE deben de solicitar todos los años un préstamo, lo que los obliga a vender siempre una parte de su cosecha a esa institución. Los productores no asociados tienen la ocasión de vender también parte de su producción si eso les conviene, lo que sólo sucede cuando los precios del café bajan súbitamente y se refugian en los precios que el instituto fijó por una temporalidad.

En lo que concierne al libre comercio, a pesar de que existen varios compradores, no sólo de la producción de Talea, sino de la de la región, es sobretodo uno quien tiene una hegemonía frente a los demás. Los beneficios de la intermediariedad, sobre todo en esta persona, son obvios, y más aún cuando se comparan con los del pequeño productor. La gente dedicada al mercado del café aumenta sus beneficios gracias al bajo costo en que el IME-CAFE cotiza el grano, precio que les sirve de base para fijar el suyo, como dije anteriormente, logrando, al dar un precio más elevado, acaparar la producción.

La pimienta es otro de los cultivos no-tradicionales que se ha incorporado en esta zona, cuyo comercio después de la cosecha encuentra dificultades muy similares a las del café. Con el fin de conseguir un mejor postor para su producto, los cultivadores de pimienta hacen viajes a la Ciudad de México o Oaxaca y así evitar al acaparador local. A diferencia del café que se destina casi en exclusiva a la exportación, la pimienta permanece en el mercado nacional.

Los taleanos cultivan además maíz y frijol, que son la base de su dieta, por lo que su producción sirve para el autoconsumo. Se siembra sobretodo maíz de tres tipos: el maíz grande, llamado "de monte" (se siembra en la primera quincena de febrero y se cosecha en la primera quincena de diciembre), maíz amarillo (sembrado en marzo y cosechado la primera quincena de noviembre) y maíz blanco (que se siembra en la segunda quincena de mayo y se cosecha en la primera quincena de noviembre). En cuanto al frijol, las dos variedades sembradas en mayo ("cuarenteno" y "delgado"), se cosechan a fin del mes de junio y de septiembre, cada

uno.

Talea de Castro muestra claramente los grupos económicos que en ella viven y que se sitúan en tres niveles. Uno de estos grupos abarca desde los multimillonarios acaparadores de productos agrícolas, hasta los profesionales que laboran en la localidad, e incluye a agricultores con porciones considerables de terreno, que pueden pagar el servicio de peones en temporadas de cosecha (pero no llegan a ser grandes propietarios), y dueños de negocios (tiendas de ropa, misceláneas, ferreterías, comedores, bares) quienes además, también son agricultores. Un segundo grupo se compone de personas con un nivel socioeconómico medio con respecto al resto de taleanos, que se compone esencialmente de los profesores de los centros de enseñanza, así como de pequeños comerciantes (panaderos, vendedores de panela...). El tercer grupo incluye a campesinos cuyas pequeñas propiedades, dedicadas casi sólo al cultivo de productos para el autoconsumo, no les dan más que uno, dos o tres quintales de café en cada cosecha y, para ampliar sus ingresos económicos, se emplean en temporadas agrícolas como mano de obra y venden, según sus necesidades, un ínfimo excedente de maíz, frijol u otros cultivos en el mercado local que se lleva a cabo los días lunes.

Dentro del pueblo, los grupos económicos tienen una situación que ubica las viviendas de las personas con más ingresos al sur de la localidad, en las cercanías de la plaza pública y en las márgenes de la carretera. Los de bajos ingresos, en cambio, viven en la parte norte, en la periferia, a en lugares accesibles por brechas.

La unidad doméstica taleana se compone en la mayoría de los casos por la familia nuclear, pero se guarda siempre estrechos lazos de solidaridad en la familia extensa y entre compadres. Por lo general, existe una fuerte tendencia a la virilocalidad, por

lo que no siempre reciben las mujeres como herencia un terreno. Dado que el crecimiento demográfico empieza a tener mucha influencia en la repartición familiar de la tierra, algunos taleanos deciden emigrar a las grandes ciudades o a los Estados Unidos en busca de alguna actividad económica, debido a que el cultivo de una parcela minúscula no les resulta rentable y que independientemente del campo, y quizá también el comercio, Talea no ofrece ninguna otra alternativa laboral. Al respecto, Hirabayashi, en su estudio sobre la migración de la gente de Talea hacia la Ciudad de México³, clasifica los factores de expulsión del pueblo y atracción hacia el Distrito Federal en tres niveles, de la manera siguiente:⁴

	EXPULSION	ATRACCION
FACTOR ECONOMICO	pobreza en el pueblo.	trabajos urbanos.
FACTOR SOCIAL	conflictos de tipo familiar o de facción en el pueblo.	facilidad de incorporación a través de los lazos familiares
FACTOR DE ASPIRACIONES.	carencia de oportunidades en el pueblo.	más oportunidades en la ciudad

En dicho estudio, el autor hace especial referencia a la solidaridad, sentido de asociación y de ayuda mutua como un elemento de fuerte atracción del taleano hacia sus paisanos residentes en la ciudad. Esas tres características de los habitantes de Talea son de un interés especial para conocer la organización comunita

ria, que será el tema central del próximo capítulo.

En lo que concierne a la religión, la mayor parte de la población de Talea es católica, aunque existen ciertos grupúsculos protestantes que, en suma, no superan los 120 practicantes. San Miguel Talea de Castro, como se conoce también a esta comunidad, es cabecera parroquial, y tiene a su cargo a nueve pueblos vecinos, de los cuales uno, Las Delicias, no es tomado en cuenta por el párroco ya que es protestante casi en su totalidad. A pesar que en esas localidades hay comisiones que administran los fondos de la iglesia, en Talea esa labor es realizada por el párroco, quien en su trabajo es ayudado por 31 sacristanes, que se encargan de cuidar y asear el templo un día cada mes y son coordinados por dos sacristanes mayores. Además del templo católico, cuya construcción se terminó en 1922, hay en el pueblo siete capillas distribuidas en todos los sectores.

Las fiestas locales son todas de origen católico. El 29 de septiembre es el día del Santo Patrono, San Miguel Arcángel, y para esa ocasión, los festejos empiezan dos días antes. Sin embargo, la festividad más grande del pueblo es la que celebran el tercer domingo de enero, dedicada al Dulce Nombre de Jesús. Una razón económica podría ser el motivo que ésta sea más importante que la del Santo Patrono, ya que al realizarse en el mes de enero, las personas empiezan a tener los ingresos provenientes de sus cosechas de café. Otras fiestas, de menor renombre, son las de la Virgen del Rosario, en enero; del Corazón de María, en mayo; del Corazón de Jesús y de la Virgen del Carmen, en julio y la de Santa Cecilia, patrona de los músicos, en noviembre. La celebración del día de muertos, que empieza desde la víspera con u

na visita con la banda musical al panteón, es también un festival gastronómico, en el cual se d dican platillos a los familiares fallecidos.

Anteriormente, para la realización de las fiestas, se escogía en el pueblo a un mayordomo, quien era el encargado de organizar esos eventos y de solventar todos los gastos. La crisis económica hizo romper desde hace mucho tiempo esa tradición, y se creó en su lugar una comisión de festejos, que se encarga de coleccionar las contribuciones de los ciudadanos, así como de la organización de las fiestas.

En la comunidad hay tres grupos protestantes que son los Pentecosteses, quienes han trabajado en el lugar por más de quince años, los Presbiterianos y los Testigos de Jehová. Sin embargo, en el pueblo no son ni bien vistas, ni bien acogidas estas agrupaciones religiosas.

Hace algunos años hizo su aparición en la localidad el Instituto Lingüístico de Verano, cuyos miembros tradujeron al zapoteco del Rincón la Biblia, con el fin de hacer más adeptos. Sin embargo, sus actividades no fueron bien aceptadas por la mayoría de la población, al darse cuenta que quienes participaban con ellos, ya no lo hacían en la vida social del pueblo, ni en la organización comunitaria de los taleanos. De esa forma se crearon fuertes fricciones, que afloraban sobretodo en los molinos de nixtamal y en los lavaderos públicos. Surgió entonces un grupo de jóvenes llamado Comité pro Defensa de los Derechos del Pueblo (CO-PRODEP), que convocó a una asamblea general en la cual se acordó expulsar del pueblo a los pastores evangélicos de esa organización. Empero, unos años más tarde, éstos fueron reemplazados por

otros, y para expulsarlos de nuevo hubo que recurrir a la Secretaría de Gobernación, ya que en todas las ocasiones se trató de pastores norteamericanos, y así se logró su salida definitiva del territorio mexicano.

ORGANIZACION COMUNITARIA

/ La organización comunitaria en Talea de Castro merece un apartado especial en este trabajo, primero, por tratarse de un tipo de organización muy especial, característico de muchos pueblos de la Sierra de Juárez; segundo, porque al conocerla, se conoce a la vez las formas en las cuales la comunidad se desenvuelve para hacer frente a ciertos problemas y necesidades; y tercero, porque sólo en la medida en que se conozca su funcionamiento, se podrá proponer un programa que sea llevado por la población y que esté situado dentro de su sistema organizativo./

Debido a que esta investigación tuvo desde sus proyectos la idea de buscar los elementos útiles de la localidad estudiada, a fin de que, conjugándolos, se logre una propuesta de programa de salud comunitario, se hacía imperativa "la necesidad de conocer la estructura social que rige la conducta de sus miembros, la medida en que satisfacen sus necesidades primarias y secundarias, los recursos que se disponen para ello y las condiciones con que aprovechan dichos recursos."⁵

La organización comunitaria, la organización del trabajo y la organización política son tres elementos de la vida de Talea que van de la mano y que, para su mejor comprensión tomo en este capítulo en forma conjunta.

a. Talea de Castro y su vida política.

La vida política de Talea gira alrededor de la Asamblea General de Ciudadanos que es, en ningún sentido figurado sino en claro sentido estricto, la máxima autoridad del pueblo. Es allí donde, cada tres años, se elige a los representantes de la comunidad que formarán la autoridad municipal. Todos los taleanos hom

bres, mayores de 18 años, tienen voz y voto para participar en las discusiones de la Asamblea, y escoger de entre sus conciudadanos a quienes se juzgue los más aptos para desempeñar un cargo. De esa manera, después de proponer a distintas personas, de analizar elementos en contra o a favor de ellas y de nombrarlas a sus futuras funciones por acuerdo mayoritario, se forman tres equipos, cada uno de los cuales cumplirá con sus atribuciones políticas por espacio de un año. Se trata de equipos con gente distinta y con el número necesario para cubrir todos los cargos que las normas municipales exigen. Cuando un taleano es elegido para ocupar algún puesto en la vida política municipal, no puede dar marcha atrás ya que está socialmente obligado a cumplirlo, como muchos antes lo han hecho y seguirán haciendo. La temporalidad de dichos puestos nunca excede los doce meses, debido a que por esas labores el ciudadano no recibe salario alguno. Si por alguna eventualidad el nombrado para un cargo menor (policía, secretario...) no puede cumplir con su obligación, puede pagar a otro ciudadano quien prestará sus servicios en su lugar.

La Asamblea General, como principal autoridad de Talea, tiene, de igual forma, el poder de exigir el buen desempeño de las actividades de sus representantes municipales en turno, y si el caso lo amerita, de destituirlos y elegir a sus reemplazantes. A simismo, la Asamblea se informa de las actividades de sus funcionarios, al reunirse ordinariamente cada sesenta días. Si por alguna razón llegara a ser necesario, los ciudadanos pueden ser convocados a una Asamblea extraordinaria.

La lista de cargos públicos está encabezada por el Presidente Municipal, quien preside todas la Asambleas Generales y está al

frente de la organización administrativa. Laura Nader, en una de sus publicaciones de 1964⁶, hace resaltar la participación del Presidente Municipal en el sistema legal del pueblo, como conciliador de disputas y riñas, así como la persona indicada en restaurar y mantener las buenas relaciones entre los habitantes⁷. En lo que a esto respecta, es asistido por un Síndico Municipal, quien atiende las cuestiones legales oficiales como representante del Ministerio Público, y por un Alcalde, quien tiene las funciones de juez. Ya que el síndico se dedica también a otras actividades, como la organización del trabajo en las obras públicas, la Asamblea de Ciudadanos aprobó que, a partir de este año, él cuente con un secretario que lo auxilia en su labor.

El Secretario Municipal es el representante del Registro Civil, y como tal es el encargado de la elaboración de documentos oficiales y de refrendar la correspondencia. Para manejar los ingresos y egresos económicos del municipio y administrar los fondos, el pueblo de Talea cuenta también con con Tesorero Municipal, quien trabaja conjuntamente con un Regidor de Hacienda, encargado de cobrar los impuestos a los vendedores del mercado en "los días de plaza", así como de autorizar cualquier gasto que haga la Tesorería.

Se cuenta también con otros tres regidores: de educación, de tránsito y de salud. El primero de ellos vela por el buen funcionamiento de los centros de enseñanza de la localidad, así como del trabajo que desempeñan los profesores. El segundo vigila que las calles no se obstruyan por ningún vehículo de carga y actúa en la eventualidad de algún accidente. El Regidor de Salud, por su parte, trabaja en coordinación con las enfermeras del Cen

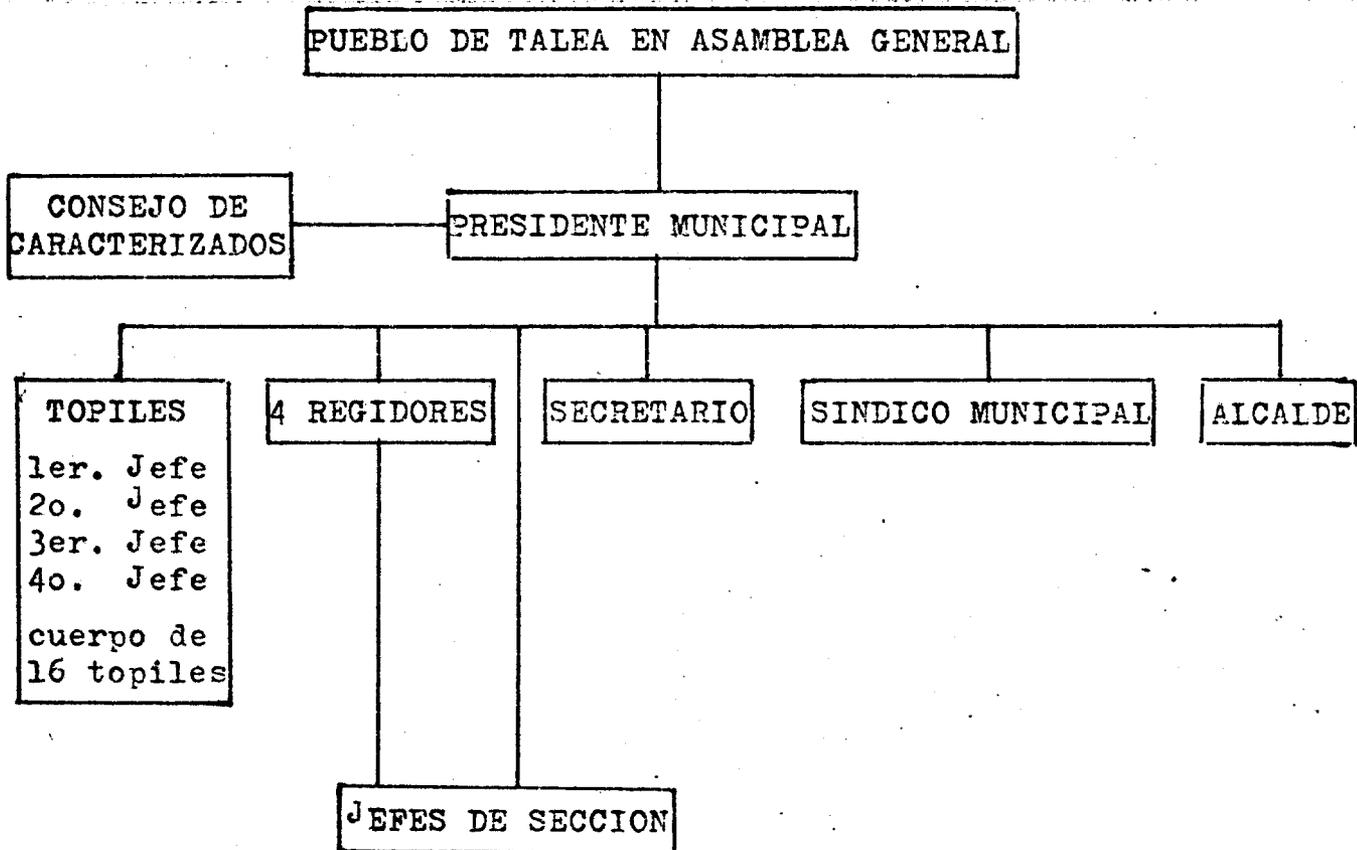
tro de Salud en la revisión de los puestos de carne, los días de mercado, a fin de constatar el aseo y el buen estado del producto; se ocupa, además, de la limpieza de los lugares públicos, con la ayuda de dos personas llamadas "Jefes de Sección".

Los "Topiles" o policías están coordinados por un jefe y se turnan en su trabajo. Para ello, los veinte miembros del cuerpo están divididos en cuatro grupos de cuatro personas, que tienen al frente a un "Teniente".

La organización política de Talea no estaría completa si no se toma en cuenta al Consejo de Caracterizados, un grupo de carácter consultivo que tiene su origen en los antiguos Consejos de Ancianos. Los originarios del lugar que tenían ya una edad avanzada y que se habían hecho merecedores de un gran respeto social debido a los cargos que desempeñaron en su vida, a la experiencia en situaciones difíciles que habían acumulado, y a su participación en tareas de beneficio para el pueblo, eran invitados a formar parte de un grupo de personas similares, a quienes se acudía en casos de grandes problemas, conflictos o de decisiones duras y comprometedoras. Quienes cumplían con esas características eran llamados "Caracterizados", nombre con el que se conoce en Talea y en la región a las personas que tienen un prestigio singular. Hoy en día, la noción de Caracterizado ha cambiado en mucho de lo que se entendía en el pasado, sin embargo aún sigue conservando algunos de sus elementos iniciales. El "Caracterizado" actual es una persona bien conocida en el pueblo, casi siempre apreciado por ciertas virtudes, aunque no tenga forzosamente una edad avanzada, haya cumplido un cargo de importancia o tenga una larga experiencia en la vida. Los miembros

del Consejo son elegidos por la autoridad municipal, con la debi da aprobación de la Asamblea General de Ciudadanos, y serán cita dos, cuando la ocasión lo amerita, como un apoyo o consulta para los representantes del pueblo en la Presidencia Municipal.

AUTORIDAD MUNICIPAL



b. Trabajo familiar, trabajo individual y trabajo comunitario.

Es necesario hacer referencia a cómo se organiza el trabajo familiar e individual, y comprender cómo se establecen redes de solidaridad y ayuda mutua en el trabajo entre los taleanos, antes de entrar de lleno a una explicación de lo que es el trabajo comunitario en esta localidad.

Al considerar las formas en que las familias están organizadas internamente en grupos de producción, hay que hacer notar la división básica del trabajo entre hombres y mujeres. El núcleo masculino se dedica a la agricultura, el comercio y la política esencialmente, mientras que el de las mujeres permanece en las tareas del hogar, el vestido y la preparación de alimentos. Sin embargo, existen algunas actividades que hacen los dos grupos, "juntos, hombres y mujeres, cuidan a los animales, recojen leña, cosechan el producto y venden cualquier excedente que lleguen a tener"⁸. En las familias que no pueden pagar mozos, pero que todavía tienen un considerable terreno cultivable, el equipo de trabajo agrícola más común es el que forma un hombre con sus hijos solteros.

Con anterioridad se hizo referencia a los efectos del crecimiento de la población en la distribución de la tierra, fenómeno que en gran medida ha favorecido el desarrollo de las tradicionales manifestaciones de ayuda mutua. Muchos padres favorecen la formación escolar de sus hijos al no poder heredarles grandes extensiones de terreno, lo que significa que durante cinco días carece de ayuda en el trabajo agrícola, y por consiguiente recurren al trabajo en compañía con otras personas o a la gozona, ayuda mutua basada en el intercambio de mano de obra personal por mano de

obra personal a corto o largo plazo. Cuando los ayudantes se trasladan a otro lugar para el trabajo, quien los recibe debe proporcionarles comida y bebida, y cuando se trata de varios ayudantes, se lleva un registro de su participación con el fin de corresponder a todos, ya que la única regla estricta de la gozona es la reciprocidad. Si un hombre no puede corresponder personalmente, debe emplear los servicios de un trabajador para que ocupe su lugar.

La más clara expresión del trabajo comunitario se encuentra en el tequio, que corresponde al trabajo no-remunerado que cada taleano comprendido entre los 18 y 60 años debe ofrecer al municipio y que es empleado para la construcción de obras públicas o para labores de interés comunitario. El tequio es organizado por la Autoridad Municipal (por el Síndico y el Presidente), distribuyendo el trabajo en partes iguales, de acuerdo a la dimensión de la obra que se emprende. Por lo general, cada taleano da un día de trabajo para la labor que se está realizando, a menos que ésta amerite más o que la persona no haya culminado su tarea en el mismo día.

El Síndico Municipal lleva un registro de las personas que deben ofrecer sus servicios y verifica quienes faltan por cumplir su cuota de mano de obra. Debido a que los miembros de los grupos protestantes no colaboran económicamente en las actividades que son de inspiración religiosa, ni participan en las comisiones de festejos, a ellos se les exige un día más de tequio al año.

Durante este trabajo comunal, asiste un representante de la autoridad municipal (el Síndico, el Secretario o el mismo Presidente) al lugar, para coordinar y distribuir bien el trabajo en-

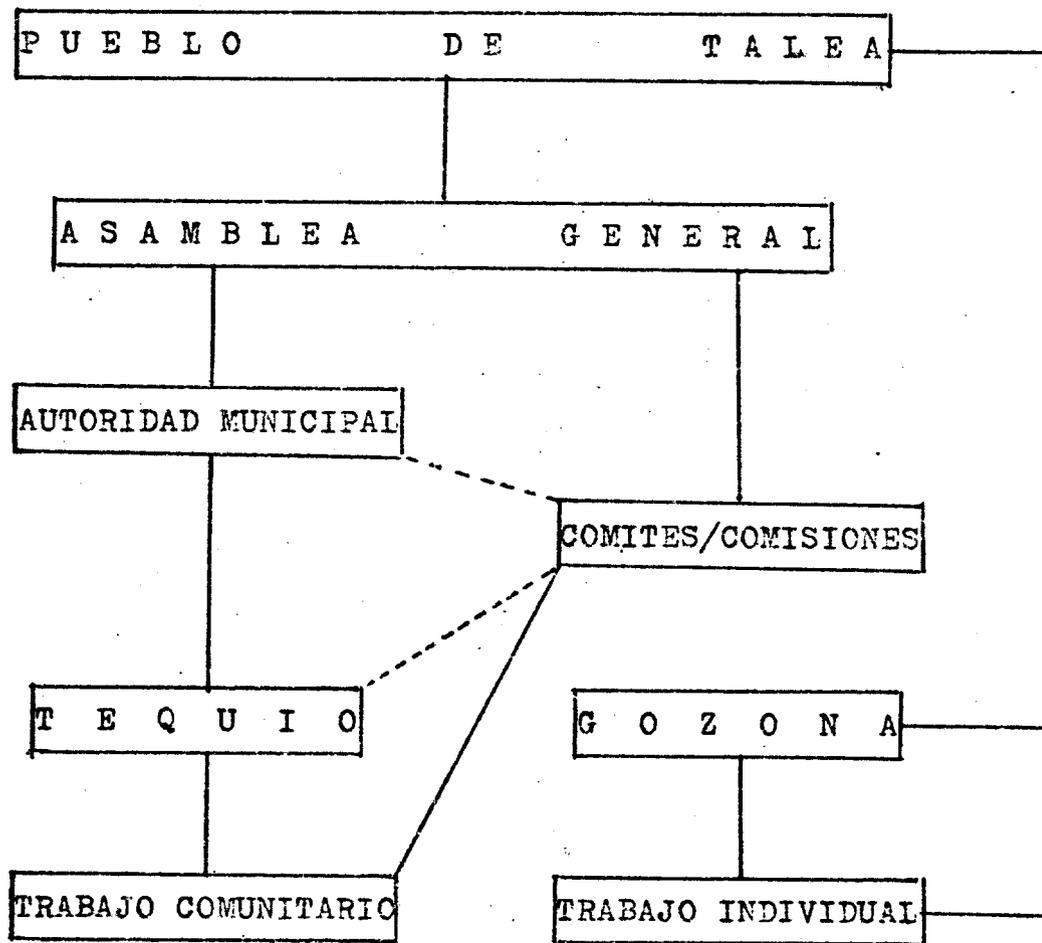
tre los participantes. Al empezar la jornada de servicio, el encargado reparte las herramientas y el material que se va a utilizar.

Existen distintos tipos de tequio, el principal de ellos es el tequio general, que es la forma como se construyen las grandes obras públicas del municipio y en el cual participan todos los ciudadanos. Fue de esa manera como se construyó la carretera en su tramo Las Maravillas-Talea, el actual mercado, la cancha de baloncesto, la escuela primaria y se cimentó el actual Centro de Salud. En el presente se están realizando las excavaciones para la nueva red y el tanque de agua potable.

Por otro lado hay también tequios grupales, cuando el trabajo que se realiza no beneficia a toda la población, o cuando se efectúa alguna reparación que interesa sólo a algunos cuantos. A la vez, el tequio seccional corresponde a la reunión de personas de una sección del pueblo, para hacer una labor común en ese lugar. Un cuarto tipo de tequio es el voluntario, en el cual los ciudadanos se inscriben para hacer un servicio que no se cuenta en la cuota que deben cubrir; la participación de los ciudadanos en estos casos se solicita cuando ocurre un accidente grave o un incendio forestal.

Como en los cargos políticos menores, la persona que no pueda acudir al tequio puede emplear a un trabajador que cumplirá con el trabajo en su lugar; últimamente, algunos ciudadanos ricos emplean esa alternativa. Es importante señalar que las mujeres, a pesar de no tener ninguna participación activa en el tequio, colaboran en la preparación de alimentos y bebidas para los trabajadores.

ORGANIZACION COMUNITARIA



c. Asociaciones.

Existen agrupaciones de taleanos que se forman para realizar alguna actividad, cumplir algún servicio o como apoyo a una institución. Se trata de asociaciones formales, todas reconocidas por el pueblo y la autoridad municipal, que tienen funciones administrativas, religiosas, económicas o culturales. Se distinguen, dentro de ellas, aquellas de interés para todo el pueblo, cuyos miembros (hombres, exclusivamente) son elegidos en la Asamblea General; las que tienen funciones religiosas (éstas, casi siempre formadas por mujeres), y las asociaciones formadas por miembros interesados en un asunto específico, económico, educativo o cultural, que estén compuestas por hombres y mujeres. Dependiendo de la naturaleza de la organización, ésta suele trabajar en coordinación con la autoridad municipal (comité de agua potable), con el curato (comité de capillas) o con ambos (comisión de festejos).

Las asociaciones del primer grupo, es decir, las de interés para todo el pueblo, se componen de un presidente, un vicepresidente, un tesorero, un secretario y un número indefinido de vocales. Como ocurre con los ciudadanos que desempeñan funciones en la Presidencia Municipal, los elegidos para formar parte de éstas, cumplen durante un año con su cargo sin ningún tipo de remuneración. Por regla general, los taleanos no suelen pasar más de dos o tres años sin un cargo de alguna clase, por lo que de una u otra manera intentan huir a su imposición, sobretodo si ésta se hace frecuente. Empero, un ciudadano que ha sido elegido para una función no puede dejar de cumplirla durante la temporalidad estipulada, a menos que antes de serle impuesta haya justificado a

la Asamblea General haber tenido una recientemente o desempeñar otra en ese momento.

Dentro de este tipo de organizaciones se encuentra el comité pro carretera que se formó en 1950 con el objeto de continuar la construcción de la carretera en su tramo Las Maravillas-Talea. El trabajo del primer comité consistió en buscar la brecha que debía seguir el camino, en acompañar a los topógrafos en su trazo y en la administración del tequio, junto con la autoridad municipal. En la actualidad, este comité no es muy activo y sólo eventualmente se ocupa de gestionar la intervención de las autoridades del estado de Oaxaca para la conservación y restauración de la carretera. También existe el comité del panteón, encargado de mantener esas instalaciones en buen estado, para lo cual es apoyado por trabajos de tequio.

Para la administración del servicio de agua potable, el municipio cuenta con otro comité, el cual debe controlar constantemente el suministro y verificar que no existan fugas; asimismo, debe cobrar la tarifa anual, cuyo monto es discutido en la Asamblea General. Este comité se mantiene en actividad permanente y busca, junto con la autoridad municipal, alternativas de mayor a bastecimiento cuando las necesidades lo imponen. Es así como en el presente, el comité de agua potable está organizando con la Presidencia Municipal excavaciones desde un manantial para un su ministro secundario de agua, trabajos que se realizan con la per ticipación ciudadana en el tequio.

Por el número de personas que participan, sin duda alguna la comisión de festejos es la agrupación formal más grande del pueblo, y además, la única que trabaja en asociación con la Presi-

dencia Municipal y con el Curato a la vez. Se trata de hecho, de de dos comisiones, cada una de ellas encargada de organizar la fiesta del Dulce Nombre de Jesús o la de San Miguel Arcángel, cuyos miembros son escogidos en la Asamblea, tres meses antes. Cada ciudadano debe pagar una cuota para la realización de la fiesta (el monto es discutido entre ellos mismos) a la comisión y con ese fondo se cubren los gastos de la misma (contratación de grupos artísticos de fuera, decoración de la iglesia, bailes, pirotecnia, premios a participantes de torneos deportivos, gratificación a los músicos locales y compra y preparación de mezcal y tepache, bebidas tradicionales del lugar). Con frecuencia la suma de las cuotas ciudadanas no es suficiente para sufragar los gastos necesarios para la fiesta, por lo que se requieren actividades previas para la recaudación de fondos adicionales. Si por cualquier motivo existe un déficit en las cuentas que la comisión entrega al pueblo, éste debe ser cubierto por los organizadores. Dado el caso que la realización de las festividades populares implican un trabajo enorme, en auxilio a la comisión de festejos, se crean pequeñas "sub-comisiones que ayudan en la elaboración de carros alegóricos, alimentación y hospedaje de grupos de otros lugares, preparación de campeonatos de deporte y en el ornato del templo católico. Es importante señalar que estas sub-comisiones se componen, en muchos casos, por miembros voluntarios que participan tradicionalmente en la organización de las fiestas, como lo hace la agrupación de personas (en su mayoría mujeres) que adorna la iglesia.

Con anterioridad se hizo mención a las organizaciones con funciones religiosas, que emanan principalmente del seno del cu-

rato. Los grupos de sacristanes dedicados al cuidado y limpieza del templo, a los que se hizo referencia en la caracterización etnográfica⁹, corresponden a esta categoría, así como la sub-comisión de ornato de la iglesia durante las fiestas. Paralelamente existe un comité que cuida de las capillas¹⁰, cuya composición es mayoritariamente femenina, como ocurre en las organizaciones de este tipo. Una característica de las agrupaciones religiosas es que muchos de sus miembros participan en ellas de forma voluntaria y permanente, a diferencia de las de carácter político-administrativo, en donde los cargos son más bien impuestos y temporales.

No por quedarse de último tienen menos importancia las asociaciones formadas en grupos interesados por un asunto en particular, como la educación o el ahorro. Los padres de alumnos de los centros de enseñanza se reúnen constantemente y han formado tres comités: uno del jardín de niños, otro de la escuela primaria y un tercero de la escuela secundaria. Su trabajo está dirigido a fomentar el buen desempeño de las instituciones educativas y la mejor participación de los estudiantes. El más activo de los tres comités es el de la escuela secundaria que actualmente está dedicado a la creación de un albergue para estudiantes que vienen de pueblos lejanos a cursar sus estudios y deben de hacer más de 3 horas de camino a pie o pagar un alojamiento y alimentación poco costeables para una familia campesina. El proyecto de albergue para estos estudiantes que llegan de San Juan Yaée, San Juan Tabáa, San Bartolomé Yatoni y la Ex-hacienda de Santa Gertrudis, pretende albergar y alimentar por cinco días a la semana a un precio muy bajo que se puede pagar con moneda o en especie (ali-

mentos que se producen en el mismo núcleo familiar).

En 1965 se formó en el pueblo un comité provisional para la creación de una cooperativa de ahorro y préstamo. Desde entonces la llamada Caja Popular ha tenido muchos altibajos, pero llegó a conservarse y a ser una organización muy activa en Talea. Todas las personas mayores de 18 años que viven en la localidad pueden ser socios de la cooperativa y como tales tienen derecho a depositar o retirar su dinero, a obtener créditos, a ser fiadores de otros socios, a tener voz y voto en las asambleas internas y a retirarse de la caja si lo cree conveniente (siempre y cuando no deba o no sea fiador). Todos los socios de la Caja Popular forman una asamblea general, que es la máxima autoridad de la cooperativa y que elige a sus dirigentes que componen un consejo de administración (que decide la admisión, suspensión o renuncia de los socios; determina el tipo de interés sobre los préstamos y nombra al gerente, quien no puede ser integrante de ningún cuerpo directivo de la caja), un comité de crédito (que examina y aprueba los préstamos solicitados) y un consejo de vigilancia (que supervisa la actuación de los dirigentes y funcionarios). Cuando es temporada de cosechas, la demanda de créditos disminuye y el capital de la caja no tiene muchas utilidades, por lo que los dirigentes deciden meterlo en inversiones bancarias. Con los excedentes la asamblea de la Caja Popular puede crear un fondo para su futuro crecimiento, distribuirlo entre los socios en proporción a sus transacciones con la sociedad o decidir una donación para el pueblo. La cooperativa de ahorro y préstamo "San Miguel Talea" es una de las 12 cajas populares del estado de Oaxaca y se mueve bajo los principios del cooperativismo y la ayuda mutua¹¹.

Además, hace parte de la federación regional de cajas populares, que agrupa a otras similares del sureste del país, y de la confederación nacional, con sede en San Luis Potosí.

Dentro de la organización comunitaria no hay que dejar al margen a la banda y la orquesta, ya que no sólo se componen de agrupaciones de músicos, sino de personas motivadas por conservar la tradición musical del pueblo. De esa manera, los taleanos se acercan por parentesco consanguíneo, compadrazgo o amistad a la banda o a la orquesta y los ayudan en todo tipo de actividades, especialmente en la preparación de la fiesta de Santa Cecilia, patrona de los músicos, que se celebra el 22 de noviembre. Asimismo, no hay que olvidar al grupo de jóvenes que poco a poco se consolida más con el fin de crear en Talea una casa de la cultura. La asociación juvenil nació en el seno de la parroquia y al interesarse por otros asuntos no religiosos se convirtió, al correr del tiempo, en un grupo autónomo, que ganó el reconocimiento del pueblo. Hoy en día, los jóvenes taleanos han realizado un sinnúmero de trámites con el departamento de cultura y bienestar social de la capital del estado, y han logrado conseguir apoyo económico para la construcción de su centro cultural en un terreno donado por la autoridad municipal para tal fin. La pequeña y naciente organización se interesa por impulsar entre la población joven los valores culturales que se están perdiendo, como las artesanías, las danzas, la cocina y la lengua, para lo que piden el apoyo de todo Talea. Los participantes en esta asociación trabajan voluntariamente y escogen entre ellos mismos a su propia directiva.

d. Reflexiones y conclusiones sobre la organizacion comunitaria.

A lo largo de la exposici3n de este capitulo, se observ3 la manera en que el pueblo de Talea se organiza para hacer frente a necesidades personales y a otras que la vida comunitaria conlleva, así como la forma en que se mantienen elementos de su vida cultural tradicional, que al mismo tiempo son elementos de integraci3n y convivencia entre los taleanos¹².

Cuando Laura Nader se refiere a la organizaci3n social de Talea, independientemente de lo que ella llama "agrupaciones informales" (es decir, las relaciones que se forman durante el trabajo en el campo, en los molinos, lavaderos p3blicos o reuniones sociales), reconoce la existencia de dos tipos de organizaciones que son: a) aquellas que tienen que ver con la formaci3n de grupos de trabajo para faenas m3s all3 de la capacidad de fuerza laboral disponible en la familia nuclear, o sea, a las redes de solidaridad que se establecen con el trabajo "en compa1a" y con la gozona, y b) las organizaciones formales, a las que ya se ha aludido con detalle a trav3s de las lneas anteriores¹³. De cualquier forma que se vean, todos los tipos de asociaci3n de personas que se citaron con anterioridad, trabajo "en compa1a", gozona, tequio, Asamblea General, Autoridad Municipal, comit3s, comisiones, caja popular y agrupaciones culturales, son una muestra de la voluntad de solidaridad y ayuda mutua, de un compromiso de responsabilidad para el pueblo y una gran capacidad para agruparse y organizarse para un fin concreto.

Recapitulando, sabemos ya que los hombres participan m3s en organizaciones pol3tico-administrativas que en las de cualquier otro tipo, pero que sus cargos son impuestos y los desempe1an

siguiendo las normas de la vida comunitaria taleana. El hecho que las funciones político-administrativas se impongan y no se tomen voluntariamente tiene dos razones distintas: primero, sólo el pueblo, representado en la Asamblea General, tiene el derecho de escoger a sus dirigentes y funcionarios, y nadie, a título personal, puede atribuírse un puesto sin el acuerdo de la ciudadanía; y segundo, no es siempre fácil para un taleano, que generalmente se ausenta cinco días a la semana para trabajar en el campo, cumplir con el cargo que le quita tanto tiempo de trabajo, como el dedicado a otras labores personales en Talea. Es por esta segunda razón que nadie se autopropone para ocupar un puesto, sin embargo el pueblo siempre está consciente de la necesidad de cumplir con los cargos que se imponen, así como de su rotación entre los ciudadanos, lo que permite que todos cumplan con su obligación de servicio comunitario.

Las mujeres, en cambio, permanecen más tiempo en Talea y sólo se ausentan si la cosecha requiere de su mano de obra, lo que aunado a su no-participación en la vida político-administrativa del pueblo, les da oportunidad a dedicarse voluntariamente a los comités o comisiones, como sucede también con la población joven.

Frente a la organización comunitaria de Talea, cabe hacerse dos preguntas: ¿por qué no existe, desde ya, una asociación para la salud del pueblo? y si un problema común en la población es la falta de un mercado adecuado para la producción de café¹⁴, ¿qué ha impedido a los taleanos organizarse para encontrar una mejor salida a su producto? En los dos siguientes capítulos se darán e lementos que ayudarán a resolver la primera pregunta, que se con testará concretamente en el programa de salud comunitario. Por

lo que respecta a la segunda pregunta es importante aclarar que dado el caso que el mercado nacional de café está saturado, la única vía de salir del producto es con la exportación, situación problemática para una eventual asociación taleana ya que allí aparecen un sinnúmero de frenos burocráticos, administrativos y económicos, cuyas soluciones para franquearlos están casi en el orden de lo imposible¹⁵.

PANORAMA SALUD-ENFERMEDAD

El estudio del proceso salud-enfermedad lleva consigo un problema conceptual: ¿qué es salud y qué es enfermedad? A pesar que se trata de dos términos que usamos frecuentemente, y por ende están cargados de mucho sentido común, su definición no puede limitarse a apreciaciones subjetivas de bienestar o de malestar físicos, que en sí mismas acarrearán otras preguntas. ¿En qué momento termina el estado de bienestar? ¿En qué medida el malestar es enfermedad? Una persona puede padecer una jaqueca breve y no llamar a eso enfermedad; otra, no pensar que está enferma cuando se cansa, a pesar de creer que el cansancio es un malestar físico y que las personas que no se cansan fácilmente irradian salud.

En el informe final de la conferencia de atención primaria de salud, que se llevó a cabo en Alma Ata, URSS, en 1978, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia logran delimitar el concepto de salud como

"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo."¹⁶

Tal definición satisface en gran medida porque hace de la salud un asunto que concierne no sólo al individuo, sino que también a la sociedad, aunque el hablar de "bienestar social" no da precisamente a la salud la categoría de "fenómeno social". Además hay que hacer notar un punto débil en la definición anterior, que es el de asignar al bienestar citado el carácter de "completo". Esto le da a la salud una implicación estática, siendo la misma por naturaleza un fenómeno de ecología dinámica, como advierte A. M.

Payne¹⁷, para quien es "la expresión de un equilibrio ecológico favorable que no exige una ausencia total de enfermedad, pero requiere la presencia de haberes positivos que lo promueven y fomentan."¹⁸

En lo que respecta a la enfermedad, Henry Sigerist la ha definido como "la suma total de las reacciones anormales del organismo o de sus partes a los estímulos anormales"¹⁹, pero tal delimitación conceptual no da en absoluto importancia a "lo social" como elemento del fenómeno. Fernando Mora y Paul Hersh afirman que la enfermedad puede definirse fundamentalmente cuando se cumplen tres criterios, a saber: 1) la existencia de un fenómeno patológico, 2) una alteración manifiesta de la funcionalidad biológica o social del individuo, y 3) la capacidad para poder clasificarla enfermedad en una categoría nosológica determinada²⁰. El primer criterio se refiere a la enfermedad como fenómeno biológico que ataca al individuo y el segundo a sus resultantes, pero en lo que concierne a esto último hay que reconocer que tanto la funcionalidad biológica, pero sobre todo la social, como la manifestación de su alteración se definen solamente en términos específicos en diferentes sociedades. Una aseveración similar habría que agregar al tercer criterio, es decir, a la clasificación de la enfermedad ya que si ésta tiene determinaciones precisas en un grupo sociocultural, existirá un sinnúmero de sistemas taxonómicos. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS²¹, de mucha aceptación en la "comunidad científica" mundial, por ejemplo, no tiene nada que ver con la clasificación de las enfermedades entre los zinacantecos de Chiapas²²...

No es fácil conceptualizar los términos de salud y enferme-

dad, la razón de esta dificultad se debe a que tales no existen como fenómenos absolutos, sino como "procesos dinámicos, complejos, donde los factores biológicos de daño y recuperación quedan insertados en la vida social, que es donde se comprende, determina y actúa sobre el proceso, de acuerdo a las leyes propias de todo fenómeno social"²³. De acuerdo con esta perspectiva, las causas del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito de lo social, ya que aún cuando la enfermedad se manifiesta en forma concreta en un individuo, está en relación directa con las condiciones socioeconómicas y el medio físico donde las personas viven y trabajan. Es por eso que en este capítulo se tomará un nivel de análisis en el cual el individuo no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesta a determinados riesgos de enfermedad.

No hay que olvidar tampoco la importancia de la relación hombre-naturaleza, y determinar la relevancia que tiene en el proceso salud-enfermedad el medio físico en donde se desenvuelve la vida de las personas, por lo que en esta parte del trabajo se hará referencia al medio ambiente en donde Talea y sus habitantes se encuentran inmersos, para luego dar paso a una exposición de las enfermedades con mayor incidencia, con la idea de situarlas en el tiempo así como en espacios sociales, laborales, culturales, económicos y de edad. Antes de finalizar el capítulo se discutirá sobre un tema que no puede permanecer al margen, el de las enfermedades "mágico-populares", padecimientos nada o poco conocidos en el marco de la medicina institucional, de los cua-

les se hablará anteriormente.

a. Medio ambiente físico.

Como se vió con anterioridad, Talea de Castro se encuentra situada en una región de la Sierra de Juárez conocida como "El Rincón", a una altura aproximada de 1 600 metros sobre el nivel del mar. Debido a que Talea se encuentra en un terreno en declive, no es posible determinar con exactitud su altitud, ya que en el mismo municipio hay diferencias de nivel de hasta 400 metros, que influyen en la vida agrícola²⁴. Sin embargo, se puede decir que es una zona sub-tropical, en donde la vegetación es dominada por pinares, encinales y robledas.

Las temperaturas más bajas se registran en los meses de otoño-invierno (noviembre, diciembre y enero) y las más altas en marzo y abril, oscilando entre las cercanas a los cero grados centígrados hasta los veinticinco. Durante el día existen grandes diferencias térmicas, entre la madrugada y el medio día que llegan a alcanzar los veinte grados; estos cambios bruscos ocurren durante todo el año pero especialmente en los meses de frío. La ubicación de Talea en el norte del estado de Oaxaca hace que el clima se vea modificado frecuentemente por las corrientes que provienen del Golfo de México, al descender la temperatura y aumentar el ya elevado índice de humedad. Este mal tiempo del Golfo permanece varios días ya que la región forma una especie de cañón que no permite las corrientes de viento de otros lugares. En lo que respecta a la precipitación, las lluvias son frecuentes todo el año, pero aumentan en la temporada que va desde el final de mayo hasta el mes de octubre.

A pesar que Talea es una población situada sobre un cerro, en un terreno con una pendiente cercana a los 45 grados, no existen deslizamientos de suelo. Si bien esto prueba un buen asentamiento, el gran número de manantiales muestran que se trata de un terreno sumamente filtrante. Estos son la fuente de abastecimiento de líquido, ya que el río Santa Gertrudis, en las partes bajas del municipio no permite la utilización de sus aguas por el desnivel que lo separa del pueblo.

Es precisamente en esas tierras bajas, donde la temperatura es un poco más elevada, donde hay mayor cantidad de simúlidos o-chrasium, metallicum y calidum, mosquitos capaces de transmitir la oncocercosis si están infectados. Empero, la altitud de la región ya no da oportunidad a la reproducción del mosquito anófeles, por lo que no se registran casos de paludismo.

Las características del medio natural favorece la existencia de cierta fauna temida, formada por algunos araneidos cuya picadura es mortal (conocidos en el lugar como "chintatlahua") y de serpientes venenosas.

b. Enfermedad.

En México, la oncocercosis ataca los estados de Chiapas y Oaxaca, afectando, en el último, los distritos de Villa Alta, Ixtlán de Juárez, Tuxtepec y Cuicatlán. Talea se encuentra entonces en una zona oncocercosa, aunque las campañas de la S. S. A. la ha logrado erradicar casi por completo, al encontrarse sólo un caso en noviembre de 1987. Son, en cambio, enfermedades mucho más comunes las que prevalecen en Talea, como en el resto del país.

Se ha dado mucho énfasis a lo largo de este capítulo al carácter social del fenómeno "enfermedad" y ahora corresponde mostrar cómo esto hace que los padecimientos se localicen en ciertos grupos de personas, así como la manera en que se sitúan, ya sea por motivos ecológicos o sociales (o ambos) en un período de tiempo determinado.

Las enfermedades más frecuentes en Talea de Castro, como en el caso general de México, son las de las vías respiratorias (en especial las superiores), las gastrointestinales y las parasitarias. Debido a los cambios bruscos de temperatura que prevalecen todo el año, la influenza ocupa un lugar privilegiado en el listado de padecimientos respiratorios, tomando en la mayoría de los casos características de influenza asiática: conjuntivitis, rinitis, fiebre, dolor de cuerpo y fotofobia. Durante los meses de frío (noviembre, diciembre, enero) aumenta la incidencia de esta enfermedad, así como de otras que atacan las vías respiratorias: amigdalitis, faringitis, faringoamigdalitis y bronquitis. Tales padecimientos afectan a la población en general, expuesta a los cambios climatológicos, pero sobretodo a la niñez y los adultos mayores de sesenta años. En los niños, la bronquitis se vuelve asmátiforme, presentando además de fiebre e intensa tos, una disnea expiratoria.

En la categoría de enfermedades respiratorias no se debe dejar al margen la tuberculosis pulmonar, que aunque no tiene una gran relevancia numérica con respecto a otros padecimientos, debe tomarse muy en cuenta por su gravedad y largo tratamiento de curación. En Talea, según datos del Centro de Salud, hay seis casos de tuberculosis, que atacan a personas de escasos recursos e

conómicos... No hay que olvidar que la tuberculosis no se debe sólo a la presencia del basilo de Koch en el organismo, sino al hecho de que existan elementos sociales que condicionan el surgimiento y desarrollo de la enfermedad: hacinamiento, desnutrición...

Aunque existen casi de forma permanente, las enfermedades gastrointestinales y parasitarias aumentan en incidencia en el fin de la primavera y persisten durante toda la época lluviosa. Es durante ese período de tiempo que aparecen el mayor número de casos de diarreas en los niños menores de un año así como en los de edad escolar. Sin embargo, son padecimientos más graves que hacen presa a tal población en particular, pero también a todas las personas en frecuencia sólo un poco menor: disenterías amebianas y bacilares, gastroenteritis bacterianas y virales, colitis, fiebre tifoidea y amebiasis. Estos padecimientos aparecen con mayor intensidad en los meses lluviosos porque la humedad favorece una reproducción de los microbios causantes más rápida y además, el agua de distribución domiciliaria, al no recibir ningún tratamiento, se convierte en un vehículo transmisor de microorganismos.

En menor proporción a los tipos de padecimientos anteriores, pero no por eso dejan de tener una importancia relevante, se encuentran los reumáticos, que se manifiestan en hombros dolorosos, espondilitis anquilosante, sacro-coxitis, lumbalgias, mialgias generalizadas y artritis predominantemente en rodillas, caderas, tobillos, manos y hombros. Estos malestares óseos, como los de las vías respiratorias, se incrementan en el invierno y atacan en especial a la población adulta masculina (mayores de 25 años, pe-

ro más aún en los de 60). Según un médico local, muchos galenos no han querido relacionar este tipo de padecimientos con el clima, empero, él ha observado una notable mejoría de sus pacientes en épocas de calor, o cuando ellos migran temporal o definitivamente a lugares más cálidos o con cambios de temperatura menos bruscos que los de Talea. En este tipo de enfermedades hay que notar dos cosas peculiares: una de ellas es que si bien aquejan casi en forma exclusiva a personas con edad avanzada, se hallan algunos casos de artritis reumatoide en la población juvenil, y la otra es que no se registran casos de gota, a lo que se puede atribuir una razón dietética, ya que tal afección se presenta sobretodo en personas con alto consumo de proteínas animales.

Por otro lado, al inicio de cada año se incrementan los casos de enfermedades de la piel, afecciones que tienen directa o indirectamente una razón en el trabajo agrícola. La temporada de mayor incidencia de estos padecimientos coincide con la cosecha de café, cuando las personas dedicadas a ese cultivo permanecen más tiempo en el campo. Dos son las afecciones de importancia: la piodermatitis y la sarna, debiéndose la primera a picaduras de insectos infectados y la segunda a deficiencias higiénicas. La mayor parte de los cultivos de café se encuentran en lugares retirados de los centros de población en donde abundan distintas variedades de insectos (mosquitos, más que todo), que pican a las personas mientras se dedican a la cosecha del fruto, y al rascarse la picadura durante el trabajo la piel se vuelve susceptible a las infecciones que provocan la piodermatitis. Asimismo, muchas madres que asisten a la cosecha²⁵ dejan al cuidado de sus hijos mayores a los menores, quienes reciben por parte de sus hermanos

pocos cuidados higiénicos, lo que hace que sea la población infantil la más propensa al contagio de la sarna.

En Talea existen algunos padecimientos que muchos médicos limitan como urbanos, y su incidencia no es precisamente baja en este medio rural. Se trata de la gastritis, la úlcera gástrica, la hipertensión arterial y la diabetes, que socialmente se encuentran en todos los sectores, pero se localizan en grupos de edad adulta. Los dos primeros males son inducidos por hábitos alimenticios: prolongados lapsus de tiempo entre comidas y abuso en el consumo de picante y café. Quizá sería atrevido advertir que la hipertensión arterial (así como los dos anteriores) son padecimientos debidos al "stress", cuando éste se considera una característica de la vida urbana y sub-urbana, y se encuentra en alto grado en las poblaciones sometidas al ritmo acelerado e incesante de la vida moderna de las ciudades y no en las que viven en la "apacible" quietud campirana. Sin embargo, nada nos dice que la forma de vida campesina no conlleva también situaciones de "stress"... Si no es así, ¿cómo se podría llamar a las tensiones producidas por la constante preocupación de los cambios del precio del café o la intranquilidad continua causada por la dependencia de los cambios climatológicos para el cultivo del maíz, por dar sólo algunos ejemplos? Arthur Jores²⁶ clasifica a estos males en la categoría de las enfermedades psicosomáticas, "palabra que quiere significar que los factores psicológicos desempeñan un papel decisivo en su causación"²⁷. En cierta medida también la diabetes puede localizarse junto con las enfermedades que tienen al "stress" como un factor causal de importancia. Si bien no es mal sabido que la diabetes es un mal primordialmente heredita

rio, en él influyen sobremannera una o varias causas desencadenantes, como pueden ser las situaciones permanentes de "stress" que, como se vió con anterioridad, no excluyen al medio rural. Es importante hacer notar que en Talea existen otros dos elementos que pueden ser considerados como causas desencadenantes de la diabetes y que son, primero, el alto consumo de hidratos de carbono que se encuentran en la dieta de cualquier taleano (en a toles, panela, maíz...) y, segundo, el alcoholismo, enfermedad crónica que tiende a incrementarse más entre la población adulta masculina. Este último padecimiento llega rara vez a períodos de gravedad, ya que la mayor parte de los alcohólicos son casuales, sin embargo, en personas mayores de 50 años que tuvieron otrora un alcoholismo crónico se manifiestan perturbaciones en el estómago (gastritis) o hígado (cirrosis hepática, en sus inicios). Hay que recordar que el alcohol puede ser una causa importante en los índices de mortalidad, principalmente por sus efectos indirectos, como la propensión o provocación de ciertas enfermedades. Un buen número de accidentes entre los hombre adultos ocurren durante estados de intoxicación alcohólica, a lo que hay que agregar sus efectos en la desunión familiar, principal preocupación de algunas de mis informante mujeres.

A lo largo de las líneas anteriores se ha visto cómo, a pesar que la enfermedad se manifiesta en forma concreta en el individuo, muchas de sus causas de deben a factores que están inmersos en la sociedad y en el medio ecológico donde sus miembros viven y trabajan. De esa manera se mostró que las enfermedades de mayor incidencia en Talea de Castro, las de las vías respiratorias así como las parasitarias y gastrointestinales cumplen con

un ritmo dinámico anual favorecido por los cambios climatológicos y atmosféricos. Asimismo, en su génesis existen otros factores que no son parte de la naturaleza biológica de los microorganismos causantes o del individuo afectado y que promueven la mayor incidencia de los padecimientos en ciertos grupos de la sociedad. Tales factores pueden ser de trabajo (se observó que hay enfermedades que proliferan durante la cosecha de café, como las de la piel, pero además no hay que olvidar que las de las vías respiratorias aumentan en esa temporada, lo que se puede atribuir, independientemente del tiempo imperante, a las condiciones de abrigo de los campesinos en sus ranchos, lo que es válido también para los padecimientos óseos), de cobertura de servicios (la falta de un tratamiento previo al agua, sobretodo en épocas lluviosas; la carencia de un servicio de recolección de basuras, que hace utilizar céntricos barrancos como basureros públicos²⁸), económicos (la tuberculosis, enfermedad de la pobreza, se debe en gran medida al hacinamiento y la desnutrición), de edad (que hace que la niñez sea más propensa a enfermedades infecto-contagiosas y la vejez a padecimientos degenerativos), sociales (factores que engloban los anteriores, de la misma manera que otros como el "stress") y culturales (hábitos alimenticios...).

c. Enfermedades mágico-populares.

Un criterio para poder definir la enfermedad como tal es la capacidad para poderla clasificar en una categoría nosológica determinada. A pesar del intento de la ciencia occidental moderna de universalizar una clasificación de enfermedades, existen contradicciones que hacen muchas veces imposible extraer un criterio

nosotaxonómico uniforme. "La nomenclatura actual de las entidades nosológicas puede catalogarse como realmente caótica"²⁸. La ciencia occidental de los últimos tres siglos no ha sido única en proponer taxonomías, "al extenderse los estudios antropológicos hacia otras culturas poco conocidas, se percibió que todas ellas presentaban - más o menos elaboradas - taxonomías del mundo natural y social. El estudio de las clasificaciones populares llevó incluso a pensar que podía identificarse la cultura con "la suma de taxonomías de un pueblo".²⁹ En las clasificaciones nosológicas que no corresponden al pensamiento científico occidental moderno, no sólo existen diferentes determinantes culturales, sino también ciertos padecimientos que no tienen una interpretación exacta en este sistema médico, a las cuales se dará el nombre de "enfermedades mágico-populares" en este trabajo. Con ese nombre se define aquí a aquellos síndromes a los que se les da una explicación comprensible dentro del conjunto de ideas y creencias de un grupo social determinado y que no tienen interpretación dentro de la medicina institucional. Carlos Zolla, al referirse a este tipo de males dice que

"aunque a la luz del análisis médico pueda determinarse una sintomatología característica, el análisis de ésta no es suficiente para "traducir" el contenido cultural de la enfermedad al otro sistema médico. En el "mal de ojo", por ejemplo, el aparato o sistema afectado es el digestivo; sin embargo, el conjunto de la información que permite caracterizar al "mal de ojo" no es reducible a un padecimiento gastrointestinal específico."³⁰

La razón de llamar "mágico-populares" a los padecimientos en cuestión estriba en que se trata de síndromes a los que se les da una explicación popular en todos los casos y en algunos, además, se

atribuye una causa sobrenatural. La lista de todos estos padecimientos está encabezada en Talea de Castro por el "susto" o "espanto", malestar causado cuando se tiene una fuerte impresión, particularmente de miedo, que hace que a una persona "se le vaya su gracia". Desde el punto de vista del análisis cultural, el síndrome de "susto" refleja la creencia de que el individuo está compuesto por un cuerpo y un alma inmaterial, que pueden separarse ante una eventualidad, dejando a ésta vagar libremente. El "espanto" puede ser causado por el encuentro sorpresivo con todo tipo de seres, objetos inanimados o aún antes sobrenaturales, lo que trae como consecuencia que el espíritu, llamado "gracia" abandone el cuerpo. Los niños son especialmente susceptibles al "susto" que puede ocurrir también por algún trauma físico brusco. Generalmente en los infantes el "espanto" comienza con un llanto prolongado (el cual, pausadamente, puede durar varios días), que es seguido por los mismos síntomas que en el adulto: tisteza, insomnio en la noche, letargo en el día, pérdida del apetito, sed y en algunos casos, fiebre y malestar corporal. No se han hecho muchos estudios acerca de qué desencadena tal sintomatología en el enfermo de "susto" (¿reacción psicósomática?), sin embargo Alberto Isunza afirma que en Yancuictlalpan (Sierra Norte de Puebla) se trata de una enfermedad con bases orgánicas bien definidas como son las parasitosis intestinales masivas; los individuos tienen un cuadro subclínico de la enfermedad y ésta se desencadena por una alteración espontánea en la esfera emocional...³¹

El "Enojo", llamado también "coraje" es otra de las enfermedades mágico-populares existentes en Talea, que a diferencia de la anterior, se localiza casi exclusivamente en la población a-

dulta. El malestar es causado por un disgusto considerable que perdura largo tiempo y que provoca dolores estomacales, así como diarrea causados por la "bilis" (nombre que se le suele dar también a la enfermedad). Son propensas al enojo las personas llamadas "biliosas", es decir, aquellas que se irritan constantemente y con facilidad. A pesar que los niños, y menos aún los lactantes, no padecen de "coraje", según la creencia popular taleana, si pueden sufrir las consecuencias por el contacto estrecho con la madre. Este hecho se hace más frecuente a través de la leche materna ya que con el coraje se "pone agria", causando así otro padecimiento conocido como "alfería", caracterizado por la sofocación del infante y la coloración morada de sus uñas y labios. Según los informantes, de no tratarse a tiempo la alfería puede ser mortal.

En el cuarto síndrome mágico-popular importante en Talea, la población más afectada es, como en el anterior, la infantil, se trata del "hacer ojo", afección del aparato digestivo que produce diarreas, cólicos, la cual es rebelde al tratamiento médico y puede ser fatal. Otros síntomas que caracterizan al padecimiento son la inapetencia, dolor de cabeza, desgano y decaimiento. Las causas atribuidas a la enfermedad son de origen sobrenatural y se deben a las envidias y los malos pensamientos de una persona a otra. "Hacer ojo" implica que se tiene que ver a la persona para causarle el mal (que puede ser voluntaria o involuntariamente), pero hay una variante de la enfermedad conocida como "aigre" en la cual no es necesario ver para que la gente enferme. En ambos casos, la mayor parte de los padecimientos son provocados de forma involuntaria.

Se ha dejado al último al "empacho", no por tener menor incidencia que los anteriores padecimientos, sino porque se reviste de características peculiares con respecto a los demás. "Empacho" se llama en Talea a cualquier malestar intestinal que produzca diarrea, y la causa por la que se incluye dentro de los síndromes mágico-populares se debe a que en muchos casos se le suele dar una explicación relacionada con los males recientemente citados (por ejemplo, un coraje breve puede producir un empacho). El "empacho" es el único de los síndromes mágico-populares que es reconocido por la medicina institucional (aunque desde otra perspectiva, claro está), por lo que no existe ninguna limitante en el tratamiento a seguir. En el próximo capítulo en que se hará referencia a los recursos terapéuticos se notará cómo a este tipo de enfermedades se busca una respuesta médica adecuada al contexto cultural de donde emanan.

d. Conclusiones preliminares respecto al proceso salud-enfermedad.

El tema de este capítulo nos lleva a concluir que al hablar de la salud y la enfermedad no hay que referirse a dos estados totalmente separados, sino más bien a un proceso dinámico donde existen elementos biológicos de daño y recuperación que no están separados del contexto de la vida social del hombre.

Si bien la enfermedad se manifiesta en forma concreta en el individuo, en ella influyen sobremanera factores sociales, económicos y culturales, como lo demuestra la incidencia de enfermedades en Talea de Castro. Allí, las enfermedades más comunes son, como en el resto del país, las respiratorias, parasitarias y gastrointestinales, que cumplen con un ciclo anual en el cual influ

yen factores incertos en la forma como la comunidad produce y se reproduce, lo que hace situar a las enfermedades en grupos de edad, sexo, trabajo y niveles socioeconómicos.

A pesar que la ciencia occidental moderna se ha empeñado en clasificar uniformemente las enfermedades, los estudios antropológicos han demostrado la existencia de otro tipo de taxonomías así como de enfermedades que no tienen precisamente una interpretación dentro del pensamiento médico occidental moderno. Debido a que se trata de síndromes a los que se les da una explicación popular en todos los casos, y en algunos se atribuye una causa sobrenatural, se les puede dar el nombre de enfermedades mágico-populares.

Una característica común se encuentra en las enfermedades en general y los síndromes mágico-populares, y es que en gran medida afectan preponderantemente a la población infantil (excepto, claro está de los padecimientos degenerativos). Esta aclaración, por sí misma, tiene mucha relevancia, pero más aún cuando la mayor parte de la población de Talea está compuesta por jóvenes y particularmente niños, como se recordará de la caracterización etnográfica. Esto debe ser entonces, un punto de partida para las propuestas de programas de salud.

PANORAMA MEDICO-ASITENCIAL EN TALEA DE CASTRO

Este capítulo trata de referirse a la atención de salud cuantitativa pero sobretodo cualitativamente, abarcando con una visión amplia no sólo lo que concierne a los servicios personales de salud, sino también a los recursos no personales, como son los drenajes, agua potable, depósitos de desechos, etcétera. Una amplia perspectiva de la atención sanitaria (personal y colectiva) permite conocer en qué se basa el acceso real de los servicios médicos, así como la posibilidad de contar con elementos que preservan la salud y que son parte de la medicina preventiva.

Asímismo, al presentar los recursos médicos en Talea de Castro, se tomará en cuenta además de la medicina occidental, tecnológica, formal o institucionalizada, a aquellas prácticas médicas llamadas tradicionales, indígenas, paralelas, folklóricas o populares y mostrar cómo ésta corresponde a una alternativa terapéutica más que, por otro lado, acude también como la única respuesta a ciertos padecimientos. Un balance de ambos tipos de práctica médica permitirá el conocimiento de los factores que influye a la elección de una u otra, en la misma medida que otro mostrará lo que motiva la opción entre la medicina alopática privada y la alopática institucional.

No es posible hablar de medicina sin recurrir a la práctica médica más utilizada: la medicina casera³², que en parte toma mucho de las prácticas tradicionales (ella misma es tradición) pero recientemente ha tomado, y sigue tomando, elementos de la medicina occidental moderna. El reconocimiento de la medicina casera obliga a dividir la medicina tradicional en 2 (casera y no casera) donde cada una de las partes tiene una función específica.

a. Recursos no personales de salud.

¿Qué se puede entender por recursos no personales de salud? La simple noción de "recurso para la salud" constituye, según Carlos Zolla, "un elemento básico para caracterizar los sistemas médicos y los modelos de salud"³³. Sin embargo, tal noción no puede limitarse al aspecto médico (en sentido terapéutico) y debe extenderse a todo lo encaminado (directa o indirectamente) a preservar la salud. Los recursos son hombres, instalaciones, materiales y dinero proyectados hacia un campo específico, en este caso, la atención médico-asistencial y suelen clasificarse, por su naturaleza en humanos, materiales y financieros. Empero, paralelamente a esta clasificación debe hacerse otra que incluya su campo de acción. Un depósito de basura adecuado y una sala de consultas, por ejemplo, son recursos sanitarios, sin embargo tienen enfoques diferentes ya que uno presta un servicio colectivo y el otro uno individual, aunque en esencia ambos sean públicos. De esa manera se puede distinguir recursos personales (cuyo campo de acción es el individuo, aunque deben tener una función social) y los no personales (cuyo campo de acción es la colectividad, beneficiando en forma concreta al individuo, o más bien a grupos de individuos).

En la categoría de recursos no personales de salud se incluyen a los servicios que tienden a la mejora de la calidad de vida y disminuyen la morbilidad y mortalidad, entre los que se encuentran el agua potable, el alcantarillado, los depósitos de desechos, así como a las formas en que una comunidad puede organizarse para disminuir el índice de enfermedades mediante actividades de medicina preventiva.

Es necesario recordar algunas de las características del medio físico en que se encuentra Talea afin de comprender cómo beneficia o perjudica en la cobertura de recursos no personales de salud. Como el terreno es bastante filtrante, la población cuenta con manantiales que la abastecen de agua, la que sirve tanto para distribución domiciliaria, como para pilas públicas. El agua es abundante, lo que permite que población en general tenga este recurso a su alcance, pagando una pequeña cuota anual al comité respectivo. Sin embargo, el aumento de la población hace que poco a poco el recurso se vuelva insuficiente (especialmente en la temporada seca) por lo que se está trabajando en la excavación de una red secundaria³⁴. El municipio cuenta, además, con un sistema de drenaje de aguas negras cuya utilidad está al alcance de menos manos que el anterior recurso debido al elevado costo de la conexión. El caso se vuelve aún más difícil porque, según datos del Centro de Salud local, poco más de 70 familias no cuentan con ninguna instalación sanitaria (lo que corresponde en forma aproximada al 20%), lo que se debe también al costo de la instalación. Se debe dejar claro algo en que los taleanos están bien conscientes, que es la imposibilidad de construir letrinas y fosas sépticas en el lugar ya que el terreno no sólo es filtrante, sino sumamente pendiente (tiene una inclinación de más o menos 45 grados). Las campañas de letrinización fomentadas por el Sector Salud como el estereotipo de la solución ideal a los problemas de fecalismo al aire libre en el medio rural son absolutamente inapropiadas para las condiciones de Talea, a donde llevarían más perjuicio que beneficio, contribuyendo más bien a una contaminación.

La única solución viable contra el fecalismo al aire libre consistiría en la instalación sanitaria conectada al drenaje, la cual se imposibilita, como hemos visto, por razones económicas. En noviembre de 1987, colocar un escusado costaba alrededor de setecientos mil pesos, es decir una suma correspondiente a doscientos treinta días de jornal.

La topografía de Talea hace que en las partes bajas (al o-riente y sur del pueblo) existen algunas barrancas que al situarse otrora en lugares periféricos, hoy se encuentran debido al crecimiento de la población en una ubicación céntrica dentro del pueblo. Tradicionalmente estas barrancas han sido usadas como basureros y por su situación actual se convierten un un foco de enfermedades.

La creencia que la enfermedad es un problema individual y no colectivo ha sido un factor que no ha motivado a la comunidad taleana a organizarse para una mejor asistencia sanitaria y una medicina preventiva, a pesar que cada vez se generaliza más entre ellos el interés con respecto a la atención de la salud a nivel comunitario. Lo mismo ha sucedido con los elegidos a la autoridad municipal, lo cual es una consecuencia lógica, ya que ésta emana del pueblo. Sin embargo, la poca contribución de los médicos alópatas al respecto ¿puede deberse a una falta de interés cuyo origen sea su formación universitaria, consagrada más bien al tratamiento de casos individuales y aislados y no a la participación con la comunidad en programas de salud? Para dar respuesta a esta pregunta damos paso a la exposición de lo que es la medicina alópata en Talea, es decir al acercamiento de los recursos personales de salud.

b. Medicina alopática.

La medicina alopática, es decir, la medicina occidental institucionalmente reconocida, es de reciente aparición en Talea de Castro. Los informantes taleanos hacen saber que antes de los años sesenta dos médicos asistían a la población esporádicamente, pero no es sino a partir de esa década que se formaliza la atención médica con la fundación de un Centro de Salud, misma que se complementa años después con la medicina privada.

En todo lo que respecta a los recursos humanos y materiales de la medicina alopática, son muy conocidas las diferencias entre la ciudad y el campo. El 80% de los médicos está concentrado en ciudades y poblaciones mayores de 50 000 habitantes, que constituyen menos del 0.5% de las localidades de la República Mexicana³⁵, asimismo para 1970 había 1 121 municipios que carecían de este tipo de profesionales... A pesar que dentro de esta problemática las cifras no nos dan más que datos cuantitativos, sin mayor explicación, conocemos de antemano el problema administrativo de la mala repartición de los recursos médico-asistenciales derivado de una fuerte centralización. Ante esta información no es raro suponer las causas de la tardía llegada de los servicios médicos alopáticos a Talea, pequeño pueblo de la Sierra de Juárez que no cuenta con más de 4 500 habitantes...

Si bien los datos cuantitativos son de mucha utilidad para ubicar este tema en el marco de la cobertura médico-asistencial nacional, en lo que concierne a Talea en particular es necesario recurrir más insistentemente en los datos cualitativos que son los que permiten conocer las razones que hacen que las personas acudan o no a esa alternativa terapéutica y más aún, a escoger

entre la alopátia privada y la ofrecida por el Sector Salud.

La historia de la asistencia médica alópata en la comunidad tiene estrecha relación con la de los padecimientos que fueron antes endémicos. A partir de 1960 empiezan en Talea y la región circunvecina campañas de vacunación, empezando por la viruela, enfermedad que causó estragos en la centuria pasada. En 1965 se integra un programa contra la oncocercosis en los Servicios Coordinados de Salud Pública del estado de Oaxaca, que se hicieron cargo de la lucha antisimúlido. La falta de cumplimiento a las normas técnicas exigidas por este tipo de programas ha hecho que los resultados sólo se observen a muy largo plazo ya que veintitres años después aún se sigue luchando contra esta enfermedad. Asimismo, el centro de salud empezó otras campañas de vacunación contra el sarampión, la tos ferina y poliomielitis que hicieron descender considerablemente el índice de estas enfermedades. A partir de 1981, un médico originario del lugar que hizo su servicio social en el pueblo instala su consultorio y hace aparecer así a la medicina alopática privada, segunda opción formal de asistencia médica occidental moderna.

Tanto la medicina del Sector Salud, como la ofrecida por el médico privado son muy requeridas por la efectividad que han demostrado tener y a través de los años ha ganado sumo prestigio por su éxito frente a las enfermedades que tenían, en tiempos pasados, gran índice de letalidad, como la fiebre tifoidea. Nos encontramos entonces ante dos alternativas alopáticas y para conocerlas mejor a continuación se describen sus características a fin de realizar un estudio comparativo.

- Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Antes de describir las características del Centro de Salud de Talea de Castro es conveniente hacer una revisión de la institución a la cual pertenece. La Secretaría de Salubridad y Asistencia es constitucionalmente "la responsable de la salud del pueblo mexicano"³⁶ y a ella acuden principalmente las personas que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social población marginada de las ciudades y habitantes del área rural. Según Ma. del Carmen Elu de Leñero, "la capacidad de recursos humanos y materiales de la S. S. A. ha sido notoriamente inferior a la del I. M. S. S. lo cual es indicador de las prioridades que tiene el país en materia de salud."³⁷ Lógicamente, esto se ve traducido en una desigual calidad de la atención: el gasto en salud entre la población cubierta por cada institución fue en 1977 de 1 388 pesos per cápita para el I. M. S. S., mientras que para la S. S. A. fue de 217 pesos.³⁸ En cuanto al recurso médico humano, la seguridad social supera en proporción de dos a uno a la S.S.A., lo que muestra la escasez de este tipo de personal que existe en México.

En 1976, la Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba para el campo con los siguientes recursos de infraestructura:³⁹

HOSPITAL RURAL O CENTRO DE SALUD "B"

Número en el país: 465

Ubicación: Localidades entre 5 y 30 mil habitantes.

Recursos físicos: Variables.

Servicios prestados: atención del parto, pediátrica y de emergencia.

CLINICAS RURALES O CENTROS DE SALUD "C"

Número en el país: 1 691

Ubicación: Localidades entre 2 500 y 5 000 habitantes.

Recursos físicos: Consultorio, habitación (2 o 4 camas), recámara para el pasante, sala de expulsión.

Servicios prestados: Emergencias, morbilidad prevalente, atención del parto.

CASAS DE SALUD

Número: Más o menos 1 500

Ubicación: Localidades menores de 2 500 habitantes.

Recursos físicos: variables

Servicios prestados: Dependen de la visita de un pasante.

Para estas 2 156 unidades (exceptuando las Casas de Salud que no tienen ningún tipo de personal) existían 3 883 médicos, cifra que incluía a los pasantes en servicio social, a cuyo cargo se encontraban las 1691 clínicas rurales o centros de salud "C". A esta categoría corresponde el centro médico-asistencial de Talea, que funciona además como base coordinadora del trabajo de las Casas de Salud de pueblos vecinos (San Felipe El Porvenir, San Bartolomé Yatóni, San Juan Juquila Vijanos, Las Delicias y la Ex-hacienda de Santa Gertrudis). A esta labor se le llama Sistema Modular de Atención Médica y consiste en una red de Casas de Salud que están atendidas por una persona encargada, entrenada con conocimientos elementales de medicina, quien trata ciertos casos de enfermedad y juzga si es necesario trasladarlos al Centro de Salud de la cabecera de módulo (Talea), o esperar una visita, supuestamente periódica, del médico pasante que atiende la clínica rural. Empero, a este sistema se presentan una serie de obstáculos que lo hacen poco operacional: el primero de ellos es que el médico no puede acudir periódicamente a las Casas de Sa

lud ya que de esa forma abandonaría su trabajo en la clínica rural. Como se ha visto, el módulo se compone de 5 pueblos y para darle a cada uno una atención adecuada se necesitaría de una visita semanal por lo menos, lo que haría que el médico permaneciera en el Centro de Salud sólo dos días a la semana (incluyendo un día de descanso, en el cual sólo se atiende emergencias.) Otra deficiencia de este sistema modular es la falta de medicamentos, una crítica que se hace tanto de los servicios que presta el Centro de Salud en Talea como de las casas que corresponden al módulo. El descontento que provoca la carencia de medicinas hace pensar que la consulta sólo se vuelve un diagnóstico y no una terapéutica, lo que le resta confiabilidad a la asistencia médica de la S. S. A.

Los recursos humanos del Centro de Salud "C" de Talea de Castro son, además del médico pasante en servicio social, una enfermera pasante pasante en servicio social, una auxiliar de enfermería, un encargado de módulo (responsable de la supervisión de las Casas de Salud) y un intendente. En lo que respecta a médicos y enfermeras, es bien conocido que al finalizar su período de estudios, como pasantes deben de cumplir con un año de servicio social, para lo cual son ubicados generalmente en centros de salud en el campo y reciben durante esos meses una beca mensual. Sin embargo, han sido ampliamente reconocidas la baja calidad de su atención y su falta de motivación en el ejercicio profesional. Como en el mayor número de ocasiones son los estudiantes que sacan el promedio mas bajo quienes son designados al área rural ya que no pueden aspirar a un lugar en un hospital urbano, "ir al área rural equivale a un castigo" por no haber sacado buenas ca-

lificaciones."⁴⁰ Lo anterior fue confirmado por un gran número de informantes quienes advertían incluso que médicos pasantes anteriores fueron inconstantes en su trabajo y solían pasar más tiempo fuera de Telea que en su labor profesional en la clínica rural.

Aunado al problema de la falta de motivación de los pasantes se encuentra el de la administración institucional de los recursos humanos. En repetidas ocasiones Telea ha quedado al margen de la repartición de médicos y no ha sido sino hasta después de numerosas gestiones por parte de la autoridad municipal, así como de la auxiliar de enfermería quien es residente permanente del lugar, que se ha logrado que los Servicios Coordinados de Salud del estado de Oaxaca envíen a un profesional in fieri. La temporada de servicio social que inició en el mes de agosto de 1987 no fue problemática para la atribución de recursos humanos en la clínica rural taleana, e inclusive se podría decir que fue provechosa, ya que según los trabajadores del centro de salud residentes en el pueblo han logrado hacer un buen equipo de trabajo con los pasantes foráneos, a quienes les atribuyen una buena formación. A pesar que tanto médico como enfermera pasantes están motivadas por un buen desempeño de su labor en el año de práctica profesional, ambas (se trata de dos mujeres) tienen enfoques muy opuestos: la primera aprecia el trabajo de medicina rural, mientras que la segunda lo ve con desdén en predilección del urbano. Hay que hacer notar, sin embargo, que la médico no ha tomado gusto a la práctica médica en el campo por su preparación académica sino por un interés puramente personal, en cambio, es claro que la enfermera se siente atraída por la práctica urbana porque su

formación académica se encaminaba más por el trabajo en un hospital o clínica urbana que en un dispensario rural.

En cuanto a recursos materiales, el Centro de Salud está instalado en un edificio de construcción reciente que cuenta con dos cuartos para los practicantes en servicio social (con instalaciones sanitarias y mobiliario), dos cuartos para pacientes internos (con dos camas cada uno, mesas de noche, mesas-puente, cunas, ventiladores eléctricos, lavabos), un baño para pacientes, un cuarto de curaciones, almacén, sala de expulsión, una sala para consulta externa, cocina comedor y una sala de espera. Actualmente está en construcción un anexo para el programa contra la oncocercosis.

Como se puede constatar, Telea de Castro está servida por una clínica rural mejor asistida materialmente que el común denominador de su categoría. Con tales recursos materiales, y con los humanos citados en las páginas precedentes, el Centro de Salud presta servicios de consulta externa (con programas de control a enfermos con males específicos, como la tuberculosis), urgencias, atención materno-infantil y planificación familiar. La más grande ventaja que ofrece esta alternativa terapéutica es su bajo costo (el servicio puede ser gratuito, si la condición socioeconómica del paciente lo amerita), que según el nivel de ingresos del atendido se cobra con base en cuatro niveles: bajo, mínimo, medio y alto. Empero, no existe ningún criterio real para la aplicación de los niveles de cobro, por lo que éste se hace con arbitrariedad.⁴¹

Las ventajas podrían extenderse al medicamento que se ofrece sin costo alguno, pero como se aseveró previamente, existen fuertes quejas acerca del poco surtido (a pesar de tener un cuadro básico bastante extendido), de la constante penuria y en ciertos casos de la baja calidad (como la de los anticonceptivos orales,

causantes de amenorrea después de su uso).

Por otro lado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia lleva a cabo cada dos meses aproximadamente su control contra la oncocercosis, que es realizada por una brigada de tres miembros. Para esta actividad se cita a la población al Centro de Salud por medio del alto parlante municipal para que en los días subsiguientes los pobladores efectúen la prueba de detección. Esta consiste en la "palpación", durante la cual el personal de la brigada toca las partes del cuerpo susceptibles a tener nódulos de filarias, (instaladas en articulaciones fijas: cabeza, caderas, espalda, coxis.) y en la "Prueba de Mazzotti", consistente en la administración de una pequeña dosis de dieticarbamacina, a la cual hay una reacción alérgica de resultar positiva la prueba. A pesar que la oncocercosis ya está casi erradicada de Talea, las personas conocieron las reacciones alérgicas de la dieticarbamacina cuando existían numerosos casos, y al ver que éstas no eran siempre leves sintieron temor, lo que es la causa de la renuencia a la prueba en la actualidad.

Por último, hay que recordar que el Centro de Salud, como representante del Sector Salud en el pueblo, es el encargado de seguir las campañas nacionales de vacunación infantil.

-Medicina privada.

Cuando después de realizar su servicio social en Talea, un médico decidió instalar su consultorio, en el pueblo se inició el servicio formal de medicina privada. Si bien en parte sus recursos son más limitados que los del Centro de Salud y sus costos más elevados, por muchas razones la medicina privada tiene

una fortísima aceptación y demanda. Hoy en día, después de casi siete años de servicios médicos en el lugar, el galeno ha logrado obtener un prestigio en la comunidad, al grado de ser considerado como un "caracterizado". Como autóctono de la localidad, es obvio que sus razones de permanencia son muy distintas de las de cualquier pasante del Centro de Salud y de eso es consciente la población que acude a él, la cual ve facilitada la relación médico-paciente por el hecho de conocerlo, de identificarse con él como miembro de la misma comunidad y por la oportunidad de poderse expresar en zapoteco.

Como recursos humanos, el alópata es ayudado por una auxiliar con nociones de enfermería; y en lo que a material respecta, el dispensario cuenta con una sala para consulta externa, un cuarto para albergar un paciente interno, un baño, así como una pequeña sala de expulsión. Sin embargo tiene, además, una farmacia bien surtida en donde sus pacientes consiguen los medicamentos que él mismo receta... y a donde acuden también pacientes del Centro de Salud, quienes no obtuvieron su medicina por inexistencia temporal.

Es evidente que el prestigio ganado por este terapeuta, como la confiabilidad que se le tiene para poder contarle los problemas de salud por ser originario del pueblo y por tener relaciones de parentesco o amistosas con numerosos taleanos es de tal importancia que hace franquear el obstáculo del costo en busca de sus servicios. La consulta externa era cobrada por el galeno en noviembre de 1987 a 3 000 pesos (o sea lo equivalente a un día de jornal y a treinta o 7.5 consultas de la clínica rural, cobradas en sus niveles más alto y bajo .), precio que no incluye medica-

mentos, que se deben pagar por separado, al costo en que se encuentran en el mercado y los partos eran atendidos por la suma de 45 000 pesos (quince días de jornal o poco más de cuatro veces el costo por el mismo servicio en el Centro de Salud).

Al comparar las tarifas de los servicios médicos públicos y privados, salta a la vista la abrupta diferencia entre ambos pero sobretodo la desproporción existente entre la alopátia privada y el nivel de vida de un jornalero, de allí que la medicina a sistencial sea la alternativa terapéutica alopática más accesible para el grupo económico pobre. Sin embargo, es notable cómo, a pesar de su costo, en casos graves se acude sin vacilación al médico local, lo que muestra una vez más la reputación que el pueblo tiene de él. Claro está, en sólo un año de actividad en la población, ningún médico foraneo logrará tener un renombre similar y menos aún, superarlo... En cuanto a equipos de trabajo sucedo lo mismo: se le da más confiabilidad a los servicios privados de medicina, que están atendidos por personas originarias, que a los públicos, asistidos por personal mayoritariamente fora neo: médico y enfermera pasantes, y auxiliar de enfermería oriunda del sur del estado, a pesar de residir desde hace trece años en Talea.)

Sin duda alguna, la identificación con el terapeuta es un factor esencial en la elección de alguna alternativa médica. Al respecto, el galeno taleano tiene muchos elementos a su favor: conocimiento de la cultura local, buenas relaciones con los miem bros de la comunidad, dominio del zapoteco... Pero toca reconocer que en el período de servicio social 1987-88, el Centro de Salud tiene también un elemento positivo que a sido de atracción

para un sector de la población: las mujeres. En efecto, el hecho que en esta ocasión Talea haya recibido a una mujer para atender el Centro de Salud es muy favorable en la medida que acerca a la población femenina y puede permitir una relación médico-paciente más íntima. Según información de la clínica rural, se ha notado un ligero incremento en la asistencia de mujeres a consulta externa con respecto a otros periodos. Esto es de hacerse notar, ya que la identificación con una terapeuta conlleva no sólo la aproximación de una paciente, sino también de sus niños ya que en todos los casos es la mujer la responsable de la salud en el núcleo familiar.

Conviene señalar que la alopátia privada tiene más aceptación por el hecho que no representa ninguna institución autoritaria e impositiva, como lo es la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La misma médico de la clínica rural confirma la limitante que esto acarrea y que se manifiesta en el descontento de campañas como, por ejemplo, la de letrinización, la cual es insistente y como se vio es imposible de realizar por las condiciones de terreno en donde está asentada Talea. Durante la presentación de un audiovisual sobre letrinas y fosas sépticas (que no tenía ningún caso de presentarse), el "promotor" enviado por los Servicios Coordinados de Salud del estado de Oaxaca advirtió en tono amenazante la posibilidad de consignar ante las autoridades municipales a quienes no acataran la sugerencia de construcción de una instalación sanitaria con las especificaciones que se daban... empero, el Presidente Municipal es uno de los taleanos más conscientes de la imposibilidad de esos tipos de construcciones, lo que muestra que la amenaza del promotor no tenía ningún

fundamento.

c. Medicina tradicional no casera.

La medicina tradicional no casera es un recurso de salud no reconocido como tal a nivel oficial, que incluye a "aquellas personas a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades o facultades para curar, sea por medios empíricos, mágicos o mágico-religiosos, y que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo."⁴² Esta cita nos da los elementos que definen a esta alternativa terapéutica que son, a saber:

- a) el tener un reconocimiento social, es decir que su alcance no se limita a un contado número de beneficiarios (como podría formarlo el núcleo familiar o una estrecha red de amistades),
- b) los medios curativos empíricos, mágicos o mágico-religiosos, a lo que hay que agregar que son transmitidos de manera informal (en la mayor parte de casos de generación en generación), haciendo una secuencia en el pensamiento y la práctica, lo que la hace tradicional, y
- c) el diagnóstico de la enfermedad conforme a una idea de causalidad compartida por el grupo, lo que supone que enfermos y terapeutas comparten la misma dinámica cultural.

De esa manera, las diferentes prácticas que componen la medicina tradicional no casera forman parte y son producto de la propia sociedad y cultura, dentro de las cuales adquieren su sentido lógico. Al calificarlas de "no caseras", se intenta dar a entender que tales prácticas, a pesar de tener características de la medicina casera (la cual es también tradicional), no lo son por que sus servicios no permanecen en el núcleo familiar, sino

son extendido a todas las personas que los necesiten.

Los ancianos de Talea no dejan de insistir en lo útil que fue la terapéutica tradicional cuando no había ningún otro sistema de salud, muchos años atrás. Su función como única respuesta médica a lo largo de muchos años hizo que se incorporara en la vida del pueblo, y como manifestación cultural no ha sido desplazada por la alopátia, ni ha sido colocada en un segundo plano. Hoy en día la medicina tradicional atiende los síndromes que no son reconocidos por el sistema médico institucional, es decir las enfermedades mágico-populares, padecimientos "que no cura el doctor"... Asimismo, se encarga del tratamiento de males leves y comunes como lo son gripes, malestares estomacales y diarreas así como de atención de partos y traumatismos.

Es preciso aclarar que la medicina tradicional no doméstica no está compuesta por practicantes con conocimientos generales ya que dentro de ella existen especialidades. En Talea de Castro se reconoce tres tipos de especialistas bien definidos: curanderas, hueseros y parteras, aunque existe la combinación de parteras-curanderas por razones muy lógicas que se demostrarán adelante.

-Curanderas.

Existen en el pueblo cuatro curanderas, terapéutas tradicionales que emplean diferentes medios curativos, materiales o no, adquiridos por experiencia directa, pero más aún bajo el magisterio de otro terapeuta, que en la mayor parte de los casos suele ser la madre. De cualquier manera, las curanderas taleanas tuvieron lazos de parentesco generacional con las personas que les transmitieron su saber.

El recurso más utilizado por las curanderas en sus prácti-

cas es la herbolaria, y tienen una clasificación de las hierbas por sus propiedades curativas, así como por sus características de "caliente" o "fría". Esto último es de mucha importancia para conocer el conjunto de ideas en torno al proceso salud-enfermedad para el cual esta medicina da respuesta. En Talea, como en el resto de México, los médicos tradicionales y gran parte de la población clasifican como "fríos" o "calientes" a ciertos estados corporales, a las enfermedades, los alimentos, las bebidas y las plantas empleadas para los tratamientos. Para Carlos Zolla, "la dualidad "frío-calor" es una manifestación de la concepción general para la cual el equilibrio (corporal, emocional, social o natural) es resultado de un juego de tensiones entre opuestos complementarios"⁴³. George Foster sustenta⁴³ que la dualidad "frío-calor" se encuentra presente en la medicina tradicional mexicana por influencia de las ideas de la medicina europea que ingresó al país con la conquista, suponiendo que dos parejas de categorías (frío-calor y humedad-sequedad) que se encontraban presentes en las teorías médicas de origen hipocrático-galénico, penetraron el territorio conquistado, arraigando una de ellas y perdiéndose (o influyendo en menor medida) la otra.⁴⁴ Las concepciones de "frío" y "calor" son determinadas por el contexto cultural de un grupo determinado y no necesariamente son las mismas en todos los lugares, por ejemplo, la carne de cerdo y el chocolate son fríos en Tzintzuntzan, Michoacán,⁴⁵ mientras que en Talea de Castro se les atribuye la propiedad de calientes.

Asimismo, las curanderas conocen los rituales mágicos a seguir para curar malestares cuya causa es sobrenatural ("mal de ojo", pérdida de "la gracia" a causa de un "susto"), terapias

que en muchas ocasiones se suelen complementar con la herbolaria. Es costumbre entre las curanderas de no cobrar sus servicios con una tari a fija y generalmente es pagada a discreción de su paciente, incluso en algunas ocasiones al no poderle pagar económicamente, se le remunera con alimentos (café, maíz, panela...).
-huesero.

El tratamiento de los huesos en la medicina tradicional popular es una actividad que está casi siempre consagrada a los hombres. En Talea no hay una excepción al respecto, al tener la comunidad un huesero, quien cura también torceduras y músculos lastimados. Dos cosas formaron su aprendizaje empírico: la observación a las curaciones que su padre hacía con animales y su contacto desde niño con las bestias, que le facilitó el conocimiento de las partes del cuerpo. Al transcurrir el tiempo este terapeuta se dio cuenta que las prácticas que su padre hacía con animales se podían aplicar a las personas.

En su terapéutica el huesero analiza tres circunstancias: el tiempo de la herida, el tipo del trauma y la edad del paciente. Con base a eso sigue su tratamiento colocando el hueso en su sitio si es necesario, "calentando" la herida y dando un masaje. Acto seguido, coloca un parche en la parte afectada con alguna substancia medicinal, utilizando en la mayoría de los casos un preparado propio que él llama "bismo de caballo". Sus cuidados duran hasta que el paciente ya está completamente reestablecido.

A diferencia de las curanderas, este cura-huesos fija una tarifa por los servicios prestados en función al tiempo que duró el tratamiento.

Cuando ocurren traumatismos óseos en el pueblo las personas

acuden de inmediato con el huesero y no con el médico porque se tiene la creencia que el tratamiento de los huesos no forma parte del conocer del último. Lo anterior hace que el cura-huesos tenga casi en exclusiva el cuidado de todo este tipo de males, aplicando sus conocimientos con mucha frecuencia, lo que le ha dado no sólo experiencia, sino prestigio. Sin embargo, muy ocasionalmente tiene alguna falla que cuesta caro a quien la sufre, y que debe ser tratada por un médico.

-Parteras y parteras-curanderas.

Estos personajes de la medicina tradicional popular ocupan un lugar preponderante dentro de ese sistema de salud, en el cual guardan un reconocimiento especial. De las cuatro parteras que existen en Talea, dos han aprendido su oficio por tradición familiar (en ambos casos, tanto la madre como la abuela se dedicaron a lo mismo), una de ellas tomó un curso de gineco-obstetricia y la otra aprendió sólo con la experiencia y "la gracia que Dios le dió". Aunque el nombre de su labor lo diga, las parteras no se dedican únicamente a la atención del parto, sino que dan, además cuidados pre-natales (entre los cuales están las "asobadas", masajes al vientre que sirven, según tres de las parteras para acomodar al bebé en una posición adecuada) y post-natales, tanto para el recién nacido, como para la madre, que incluyen visitas periódicas de la comadrona en los días e incluso semanas subsiguientes para verificar el buen estado de salud de ambos.

Es lógico que al atender a un recién nacido una partera se motive por tener conocimientos de medicina infantil, que se usan para aliviar los malestares de los niños y aplicarlos también en adultos; es por esa razón que dos de ellas son curanderas se dedi

can también como curanderas, con lo que complementan la atención que ofrecen.

La comadronas de Talea son muy bien conocidas y sus logros a través del tiempo bien ponderados (lo que excluiría quizá a la más joven, quien sólo se ha dedicado a ese oficio por 4 años y no es todavía ampliamente conocida). Como son mujeres y como comparten con otras un medio social y cultural más que con cualquier otro médico (incluso el local), las embarazadas se sienten más identificadas con las parteras para la atención de su puerperio que con otra persona. Los costos son otro factor de atracción en especial para quienes tienen pocos recursos económicos ya que en ninguna circunstancia son más elevados que un día de jornal (es decir, 3 000 pesos en noviembre de 1987). No hay que olvidar un elemento más que motiva la elección de una partera pero además el rechazo del médico y que consite en el temor a la episiotomía, la cual, según comadronas y madres, es realizada sistemáticamente por los galenos a primerizas y que con mucha frecuencia no es necesaria.

Paralelamente a las ventajas que brindan las comadronas en sus servicios, hay también críticas con respecto al desempeño de su actividad. La primera de ellas corresponde a las pocas medidas higiénicas que toman para atender un parto y la otra es que acostumbran hacer pujar a la madre desde que empiezan los dolores y no cuando ya tienen una dilatación adecuada. Las críticas de este tipo son hechas por muchas mujeres que dieron a luz ayudadas por una partera, por otras que se han enterado, por el médico autóctono y hasta por una partera (que es la única que estaría fuera de lo que se critica).

Después de haber visto las características de los tipos de terapeutas tradicionales por separado, conviene detenerse en ciertas similitudes existentes entre ellos, y que no fueron citadas en las páginas precedentes. La primera de ellas es el compromiso de curar o de cuidar del paciente lo mejor posible, para lo cual el médico tradicional delimita su campo de acción sabiendo en que puede tener éxito o no. Independientemente de errores en los que es posible incurrir (como se explicó en el caso del huesero), esto es un común denominador de todos los que se dedican a la medicina tradicional no casera. Las razones de ello son principalmente dos: una, el compromiso que va implícito en la relación con el paciente, el cual puede ser mucho mayor cuando se trata de alguien cercano al terapeuta; y la otra es que como se trata de un oficio tradicional no aprendido en una institución formal, la única manera de adquirir un reconocimiento social es con los éxitos obtenidos.

Una segunda similitud que existe entre médicos empíricos es el sentido de responsabilidad que tienen para transmitir sus conocimientos afin de que nunca se pierdan y su labor continúe. Esto se debe en gran medida a la consciencia que se tiene de la manera como la mayoría de ellos aprendieron a curar y el gusto personal que tendrían de retransmitir sus conocimientos de la misma forma ; pero sobretodo al conocimiento de la utilidad de su oficio en la comunidad (el medio cultural donde viven) y al temor que en un futuro sus prácticas sean desplazadas totalmente por las de la alopátia.

Por último, pero no por eso deja de tener menor importancia está la similitud de la relación médico-paciente que en la medi-

cina tradicional no casera es informal, sencilla y por consiguiente, más estrecha.

d. Medicina casera.

El recurso médico más utilizado por toda la población de Talea es la medicina casera, la que está más al alcance de la mano y que a diferencia de las dos anteriores goza de muy poco o de ningún reconocimiento social. Se suele llamar también a esta práctica "automedicación", pero este término, por el hecho de significar "medicarse a uno mismo" no puede aplicarse a la medicina que se usa en casa, en donde la madre cumple la función de terapeuta y es ella quien se encarga de proporcionar los medicamentos.

Que sean las madres, o más ampliamente las mujeres, quienes practican la medicina casera tiene su razón de ser, ya que son ellas quienes permanecen más tiempo con los niños, los más propensos a enfermarse, y conocen de esa forma los padecimientos más leves y comunes que pueden curarse sin necesidad de acudir al médico. Así, las prácticas terapéuticas domésticas se van transmitiendo y perfeccionando de madres a hijas. Si la enfermedad es un poco más seria, se acude a quienes tienen más experiencia, como las tías o las abuelas.

No es nada curioso que sea del medio doméstico de donde surgen los médicos tradicionales no caseros cuyo reconocimiento se extiende a toda la comunidad, ya que la aceptación de una persona como terapeuta puede ir creciendo. Por ejemplo, si una mujer tiene éxito con sus formas caseras de curación, puede ser reconocida, no sólo en el seno de su familia nuclear, sino en el de la extensa también. Consecuentemente otras personas se dan cuenta de

su capacidad de curar, lo que puede crear poco a poco cierto prestigio en su vecindario, en la calle donde vive, en su barrio, hasta ser reconocida ampliamente por la población como terapeuta.

Hay que tomar en cuenta que la medicina casera es tradicional, por la forma en que se transmite y por los medios de los que se sirve, pero ha incorporado muchos elementos de la medicina alópata occidental, lo que ha influido en el olvido de la botánica medicinal en las generaciones jóvenes.

e. Conclusiones preliminares

Al referirse a los recursos para la salud, no sólo hay que tomar en cuenta a aquellos que tienen un fin práctico en el individuo y que tratan de reincorporarlo a la salud, sino se debe incluir a todo lo encaminado, directa o indirectamente a la preservación de la salud de una colectividad y no de individuos particulares. Si bien los recursos sanitarios suelen clasificarse en humanos, materiales y financieros, también se los puede dividir en personales (cuando atienden a la persona en concreto) y no personales (cuando benefician a una comunidad, como lo hacen los servicios públicos de agua potable, drenajes, etc...)

Los recursos personales de salud se manifiestan en distintas alternativas terapéuticas, que dan respuesta a una serie de elementos que acompañan o forman parte de la enfermedad: medio económico y social, concepciones culturales, accesibilidad... De esa manera, cada modelo médico y los casos en que se aplica, se encuentran enmarcados en circunstancias específicas, que se hallan en los órdenes de lo social, lo económico, y en grandísima medida también de lo cultural, por lo que se puede hablar de la existen

de "culturas médicas", término por el cual se puede entender un conjunto de creencias y conocimientos que reconocen un estado de salud paralelo y diferenciado de un estado de enfermedad, y consecuentemente a las creencias, conocimientos, costumbres y prácticas tendientes a conservar el estado de salud, así como a curar el de enfermedad. En Talea se puede distinguir dos culturas médicas, la primera de ellas corresponde a un cúmulo de ideas que abarca la concepción de las enfermedades mágico-populares y las prácticas médicas tradicionales. La segunda, en cambio está representada por la medicina alopática e institucional, y las ideas que ella ha incorporado con su introducción formal en el pueblo.

HACIA UN PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIO

"... sin embargo, justo es decir que no son la historia ni la etnografía, ni la etnohistoria, interacción de ambas disciplinas, las que nos abren camino hacia la antropología médica, sino el trabajo de campo aplicado y la reflexión sobre la práctica..."⁴⁵

El anterior pensamiento de Aguirre Beltrán es motivador para quienes pretenden reflexionar sobre los datos dados por la investigación y sacar de ellos una propuesta para el objeto estudiado. Ya en la introducción del trabajo se explicó con claridad que el objeto de la investigación de Talea de Castro fue de conocer la problemática salud-enfermedad y médico-asistencial así como de conocer todos los elementos necesarios y útiles para la propuesta de un programa de salud comunitario. Sin embargo, es pertinente hacer una distinción entre lo que este capítulo va a presentar y otros proyectos fracasados que no han dejado más que una lamentable reputación al llamado "desarrollo de la comunidad". No se quiere, sin embargo, meter al lector a una eterna discusión de los debates en pro o en contra del "desarrollismo" que resultaría inteminable, sino se expondrán algunos puntos teóricos que han sido tomados en cuenta y se confrontarán con ciertos errores cometidos otrora en un pretendido desarrollo comunitario.

Es a partir de la segunda Guerra Mundial que se empieza a gran escala en los países del Tercer Mundo a crear programas de desarrollo que permitan a las comunidades alcanzar un estado de bienestar en todos los aspectos. El impulso de realizar estos incipientes planes desarrollistas impidió reflexionar y tomar conciencia de muchas cosas, pero especialmente de la participación de la comunidad en la elaboración del programa y no sólo en su ejecución. De esa forma los programas fueron (y muchos siguen

siendo) dados como soluciones ideales estereotipadas, ofredidas por instituciones "benefactoras". Otro error cometido en este tipo de actividades es que, por desgracia, los "planificadores" y los que fijan su política, por razones muy propias suelen destacar una estrategia o un objetivo sobre otros y de allí que sea frecuente que "las prioridades de los planeadores nacionales, que trabajan en las ciudades, no coincidan con las de la población rural. (.....) Rara es la vez que se consulta a los campesinos cuando se fijan las prioridades de desarrollo, y es obvio que debe consultárseles..."⁴⁶ Es por eso que es necesario el conocimiento de la comunidad y de la problemática que se va a enfocar, que no puede ser reemplazado por el sentido común.

Por lo anterior, en el programa de salud comunitario que se propone se toman en cuenta sobretodo los siguientes planteamientos, algunos de los cuales son sugeridos por Marc Nerfin al reevaluar las experiencias en el campo del desarrollismo en su proyecto Dag Hammarskjöld:⁴⁷

- i. Que esté orientado según las necesidades de salud, de las cuales la comunidad tendrá plena conciencia.
- ii. Que sea endógeno, es decir, que las propuestas surjan del corazón de la misma comunidad, que es la única indicada en decidir sus valores y la visión de su futuro.
- iii. Que sea original, es decir, adecuada a esa comunidad específicamente, siguiendo sus características. "El desarrollo no es un proceso lineal, no es posible que exista un modelo de desarrollo universal. Sólo la pluralidad de modelos puede dar respuesta a la especificidad de cada situación."⁴⁸
- iv. Que sea autosuficiente en recursos humanos, materiales y ecológicos. Que se base principalmente en la propia fuerza y recursos de la comunidad y de sus miembros, así como de su medio ambiente.

a. Recapitulación y consideraciones generales.

Tres capítulos fueron consagrados al conocimiento de las bases sobre las cuales puede formarse un programa de salud comunitario: organización comunitaria, panorama salud-enfermedad y recursos médico-asistenciales, a los cuales se anticipó una caracterización etnográfica de Talea de Castro con el fin de presentar a la comunidad para la cual va dirigida la propuesta.

De esa manera se ha podido ver cómo se organiza la comunidad en su vida política y para hacer frente a ciertos problemas y necesidades, lo que permite retomar ciertas conclusiones. En Talea, la autoridad máxima es la Asamblea General formada por todos los ciudadanos hombres mayores de 18 años, quienes eligen entre ellos a los más convenientes para fungir un cargo político-administrativos, tanto como autoridades municipales que como miembros de comités o comisiones que se ocupan de la administración de servicios públicos. Son los hombres quienes participan en estas actividades exclusivamente, y su puesto es otorgado de forma impositiva. Si bien para un taleano no es siempre fácil cumplir con un cargo, que le quita tanto tiempo de trabajo en el campo como el dedicado a otras actividades en el pueblo, la comunidad está consciente de la necesidad de cumplir con los cargos que se imponen, así como de su rotación entre los ciudadanos, lo que permite que todos cumplan con su obligación de servicio comunitario. Sin embargo, las mujeres, que no participan de la vida político-administrativa de Talea y permanecen más tiempo en la localidad, tienen más oportunidad de dedicarse de manera voluntaria a las actividades de comités y comisiones con distintos fines.

En lo que concierne al proceso salud enfermedad, se ha po-

dido constatar cómo influyen en él las condiciones de vida y de trabajo, lo cual lleva a pensar en todos los factores que lo acompañan: ecológicos, sociales, económicos, culturales... Si bien la enfermedad se manifiesta de forma concreta en el individuo, la distribución de ella en Talea de Castro nos muestra como ataca a ciertos sectores en especial expuestos, de acuerdo a los factores citados anteriormente, a los mismos agentes causales.

Los cambios bruscos de temperatura que el medio físico causa al correr del año, pero sobretudo en la temporada invernal, son una causa esencial en la incidencia de las enfermedades de las vías respiratorias, que son unas de las más frecuentes en Talea y que se incrementan en los meses de diciembre y enero. Si bien se trata de un factor ecológico, a él se adjuntan un factor laboral, ya que durante la temporada de mayor incidencia de este tipo de enfermedades es cuando se realiza la cosecha de café y es cuando las personas dedicadas al cultivo del grano permanecen más tiempo al descubierto y en condiciones de abrigo deficientes. El frío provoca también el crecimiento del número de padecimientos óseos degenerativos, que atacan especialmente a la población adulta masculina, a la cual se hace sobretudo válido el factor laboral como elemento social causal.

Es también durante el invierno que se incrementan los casos de enfermedades de la piel, a lo que se puede encontrar directa o indirectamente causa en el trabajo. Tales padecimientos suelen ocurrir por la infección de picaduras de insectos obtenidas en el lugar de cosecha o por falta de cuidados higiénicos en los niños cuando su madre asiste a esta actividad.

La tuberculosis pulmonar no es una enfermedad que tiene rele

vancia numérica con respecto a otras existentes en Talea de Castro, pero su gravedad es bien conocida, así como su difícil y largo tratamiento. Empero, debe tomarse muy en cuenta que se trata de una enfermedad que se debe a circunstancias socio-económicas bien precisas: hacinamiento, desnutrición...

En México, y es el caso general de todos los países del Tercer Mundo, existe una trágica relación entre la escasez de los recursos no personales de salud y el alto nivel de infecciones gastrointestinales y parasitosis, que existen casi de forma permanente en Talea, pero aumentan en incidencia en el fin de la primavera y persisten durante toda la época lluviosa, ya que la humedad favorece la rápida reproducción de microbios y el agua facilita su transportación.

Es importante señalar que en el pueblo existen algunos padecimientos que muchos médicos limitarían como puramente urbanos como lo son la gastritis, la úlcera gástrica, la hipertensión arterial y la diabetes, que atacan a la población adulta. Los tres primeros pueden deberse en gran medida al "stress", que no es una característica propia de los habitantes de las ciudades y que existe por muchas razones bien fundadas también en el campo. Es evidente que existen suficientes factores psicológicos que desempeñan un papel decisivo para causarlos.

Dentro del panorama salud-enfermedad no hay que olvidar a los síndromes a los que se les da una explicación comprensible dentro del conjunto de ideas y creencias de un grupo social determinado, y que no tienen interpretación dentro de la medicina institucional. A tales males se les da en este trabajo el nombre de mágico-populares, ya que se trata de padecimientos que

reciben en todos los casos una explicación popular y en algunos una atribución sobrenatural. La lista de estos síndromes en Talea es similar a la que se podría encontrar en cualquier otro pueblo mexicano: "susto" o "espanto", "enojo" o "coraje", "alfere-sía", "hacer ojo"... Este tipo de padecimientos, al no entrar en la lógica de la medicina moderna institucional, pertenecen a un conjunto de concepciones de salud-enfermedad-medicina que se puede llamar "cultura médica".

A cada este panorama salud-enfermedad corresponde una respuesta médico-asistencial que incluye desde los recursos no personales de salud hasta todo tipo de alternativa terapéutica. Por recursos no personales de salud se entiende a aquellos servicios cuyo campo de acción es la colectividad y que son parte importante en el resguardo de la salud. Las condiciones del terreno en donde se encuentra Talea de Castro permite la existencia de manantiales que son la fuente de agua, la cual no por ser cristalina en grado sumo deja de tener agentes patógenos. Se trata entonces de un líquido limpio pero eso no significa que siempre sea potable. A pesar de contar el municipio con un sistema de drenaje público, éste no está al alcance de todos los taleanos debido al alto costo de su instalación. El caso se vuelve más difícil porque aproximadamente un 20% del total de familias no tiene ninguna instalación sanitaria, ya que como el terreno está en declive y es muy filtrante, la construcción de una letrina sólo permitiría una mayor contaminación y, por consiguiente, sólo queda la solución de un escusado inglés cuyo costo de instalación es muy elevado.

Los recursos curativos en Talea se pueden dividir en tres,

siendo cada parte una alternativa terapéutica que es escogida de acuerdo a una multiplicidad de factores: tipo y gravedad la enfermedad, accesibilidad de los servicios, identificación con el terapeuta, costos de la medicina, lo que implica que la terapéutica es una respuesta social de la enfermedad, no siempre por los propósitos de ésta, sino por los elementos que motivan su elección.

Dentro de los recursos personales de salud están los alopáticos modernos, es decir, la medicina occidental, institucionalmente reconocida. Estos a su vez se dividen en dos: los oficiales y los privados, ambos existentes en Talea, uno representado por un Centro de Salud o Clínica Rural, y el otro por un galeno que presta servicios particulares. Si bien el médico privado (originario del lugar) y la encargada del Centro de Salud son personas que se sienten motivadas por participar un un programa de salud comunitario, los que atendieron la clínica rural en distintas ocasiones en el pasado, dejaron una clara imagen de su falta interés en los problemas médico-sociales de la comunidad y su bajo rendimiento.

El hecho que el médico privado sea oriundo del pueblo y que tenga muy buenas relaciones con sus habitantes es un elemento de identificación que origina el interés por sus servicios, a pesar que sus costos son muy superiores a los de la Clínica Rural. Empero, el enviar una mujer a realizar su servicio social a Talea durante el período comprendido entre 1987 y 1988 es un punto positivo de atracción de la población femenina al Centro de Salud de la S. S. A. Es de decirse que a esta clínica médico-asistencial se le suele criticar la constante penuria de medica-

mentos, que deja a una consulta médica en un simple diagnóstico. Es de lamentarse, a la vez, que siendo parte de una institución pública de asistencia médica, no haya tenido ninguna actividad en medicina comunitaria, lo que es un claro ejemplo de que las ciencias médicas están orientadas casi exclusivamente al tratamiento de casos individuales y aislados, más que a la práctica de una medicina preventiva y social.

Paralelamente a las prácticas terapéuticas alopáticas existen otras que forman parte y son producto de la propia sociedad y cultura dentro de las cuales adquieren sentido lógico. Se trata de la medicina tradicional no casera, la cual fue durante mucho tiempo la única respuesta a los problemas de enfermedad y hoy en día sobrevive para atender un número más restringido de padecimientos, así como los síndromes mágico-populares, para los cuales es la única respuesta, al formar parte de la misma cultura médica. Sin embargo, su campo de acción abarca también traumatismos óseos y atención gineco-obstétrica. En Talea se distinguen tres tipos de médicos tradicionales: curanderas, que emplean diferentes medios curativos, desde rituales mágicos hasta la herbolaria, de la cual tienen un amplio conocimiento práctico; parteras, que se encargan también de cuidados pre y post natales; huesero, quien con quiropráctica y preparados especiales se dedica al restablecimiento de fracturas, tordecuras y músculos lastimados; también existen parteras-curanderas, mujeres interesadas de los cuidados del infante mucho tiempo después de nacidos.

Se hace la diferencia entre medicina tradicional no casera y medicina tradicional casera, ya que si bien tienen similitudes encuan-to a modos de transmisión de conocimientos y prácticas tra-

ticas medicinales, la cobertura y el reconocimiento de la segunda son muchísimo más restringidos, limitándose a la unidad doméstica únicamente. La medicina casera ha tomado algunos elementos de la medicina alopática moderna y su práctica es exclusiva de las mujeres. Esto último no es casual ya que son siempre las abuelas, madres e incluso hermanas quienes permanecen más tiempo con los niños, susceptibles a enfermarse, y de allí aprenden terapéuticas que se van transmitiendo de generación en generación.

De toda esta recapitulación hay elementos importantes que tomar para la propuesta de salud comunitaria, uno de ellos que es capital, es la toma en cuenta de la mujer como recurso humano. En el párrafo recién pasado hemos visto su importancia en la medicina casera, que es tan grande en la medicina tradicional no casera: de nueve terapéutas tradicionales sólo uno es hombre. Asimismo, nos dimos cuenta que, ya sea en enfermedades mágico-populares o en comunes (excepto en padecimientos degenerativos o psicósomáticos) es la población infantil la más afectada y la persona más cercana a ella es la madre. Además, la mujer tiene más disponibilidad que el hombre ya que no participa en las actividades político-administrativas ni se ausenta frecuentemente del pueblo como lo hacen los hombres que trabajan en el campo. De cualquier manera, no se puede prescindir de la participación del hombre, ya que el programa debe tomar a la comunidad en su conjunto.

De la misma manera, conocimos los principales problemas de salud y de asistencia médica a los cuales se debe enfocar la propuesta del programa de salud, que sigue las pautas de cómo se organiza la comunidad y de cuáles son los intereses de la población de Talea en los aspectos de salud.

b. Objetivos.

Uno de los principales motivos del programa de salud comunitario, como se mencionó en la introducción, es el de establecer un puente entre la medicina tradicional y la medicina moderna, modificando el estado de incomunicación en que se han mantenido dos formas de entender y combatir la enfermedad, afin de que ambas logren una interrelación pacífica y no subordinada. Motivo de bastante peso, pero que no es sino parte de la razón primordial: aprovechar todos los recursos disponibles de una comunidad para promover la salud, mediante acciones que respondan a las necesidades vigentes.

Es así como, durante el trabajo de campo, se discutió con informantes, médicos alópatas y terapeutas tradicionales sobre el rumbo que debía de tomar el programa de salud comunitario y poder acercar de la mejor manera posible una asistencia sanitaria esencial, que no tome en cuenta sólo factores terapéuticos sino preventivos, basada en métodos y tecnologías socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los miembros de la comunidad por ellos mismos, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar.

Dentro de esa asistencia sanitaria, revisten de importancia primordial las acciones dirigidas hacia la población infantil y materno infantil, que es la más grande presa de enfermedades; cuidados pre y post parto y las mejoras al medio ambiente a través de posibles soluciones para hacer llegar a todos los servicios no personales de salud.

Las acciones promovidas por el programa de salud comunitario serían, en su inicio, las siguientes:

ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PARA EL MEDIO AMBIENTE.

- Creación de un comité de salud con la participación de:
 - i. médicos tradicionales
 - ii. médicos alopáticos
 - iii. miembros de la comunidadel cual tendrá la función de promover la salud a través de una serie de actividades a las que se aludirá posteriormente.
- Creación de una farmacia comunitaria
- Agrupación de las personas interesadas en instalaciones sanitarias para la eliminación de excretas.

ATENCION A NIÑOS.

- Atención al recién nacido.
- Morbilidad prevalente.
- Traumatismos leves.
- Vacunación.

ATENCION A ADULTOS.

- Morbilidad prevalente
- Revisión de embarazadas para detección de riesgos y orientación de cuidados durante el embarazo.
- Mejoramiento en la atención del parto domiciliario.
- Cuidados post-parto y promoción de lactancia materna.
- Planificación familiar⁴⁹.

Las acciones del programa de salud serán ejecutadas a través de un comité de salud (citado en la primera parte del listado) el cual se encamina a mejorar los servicios médico-asistenciales, tanto los modernos como los tradicionales (por ejemplo, a través de una farmacia que tenga el surtido necesario de medi-

camentos, o mejorando las condiciones higiénicas en la atención del parto a domicilio), pero también a mediatizar las causas más frecuentes de enfermedad, principalmente las infantiles, tratando de modificar ciertos hábitos.

c. Estrategias.

Para cumplir con los objetivos que se propone el programa de salud comunitario (al cual se llamará en adelante PSC), es necesario seguir las siguientes estrategias.

- i. Trabajar en coordinación con la autoridad municipal y otros comités o comisiones, afin que se logre una mayor aceptación de las actividades del PSC, así como un mayor a poyo en su organización y operación.
- ii. Buscar, asimismo, el apoyo de instituciones foráneas o personas interesadas para la búsqueda de recursos financieros o materiales (medicinas), así como de ayuda técnica en adiestramiento de promotores.
- iii. Integrar al comité de salud (CS) con personas motivadas e interesadas, que a su vez, motiven a otros miembros de la comunidad para su participación.
- iv. Formar entre los miembros del CS un grupo de promotores de salud, que con previo adiestramiento, podrán atender casos leves de enfermedad cuando la medicina casera no es suficiente y otra alternativa terapéutica esta fuera de alcance.
- v. Hacer énfasis en actividades formativas no académicas: intercambio de experiencias entre todo tipo de terapéutas, in corporación de elementos de cada una de ellas a la otra, si se cree conveniente.

De esa manera, los recursos médicos en Talea estarían puestos al mismo nivel, y se daría la oportunidad al pueblo de ser promotor de su propia salud, mediante su participación activa. Los programas de salud con participación de la comunidad son ideológicamente muy criticados, pues se considera que constituyen un mecanismo de los regímenes capitalistas dependientes para hacer llegar a la población "medicina barata" o de segunda clase. Lo de "barata" sólo es cierto en la medida en que el personal de la comunidad interesado colaborará en Talea de una forma voluntaria y porque el comité de salud buscará la medida de reducir costos de ciertos servicios indispensables en la promoción sanitaria. Sin embargo, las ideas que se proponen en este programa, emanan de la comunidad misma, que se siente motivada por resolver sus problemas a su manera, lo que sólo se puede interpretar como una salida viable y adecuada a las necesidades taleanas en lo relativo a salud.

Ahora bien, ¿quienes son los miembros de la comunidad susceptibles de participar en el PSC? Durante el trabajo de campo realizado en Talea el interés de las mujeres (es de aclarar que la mayor parte de ellas corresponde a un nivel socioeconómico bastante elevado) por participar en actividades de promoción de salud, lo que se debe, como se observó, a su mayor disponibilidad por permanecer más tiempo en el pueblo que los hombres en el pueblo y por que no participan en las actividades político-administrativas. Sin embargo, su interés primordial estriba en su contacto con la población infantil, la más afectada por la mayor parte de enfermedades incidentes en la localidad.

Una característica que se vió también con los médicos tradi

cionales es el compromiso que sienten por curar, lo que despierta en ellos la motivación para ser parte del CS, y poder, a través de la relación con los alópatas, adquirir conocimientos complementarios a los suyos. Esto se hace notar sobretodo en las parteras, quienes además de su formación empírica tienen deseos de compartir experiencias con los médicos. Estos, a su vez, están interesados por conocer elementos de la terapéutica tradicional, especialmente de la herbolaria.

Y, claro está, no hay que dejar al margen la población masculina, que aunque tendrá menos disponibilidad, no deja de sentirse interesada, sobretodo cuando el programa tiene en cuenta la búsqueda de instalaciones sanitarias adecuadas y poco costosas.

d. Estructura y organización.

Para comprender la organización del PSC es necesario conocer la organización comunitaria en Talea, que se explica con detalle en el capítulo correspondiente y cuyas características generales fueron retomadas recientemente, ya que en ella estará inmerso.

Desde ya existe un número de personas interesadas en participar en la actividad, así como gente sensibilizada en problemas de salud, y a ellos corresponde, junto con médicos alópatas y tradicionales formar un primer comité provisional, en tanto reciba un reconocimiento de la Asamblea General de Ciudadanos. Por lo que respecta a la Autoridad Municipal, ésta ya tiene conocimiento del futuro comité y de sus posibles funciones y se siente interesada en participar en todo lo necesario para su desarrollo, sobretodo en dos asuntos específicos que le conciernen directamente y que sin su apoyo son difíciles de realizar: la farmacia

y las instalaciones sanitarias.

De acuerdo con la estructura de las demás organizaciones taleanas, el CS se puede componer de una junta directiva (integrated por un presidente, un vicepresidente, un secretario y un tesorero), la cual se encargará de convocar a las reuniones del comité, de presentar informes temporales a la Asamblea General, de llevar los fondos económicos y de ser el puente entre este comité y otras organizaciones así como la autoridad municipal. Para cumplir con los objetivos propuestos, los miembros del CS pueden estar divididos en cinco sub-comités, que van de acuerdo a las actividades del programa:

- sub-comité de servicios sanitarios,
- sub-comité de promotores de salud,
- sub-comité de parteras,
- sub-comité de médicos y
- sub-comité de farmacia comunitaria.

Esa división no significa en absoluto que cada miembro se va a dedicar exclusivamente a su tarea, ya que sólo se hace con un fin ejecutivo y de distribución del trabajo. Sin embargo, las decisiones, nuevas propuestas y evaluación del trabajo conjunto son tareas que corresponden a todo el comité en general.

Los sub-comités, que trabajarán coordinadamente, estarán compuestos por personas motivadas, interesadas o dedicadas al asunto específico al cual se refieren. Una pequeña junta de vocales, no mayor de cinco miembros, complementará la participación de toda la comunidad en el Comité de Salud.

Como se puede constatar, la lista de sub-comités abarca las ideas de medicina preventiva y medicina curativa. Los dos prime-

meros tienen más un carácter preventivo, los dos siguientes de la lista también, aunque el cuarto, sub-comité de médicos, está en última instancia más ligado a lo curativo, como lo es para el sub-comité de la farmacia comunitaria.

Dentro del panorama general de organización comunitaria, el CS se situará al mismo nivel que los demás comités y comisiones y aprovechará el reconocimiento por parte de la Asamblea General para ser apoyado en todas sus actividades y recibir de la Autoridad Municipal la ayuda y el respaldo necesarios, como lo puede ser la organización del tequio en obras de asistencia sanitaria.

e. Funciones y operacionalización.

La labor del primer CS no será nada fácil, a pesar que la motivación de quienes pretenden formarlo es grande. Es evidente que en su inicio, el Comité de Salud no funcionará como se estructuró anteriormente, sino será solamente un grupo de personas con una directiva escogida entre ellos mismos. A ellos corresponde la promoción a todo el pueblo de los objetivos del PSC, mediante una serie de acciones:

- discusión informal, de manera individual con amigos, parientes, vecinos. Para esto es de aprovecharse también la discusión en lugares públicos, en donde otros pueden intervenir: lavaderos públicos, molinos, tiendas, comedores, bares...
- presentación de las actividades del PSC a otras personas susceptibles de interesarse en una o varias de ellas: personas sin instalación sanitaria, madres, habitantes cercanos a los depósitos de basura...
- presentación formal ante la Asamblea General

y otras asociaciones comunitarias.

Debe aclararse que la promoción del PSC debe ser emprendida desde sus inicios por la población interesada, si es posible con la colaboración de gente notable en el pueblo, como los caracterizados. A pesar que la Autoridad Municipal es elegida directamente por los taleanos en forma muy democrática, las propuestas que salen de ellos mismos, y que luego tienen en respaldo municipal, son mejor aceptadas.

De esa forma, la comunidad tendrá conocimiento del PSC y sus miembros decidirán su participación en el Comité de Salud. Al principio es importante que éste reevalúe su situación respecto a la salud y reidentifique los problemas y prioridades. Esta unificación de criterios se puede hacer con base en todo este trabajo, del cual los taleanos recibirán varias copias disponibles en su biblioteca municipal para consulta, pero es más importante su punto de vista... La propuesta de este programa de salud está basada en las inquietudes observadas durante el trabajo de campo y nada impide que durante la marcha otras más surjan en el camino.

La promoción de los objetivos del PSC para una buena participación comunitaria debe mantenerse y de esa manera, logrando que más personas se involucren, se dará oportunidad al reciclaje de los miembros y a que la comunidad sienta el programa como suyo.

Tanto para autoridades municipales, como para todos los informantes en general la prioridad número uno del PSC debe de ser la creación de una farmacia con un surtido apropiado de medicamentos en cuyo fin se pensó en el sub-comité respectivo. Para cumplir con este objetivo, se cuenta ya con la participación de

una partera quien es surtida por un sacerdote alemán (éste de mucho prestigio en el pueblo) con dotaciones de medicamentos sin costo alguno. Esta mujer propuso dar este material a la farmacia y que en adelante las dotaciones traídas por el religioso se destinen a esta causa. Dado que las medicinas se recibirán gratuitamente y se pueden vender a un precio módico, se podrá obtener un pequeño capital para la compra de más surtido afin de que poco a poco la farmacia alcance a cubrir las necesidades Taleanas. La tarea no es fácil, y es por eso que una de las funciones del sub-comité consiste en explorar (con la Autoridad Municipal como apoyo) las fuentes posibles de material médico y medicinal a buen costo.

Hay que tomar en cuenta todos los ofrecimientos para llevar a cabo el PSC, entre los cuales está la colaboración de la Presidencia Municipal en conseguir un lugar en donde instalar la farmacia. Esta será atendida por las personas que participan en tal sub-comité, quienes se turnarán para ese efecto. Debido a que no se trata de ningún negocio, no es necesario que el encargado permanezca en ella todo el día, y los informantes coincidieron en decir que una o dos horas al día es suficiente, siempre y cuando en el exterior se especifique el horario, se respete y asimismo se indique quien es el responsable en turno en casos de emergencia.

Otra prioridad consiste en buscar la mejor manera de hacer instalaciones sanitarias adecuadas y a bajo costo. Se fue insistente en señalar que, desgraciadamente por las condiciones del terreno y la humedad existente, las letrinas no aportan ninguna solución sino más bien perjuicio. Los taleanos están conscientes de

esto, y como única alternativa ven la instalación de un escusado inglés, que resulta ser muy costosa cuando se hace de forma individual. Es de allí que puede resultar, como una de las promociones del CS, la agrupación de los interesados en resolver este asunto conjuntamente, ya que los costos de los materiales necesarios para tal efecto se reducen casi en un cuarenta por ciento, si se compran en conjunto. Para toda esta actividad se debe tomar la colaboración de la Caja Popular San Miguel Talea, cuya ayuda en créditos para quienes no pueden pagar de forma inmediata es importante. (de allí la trascendencia del trabajo del CS en entendimiento con otras organizaciones locales).

El sub-comité de servicios sanitarios, en el cual tomarían parte los motivados por la actividad anterior, tendrá asimismo otra función, cuyo origen es causa de preocupación para los taleanos: la basura. Barrancas antes lejanas, hoy en una ubicación muy céntrica, han servido desde mucho tiempo como inadecuados depósitos de basura, ante la imposibilidad de tener un servicio recolector. Una tarea de conscientización de la población sobre los problemas sanitarios que conlleva ese hecho, toma tiempo y no asegura de ninguna manera un éxito, al menos en lo inmediato. Mientras que promotores de salud empiezan esa larga labor, medidas conjuntas con la Presidencia Municipal (interesada también en este asunto) pueden ser puestas en marcha, organizando tequios periódicos que trabajen en la quema de desechos. A este respecto la incorporación de personas que habitan cerca de las barrancas y que son las más afectadas, al programa de salud comunitaria es evidente y su interés pudo confirmarse a lo largo del trabajo de campo.

Al hacer alusión a los promotores de salud, quienes constituirán una agrupación dentro del CS hay que referirse a lo que serán y lo que serán sus funciones. Estas personas, con previo adiestramiento por parte de los médicos modernos sobre las causas de morbilidad prevalente, la importancia de la vacunación y planificación familiar servirán como portavoces de una medicina preventiva, al fomentar reuniones con su red de relaciones (parientes, amigos, vecinos) y difundir lo aprendido, asimismo a organizar actividades con grupos de interés, como la asociación de jóvenes. El lector estará sorprendido al darse cuenta que habiendo dicho que uno de los objetivos primordiales del PSC era el de establecer un puente entre la medicina tradicional y la medicina alopática moderna, el adiestramiento de los promotores se limite a los practicantes de esta última. Eso se debe a que entre los informantes (en los que incluyo los terapeutas tradicionales) se coincidía en que eran ellos los más indicados para esa función debido a que su experiencia académica les facilitaría su tarea y porque el grueso del contenido del adiestramiento tiene que ver más con las prácticas médicas modernas.

A la vez, el antropólogo rural clásico se puede sorprender de igual manera al observar que en el programa de salud se incluye la planificación familiar, cuando por tradición de la disciplina se afirma que ésta no es operacional en el campo, en donde el número de hijos es la fuente de mano de obra en el trabajo agrícola y es casi proporcional a la efectividad de la producción. Sin embargo, el trabajo de campo en Talea de Castro sirvió para hacer notar que en ese medio rural se tiene muchísimo interés por los métodos anticonceptivos. En páginas precedentes se enfa-

tizó que el incremento poblacional empezaba a tener efectos en la distribución de la tierra, que en gran medida mucha población joven decidía emigrar en la búsqueda de alternativas laborales y que por ese hecho los padres favorecían la educación de sus hijos. Es claro que todo esto es causa de la sobresaliente demanda de servicios de planificación familiar. Al respecto, los alópatas pueden prestar asistencia ayudados en la difusión por los promotores de salud y médicos tradicionales, y en el surtido de métodos a bajo costo por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. -Mexfam-.

Los promotores de salud no sólo tendrán participación en la medicina preventiva ya que su adiestramiento podrán atender casos leves de enfermedad cuando la medicina casera no es suficiente y cuando otra alternativa no está al alcance. En esta parte de la formación del promotor se tomará en cuenta también la intervención de las curanderas, quienes en su inquietud de transmitir sus conocimientos afin que no se pierdan pueden enseñar el uso de la herbolaria. Debido a que el promotor se convertirá en una pieza clave del PSC, los informantes taleanos consideran importante que reúna ciertos requisitos:

- tener el adiestramiento por parte de los alópatas.
- tener disponibilidad para cumplir con sus funciones
- ser originario de Talea de Castro o haber vivido un tiempo considerable en el pueblo.
- saber leer y escribir
- ser conocido y aceptado socialmente
- ser bilingüe.

En lo que respecta a la atención de partos, la palabra mayor la tienen las parteras, por su experiencia numéricamente más elevada que la del médico alópata local y por supuesto que la del pasante en servicio social (a excepción de una de ellas, la más joven). Sin embargo, dos de ellas, que son además curanderas, paulatinamente dejan de dedicarse a esa tarea debido a su edad avanzada. Tanto médicos como parteras jóvenes están interesados por reunirse y comentar experiencias que, según opinión de todos, enriquecería su acervo. Lo importante de esto es también el intercambio de técnicas e impresiones que luego se manifestará en una mejor práctica. A pesar que las parteras mayores abandonan cada vez más su trabajo práctico, su participación en este intercambio no puede olvidarse por la larga experiencia que ellas representan. De esa manera, se pretende el mejoramiento de la atención al embarazo, al parto y al puerperio, tanto en condiciones higiénicas (que fue la más grande crítica a la mayoría de las parteras), como en la relación médico-paciente (que con el alópata no es siempre agradable).

Una actividad similar debe seguirse también con los curanderas y el huesero, ya que, a pesar de que mucho de sus prácticas entran en una lógica distinta a la del médico occidental, el recurso de las hierbas, usado por ambos tipos de médicos tradicionales son adaptables a la alopátia, reduciendo su costo.

El programa de salud comunitario tendrá dentro de su comité que lo hace operacional, un sub-comité de médicos que responde a la necesidad de "diálogo" entre terapéutas tradicionales y modernos. Paradójicamente, a este respecto los "tradicionales" siempre han sido más abiertos, pero en el caso de Talea de Castro se de-

be aprovechar la "apertura" de los alópatas y su interés por conocer las prácticas "paralelas" a las suyas. De esa forma aprenderán como el grueso de la medicina tradicional responde a una lógica de pensamiento médico, a una "cultura médica", cuyo olvido critico al galeno local y cuya motivación por aprender elogio en la foránea.

CONCLUSIONES GENERALES.

La conferencia internacional sobre atención primaria de salud, celebrada en Alma Ata, U. R. S. S., en 1978 reafirmó que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Esta afirmación pone en evidencia la estrecha relación que guarda el estado de salud de los seres humanos con las condiciones sociales, económicas y culturales en que viven. Es necesario decir que al hablar de la salud y la enfermedad no hay que referirse a dos estados totalmente separados, sino más bien a un proceso dinámico donde existen elementos biológicos de daño y recuperación que no están separados del contexto de la vida social del hombre.

Como respuesta a la enfermedad existen los recursos médicos que tienen un fin práctico en los individuos y que tratan de reincorporarlo a la salud, sin embargo, una completa revisión del panorama salud-enfermedad no debe limitarse al conocimiento de qué tipo de recursos médicos tiene una población y qué motiva su utilización, sino debe tomar en cuenta la cobertura de los servicios no personales de salud (como el agua potable, los drenajes, etc.) y las posibilidades de acceso a ellos.

Asimismo, al referirse a las alternativas médicas que aparecen como respuesta a la enfermedad no se debe de dejar al margen a aquellas prácticas que componen la llamada "Medicina Tradicional" y que son producto de la misma sociedad y cultura, dentro de las cuales adquieren su sentido lógico. Durante largos años, las terapias tradicionales y modernas han vivido separadas a pesar que ambas responden al mismo fin.

El conocimiento de los anteriores elementos, aunados al de las formas como una población se desenvuelve para resolver sus ne

cesidades, da erramientas al antropólogo interesado en los problemas de salud, para la elaboración de una propuesta de programa sanitario, que emane de los intereses de la comunidad y con el fin de acercar a la población a los recursos de salud y de mediatizar algunas de las causas que contribuyen a mantener en alto el índice de enfermedades.

La experiencia de campo en Talea de Castro, pueblo zapoteco de la Sierra de Juárez, permitió comprobar que la población de la comunidad que siempre se ha organizado con fines concretos está interesada en organizarse también para buscar la solución a sus problemas de salud y de asistencia médica. Muchos son los elementos que se encuentran inmersos en el pueblo y que son utilizables para tal fin: organización comunitaria, participación de las mujeres, valorización de los médicos tradicionales, disponibilidad de las autoridades municipales y motivación de los galenos alópatas; como se mostró en el programa de salud comunitario que se propuso en el capítulo inmediatamente anterior.

En sí, el grueso de conclusiones se presentaron en dicho programa, que es en sí, fruto de ellas. Sin embargo, toca hacer alusión a algo importante: la demostración de la aplicabilidad de la antropología en asuntos prácticos y de los resultados que pueden surgir del trabajo conjunto entre la medicina y la antropología. Una de las preocupaciones al inicio de la investigación, que fue la causa primordial de este trabajo, fue que la antropología es una ciencia que se ha dedicado casi exclusivamente a la realización de investigaciones que no devuelven nada al objeto estudiado, lo que la hace aislarse de los problemas sociales. La investigación realizada en Talea de Castro fue entonces la prueba

de la operatividad antropológica en asuntos concretos, en este caso de salud y medicina. Asimismo, queda demostrado que el entendimiento entre las ciencias médicas y antropológicas no pueden encaminarse más que al beneficio del hombre.

N O T A S

1. Memoria y Probanza de la fundación del pueblo de Talea, hoy Villa de Castro, copia manuscrita de 1908 del original de 1525 en los archivos del palacio municipal de Talea de Castro.
2. Scheffer, Lillian , Los grupos étnicos de México,
3. Hirabayashi, Lane Ryo, Migration, mutual aid and association: mountain zapotec in Mexico City, University of California, Berkeley, 1891.
4. Ibid., p. 99.
5. Escalante-Fortón, Rosendo, Investigación, organización y desarrollo de la comunidad, Oasis, México, 1979, p. 69.
6. Nader, Laura, Talea and Juquila: a comparison of zapotec social organization, University of California, Berkeley, 1964.
7. Ibid., pp. 252-255.
8. Ibid., p. 244.
9. V. p. 9.
10. Existen 7 capillas en el pueblo (v. p. 19), que son San Miguelito, Santa Rita, Señor de la Humildad (llamada también Rag'ía Yegu), De los lagos, Virgen de los pobres y la conocida como Segunda Capilla.
11. Los seis principios cooperativos con los que se basa la Caja Popular son: 1) "Puerta abierta", 2) Un hombre-un voto, 3) interés limitado, 4) Dividendo según las operaciones, 5) Educación cooperativa por la acción", y 5) Cooperación con otras cooperativas.
12. Cabe agregar aquí al Comité pro defensa de los derechos del pueblo (COFPRODEP), que se formó espontánea y oportunamente para la resolución de un problema concreto (v. p. 20)
13. Nader, 1964, p. 247.

14. V. pp. 13-16.
15. Entre otros obstáculos, la eventual organización de taleanos debe estar reconocida como razón social por la SECOFI, y para hacerlo se debe cambiar el regimen de tenencia de la tierra de pequeña propiedad a ejido o propiedad comunal, se debe decretar los límites oficiales del municipio de Talea (un trámite que llega a durar hasta 20 años) y se debe demostrar un capital inicial mínimo de 2000 000 000 pesos.
16. OMS-UNICEF, Informe final de la Conferencia de atención primaria de Salud, OMS-UNICEF, Ginebra, 1978.
17. Girón, Manuel A., Medicina Social, Editorial Universitaria, Guatemala, 1964, p. 250
18. Ibid.
19. Sigerist, Henry, La medicina y el bienestar humano, Ediciones Imán, Buenos Aires, 1943.
20. Hersh, Paul W. & Fernando Mora, Introducción a la medicina social y salud pública, UAM-X, México, 1984, p. 29.
21. OMS, Clasificación internacional de enfermedades, OMS, Washington, 1978.
22. Silver, Daniel B., "Enfermedad y curación en Zinacantán" en Lozoya, Xavier & Carlos Zolla (eds.), La medicina invisible, Folios Ediciones, México, 1983, pp. 163-178.
En dicho texto el autor dice que los zinacantecos de Chiapas clasifican las enfermedades según su origen, dividiéndolas bajo tres rubros: las enfermedades que emanan de los dioses, las provocadas por la brujería y las enfermedades de lo que podríamos llamar causas naturales.
23. Hersh y Mora, op. cit., p. 35.
24. V. p. 14
25. En épocas de cosecha, si su mano de obra es requerida, la madres asisten también.
26. V. Jores, Arthur, La medicina en la crisis de nuestro tiempo, Siglo XXI, México, 1981.
27. Ibid, p. 17.

28. Zolla, Carlos, "Las nosologías en la medicina tradicional actual", en Xavier Losoya y Carlos Zolla (et. al), Material de apoyo al primer curso de medicina tradicional y herbolaria del IMSS, i n é d i t o, p. 62.
29. Ibid.
30. Ibid., p. 63.
31. Ibid., p. 84.
32. A pesar de constituir elementalmente una práctica tradicional, es necesario tomarla por aparte. Las razones de ello se especifican en la página 78.
33. Zolla, Carlo , "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud", en Losoya y Zolla, 1983, p. 24.
34. V. p. 34.
35. López Acuña, Daniel, La salud desigual en México, Siglo XXI, México, 1986, p. 158.
36. Elu de Leñero, María del Carmen, De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural, AMEP, México, 1982, p. 43.
37. Ibid.
38. Ibid.
39. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados - Secretaría de Salubridad y Asistencia, Diagnóstico de la situación institucional de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1976, Archivo de la DGSMIPF, México, 1977.
40. Ibid.
41. Los costos de los servicios del Centro de salud más solicitados, oscilan entre:
- | | Nivel bajo | Nivel alto |
|------------------|------------|------------|
| Consulta gral. | 100 | 400 |
| Consulta urgente | 150 | 600 |
| Día cama | 800 | 3 200 |
| Parto | 2 150 | 8 600 |
42. Zolla, Carlos, "Clasificación y funciones de los terapeutas tradicionales" en Material de apoyo al primer curso de me-

dicina tradicional y herbolaria del IMSS, i n é d i t o,
p. 29.

43. Zolla, Carlos, "Nosogenia indígena en la medicina tradicional mexicana", en Ibid., p. 29.
44. Foster, George, "La salud y el equilibrio", en Losoya y Zolla, 1983, p. 65.
45. Aguirre Beltrán, Gonzalo, Antropología Médica, Ed. Casa Chata, México, 1986, p. 199.
46. Escalante-Portón, Ibid.
47. Nerfin, Marc, Hacia otro desarrollo, Siglo XXI, México, 1978.
48. Ibid. p. 31
49. El motivo de la introducción de la planificación familiar en el programa de salud comunitario se explica en la p. 101.

B I B L I O G R A F I A

- Aguirre Beltrán, Gonzalo, Antropología Médica, Ediciones de la Casa Chata, México, 1986.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, Medicina y Magia, Instituto Nacional Indigenista, México, 1963.
- Alvarez Nodarse, Armando, "El médico familiar en Cuba", en VII Conferencia Americana de Programas Integrados, JOICFP-MEXFAM, México, 1986, pp. 63-70.
- Ander-Egg, Ezequiel, Metodología y práctica del desarrollo comunal El Ateneo, México, 1983.
- Anzures y Bolaños, Ma. del Carmen, La medicina tradicional en México, UNAM, México, 1983.
- Batten, Thomas Reginald, Las comunidades y su desarrollo, estudio introductorio con referencia especial a la zona tropical, Fondo de Cultura Económica, México, 1984.
- Berger, Peter & Thomas Luckmann, La construcción social de la realidad, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1984.
- Biddle, William Wishart, Desarrollo comunal, redescubrimiento de la iniciativa local, Limusa, 1971.
- Calello, Hugo, Desarrollo comunitario y cambio social, Instituto de investigaciones económicas y sociales, Caracas, 1969.
- Cázares Hernández, Laura & María Christen (et. al), Técnicas actuales de investigación documental, Trillas-UAM, México, 1982
- Díaz-Polanco, Héctor, (et. al.), Indigenismo, Modernización y marginalidad: una revisión crítica, Juan Pablos, México, 1984.
- Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados-Secretaría de Salubridad y Asistencia, Diagnóstico de la situación institucional de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1976, Archivo de la DGSMPF, México, 1977.
- Escalante-Fortón, Rosendo, Investigación, organización y desarro-

llo de la comunidad, Oasis, México, 1979.

Foster, George, Las culturas tradicionales y los cambios técnicos, Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

García Canclini, Néstor, Las culturas populares en el capitalismo, Nueva Imagen, México, 1982.

Girón, Manuel Antonio, Medicina Social, Editorial Universitaria, Guatemala, 1964.

Harris, Marvin, Materialismo Cultural, Editorial Alianza, Madrid, 1982.

Hersh, Paul & Fernando Mora, Introducción a la medicina social y a la salud pública, UAM-X, México, 1984.

Hirabayashi, Lane Ryo, Migration, mutual aid and association: mountain zapotec in Mexico City, University of California, Berkeley, 1981.

Jores, Arthur, La medicina en la crisis de nuestro tiempo, Siglo XXI, México, 1981.

Kenny, Michael & Jesús de Miguel (comp), La antropología médica en España, Anagrama, Barcelona, 1980.

Landy, David, Culture, Disease and Healing, Macmillan Publishing, Nueva York, 1977.

Leñero, Ma. del Carmen Elu de, De lo institucional a lo comunitario, un programa de salud rural, AMEP, México, 1982.

López Acuña, Daniel, La salud desigual en México, Siglo XXI, México, Siglo XXI, México, 1986.

Loudon, Joseph B., Social Anthropology and Medicine, Academic Press, Londres, 1976.

Lozoya, Xavier & Carlos Zolla (eds.), La medicina invisible, Fo-

lios Ediciones, México, 1983.

Lozoya, Xavier & Carlos Zolla, (et. al.), Material de apoyo al primer curso de medicina tradicional y herbolaria del IMSS, inédito.

McKeown, Thomas, El papel de la medicina, Siglo XXI, México, 1982.

Mendes Goncalves, Medicina e historia, Siglo X I, México, 1984.

Menéndez, Eduardo L., Poder, estratificación y salud, Ediciones de la Casa Chata, México, 1981.

Nader, Laura, Talea and Juquila: a comparison of zapotec social organization, University of California, Berkeley, 1964.

Nerfin, Marc, Hacia otro desarrollo: enfoques y estrategias, Siglo XXI, México, 1978.

Organización de las Naciones Unidas, Participación popular y desarrollo: nuevas tendencias en el desarrollo de la comunidad, ONU, Nueva York, 1972.

Organización Mundial de la Salud, Clasificación internacional de enfermedades, OMS, Washington, 1978.

OMS-UNICEF, Informe final de la Conferencia de atención primaria de Salud, Alma-Ata, 1978, OMS-UNICEF, Ginebra, 1978.

Pozas, Ricardo, Desarrollo de la comunidad: técnicas de investigación social, UNAM, 1961.

Rojas Soriano, Raúl, Guía para realizar investigaciones sociales, UNAM, México, 1982.

Rojas Soriano, Raúl, Capitalismo y enfermedad, Folios Ediciones, México, 1984.

Scheffer, Lillian, Los Grupos étnicos de México,

Shields, James, Educación en el desarrollo de la comunidad, Paidós, 1967.

Sigerist, Henry, La medicina y el bienestar humano, Ediciones Imán, Buenos Aires, 1943.

Timio, Mario, Clases sociales y enfermedad, Editorial Nueva Imagen, México, 1981.

Tylor, Edward B., "La ciencia de la cultura", en Kahn, J. S. (comp) El concepto de cultura: textos fundamentales, Ed. Anagrama, Barcelona, 1975, pp. 29-46.

Werner, David y Bill Bower, Aprendiendo a promover la salud, Fundación Hesperian/Centros de estudios educativos, A. C., México, 1984.