

Nueva
Antropología 28

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

ANTROPOLOGIA MEDICA

EDUARDO L. MENENDEZ, Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina * **ALBERTO YSUNZA-OGAZON**, Polarización alimentaria y nutricional de México * **INGRID ROSENBLUETH**, Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales * **LUIS YARZABAL**, La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay * **RAUL MIRANDA O.** y **MAURICIO ORTEGA G.**, Economía y oncocercosis en la región cafetalera del Soconusco, Chiapas * **SAUL FRANCO**, La apoteosis del DDT y el problema de la erradicación del paludismo en América Latina * **JEANNETTE ULATE J.** y **BENNO DE KEIJZER**, Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México

DECIMO ANIVERSARIO



NUEVA ANTROPOLOGIA

VOL. VII, NUM. 28

MEXICO, OCTUBRE 1985

Sumario

ANTROPOLOGIA MEDICA

Décimo aniversario, 3

Editorial, 7

Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina, *Eduardo L. Menéndez*, 11

Polarización alimentaria y nutricional de México: un ejemplo de desigualdad social, *Alberto Ysunza-Ogazón*, 29

Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales, *Ingrid Rosenblueth*, 51

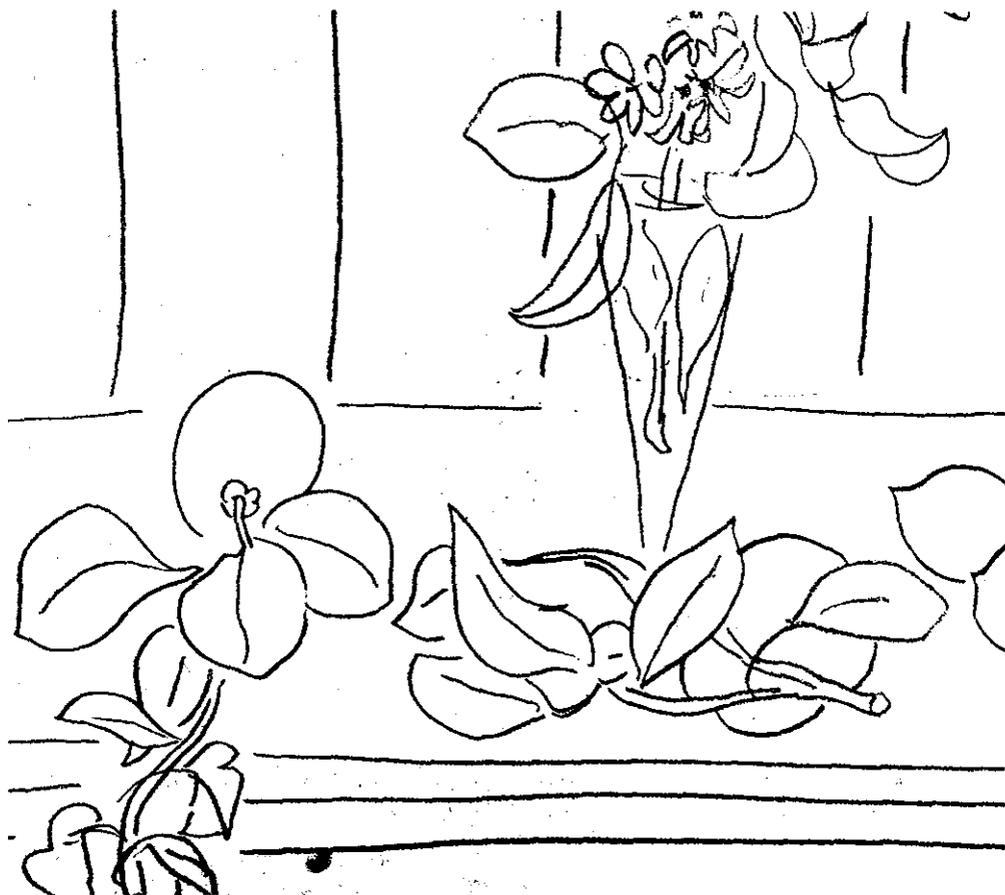
La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay, *Luis Yarzabal*, 75

Economía y oncocercosis en la región cafetalera del Soconusco, Chiapas, *Raúl Miranda O. y Mauricio Ortega G.*, 93 /

La apoteosis del DDT y el problema de la erradicación del paludismo en América Latina, *Saúl Franco*, 129 /

Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México, *Jeannette Ulate J. y Benno de Keijzer*, 153 /

Noticia de los autores, 177



Décimo Aniversario

Con el presente número celebramos los diez años de Nueva Antropología y ciertamente lo hacemos con gran satisfacción porque un esfuerzo editorial como éste, a lo largo de diez años, no ha sido fácil y ha requerido de un gran espíritu de solidaridad y colaboración de todos los miembros del consejo editorial; de los autores que generosamente nos han confiado sus obras; de los amigos que han coordinado algún número; de todas las instituciones que nos han patrocinado económicamente siempre respetando la autonomía intelectual y política de nuestro proyecto; del personal técnico que ha realizado las labores editoriales con gran cuidado; de nuestros impresores, encuadernadores y distribuidores. ¡A todos ellos gracias!

Nuestro primer número salió a la luz en julio de 1975, en el editorial se esbozaban como propósitos centrales “servir de medio de expresión a todos los antropólogos que ejecutan trabajos de investigación concreta, empeñados en la aplicación de nuevos enfoques teóricos y metodológicos”, . . . y por otra parte, “constituirse en el órgano de difusión, en la tribuna de un debate alrededor de los problemas que atañen a la antropología misma como una rama de las ciencias sociales” (Nueva Antropología 1, 1975, pág. 4).

Dos años más tarde, en el número seis, volvíamos a definir nuestros objetivos, esta vez con elementos más precisos, enfatizando la necesidad de una transformación ideológica dentro de la antropología como disciplina social, y la intención de ofrecer una alternativa a la antropología oficial mexicana. Se hablaba también de una crítica de la antropología tradicional al servicio del imperialismo y del Estado; y se

esbozaba la intención de asumir un compromiso tanto con el marxismo como corriente teórica, como con las clases subordinadas en cuanto a intentar analizar problemas y plantear discusiones cuyo interés no se agote en la academia, sino que sean de utilidad en las luchas concretas o en la explicación de sus problemas.

Estamos lejos, hemos de reconocerlo, de ofrecer una alternativa global a la antropología oficial mexicana, esa *nueva antropología* que nos propusimos construir hace diez años es aún un proyecto. Al revisar el contenido de los veintiocho números publicados saltan a la vista varias cosas.

Ha faltado un debate teórico más sistemático en torno a los grandes problemas teórico-metodológicos de la antropología y de las ciencias sociales. Los aspectos que mayor atención han recibido, aún cuando no pueda decirse que han sido agotados, han sido la cuestión étnica y la intersección posible entre el marxismo y la antropología. Muchos otros temas de importancia han sido discutidos, desde la arqueología como ciencia social hasta los movimientos armados en América Latina, pasando por cuestión agraria y campesina, el parentesco, los mercados, la lingüística, la educación popular, las cuestiones electorales, las fronteras, la izquierda en México y ahora la antropología médica. Y sin embargo, quizás ha faltado algunas veces un debate más organizado sobre lo que la antropología podía ofrecer en cada campo, con el fin de contrastar las posiciones de esta disciplina con las de otras ciencias sociales y lograr así avanzar en nuestro objetivo inicial: la construcción de una nueva antropología. Es posible que esta tarea quede planteada para los próximos años, o quizás sea estéril armar un debate sobre una problemática que no constituye la parte más importante de nuestro trabajo y del de nuestros colegas, ese problema queda planteado para ser discutido en lo futuro.

No parece tampoco que hayamos avanzado mucho en la definición de un objeto de estudio específico de la antropología, sino más bien hemos invadido los campos que tradicionalmente estaban reservados a la ciencia política o a la sociología. Aún cuando quizás esto no sea tan necesario porque hemos encontrado en muchos casos que la aproximación multidisciplinaria a un problema o temática de investigación produce mejores resultados que la exclusividad. Claro está, faltaría discutir también cuando y en qué medida esta falta de definición de los límites entre antropología y otras ciencias sociales es positiva.

Pero lo que sí hemos hecho ha sido publicar los trabajos de investigación que realizan los antropólogos y otros científicos sociales

mexicanos y latinoamericanos en torno a problemas de actualidad en esta region; y las discusiones teóricas la mayor parte de las veces, ya sea que se trate de campesinos, minorías étnicas, o partidos políticos, se han originado más en la necesidad de explicar esos problemas de nuestra realidad social y cultural, que en seguir un discurso teórico regido por la lógica de su propio desarrollo.

También hemos cumplido con el objetivo de mantener a la revista como un foro abierto para la divulgación y la discusión de diversas corrientes teóricas en las ciencias sociales. A pesar de que hay un grupo que fue fundador de la revista y que se mantiene presente, podemos decir que no hemos cerrado las puertas del Consejo Editorial a nadie que haya llegado a nosotros con un proyecto serio de publicación y que se identifique a grandes razgos con la posición progresista y democrática. No ha sido una revista de un grupo cerrado y esperamos que no llegue a ser.

En fin, sírvan estas líneas conmemorativas para alentar la discusión mas ordenada de aquella problemática de la antropología que nos propusimos realizar hace diez años, y como invitación a los antropólogos y científicos sociales para que participen en este proyecto colectivo.

Editorial

En principio dedicar este número a la Antropología Médica tiene dos objetivos básicos complementarios. El primero tratar de evidenciar lo que *puede ser* la Antropología Médica entre nosotros en la medida que se cuestione una mirada antropológica que establece el límite de esta disciplina en la enfermedad y el curador denominados “tradicionales”. El segundo enfatizar la significación estructural que tiene esta problemática, en la medida que consideramos a la enfermedad —tomada en su sentido más amplio— como uno de los principales “espías” de las contradicciones económico-políticas e ideológicas de *los* sistemas.

El primer objetivo supone proponer una discusión que no se agote en la cosificación abstracta de los procesos/objetos, ya se llamen éstos enfermedad tradicional o campesinado indígena, sino que refiera los mismos a las prácticas específicas a través de las cuales operan e incluyendo los mismos en la red de relaciones económico-políticas e ideológicas que los constituyen. Mientras el ámbito de la “medicina tradicional” pretenda ser mantenida como tal, supuestamente “separada”, y sin ninguna reflexión teórica que avale el término de “tradicional”, más allá que la mera escritura del mismo, no podrán entenderse justamente los procesos constitutivos de esa práctica denominada “tradicional”. Son los procesos, las relaciones dentro de las cuales se constituyen los que categorizan el problema a analizar; de otra manera se cae en una disputa terminológica, que no puede dar cuenta de los propios problemas que se analizan y que pretenden ser incluidos dentro de esta concepción, que de paso excluye a las que no

considera "tradicionales". Uno de los problemas más serios que tiene esta "mirada", es justamente dar cuenta de las más dinámicas prácticas "tradicionales", gran parte de las cuales son de origen reciente (no más de 150 años), de origen urbano y frecuentemente lideradas por grupos pertenecientes a estratos medios. Como explicar además el creciente consumo de prácticas "tradicionales" por sectores sociales medios y altos, como explicar que la mayor demanda de medicina curativa "científica" se da en los estratos bajos y ésto como tendencia creciente y sostenida.

Este primer objetivo implica comenzar a discutir entre nosotros la necesidad de considerar a estas problemáticas, no como mera expresión de procesos particulares y acotados, sino como procesos que afectan *nuclearmente* problemáticas que al no ser incluidas no pueden "pensar" sino escotomizadamente la realidad a analizar. Lo grave es que dicha omisión no aparece presente como una reflexión no aplicada, sino justamente como una omisión. Cuando leemos la mayoría de los trabajos que sobre campesinado se han escrito, y se habla de las condiciones de explotación, de la reproducción de la fuerza de trabajo o de las condiciones ideológicas de su mantenimiento o desaparición, resulta casi incomprensible la *ausencia* de información articulada sobre las temáticas salud/enfermedad en la medida que las mismas son determinantes para explicar los procesos analizados. Como puede analizarse la reproducción de la fuerza de trabajo tanto en su dimensión económico-política como ideológica sin producir información, sin analizar las condiciones específicas de alimentación, de estrategias de atención a la enfermedad, de las concepciones ideológicas sobre la mortalidad diferencial tanto a nivel sexual, etarea, de clase o de grupo étnico.

De hecho los últimos párrafos nos han introducido en el segundo objetivo. Reconocer la existencia de una mortalidad diferencial, del mantenimiento o desaparición de enfermedades, de la producción de un ambiente laboral patologizante tanto en el medio industrial como agrícola, refieren necesariamente a las condiciones tanto económico-políticas como ideológicas que lo producen y reproducen, que *permiten* su reproducción. Desde esta perspectiva consideramos a los principales problemas de enfermedad y de atención a la misma como expresiones de las contradicciones y/o conflictos de los sistemas sociales; como expresión que además verifica en la práctica las

condiciones dominantes más allá de los discursos hegemónicos. Esta expresión se manifiesta por otra parte en diferentes dimensiones y afecta tanto a la totalidad del sistema, como a sectores particulares. Así cuando se plantea en la actualidad una campaña contra el "alcoholismo", pero el Instituto Nacional de la Nutrición refrenda con su nombre la publicidad conjunta de los fabricantes de cerveza y se amplían notoriamente los días y horarios de venta al público de bebidas alcohólicas, los determinantes profundos de estas acciones pasan a ser evidentes. Así cuando se plantea la necesidad de extensión de los servicios de atención a la salud de los trabajadores y el control del medio ambiente de trabajo, encontramos que respecto del medio laboral, que como lo señalan las investigaciones más recientes a nivel internacional se dan el mayor número de accidentes laborales, es decir el agrícola, tanto en términos comparativos como absoluto queda desguarnecido evidenciando que es justamente el trabajador rural aquel que está sometido a la mayor explotación, lo cual se verifica no en su "estilo de vida" (problema de la explotación relativa), sino en su notoria mortalidad diferencial, y en su menor esperanza de vida.

Desde esta perspectiva nosotros consideramos las problemáticas de la Antropología Médica como objetos privilegiados a través de los cuales puede analizarse un sistema más allá de su propio discurso manifiesto, en la medida que la contradicción emerge como mortalidad, como enfermedad, como locura. Si bien puede ser discutible o no el problema de la existencia o no de depauperización económica del conjunto de los trabajadores industriales, no existen dudas sobre la depauperización psicológica, sobre la creciente tasa de psicosis entre los mismos.

El campo más inclusivo de la Antropología Médica lo constituyen los sistemas de salud/enfermedad/ atención; conceptos que implican en primer lugar al conjunto de los padecimientos que operan en un área ya sean éstos gastroenteritis o mal de ojo, ya sean malformaciones congénitas o susto. En segundo lugar supone considerar como unidades de trabajo al conjunto de los curadores, es decir que pueden ser objeto de investigación un huesero, una clínica privada, la medicina herbolaria o un conjunto institucional como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Es justamente esta amplitud problemática así como las particularidades señaladas lo que exige tanto una formación específica,

como un trabajo interdisciplinario. De hecho se ha ido dando una convergencia entre antropólogos y médicos en un mutuo proceso de apropiación de prácticas y teorías en la medida que lo que interesa es la salud/enfermedad de los conjuntos sociales. Justamente esta compilación de trabajos refleja esta convergencia y dicha amplitud problemática. Como puede observarse los problemas tratados van desde la oncocercosis en Chiapas, hasta la situación de ancianos en medios urbanos pasando por actividades de organización popular en servicios de atención a la salud. Los colaboradores son antropólogos y médicos que en su casi totalidad han realizado trabajo interdisciplinario y han hecho estudios de postgrado en disciplinas complementarias.

Tal vez desde una perspectiva "tradicional" la inclusión de determinadas temáticas, como por ejemplo la de la tortura aparezca como extemporánea, y el hecho de que la misma esté analizada por un médico avalaría dicho supuesto. Pero al margen de que esta problemática sí es analizada por antropólogos médicos (ver el reciente trabajo de M. Tausig para Latinoamérica), lo importante a subrayar es que la tortura y sus consecuencias patológicas a nivel personal y sobre todo colectivo, constituye *además* un problema político, un problema ideológico, un problema que expresa como muy pocos otros, la ideología real (reificada) de los sectores dominantes.

Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina

Eduardo L. Menéndez

1. En este trabajo trataremos de articular una serie de temáticas antropológicas y médicas, con el objeto de analizar la posibilidad que existe de que la práctica antropológica en América Latina pueda producir alternativas en el campo de los problemas de salud/enfermedad.

En función de ello, haremos primero una esquemática revisión de la trayectoria de la Antropología Médica en América Latina, así como de la constitución de un modelo antropológico que funcionó como referente de la práctica y saber médicos hasta bien entrados los 60. Conjuntamente trataremos de describir las relaciones establecidas con disciplinas como la Sociología Médica en la medida que ambas jugaron papeles netamente diferencia-

dos y asimilables a proyectos de salud pública frecuentemente opuestos.

Una segunda temática a desarrollar, será la de las relaciones de la Antropología Médica con la práctica y saber médico dominantes; esto se hará a partir de reconocer la existencia de un Modelo Médico Hegemónico, así como un proceso de crisis del mismo que determinará las modalidades en que se fueron relacionando ambas prácticas. Parcialmente estas relaciones serán referidas a los perfiles epidemiológicos dominantes y a las necesidades y/o exclusiones que dichos perfiles puedan implicar para el reconocimiento de la importancia no sólo de los factores socioculturales, sino también de las disciplinas que los estudian.

El último punto estará referido a

las alternativas que pueden proponerse a partir del análisis previo; señalemos desde ya, que estas alternativas pueden ser pensadas como una continuidad respecto del modelo dominante en Antropología Médica, o como una radical superación del mismo, a partir de retomar algunos puntos nucleares de la concepción antropológica médica sobre la salud.¹

1.1. Actualmente la Antropología Médica constituye una de las ramas más dinámicas de la Antropología; y esto no sólo por la notable producción bibliográfica, sino porque a partir de ella se han dado algunos de los aportes teóricos más significativos de la producción antropológica (ver A.

Young 1982). Sin embargo no podemos concluir lo mismo respecto de la situación en América Latina; por el contrario en la última década observamos un estancamiento y sobre todo una limitación conceptual y teórica que contrasta con su anterior desarrollo.

Los comienzos más o menos imprecisos de la Antropología Médica en Latinoamérica pueden ser detectados en Mesoamérica en la década de los 20, constituyendo su expresión más significativa la serie de investigaciones biomédicas que culminaron en el Informe Shattuck para Yucatán y que contaron con la colaboración de antropólogos como Redfield, Steggerda, Benedict. A partir y en función de estos trabajos pueden distinguirse tres periodos en la producción de la Antropología Médica sobre América Latina: a) 1920-1930; b) 1940-1960 y c) 1970-.

El primer periodo sólo presenta trabajos aislados, vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico. El segundo periodo es el más relevante, no sólo por la notable cantidad de trabajos,² sino porque varias

¹ Quiero subrayar que nuestro trabajo se refiere exclusivamente al contexto latinoamericano, y dentro de éste las situaciones específicas han sido "pensadas" básicamente en torno a México y Argentina. Esto implica que no hablaremos de la producción antropológica médica a nivel general, sino sólo a la producida en o sobre nuestros países. El segundo elemento a aclarar es que el análisis de las relaciones entre Antropología y Sociología no supone plantear ninguna discusión sobre cuál de las dos tiene la *propiedad* de los diferentes temas "médicos", ya que no reconocemos diferencias a nivel epistemológico entre las mismas. Las únicas delimitaciones corresponden a las diferentes trayectorias profesionales, y es respecto de estas trayectorias que está planteado nuestro análisis.

² La producción antropológica médica constituía en los 50 el 90% de toda la producción bibliográfica en Ciencias Sociales, dedicadas a problemas de salud/enfermedad, mientras que en los 70 sólo conformaba el 28%; esto aparece aún más relevante si agregamos que toda la producción bibliográfica de la década de

de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales, y porque durante este periodo se constituyó un modelo explicativo de notoria influencia. El último lapso se caracteriza por un estancamiento en la producción y sobre todo por una reiteración de las temáticas y del modelo explicativo, que implicó además un total dominio de las posiciones empiricistas. Las limitaciones más significativas se verificaron en la impotencia de estos trabajos de dar no sólo "soluciones", sino interpretaciones respecto de los "nuevos" problemas de salud/enfermedad que emergían en nuestros países.

Puede decirse que las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la Antropología Médica de América Latina se constituyeron entre los 40 y 50. Estas investigaciones se desarrollaron básicamente en Mesoamérica (sobre todo en México), Colombia y Perú. Los investigadores que iniciaron este proceso y que construyeron el marco teórico y aplicativo fueron norteamericanos en su casi totalidad y un grupo muy destacado se organizó en torno al Instituto de Antropología Social de la Smithsonian Institution.³ El trabajo se realizó pre-

ferentemente en pequeñas comunidades rurales, donde dominaba un campesinado de extracción indígena. Todo un sector de estas investigaciones tuvieron una orientación aplicativa y estuvieron directamente conectadas con los organismos nacionales de salud.

Las temáticas dominantes de esta producción antropológica fueron la relación médico-paciente, las enfermedades "tradicionales", las terapias "nativas"; en segundo término puede detectarse un interés por algunos problemas de salud mental, en particular el alcoholismo, por los problemas nutricionales y por el proceso de embarazo, parto y puerperio.⁴

La propuesta teórica global de la Antropología Social en este periodo puede esquematizarse así: la medicina científica debe ser reconocida como *la* medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas "tradicionales" tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes

través de los trabajos de G. Aguirre Beltrán, Julio de la Fuente y otros.

⁴ En la primera bibliografía preparada sobre temas de Antropología Médica, la de R. Badgley y M. Schulte 1966, en el capítulo Epidemiología 15 sobre 31 trabajos son sobre enfermedad mental y seis son sobre desnutrición. Es importante destacar también que de los 15 referidos a "enfermedad mental" seis son sobre alcoholismo.

los 50 constituía el 9.5% del total, mientras la producida en los 70 representaba el 66% de dicho total (ver E. Nunes 1983).

³ Podemos afirmar que en este periodo sólo México generó un aporte particular a

en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. El proceso debe darse pero con el menor costo cultural posible. Respecto de esta concepción puede hablarse de funcionalismo integrativo, pero debe subrayarse que fue la versión antropológica del funcionalismo cultural la que se conectó con los organismos de salud latinoamericanos y no el modelo parsoniano, que sólo fue manejado a nivel bibliográfico pero sin incidir en la práctica directa de los servicios, por lo menos en este periodo.⁵

Ahora bien el dominio de estas temáticas y de este modelo no supone que no existieran otros; más aún a principios de los 50 se instituye en Vicos uno de los proyectos claves de la

Antropología producida en y sobre América Latina. Justamente algunos conceptos manejados por los antropólogos liderados por A. Holmberg no se coordinan con el modelo anterior, ya que están centrados en el proceso de explotación, en la incidencia de la deprivación cultural (y biológica y psicológica), en la necesidad de alternativas estructurales de cambio.

1.2. La Sociología Médica había tenido muy bajo desarrollo en América Latina hasta los 60. A mediados de esta década y como epifenómeno de la institucionalización de las carreras de sociología por un lado y la emergencia de proyectos económico-políticos desarrollistas por otro se inicia el desarrollo de esta disciplina. Esto dio lugar inicialmente a la organización de una serie de seminarios nacionales cuyos objetivos y modelos teóricos iniciales fueron sacados de la Antropología Cultural y sobre todo del estructural-funcionamiento norteamericano.

A fines de los 60 y principios de los 70 asistimos a un cambio en la importancia de las disciplinas sociales respecto de los organismos nacionales y sobre todo internacionales de salud. Las Facultades de Medicina y la OPS alentarán el desarrollo de la Sociología Médica y de hecho se secundarizará a la producción antropológica.

Si bien la Sociología Médica partía de trabajos estructural-funcionalistas, será para cuestionarlos y plantear la necesidad de alternativas que tomaran en cuenta otras propuestas teóricas.

⁵ La historia reciente de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud/enfermedad en Latinoamérica ha sido contada por sociólogos, que han generado una suerte de hiperinflación de la importancia de Talcot Parsons, achacándose a sus propuestas una incidencia que realmente no operó en Latinoamérica, por lo menos en el área salud/enfermedad. Aquí lo que se hace pasar por "parsonismo" son los productos de Redfield, Foster, y sus seguidores, que son los que trabajaron y conceptualizaron la problemática de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud en América Latina.

Será la Reunión de Cuenca (Ecuador) convocada por la OPS en 1972 la que exprese con toda claridad esta posición. En las discusiones dominaron dos ejes: a) la crítica al "funcionalismo" dominante y b) la necesidad de modelos teóricos alternativos.

Debe subrayarse que el "funcionalismo" dominante en Ciencias Sociales aplicadas a la Salud en América Latina era justamente el producido por la Antropología, que la mayoría de estos críticos no manejaba, tanto es así, que propuestas que podían ser recuperadas críticamente como las de Holmberg, pero también de O. Simmons o de O. Lewis fueron ignoradas por estos autores en su crítica a la ideología funcionalista encarnada para ellos en el parsonismo.

Debe subrayarse que mientras la práctica antropológica, si bien de origen académico, se caracterizaba por un notable trabajo de campo y por su ligazón a organismos de salud más que a instituciones universitarias, la crítica sociológica partirá de autores latinoamericanos centrados en la Universidad, con muy baja producción investigativa, con un marcado dominio del "teoricismo" el cual cumplió una significativa función estratégica en la crítica al "funcionalismo". La Sociología Médica cuestionará a esta producción (que volvemos a reiterar era básicamente antropológica) como ideológica y como encubridora de los procesos de dominación que operaban también a través de los organismos de salud y por último como ineficaz para solucio-

nar los problemas investigados.

El aparato crítico se constituyó con elementos extraídos del marxismo estructuralista y de las teorías dependientistas, no siempre manejados con coherencia metodológica, pero que le dieron una imagen radical respecto del funcionalismo (ver H. Mercer 1983).

Durante la década de los 70 se acentúa este desarrollo diferencial de las Ciencias Sociales y Antropológicas, y así la Sociología Médica devendrá hegemónica, y a su vez la práctica antropológica evidenciará cada vez más notoriamente su estancamiento y limitaciones.

Además la Sociología Médica se proyectará sobre nuevas áreas y comenzará a generar una serie de investigaciones que la institucionalizan como una alternativa a través no sólo de la crítica teoricista, sino de la producción de análisis que evidencian las características del sistema de salud, pero también de las prácticas médicas en su relación con los conjuntos sociales. La producción antropológica en Latinoamérica, salvo excepciones, permanece inclusive al margen de las corrientes teóricas críticas desarrolladas a nivel internacional, que justamente emergen como alternativas y proyectándose también sobre nuevos objetos de trabajo. El modelo teórico dominante seguirá siendo el funcionalismo culturalista; ni el interaccionismo simbólico, ni la escuela crítica de la desviación, ni el "naturalismo" tipo Matza, así como tampoco las corrientes marxistas británicas e italianas (en Antropología) ha-

llarán continuadores entre nosotros.

Será durante este periodo cuando la Sociología Médica comience a inventariar a sus antecesores. Curiosamente uno de ellos será el notable antropólogo norteamericano B. Stern, que sin embargo no tuvo prácticamente ninguna influencia en la Antropología Médica generada en y sobre Latinoamérica, pese a haber producido entre 1930 y 1950 algunas de las obras fundamentales de crítica a las relaciones entre sociedad y práctica médica.

Los sociólogos médicos latinoamericanos propondrán como objeto de sus investigaciones, problemáticas prácticamente no tocadas por la producción anterior, en particular la antropológica. Así las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico "científico" se convertirán en los "nuevos problemas" que implican necesariamente para su desarrollo la consideración de procesos económico-políticos por lo menos como condicionadores de dichos procesos. Frente a un modelo antropológico médico centrado en la integración cultural, emergerá un modelo autodenominado histórico-estructural, cuyo punto de partida es en la mayoría de los casos la dimensión económico-política. Es significativo que durante este periodo, uno de los creadores y difusores del modelo dominante en Antropología Médica aseverara que la Sociología Médica estudia las diferencias económicas y clasistas, así como

las profesiones y el proceso de profesionalización, mientras que la Antropología Médica se dedica a estudiar la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad (G. Foster 1974), dando una nueva vuelta de tuerca en la perpetuación de un modelo que ignora los procesos estructurales.

1.3. Consideramos que el Modelo Antropológico dominante en la Antropología Médica generada en los 40 sobre América Latina partió de puntos que tanto a nivel empírico (manifiesto) como parcialmente a nivel teórico podrían validarse como correctos:

- a) es real la racionalidad de los sistemas médicos nativos;
- b) es real la eficacia simbólica de las estrategias terapéuticas locales;
- c) es parcialmente correcta la articulación de estos sistemas médicos con el sistema social global (de la comunidad);
- d) es real la existencia inicial (?) de una separación pragmática e ideológica entre enfermedades tradicionales y enfermedades de los médicos;
- e) es real el rechazo o mejor dicho la crítica a la atención médica científica;
- f) es correcta la propuesta de utilizar los recursos propios como alternativas en áreas donde no existe cobertura y aun donde existe, y
- g) es correcto pensar en la enfermedad

y la cura como procesos que no pueden ser explicados en sí (biológicamente) sino que deben ser relacionados con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son.

Inclusive numerosos autores que parten del modelo dominante llegan a plantear propuestas que suponían su superación. Así, O. Simmons (1958) reconoce que determinados padecimientos (mediados del siglo XIX: el cólera, mediados del siglo XX: la poliomielitis) serán básicamente investigados y solucionados por intereses de clase y es también este autor quien plantea a la relación médico-paciente en las comunidades campesinas latinoamericanas no sólo como una relación cultural, sino como una relación de clase, según la cual es esta situación la que determina los procesos de "incomunicación" y no la relación cultural "per se". Como sabemos fueron autores que partieron de un modelo funcionalista cultural los que arribaron a los conceptos de privación cultural y de patología de la pobreza refiriendo los determinantes de la misma a las condiciones económico-políticas e ideológicas. No obstante no fueron estos trabajos los que dieron el tono dominante a la producción antropológica médica sobre Latinoamérica.

Es interesante indicar que un autor que se autoubica en una línea crítica de la Antropología Médica (ver Estrella 1983), en un celebrado traba-

jo sobre la medicina aborígen en Ecuador propone las siguientes hipótesis: ". . . a) la relación agente de salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacia la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad; b) cuanto mayor sea el desconocimiento de la medicina aborígen como práctica adecuada de su cultura, mayor será el fracaso de la medicina científica en sus contactos con la población cultural aborígen; c) la integración a varios niveles, de los modelos aborígen y científico, puede dar lugar a un cambio en el aspecto salud de la población ayudando a su movilización social" (E. Estrella 1977: 28-29).

Las dos primeras hipótesis fueron planteadas y "verificadas" en Latinoamérica por los antropólogos culturales norteamericanos entre los 40 y 50, y la tercera hipótesis lo fue parcialmente; el punto a discutir sería qué significa "movilización social" para Estrella y qué significa para Foster, Erasmus, Kelly, García Manzanedo (ver G. Foster 1952 y 1958). Para contribuir tal vez un poco más a una momentánea confusión recordemos que las investigaciones que sobre alcoholización realizaron en Latinoamérica los antropólogos culturales (Mangin, Madsen, Keauney, Simmons, Heath, etcétera) se caracterizan por evitar la estigmatización del problema y por reconocer en el alcoholismo no un fenómeno de enfermedad, sino básicamente una función social e ideológica que ad-

quiere caracteres positivos en numerosos contextos. Es decir, su concepción es antimedicalizadora, tal como lo sostendrían ulterior o coetáneamente las corrientes críticas en salud mental.

Ahora bien, lo que queremos señalar con estos reconocimientos no es la mera coincidencia entre un autor que critica a las corrientes funcionalistas y que sin embargo propone hipótesis similares; tampoco pretendemos reconocer una potencialidad crítica inesperada en el funcionalismo ni retomar la importancia de las aseveraciones empíricas. Lo que proponemos es justamente superar el empiricismo y las compartimentaciones para referirlas a la totalidad del modelo que da cuenta de la real operatividad del mismo. Señalo esto como forma de superación de los críticos al funcionalismo culturalista que se caracterizan por evidenciar un desconocimiento real de los trabajos que critican y cuyo análisis permanece en consecuencia en un nivel de abstracción que no da cuenta de las particularidades y que queda atónito ante las frecuentes inconsecuencias del modelo. Pero también proponemos lo analizado como límite posible a la recuperación del funcionalismo focalizando sus "aciertos", y evadiendo la inclusión de dichos "aciertos" en el modelo global que los determina y les da su verdadero significado más allá del manejo oportunista del dato empírico "en sí".

Lo que planteamos implica en consecuencia dar cuenta más expresamente de los caracteres dominantes

del modelo que sobredetermina dichos hechos. Al respecto podemos decir que los caracteres básicos del modelo son los siguientes:

- a) dominio de un enfoque microsociológico centrado en la integración superestructural;
- b) escotomización del área salud/enfermedad de las otras áreas; se plantea la globalidad pero la misma se agota en la comunidad, sin referencias o referencias limitadas a los condicionamientos económico-políticos generales;
- c) el modelo tradicional/moderno impone una visión dicotómica que avala no sólo la escisión entre enfermedades científicas y tradicionales, sino que implica un proyecto determinado de desarrollo económico-político subordinado;
- d) evitación casi sistemática de la articulación de los sistemas de salud que operan en un área determinada, focalizando al sistema "tradicional" como objeto de investigación privilegiado;
- e) ignorancia o focalización limitada en el perfil epidemiológico dominante y en la causalidad estructural del mismo; la causación es casi unívocamente cultural, y
- f) focalización en el campesinado indígena y recientemente en la población urbana "marginal", desconectada de las condiciones de salud, enfermedad y atención médica que operan en el conjunto de las clases sociales.

Este modelo, que frecuentemente iba acompañado de una notable información etnográfica, conducía necesariamente a convertir en incorrectos los señalamientos empíricos verificados y a no poder explicar procesos, que el propio desarrollo social se iba a encarar en pocos años en demostrar su inviabilidad explicativa. Se hablaba de resistencias a la atención médica, a la medicina occidental y en pocos años se verificó no sólo una notable aceptación de las prácticas médicas, sino una penetración espectacular de sus productos (medicamentos), de la apropiación popular de criterios médicos (diagnósticos), del desarrollo inclusive de la planificación familiar, pese a la resistencia no sólo de las "pautas tradicionales" sino de instituciones como la Iglesia Católica.

La acumulación de datos antropológicos, a veces en gran cantidad y aparente profundidad, podía dar la ilusión de explicación, de lo que sólo nombraba y describía. Como decía W. Foote Whyte en una revisión de los estudios antropológicos sobre salud/enfermedad para Latinoamérica: "Los estudios antropológicos han proporcionado gran cantidad de datos respecto a las creencias en lo que concierne al calor, frío, viento, temor y al arte de la brujería en el origen y cura de las enfermedades, pero hasta ahora muy pocas investigaciones muestran como estas creencias tradicionales afectan la aceptación de la medicina moderna. Es cierto que el mantenimiento de tales creencias nativas tiende a tener una

influencia negativa sobre la disposición para consultar a un médico o ir a una clínica de salud, pero esta proposición es demasiado general para ser considerada de mucha utilidad." (1968:197).

Subrayemos que será uno de los padres fundadores de la antropología médica respecto de América Latina, G. Foster, quien en sendos trabajos (1968 y 1978) reflexionará críticamente sobre los aportes recuperables de la producción antropológica y enumerara una serie de estereotipos generados por los antropólogos, popularizados en el personal de salud y que pueden convertirse en reales obstáculos para la aplicación de programas. Foster analiza cuatro estereotipos:

- a) la medicina tradicional es integral, la medicina moderna sólo tiene en cuenta la enfermedad;
- b) en los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías, enfermedades que el médico puede curar y enfermedades "populares" que los médicos se niegan a reconocer;
- c) los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria, y
- d) los médicos que trabajan en medios "tradicionales" ignoran con frecuencia a la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con sus pacientes (G. Foster 1978:7-8).

A los estereotipos analizados por Foster, podemos agregar otros dos:

- e) en las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración, y
- f) la racionalidad de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en el proceso de relación con las enfermedades y las terapéuticas modernas.

Puede concluirse que el modelo organizado y dominante en Antropología Médica demostró no sólo sus limitaciones, sino su incapacidad explicativa de los procesos que fundamentan los hechos manifiestos. Además no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que operaron en el área salud/enfermedad, ni pudo proponer alternativas explicativas respecto de los "nuevos" problemas que se iban configurando en nuestros países, tanto en lo referente al perfil epidemiológico, como en lo referente a los diferentes sistemas de atención. Además al escotomizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías "aculturativas" y desarrollistas.

2. Ahora bien, ¿cuál fue la incidencia de la Antropología Médica y el uso de la misma por la práctica y saber médicos? Analizar estas relaciones supone explicitar los siguientes puntos:

a) tipo de incidencia y periodos en los cuales se dio la misma; b) especificación de qué es lo que incide y a quiénes se aplica; c) evaluar las características de estas relaciones, ya sea en términos de jerarquización disciplinaria o en términos de la exclusión y/o complementariedad que puede darse entre las mismas; d) ponderar el condicionamiento que sobre las relaciones y el tipo de las mismas pueden ejercer los procesos económico-políticos.

Respecto al primer punto, pueden distinguirse dos etapas de incidencia de la Antropología Médica; una que localizamos entre 1940-1960 y en la cual las investigaciones antropológicas demuestran la influencia de los factores socioculturales en la relación médico-paciente y fundamentan en gran medida la utilización de personal auxiliar de salud en forma controlada. Un segundo periodo tiene que ver con los planes de extensión de cobertura y de focalización en la atención primaria propuestos luego de la primera reunión de Alma Ata y que convertidos en programas de salud rural, supuso retomar gran parte de la ideología propuesta por la Antropología Médica durante el primer periodo, pero instrumentada ahora básicamente por personal de salud. Durante este periodo no sólo se planteará la necesidad de formación de personal auxiliar de las propias comunidades, sino que se hará particular hincapié en la validación de algunas técnicas terapéuticas "tradicionales", en particular la herbolaria.

En las dos etapas las acciones se

llevaron a cabo básicamente sobre el campesinado indígena y en muy segundo lugar sobre la población "marginal" urbana. No existe nada parecido para el sector obrero en cuanto tal, o para los sectores medio y alto. Más aún debe subrayarse que las propuestas antropológicas directas o indirectas se llevaron a cabo sobre aquellos sectores que carecen de capacidad económica respecto de la atención médica privada o que no tienen una inserción ocupacional que garantice un sistema de seguridad social.

Debe subrayarse que la utilización de los aportes antropológicos se harán casi exclusivamente en el área de atención a la salud, y que prácticamente no hubo influencia en la dimensión epidemiológica. Esto resulta llamativo, sobre todo para el segundo periodo, ya que desde mediados de los 70 se dará un desarrollo particular de la denominada Epidemiología Social en países como Brasil, Ecuador y México.

Ahora bien ¿qué es lo que conduce a esta aparente colaboración interdisciplinaria? ¿Cuál es la participación real de las ciencias antropológicas en este proceso? ¿Cuáles son los procesos de integración, de exclusión y/o de instrumentación?

Un análisis de este tipo, implica precisar algunos elementos respecto del Modelo Médico en términos generales y de sus vinculaciones específicas con las ciencias sociales y antropológicas.

Según nosotros el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por una se-

rie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etcétera; ver E. L. Menéndez 1978 y 1983) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socio-culturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. En última instancia puede decirse, que aun cuando puede llegar a reconocer dicha incidencia trata de subordinarla indefectiblemente a las determinaciones biológicas (y secundariamente psicológicas) del problema analizado. Estos caracteres no sólo dominan la práctica privada de mercado, sino también a las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de seguridad social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía.

Los procesos económico-políticos procesados en Latinoamérica desde fines de los 60, pero sobre todo durante los 70 expresarán a través de su propio desarrollo la crisis de este modelo, que por otra parte evidencia la crisis y los intentos de solución que operan en la sociedad global.

Justamente es durante este periodo que surgen, sobre todo desde la sociología, toda una serie de cuestionamientos respecto de este modelo, los cuales pueden ser agrupados en los siguientes items:

dole, como si

a) aumento del costo de la atención a

- la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de seguridad social;
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud;
 - c) aumento correlativo de la "intervención médica", una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas);
 - d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia;
 - e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
 - f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia;
 - g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo;
 - h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epi-

demiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por la producción social y económica de enfermedad, y

- i) el predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general, y en particular en los sistemas de seguridad social, es decir en aquellos que cuentan con los mayores recursos financieros públicos.

Además debe recordarse que el Modelo Médico Hegemónico cumplió y cumple funciones curativo/preventivas, pero también funciones de control, de normatización y de legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como "estrictamente" médicas.⁶

Estructuralmente el Modelo Médico Hegemónico excluye y/o limita la incorporación de los factores socioculturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y en sus soluciones (E.L. Menéndez 1978 y 1979). La

⁶ Prácticamente todo sistema curativo, y no sólo el sistema médico reconocido como científico, cumple las funciones enumeradas. Debe informarse que antropólogos latinoamericanos, y también norteamericanos habían ya señalado entre 1940 y 1960 que las prácticas médicas "primitivas" tenían funciones no sólo curativas, y de integración cultural, sino también de control social.

utilización de las propuestas antropológicas durante el primer periodo debe ser leída como una instrumentación idónea en la medida que era planteada para áreas donde no existía cobertura médica y donde era demasiado costoso extenderla, sobre todo porque allí no podía operar una medicina de mercado, ni una medicina de seguridad social. En la segunda etapa las razones son parcialmente similares, pero ahora se agregan no sólo los procesos que evidencian la crisis del Modelo Médico, sino también la profundización de una crisis económico-política a nivel general que conduce necesariamente al Estado a tratar de conciliar la legitimación y el control (programas de extensión de cobertura) con el abaratamiento de los costos de atención (programas de atención primaria basados en la comunidad).

No queremos negar y/o ignorar que los cambios en el perfil epidemiológico generado en algunos de nuestros países, básicamente los de mayor desarrollo industrial, implican potencialmente la consideración de la importancia de los factores socioculturales, por lo menos en la etiología de las nuevas problemáticas. Es decir, el predominio de determinados padecimientos crónicos, la emergencia de las nuevas enfermedades "agudas" (accidentes viales), los procesos de contaminación atmosférica, alimenticia, etcétera; el desarrollo de la morbimortalidad de la violencia (tortura, asesinatos masivos, desapariciones, etcétera); la evidenciación de las enfermedades ocupaciona-

les, así como el reconocimiento larvado o no de las "drogadicciones" de todo tipo, implican de hecho las limitaciones del Modelo Médico de dar cuenta de las mismas y de requerir el análisis especializado de estas problemáticas a través de los científicos sociales. Pero no debemos olvidar que nuestras enfermedades "tradicionales": desnutrición, gastroenteritis, parasitosis, respiratorias agudas, que en la mayoría de nuestros países siguen constituyéndose en las primeras causas de muerte, también requerían de dicha participación, que sin embargo operó muy limitada y subordinadamente.

3. No obstante, la crisis de eficacia y de costos, el nuevo perfil epidemiológico y la búsqueda de un "control consensual" pueden conducir a la utilización de las Ciencias Sociales y Antropológicas.

De hecho desde mediados de la década de los 70, en algunos de nuestros países se están aceptando algunas de las antiguas propuestas de la Antropología; un notorio ejemplo es el de la utilización "oficial" de auxiliares de salud sin formación profesional o con muy bajo adiestramiento. Pero debemos subrayar que los posibles reconocimientos de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales tendrán siempre límites establecidos en dos niveles, el del propio Modelo Médico y el del sistema dominante, límites que no necesariamente se complementan ni son unívocos.

Como ya lo señalamos, consideramos que la década de los 70 y prime-

ros años de los 80 ejemplificaron este proceso de "reconocimiento".

La década de los 70 se caracterizó por el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las oficinas regionales en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población. Este proceso culminó en la Conferencia Internacional de Alma Ata, y en las propuestas de los diferentes programas de extensión de cobertura que se intentaron aplicar en Latinoamérica. Esta extensión de cobertura estaba basada en el desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica, lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieron cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía además la participación activa de la población en las acciones de salud, de salubridad y de saneamiento.

Ahora bien, estas estrategias que implicaban como uno de los principales criterios de prevención a la participación real de la población, suponía una notable potencialidad en el abaratamiento de costos referido tanto a recursos materiales, como a recursos humanos. Esta propuesta generada en un periodo, que podemos denominar de "precrisis" va a ser retomada y reformulada al irse incrementando el deterioro económico-social de nuestros países, y justamente será el Banco Mundial quien en 1980 proponga este tipo de medidas, dentro de un conjunto de propuestas de solución a los pro-

blemas de salud/enfermedad de los países "en desarrollo". Las medidas propugnadas por esta institución son las siguientes:

- a) incremento de la producción de alimentos básicos tradicionales del área;
- b) aumento de la extensión de la escolaridad primaria;
- c) planificación familiar;
- d) extensión de cobertura, basada en recursos humanos de escasa preparación formal, general y específica;
- e) eliminación de enfermedades transmisibles aplicando la tecnología médica y sanitaria moderna, y
- f) desarrollo de programas de educación para la salud.

Estas medidas son planteadas respecto de un modelo médico cuyas propuestas están generalmente basadas en un incremento de la más reciente tecnología médica, en el aumento de personal de salud y en basar sus estrategias en la curación y no en la prevención (el principal sistema de seguridad social de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, que por su nivel tecnológico, personal y número de derechohabientes es el más importante de América Latina dedicó en 1978, el 1.1% de su presupuesto a la atención preventiva y el 52.5% a la atención curativa); es decir que constituye un modelo más costoso. Pero además, lo propuesto por el Banco Mundial, y también por la OMS, supone la aceptación por parte de la institución médica de

la delegación "oficial" de funciones médicas en practicantes que no lo son.

Ahora bien, hasta qué punto el primer modelo supone una superación del segundo y no sólo respecto del abaratamiento de la atención, reconociendo de entrada que dicha propuesta de atención médica supone la aplicación de una atención diferencial que de hecho convalida la estratificación social dominante.

En términos abstractos el primer modelo asumiría muchas de las propuestas antropológicas y sociológicas, inclusive de las tendencias más radicales.

En términos abstractos aparece ligada tanto a las propuestas comunitarias del funcionalismo, como a las propuestas antimedicalizadoras del interaccionismo simbólico, inclusive se le puede relacionar con las propuestas de autogestión.

Esto puede aparecer aún más relevante, cuando asistimos en *todas* partes a un incremento de las tendencias que favorecen la concentración del poder en el Estado, en las instituciones estatales y paraestatales e inclusive en las organizaciones que dicen cuestionar los sistemas dominantes. La concentración del poder y el burocratismo aparecen como tendencias que las propuestas de "bajo costo" *pueden* cuestionar.

Es en esta articulación donde confluyen las viejas tendencias antropológicas y las nuevas antropológicas y no antropológicas, y cuyo resultado puede ser un uso poco discriminado o ten-

diente a encubrir sus funciones en base al bajo costo y la posible eficacia.

Suscintamente podemos enumerar los siguientes procesos analizados y propugnados por las antropologías y que podrían articular con el aparente modelo "no médico".

- a) la importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos;
- b) la importancia de las estrategias populares que implicarían un saber colectivo;
- c) la importancia del núcleo familiar y/o comunal como el potencial primer nivel real de atención;
- d) la importancia de la apropiación pragmática de las clases subalternas y del conjunto de las clases sociales, del saber y práctica médicos;
- e) la incidencia de los mecanismos sociales de reciprocidad, junto con los mecanismos de desigualdad social;
- f) la ponderación de las funciones de control y normatización de todas las prácticas curativas, y la necesidad del cuestionamiento institucional, o por lo menos la apropiación colectiva de esos controles.

Todos estos procesos son reales y pueden favorecer el desarrollo de estrategias respecto de los problemas de salud/enfermedad que total o parcialmente remitan a la "participación popular" o al "desarrollo autónomo de las comunidades". Pero como ya lo señalamos, varias de las

propuestas ya habían sido planteadas muy tempranamente por los antropólogos funcionalistas, tanto que fueron ellos en 1930-50 casi los únicos que insistieron en los programas de partes empíricas, de auxiliares de salud, de recuperación de las terapias populares, inclusive en la autorrealización autónoma y colectiva, y esto no se incluyó en ningún proyecto político autónomo, sino en una estrategia económica-política que fue luego reconocida como "desarrollista".

Consideramos que el problema planteado es complejo, y que los ejes a discutir no pueden estar exclusivamente centrados en torno a las instancias enumeradas, sino que lo básico a discriminar e implementar son los mecanismos que aseguren que dichas instancias no sean apropiadas en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente las mismas parecieran implicar.

Creo que es casi absurdo discutir por ejemplo la importancia de la educación para la salud "en sí"; lo que se podría discutir es la contextualización de esta estrategia. Si la misma sólo busca un abaratamiento de costos; si sólo supone proponer una nueva instancia de control, podrá tal vez funcionar como paliativo momentáneo, pero no operará como una estrategia que realmente transforme la producción y reproducción de las enfermedades.

Esto es aún más relevante para un concepto-proceso que aparece como una de las principales alternativas actuales, me refiero a la denominada

"participación". Primero habría que precisar qué se entiende por "participación", más allá de la conceptualización ideológica que domina este concepto, y segundo, establecer con claridad cuáles serían los mecanismos que asegurarán esa "participación", así como cuál sería el significado y objetivos de la misma. Si no precisamos estos términos, pensamos que se retomarán las viejas propuestas funcionalistas o materialistas, que barnizadas con nuevas terminologías puedan cumplir funciones legitimadoras, de control y de abaratamiento hasta que el ensayo concluya nuevamente.

REFERENCIAS

BADGLEY, R., (compilador) (1966) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. Milbank Memorial vol. XLIV, 2 parte 2.

(1968) *Ciencias sociales y planeación de la salud*. Milbank Memorial vol. XLVI, 2 parte 2.

BADGLEY, R. y M. SCHULTE, (1966) *Las ciencias de la conducta y la medicina en la América Latina*. Bibliografía selecta, en R. Badgley (comp): *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*:30.

ESTRELLA, E., (1977) *Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen de la Sierra Ecuatoriana*. Edit. Epoca, Quito.

(1983) *Tendencias de la investigación*

- antropológica en la práctica médica tradicional ecuatoriana*. Cuenca.
- FOSTER, G., (1952) *Relationship between theoretical and applied anthropology; A public health programs analysis*. Human Organization 2(3):8.
- (1958) *Problems in Intercultural Health Programs*. Social Science Research, New York.
- FOSTER, G., (1968) "Comentarios", en R. Badgley (comp): *Ciencias Sociales y planeación en salud*:181.
- (1974) *Medical anthropological: some contrast with medical sociology*. Med. Anthropol. Newsl. 6(1):1.
- (1978) "Prólogo" en B. Velimirovic (edit): *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadunidense*:4.
- MENENDEZ, E.L., (1978) *El modelo médico y la salud de los trabajadores, en F. Basaglia y otros: La salud de los trabajadores*. Edit. Nueva Imagen:11-.
- (1979) *Cura y Control*. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. Nueva Imagen, México.
- (1983) *Hacia una práctica médica alternativa*. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Cuaderno 86 de la Casa Chata, México.
- MERCER, H., (1983) *Tendencias y perspectivas de la Sociología de la Salud en América Latina*. Cuenca.
- NUNES, E., (1983) *Tendencias y perspectivas de la investigación sobre ciencias sociales aplicadas a la salud en América Latina*. Cuenca.
- VELIMIROVIC, B., (edit) (1978) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadunidense*. Public. Científica 359 de la OPS, Washington D.C.
- WHYTE, W.F., (1968) "Comentarios" en R. Badgley (comp): *Ciencias Sociales y planeación en salud*:192-.
- YOUNG, A. (1982) *The Anthropologies of Illness and Sickness*. Ann Rev. Anthropol. 11:257.

⁶ Ra

Polarización alimentaria y nutricional de México: un ejemplo de desigualdad social

Alberto Ysunza-Ogazón

1. INTRODUCCION

Si tomamos como premisa que la situación de salud y específicamente la situación nutricional de un país o región es uno de los indicadores más sensibles de su realidad socioeconómica, resulta que los índices de desnutrición existentes en los países subdesarrollados, responde a los defectos de la estructura misma de su organización social. En este sentido, se ha hecho notar que "si existe un acuerdo en que el papel fundamental de cualquier sociedad es asegurar el bienestar de todos sus miembros, incluyendo su nutrición adecuada, entonces la pre-

sencia de desnutrición en cualquier monto significativo debe interpretarse como un fracaso del funcionamiento adecuado de dicha sociedad".¹

Por otro lado, y de acuerdo a la clasificación de la desnutrición desde un punto de vista de su causalidad, tenemos que esta se divide en tres: primaria, secundaria y mixta.

La desnutrición primaria, se refiere a aquella cuya etiología se basa en la interacción de múltiples factores so-

¹ Behar, M. "Nutrition and the future of man kind". *WHO Chronicle* 30: 140-43 (1976).

cioeconómicos, que finalmente hacen que los alimentos que se producen para consumo humano, no coincidan con las bocas que más lo necesitan. Por su parte la desnutrición secundaria, tiene su etiología en factores estrictamente biológicos que pueden referirse a procesos patológicos que varían desde alteraciones de estructuras anatómicas, hasta deficiencias bioquímicas específicas en los metabolismos intermedios, que hacen que los nutrientes que están contenidos en los alimentos, no puedan ser aprovechados en forma adecuada por el organismo. Finalmente y como su nombre lo indica la desnutrición mixta, es aquella cuya etiología tiene su origen en una deficiencia crónica en la ingesta de alimentos (desnutrición primaria) que conlleva a alteraciones de tipo biológico.

De estos tres tipos, la desnutrición primaria resulta ser la de mayor significancia epidemiológica debido a la magnitud con que se manifiesta. De esta manera se ha estimado que esta desnutrición causa aproximadamente la mitad de las muertes infantiles, que 200 millones de niños nacidos vivos sufren sus efectos y que aproximadamente 434 millones de personas en estos países son víctimas de este padecimiento.²

Asimismo, y aunque de menor importancia epidemiológica, coexisten otro tipo de problemas nutricionales derivados del consumo exagerado de alimentos, que conllevan a enfermedades cada vez más frecuentes como son la obesidad primaria, hipertensión arterial, diabetes, etc., que se manifiestan más claramente dentro de un proceso de urbanización y a partir de una movilización social ascendente de las diferentes clases socio-económicas que conforman una colectividad.

La desigualdad existente en el consumo de alimentos no un hecho aislado, sino que se encuentra articulado a una serie de fenómenos sociales tales como la desigualdad en el control de los recursos sociales; de esta manera se ha llegado a determinar que en muchos países "subdesarrollados" el 20% más pobre de la población tiene solamente la mitad de la ingesta de energía que el 10% más rico. Obviamente, ambos grupos sufren de esta disparidad: los primeros reciben menos de lo que se requiere para una vida sana y los segundos, que reciben demasiado sufren las consecuencias de la nutrición excesiva.³

Es decir que la desigualdad en el consumo de alimentos responde a su vez a otras desigualdades tales como la tenencia de la tierra o del ingreso entre los diferentes estratos

² Escudero, J.C. "Desnutrición en América Latina: su magnitud": *Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales* No. 84, p. 84, México 1977.

³ Behar, M. "Nutrition and the future of man kind". *WHO Chronicle* 30: 140-43 (1976).

socioeconómicos.

Si bien los países subdesarrollados son aquellos que tienen mayores tasas de crecimiento poblacional y que los recursos del mundo son limitados, no son estos países, los que se encuentran consumiendo estos recursos, sino más bien son las clases dominantes de los países desarrollados que representan una minoría, los que se encuentran consumiendo más de la mitad de los recursos mundiales de alimentos en forma anacrónica. El Banco Mundial señala que "en promedio mil millones de personas de países con ingresos per cápita menores a \$200 U.S., dólares consumen aproximadamente el equivalente del 1% per cápita, de la energía total consumida por los ciudadanos de Estados Unidos". Por su parte y no obstante que la población de este país representa sólo el 6% de la población total mundial, el consumo de esta sociedad en relación a los recursos mundiales totales asciende al 35% aproximadamente.⁴

2. POLARIZACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE MEXICO

Para el caso de México, la situación nutricional resulta no diferir importantemente en cuanto la etiología de los problemas nutricionales de la ma-

yoría de los países. Es decir, que la desnutrición primaria con prevalencia en el déficit de calorías (desnutrición hipocalórica) resulta ser desde el punto de vista de salud pública, la de mayor magnitud y trascendencia. Asimismo, es importante hacer notar que los problemas nutricionales derivados de un exceso en la ingesta de alimentos, se han puesto también en evidencia; este tipo de mal nutrición empieza a significar un problema de salud pública, que de ninguna manera alcanza la magnitud de la desnutrición primaria, pero que nos habla de una evidente desigualdad en el consumo de alimentos. De esta manera, podríamos definir entonces a la actual situación nutricional del país, como una situación que responde a la polarización en el consumo de alimentos, que como su nombre lo indica, se refiere a las tendencias opuestas en el consumo de alimentos que se observan en los diferentes grupos que componen la sociedad mexicana. En un polo o extremo, tenemos a la gran mayoría de la población que consume una dieta monótona, insuficiente en calidad y cantidad, que conlleva a una desnutrición de tipo calórico. Este tipo de desnutrición se presenta principalmente en la población rural mexicana, cuya actividad física paradójicamente implica un elevado gasto calórico que rebasa importantemente el aporte calórico de la dieta. En el otro polo o extremo del espectro nutricional, encontramos una población que consume una dieta exagerada en cantidad y no necesari-

⁴ George, S. "How the other half dies". Allanheld Osumun & Co., New Jersey, U.S.A. (1977).

riamente adecuada en términos de calidad nutricional. En este grupo se consumen cantidades considerables de proteínas de origen animal, grasas saturadas y carbohidratos; en general esta situación es más frecuente en zonas urbanas, donde la actividad física de la población es básicamente sedentaria, por lo que la ingesta calórica sobrepasa el gasto en energía en la mayoría de los casos.

Existen múltiples investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de la Nutrición donde se evidencia el fenómeno de polarización alimentaria y nutricional. De ellas haremos mención de las más sobresalientes por razones de espacio:

En 1962 se realizó una investigación sobre consumo calórico-proteico a nivel nacional en zonas rurales⁵ donde se dividió al país en 5 regiones geoeconómicas (Norte, Centro-occidente, Golfo, Sur y Sureste). De esta manera, se observó que en el mejor de los casos, es decir la zona Norte, el consumo promedio de calorías por día fue de 2 131 calorías (que por otro lado, aunque se acerca más a las recomendaciones no cubre con el 100% de las mismas). En relación al consumo prome-

dio de proteínas, este fue de 60.8g de proteínas totales por día, de las cuales 10.4g eran de origen animal.

Asimismo si comparamos estas cifras con las encontradas en la zona Sureste, observaremos una gran disparidad, ya que en promedio las calorías consumidas al día en esta zona fueron de 1 911, mismas que resultan demasiado insuficientes para cubrir los requerimientos calóricos sobre todo si consideramos los elevados gastos de energía que implican las actividades laborales que aquí se desarrollan. En cuanto a las proteínas, estas cifras fueron de 48.4g de proteínas totales por día, de las cuales sólo 5.2g (50% menos que en la zona Norte) eran de origen animal.

En relación al resto de las zonas estudiadas se encontraron niveles variables de consumo, pero siempre inferiores a los recomendados. De cualquier manera y no obstante a los diferentes criterios existentes a nivel internacional en cuanto a las recomendaciones nutricionales, y específicamente en relación a las proteínas, sabemos que el problema nutricional primario se refiere a la deficiencia en el consumo de energía. De ahí la importancia de enfocar nuestro interés sobre todo a los consumos calóricos.

De manera comparativa y dentro de este mismo estudio se hicieron mediciones del consumo calórico-proteico en zonas urbanas alrededor de esas mismas fechas, encontrándose que inclusive en el estado socioeconómico más bajo de esta población estudiada,

⁵ Pérez Hidalgo, C., Chávez, V.A. y Madrigal, H. "Recopilación sobre el consumo de nutrientes en diferentes zonas de México: I. Consumo calórico-proteico", en *La Desnutrición y la Salud en México*, Div. de Nutrición, Pub. L-34, INNSZ, p. 41, México (1976).

el consumo calórico cubría los requerimientos energéticos. Es decir que las diferencias no sólo se evidenciaron entre las mismas zonas rurales sino también entre las zonas rural y urbana. (Cuadro 1).

Otro estudio realizado en 1971, y considerando las mismas áreas geoeconómicas,⁶ muestra una imagen geográfica (Mapa 1) a nivel nacional, que hace también evidente la polarización en el consumo calórico-proteínico a nivel rural. En esta investigación se logró determinar 4 categorías de acuerdo al consumo de alimentos que al mismo tiempo se correlacionó con los grados de desnutrición y mortalidad preescolar de la población muestreada en el territorio nacional. De esta manera en un extremo del espectro se observa la categoría *muy mala*, donde encontramos un consumo promedio de: 1 893 calorías por día, 50g de proteínas totales por día (de las cuales sólo 8g eran de origen animal), un nivel de desnutrición grado III (por debajo del 60% de peso para la edad)⁷ de 4.1% y con una mortalidad infantil de 26.2/1000. En esta categoría, encontramos principalmente a la región sur y sures-

te, parte de la zona centro y algunos otros puntos aislados que corresponden a zonas indígenas.

En el extremo opuesto, donde encontramos la categoría nutricional clasificada como *buenas*, se observa un consumo promedio de 2330 calorías/día, 69g de proteína (de las cuales 20 son de origen animal); no se registró nivel de desnutrición III y se encontró una mortalidad infantil de sólo 4.8/1000.

En esta categoría se encuentra principalmente la zona norte y parte de las costas del Golfo y del Pacífico.

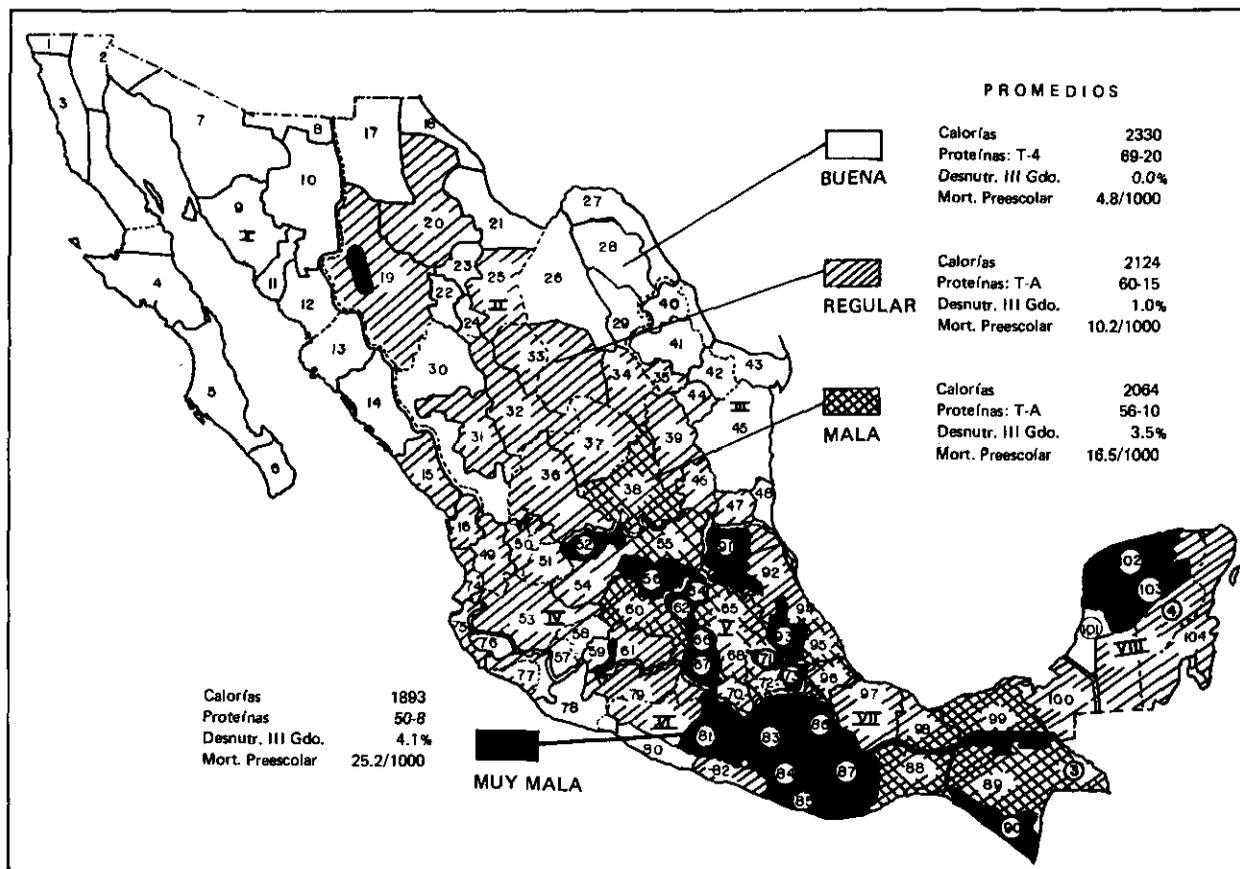
De acuerdo a los datos obtenidos (a nivel rural) en la última encuesta nacional de alimentación de 1979, se logró establecer una relación directa entre el gasto en alimentación⁸ y el

⁸ El gasto en alimentación se utilizó como un indicador más sensible en el ingreso, por la dificultad operativa de recoger este último conforme a la realidad rural, donde por otro lado existe el trueque, cultivos de autoconsumo, etc., que finalmente se traducen en ingresos indirectos. De igual manera la presencia misma del encuestador (que la mayoría de los casos es un individuo extraño al encuestado) modifica las actividades del sujeto en estudio, el cual proporciona, en el mejor de los casos, un dato sub o sobre estimado de acuerdo a la situación que se trate, sobre todo si este ha sido estudiado en otras encuestas de diversa índole, como suele suceder en muchas comunidades del país.

⁶ Ramírez, H.J., Arroyo, P. y Chávez V. A. "Aspectos socioeconómicos de los alimentos y la alimentación en México". *Rev. Com. Ext. Vol. XXI*, No. 8, México (1971).

⁷ De acuerdo a la Clasificación de Gómez: Grado I, II y III.

MAPA 1
SITUACION NUTRICIONAL DE LA REPUBLICA MEXICANA
POR REGIONES GEOECONOMICAS



Fuente: Div. Nut. INN, 1971.

CUADRO 1

CONSUMO CALORICO PROTEICO DIARIO PER-CAPITA EN FAMILIAS

ZONA	CALORIAS	PROTEINAS TOTALES (gr/día)	PROTEINAS ANIMALES (gr/día)
I. Norte	2 131	60.8	10.4
II. Centro Occ.	1 972	57.8	10.3
III. Golfo	2 163	56.6	18.4
IV. Sur	2 007	53.4	8.9
V. Sureste	1 911	48.4	5.2
MEDIO URBANO BAJO	2 242	67.0	22.3

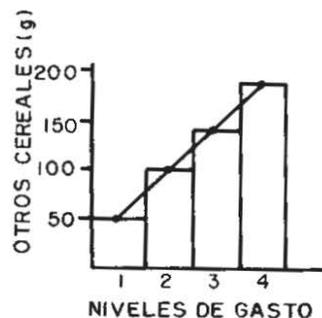
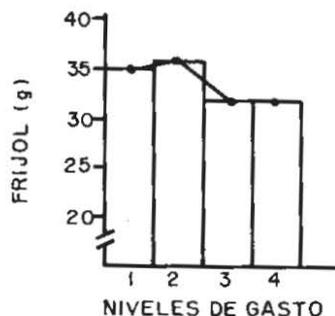
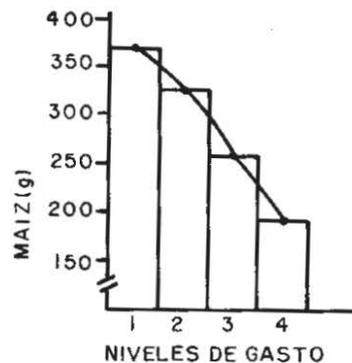
Fuente: Div. de Nut. de Com. 1962. I.N.N.S.Z.

consumo de los principales alimentos. (Gráfica 1). Así pues, se observa principalmente que el gasto semanal familiar en maíz decreció conforme aumentaba el nivel o estrato establecido de gasto en alimentación. Es decir, a menor nivel socioeconómico, mayor gasto en maíz. Por su parte el gasto en leche, resultó tener un patrón opuesto al del maíz, ya que este gasto se incrementó conforme se incrementaba el nivel o estrato socioeconómico. Esta información se reafirma igualmente en

los datos obtenidos en el manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas (SSP) de 1979⁹, donde conforme a los 7 estratos establecidos, el estrato más bajo que corresponde a un ingreso familiar mensual de \$300.00, consumía en maíz y sus derivados 15.2 Kg y 1.52 lt de leche, como promedio

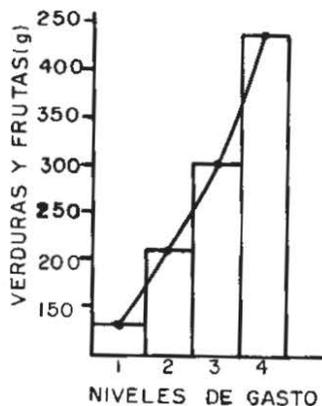
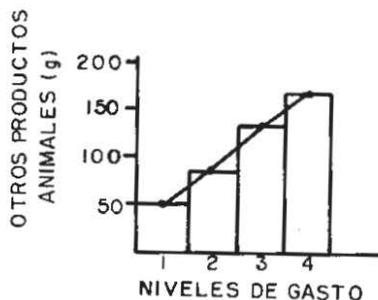
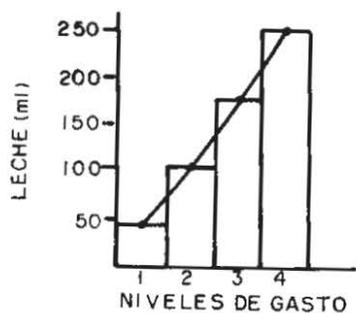
⁹ México Demográfico. Breviario 1979, Consejo Nacional de Población (CONAPO) México (1971).

GRAFICA 1
RELACION GASTO EN ALIMENTACION Y CONSUMO DE LOS PRINCIPALES ALIMENTOS
ENCUESTA NACIONAL DE ALIMENTACION - 1979



NIVELES DE GASTO
 SEMANAL FAMILIAR
 (\$)

- 1 - 250
- 2 250 - 500
- 3 500 - 1 000
- 4 + 1 000



mensual; mientras que en el estrato más alto con un ingreso de más de \$10,000.00 mensuales, el consumo de leche se incrementó hasta 9.95 lt y el maíz y sus derivados sólo fue de 5.46 Kg. El mismo fenómeno pudo observarse para otros productos como son carne y huevos, los cuales eran consumidos con mucho mayor frecuencia en los estratos de más altos ingresos.

De esta manera tenemos que un producto de origen vegetal como el maíz considerado como la fuente de calorías por excelencia en nuestro país, y cuyas limitaciones en la estructura química de su proteína lo definen como limitante en aminoácidos esenciales, tiene un valor de mercado bajo, sobre todo al compararlo con productos tales como la leche, que por su parte es un producto que ha sido considerado junto con el huevo como el patrón para determinar el valor biológico de las proteínas.¹⁰ Es decir que el valor de mercado de las fuentes principales de proteína animal y vegetal se correlaciona a su valor biológico o a la presencia o ausencia de cadenas de aminoácidos esenciales. Estas consideraciones nutricionales y de mercado no contemplan por su parte otro tipo de consideraciones Vg.: racionalidad y/o eficiencia nutricional, económica y ecológica dentro de la cadena alimentaria. Esto tiene fundamentales

implicaciones en cuanto a la utilización de recursos de la biosfera. Toda la energía que los seres humanos ingieren en forma de comida proviene en última instancia del sol, cuya energía radiante es absorbida por las plantas y convertida en sustancia vegetal (gran parte de la cual es comestible) mediante el mecanismo de la fotosíntesis, que enlaza el carbono con el hidrógeno para formar, en primera instancia, hidratos de carbono. Si el hombre, en cuanto carnívoro, come un animal herbívoro, el precio que paga consiste en no utilizar gran parte de la energía alimenticia que se hallaba almacenada en los vegetales que consumió el animal, la cual se ha disipado en calor o movimiento del mismo, o se ha "concentrado" en sus partes no comestibles. Esta pérdida de energía puede ser del 50 al 95%; y se considera que es en promedio del 80% en el paso por cada eslabón de una "cadena alimentaria donde participan animales".¹¹ De aquí la importancia del proceso de ganaderización que se señala más adelante como condicionante de la desigualdad alimentaria.

De cualquier forma y volviendo a nuestro ejemplo es necesario hacer notar que el gasto en alimentación, al

¹⁰ *Energy and Protein Requirements*, World Health Organization, Technical Series, No. 522 Geneva (1973).

¹¹ Escudero, J.C., Morante, F.J. e Ysunza, O.A. "Estimación y posible satisfacción de las necesidades nutricionales y de alimentación en México". Div. de Nutrición, Publicación L-58, INNSZ, México (1983) (en prensa).

menos en las zonas rurales, está relacionado con la calidad de la dieta que se consume. Cabe señalar que los 2 niveles de gasto semanal más bajos que se detectaron en la muestra que se estudió (219 localidades rurales), corresponde a un 78% del total de ésta, al 3er. nivel correspondió un 18% y para el 4o. nivel (es decir, el de mayor gasto semanal) correspondió sólo a un 3% de la muestra. De aquí que el bajo poder adquisitivo de la mayoría, se correlaciona con la baja calidad nutricional de su dieta, sin olvidar por supuesto que el problema de fondo de la desnutrición primaria es cuantitativo y de balance con otras ingestas.

Los consumos de proteínas obtenidos a nivel nacional a través de la encuesta rural del 79¹² y de las diferentes encuestas urbanas que se han realizado recientemente^{13, 14}, señalan que un 52% de la población total tiene un

consumo de proteínas de origen animal de menos de 10g. De este nivel le sigue otro más arriba con un consumo entre 10 y 20g de proteína animal y que representa aproximadamente el 15% de la población. En ambos casos sus consumos están por debajo de las recomendaciones,¹⁵ lo que representa un riesgo nutricional importante para los grupos de población que están sujetos a una mayor demanda fisiológica de proteínas, Vg. menores de 5 años, mujeres embarazadas y mujeres lactantes. Por otro lado, se observa de manera inversa, un consumo exagerado de estas proteínas mayor a 40g que representa aproximadamente un 21% de la población total que está sujeta a riesgo de padecer a mediano y largo plazo una serie de enfermedades de tipo metabólico y/o degenerativas. Finalmente, sólo un 12% aproximadamente de la población tiene un consumo de proteínas animales que pudiera considerarse como adecuado.

En lo que respecta a la situación nutricional de zonas urbanas, tenemos que de acuerdo a los estudios

¹² Madrigal, F.H., Moreno-Terrazas, C.O. y Chávez, V.A. "Encuesta Nacional de Alimentación 1979", Publicación L-46, División de Nutrición de Com. INNSZ, México (1982).

¹³ Batrouni, K.L., Pérez-Gil, S.E., Ysunza, O.A. y Chávez, V.A. "Situación Nutricional de algunos barrios urbanos de México". Publicación L-42 de la Div. de Nutrición de Comunidad, INNSZ, México (1981).

¹⁴ Batrouni, L., et. al. "Situación nutricional de barrios marginados de Teziutlán", Publicación L-60, División de Nutrición de Comunidad, INNSZ, 1983.

¹⁵ Los niveles de seguridad en la ingesta de proteínas señalados por FAO/OMS son en promedio de 0.59g de proteínas por kilogramo de peso. Es decir para el individuo de referencia (65Kg) serían de 38.36g de proteínas por día para el caso de los hombres y de 32.45g de proteínas por día para mujeres (55 Kg). Sin embargo existen otros criterios cuyas recomendaciones son aún mayores.

comparativos realizados en 3 diferentes ciudades del país (D.F., León y Teziutlán), donde se estratificaron cada una de ellas en 3 niveles socioeconómicos, encontramos al comparar sólo los estratos más altos, que el consumo de todos los nutrimentos rebasa en todos los casos el porciento de adecuación¹⁶ a excepción del retinol para el caso del D.F. y León.¹⁷ De cualquier manera cabe resaltar que los niveles de consumo de proteínas, carbohidratos y colesterol en los 3 estudios son considerables. El perfil de polarización en el consumo de alimentos del mexicano, que hasta aquí se ha pretendido describir no es un fenómeno aislado como señalamos con anterioridad sino que está articulado igualmente a las grandes y múltiples contradicciones sociales y económicas del país y resulta por lo tanto ser un reflejo de la organización social que predomina, en donde hay muchos que tienen muy poco y muy pocos que tienen mucho.

¹⁶ El porciento de adecuación es la cifra que representa el déficit o superávit entre lo recomendado (considerando éste como lo ideal o 100% \pm 10) y el consumo real, o sea que por abajo del 90% o por arriba del 110% se considera como un porciento de adecuación deficitario o con superávit respectivamente.

¹⁷ Batrouni, K.L., Pérez-Gil, S.E., Ysunza, O.A. y Chávez, V.A. "Situation Nutricional de algunos barrios urbanos de México". Publicación L-42 de la Div. de Nutrición de Comunidad, INNSZ, México (1981).

3. FACTORES CONDICIONANTES EN LA POLARIZACION O DESIGUALDAD ALIMENTARIA

Si bien es cierto que el fenómeno de polarización alimentaria en términos generales responde a la forma de organización social que prevalece en la sociedad mexicana, existen dentro de esta, factores socioeconómicos específicos que la condicionan y que vale la pena analizar algunas que consideramos más relevantes, con objeto de proponer algunas alternativas tendientes a minimizar su efecto y a hacer más racional el consumo de alimentos a nivel nacional.

3.1. Migración:

En el proceso de industrialización dentro del desarrollo económico del país en un modelo económico de tipo capitalista dependiente o periférico, ha creado a su vez un proceso de proletarización del campesino. De esta forma el campesino, que deslumbrado por las oportunidades que ofrecen las "zonas de atracción" o ciudades y ante la falta de un lugar de origen de tierra para cultivar, así como de recursos financieros y tecnológicos apropiados a su realidad social y de mínimas garantías de bienestar individual y familiar, decide emigrar de estas "zonas de expulsión" en busca de mejores condiciones salariales. Este fenómeno social y económico de migración (interna y externa) trae como conse-

cuencia una distorsionada distribución regional de la población que forzosamente rompe el equilibrio entre población-recursos y actividad económica; de tal suerte que el "enriquecimiento" de las grandes urbes ha sido producto de la pauperización progresiva del campo, lo que favorece a la vez la gran desigualdad en la distribución y de las riquezas el país en general y del ingreso en particular.

De esta manera es importante hacer notar que el proceso de migración en términos generales, se realiza a través de una selectividad positiva,¹⁸ es decir que aquellas que migran se refiere al grupo más productivo en términos de fuerza de trabajo, lo que significa que la población que no emigra, representa un grupo vulnerable en términos de producción de alimentos y por ende nutricionales. Tal es el caso de la población zapoteca de un municipio de Villa Alta en la Sierra de Juárez, Oaxaca, donde en el periodo de 1950 a 1970 emigró el 75% de ella, quedando el restante 25% constituida por viejos, mujeres y niños.¹⁹ Los hallazgos de un estudio realizado en 10 comuni-

dades de esta región en 1982 muestran serias deficiencias en el consumo de alimentos, tanto a nivel familiar como de los prescolares. De esta forma se llega a detectar en los menores de 5 años algún grado de desnutrición que fluctuaba entre el 75 y 90% de los niños en las diferentes comunidades estudiadas.²⁰ Es un hecho conocido que la gran mayoría de las familias con ingresos iguales o menores al salario mínimo habitan en las zonas rurales y que sólo un porcentaje mínimo de estas viven en zonas metropolitanas.

En un estudio realizado por Coplamar²¹ se estratificó el ingreso en 10 niveles y se calculó el ingreso familiar mínimo necesario para satisfacer una dieta adecuada. De esta manera se observó que a nivel urbano y en el estrato más bajo de estos 10 se requiere de un incremento porcentual de ingreso de 2,363%; en el estrato que corresponde al grupo que gana el salario mínimo implicó un incremento de 185% sobre su ingreso; 3 estratos por arriba del salario mínimo implican 171, 130 y 100% respectivamente. En los 3 estratos más altos de los 10 no implican

¹⁸ Yashine, T., Diez, C., y Chávez, V.A. "Nutrición y Migraciones". Pub. L-30, División de Nutrición, INNSZ, México 1976.

¹⁹ Varese, S. "Defender lo múltiple: Notas al indigenismo". Estudios de Antropología e Historia No. 6, Centro Regional de Oaxaca, INAH, México 1978.

²⁰ Ysunza, O. A. y cols. "Encuestas de Zonas Críticas: I Sierra Juárez del Edo. de Oaxaca" (documento mimeografiado). División de Nutrición de Comunidad, INNSZ, México 1983.

²¹ "Necesidades Esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000: Alimentación 1", Complamar/Siglo XXI p. 115-116, (1982).

ningún incremento. Si estos mismos criterios son aplicados para las zonas rurales, la situación resulta ser aún más aguda. Es decir para el estrato más bajo, el aumento sobre el ingreso para obtener una dieta adecuada es de 4,793.3% (50% más que en zonas urbanas), para el estrato que corresponde al del salario mínimo es de 417% (44% más que en zonas urbanas), el incremento sobre el ingreso en estas áreas se extiende hasta 5 estratos por arriba del salario mínimo, es decir 333, 248, 194, 142 y 100 respectivamente y sólo en el estrato más alto de los 10 no implicó ningún incremento.

Esta situación salarial es la que finalmente determinará un mayor o menor acceso a los alimentos. Es decir que el individuo que migra del campo a la ciudad tiene por un lado, una mayor disponibilidad de alimentos así como una mayor accesibilidad a los mismos al ver incrementados sus salarios. Es así como los individuos que son prácticamente expulsados de sus lugares de origen, pasan muy probablemente de un extremo del espectro nutricional al otro sin llegar desde luego, a establecer una simetría dietética. Es decir, la desnutrición calórica del individuo adquirida desde su niñez y a la cual tuvo que ajustarse (si sobrevive a ésta) a través de mecanismos brutales de adaptación, Vg. disminuir el crecimiento corporal (talla sobre todo), logra equilibrar tal vez este déficit crónico e inclusive a sobrepasarlo debido a la mejor disponibilidad y acceso a los alimentos existentes en las zonas urba-

nas. Sin embargo en ese nuevo proceso social y de alimentación, las "dietas llamadas de transición", están sujetas a procesos de deformación de los patrones de consumo, lo que representa un riesgo nutricional diferente al anterior, es decir que los consumos se tornan cuantitativamente exagerados y cualitativamente inadecuados.

3.2. Mitos de la desnutrición:

Otros factores que han contribuido a reforzar este patrón de polarización dietética, se refieren a los diferentes mitos existentes en la generación de los problemas nutricionales. Por un lado se habla de la escasez de alimentos, de condiciones geográficas y climáticas desfavorables, de sobrepoblación, etc., como elementos primarios en la etiología de los problemas nutricionales.

Historicamente hablando existe evidencia sobre la presencia de escasez de alimentos y hambrunas en Europa desde la época del Renacimiento hasta la Revolución Industrial, sin que las clases sociales altas dejaran de comer independientemente del clima que prevaleciera.²²

Es común oír hablar de que los factores geográficos o climáticos desfavorables para la producción suficien-

²² George, S. "How the other half dies". Allanheld Osumun & Co., New Jersey, U.S.A. (1977).

te de alimentos (como son las zonas desérticas, las inundaciones, los huracanes o las sequías, etc.), son las que determinan que los países subdesarrollados sufran de desnutrición e inclusive de hambre. Este argumento desde el punto de vista socioeconómico resulta ser puramente circunstancial ya que si bien las catástrofes naturales son la gota que derraman el vaso, es más bien el sistema social el que resulta ser incapaz de movilizarse en contra del reto que la naturaleza impone en un momento determinado. En función de esta aseveración el ejemplo más reciente y palpable para el caso de México, lo representa la erupción del volcán Chichón en Marzo de 1982. En esta inevitable catástrofe natural, la población indígena Soke que sobrevivió a ella fue víctima del hambre y la desnutrición, que los condujo a su vez a una situación de gran insalubridad y miseria, que agudizó brutalmente su condición de marginación históricamente determinada (como en todos los grupos indígenas existentes en el país). Es decir que a esta catástrofe económica y social previa se agregó una catástrofe natural, para desencadenar los altos índices de desnutrición que se detectaron sobre todo en la población infantil.²³

Existen un sin número de argumentos catastróficos que tradicional-

mente se les han considerado como los causantes de la desnutrición y que afortunadamente también han sido analizados por autores,^{24, 25} que se han encargado de desmistificar y de demostrar la manipulación existente detrás de ellas. En la actualidad del siglo XX, el mundo tiene recursos suficientes y la capacidad tecnológica necesaria para alimentar a la población mundial e inclusive para alimentar a una de mayores dimensiones.²⁵

De esta manera en la realidad mexicana estos mitos de la desnutrición se han utilizado para distraer la atención del problema de fondo y justificar entre otras cosas la creación de programas de "desarrollo" tales como la "Revolución Verde", Plan Chontalpa, etc., que ciertamente han significado verdaderos éxitos tecnológicos, pero que también han significado verdaderos fracasos en la distribución equitativa del ingreso y por ende han favorecido una plarización en el consumo de alimentos.

Es decir, en el primer caso se logró duplicar o triplicar la producción de granos en muchos países, incluyendo México que fue la cuna

²³ Hernández, M. y Cifuentes, E. "Después del Volcán" *Nexos* No. 58, México 1982.

²⁴ George, S. "*How the other half dies*". Allandheld Osumun & Co., New Jersey, U.S.A. (1977).

²⁵ Moore-Lappé, F.M., Collins, J. "*Food First*" Houghton Mifflin Co., Boston; (1977).

de la Revolución Verde, desafortunadamente, estos cometidos se lograron a costa de una agricultura muy tecnificada y sofisticada, que hizo a un lado las técnicas tradicionales de producción basadas en la mano de obra intensiva, que condujeron finalmente al acaparamiento de tierras por unos cuantos, desempleo agrícola, migraciones y desde luego menos acceso a una alimentación adecuada para la mayoría de la población.^{26, 27} En el caso del Plan Chontalpa, el impacto tecnológico se tradujo en la creación de una infraestructura de servicios públicos y de incremento sustancial en la producción agrícola destinada principalmente a la exportación, como plátano, y cacao. El impacto del programa medido 13 años después, demuestra en efecto, beneficios socioeconómicos y nutricionales en las capas "media" y "alta"; sin embargo las cifras de desnutrición de los estratos marginados no sólo se mantuvieron, sino inclusive aumentaron en números totales.²⁸

3.3. Monopolio de las Agroindustrias Transnacionales:

El monopolio de las agroindustrias transnacionales en México dentro de las que contamos con las Del Monte, Nestlé, General Foods, Cambell's entre muchas otras, ha creado "distorsiones introducidas deliberadamente por las compañías transnacionales".²⁹

Por otro lado la utilización de las tierras más fértiles y con mayores recursos de irrigación (que en ocasiones están parcialmente financiados por el Estado) por parte de las agroindustrias transnacionales, hacen que el acceso a alimentos básicos en la población más marginada, se haya disminuído considerablemente, ya que estas tierras son destinadas generalmente para cultivo intensivo de productos como espárragos, fresas, etc., que aparte de que no son productos básicos de la alimentación son dedicados principalmente a la exportación.¹⁷ Por otro lado, la poca inversión que estos cultivos requieren, desde mano de obra más barata, hasta la irrigación utilizada, que en ocasiones está parcialmente financiada por el gobierno federal, hace que la utilización de estas tierras, que además no está

²⁶ Moore-Lappé, F.M., Collins, J. "Food First" Houghton Mifflin Co., Boston; (1977).

²⁷ Michie, B. "Variations in economic behaviour and the green revolution". *Econ. Polit. Weekly*, Vol. III, No. 26 (1973).

²⁸ Hernández, M. "Effect of economic growth on nutrition in a tropical community". *Ecol. Food and Nutrition* Vol. 3 (1974).

²⁹ Moore-Lappé, F.M. "Las corporaciones transnacionales imponen precios irrealles a su arbitrio". *Excelsior* Mayo 9, 1983.

está orientada a las necesidades de la población total, sea completamente irracional. De acuerdo al Dr. Feder, quien fue uno de los especialistas de la FAO más preocupado por el impacto de las agroindustrias en América Latina, señala en sus trabajos que la utilización de la tierra resulta ser un pillaje de las agroindustrias debido a una irrigación inadecuada y destructiva, al uso irracional de pesticidas, a técnicas de cultivo poco apropiadas, etc., que hacen que los suelos se erosionen fácilmente.³⁰

En estas condiciones se favorece por una parte el desempleo en el campo al aplicarse una tecnología altamente tecnificada, así como la creación de un obrero agrícola asalariado con mano de obra barata, cuya salario no es suficiente para satisfacer sus necesidades mínimas de bienestar como lo es una buena nutrición. Así pues, los productos básicos de la alimentación (que en alguna época sembraba el propio campesino) tienen que ser adquiridos en el mercado a precios más elevados.

En un estudio de la Universidad de Harvard se señala que si los incrementos de exportación de México a Estados Unidos continúan al mismo ritmo que en los últimos años, México será proveedor, en poco tiempo, de la mayoría de las frutas y vegetales de Es-

tados Unidos durante la época de invierno.³⁰ Es decir que México resulta ser la "hortaliza" más barata y productiva de Estados Unidos a costa inclusive de la desnutrición crónica que padecen la mayoría de los mexicanos.

3.4. Ganaderización del campo e irracionalidad de la dieta hiperproteica:

Estudios recientes han venido cuestionando el verdadero valor nutricional de las proteínas de origen animal en la desnutrición humana. Actualmente se tiene evidencia que una dieta hiperproteica (de origen animal) resulta ser irracional por las profundas implicaciones nutricionales, ecológicas y económicas que conlleva. Desde el punto de vista nutricional, una dieta hiperproteica no resuelve la desnutrición calórica, ni contribuye mayormente a solucionar la desnutrición proteica en términos epidemiológicos, ya que la deficiencia de proteínas en ausencia de deficiencia en energía suele no ocurrir.³¹ Asimismo, el exceso de este tipo de dietas contribuye a un deterioro metabólico importante que conlleva a diversas enfermedades degenerativas, como señalamos anteriormente.

Por otra parte, desde el punto de vista ecológico y de inversión de recursos, este tipo de dietas resulta ser totalmente irracional en países como

³⁰ Moore-Lappé, F.M., Collins, J. "Food First" Houghton Mifflin Co., Boston; (1977).

³¹ Un World Food Conference, FAO, Roma (1974).

el nuestro, ya que favorecen los procesos de ganaderización del campo, lo que implica un gran despilfarro de insumos agrícolas y de "energía alimenticia", en beneficio de las minorías de altos ingresos. Asimismo la ganaderización favorece el desmonte desmedido de grandes extensiones de tierra para el pastoreo mismo del ganado o bien para la siembra de productos agrícolas para consumo animal, entrando en franca competencia con la alimentación humana y favoreciendo la depredación de bosques, lo que implica un deterioro ecológico considerable. Así encontramos que en 1977 el 10.4% de la superficie nacional fue dedicada al cultivo de estos productos para forrajes utilizados para ranchos ganaderos o bien para granjas avícolas, mientras que la importación de granos básicos para la alimentación de las mayorías se incrementaba cada vez más.³² De esta manera no sería exagerado afirmar que en términos reales, un pollo que recibe alimentos balanceados en una granja avícola, está mejor alimentado que un preescolar promedio de los grupos indígenas de nuestro país.

Así pues, la única racionalidad de la dieta hiperproteica, resulta ser la racionalidad económica en tanto los ali-

mentos sean considerados como un "bien de cambio" en lugar de un "bien de consumo" como lo indica la racionalidad nutricional.

3.5. Aculturación:

Hasta aquí hemos señalado algunos de los mecanismos socioeconómicos que impiden que los alimentos lleguen a las bocas en forma racional. Existen asimismo, otros factores que afectan los patrones de la alimentación y que son los que se refieren a las actitudes culturales que determinan los patrones alimenticios.

Los hábitos alimenticios se establecen, por un lado, a través de mecanismos de orden intelectual, que se caracterizan por su elaborada historicidad como serían las categorías de salud y de enfermedad, las concepciones religiosas, los criterios de clasificación del mundo orgánico, etc. Por otro lado, existe un mecanismo de orden material y práctico que igualmente a los factores sociales y económicos, están relacionados a la organización productiva de la sociedad, a los recursos ambientales disponibles, al nivel de tecnología para explotarlos, almacenarlos, conservarlos y distribuirlos.³³ De esta manera es como algunos pueblos

³² Escudero, J.C., Morante, F.J. e Ysunza, O.A. "Estimación y posible satisfacción de las necesidades nutricionales y de alimentación en México". Div. de Nutrición, Publicación L-58, INNSZ, México (1983) (en prensa).

³³ Bonfil, G. "Notas sobre cultura y Nutrición" *Lineamientos para el desarrollo de un plan nacional de alimentación y nutrición*. Secretaría de la Presidencia - CONACYT, p. 187, México (1976).

comen ciertos productos que no son admitidos por otros como un alimento humano apetecible; es así como en nuestro país se clasifican a los alimentos en categorías de naturaleza "fría" y de naturaleza "caliente", independientemente de su temperatura real; se establecen tabúes y prohibiciones que se practican rigurosamente, como la famosa "dieta" de 40 días a que es sujeta una mujer parturienta en algunas regiones; y como se otorga a ciertos alimentos propiedades o atributos específicos, etc. De cualquier forma, creemos importante señalar aquí que los hábitos alimenticios así establecidos, no son producto de la casualidad, sino responden a una serie de mecanismos (intelectuales y materiales) bien complicados.

La dominación de la cultura occidental, desde la época de la colonia, ha dado como origen a un brutal etnocentrismo, que a su vez ha dado lugar a una "mentalidad colonizada", que devalúa los potenciales de los valores no occidentales considerándolos como primitivos. Este fenómeno ha traído serias consecuencias, en lo que se refiere a la alimentación y nutrición de los pueblos colonizados, pese a que se conoce que los hábitos alimenticios son particularmente resistentes al cambio.³⁴

El papel que juega la exaltación de los valores importados, especialmente de los valores del vecino país del norte, aunado a la mentalidad colonizada del mexicano, que a su vez es el resultado de una herencia colonial o superada, hace con mucha frecuencia que los patrones de alimentación se modifiquen en perjuicio de la salud y de la economía familiar sobre todo en las clases más desprotegidas. Este fenómeno, se ha logrado a través de un proceso de desprestigio social y cultural (como señalaremos más adelante) de diversos alimentos naturales cuyo valor nutricional ha sido bien demostrado y cuyo costo es más racional. Por su parte, la exaltación de los productos alimenticios industrializados que no son de interés social, sino más bien de interés comercial (dentro de los que encontramos a los alimentos llamados de "pacotilla") ha sido habilmente manipulada e impulsada por la publicidad consumista, imponiendo así un patrón ideológico de consumo, que asegura la venta de esos productos para beneficio de muy pocos en el perjuicio de la salud de muchos.

Es común oír hablar de la necesidad de cambios en los hábitos alimenticios, especialmente en lo que se refiere a poblaciones rurales. Por otro lado, es bien sabido que son estos grupos rurales los que padecen de problemas nutricionales más graves. Desafortunadamente en el análisis de sus hábitos de alimentación que como señalamos anteriormente, responden a mecanismos bien elaborados, se ha te-

³⁴ Bonfil, G. "Notas sobre cultura y Nutrición" *Lineamientos para el desarrollo de un plan nacional de alimentación y nutrición*. Secretaría de la Presidencia - CONACYT, p. 187, México (1976).

nido una actitud científica que sólo considera los valores occidentales y que sólo puede ver en estos hábitos los aspectos negativos, desde el punto de vista nutricional, imponiendo criterios básicamente tecnocráticos. Rara vez nos hemos preocupado por analizar, y menos aún integrar dentro de estos cambios, los aspectos positivos que existen en los hábitos alimenticios de estos grupos humanos. Hemos llegado inclusive a clasificar las dietas, de tal manera que la llamada "dieta indígena" en nuestro país es aquella que corresponde a la más pobre, monótona y desequilibrada, considerando únicamente que su composición consta de maíz, frijol y chile; olvidando que esta llamada "dieta indígena" es producto del deterioro colonial al que ha sido sujeta durante más de 400 años, a la cual en alguna época se le sumaban diversas frutas, y legumbres, animales domésticos, como el perro izcuintle, animales de caza, insectos, etc., que permitían alimentar a una población adecuadamente.³⁵

Nos sorprende oír hablar de que ciertos grupos humanos en Africa e inclusive en México practican la geofagia, es decir que comen barro, especialmente las mujeres embarazadas. Por otro lado el análisis químico de estos pro-

ductos ha llegado a determinar una composición a base de sales minerales como son el calcio, el fósforo, etc.,³⁶ que resultan indispensables para responder en cierta forma a las necesidades que su estado fisiológico les demanda. En fin, estas costumbres y actitudes diferentes a las que científicamente pudiéramos postular como ideales, además de formar parte intrínseca de la historicidad de estos individuos, contribuyen a una mejor alimentación.

Si bien los hábitos alimenticios son resistentes al cambio y algunos de ellos se convierten en tabúes nocivos de la salud del individuo, no podemos realizar cambios positivos si consideramos tan sólo que dentro de este proceso se trata de una simple sustitución de una pieza por otra. Es importante aceptar pues, la presencia de un bagaje cultural milenar, pese a las diferentes influencias occidentales a que hemos sido sujetos, y reconocer que el desarrollo de las culturas tradicionales ha sido impedido y deformado por las condiciones del dominio colonial;³⁵ asimismo, no se trata de entorpecer el ritmo histórico y retroceder al pasado, sino de reafirmar nuestra condición cultural actual.

En la actualidad es quizá más evidente la transformación tan acelerada

³⁵ Bonfil, G. "Notas sobre cultura y Nutrición" *Lineamientos para el desarrollo de un plan nacional de alimentación y nutrición*. Secretaría de la Presidencia - CCNACYT, p. 187, México (1976).

³⁶ Hunter, J.M. "Geophagy in Africa and in the U.S.: a cultural nutrition hypothesis" *Geograf. Soc.* 1975, N.Y. (1973).

de la forma de vida en general y de los hábitos alimenticios en particular. Hay hábitos que social y culturalmente han perdido prestigio, como por ejemplo la alimentación al pecho materno, mientras que otros más han adquirido un gran prestigio como lo es la alimentación artificial con biberón, por seguir con el mismo ejemplo de la alimentación infantil. Estos cambios como han sido bien estudiados por diversos autores, lejos de proporcionar algún beneficio, han traído serias consecuencias tanto sociales, como nutricionales en el desarrollo integral del niño, sobre todo cuando hacemos referencia a niños de países subdesarrollados. Los resultados observados demuestran una franca correlación entre el aumento de la morbi-mortalidad infantil y el abandono a la lactancia materna.³⁷ En otras palabras, el inapropiado desarrollo tecnológico, aunado al consumismo mercantilista y a la supuesta "modernización" han sido capaces de alterar los valores sociales y culturales en sentido negativo a la alimentación en sociedades económicamente dependientes como la nuestra.

CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS

Retomando la aseveración que se hizo

al inicio de este trabajo, en el sentido de que "...el papel fundamental de cualquier sociedad es el de asegurar el bienestar de todos sus miembros. . ., la presencia entonces de cualquier problema en relación a su situación como un fracaso de funcionamiento adecuado de dicha sociedad".³⁸

Para el caso de nuestro país, esta aseveración resulta ser operativa, ya que los defectos o problemas nutricionales existentes en México, son el resultado de los defectos propios de nuestra forma de organización social, como hemos tratado de demostrar a través de este documento. Por un lado, la presencia crónica de desnutrición primaria no sólo nos habla de nuestra incapacidad para eliminarla, sino inclusive de agregar a ella otros nuevos problemas que se ubican en el extremo opuesto del espectro, debido a una dieta exagerada en cantidad y de mala calidad.

Ante esta realidad es importante tomar una actitud de análisis crítico que permita ubicar al problema como tal y reconocer que la desnutrición es un problema de gran magnitud y trascendencia que merece toda nuestra atención. El tratamiento adecuado de estos problemas se traducirá tanto a nivel individual como colectivo, en enfermedades menos frecuentes, de menor duración y más banales, en una

³⁷ *Nestlé contre les bébés?* Groupe de Travail Tiers Monde de Berne, Preesses Universitaires de Grenoble, F. Maspero, Paris 1978.

³⁸ Behar, M. "Nutrition and the future of man kind". *WHO Cronicle* 30: 140-43 (1976).

mortalidad significativamente menor y en un mejor desarrollo psicosomático, y por ende en un mayor nivel de desarrollo social y económico.

De aquí que el tratamiento prioritario de los problemas nutricionales requiera de programas de acciones sistematizadas y autoevaluables que sean generadas a través de la aplicación del conocimiento multidisciplinario con objetivos a corto y largo plazo y donde se contemple la participación comunitaria directa que garantice su continuidad. Seguir viendo los problemas nutricionales con una visión básicamente biológica e individual ha dado como resultado el fracaso de sus tratamientos.

En el caso de la desnutrición primaria, es evidente la enorme importancia que tiene el incrementar la disponibilidad y el acceso a los alimentos (sobre todo en la zonas nutricionales consideradas como críticas) a través del desarrollo de proyectos de seguridad alimentaria. Dichos proyectos deberán tener como premisa la autosuficiencia alimentaria y contemplar 3 tipos de actividades: de producción, comercialización y abasto, mismas que deberán ser definidas, dirigi-

das y controladas por la población en cuestión.

Asimismo es importante promover la utilización racional de recursos alimentarios disponibles, tanto vegetales como animales y de promover el uso de tecnologías apropiadas para la producción de alimentos con objeto de mejorar de manera racional (en cantidad y calidad) la dieta.

Asimismo es importante la sensibilización de la población en general hacia los problemas nutricionales del país, a través del diseño y aplicación de programas de educación nutricional en donde se haga participar a la comunidad en diferentes niveles, de tal forma que la gente no sea sólo el objeto de los programas sino los sujetos de acción.

Finalmente se hace necesario incluir dentro de los programas académicos de las diferentes carreras relacionadas con la salud, cursos específicos sobre nutrición humana y nutrición de comunidad, ya que hasta la fecha son pocos los programas existentes a nivel profesional, no obstante que los problemas nutricionales son de gran magnitud.

Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales

Ingrid Rosenblueth

El estudio sociológico del envejecimiento se ha llevado a cabo principalmente en países primermundista y, por ende, se ha ubicado en dos tópicos centrales: la querella entre los que sostienen que la persona de edad debe ser "integrada a la comunidad", contra los que optan por "la segregación por grupos de edad".¹

La teoría del desligamiento, propuesto por Cumming y Henry ha motivado grandes controversias, tal vez porque es una de las pocas teorías de comportamiento del envejecimiento

accesibles. Conforme a esta teoría, el envejecimiento implica "un inevitable, desligamiento o retraimiento mutuo, dando pie a una interacción restringida entre la persona que envejece y los otros miembros de un mismo sistema social".² Conforme a esta teoría, el individuo y la sociedad encuentran el proceso de desligamiento satisfactorio para ambos. El individuo logra el desligamiento reduciendo el número, variedad, e intensidad de sus roles y relaciones sociales. La sociedad, por su parte, facilita el proceso ofreciendo

¹ Y. Talmon. "Envejecimiento: aspectos sociales" en *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales* dirigida por David L. Sills. Madrid: Aguilar. 1979 ed. esp.

² E. Cumming & W. E. Henry. *Growing old: The Process of Disengagement*. N. York: Basic Books, Inc., Publishers. 1961, p. 14.

'libertad' de las restricciones normativas y permitiendo el retiro. Obviamente, esta teoría encontró numerosas críticas:³ desde el punto de vista práctico apoya políticas de segregación e indiferencia hacia los ancianos y da pie a sostener actitudes nihilistas que desvalorizan la vejez.

Desde el punto de vista teórico, la 'teoría' del desligamiento no es un sistema axiomático; a lo sumo se le podría considerar una proto-teoría (sic) que descansa en muy dudosas premisas. Por último, el punto de vista empírico, con los datos obtenidos en investigaciones posteriores, ha demostrado que es una teoría falsa: los ancianos pueden encontrarse inmersos en nuevos roles y actividades. Es inaceptable sostener que los individuos encuentran satisfactorio el desligamiento de su mundo social. Por otra parte, las presiones socioeconómicas del sistema de producción que obligan a un 'retiro' del sistema productivo para incorporarse a las nuevas generaciones,⁴ son ignoradas.

Las críticas a la teoría anterior, condujeron a la formulación de una

nueva teoría: la del 'compromiso' o 'actividad' cuyos postulados sostienen que los ancianos tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas que las personas de mediana edad.⁵ Conforme a esta teoría, el envejecimiento óptimo consiste en las posibilidades que el anciano tenga de permanecer activo. Esta teoría, a su vez, ha desencadenado la creación de una nueva industria en los países desarrollados con el objeto de mantener al anciano activo: viajes organizados y toda la parafernalia para conocer al mundo. Cosméticos y equipos adecuados para mantenerse activo, joven y ágil. Por otra parte, los países tercermundistas racionalizan su falta de atención a la población anciana so pretexto de que al anciano "le hace bien" mantenerse activo.

En realidad, tanto la teoría del compromiso, como la teoría del desligamiento, contemplan sólo un aspecto de cualquier estudio sociológico de actitudes, si nos interesamos en las varias formas de compromiso a la vida social postulados por la teoría funcionalista: el compromiso de no interferir los unos con los otros, el compromiso de la protección mutua, otros compromisos a unidades sociales mayores al individuo, a la decisión de mantener o

³ D. B. Bromley. *The Psychology of Human Aging*. Middlesex: Penguin Books 1977, 2a. ed. pps.: 142-143.

⁴ L. G. Moore; P. W. Van Arsdale; J. E. Glittenberg; R. A. Aldrich. *The Biocultural Basis of Health: Expanding Views of Medical Anthropology*. St Louis Missouri: The C. V. Mosby Company. 1980.

⁵ H. J. Havinghurst; B. L. Neugarten; S. S. Tobin. "Disengagement and Patterns of Aging" en B. Neugarten (ed). *Middle Age and Aging*. Chicago: The University of Chicago Press. 1968. p. 161.

no alianzas a grupos, etcétera. Para poder realmente analizar empíricamente la existencia o no de el compromiso social de los individuos, es menester conocer sus causas e implicaciones y construir un modelo explicativo que tenga una dimensión para medir la membresía a los grupos. Más adelante volveremos a este aspecto.

El segundo debate, que ha ocupado a los estudios del envejecimiento óptimo, ha sido denominado por Talmon como "la controversia integración segregación",⁶ representada por los que sostienen la integración intergeneracional de los ancianos a los núcleos familiares y sociales, contra los partidarios de instituciones residenciales exclusivas para ancianos. Este debate ha resultado ser en realidad una variación de la controversia compromiso-desligamiento y una consecuencia práctica de la misma. La segregación y los asilos para ancianos tienen raíces históricas y socioeconómicas⁷ muy distintas al tema de las diferencias sociales del envejecimiento, que ahora nos ocupa. Sin embargo, y con mayor relevancia para nuestro estudio, la controversia integración-segregación tiene una dimensión poco investigada que también resulta relevante dentro de la teoría funcionalista: el mayor o menor control normativo al que están

expuestas las personas, o sea, el grado de regulación ejercido sobre el comportamiento. Independiente de la membresía a un grupo(s), y dado el aislamiento causado por pertenecer a una institución, hay una dimensión capaz de medir desde la regulación normativa máxima existente en los asilos para ancianos, hasta la máxima libertad de quien conduce una vida autónoma, libre e independiente.

EL MODELO DE MARY DOUGLAS APLICADO AL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO

Mary Douglas^{8, 9}, propone un modelo por medio del cual pretende lograr el análisis sociológico de la cultura. Su modelo parte de una concepción del individuo como entidad pensante, y del contexto social, como aquellas fuerzas que ejercen efectos restrictivos o permisivos sobre la conducta individual.¹⁰ Según la autora su modelo es "un acercamiento a la cultura que toma en consideración las fuerzas sociales, seleccionando del campo cultural total, aquellas creencias y valores que son derivables como justificaciones

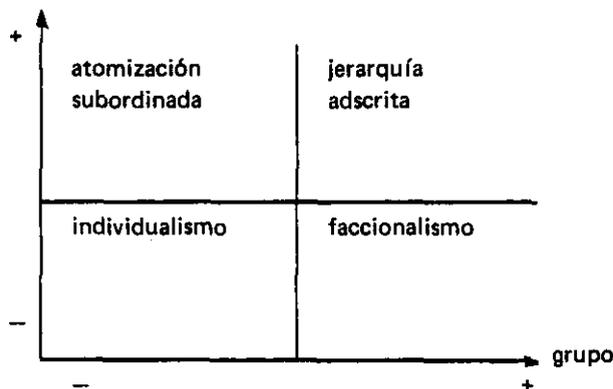
⁶ Talmon, *op. cit.*, p. 303.

⁷ M. Foucault. *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI. 8ava. ed. esp. 1981.

⁸ Mary Douglas. "Introduction to Grid-Group Analysis" en M. Douglas (ed) *Essays in the Sociology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul. 1982 a.

⁹ Mary Douglas "Cultural Bias" en *In the Active Voice* de Mary Douglas. London: Routledge & Kegan Paul. 1982. b.

¹⁰ *Ibidem*, p. 190.

FIGURA 1¹²

para la acción que (ella considera), como constitutivas de una cosmología implícita".¹¹

El modelo constituido por Douglas tiene dos dimensiones que ejercen control sobre el individuo: a) el compromiso al grupo (dimensión denominada simplemente 'grupo') y, b) cualquier otra forma de regulación (dimensión denominada encasillamiento). Ambas dimensiones combinadas dan por resultado una tipología con cuatro visiones extremas de la vida social, representadas en la figura No. 1, que constituyen cuatro posibles entornos sociales en los que un individuo pueda encontrarse.

Douglas pasa a hacer una análisis de los atributos cosmológicos en cada uno de los cuatro tipos de entornos sociales, que no discutiremos por falta

de espacio. Sin embargo, se ha utilizado su modelo —y las dos dimensiones normativas con las que lo construye— para tratar de ordenar el material obtenido en los 59 estudios de caso realizados a ancianos de las Ciudades de Cuernavaca y México.¹³ El resultado de la aplicación del modelo de Douglas, a nuestro estudio de envejecimiento óptimo y diferenciado, nos ha permitido vislumbrar patrones de envejecimiento en las distintas clases so-

¹¹ *Ibidem.*

¹² Douglas. 1982 b. *op cit.* p. 4.

¹³ La investigación acerca de la ancianidad nos ha brindado, hasta ahora, material de 59 estudios de casos aleatoriamente escogidos. La distribución de dichos casos es la siguiente: 10 ancianos de clase dirigente; 10 ancianos de la clase asalariada; 10 ancianos de la clase jornalera, 19 ancianas internadas en asilos; y 10 ancianos intelectuales, artistas o profesionales "por vocación" e independientes.

ciales representadas en la muestra, y las causas de esta diferenciación. De manera que al aplicar las dimensiones o coordinadas utilizadas por Douglas, según los rasgos de nuestra muestra, la población investigada quedó distribuida de la siguiente manera (figura 2).

La dimensión "grupo" fue medida cuantitativamente en cada uno de los sujetos de estudio al hacer sus redes de relaciones sociales.¹⁴ Las características estructurales en las redes de cada persona (alcance, densidad y sectorización) formaron cinco grupos que coincidieron con dos tipos o fracciones de clases y tres clases sociales a los que estas pertenecían. Igualmente se midieron cuantitativamente los 'controles' que regulaban el comportamiento (dimensión encasillamiento), los que demostraron agrupar a la población en las cinco categorías referidas. Por último, los patrones de envejecimiento,

salud y enfermedad de la muestra, coincidieron con las categorías sociales obtenidas de las dimensiones de Douglas. Lo interesante es que se probó cómo las diferenciales de salud y enfermedad, así como las de envejecimiento (que son variantes del binomio salud-enfermedad), "constituyen la principal diferencial en cualquier sociedad clasista y deberían constituir una de las principales variaciones por investigar. Pues los estudios de salud y sus variantes nos permiten vislumbrar los procesos sociales dentro de las diferentes clases y sus fracciones, ya que éstos, no sólo deben establecer las condiciones de salud en las clases existentes sino analizar la realidad concreta: inserción en el proceso productivo, conciencia de clase, alineación, distintas formas de existencia", etcétera.¹⁵

A pesar de haber aplicado el modelo de Douglas, no podemos afirmar que los rasgos distintivos de sus 'tipos' correspondan a los que encontramos entre nuestros ancianos. La diferencia principal estribó en que su modelo es una construcción ideal que no partió de criterios desprendidos de la dinámica de la sociedad global, o sea, de las relaciones que las clases y sus fracciones establecen entre sí. Sin embargo, sus dimensiones de control nos parecieron una forma fácilmente operacionizable, de traducir las fuerzas socia-

¹⁴ J. C. Mitchell. *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. 1969. p. 2. Mitchell visualiza las redes de relaciones sociales como "una serie o conjunto específico de relaciones entre un número definido de personas que nos pueden servir para interpretar el comportamiento social de (algunas) de esas personas, tomando en cuenta las características de estas relaciones como un todo". Para el autor, la definición de red ancla a un conjunto de personas en un punto focal individual o Ego. Pero enfatizando que el sujeto de análisis de las redes es el contexto social.

¹⁵ A. C. Laurell. "Introducción" en Mario Timio *Clases Sociales y ENFERMEDAD*. México: Ed. Nueva Imagen. 1979. p. 17.

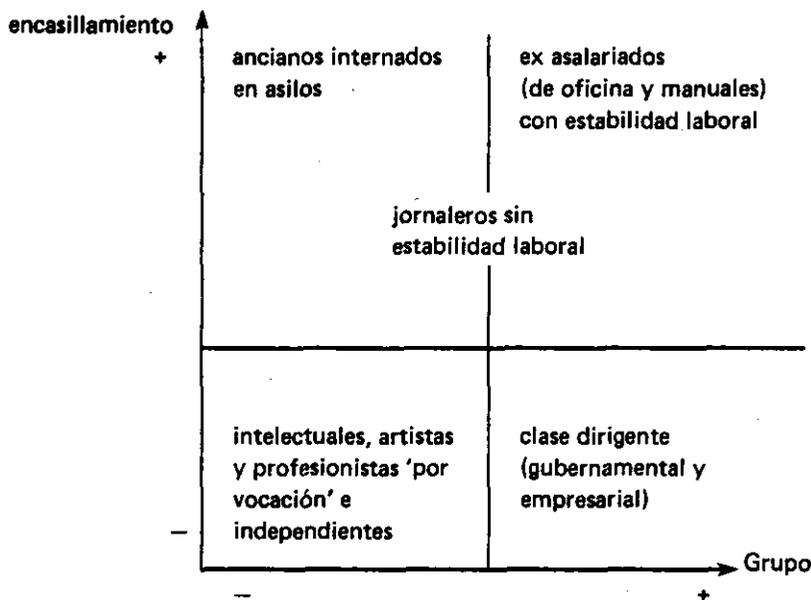


FIGURA 2

les que regulan el comportamiento de los individuos que pertenecen a las diferentes clases.

CLASE DIRIGENTE (GUBERNAMENTAL Y EMPRESARIAL)

La red de relaciones sociales de los individuos del sector dirigente en nuestro país, parece tener características estructurales similares. Si comparamos las redes de los ancianos pertenecientes a este sector, que habitan en Cuernavaca y en el D.F., con las redes de otras investigaciones de dirigentes po-

líticos e industriales del D.F.,¹⁶ resalta de inmediato el parecido. Las características estructurales más relevantes de las redes de los ancianos de la clase dirigente son una alta densidad;¹⁷ y

¹⁶ I. Rosenblueth. *Roles Conyugales y Redes de Relaciones Sociales*. México: UIA (tesis inédita). 1978.

¹⁷ "La densidad de una red de relaciones sociales es el porcentaje de relaciones sociales existentes entre los individuos de una red, excluyendo las relaciones de Ego con estos individuos, de entre el posible número de relaciones entre estos

una clara sectorización,¹⁸ aunque hay que enfatizar que esta tendencia a sectorizar no reduce la existencia de relaciones sociales entre los componentes de la red. Esto ha sido analizado con más detalle en otro trabajo,¹⁹ pero podemos abreviar diciendo que las redes de las personas que pertenecen al sector dirigente, sobre todo del político, son más grandes (o sea tienen mayor alcance) que las del resto de la muestra; éstos es, se relacionan e interactúan con más gente. La densidad es alta porque las redes sociales de la clase dirigente se conglomeran alrededor

de personas que detectan gran poder. Individuos que aglutinan relaciones sociales, que monopolizan recursos escasos y actúan como empresarios en el sentido de Barth,²⁰ por ende, ejercen algún tipo de poder sobre los miembros de la red ya que ellos aportan beneficios a las personas que los siguen. La densidad también es alta por la estrecha relación entre el grupo gubernamental e industria en México; es frecuente que casi todos los miembros de una red estén interrelacionados entre sí. De tal suerte que aunque una persona sea anciana, sus relaciones, sociales continúan encerradas dentro de un mismo grupo, a pesar de que ya no ejerza un papel muy activo en el mundo del trabajo. El anciano forma parte de un grupo cerrado y como parte de ese grupo seguirá con un mundo social que es privativo del mismo. Por esta razón el control del grupo es el que ejerce una influencia mayor en el comportamiento de estas personas. Las presiones del grupo son las que reglamentan sus vidas. "La experiencia social del individuo, está, primero y más que nada, constreñida por el lindero externo que el grupo mantiene contra los que no pertenecen al mismo".²¹ Entre mayor sea la dependencia del individuo al grupo, mayor será el ejercicio

individuos". (Rosenblueth, *op. cit.* p. 19)

¹⁸ T. Cubbitt entiende por sectorización o grado de agrupamiento el rasgo de una red de relaciones sociales que se refiere al grado que los individuos que forman dicha red tienden a agruparse en sectores independientes. La autora ha probado que aunque una red tenga varios contextos en los que se efectúen relaciones, estos no tienen por qué ser agrupaciones de individuos. Los sectores se definen como densos núcleos de relaciones sociales que se dan dentro de un contexto social. Dichos sectores son importantes para Ego, porque el sector más denso de una red, en el que Ego interactúe más, será el responsable del reforzamiento normativo de la conducta de Ego. Cubbitt, T. "Network density among urban families" en Boissevain & Mitchell (eds) *Network Analysis: Studies in Human Interaction*. The Hague: Mouton. 1973. pps. 67-82.

¹⁹ Rosenblueth, *op. cit.*

²⁰ F. Barth. *The Role of the Entrepreneur in Social Change in Northern Norway*. Bergen: Scandinavian University Books. 1963.

²¹ Douglas, 1982 b. *op. cit.* p. 205.

de la voluntad grupal sobre la individual. Sin embargo, por ser miembro de la clase dirigente, estas personas tienen pocas regulaciones sobre su conducta que no provengan del grupo. Ellos son la clase hegemónica, la que dicta las reglas. Y cuando ellos las rompen siempre hay un motivo aceptado por su grupo, siempre y cuando el grupo no se sienta amenazado como grupo por la conducta de sus integrantes. La gran amenaza para estos grupos son las fisiones. La gran amenaza para estos individuos es el ostracismo resultante de la desviación a las expectativas del grupo.

Consecuente con lo anterior, encontramos que estos ancianos suelen vivir muy cerca de los miembros de sus familias. Por disponer de recursos, pueden darse el lujo de mantener sus residencias y el personal que las atiende. Estas personas son vecinas de sus familiares tanto en Cuernavaca como en sus residencias en el D.F., u otras localidades.

ACTIVIDADES:

No hay una diferencia muy grande en las actividades de estas personas según sus sexos. Los ancianos siguen sosteniendo relaciones sociales con los miembros de su grupo como principal actividad. Para ello buscan diversos escenarios: Club de Golf, Acapulco, comidas, reuniones. Lo importante parece ser un eterno intercambio de información; un constante reforzamiento normativo.

Por expectativas del grupo, los an-

cianos suelen retirarse paulatinamente del mundo laboral, pero permanecen ocupando cargos honoríficos hasta muy avanzada edad, o la muerte, así como las ancianas continúan ejerciendo el rol informal de "gerentes de relaciones públicas" del grupo. Ellas también siguen atendiendo la dirección de las labores domésticas, y muy de vez en cuando, algún cuidado de los nietos. Veladas de pitillo y naípe, otras la pantalla del televisor, son características para ambos sexos.

MEDICINA:

La atención médica que reciben estos ancianos es generalmente proporcionada por médicos que de alguna manera pertenecen al grupo. En discusiones acerca de la calidad de los servicios obtenidos, por personal médico y hospitalario, este grupo prefiere atenderse con "el primo de. . .", "el hermano de. . .", o "el médico de. . .", que con personal de altas calificaciones. Es curioso notar que este grupo recibe atención médica muy frecuentemente, pero no por ello gozan de mejor salud. El promedio de visitas al médico por año de estos ancianos es de 18 para las mujeres y de 12 para los hombres. No es infrecuente que estas personas recurran, para achaques menores, a la homeopatía. Pero entre los casos estudiados sólo lo hacían aquellos del grupo dirigente con raíces más provincianas, con patrones más decimonónicos. Los ancianos dirigentes de corte cosmopolita se burlaban del gusto por las "escencias" de los

otros. Ningún otro tipo de medicina alternativa al Modelo Médico Hegemónico²² era utilizado por las personas de este grupo.

ENVEJECIMIENTO:

Las edades de los casos pertenecientes a la clase dirigente versaban entre los 75 y los 86 años. Todos se calificaban así mismos como ancianos. Sólo una de ellas, la más joven de 75 años de edad, había tenido alguna enfermedad sería recientemente (infarto al miocardio). Los demás gozaban de excelente salud; a pesar de que el 10% había tenido cáncer hacía más de un lustro, pero no habían vuelto a tener problemas. Las enfermedades y síntomas que aquejaban a este grupo eran las siguientes:

Arteriosclerosis	50%
Cardiopatías	20%
Padecimientos de venas vasos periféricos	10%
Hipertensión	40%
Artritis	30%
Diabetes Mellitus	30%
Problemas visuales	50%
Problemas auditivos	40%

A pesar de que el 50% de los ancianos de la clase dirigente no tenían ninguna enfermedad ni síntoma, los individuos

estudiados eran muy "achacosos". Cualquier gripa los hacía consultar al médico. Ni costos ni tiempo ni transporte son problema para ellos: por lo que pueden permitirse frecuentes servicios profesionales.

Los hombres dijeron sentirse "viejos" al abandonar el mundo laboral y/o ver que sus descendientes hacían las cosas muy diferente que lo que ellos las hubieran hecho.

Cuatro de las cinco mujeres investigadas afirmaron sentirse viejas desde que perdieron su atractivo físico sexual. La única que no manifestó esta opinión es la más joven (de 75 años) que siguió teniendo una relación sexual hasta que le dió el infarto a los 74 años. El infarto, más que la pérdida de esa relación, la hizo sentirse "vieja" por primera vez.

ENFERMEDAD E INVALIDEZ.

La enfermedad e invalidez en este grupo no constituye gran problema. Debido a las facilidades que proporciona una situación económica próspera, enfermos, inválidos y seniles pueden gozar de las comodidades y privilegios de permanecer en sus domicilios con la asistencia del personal necesario. Como se mencionó anteriormente, estos ancianos viven cerca, pero no con, sus familiares. Esto per-

²² E. Menéndez. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención*

(gestión) en salud. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata No. 86. 1983.

mite que los problemas que acarrea la convivencia con los inválidos no tengan que ser sufridos por sus familiares. Los ancianos reciben visitas frecuentes de los miembros femeninos del grupo y de vez en cuando de los varones. Para estos ancianos "un día en cama" no acarrea ningún problema y en varias ocasiones achaques menores les proporcionan el "pretexto" para tomarlo. En otros casos no guardan cama porque el reposo excesivo los "entume" pero no porque no puedan hacerlo.

La enfermedad de algún miembro del grupo constituye un medio de confirmar la solidaridad grupal. De tal suerte que el enfermo tiene un halo de santidad, y el grupo gira en derredor de él. Los ancianos de este grupo comúnmente comentan sus achaques con familiares y amigos. Y estos achaques —a su vez— constituyen motivo de interés y conversación entre los demás miembros del grupo.

CLASE ASALARIADA CON ESTABILIDAD LABORAL: TRABAJADORES MANUALES Y DE OFICINA

La red de relaciones sociales del sector que gozó estabilidad laboral e ingresos seguros en la muestra estudiada, tuvo características estructurales similares: la más notable fue que todos tuvieron una densidad del 100%, y que todas sus redes estaban compuestas casi exclusivamente por familiares. Estas dos características idénticas, entre personas que aparentemente pertenecen a

grupos sociales diferentes —según cualquier teoría de clases sociales—, nos hace ver la importancia sociológica del estudio de los fenómenos de la salud y de sectores de la población que ya no están insertos en el mercado laboral. Asimismo, las dos dimensiones del modelo douglasiano nos arrojaron luces para entender a estas personas como una clase social. Por último, se corroboraron resultados de otras investigaciones²³, ²⁴ y ²⁵, acerca de las características peculiares de los obreros de Cuernavaca que en su mayoría tenían alta escolaridad y procedían del D.F., u otros sitios; no habiendo favorecido CIVAC a la creación de fuentes de trabajo para la población local.

Ambos conjuntos de ancianos (ex oficinistas y ex obreros) tienen muchas características similares:

- 1) Seguridad de un ingreso fijo mensual procedente de la pensión que les otorgan IMSS o ISSSTE.
- 2) Necesidad absoluta de su pensión aunque en todos los casos resultó no sólo ser raquítica sino verdaderamente risible.

²³ R. Varela. *Expansión de Sistemas y Relaciones de Poder: Antropología Política del Estado de Morelos*. México: CIESAS (tesis doctoral) 1983.

²⁴ P. Arias y L. Bazán CIVAC: *un proceso de industrialización en una zona campesina*. México: CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata No. 1. 1980.

²⁵ Raúl Nieto: Comunicación personal.

- 3) Consecuentemente hay una necesidad imperiosa de otras fuentes de ingreso, y estas otras fuentes siempre provienen de sus familiares y descendientes, que en todos los casos resultaron ser trabajadores fabriles o de "cuello blanco" indistintamente.
- 4) Los años de trabajo de estos ancianos les permitieron adquirir (en los 'gloriosos 60s', junto con otros familiares), algún terrenito en donde ahora viven con muchos otros miembros de sus familiares. Por lo general compartían el terreno con descendientes, pero no exclusivamente.
- 5) Una ausencia de relaciones sociales "informales", por ejemplo; amistades. Ninguno conservaba relaciones amistosas del tiempo cuando trabajaban. Hablaban de haber tenido compañeros, pero no amigos. De alguna manera la organización jerárquica de sus centros de trabajo impedía alianzas horizontales y más bien existían "lealtades" hacia los "superiores" de quienes provenían los beneficios. No existían facilidades en los ambientes laborales para establecer alianzas horizontales (más bien lo contrario).
- 6) Escolaridad similar entre obreros y empleados de oficina.
- 7) En una misma familia existían los dos tipos de asalariados.
- 8) En la división social del trabajo, en las unidades domésticas donde vivían estos ancianos con sus familiares, había siempre trabajo para ellos que era necesario para el bienestar de todos. Pero así como en su mundo laboral pasado, fueron piezas de un engranaje jerárquico, ahora también, al interior del grupo familiar se encontró una organización jerárquica en donde algunos miembros se subordinaban a otros. Estas organizaciones jerárquicas estaban dictadas por razones fundamentalmente económicas en donde "alfa" es quien más aporta y "omega" quien menos. Pero también el comportamiento "intachable" gana un lugar en la jerarquía familiar.
- 9) En consecuencia con lo anterior, se encontró una fuerte religiosidad entre estos ancianos. Junto con dicha religiosidad, sorprendió constatar una muy baja —o nula— participación política, ni siquiera durante las elecciones. Todos estaban de acuerdo con el sistema político mexicano y las relaciones verticales que lo caracterizan. Todos guardaban en la memoria los tiempos difíciles del movimiento revolucionario de 1910. Y todos decían no preocuparse mucho por la actual crisis pues sentían que lo "peor" ya no les tocaría.
- 10) También, en consecuencia con lo anterior, el control del comportamiento estaba dado por las expectativas del grupo familiar y, sobre todo, por las expectativas de los 'jefes' del mismo. Existían fuertes exigencias morales y moralizantes

para seguir ciertas pautas de conducta. Estos patrones constituían una garantía para la solidaridad de la familia.

Atención y Servicios Médicos: Todos estos ancianos eran derechohabientes de algún servicio de medicina social de país: IMSS o ISSSTE; por tanto, recibían atención médica gratuita en estos centros. Sin embargo, cuando los síntomas persistían recurrían a consulta privada. También hacían uso de hierbas, oraciones, hueseros, etcétera. A pesar de tener la posibilidad de consulta médica gratuita, no era muy frecuente que recurrieran a ella: el transporte constituía un problema. No siempre había quien los pudiera acompañar (y no iban nunca solos a consulta). Las horas de espera para entrar a consulta los desalentaba. Los irracionales reglamentos que impiden dar consulta a varios miembros de una familia el mismo día hacían también más difíciles las cosas. El trato impersonal y despótico los amedrentaba.

El promedio de visitas médicas (medicina occidental u otras) por año, era de siete, tanto para hombres como para mujeres.

Envejecimiento: Los ancianos de este grupo son los que declararon haberse vuelto viejos antes que los de ningún otro grupo. Las edades en las que dijeron haber envejecido variaron entre los cincuenta y los sesenta años, y aunque durante la investigación sus edades cifraban entre los 70 y los 86 años, se puede decir que la mayoría se

encontraba entre los 70 y los 75, siendo su aspecto, mucho mayor. Algunos mencionaron que la edad de la pensión contribuyó a definirse como viejos, pero todos acordaron que la jubilación no fue el factor determinante, pues ya la salud de todos era muy precaria cuando terminaron la etapa laboral. En las biografías de estos ancianos aparecieron enfermedades funcionales o "neurosis viscerales"²⁶ en un 60% de los casos. Las más frecuentes fueron gastritis y úlceras gastroduodenales, colitis y asma. También hubo un 70% de casos con insomnio desde la juventud.

Las enfermedades y síntomas que se encontraron en este grupo fueron:

Cardiopatías	80%
Padecimientos respiratorios agudos	90%
Gastroenteritis	100%
Cáncer	40%
Nefritis	20%
Úlceras Gastroduodenales	10%

²⁶ M. Gaglio: "Neurosis y Sectores Medios: ¿Una alianza de Clase?" En F. Basaglia y otros *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imágen. 3a. ed. 1981.

Padecimientos respiratorios crónicos	40%	to el sufrimiento como la atención brindada a un enfermo.
Cirrosis	20%	TRABAJADORES JORNALEROS SIN ESTABILIDAD LABORAL
Artritis	80%	
Problemas auditivos	60%	La red de relaciones sociales de los ancianos que trabajan como jornaleros, y que no tienen estabilidad laboral muestra características privativas para este sector. Básicamente, llama la atención el reducido número de personas que la componen, lo que significa que estos ancianos interactúan con muy poca gente. También es un rasgo interesante notar que estas redes están compuestas únicamente por descendientes, por uno que otro vecino y por el, o los patrones contemporáneos. Este rasgo es de suma importancia, pues es el explicativo del patrón de envejecimiento tardío en este grupo. Los ancianos que han llegado a edades avanzadas dentro de este sector de la población, lo han hecho por ser personas físicamente muy resistentes, biológicamente fuertes. Pero en general, este sector muere a edades más tempranas que los demás; y esto lo prueba la ausencia de hermanos, cuñados, etcétera, vivos. También, durante entrevistas realizadas con estos ancianos, se obtuvo información de que ellos eran los más sanos de sus familiares, desde la niñez. En 80% de los casos ellos fueron los primogénitos y 20% fueron los miembros más jóvenes de grandes familias nucleares. Tanto en el caso de primogenitura, como en el de los "benjamines", hay indicaciones de que tuvieron más
Problemas visuales	80%	
Accidentes	20%	

Este grupo de ancianos tiene necesidad de realizar una serie de actividades en la división del trabajo doméstico, sin embargo, su salud endeble, les impide llevarlas a cabo siempre. No obstante, es raro que permanezcan en reposo absoluto más que cuando es estrictamente indispensable, v. gr.: por hospitalización. Es cierto que sólo dos de ellos tenían un cuarto para ellos solos en sus casas. La mayoría compartía su habitación con uno o más miembros de la familia, por lo que el reposo resultaba harto difícil.

Invalidez: La senectud e invalidez en este grupo es un problema tanto para la familia como para el individuo. La familia se encarga totalmente del cuidado del inválido pero esto constituye una carga de trabajo considerable para las mujeres de la unidad doméstica. El inválido, a su vez, sufre las consecuencias de inactividad forzada en circunstancias poco propicias, v. g.: hacinamiento. Sin embargo, el inválido tiene un lugar en estos grupos familiares y una ideología que sublima tan-

cuidados y mejor alimentación que sus hermanos durante la primera infancia.

Sólo el 20% de estos ancianos convivía con algún descendiente (hijas) pero la regla fue encontrar que estas personas vivían solas, o con sus cónyuges. Las razones de lo anterior fueron múltiples: los descendientes de las personas de esta clase social pertenecen también al grupo de jornaleros sin seguridad laboral, lo que implica que sus ingresos están muy por debajo del salario mínimo. Viven en cuartos redondos, lo que hace casi imposible la convivencia con los ancianos. Por último, el 80% de los ancianos seguía trabajando para ganarse la vida, lo que les permitía conservar su muy preciada independencia. Ninguno de ellos deseaba tener que llegar a vivir con algún descendiente: hablaba de dificultades con nueras, yernos o nietos.

Todos los ancianos jornaleros migraron hacia la ciudad de Cuernavaca cuando fueron jóvenes. Un gran número de ellos eran hijos de trabajadores de las haciendas decimonónicas que temieron la venganza de los patrones si aceptaban tierras del reparto agrario. Y cuando se dieron cuenta que no había problemas era demasiado tarde para obtenerlas. Cuernavaca comenzó a ser un zona centrípeta con muchas fuentes de trabajo informal de jardinería, servidumbre, construcción, etcétera, cuando gran número de capitalinos fincaron sus residencias para los fines de semana. Entonces fue cuando las familias de nuestros ancianos migraron a la ciudad. Como sus ingresos eran

muy bajos e inestables pocos de ellos mandaron a sus hijos a la escuela, y si lo hicieron fue sólo para aprender a leer y escribir rudimentariamente. Pero ninguno de ellos terminó siquiera la primaria. La ayuda de los hijos fue indispensable para poder sostener las necesidades de las grandes familias. Lo mismo sucedió con estos ancianos cuando contrajeron matrimonio y tuvieron hijos: la necesidad económica era demasiado grande como para poder prescindir del poco dinero que los hijos podían hacer cuando entraban también a laborar con los patrones del D.F. Además, estos niños contribuían a la economía doméstica cazando y recolectando en las afueras de Cuernavaca.

Una pauta interesante de los jornaleros ancianos entrevistados fue que 70% de ellos han encontrado algún "patrón" que les ha brindado facilidades habitacionales: ya sea derechos a ocupar algún terreno, algunos cuartos o chozas gracias a lo que ninguno paga renta. Esto permite que lotes pertenecientes a personas que especulan con la tierra aparenten ser habitados, no sufran invasiones, etcétera.

Las redes de relaciones sociales de estos ancianos tienen una densidad aparentemente alta pero esto es sólo porque muy pocas personas las constituyen. De el reducido número de miembros hay sólo tres factores: 1) El de descendientes, donde no todos los descendientes figuran pues sólo se cuantificaron aquellas relaciones sociales que efectivamente sucedieron du-

rante un año, en donde realmente hubo interacción. Muchos de los descendientes de estos ancianos, incluyendo hijos, no frecuentan a sus padres ni siquiera una vez al año. 2) El sector de vecinos indica que estos ancianos mantienen algún tipo de relación, a nivel de intercambio de servicios, con alguno(s) de sus vecinos. 3) El sector de los patrones no suele ser muy grande porque no tienen muchas relaciones con personas que les puedan proporcionar trabajo. El o los patrones que suelen tener no los emplean toda la semana; no tanto porque los ancianos no deseen trabajar, sino porque no encuentran muchos espacios donde puedan realizar labores. Los patrones quieren trabajadores fuertes, eficientes y rápidos. Sólo los emplean cuando los han conocido por algún tiempo y saben que son de mucha confianza. De tal suerte no es difícil que les dejen las llaves de sus residencias para que hagan el jardín cuando ellos no se encuentran allí. Pero esta situación nos habla también de la situación económica precaria de estas personas.

Los controles que regulan el comportamiento de estos ancianos son una serie de normas y principios que los hacen "confiables" para prestar sus servicios en las casas de personas con ideología burguesa: abnegación, humildad, sumisión, carencia de 'pasiones', agradecimiento, respeto, recato, responsabilidad, etcétera, son indispensables. La aceptación de un mundo donde hay patrones y sirvientes, en donde los patrones son como "dioses"

y los sirvientes merecen estar donde están por su falta de preparación. Un mundo lleno de principios, normas y ordenanzas que se obedecen sin respingo; un mundo que les obliga a un grado enorme de estoicismo para aprender a sentir como prioritarias las necesidades de otros (los patrones) y hacer a un lado las necesidades propias subsumiéndolas como menos importantes. Este es el mundo que les permite a estos ancianos subsistir en un grado de gran miseria. No se sienten merecedores de nada y están agradecidos simplemente de que se les de el derecho de seguir adelante "hasta que Dios se los lleve".

Actividades: Estos ancianos, por vivir solos y por seguir trabajando después de los 80 años, dedican todas las horas de vigilia al trabajo, tanto doméstico como remunerativo. No tienen tiempo, ni dinero, para ningún tipo de distracción. Es muy rara la ocasión en que visitan o son visitados. Ellos tienen que hacer frente a todas las actividades que implica la supervivencia urbana y semiurbana: las realizan a un ritmo poco veloz pero constante. Las pocas ocasiones que alguna enfermedad los obliga a mantener reposo, se ven orillados a prescindir de las cosas. Un caso ilustra esto: una mujer de 76 años que trabajaba como lavandera, enfermó y perdió —por haber faltado— dos de los tres días de la semana que tenía trabajo. Entonces optó por no levantarse de la cama para no sentir hambre ni necesitar nada el resto de la semana.

Medicina y Atención Médica: Cuando estos ancianos enferman recurren, en primer lugar a la automedicación con hierbas y pastillas. Su conocimiento de las hierbas y remedios de la medicina tradicional les ha acarreado en no pocas ocasiones acusaciones de 'brujería' por parte de algunos de sus vecinos.

Si la automedicación no los alivia recurren a consulta médica asistencial, ya sea de algunas religiosas o de el hospital Civil de la ciudad de Cuernavaca. Sólo cuando la medicina asistencial no surte efecto es cuando pagan consulta a algún médico privado que viva cerca de sus domicilios pues el transporte se les dificulta. Cuando "ni el médico privado" puede curarlos entonces, ellos solos, con reposo y más hierbas, o llegan a mejorarse, o aprenden a vivir con ese nuevo "achaque".

Envejecimiento: Consecuente con la situación socio-económica y normativa (ideológica) prevalenciente en los ancianos jornaleros, el envejecimiento de este sector ha sido muy tardío. Sus edades cronológicas versan entre los 76 y 94 años. Ninguno se sintió viejo antes de los 80 y 85 años de edad. Tal como si sintieran que no pueden darse el lujo de declararse viejos, estos ancianos siguen "jalando" pues de no hacerlo morirían de hambre.

Salud y Enfermedad: Las enfermedades más comunes entre las personas de este grupo son:

Padecimientos respiratorios agudos	100%
------------------------------------	------

Gastroenteritis	90%
Cirrosis	40%
Artritis	80%
Hernias y prolapso perineales	30%
Desnutrición	40%
Problemas auditivos	50%
Problemas visuales	40%
"Dolencias" no identificadas	60%
Accidentes	70%

En general, se puede decir, que las personas de este grupo padecen sobre todo de una patología que ha sido identificada con la pobreza.²⁷ En las biografías de estos ancianos han aparecido infecciones respiratorias y gastrointestinales con frecuencia. Todos han tenido épocas, o han estado persistentemente desnutridos.

Enfermedad e invalidez: La senectud imposibilitante y la invalidez en este grupo, es un problema sumamente grave. No tuvimos ni un sólo caso que llegara a estar en esa situación durante el periodo de estudio: dos de ellos fallecieron antes de llegar a la invalidez total. Pero según parece estas personas tienen dos alternativas únicamente: o bien se acuestan y mueren de inanición (ésto sobre todo cuando

²⁷ D. López Acuña *La salud desigual en México*. México: UAM-I (informe inédito). 1982.

no frecuentan a ninguno de sus descendientes) o bien terminan por ser recluidos en algún asilo. Sólo dos de los descendientes de estos ancianos habían pensado en la posibilidad de que alguno de sus padres llegara a encontrarse en la situación de necesitar vivir con ellos. Estos casos eran hijos de parejas conyugales de ancianos y la familia consideraba que cuando enviudara alguno de ellos entonces sería menester llevarse al otro a vivir "en familia". En los casos de los ancianos viudos ninguno decía querer vivir con sus descendientes.

La enfermedad para estos ancianos constituye un problema de sobrevivencia: si dejan de trabajar dejan de comer. Por tanto, hay una tendencia a pasarse las enfermedades "de pie" sin permitir que estas los imposibiliten. A veces los descendientes acuden a brindar ayuda a los ancianos enfermos (por ejemplo, a traerles alimento de vez en cuando) para que puedan cuidarse alguna enfermedad. Otras veces se les veía moviéndose a un paso más lento y fatigado con tal de no abandonar sus actividades.

ANCIANOS INTERNADOS EN ASILOS

Debido a que los ancianos internados en asilos de nuestra muestra²⁸ perte-

²⁸ Alicia Espinosa, *Opciones de vida para la mujer anciana dentro de zonas urbanas: Informe sobre la segunda Práctica*

necen a la clase jornalera, los rubros de salud, enfermedad y envejecimiento se asemejan a los que acabamos de reseñar en el apartado anterior. Las redes de relaciones sociales de estos ancianos son muy pequeñas. No siempre incluyen a algún familiar; están más bien compuestas por una cuantas personas del asilo. El comportamiento de los internos está totalmente regulado por los reglamentos del asilo, por las expectativas del personal y de los otros internos. Aunque parte de las expectativas consistan en contar con conductas excéntricas, la excentricidad senil se encuentra regulada por la institución.²⁹ Un anciano internado pierde sus roles y su identidad. Por ende, aunque el asilo cuente con grandes comodidades, el anciano jamás deseará permanecer interno.

ANCIANOS INTELECTUALES, ARTISTAS Y PROFESIONISTAS "POR VOCACION" E INDEPENDIENTES

La red de relaciones sociales de estos ancianos, tiene características estructurales que la distinguen: muy baja densidad, la casi total ausencia de sec-

de Campo que se realizó en Cuernavaca, Estados de Morelos. México: UAM-I (informe inédito). 1982.

²⁹ E. Goffman *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Middlesex: Penguin Books. 1968.

tores y una obvia falta de relaciones múltiples³⁰ con los individuos que las constituyen. Estas características, en el contexto social inmediato, les confiere una gran autonomía individual. De acuerdo con Douglas, "por definición, la experiencia social del individuo, no se encuentra constreñida por ninguna limitación externa".³¹ Asimismo, la no pertenencia a instituciones, les dota de una falta de restricciones conferidas "por signos sustantivos de estatus adscritos",³² ya que cualquier clasificación social en la que se encuentren será sólo temporal, y sus limitaciones, fácilmente manipulables.

Las mismas características estructurales de las redes de estos sujetos nos permite vislumbrar el hecho de que sus relaciones sociales se encuentran flotando en un contexto de ambigüedad, en donde derechos y obligaciones no son explícitas ya que no hay ninguna organización grupal ni institu-

cional para fijar normas. Por tanto, las obligaciones y los derechos de estas relaciones sociales, nacen de la relación misma.³³ Sus derechos y obligaciones están más bien implícitas y contenidas en los términos en que se encuentren definidas las relaciones en cada momento. Sin embargo, como estos sujetos han elegido la no pertenencia a grupos e instituciones, para poder desarrollar su trabajo, ninguna de sus relaciones queda abierta para intercambios desiguales. No son personas que inviertan mucho en sus relaciones sociales, ni tampoco permiten que sus amigos y conocidos tengan demasiadas atenciones para con ellos. Cualquier intercambio desigual generaría poder, y el poder, compromiso. Los compromisos coartan la independencia que es considerada como el valor supremo para estos ancianos.

La independencia de estos ancianos se encuentra también manifiesta en la amplia diversidad de personas con las que se relacionan: gente de todas las clases sociales y de múltiples nacionalidades forma parte de sus redes. Esta aparente dispersión les permite permanecer apartados de las expectativas en su comportamiento. Lo que podría comprometerlos a realizar actividades ajenas a su quehacer, y a su voluntad. Las ocupaciones elegidas por estos ancianos durante todas sus

³⁰ Para Kapferer las relaciones uniplejas son relaciones que tienen un solo contenido de rol y las múltiples son aquellas que tienen más de un rol en su contenido, o sea que las personas se encuentran vinculadas por más de una manera. B. Kapferer "Norms and the Manipulation of Relationships in a Work Context" en J. Clyde Mitchell (ed) *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. P. 23.

³¹ M. Douglas, 1982 b, *op. cit* p. 207.

³² *Ibidem*.

³³ P. Blau. *Exchange and Power in Social Life*. N. Y.: John Willey & Sons, Inc. 1964.

vidas, son sinónimo de la expresión de su voluntad y requieren de mucho tiempo e independencia para ser realizadas. Algunos son, y han sido, pintores, otros compositores, otros científicos, escritores, etcétera. Todas ellas, actividades que requieren de una disciplina que lleva horas en dominar, aunada a un abandono total de las fórmulas normativas previas en el terreno que se desarrollen^{34, 35, 36}. En el caso de los ancianos estudiados ya se ha probado el valor de sus obras; por ende, no necesitan invertir en relaciones sociales para ser "seleccionados". Ellos son quienes seleccionan su mundo social, y el mundo que eligen, suele ser precisamente el que les permite un alto grado de independencia. Es importante resaltar que precisamente porque la obra de estas personas ha sido ya reconocida, de alguna manera, todos han logrado —en mayor o menor medida— algún tipo de ingreso económico que les permite atender sus necesidades sin tener que preocuparse demasiado en este rubro. Pero hay que señalar que muy pocos son los que tienen entradas mayores a los \$75,000 mensuales. La independencia de estas personas abarca tam-

bién una independencia en cuanto a las necesidades dictadas por una sociedad de consumo y por tanto sus ingresos les permiten vivir holgadamente.

Actividades: Todos los ancianos pertenecientes a este sector continuaban realizando la actividad artística o científica que ejercían desde jóvenes. Algunos de ellos abarcaban nuevos terrenos y, no era difícil encontrar que, el que había sido pintor, ahora también se dedicaba a escribir. Ninguno de ellos se ocupaba de tiempo completo a la actividad principal y todos tenían muchos pasatiempos. Este grupo de ancianos obtuvo la escolaridad más alta de toda la muestra. Al 80% de estas personas les gustaba aún viajar y gozaban el contacto con la naturaleza. El 70% tenía animales y no pocos declaraban preferir la compañía de éstos a la compañía humana.

Una característica interesante entre las personas de este grupo consistía en constatar, que algunas de sus diversiones, éran precisamente actividades poco sofisticadas. Algunos gustaban de leer ciencia ficción, aventuras, material científico de divulgación popular, ver deportes por T.V., etcétera. Y no en pocas ocasiones se hacían amigos de alguna persona con la que pudieran compatir estas actividades.

Medicina: La atención médica que recibe este grupo, es proporcionada por personal de alta calificación académica. Por lo general, el gusto de estas personas por la ciencia, les hace buscar personal altamente calificado dentro

³⁴ Kuhn *The Essential Tension*. Chicago: Chicago University Press.

³⁵ L. Lomnitz y J. Fortes "Ideología y Socialización: el científico ideal" en *Relaciones* Vol. II No. 6. Primavera 1981. Zamora: Colegio de Michoacán.

³⁶ M. Douglas, 1982 b. *op. cit.*

del gremio médico. Prefieren estar internados en nosocomios de enseñanza, que en hospitales privados aunque esto aparentemente atente contra su independencia, al no siempre poder conseguir cuartos solos.

El gusto por la medicina 'muy científica' hace que estos ancianos estén al tanto de la literatura médica y por ende son el grupo que más cuidado tiene de seguir las indicaciones prescritas por la investigación. Todos cuidan, desde hace años, de no ingerir alimentos ricos en colesterol, de hacer ejercicio diario, etcétera. En general, se puede afirmar que los ancianos de este grupo son los que asisten a consulta médica en la mayoría de las ocasiones por razones preventivas. El promedio de consultas médicas anuales en este sector, es de ocho para las mujeres y seis para los hombres. No fué infrecuente encontrar asistencia médica alternativa durante la juventud.

Envejecimiento: en este grupo no todas las personas se consideraban a sí mismas como ancianas. . . "todavía". Sus edades variaban entre los 72 y los 82 años y el declararse anciano no correspondía con la edad cronológica. Sólo tres de ellos decían ya haberse hecho viejos y las razones que aducían eran, la incapacitación creciente causada por padecimientos orgánicos. Los padecimientos y síntomas registrados en este grupo fueron:

Padecimientos respiratorios
crónicos 40%

Hipertensión	70%
Accidentes vasculares cerebrales	20%
Cáncer	40%
Padecimiento de arterias, venas y vasos periféricos	30%
Cardiopatías	50%
Artritis	80%
Cirrosis y padecimientos hepato-biliares	40%
Diabetes Mellitus	20%
Insomnios	70%
Problemas auditivos	20%
Problemas visuales	100%

Un común denominador entre los ancianos de este grupo, fue el encontrar en sus historias de salud y atención médica un patrón similar. Durante la juventud y la edad adulta se registró una negligencia en cuanto a estos problemas. Pocos solicitaron atención médica oportuna, la mayoría perdió la dentadura alrededor de los cincuenta años, etcétera. Por otra parte, se registró que estas personas cometieron no pocos excesos durante su juventud. No fue infrecuente registrar un tabaquismo muy elevado (de tres a cuatro cajetillas diarias), alcoholismo e inges-

ción de estimulantes (amfetaminas), sedantes, psicotogénicos, etc. Sin embargo, en relación directa con el desarrollo de su actividad predominante, se presentó un alejamiento de los excesos y un aproximamiento hacia patrones más saludables de vida.

Enfermedad e invalidez: Para los ancianos de este grupo la invalidez constituye un problema serio. El principio que regula a este grupo, es la autosuficiencia, por lo tanto, no aceptan la idea de depender de otros, del sacrificio de los jóvenes por los ancianos, etc. En este sector se elige la ayuda profesional, económicamente retribuida, antes de esperar el compromiso familiar. Un porcentaje alto de estos individuos busca medios para cometer suicidios en caso de encontrarse inválidos. Otros prefieren la opción de no atenderse médicamente "para morir lo antes posible". La autosuficiencia indispensable en el patrón de vida de este grupo es un factor determinante para comprender sus actitudes hacia la atención médica y el envejecimiento. Su envejecimiento tiende a ser tardío porque, de alguna manera, puede implicar invalidez. La enfermedad constituye para ellos una amenaza a su autosuficiencia, y por ende, tienden a minimizarla lo más posible ante los demás. Como consecuencia, se atienden físicamente más que ningún otro grupo. Para ellos el comentar que una persona se descuida la salud es un juicio de valor negativo.

CONCLUSIONES

Las variables sociológicas tratadas en los estudios de envejecimiento, se pueden sintetizar en dos vertientes de la teoría funcionalista que cristalizan las formas durkheimianas de control del comportamiento: la solidaridad orgánica y la solidaridad mecánica. Mary Douglas construye un modelo en el que denomina la primera forma como "encasillamiento o aislamiento" llamando a la segunda "grupo". Mediante dicho modelo define cuatro tipos de sociedades y sus consecuentes cosmologías.

Nosotros hemos tratado de aplicar la tipología douglasiana al estudio del envejecimiento. Primero se procuró situar a cada uno de los 59 casos de ancianos investigados dentro de la tipología y resultó que quedaron colocados dentro de diferentes tipos, coincidiendo con la clase social —o fracción de clase— a la que pertenecían, esto es, con su relación a los medios de producción de la sociedad mayor.

Después de describir cada una de las "clases-tipos" en su conjunto se puede concluir:

- 1) el envejecimiento es una característica de clase y varía según la participación en el aparato productivo, la distribución desigual de riqueza y los mecanismos que cada "tipo-clase" se ingenia para sobrevivir, en algunos casos como clase y en otros simplemente como entidades biológicas (esto último dependien-

- do también del aparato productivo de la sociedad). El postular, que el compromiso, el desligamiento, la segregación o la integración son condiciones de un envejecimiento óptimo, es circunscribir la causalidad a meros síntomas. Todos ellos son a su vez consecuencias de la pertenencia a una clase social y las estrategias accesibles a cada clase.
- 2) La inserción en el aparato productivo y su consecuente distribución de recursos escasos se traduce en un número más o menos limitado de posibles maneras en que la interacción entre los sujetos sociales puede llevarse a cabo. La interacción social se da entre sujetos pensantes e inteligentes que actúan según percepciones parciales e información limitada de la realidad.³⁷ Las posiciones de los sujetos pueden variar y el alcance de las formas de ver la realidad en una sociedad es consecuente con, y depende de, las posiciones sociales. Por tanto, las formas de ver la realidad son más estables que las aparentemente cambiantes interacciones de los individuos, porque son formas de ver de clase.
 - 3) Consecuente con los puntos anteriores, encontramos implicaciones importantes para la Antropología Médica en sociedades heterogéneas (clasistas). Existen formas disímiles de ver la realidad y de tratar los problemas de salud y enfermedad: el enfermo que puede ser visto como un ser importante, casi-sagrado, por la traducción social de los grupos dominantes en México, pasa a ser un pecador o alguien que ha roto el equilibrio con la naturaleza entre los grupos intelectuales y bohemios. O es considerado como persona 'poco aguantadora' y 'chillona' entre los jornaleros.
 - 4) Categorías aparentemente físicas cronológicas como la vejez, tienen significados diferentes, dados por las traducciones sociales hechas por las distintas posiciones en el aparato productivo, y de distribución desigual de recursos escasos.
 - 5) El estudio antropológico de salud-enfermedad, se hace en individuos, pero es un estudio de la sociedad mayor en el que se encuentran insertos y de las limitadas opciones y traducciones que dicha sociedad les facilita para aterrizar y hacer frente a sus problemas, tanto como entidades biológicas, como entidades pensantes en pos de soluciones y conceptos.
 - 6) No se puede hablar de enfermedades de los ancianos. Cada clase social padece enfermedades diferentes, o bien, los padecimientos se encuentran desigualmente distribuidos entre las distintas clases. Los jornaleros son aquejados más por enfermedades de la pobreza, (desnutrición, infecciones). La clase alta sufre más de padecimientos de la abundancia (diabetes, arte-

³⁷ P. Blau. *op. cit.*

riosclerosis). El sector asalariado es quien padece del conjunto de enfermedades más variado: tanto de pobreza, como de abundancia y varios padecimientos condicionados por el "stress", otros por condiciones de trabajo insalubres, etc. Los intelectuales que vivieron en una sociedad competitiva se vieron obligados a hacer frente a sus actividades con una gran dosis de tensión que se refleja claramente en los padecimientos que les aquejan en la vejez.

RECONOCIMIENTO

Este trabajo es un resultado parcial del proyecto de investigación titulado "Socialización en el Estado de Morelos" dirigido por Ingrid Rosenblueth de la Universidad Autó-

noma Metropolitana-Iztapalapa. Todos los gastos que ha ocasionado esta investigación han sido cubiertos por la UAM-I.

Mi agradecimiento a: todos los ancianos que me permitieron asomarme en el proceso de su envejecimiento. Edith Gaster por las interminables horas de discusión. Roberto Varela por su orientación y consejo. Ricardo Falomir, Raúl Nieto y Eduardo Nivón por sus comentarios. Eduardo Menéndez por su invitación y consejo. Alicia Espinosa por los datos del asilo Casa Hogar del Anciano, A.C. de Cuernavaca. Patricia Ayala por saber redactar, corregir mis errores y mecanografiar el manuscrito... a pesar de todo. A Claudia Ayala por su excelente, rápido y eficaz trabajo.

La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay

Luis Yarzábal

“En suma, el derecho al castigo corporal, concedido a un hombre sobre otro hombre, es una de las lacras de la sociedad, uno de los medios más seguros para aniquilar en ella todo germen, todo intento de espíritu cívico; es el punto de partida seguro hacia su absoluta e ineluctable descomposición”

Fedor Dostoiewski, en
La casa de los muertos, 1861

RESUMEN

En la década de los setenta, la tortura como método sistemático de represión política se ha extendido de manera alarmante en América Latina. El Uruguay, que desde el principio del decenio sufre una dictadura militar extremadamente represiva, ha sido ubicado,

en el último Informe Anual de Amnistía Internacional, entre los 40 países del mundo que violan con mayor intensidad los derechos humanos. Las fuerzas armadas y policiales uruguayas han utilizado los métodos conocidos de tortura, pero han usado particularmente la asfixia por ahogamiento, el plantén, las descargas eléctricas y el

“caballete”. Sobre una población total de 2 millones 700 mil, se estima que 80 mil han sido detenidos por razones políticas durante el decenio. Las condiciones de arresto y oclusión obligan a considerar que todos han sido torturados en mayor o menor grado.

Se ha informado de la existencia de 58 casos de muertes de vida directa o indirecta por tortura. Esta cifra determina una tasa de morbilidad anual por tortura de 296.26 por 100 mil habitantes. La letalidad dentro de torturados osciló de 0.05 por 100 en 1977 y 0.14 por 100 en 1976. El análisis de las técnicas empleadas y de la estructura montada lleva a concluir que los objetivos de uso sistemático de la tortura por parte del régimen uruguayo son: 1) obtener información sobre opositores actuales o potenciales, 2) destruir estructura psico-intelectual de los resistentes y 3) implantar el terror al nivel de la población.

Se concluye que los profesionales médicos y toda la población mundial deben participar en la lucha contra la tortura, fenómeno que puede afectar en cualquier momento a los países hoy libres del flagelo.

INTRODUCCION

La tortura es una práctica degradante, utilizada por individuos aislados o por grupos de criminales organizados, con el propósito de obtener informaciones, de arrancar confesiones, de ejecutar venganzas y/o de destruir la estructura psico-intelectual de las víctimas.

Consiste en provocar sufrimientos graves de índole física y/o mental, a seres humanos circunstancialmente indefensos, en quienes generan una enfermedad con manifestaciones agudas y crónicas, cuya severidad está en relación con la intensidad, el tipo y la duración de la agresión, así como con la susceptibilidad de los individuos expuestos. Constituye un verdadero flagelo que se instala de manera endémica en las sociedades humanas que no respetan los derechos individuales ni otorgan garantías a los ciudadanos. Perdura cuando los recursos habituales (identificación obligatoria de los funcionarios que efectúan arrestos, necesidad de orden judicial para realizar detenciones, vigencia del recurso de *habeas corpus*, invalidez jurídica de declaraciones obtenidas con apremios y posibilidades de denuncia pública) son desconocidos por un régimen despótico.

En el Uruguay esos recursos estuvieron vigentes (con breves interrupciones durante los regímenes dictatoriales de 1933 y 1942) desde 1904 hasta 1968. Durante ese largo periodo de estabilidad institucional sólo se observaron esporádicos ejemplos de tortura, pero en ningún caso su frecuencia alcanzó proporciones alarmantes y nunca el fenómeno se consolidó. A partir del mes de junio de 1968, momento en que el Poder Ejecutivo decretó las “Medidas prontas de seguridad” que limitaron los derechos y garantías de los ciudadanos, la tortura comenzó a ser aplicada

por la policía civil a los presos políticos. El fenómeno se intensificó notablemente a partir de 1971, cuando las fuerzas armadas se incorporaron a la lucha contra la guerrilla urbana. Desde 1972, año en que se decretó inconstitucionalmente el "estado de guerra interno", la incidencia de la tortura, ejecutada ahora bajo la responsabilidad directa de las fuerzas armadas, alcanzó proporciones epidémicas, afectando vastos sectores de la población y generando numerosos casos de invalidez y de muertes.

En esta comunicación se describirán los métodos de tortura aplicados en el Uruguay, se examinarán los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad, y se procurará revelar sus agentes y sus causas principales, con el propósito de conocer mejor el fenómeno y de contribuir a su erradicación y prevención. La información utilizada procede fundamentalmente de Amnistía Internacional, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA, del Secretariado Internacional de Juristas para la Amnistía en el Uruguay, de ex-prisioneros examinados por nosotros o por otros colegas y de oficiales de las fuerzas armadas uruguayas.

TECNICAS DE TORTURAS

Las técnicas de torturas aplicadas en el Uruguay son muy diversas. Algunas se utilizan de manera sistemática; otras se ejecutan ocasionalmente. Con el fin de facilitar su descripción las dividire-

mos en físicas y psicológicas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que, en general, cada procedimiento tiene componentes físicos y psicológicos que interactúan desde el primer momento.

TECNICAS FISICAS

1. PRIVACION DE AGUA, ALIMENTOS Y REPOSO

Se mantiene al detenido en estado de hambre y sed durante períodos variables, que pueden alcanzar varios días, abandonándosele en celdas estrechas desprovistas de muebles. Se le impide dormir normalmente manteniendo la celda iluminada y provocando ruidos molestos.

2. EXPOSICION AL FRIO

Frecuentemente se obliga al prisionero a desnudarse. Es habitual que su cuerpo y sus ropas sean mojadas durante las sesiones de tortura. Durante el invierno la temperatura ambiente suele ser de cero grados o menos. En las celdas no hay abrigos.

3. ENCAPUCHAMIENTO

Es una práctica sistemática orientada a aislar al prisionero y a evitar la identificación del (o los) torturador(es). Se aplica en el momento del secuestro o durante el traslado a los Centros de tortura. Consiste en envolver la cabeza del detenido con una bolsa de tejido

grueso y oscuro que se ajusta mediante un cordel al cuello. La víctima debe portarla durante semanas o meses hasta que termine el período de interrogatorios. Provoca sensación de asfixia y reduce los estímulos visuales y auditivos. En algunos casos es sustituida por una venda.

4. GOLPES

Se usan golpes de todos los tipos: puñetazos, puntapiés, golpes de karate, golpes con palos, hierros, cachiporras. Causan dolor y traumatismos de gravedad variable, que a veces provocan la muerte (fracturas óseas, roturas viscerales, traumatismos cráneo-encefálicos, traumatismos raqui-medulares).

5. PLANTONES

La víctima es obligada a permanecer de pie o sentada en posición fija durante horas o días. Se usan múltiples variantes: (i) en posición militar de firmes; (ii) de pie con los pies separados; (iii) de pie con los pies separados y los codos en abducción extrema; (iv) de pie con los pies separados ubicados a 10 cm. de una pared y con las manos apoyadas en ésta. Estas posiciones se combinan con la obligación de mantener los brazos en alto o en posición horizontal, sosteniendo pesos importantes en ambas manos y manteniendo la cabeza erguida. Esta suplicio provoca dolores y contracturas musculares, edema de miembros inferiores, lipotimias y colapsos cardiovasculares.

6. COLGAMIENTO

Se suspende al detenido de los pulgares, de las muñecas, de la cintura, de las rodillas o de los tobillos, no permitiéndole ningún otro punto de apoyo. A veces se agregan 20 a 30 kg. de sobrepeso sobre el cuerpo de la víctima. Estos tormentos causan insoportables dolores, desgarramientos musculares; distensiones cápsulo-ligamentosas y hemorragias traumáticas severas.

7. EL CABALLETE

Parece ser un aporte tecnológico del régimen uruguayo. Se originó en los cuarteles de caballería, utilizando los caballetes donde se dejan las sillas de montar. Se sienta al prisionero sobre la barra horizontal (que se coloca entre sus piernas), dejándole como único punto de apoyo el periné. Causa dolor intolerable, laceración de la superficie perineal, lesiones neurológicas (traumatismo de los nervios pudendos) y lesiones génito-urinarias.

8. EL SUBMARINO

Tiene múltiples variantes. En general se conduce al prisionero encapuchado cerca de un recipiente con agua. Se le golpea violentamente en el epigastrio para provocar una espiración máxima, entonces se sumerge su cabeza bajo el agua hasta que luego de un periodo de agitación, la víctima deja de mover sus miembros. En ese momento, se le retira del agua y se ajusta la capucha que,

al estar empapada, opone gran resistencia a la inspiración. Otras veces, la asfixia se provoca sumergiendo todo el cuerpo del prisionero encapuchado. También se recurre al empleo de una bolsa de polietileno que le cubre la cabeza y se cierra el nivel del cuello. Estas técnicas provocan insuficiencia respiratoria aguda en todos los casos, pudiendo desencadenar, además, insuficiencia coronaria aguda, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca derecha, accidentes vasculares encefálicos, infecciones respiratorias, crisis de asma, etc.

9. DESCARGAS ELECTRICAS

El detenido, encapuchado, es desnudado y colocado sobre una mesa de metal, a la cual se le sujeta mediante ligaduras. En esta situación se le moja y se le aplican descargas de corriente alterna o continúa en las regiones más sensibles de cuerpo: encías, caries dentales, labios, nariz, orejas, mamas, órganos genitales, etc. Estas descargas provocan dolor, contracciones y decontracciones musculares y traumatismos múltiples.

10. QUEMADURAS

Se ocasionan de diversas maneras, empleando cigarrillos encendidos, brasas, etcétera.

11. VEJACIONES SEXUALES

Se aplican tanto a mujeres como a

hombres. Incluyen manoseos, introducción de cuerpos extraños en el ano y en la vagina, violaciones.

TECNICAS PSICOLOGICAS

1. AISLAMIENTO

Comienza con el secuestro y el encapuchamiento. Luego es acentuado por la incomunicación y al alteración de los ritmos biológicos.

2. OBLIGACION DE ESCUCHAR O PRESENCIAR SESIONES DE TORTURA

Se obliga al prisionero a oír sus propios gritos (grabados) o los de familiares o de otras personas sometidas a tortura. También se tortura a terceras personas delante del prisionero, a quien se le quita la capucha.

3. SIMULACRO DE FUSILAMIENTO

Se escenifica un fusilamiento y se anuncia al prisionero (encapuchado) que será ejecutado. Luego se ordena la ejecución y se disparan armas de fuego cerca de los oídos de la víctima.

4. DESPERSONALIZACION

Se insta a ubicar al prisionero en los establecimientos de reclusión. Consiste en adjudicarle un número que sustituirá en el futuro su nombre, en rasurarle el cuero cabelludo y en colo-

carle un uniforme con su correspondiente número y una letra que determina su ubicación en el penal.

5. SANCIONES

Se aplican numerosas penas por infracciones a supuestas reglas que no son conocidas por los prisioneros.

6. LIMITACION DE ACTIVIDADES MANUALES Y/O INTELECUALES

El trabajo no está prohibido, pero en la práctica es bloqueado por las autoridades penitenciarias que prohíben arbitrariamente la entrada de los materiales y los útiles necesarios. Las escasas obras que, pese a todo, se producen, son frecuentemente destruidas en brutales inspecciones de las celdas. Desde el punto de vista intelectual, está prohibido el estudio de las siguientes disciplinas: antropología, economía, estadística, física, historia de los siglos XIX y XX, idiomas, psicología, química y sociología. En literatura la prohibición alcanza a autores como Bertrad Russell, Antoine de Saint-Exupéry y William Faulkner.

Según sostiene un grupo de médicos uruguayos en un informe editado por el Comité de Defensa de los Prisioneros Políticos del Uruguay, constituido en fases, como consecuencia de estos procedimientos psicológicos, el detenido es abruptamente desinsertado de la realidad. Sufre una auténtica desaferentización, quedando sin es-

timulos visuales y perdiendo gran parte de la información auditiva del ambiente en que es colocado. Se le suprimen también las referencias témporo-espaciales y el contacto psicológico con seres normales. Además se distorsiona su relación con el propio cuerpo que se transforma en un motivo de sufrimiento, angustia y preocupación permanente. El proceso de interrogatorio bajo tortura lo somete a dos amenazas: una, externa, está representada por los torturadores y sus agresiones, la otra, interna, es el miedo al desfallecimiento, a la delación, a la traición. Esta vivencia interna lo acerca peligrosamente a la grave amenaza psicológica configurada por la noción de culpa. El clásico proceso de choque, adaptación y reorganización, resulta frecuentemente alterado, sin que se efectuó la adaptación. Aparecen así síndromes depresivos, alteraciones del comportamiento y tendencias hipcondríacas. La depresión es a veces muy profunda y conduce a la auto eliminación.

CENTROS DE TORTURA

Las técnicas de tortura físicas se aplican fundamentalmente en tres tipos de locales: (i) dependencias policiales, (ii) cuarteles militares, y (iii) casas particulares habilitadas circunstancialmente. En esos centros el prisionero es mantenido incomunicado, y durante semanas o meses su familia ignora completamente su estado y su situación. Las dependencias policiales reservadas

T A B L A 1
CENTROS DE DETENCION
RECONOCIDOS OFICIALMENTE

Ubicación	Categorías		Total
	Militares	Policiales	
Capital	17	2	19
Interior	20	1	21
Total	37	3	40

para estas funciones son los departamentos de la Dirección Nacional de Información e Inteligencia. Los cuarteles incluyen 17 unidades de la capital y 20 del interior del país (Tabla 1). Algunas de las casas particulares han sido fehacientemente identificadas por las víctimas. El cuartel de los Fusileros Navales de Montevideo ha sido sindicado como uno de los centros donde la tortura se aplica con mayor intensidad. En general, los cuarteles disponen de áreas destinadas a los prisioneros que aún están bajo el proceso de interrogatorio y tortura, y de secciones que albergan detenidos que están siendo procesados. Los primeros son colocados en pequeñas e insalubres celdas individuales (2,20m x 1,40m x 2,0m en el cuartel de Fusileros Navales, por ejemplo), sin ventanas y sin dispositivos eficaces para la ventilación. Los prisioneros son sacados de sus celdas solamente para ser sometidos a las se-

siones de tortura e interrogatorios, abandonándoseles luego dentro de ellas donde deben sufrir solos las consecuencias del tormento. Un grupo de nueve prisioneros pertenecientes al Movimiento de Liberación Nacional (MLN-Tupamaros) padece desde hace 6 años condiciones de reclusión aún más penosas. Los componentes de ese grupo: Henry Engler Golovtchenko (32 años), Eleuterio Fernández Huidobro (40), Jorge Manera Lluveras (50), Julio Marenales Saenz (40), José Mujica Cordano (47), Mauricio Rosencoff Silvermann (46), Raúl Sendic Antonaccio (53), Adolfo Wassen Alaniz (35) y Jorge Zabalza Waksman (36), fueron trasladados a diversos cuarteles del interior del país, estando sometidos desde entonces a múltiples traslados y a condiciones materiales extremadamente penosas. Se ha informado incluso que algunos de ellos han sido mantenidos durante meses en aljibes. Todos

padecen alteraciones psicológicas y físicas importantes. Informes de oficiales de las fuerzas armadas uruguayas indican que se les mantiene en esa situación bajo amenaza de ejecutarlos en caso de que el MLN-Tupamaros recomience sus acciones militares.

La tortura psicológica se ejecuta fundamentalmente en tres cárceles militares que han sido acondicionadas como prisiones de alta seguridad, presentando muchas de las características arquitectónicas y funcionales de los campos de concentración nazis. Se les denomina Establecimientos de Reclusión Militar (ERM). En el ERM No. 1 (Penal de Libertad) se recluye a los prisioneros de sexo masculino; las mujeres son internadas en el ERM No. 2 (Penal de Punta Rieles) y en el ERM No. 3 (Penal de Paso de los Toros).

Los dos más importantes (el ERM No. 1 y el ERM No. 2) se encuentran cercanos a Montevideo, a 53 y 13 km de la capital respectivamente. Están compuestos por un edificio central que contiene las celdas distribuidas en diferentes pisos, y barracas periféricas que pueden recibir varias decenas de prisioneros cada una. Están rodeados por una doble hilera de alambre tejido, habiendo en toda la periferia, separadas entre sí por una distancia de 80 metros, torres de vigilancia en las cuales están apostados permanentemente guardias armados con ametralladoras. Los árboles han sido cortados en un radio de 3 km a partir de los límites de las prisiones. Los guardias rotan mensualmente a los efectos de im-

pedir que se desarrolle ningún tipo de contacto prolongado entre ellos y los prisioneros. Las condiciones de vida en estas prisiones varían según que el prisionero esté en el edificio central o en las barracas. Estos tienen posibilidad de compartir sus áreas de encierro con 30-40 compañeros y disponen de cierto tiempo para actividades laborales y recreativas. Los detenidos ubicados en el edificio central, están recluidos en celdas individuales (secciones B) o en celdas para dos personas (secciones A). Sólo pueden salir por escasos minutos cada día para recreación y muchas veces pierden incluso esa alternativa por el arbitrario sistema de penas imperante en los establecimientos de reclusión. Cuando un prisionero llega al penal es rasurado, se le entrega un uniforme y se otorga un número que de allí en adelante será el único componente de su identificación. Si es considerado peligrosos para el edificio central, donde su grado de peligrosidad determinará si queda aislado o si se le encierra con otro detenido. Si su peligrosidad es menor, pasa a las barracas donde se integra a la colectividad de prisioneros preexistentes. En el momento del ingreso, tanto los hombres como las mujeres son exhaustivamente examinados, incluyendo todos los orificios naturales, en busca de materiales peligrosos para el régimen, supuestamente ocultos en tales orificios.

Las celdas del ERM No. 1 miden 3,40m x 2,0m; tienen paredes de concreto, poseen una ventana con rejas y una puerta de hierro con una ventani-

lla de chapa que mide 20 cm x 20 cm, por donde se introducen las comidas. Dentro de cada celda hay una cama de hierro, un lavabo, una poceta y una pequeña mesa. Los detenidos son despertados todos los días a las 06,00 hs. mediante el sonido de una sirena, y deben salir en 15 minutos a las puertas de sus celdas para ser contados. Por las noches son contados de nuevo. Las luces se apagan a las 21,00 hs.

La comida ha sido siempre insuficiente y desde 1976 muestra signos de deterioro en su composición y en la calidad de los ingredientes. Es preparada por los presos en una cocina común. Desde 1972 hasta 1974, con la ayuda de los familiares de los prisioneros, se creó una biblioteca que llegó a tener 3,000 volúmenes. Sin embargo, en 1974 las autoridades quitaron todas las obras relacionadas con los temas y las disciplinas censuradas que anteriormente hemos enumerado. Los médicos y los dentistas prisioneros pueden examinar a los enfermos. Empero, sólo los médicos militares afectados al servicio del penal pueden disponer exámenes complementarios, decretar traslados al Hospital Militar o indicar tratamientos. Los prisioneros gravemente enfermos son transportados al Hospital Militar. En general el traslado es tardío y se efectúa en malas condiciones. Se conocen casos de muerte en el penal (Mirtho Perdomo Sosa y Roberto Barbeito Filipone) en los cuales la asistencia no fue adecuada, y hay observaciones de prisioneros liberados en estadios terminales de afecciones

graves que no fueron oportunamente atendidas (Manuel Toledo, Antonio Fachelli Márquez). La correspondencia está altamente limitada y sujeta a censura en el 100% de los casos. Se autorizan visitas de familiares inmediatos cada 15 días. Su duración es de 45 minutos y durante ellas los detenidos están separados de sus familiares por tabiques de vidrio, deben comunicarse con ellos por medio de teléfonos. Las conversaciones deben tratar de "temas de familia" estando sometidas a censura. Los abogados defensores sólo pueden ejercer sus funciones en las mismas condiciones que los familiares. En cualquier momento los detenidos pueden ser penados, suprimiéndoseles algunas de las condiciones antes mencionadas, o enviándolos al Pabellón de Exclusión Temporal por periodos que han variado de 15 a 90 días. Este pabellón tiene unas 20 celdas de castigo, pequeñas, individuales y sin ventanas. La luz permanece encendida día y noche. No hay agua. Un prisionero fue encontrado muerto por probable suicidio en el interior de una de esas celdas en 1974 (José Artigas). Es frecuente que los prisioneros ya instalados en un ERM sean trasladados a cuarteles militares para someterlos a nuevas sesiones de tortura. Esto crea una sensación de inseguridad que marca la vida en reclusión.

El Hospital Militar constituye también un centro de tortura psicológica. Los detenidos gravemente enfermos que allí son trasladados son mantenidos incomunicados. Existen nume-

rosos casos de actitud negligente de médicos y de personal paramédico encargados de su asistencia. Hay informes que indican omisiones injustificadas de asistencia, existiendo un médico-filtro que devuelve el máximo de pacientes al cuartel para que no se interrumpa el proceso de tortura.

TORTURADORES

La experiencia uruguaya confirma la tesis que sostiene que los torturadores no son solamente los funcionarios del régimen encargados de propinar maltratos físicos y psicológicos a las víctimas. Es evidente que, en el caso que analizamos, la tortura ha sido facilitada, apoyada y fomentada por otros funcionarios y por algunos de los escasos simpatizantes de la dictadura militar. Por tales razones, al examinar este aspecto debemos incluir, además de los funcionarios policiales y militares que han participado directamente en los maltratos, a aquellos médicos, abogados, jueces, periodistas y simples ciudadanos que, por medio de una complicidad activa o a través de una actitud pasiva, han facilitado el desarrollo del flagelo que ahora azota a toda la sociedad. Comenzando por los ejecutores directos, ellos se distribuyen en dos categorías: (i) los funcionarios policiales, y (ii) los funcionarios militares. Muchos han sido identificados, a pesar de las precauciones que sistemáticamente toman, encontrándose sus filiaciones en poder de organizaciones internacionales encargadas

de defender los derechos humanos. Desde la instauración de las medidas prontas de seguridad (1968) hasta 1971, la función de torturar fue ejercida casi exclusivamente por funcionarios policiales. En el último año citado se incorporaron a esa actividad los oficiales de las fuerzas armadas. Según estimaciones del Teniente César Cooper, desertor del ejército uruguayo, que declaró hace algunos meses ante una Comisión de Amnistía Internacional, el 90% de los oficiales activos de las fuerzas armadas toma parte directa o indirectamente en aplicación de torturas. El objetivo fundamental, según el mismo desertor, es la obtención rápida de información.

En lo que se refiere a los médicos, hay testimonios muy convincentes que revelan la participación de algunos de estos profesionales en el proceso de tortura. Esa participación ocurre en diversos niveles. En primer lugar, hay médicos que intervienen inmediatamente después de la detención para someter al detenido a un minucioso examen clínico. De ese modo pueden evaluar el estado de salud del prisionero y detectar algún punto débil de su cuerpo o de su mente. Esto les permite asesorar al torturador directo sobre la intensidad y el tipo de tortura que le conviene emplear. Otro nivel de participación, es la supervisión de la sesión de tortura, cuidando que la víctima no muera. También se ha detectado complicidad de médicos forenses que han cambiado en sus informes la verdadera causa de muerte de prisionero.

neros asesinados por tortura. Asimismo, es evidente la participación de psiquiatras en la planificación y el control del sistema de tortura psicológica instaurado en los establecimientos de reclusión. Varios médicos militares han incurrido en negligencia y en omisiones de asistencia frente a prisioneros gravemente enfermos. Por otra parte, corresponde consignar que entre el personal paramédico, en particular psicólogos y enfermeros, se han comprobado diversos grados de colaboración con la tortura.

Entre los jueces, la colaboración más frecuente ha consistido en rechazar denuncias de tortura, calificándolas de inadmisibles, y en condenar a prisioneros en base a confesiones arrancadas bajo tormentos. Obviamente los altos mandos militares y los miembros del Poder Ejecutivo han jugado papeles fundamentales en la aplicación de estas técnicas en una sociedad sometida totalmente a su autoridad.

METODOLOGIA GENERAL

De acuerdo con la información que han suministrado los ex-prisioneros que van siendo liberados, las víctimas han sido generalmente secuestradas en forma violenta en sus domicilios o en sus lugares de trabajo. En casi todos los casos se les ha encapuchado y se les ha golpeado en el momento de la detención, siendo conducidos luego, encapuchados, a centros de interrogatorio policiales o militares. Casi siempre el lugar de confinamiento prima-

rio ha sido un ambiente estrecho, carente de servicios sanitarios y de muebles aptos para el reposo. Habitualmente los prisioneros permanecen horas o días sin entablar contacto con ningún ser humano, sin ingerir agua ni alimentos y sin poder dormir normalmente debido a periódicas interrupciones por ruidos molestos provocados por carceleros. De esa situación son sacados, siempre encapuchados, para ser conducidos a los centros de tortura, ubicados en su mayoría en cuarteles de las fuerzas armadas. Las técnicas de uso más generalizado en estas sesiones son los golpes, los plantones, el submarino y las descargas eléctricas. Durante las sesiones de tortura física, se efectúan interrogatorios y se somete a las víctimas a tormentos psicológicos diversos (amenazas, acusaciones falsas, comentarios injuriosos, insultos, torturas a terceras personas en presencia del detenido, etc). Estas sesiones de tortura son generalmente interrumpidas cuando el prisionero da muestras de agotamiento marcado o cuando presenta signos que hacen temer por su vida. En esos casos se le devuelve a la celda de donde procede, para volver a buscarlo, al cabo de períodos variables, con el fin de reiniciar el tormento. Este estadio del suplicio termina en la mayoría de los casos cuando el torturador logra la firma de la confesión preparada o la entrega de la información deseada. El prisionero pasa entonces a uno de los establecimientos de reclusión, donde comienzan a ejercerse sobre él las técnicas de desperso-

nalización, de aislamiento, de terror, de inseguridad y otras formas de agresión psíquica. Ello no supone, sin embargo, el fin de la tortura, puesto que, como ya lo hemos afirmado, en muchos casos prisioneros ya procesados son retirados de los establecimientos de reclusión, para ser sometidos a nuevas sesiones de tortura. Un ejemplo de particular interés es el de los médicos Benavídez, Díaz, Isern y Zapata, quienes declararon ante el juez que mientras estuvieron incomunicados habían sido torturados. El juez no hizo nada para defender a esos prisioneros, los cuales, una vez devueltos al cuartel donde estaban reclusos fueron salvajemente torturados de nuevo por los mismos militares que habían denunciado. Este episodio, que se hizo público, lejos de acarrear consecuencias desagradables para los oficiales involucrados, parece haber provocado el ascenso de alguno de ellos.

MORBILIDAD

Dadas las características del régimen dictatorial uruguayo, todavía no es posible conocer con precisión el número de prisioneros políticos ocurrido en la década transcurrida entre 1970 y 1979. Ello no obstante, la información acumulada en los archivos de Amnistía Internacional permite calcular en 80,000 personas el número de detenidos por periodos cortos, intermedios y prolongados, en ese decenio (8,000 casos por año). En 1979 existían entre 2,500 y 2,800 prisioneros

políticos en los establecimientos de reclusión.

Si se considera que el censo general de población y vivienda realizado en 1973, estimó en 2.700,000 el número de habitantes del país, y que todos los detenidos deben ser considerados torturados (en virtud de que fueron sometidos a secuestro violento, a encapuchamiento y a golpes en la totalidad de los casos), se debe calcular en 296,26 por 100.000 habitantes la tasa de morbilidad anual por tortura acaecida en la década de los años setenta en el Uruguay (Tabla 1). Con fines comparativos conviene señalar que en el mismo periodo se detectaron cifras 10 veces inferiores de morbilidad para la tuberculosis y para la hidatidosis, flagelos cuya presencia endémica en la población uruguaya ha convocado la atención de organizaciones médicas nacionales e internacionales.

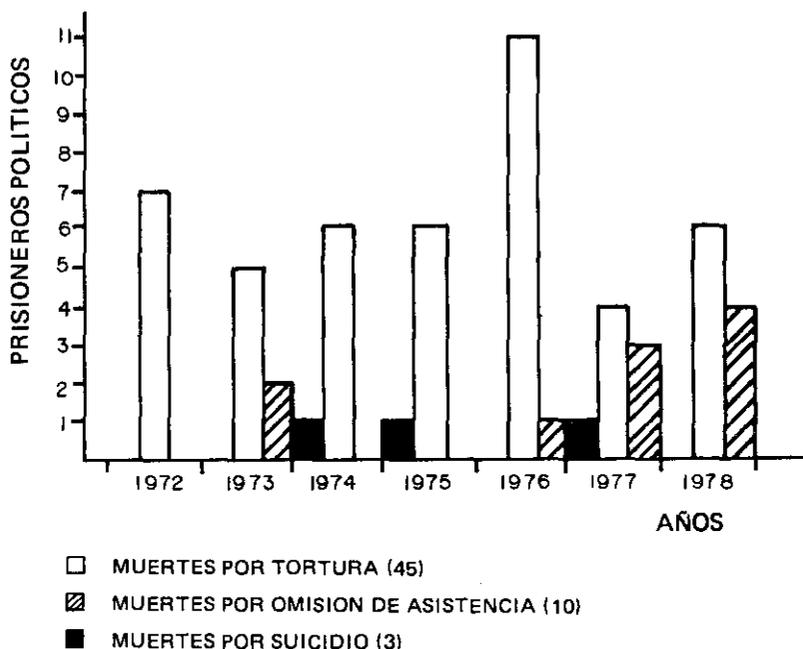
Por lo demás, no podemos olvidar que, dadas sus peculiares características, la tortura afecta a los familiares de las víctimas y altera la salud mental de toda la población, lo que ha sido muy bien documentado en Europa en el periodo que siguió a la Segunda Guerra Mundial.

Esto hace que la tortura deba ser considerada un grave problema de salud pública en el Uruguay.

MORTALIDAD

De modo similar a lo que sucede con la morbilidad, todavía no es posible conocer con exactitud el número de

FIGURA 1
MUERTES POR TORTURA, POR OMISION DE ASISTENCIA MEDICA Y
POR SUICIDIO EN LA POBLACION DE PRISIONEROS POLITICOS DEL
URUGUAY - 1972 - 1978)



muertes ocasionadas por la tortura en el Uruguay. Sin embargo, existen numerosos casos documentados por estudios autopsicos e informaciones de ex-prisioneros que permiten hacer estimaciones aproximadas.

Entre 1972 y 1978 se produjeron 58 muertes en la población de prisioneros políticos uruguayos. 45 de ellas acaecieron bajo tortura, 10 se vinculan a omisiones de asistencia y 3 se atribuyen a suicidio (Figura 1).

La letalidad de la tortura osciló entre 0,05 y 0,14% alcanzando su máximo en el año 1976 (Tabla II). En los últimos 5 años se ha informado la "desaparición" de más de 100 uruguayos arrestados en el Uruguay y Argentina. Las circunstancias que rodearon esas desapariciones llevan a suponer que esos ciudadanos han sido ejecutados durante su detención.

COMENTARIOS

TABLA 2
MORTALIDAD Y LETALIDAD POR TORTURA EN EL URUGUAY
ENTRE 1970 - 1979

Años	Números de muertes	Tasa de mortalidad (x 100.000)	Tasa de letalidad (x 100)
1972	7	0,25	0,09
1973	5	0,18	0,06
1974	6	0,22	0,08
1975	6	0,22	0,08
1976	11	0,40	0,14
1977	4	0,14	0,05
1978	6	0,22	0,08

La situación que venimos de exponer revela que la tortura constituye un importante problema de salud pública para la población del Uruguay. Las técnicas y la metodología utilizadas sugieren la existencia de un proceso de planificación asesorado por expertos de diferentes disciplinas. Es evidente que existen muchos aspectos similares a los que caracterizaron al sistema de torturas implantado por el nazismo alemán. Entre ellos se destaca particularmente la organización y la estructura de los establecimientos de reclusión

militar, así como las técnicas de tortura y la participación de médicos en la planificación y el control del sistema.

También son aparentes múltiples coincidencias metodológicas con los sistemas de tortura aplicados por otras dictaduras militares en América Latina y en otros continentes. Esto induce a pensar en la existencia de niveles internacionales en el adiestramiento y, el intercambio de información.

El análisis de la metodología aplicada de forma sistemática a la mayoría de los prisioneros indica que el

empleo de la tortura tiene para el régimen uruguayo tres objetivos fundamentales: el primero es la obtención de información sobre las actividades de los opositores; el segundo consiste en lograr la destrucción psicológica y la degradación intelectual de quienes resistan a la implantación del modelo represivo; y el tercero supone la implantación de un clima de terror que liquide todo intento de rebeldía en la población.

La información es obtenida mediante el intenso sufrimiento físico y psíquico provocado durante las sesiones de tortura que emplean técnicas físicas. El derrumbe de la estructura psico-intelectual tiene lugar en forma progresiva en los establecimientos de reclusión merced al empleo sistemático de las técnicas psicológicas. El clima de terror es generado por la difusión del conocimiento de la tortura y por el estímulo a la delación que opera en todos los niveles organizativos de la sociedad.

El uso masivo de la tortura entre 1970 y 1979 ha generado una morbilidad anual que hemos estimado en 296,29 por 100.000 habitantes. El riesgo de morir para el total de la población del país osciló entre 0,14 y 0,40 cada 100.000 habitantes. La probabilidad de morir que amenazó a los torturados varió entre 0,05 y 0,14 por ciento.

La práctica planificada de crueldades colectivas ha generado manifestaciones clínicas, agudas y crónicas que en muchos casos son semejantes al sín-

drome post campo de concentración: mayor susceptibilidad a los agentes patógenos y cuadros psiquiátricos crónicos.

Ante estas consecuencias parece evidente que la totalidad de la profesión médica debe asumir la responsabilidad de luchar contra la tortura. No hay duda que un pequeño grupo de médicos ha colaborado activamente en la implantación del fenómeno. Interesa fundamentalmente a toda la profesión el lograr que en el futuro los médicos se nieguen a tomar parte en la tortura. Para ello es necesario que las organizaciones médicas nacionales e internacionales adopten una posición firme de condena y estigmatización del flagelo y que contribuyen con actitudes colectivas a que se adopte un código similar a las convenciones de Ginebra sobre el tratamiento de víctimas y prisioneros de guerra. Por otra parte, estas organizaciones deben promover el estudio de la tortura en los programas de las Facultades de Medicina de los países democráticos de América Latina. También parece conveniente seguir las indicaciones del grupo médico danés de Amnistía Internacional, estimulando la creación de grupos similares orientados a investigar sobre las causas y consecuencias del uso masivo de la tortura, a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad que ella provoca, y a combatirla permanentemente como una de las tantas formas existentes para contribuir a su prevención.

Finalmente, parece obvio que el res-

to de la población latinoamericana y mundial debe participar en la lucha contra esta enfermedad social en plena expansión, facilitando la recuperación de las víctimas, apoyando la actividad de las organizaciones que defienden los derechos humanos y promoviendo el aislamiento político de los regímenes que recurren a ella para sostenerse.

RESUMEN

En la década de los años 70, la tortura como método sistemático de represión política se ha extendido de manera alarmante en América Latina. El Uruguay, que desde el comienzo del decenio sufre una dictadura militar extremadamente represiva, ha sido ubicado, en el último informe anual de Amnistía Internacional, entre los 40 países del mundo que violan con mayor intensidad los derechos humanos. Las fuerzas armadas y policiales uruguayas han utilizado los métodos conocidos de tortura, pero han usado particularmente la asfixia por ahogamiento, el plantón, las descargas eléctricas y el "caballete". Sobre una población total de 2.700.000 habitantes, se estima que 80.000 personas han sido detenidas por razones políticas durante el decenio. Las condiciones de arresto y de reclusión obligan a considerar que todos han sido torturados en mayor o menor grado. Se ha informado sobre la existencia de 58 casos de muerte debidos directa o indirectamente a la tortura. Estas cifras determinan una tasa de morbilidad anual por tortura

de 296,26 x 100.000 habitantes. La letalidad dentro de los torturados osciló entre 0,05 x 100 en 1977 y 0,14 x 100 en 1976. El análisis de las técnicas empleadas y de la estructura montada lleva a concluir que los objetivos del uso sistemático de la tortura por parte del régimen uruguayo son:

- (i) obtener información sobre los opositores actuales o potenciales,
- (ii) destruir la estructura psico-intelectual de los resistentes, y
- (iii) implantar el terror a nivel de la población.

Se concluye que los profesionales médicos y toda la población mundial deben participar en el combate contra la tortura, fenómeno que puede afectar en cualquier momento a países hoy libres del flagelo.

REFERENCIAS

- AMNISTIA INTERNACIONAL *Uruguay. Informe preparado en ocasión de la campaña por la abolición de la tortura y la liberación de los prisioneros de opinión en el Uruguay.* AI Pubs., 53 Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1976.
- AMNISTIA INTERNACIONAL *Informe 1976.* AI Pubs., 53 Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1977.
- AMNISTIA INTERNACIONAL *Informe 1977.* AI Pubs., 53 Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1978.

- AMNISTIA INTERNACIONAL *Informe de una misión de AI a la República de Filipinas (22 de noviembre-5 de diciembre de 1975)*. AI Pubs., 53 Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1978.
- AMNISTIA INTERNACIONAL *Uruguay: muertes bajo tortura (1975-1977)* AI Pubs., 10 Southampton Street, Londres WC2E 7 HF, Inglaterra, 1978.
- AMNISTIA INTERNACIONAL *Report of an AI medical seminar "Violations of humans rights: torture and the medical profession"*, Atenas, 10-11 de marzo de 1978. AI Pubs., 10 Southampton Street, Londres WC2E 7HF, Inglaterra, 1978.
- AMNISTIA INTERNACIONAL *Political imprisonment in Uruguay*. AI Pubs., 10 Southampton Street, Londres WC2E 7HF, Inglaterra, 1979.
- ASOCIACION MEDICA MUNDIAL *Declaración de Tokyo*. En: *Códigos de ética profesional*. AI Pubs., Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1976.
- BRISSET, C. *Répression en Uruguay* Le Monde, pág. 8, 20 de junio de 1978.
- COOPER, J.C., *Declaración a Amnistía Internacional*. En: *Political imprisonment in Uruguay*. AI Pubs., 10 Southampton Street, Londres WC2E 7HF, Inglaterra, 1979.
- EBOLE, O.; RUOCCO, G.; CARACHA, O.; CONTERA, M. y COPPOLA J. *Estudio epidemiológico del estado sanitario del Uruguay*. Pubs., del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1972.
- GEUNS, H. van *Las responsabilidades de la profesión médica en lo que se refiere a la tortura*. En: *Códigos de ética profesional*. AI Pubs., 53 Theobald's Road, Londres WC1X 8SP, Inglaterra, 1976.
- GRUPO DE MEDICOS URUGUAYOS *Opiniones acerca de la tortura en el Uruguay*. Versión multigrafiada, Paris, 1978.
- GRUPO DE MEDICOS URUGUAYOS *Uruguay: parodia de asistencia médica en las prisiones*. Folleto multigrafiado. Ed. Comité de Defensa de los Prisioneros Políticos de Uruguay, 67, rue de Théâtre, 75015 Paris, 1979.
- GRUPO MEDICO CANADIENSE DE AMNISTIA INTERNACIONAL *Etica profesional y las secuelas psiquiátricas de la tortura*. Publicación multigrafiada. Ed. Sección venezolana de AI, Caracas, 1979.
- GRUPO MEDICO DANES DE AMNISTIA INTERNACIONAL *Manual para grupos médicos*. AI Pubs., Londres, 1979.
- GRUPOS MEDICOS DE AMNISTIA INTERNACIONAL *La profesión médica y la tortura*. Folleto multigrafiado. AI Pubs., Londres, 1979.
- HEIJDER, A., *Códigos de ética profesional contra la tortura*. En: *Códigos de ética profesional*. AI Pubs., 53 Theobald's

Road, Londres WC1X 8SP., Inglaterra, 1976.

KJAESGAARD, A.R. y GENEFKKE, I. K., *Víctimas de tortura en Uruguay y Argentina: Estudios de casos clínicos*. En: *Prueba de Tortura: estudios preparados por el grupo médico danés de Amnistía Internacional*. AI Pubs., 10 Sonthampton Street, Londres WC2E 1HF, Inglaterra, 1977.

MINELLO, N. *La militarización del estado en América Latina: un análisis de Uruguay*. Ed. Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, Camino al Ajusco, México 20, D.F., 1976.

WASHINGTON OFFICE ON LATIN AMERICA *La gravísima situación de los Derechos humanos en el Uruguay*. Informe presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Washington, 1977.

Economía y oncocercosis en la región cafetalera del Soconusco, Chiapas

Raúl Miranda O.
Mauricio Ortega G.

INTRODUCCION

El objetivo principal del presente estudio fue tratar de investigar las posibles vinculaciones entre las relaciones sociales de producción, la producción y reproducción de los habitantes de la zona en donde la oncocercosis es endémica, la región del Soconusco, Chiapas, y los aspectos "puramente" médico-biológicos ligados a la filariasis, para esto fue necesario el tener una visión global de conjunto.¹

En primer lugar daremos información básica para una apreciación general de los aspectos médico-biológicos que intervienen en el ciclo de la oncocercosis, a fin de que el lector se forme una idea somera de los elementos de ese orden que participan en la transmisión de la enfermedad.

La oncocercosis tiene su causa más inmediata en los efectos provocados por la actividad y desarrollo de un nemátodo que parasita al hombre conocido con el nombre de *Onchocerca volvulus*. Nada se sabe del proceso evolutivo seguido por la filaria desde que penetra al cuerpo humano hasta que aparece encerrada en nódulos subcutáneos que se localizan principalmente en cabeza y tórax, aunque también con menor frecuencia en la parte infe-

¹ Miranda, O. R. 1982. *Economía Cafetalera y Oncocercosis en la Región del Soconusco, Chiapas*. (Primer análisis crítico al estudio del problema). Tesis E.N. A.H.

rior del cuerpo,^{2, 3} pero es conocido que en este nivel de desarrollo, la oncocerca ha alcanzado su estado adulto y por tanto se aparea y reproduce, es común que en un mismo nódulo se encuentren la hembra y el macho, generando la primera miles de *microfilarias* que se distribuyen en las capas superficiales de la piel y en ojos.

Al parecer, esta filaria en su estado adulto no origina lesiones patológicas importantes, pero bajo su primera forma larvaria (*microfilarias*), provoca lesiones oculares, siendo las más frecuentes: conjuntivitis, queratitis, iritis, coriorretinitis, que afectan al enfermo disminuyendo su agudeza visual pudiéndolo llevar hasta la ceguera total. En la piel, las manifestaciones clínicas más frecuentes son: piel edematosa, tensa y caliente, enrojecimiento, prurito, ardor, y que al conjuntarse repetidas veces la presencia de varias de ellas, provocan un síndrome conocido como "mal morado", llevando finalmente a la presentación de lesiones cutáneas degenerativas y crónicas que se localizan en piernas, brazos, pabellones auriculares, cara, cuello, donde se forman pliegues colgantes y dan al paciente un aspecto de viejo.

De la piel es donde una mosca de la especie *Simulium ochraceum*, ingiere las microfilarias al realizar su acción de picadura a una persona portadora de éstas; es decir, de un infectado (reservorio) de la filiarisis. La situación que da origen a la picadura en el hombre, es la necesidad biológica de la mosca de sangre humana (principalmente), siendo que ésta le sirve de alimento y permite el cumplimiento de procesos fisiológicos en la reproducción del simúlido; esto es, le permite desarrollar sus huevecillos, los cuales después son depositados al alcanzar su madurez en malezas, piedras, y otros sustratos que se encuentran en arroyos de curso rápido. De los huevecillos eclosionan larvas que se fijan en las hojas, ramas, etcétera que se encuentran en la orilla o sumergidas en las corrientes, para después pasar a la siguiente etapa de su desarrollo adquiriendo la forma de pupa, finalmente de ésta surge la mosca adulta.

Las hembras al tomar sangre (los machos se alimentan de jugos vegetales) ingieren también las microfilarias en piel, como ya señalamos, quedando de esta manera parasitada de *O. volvulus*, misma que emigra al estómago y tórax en donde sufre cambios hasta evolucionar a su estado *metacíclico*, encontrándose finalmente en hemocele o cabeza, de donde pasará nuevamente al hombre al ejercer su hematofagia, infectando a una persona que no se encontraba infectada o reinfectando al enfermo oncocercoso. Introducida la microfilaria metacíclica se desarro-

² Martínez-Baez, M. 1978. *La Oncocercosis en México*. Gac. Med. de México. 114 (11):525-540.

³ Molina, P. C. 1979. *Diagnóstico de la Oncocercosis*. Sal. Pub. México 21 (6): 757-759.

llará al estado adulto, formando generalmente un nódulo en un periodo que se calcula entre seis meses y un año.

Los efectos de esta enfermedad van desde el ausentismo en el trabajo por las molestias oculares y dérmicas, la creación de problemas estéticos en quienes padecen la filariasis, hasta la invalidez visual, situaciones que afectan de manera definitiva el estado de salud y económico del enfermo, siendo un problema de salud pública y por tanto una traba en el desarrollo social.

Es cierto que mucho falta por conocer de la "historia natural" de la enfermedad, pero la investigación empírica positiva de las ciencias biomédicas en torno a este proceso, han acumulado un buen número de conocimientos, sin que esas hubieran llegado por sí mismas a una explicación más o menos sistemática de las diversas relaciones internas y externas de los procesos de diferente orden, sino más bien cada una de las disciplinas aportando el conocimiento de hechos aislados (entomológicos, parasitológicos clínicos, etcétera) relacionándolos superficialmente, con orientación biológica y marginando los aspectos sociales, y aún menos se intentaba lograr conocer las mediaciones y relaciones entre los distintos procesos de la enfermedad.

Ante hechos que hablan de la incapacidad del modelo médico-tradicional para solucionar el problema de salud colectiva que plantea la oncocercosis,⁴ se propone un enfoque que aborde el

proceso no únicamente desde el punto de vista médico-biológico, sino también desde la perspectiva económico-social, tratando de dar cuenta de cómo éstos se relacionan, e intentaremos abordar la problemática bajo una visión totalizadora.

Empíricamente, se ha observado que la enfermedad se encuentra inscrita en constante movimiento y cambios, tanto en las formas epidemiológicas que asume, como en las características patológicas y severidad en que se presenta en los diferentes grupos sociales.⁵ Estos movimientos y cambios, son resultado del desarrollo de las contradicciones (económico-sociales y naturales) en que se encuentra inmersa la filariasis.

En el presente trabajo, creemos haber demostrado que la dinámica interna de la enfermedad, su evolución, y con ello los procesos médico-biológicos ligados a la endemia, se encuentran *determinados* en última instancia, por los procesos económico-sociales, en particular por el nivel de desarrollo de las relaciones sociales de producción en que históricamente se encuentra inscrita, las capitalistas, las cuales se ven

⁴ Beltrán, F., Gómez-P. A., Martínez, Ch. J.F. y Ortega, G. M. 1979. *Memorias del Simposio Internacional "La Oncocercosis en México"* San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. 25-26 Oct.

⁵ Montemayor, F. 1954. *Los efectos de la Oncocercosis en la población de Acacoyagua, Chiapas*. Tesis E.N.A.H.

reflejadas en la contradicción Sociedad-Naturaleza, contradicción que si bien es inherente a la existencia misma de la sociedad, ésta adopta formas históricamente determinadas y específicas.

Por otra parte, afirmamos que la filariasis no es resultado de hechos causales biológicos o médicos, o de procesos sociales y biomédicos desligados y aislados los unos de los otros, sino que ésta es resultado de un *todo concatenado* en donde los procesos sociales y naturales se encuentran orgánicamente vinculados, correlacionados, condicionados entre sí y determinándose. Visto de esta manera, se considera que el proceso oncocercoso no puede ser comprendido si se le estudia aisladamente, es decir, como un problema físico natural o biomédico (arroyos, agente causal, vector, filaria), sin una conexión con los procesos sociales que le rodean.

Finalmente, si la oncocercosis es entendida en su movimiento y cambios, se plantea también analizarla desde el punto de vista de su *origen* y desarrollo, dando cuenta de las condiciones que favorecen o propician su implantación como un problema colectivo de salud en las regiones donde ésta es endémica⁶ y analizando las formas

que ha asumido hasta el presente. A partir de esto, intentar deducir sus perspectivas futuras, es decir, es necesario analizarla desde el punto de vista de su *nacimiento* y su *muerte*, en particular en la región del Soconusco, espacio geográfico y social en donde se ha llevado a cabo la presente investigación, por ser éste lugar de nuestro país donde mayor importancia representa, existiendo entre 40 y 60 mil enfermos de la filariasis.

Sin embargo, para poder dar una respuesta al problema planteado, es necesario comprender las condiciones bajo las cuales actualmente se desarrolla la *dinámica* y *automovimiento* a que se encuentra sujeta. Es por eso que nuestro trabajo se ha enfocado a estudiar la oncocercosis bajo sus condiciones actuales en la región mencionada, dejando para futuras investigaciones un estudio histórico. Así, las siguientes líneas tienen la finalidad de dar a conocer los resultados parciales de una investigación interdisciplinaria acerca de la oncocercosis, centrándose en el problema fundamental de la *determinación*, dejando para otra oportunidad el hecho epidemiológico de su *distribución* en las diferentes clases sociales, estudio de primordial importancia en la comprensión de los procesos salud-enfermedad.

Una consideración final, en ningún momento planteamos *mediaciones más íntimas* entre aspectos de diversa índole (biomédico y social), sino más bien, se trata de un estudio que pretende "tomar de fijo" (como una fo-

⁶ Ortega, G. M. y Miranda, O. R. 1983. *Determinantes Bioecológicos y Socioeconómicos de la transmisión de Oncocercosis en el foco sur de Chiapas*. (Análisis Preliminar). Informe Académico 1983. CIES.

tografía) diversos aspectos de procesos naturales y sociales que consideramos como "representativos" de un proceso más amplio. Desde nuestro punto de vista, queda mucho por investigar en torno a la enfermedad.

Se advierte que en el estudio de la filariasis, partimos por ahora, de algunos hechos particulares en la dinámica de transmisión de la oncocercosis, como son: poblaciones de vectores, cantidades o cargas de microfilarias por miligramo de piel, etcétera, es decir, pretendemos haber considerado para la explicación de la enfermedad aspectos parciales de las condiciones objetivas en que se mueve esa realidad, y a partir de su investigación empírica, demostrar la existencia de esas concatenaciones, relaciones particulares y nexos.

Vemos que existe una correlación en cuanto a la cantidad de superficie cultivada de café y otras áreas de producción: cuando menor es la proporción relativa de tierra con este cultivo, mayores son las áreas de maíz-frijol, guatal y montaña, y viceversa. Resultaba obvio, desde nuestro punto de vista, que cualquier espacio que se hubiera considerado para el estudio de las densidades de vectores, hubiera conducido a los mismos resultados, dada la colinealidad antes mencionada; en otras palabras, cada espacio de producción podría ser analizado independientemente para estudiar las relaciones entre el ecosistema y simúlidos, para luego ser estudiado, en combinación con otros espacios.

Limitantes en recursos humanos y financieros, no permitieron la realización de un estudio para cada uno de los espacios, por eso, siendo que la actividad más importante es el cultivo de café, y éste es un indicador síntesis que refleja el nivel de desarrollo económico-social de los campesinos, decidimos estudiar desde el punto de vista entomológico las densidades de vectores en el cafetal.

Entrar a un problema, donde la investigación empírica de los hechos puramente naturales se habían disgregado, y no permitían ver el proceso general en su conjunto, planteaba la problemática de no poder usar, como herramienta de investigación en la explicación de las relaciones entre los distintos aspectos del proceso (sociales y naturales) los "métodos" y técnicas muchas veces sofisticados, propios de la biomedicina positivista. Por tanto se hacía necesario una teoría que permitiera abordar a la oncocercosis en su contexto histórico-natural, y un método que diera los elementos necesarios para comprender las concatenaciones y los tránsitos de las relaciones sociedad-naturaleza, en el proceso de desarrollo de la enfermedad.

Así, abordar de manera dialéctica la oncocercosis, plantea tomar en consideración la *totalidad* de los aspectos del proceso, tal y como se presentan en la realidad, investigando en los hechos las interrelaciones, contradicciones y transiciones a través de las cuales se genera su automovimiento, a su vez, eso sólo es posible si se le concibe co-

mo *unidad*, en donde el conjunto de los elementos mantienen una serie de relaciones armónicas, es decir, están inscritas en una concatenación de hechos y procesos, como lo han establecido los teóricos del materialismo dialéctico.^{7, 8, 9}

En el conjunto de las relaciones en que se inscribe la enfermedad, la más general y totalizadora es la unidad contradictoria Hombre-Naturaleza, misma que se manifiesta en el proceso oncoceroso bajo la forma de contradicción filaria-hombre. Esta es una relación necesaria para la existencia de la enfermedad, es decir, es imprescindible la corporeidad misma del hombre y la oncocerca, inmersos en un ambiente natural y económico-social que permita su reproducción.

Por otra parte, en la relación *hombre-Onchocerca volvulus*, existe otra relación necesaria y mediadora en la posibilidad de la unión de estos dos seres contradictorios y que mantengan nexos entre sí, esta relación es la que se establece entre el hombre y *Simulium ochraceum*, que a su vez permite

una tercera relación, la del vector con el agente causal, es decir, *Simulium ochraceum-Onchocerca volvulus*, presentándose por último, la posibilidad de una nueva relación recíproca, la presente entre *Onchocerca volvulus* y el hombre, manifestándose esta última en un proceso patológico, que visto como unidad, este proceso resulta de la contradicción filaria-hombre.

En toda la serie de relaciones y conexiones recíprocas, como intentaremos mostrar empíricamente más adelante, los dos seres que se nos presentan como necesarios, y que a su vez constituyen los elementos más simples y visibles para la existencia y reproducción de *O. volvulus*, son el hombre y la mosca transmisora. Es por esto que, para nuestro estudio, partiremos de considerar algunos aspectos de la producción y relaciones sociales de producción del hombre y su ambiente exterior, espacio natural en que el simúlido vive y se reproduce, no sin afectar la vida interior del hombre.

El espacio ecológico exterior es la base *condicionante* sobre la cual el hombre realiza su actividad productiva y reproductiva, ambiente que es modificado a través del trabajo, donde las modificaciones generadas presentan una respuesta preconcebida conforme a leyes naturales. Sólo que la respuesta natural y el ambiente creado por el hombre, no siempre resulta ser el predeterminado por él, sino que la naturaleza exterior responde ante nuevos equilibrios y relaciones, de tal manera que, resultan hechos naturales que son

⁷ Marx, C. 1857. *Introducción a la Crítica de la Economía Política en Contribución a la Crítica de la Economía Política*. Ediciones Estudio. Buenos Aires, 1973.

⁸ Engels, F. *Dialéctica de la Naturaleza*. Ed. Cartago. México 1983.

⁹ Engels, F. *Anti-Dühring*. Ed. de Cultura Popular 1975.

ocivos al hombre mismo, ya sea que tenga o no conciencia de ello.¹⁰

Si el proceso oncocercoso tiene que ser analizado en el contexto general de la relación Hombre-Naturaleza (es decir, como “un aspecto” de esa *unidad contradictoria*), y en la medida que el hombre sólo puede ser entendido como un ser social que mantiene relaciones de producción y distribución, es que se hace necesario abordar la problemática desde la perspectiva de la interrelación Sociedad-Naturaleza, ya que sólo a través de esas relaciones sociales de producción que los hombres establecen, es que se puede hablar de una relación de éstos con la naturaleza, misma que tienen que ser analizada desde una doble perspectiva: como su propia naturaleza interior y exterior, dos elementos indisolubles y contradictorios.

En tal relación Sociedad-Naturaleza, es el *trabajo*, actividad transformadora del hombre, el que media, regula y controla los procesos metabólicos de su propia transformación histórico-natural y de la transformación y respuesta de lo natural históricamente transformado, es decir, de la naturaleza humanizada. Además, el trabajo es también una categoría histórico-concreta que nos remite a hablar de relaciones sociales de producción que los hombres contraen, y bajo las cuales realizan su producción y reproducción.¹¹

Finalmente, el proceso salud-enfermedad en la endemia oncocercosa, de acuerdo a lo anteriormente señalado, plantea para su conocimiento analizar la producción concreta de los grupos sociales en la región cafetalera del Soconusco, Chiapas, en donde ésta ha adquirido características generalizadas, estudiando también las relaciones sociales de producción bajo las cuales los sujetos histórico-sociales efectúan sus trabajos, dando cuenta de la influencia que su producción, y por tanto la transformación de la naturaleza exterior, guarda con respecto a la cantidad de vectores de la filariasis.

Es por esto que, para realizar una investigación que permitiera fundamentar la tesis de que el proceso oncocercoso, o mejor dicho, los médico-biológicos de la enfermedad, están determinados en última instancia por aspectos económico-sociales, fue necesario estudiar más a profundidad, las formas de vida y producción de quienes enferman y, por otra parte, también cuantificar las densidades de simúlidos, sus tasas de infección e infectividad y los niveles de infección por microfilarias de los sujetos parasitados.

MARCO DE REFERENCIA Y CRITERIOS DE SELECCION

Si bien es cierto que se conocía el paralelismo existente entre el cultivo de

¹⁰ Engels, F. *Dialectica de la Naturaleza*. Ed. Cartago. México 1983.

¹¹ Marx, C. *El Capital* Vol. I Fondo de Cultura Económica. México 1974.

café y oncocercosis en las zonas donde ésta es endémica¹² no existía ningún estudio más o menos sistemático que explicase la relación causal de este cultivo predominante y la enfermedad.

La cafecultura en la región del Soconusco se emprendió a finales del siglo pasado con la implantación de grandes fincas y la inversión de capital, mismo que tuvo sus orígenes en países extranjeros (fundamentalmente alemanes). Esta zona se encontraba prácticamente deshabitada, por lo cual hubo necesidad de colonizarla con pobladores de otras regiones, fundamentalmente de los Altos y la Sierra Madre de Chiapas, hecho que se implementó a partir de cohesión económica, política e ideológica, de manera que, se puede hablar de la *existencia de un paralelismo en el desarrollo capitalista en la zona y la implantación de la oncocercosis como problema colectivo de salud*. Este hecho corresponde a la etapa de consolidación del capitalismo a nivel internacional y su desarrollo hacia su fase superior *El Imperialismo*, con lo cual se establecería la explotación asalariada en esa zona. Por otra parte, se implanta por primera vez en esta región una relación Sociedad-Naturaleza, una transformación social particular de la selva del Soconusco.

En la Economía cafetalera, del Soconusco, durante su primera época, predominaron relaciones de servidumbre, el trabajo de peones acasillados y semiproletarios (jornaleros). La producción de maíz y potreros en terrenos de las fincas no incorporados a la cafecultura, era condición inevitable en esta región que se encontraba aislada.¹³

Esta situación se mantuvo hasta después de la revolución de 1910, y no es sino hasta 1936-1940 que, bajo el régimen de Lázaro Cárdenas, se otorgaron tierras a campesinos demandantes, dada la presión que sobre las grandes fincas habían generado las luchas obreras y campesinas, aunque en realidad no se logró afectar en lo medular a la gran propiedad, en tanto que a muchos de ellos se les dotó de tierras nacionales en esa región.

Los campesinos se asentarían en los actuales ejidos cafetaleros, viéndose la mayoría de ellos en la necesidad de incorporar las tierras al cultivo de café, propiciado por la existencia de condiciones ecológicas y fisiotopográficas adecuadas para ello y un mercado que les vinculaba a la exportación internacional del producto. Una característica es común en los campesinos colonizadores, la carencia de recursos económicos para incorporar grandes extensiones de selva a la producción

¹² Paulat, L. J. 1979. Memorias del Simposio Internacional "La Oncocercosis en México" San Cristobal de las Casas, Chiapas, México. 25-26 Oct.

¹³ Pholenz, J. 1978. *Dependencia y Desarrollo en una Región Agrícola: Las Plantaciones Cafetaleras de la Sierra Madre de Chiapas*. Tesis E.N.A.H.

mercantil. Estos ejidos se constituyeron como nuevos focos de infección de oncocercosis a partir del surgimiento de poblaciones campesinas.

Por otra parte, el particular desarrollo de la cafeticultura en la zona, derivó en que históricamente la región más fronteriza del Soconusco, donde primero se instalaron y donde actualmente predominan los grandes finqueros cafecultores (principalmente alemanes), adquiriera un más amplio desarrollo de las relaciones capitalistas, y la transformación de la selva original se diera de manera mucho más rápida, en tanto que la parte central se incorporó más tardíamente a la producción de café (en grandes fincas y en los ejidos), y aún todavía más tarde la región marginal en donde, podemos decir, las relaciones capitalistas en la producción cafetalera han ido implantándose de manera paulatina (principalmente por campesinos, aunque también en esta zona existen finqueros que a la fecha se mantienen en atraso económico y técnico con respecto a los alemanes) y la selva original permanece en lugares específicos, o bien el cafetal se encuentra entre la "montaña", como comúnmente es conocida la selva alta siempre verde del Soconusco.^{14, 15}

Siendo que los habitantes de los ejidos son los más afectados por la fi-

lariasis y representan una inmensa mayoría de los pobladores de la región, se decidió realizar el estudio en las unidades económicas campesinas, dejando de lado por ahora, las grandes fincas productoras del grano. Esto no significaba grandes dificultades para obtener conclusiones generales desde el punto de vista de la relación *S. ochraceum*-filiaria-hombre, ya que si bien en las grandes fincas el planeador-organizador de la transformación de la naturaleza original es el propietario, la forma en cómo ésta es modificada guarda gran semejanza a la realizada en los ejidos, sólo que allá los trabajadores son exclusivamente asalariados (peones acasillados y semiproletarios o jornaleros temporales), a diferencia de los ejidos donde es el propio campesino, su familia y asalariados, los que participan en la producción.

Encontrándose subdividida la zona cafetalera del Soconusco en tres subregiones económicas y que corresponden gruesamente a las endémicas, se decidió por motivos académicos, administrativos y financieros, estudiar las dos zonas donde la endemia representa características más problemáticas para los habitantes, es decir la zona de mediana y alta endemia, dejando para investigaciones posteriores un estudio más completo que abarcará la zona de baja endemia, donde predominan las grandes fincas y donde los ejidos desarrollan una tecnología semejante a tales fincas.

Nuestro interés fue también realizar un estudio comparativo, de tal manera

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ Vázquez, L. 1984. *Oncocercosis y Cafeticultura en el Soconusco, Chiapas*. Tesis U.A.M.-X.

que, si se pretendía relacionar aspectos económico-sociales y biomédicos, en primer lugar habría que comparar hechos que tuvieran semejanza entre sí.

Es por eso que se seleccionaron dos comunidades en cada una de las subregiones, condición que permitiría en principio comparar las dos comunidades de cada subregión entre sí y también entre todas. Rosario Zacatonal y Las Golondrinas (Municipio de Acacoyagua), son las dos comunidades elegidas para la zona de alta endemia; Nueva América (Huixtla) y Cuauhtémoc (Motozintla), se localizan en la zona de mediana endemia.

El segundo criterio a considerar, era tratar de localizar comunidades donde las condiciones físico-naturales y fisio-topográficas fueran muy semejantes, con esto buscamos disminuir las posibles influencias de las condiciones de la naturaleza exterior al hombre —hechos naturales donde su influencia transformadora, modificadora, es menor o perceptible sólo en grandes etapas— y que se presentarán como elementos “determinantes” al ser tan contrastados éstos, aún más, cuando se conoce poco el peso que tienen en el fenómeno hasta nuestros días. Por lo anterior, se tuvo en cuenta que su altura sobre el nivel del mar fuera muy semejante y al agruparlas en dos subregiones procuramos que, por ejemplo, diferencias pluviales, de viento, humedad, etcétera, fueran lo menos contrastadas posibles. La altura sobre el nivel del mar de las comunidades de estudio va de los 700 a 900 m.

Así pues, el criterio básico para realizar el estudio comparativo y la selección de las comunidades fue exclusivamente socioeconómico (bajo las condiciones antes señaladas), tomándose como base los siguientes indicadores:

- a) el nivel tecnológico en el manejo del cafetal;
- b) la producción obtenida por ha. de cafetal en producción;
- c) el volumen medio de producción obtenido por el grupo de campesinos en las comunidades a seleccionar.

Con estos criterios se seleccionaron las cuatro comunidades, las cuales presentan diferencias en las condiciones económico-sociales, pero éstas debieron cumplir también con el siguiente requisito: empíricamente es observado que en las comunidades de la subregión de mediana endemia, los campesinos que ahí habitan, se encuentran bajo mejores condiciones económico-sociales, por tanto, debimos localizar una comunidad habitada por agricultores que en su conjunto estuvieran en condiciones económicas ligeramente superiores a la otra, el mismo criterio se siguió en la otra subregión, como veremos más adelante. Con lo anterior esperábamos demostrar la existencia de una *relación estrecha* entre las diferentes condiciones económico-sociales y los procesos biológicos y médicos, si esto era cierto, cualquier *movimiento* en la situación económico-social se *reflejaría* en los aspectos más importantes de la endemia.

ESTUDIO DE CASO

En este trabajo, no se pretende tratar ampliamente la situación económico-social de las unidades familiares habitando en las comunidades de estudio, remitiendo el lector interesado a un trabajo colateral futuro, el cual tendría la finalidad de analizar más detalladamente estos aspectos¹⁶. Aquí solamente utilizaremos información considerada como indicadores síntesis de la situación económico-social e influyendo de manera importante en la constitución del espacio ecológico, lugar de acción y reproducción de simúlidos transmisores de la enfermedad.

LAS POBLACIONES ESTUDIADAS

De 182 familias en las cuatro comunidades se estudiaron 168, es decir, el 92.3% del total. En Rosario Zacatonal se obtuvo información del 79.4% de las unidades económicas, estas 27 familias están conformadas por 140 personas. En Las Golondrinas participaron el 93% de un total de 43 familias, integradas por 258 miembros.

De las 62 familias que conforman el ejido de Nueva América se estudiaron 60, es decir el 96.8% del total. La

población total de las familias participantes alcanza la cifra de 359 gentes. Finalmente, la comunidad de Cuauhtémoc la conforman 43 grupos familiares, participando en el estudio 40 de éstos, es decir, se obtuvo información del 93% de los grupos familiares. La población registrada suma un total de 293 habitantes.

El tipo de poblamiento presenta características particulares en cada una de ellas, el de Cuauhtémoc es muy compacto, en Rosario Zacatonal muy disperso, encontrándose las otras dos en condiciones intermedias. A dos de estas comunidades se tiene acceso en vehículo terrestre (Cuauhtémoc y Nueva América), a las otras es necesario llegar caminando.

CARACTERIZACION ECONOMICA Y ECOLOGICA DE LAS COMUNIDADES DE ESTUDIO. DISTRIBUCION DE LAS TIERRAS ENTRE LOS CAMPEÑINOS

La forma individual de distribución de la tierra, determina el desarrollo de los espacios productivos. Efectivamente, se encontró que existe diversidad en la cantidad de tierra disponible en cada ejido y por cada trabajador. En Cuauhtémoc 34 propietarios tienen escasas 60.8 has. En ésta 17 trabajadores poseen de 0.6 a 1.5 Has. (el 42.5%), en tanto otros 17 tienen dimensiones superiores a 1.5 y menores a 3 Has; hay 6 jefes de familia que

¹⁶ Miranda, O. R., Cols. Hernández Colorado A., Jiménez Huesca, A., Pulido Espinoza, R. *Economía Campesina, Ecología y Oncocercosis en Cuatro Comunidades de la Región Cafetalera del Soconusco, Chiapas.* (Borrador). 1984.

carecen de este recurso. Las disparidades se presentan de manera más significativa en Nueva América, allí 7 personas no disponen de una parcela (11.7%), 22 apenas tienen hasta 3 hectáreas (36.7%), en tanto 18 de ellos (apenas el 30%), usufructúan cantidades de tierras mayores de 5 Has., mismos que concentran más de la mitad de las 257.8 Has. de que disponen. Existe un grupo intermedio representado el 20% de las familias (12), disponiendo de 3 a 5 Has.

Una situación semejante sucede en Las Golondrinas, sólo que, debido al mayor número de hectáreas y a una ampliación de ejido recientemente adquirida, las disparidades se han visto reducidas. Así tenemos que, en tanto 22 ejidatarios han dispuesto de más de 20 Has. (el 53.6% de los actuales) desde la fundación del ejido, los que recibieron recientemente la ampliación tienen en promedio 16 Has., mismos que representan el 34% del total, por último, 5 familias representando el 13% cuentan entre 3 y 5 Has., éstos son los más desfavorecidos en la comunidad. En total sus tierras suman la cantidad de 1,017 Has. Finalmente, en Rosario Zacatonal los 27 campesinos incluidos en el estudio, cuentan aproximadamente con 1,189 Has., aquí la posibilidad de disponer de un terreno, es en teoría igualitaria, es decir, no están parcelados, de tal manera que cada campesino cuenta con la cantidad de suelo en el lugar que mejor le parece, de acuerdo a sus intereses y posibilidad económica, y

aún cuando existen disparidades en el uso de este recurso, no son muy importantes. Para sembrar maíz se dirigen a grandes áreas de "guatal" (selva secundaria), trabajando durante un año para ser abandonado al siguiente, y donde surgirá nuevamente vegetación secundaria. Para el cultivo de cafetal buscan cañadas, manteniendo definitivamente la propiedad del pedazo de terreno.

De lo anterior se tiene que, desde la asignación de tierras a grupos de solicitantes, hasta la cantidad de terreno asignado a cada campesino, genera grandes diferencias económico-sociales (dependiendo en cada lugar de la situación concreta), situación que se manifiesta en la configuración del ambiente natural en donde, dependiendo de la situación económica de las unidades familiares, se configura un espacio ecológico propicio o inadecuado para el desarrollo del vector de la oncocercosis.

En las comunidades de estudio existen, en principio, diferencias temporales, económicas y espaciales, es decir, los ejidos son fundados en diversas épocas (de 1930-1950), existen diferencias en espacios de tierra, etcétera, lo cual, aunado a la diversidad económica *individual* del campesino para incorporar la selva a la producción, se manifiesta en la conformación *heterogénea* del ambiente natural, mismo que tiende a uniformarse conforme avanza la siembra de cafetal.

Es cierto que la actividad económica más importante en la región es el

cultivo de café, pero los campesinos de todas las comunidades tienden a sembrar este grano, sustituyendo productos de autoconsumo que se ven obligados a cultivar, dada la carencia inicial de capital en la mayoría de ellos.

Así, la modificación de la selva original del Soconusco puede ser analizada desde una doble perspectiva; *cuantitativa*, es decir considerando la magnitud de la transformación del área territorial de que disponen los campesinos de cada ejido, derivado de la implantación de cultivos en la superficie de suelo con que cuentan y, *cualitativa*, esto es, el nivel de implantación de especies de plantas y árboles (especialmente para el cultivo de café), lo que nos habla de la sustitución gradual de las condiciones naturales primarias por nuevas especies vegetales y con ello, de la tendencia general a la creación de un ecosistema cafetalero que difiere grandemente del inicialmente incorporado a la producción. Estos cambios ecológicos crean condiciones distintas para una relación armónica (de operación y lucha) de poblaciones vegetales y animales.

DISTRIBUCION DEL ESPACIO DE PRODUCCION

En la gráfica 1, se observa la existencia de diferencias importantes en la constitución del espacio ecológico en las cuatro comunidades, esto es resultado de diversas condiciones económico-sociales en que viven los

campesinos, y que se manifiestan o reflejan en el nivel de transformación de la selva original del Soconusco. Si bien es cierto que la relación Sociedad-Naturaleza tiene que ser entendida de manera *general* (por ejemplo: Sociedad Capitalista-Naturaleza), también asume formas *particulares*, dado que en esta sociedad se conforman diversos grupos o clases, siendo a partir de éstos que se da una relación más inmediata con la naturaleza.

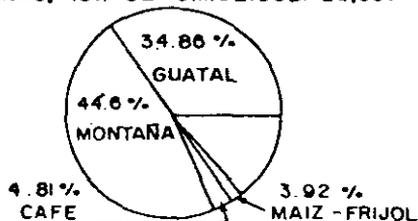
Pasemos a un nivel más particular en el uso del espacio de producción en las comunidades de estudio. En Cuauhtémoc y Nueva América la mayor parte de la tierra disponible ha sido destinada al cultivo de café, a esta siembra se dedica el 98.4% de la superficie total en la primera, y el 94.1% en la segunda, es decir, los campesinos cuentan en su conjunto con 59.8 y 242.4 Has. de cafetal, respectivamente. La anterior situación, nos señala una amplia transformación de la selva original con la implantación de especies vegetales: café y chalum (*Inga* sp.), que sustituyen a una gran variedad de plantas, dándole al ecosistema características mucho más homogéneas.

La situación para Las Golondrinas y Rosario Zacatonal, difiere grandemente de las anteriormente señaladas, en éstas, la implantación de las siembras de café apenas abarca un total de 210.5 Has. en la primera comunidad, cantidad que representa el 29.7% y el 4.8% en Rosario Zacatonal, donde se cultivan 55.9 Has. con siembras del

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE ESPACIOS PRODUCTIVOS POR COMUNIDAD

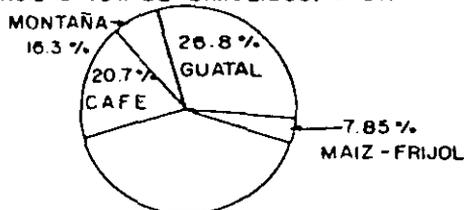
ROSARIO ZACATONAL

AREA: 1160.2 HECTAREAS
DENSIDAD, TOT. DE SIMULIDOS: 25,637



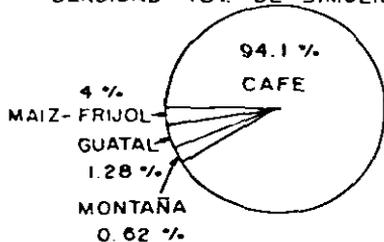
LAS GOLONDRINAS

AREA: 1016.5 HECTAREAS
DENSIDAD TOT. DE SIMULIDOS: 6 817



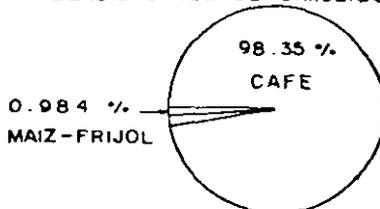
NUEVA AMERICA

AREA: 257.8 HECTAREAS
DENSIDAD TOT. DE SIMULIDOS 3,614



CUAUHTEMOC

AREA: 60.8 HECTAREAS
DENSIDAD TOT. DE SIMULIDOS 2,735



CUADRO 1
DISTRIBUCION DEL ESPACIO DE PRODUCCION

TIERRAS CON:	COMUNIDAD							
	CUAUHTEMOC		NUEVA AMERICA		LAS GOLONDRINAS		ROSARIO ZACATONAL	
	HAS.	%	HAS.	%	HAS.	%	HAS.	%
I. Café	59.8	98.4	242.6	94.1	210.5	20.7	55.9	4.8
II. Maíz	0.6	1.0	7.9	3.1	72.4	7.1	41.4	3.6
III. Frijol	—	—	2.4	0.9	7.4	0.7	4.1	0.4
IV. Potrero	—	—	—	—	128.0	12.6	—	—
V. Guatal	—	—	3.3	1.3	272.9	26.8	404.4	34.9
VI. Montaña	—	—	1.6	0.6	166.0	16.3	518.0	44.6
TOTAL	60.8	99.4	257.8	100	1,016.5	84.2	1,160.2	88.3

FUENTE: Encuesta Socioeconómica (1982).

grano. Es obvio que el grado de transformación de las características ecológicas originales a fin de cultivar el café, es menor que el señalado para las otras dos áreas para el cultivo de maíz-frijol, de "guatal" —selva secundaria que emerge después de haber sido abandonado un terreno en donde se sembró granos alimenticios— y montaña, que dan al ecosistema características más heterogéneas, dada la anarquía que impera en el uso del suelo. (Ver cuadro 1).

Por otra parte, la anterior situación nos habla de distintos niveles de desarrollo de las relaciones mercantiles, en tanto que para las comunidades de Cuauhtémoc y Nueva América se encuentran ampliamente desarrolladas, y por tanto las unidades económicas dependen totalmente del mercado. En Las Golondrinas y aún mucho más en Rosario Zacatonal, las familias combinan la producción mercantil con la producción de granos alimenticios para el autoconsumo, teniendo que

recurrir en menor proporción al mercado (aún cuando otros productos se obtienen a través de éste, como: vestido, aceite, jabones, lámina, etcétera). Por tanto podemos afirmar que, la economía de las unidades familiares de estas dos últimas comunidades se encuentran en desventaja con respecto a las primeras.

PRODUCCION DE CAFE POR HECTAREA

Iniciadas las siembras de café, los campesinos procuran elevar el volumen de su producción ampliando el área de cultivo (como se pudo apreciar anteriormente) o elevando la producción por hectárea. Es importante señalar que, el volumen obtenido por unidad de superficie se encuentra en relación a la forma técnica de manejar el cafetal, ésta a su vez, tiene como aspectos de mayor importancia la cantidad de fuerza de trabajo e insumos utilizados durante la época de cultivo. Por otra parte, el manejo técnico que se tenga del cafetal se ve reflejado en el nivel de transformación *cuantitativa* en este espacio particular. Así por ejemplo, es distinto el microecosistema de una superficie determinada con siembras de cafetal sin desombrar, con especies de árboles de la selva original, donde el café no es podado, agobiado y por lo cual se desarrolla una sola "vara", de aquellos cafetales en donde se han implantado especies de sombra adecuadas, se regula ésta con el corte de excesos de brazos y ramas, se siem-

bran a distancias predeterminadas, además de realizarse las tareas de agobio, poda, etcétera, que dan al café la forma de arbusto, hechos que pensamos, influyen de alguna manera en la configuración del ambiente natural, y por tanto en la densidad de vectores de la oncocercosis.

CUADRO 2

Comunidad	Jornales/ Hectárea (X)	Qq. Café/ Hectárea (Y)
Cauhtémoc	137.84	27.74
Nueva América	62.56	13.94
Las Golondrinas	34.41	5.59
Rosario Zacatonal	21.39	1.81

FUENTE: Encuesta Socioeconómica (1982).

En el cuadro 2, vemos que efectivamente existe una relación entre la cantidad de fuerza de trabajo incorporada por unidad de superficie y la producción por hectárea del grano. Se observa nuevamente que las unidades económicas de los campesinos habitando en la comunidad de Cauhtémoc mantienen mayores ventajas sobre las demás, quedando en el nivel

de mayor atraso las familias de Rosario Zacatonal.¹⁷

EL CAFE Y SU DISTRIBUCION POR VOLUMEN DE PRODUCCION

El café es en primer lugar una mercancía, vendida por los campesinos a compañías privadas e instituciones oficiales en "pergamino", éstas se encargan de realizar el siguiente proceso industrial, quedando el grano bajo la forma café "oro", para ser enviado a la industria fundamentalmente extranjera, donde se producen café solubles, en grano, jarabes, refrescos, etcétera, quedando lista para ser consumido. De esta manera, la producción cafetalera en el Soconusco nos habla de una división social del trabajo (al separarse el proceso agrícola del industrial), pero también subordinada a los efectos de la división internacional del trabajo, consecuencia de la etapa imperialista del capitalismo, que ha venido asignando a regiones de países que surgen

tardíamente al capitalismo, el rol de productores de materias primas. Así, la agricultura cafetalera de las comunidades de estudio debe ser entendida dentro del marco general de la producción capitalista nacional e internacional, misma que al implantarse en la región del Soconusco, ha generado un proceso de diferenciación social del campesinado, disgregando su economía y tendiéndose a la conformación de grupos sociales que logran mejorar su producción (burguesía campesina), en tanto que la gran mayoría tiende a su pauperización (campesinos pobres y en gran parte medios), de donde es expulsado un nuevo grupo social, los proletarios. No es posible aquí aportar amplia información sobre este proceso en las comunidades de estudio, remitiendo al lector interesado a otro trabajo colateral¹⁸. Por ahora sólo aportaremos información sobre el volumen de producción obtenida por cada una de las unidades familiares.

En el cuadro 3 vemos que, efectivamente los campesinos se diferencian

¹⁷ Para el análisis de regresión que a continuación se desarrolla para cada una de las tablas, cabe hacer notar, que se efectuó a nivel comunidad, por lo cual únicamente se contó con cuatro puntos, lo que implica cierto riesgo de error en el mismo, sin embargo, dada la tendencia clara observada y los costos en recursos para la obtención de información, creemos justifican ampliamente el análisis. Y los resultados podrán ser corroborados en posteriores estudios.

Con la finalidad de comprobar la existencia de una relación lineal se realizó el análisis de regresión simple a partir de los datos del cuadro 2, obteniéndose los siguientes resultados: $W = 3.7503 - 68.3377Z$, donde $W = \text{Log } Y$ y $Z = 1/X$ el nivel de correlación $r = -0.9986$ y un nivel de significancia de 0.001 cifras que comprueban la relación estrecha entre las dos variables.

¹⁸ *Idem.*

**CUADRO 3
DISTRIBUCION DEL VOLUMEN DE PRODUCCION**

Familias/ Volumen (Quintales)	COMUNIDAD							
	CUAUHTEMOC		NUEVA AMERICA		LAS GOLONDRINAS		ROSARIO ZACATONAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
I.								
NO COSECHAN	6	14.5	14	23.3	16	39.0	11	40.7
II.								
Hasta 10	—	—	4	6.7	10	24.4	16	59.3
III.								
10.1 a 30.0	4	10.0	10	16.7	10	24.4	—	—
IV.								
30.1 a 50.0	20	50.0	9	15.0	5	12.2	—	—
V.								
50.1 a 90.0	10	25.0	15	25.0	—	—	—	—
VI.								
> de 90	—	—	8	13.3	—	—	—	—
TOTAL	40	100	60	100	41	100	27	100

FUENTE: Encuesta Socioeconómica (1982).

en su producción obtenida de café; nos muestra por otra parte que, las unidades económicas de Rosario Zacatonal se encuentran en mayores desventajas que las otras tres en cuanto a su pro-

ducción mercantil, le siguen las familias habitando en Las Golondrinas, donde el 36.6% de las unidades logran cosechas superiores a las obtenidas por las primeras (Grupos III y IV).

CUADRO 4

Comunidad	% Hectáreas de Café (X)	1/X (Z)	Densidad total de S. Ochraceum (Número) (Y)
Cauhtémoc	98.35	0.010167768	2,735
Nueva América	94.10	0.010626992	3,614
Las Golondrinas	20.70	0.048309178	6,817
Rosario Zacatonal	4.81	0.207900207	25,637

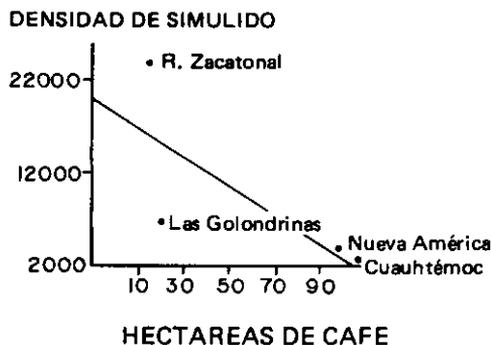
FUENTE: Encuesta Socioeconómica, Estudios Entomológicos (1982).

Las familias habitando en Cauhtémoc, económicamente se encuentran en mayores ventajas en su conjunto que las asentadas en Nueva América, en esta última el 63.3% de los agricultores obtienen una producción mayor de los 30 Qq de café, en tanto que para la comunidad de Cauhtémoc, los que sobrepasan esa cantidad representan el 75%. En su conjunto, visto desde este indicador, las unidades familiares de estas dos comunidades están en mayores ventajas económicas que los habitantes de Las Golondrinas y Rosario Zacatonal.

En el cuadro 4, vemos que en Rosario Zacatonal, comunidad donde existe la menor proporción de siembras de café, se capturaron mayores densidades de moscas transmisoras. La relación se mantiene proporcional, disminuyendo la cantidad de vectores con-

forme aumenta el área de cafetal, encontrándose el menor número de *S. ochraceum* en Cauhtémoc, población donde casi la totalidad de tierras tienen siembras de café, es decir, se confirma nuestra suposición de que la cantidad de vectores está en relación a las siembras de café. (Ver gráfica 2). De qué manera influye la implantación del nuevo ecosistema en los distintos ciclos de vida del vector (por ejemplo: conformación de arroyos, velocidades de corriente, temperatura en aguas y ambiente general, luz, etcétera), es una pregunta que aún no encuentra respuesta, pero con los hechos antes descritos creemos demostrar que la influencia de la actividad productiva es determinante en la constitución de condiciones propicias o inadecuadas para el desarrollo del simúlido, siendo como se ve, mucho

GRAFICA 2
POR CIENTOS DE HECTAREAS DE CAFE
POR DENSIDAD DE *S. ochraceum*



más favorables donde los campesinos mantienen un mayor atraso económico-social.¹⁹

Dado que la configuración del ecosistema cafetalera está asociado a una modificación variada del área

disponible, conformando espacios productivos como: "guatales", espacios de maíz-frijol, selvas altas parcialmente alteradas (montañas), y que estos espacios influyen en las características generales microclimáticas, tecnológicas, etcétera, bajo las cuales se determina el comportamiento poblacional de los simúlidos transmisores de la oncocercosis, se procedió a comparar la cantidad de vectores capturados en cafetal con estos otros espacios, suponiendo que tales densidades se encuentran también asociadas a las características ecológicas generales en cada comunidad. En el cuadro 5, se observa que, efectivamente, existe una relación entre la cantidad de hectáreas de "guatal" y las densidades de simúlidos, habiéndose encontrado que entre mayor cantidad de "guatal" más altas densidades de *S. ochraceum*. (Ver. gráfica 3).²⁰

¹⁹ Con la finalidad de conocer si existe una posible relación entre los espacios productivos y densidad de simúlidos, estos parámetros se analizaron mediante regresión lineal simple. Para el caso del número de Has. dedicadas al café y la cantidad de vectores, se observó efectivamente una relación no lineal entre las dos variables, en tal caso y para simplificar el análisis, se procedió a buscar la transformación que permitiera linealizar la relación. La función linealizable que mejor se ajustó al fenómeno es: $Y = \alpha + \beta/X + \mu$; la transformación aplicada fue $Z = 1/X$. Mediante regresión

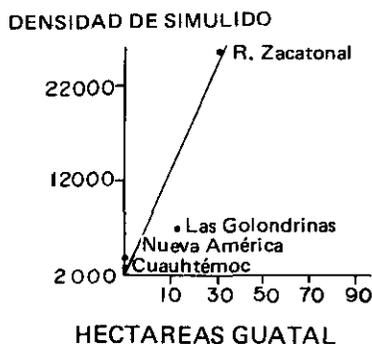
lineal simple, usando el método de los mínimos cuadrados, se estiman los valores de Y del modelo linealizado ($Y = \alpha + \beta Z + \mu$), resultando ser ($\alpha = 1787.654$; $\beta = 114,266.83$). Los datos se tomaron de la Tabla No. 2, encontrando una fuerte relación entre Z y la densidad de simúlidos, siendo el coeficiente de correlación de 0.99904, con un nivel de significancia muy bajo (0.0082) que nos permite rechazar ampliamente la hipótesis nula: $H_0: \beta = 0$, es decir, confirma nuestra suposición de relación entre X y Y.

CUADRO 5

Comunidad	% Hectáreas de guatal (X)	Densidad de S. Ochraceum (Y)	W = 1/Y
Cauhtémoc	0.0	2,735	0.0003656
Nueva América	1.28	3,614	0.0002767
Las Golondrinas	26.84	6,817	0.0001467
Rosario Zacatonal	34.86	25,635	0.0000390

FUENTE: Encuesta Socioeconómica. Estudios Entomológicos (1982).

GRAFICA 3
PORCIENTO DE HECTAREAS DE
GUATAL POR DENSIDAD DE
S. ochraceum



²⁰ Dada la colinealidad que existe en las diferentes cantidades proporcionales de espacios de producción, procedimos a analizar estadísticamente mediante regresión lineal simple, cada uno de los

En el cuadro 6, se observa una situación semejante para el caso de las áreas de montaña en relación a la

espacios con la densidad de simúlidos capturados en cada una de las comunidades.

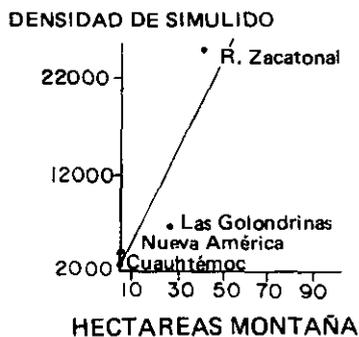
Analizando el número de hectáreas de "guatal" (cuadro 5), el modelo linealizante que mejor se ajustó es: $Y = 1/(\alpha + \beta X)$, donde la transformación aplicada fue $W = 1/Y$. Utilizando nuevamente R.L.S. Para los datos se estimó α π β de $(W = \alpha + \beta x + \mu)$, resultando 0.00033 $Y = 0.00008$ respectivamente. El coeficiente de correlación ($r = -0.9656$) nos indica una relación lineal alta e inversa, confirmada con el nivel de significancia encontrado (.03101) para el rechazo de la hipótesis nula: $\beta = 0$ a un nivel de 3%.

CUADRO 6

Comunidad	% Hectáreas de montaña (X)	Densidad de <i>S. Ochraceum</i> (Y)	W = log Y
Cuauhtémoc	0.0	2,735	3.436960
Nueva América	0.62	3,614	3.557990
Las Golondrinas	16.33	6,817	3.833590
Rosario Zacatonal	44.64	25,637	4.408867

FUENTE: Encuesta Socioeconómica. Estudios Entomológicos (1982).

GRAFICA 4
POR CIENTO DE HECTAREAS DE
MONTAÑA POR DENSIDAD DE
S ochraceum



densidad de simúlidos, donde a mayor porcentaje de este tipo de áreas, mayor densidad de simúlidos (gráfica 4).²¹

mejor: $Y = \alpha \beta \mu$, y la transformación que permitió linealizar el modelo fue $W = \log Y$. La R.L.S. para este caso, nos arrojó valores de 3.4923 para α y de 0.0206 para β .

El coeficiente de correlación fue de 0.995 y el nivel de significancia de 0.00364, con lo cual confirmamos que a mayor porcentaje de hectáreas de montaña, mayor densidad de simúlidos.

En el caso del número de hectáreas para el cultivo de maíz y frijol, sólo mencionaremos que no se encontró ningún modelo linealizable que se ajustara adecuadamente.

²¹ Del cuadro 6, mediante regresión lineal se analizó el número de hectáreas de montaña y la densidad de simúlidos, el modelo linealizable que se encontró

Analizando los resultados, nos damos cuenta que las dos comunidades con una baja densidad de simúlidos son aquellas en donde el cafetal se ha convertido en el vegetal predominante, acompañado, para el caso de Cuauhtémoc exclusivamente de "chalum" (árbol que le sirve de sombra), y en Nueva América además del "chalum", tienen como árboles de sombra algunas de las especies originales, pero éstos tienden a desaparecer; es decir, en las comunidades donde el cultivo generalizado en la zona ha sustituido a las siembras de granos para alimentos, por lo cual las tierras con "guatales" han disminuido y casi dejan de existir las áreas de montaña. En donde los campesinos no cuentan con recursos económicos suficientes para incorporar

rápidamente la superficie apta y disponible para el cultivo de café —por lo cual existen grandes áreas de selva original o "montaña"—, se ven en obligación de sembrar maíz-frijol, dando lugar a la conformación de "selva secundaria" o guatales. El ecosistema derivado de esta situación permite la reproducción de más altas densidades de simúlidos.

Al comparar los datos del volumen de producción por hectárea y las densidades de simúlidos capturados en cada una de las comunidades (cuadro 7), vemos que en Cuauhtémoc, donde se ha logrado el más alto grado de desarrollo técnico, existe la menor cantidad de vectores de la filiarisis, siguiéndole Nueva América, Las Golondrinas y Rosario Zacatonal. Esta

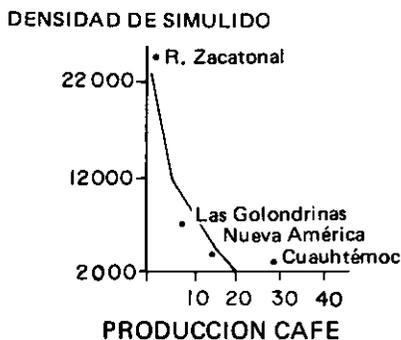
CUADRO 7

Comunidad	Producción de Qq. de Café/Hectárea en producción (X)	1/X	Densidad de S. Ochraceum (Y)
Cuauhtémoc	27.7975	0.0360	2,735
Nueva América	13,9413	0.0717	3,614
Las Golondrinas	5,5963	0.1787	6,817
Rosario Zacatonal	1,8182	0.5500	25,637

FUENTE: Encuesta Socioeconómica. Estudios Entomológicos (1982).

última se presenta con el más atrasado manejo técnico del cafetal, con lo cual se puede asegurar que existe un abatimiento considerable de vectores cuando, en busca de una mayor producción por hectárea se modifican las condiciones de reproducción de simúlido, siendo mucho más favorable éstas, allí donde la incapacidad económica de los campesinos no les permite mejorar las condiciones de la parcela comercial (gráfica 5).²²

GRAFICA 5
PRODUCCION POR HECTAREAS DE
CAFE POR DENSIDAD DE *S ochraceum*



²² Aplicando el análisis de regresión lineal simple al modelo linealizado ($Y = \alpha + \beta/x + \mu$ y la transformación de $Z = 1/X$), encontramos $\hat{\alpha} = 173.6416$; $\hat{\beta} = 45562.4492$ con un coeficiente de correlación de 0.9953 y un nivel de significancia de 0.00327, lo cual confirma el supuesto de que a mayor producción de café por unidad de superficie,

DINAMICA DE TRANSMISION EN ONCOCERCOSIS

Vista la existencia de una relación entre la configuración que adquiere el espacio productivo general, en especial el cultivo de café, y las densidades de simúlidos en las cuatro comunidades, trataremos de dar cuenta de las posibles asociaciones entre las cantidades de vectores capturados y otros aspectos médico-biológicos, para ver cómo el conjunto de éstos se reflejan y corresponden a determinadas características parasitológicas, mismas que tienen su influencia en la dinámica de transmisión.

En la relación simúlido-filaria se presupone la relación simúlido-hombre, en donde dependiendo de la cantidad de portadores de microfilarias en piel (infectados de *O. volvulus*) y la densidad de parásitos en estado larvario por miligramo de piel, se presentará una dinámica de transmisión, dándose la posible relación filaria-hombre, etcétera.

Si todas estas mediaciones en la dinámica de transmisión mantienen una estrecha relación entre sí, es de esperar que la densidad de simúlidos se refleje en cualesquiera de los distintos aspectos, tendiéndose a mantener un equilibrio entre los diferentes elementos del proceso oncocercoso.

menor densidad de vectores de oncocercosis.

CUADRO 8

Comunidad	Densidad total de <i>S. Ochraceum</i> (X)	Portadores de Microfilarias % de prevalencia (Y)	ESTUDIOS	
			No.	% de la comunidad
Cauahuétemoc	2,735	18.93	206	70.3
Nueva América	3,614	46.44	267	74.3
Las Golondrinas	6,817	69.05	223	86.4
Rosario Zacatonal	25,637	79.04	105	75.0

FUENTE: Estudios Entomológicos. Estudios Parasitológicos (1982).

Así tenemos que, efectivamente, las distintas densidades de vectores corresponden a las cantidades porcentuales de portadores de microfilarias (prevalencia) en las comunidades de estudio; a mayor cantidad de simúlidos, mayor número de infectados (y enfermos) de *O. volvulus*²³ (ver cuadro 8).

Como era de esperarse, también existe una correspondencia entre la densidad total de simúlidos y la carga de microfilarias por miligramo de piel²⁴ (cuadro 9).

Finalmente, podemos ver en el cuadro 10 que, en efecto, existe una relación entre la densidad de microfi-

²³ Un análisis estadístico de los datos (cuadro 8) nos comprueba que la prevalencia no es independiente de la densidad total de *S. ochraceum*. El modelo que mejor se ajusta a la situación es $Y = \alpha + \beta x + \mu$ linealizado mediante la transformación $Z = 1/X$, tenemos que $Y = 90.8463 - 181062.13Z$, el coeficiente de correlación $r = 0.9739$ (por mínimos cuadrados) y el nivel de significancia de 0.02246.

²⁴ Analizados mediante regresión simple los valores del cuadro 9, se obtuvo el siguiente resultado: el modelo lineal utilizado fue $Y = \alpha + \beta Z$ donde $Z = 1/X$, por mínimos cuadrados encontramos $Y = 6.8516 - 12338.1955Z$, el coeficiente de correlación de -0.97364 y un nivel de significancia de 0.00227 nos habla de una relación significativa entre las dos variables.

CUADRO 9

Comunidad	Densidad total de S. Ochraceum (X)	Microfilarias por miligramo de piel (Y)	ESTUDIOS	
			No.	% de la comunidad
Cauhtémoc	2,735	2.02	206	70.3
Nueva América	3,614	4.01	267	74.3
Las Golondrinas	6,817	4.75	223	86.4
Rosario Zacatonal	25,637	6.41	105	75.0

FUENTE: Estudios Entomológicos. Estudios Parasitológicos (1982).

CUADRO 10

Comunidad	Microfilarias por Mg. piel (Y)	Portadores de Microfilarias % de prevalencia (X)
Cauhtémoc	2.02	18.93
Nueva América	4.01	46.44
Las Golondrinas	4.75	69.05
Rosario Zacatonal	6.41	79.04

FUENTE: Estudios Parasitológicos (1982).

larias por miligramo de piel y la prevalencia.

En resumen, considerando que las poblaciones de moscas realizan su acción de picadura sobre determinadas poblaciones de enfermos oncocercosos, inscritos en un ambiente que les es común, ello se traduce en determinada dinámica de transmisión de la filariasis, por ejemplo: a mayor número de portadores de microfilarias en una comunidad (reservorios de elevadas densidades de microfilarias en piel), asociado a amplias poblaciones de simúlidos, se genera una alta transmisión de la filariasis. La oncocercosis nos muestra que los procesos médico-biológicos no son arbitrarios, que se encuentran sujetos a principios en donde la propia naturaleza interior del hombre, es un elemento inseparable de su naturaleza exterior, y de la forma en cómo la transforma, bajo un comportamiento productivo social e históricamente determinado.

Otro elemento en la dinámica de transmisión que permitió corroborar nuestros supuestos acerca de las rela-

ciones internas de los procesos médico-biológicos, fue el Potencial Anual de Transmisión²⁶ (PAT), indicador que se obtiene a partir de la cantidad de microfilarias metacíclicas encontradas en los simúlidos capturados en un tiempo determinado. Nuevamente se observa una relación entre la cantidad de moscas capturadas y el PAT²⁷ (cuadro 11).

Con lo cual podemos concluir que la relación entre estas dos variables es estrecha, es decir, PAT depende significativamente de la densidad de simúlidos.

Vemos, por otra parte, que existe una relación entre la prevalencia de oncocercosis y el PAT²⁸ (cuadro 12).

²⁵ El modelo no lineal que explica mejor este caso es $Y = \alpha - \beta/x$ linealizable mediante las transformaciones $W = \text{Log } Y$, $Z = -1/X$; por mínimos cuadrados encontramos $W = 5.0268 + 4.2517Z$, el coeficiente de correlación resultó de -0.988894 con un nivel de significancia de 0.0083, estas cifras nos aseguran una dependencia entre prevalencia y microfilarias por miligramo de piel.

²⁶ Este se obtuvo en cuenta capturas de cinco meses. por tanto estrictamente deberíamos de hablar de un potencial para un periodo del año, agosto-diciembre de 1982.

²⁷ Con los datos del cuadro 11, se realizó el análisis de regresión lineal correspondiente, estimando por mínimos cuadrados $Y = 2.2832 + 0.001X$, un coeficiente de correlación (r) de 0.9925744, resultando un nivel de significancia de 0.00528.

²⁸ El resultado del análisis de regresión lineal fue el siguiente: el modelo que mejor se ajustó en el caso de $Y = \alpha \beta x \mu$, linealizado mediante la transformación de $W = \text{Log } Y$. La función estimada $W = -8.5194 + 0.01395X$, tiene un coeficiente de correlación de 0.9065014,

CUADRO 11

Comunidad	Densidad total de S. Ochraceum	PAT*
Cauhtémoc	2,735	0.01
Nueva América	3,614	0.01
Las Golondrinas	6,817	6.09
Rosario Zacatonal	25,637	22.12

FUENTE: Estudios Entomológicos. (1982).

* Con el fin de ensayar diferentes modelos que se ajustaran al fenómeno, se incrementó en 0.01 los valores del PAT.

CUADRO 12

Comunidad	Portadores de Microfilarias % de prevalencia (X)	PAT* (Y)
Cauhtémoc	18.93	0.01
Nueva América	46.44	0.01
Las Golondrinas	69.05	6.09
Rosario Zacatonal	79.04	22.11

FUENTE: Estudios Parasitológicos. Estudios Entomológicos (1982).

* Con el fin de ensayar diferentes modelos que se ajustaran al fenómeno, se incrementó en 0.01 los valores del Potencial Anual de Transmisión (PAT).

CUADRO 13

Comunidad	Microfilarias por Mg. piel (X)	PAT* (Y)
Cauhtémoc	2.02	0.01
Nueva América	4.01	0.01
Las Golondrinas	4.75	6.09
Rosario Zacatonal	6.41	22.12

FUENTE: Estudios Parasitológicos, Estudios Entomológicos (1982).

* Con el fin de ensayar diferentes modelos que se ajustaran al fenómeno, se incrementó en 0.01 los valores del PAT.

Finalmente, se observa una relación entre la carga de microfilarias por miligramo de piel y el PAT²⁹ (cuadro 13).

UN ASPECTO SOCIOECONOMICO Y LOS ASPECTOS MEDICO-BIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD

Hemos señalado que los hechos médico-biológicos no están aislados de un

y un nivel de significancia de 0.09287, con lo cual podemos hablar de una posible relación entre las dos variables, pero, pensamos que por la escasez de datos disponibles, ésta no se presentó significativamente.

contexto socioeconómico, analicemos la relación entre el número de quintales de café por unidad de superficie (hectárea de cafetal en producción) contra microfilarias por miligramo de piel y prevalencia.

En el cuadro 14, se observa que a mayor producción por hectárea de cafetal, la carga de microfilarias por

²⁹ En el análisis estadístico se obtuvieron resultados semejantes a los comentados para la tabla anterior, éstos fueron $Y = -14.3325 + 4.9767 X$ con un coeficiente de correlación $r = 0.8673$ y el nivel de significancia de 0.13314. Con estos datos no podemos asegurar relación significativa entre estas dos variables.

CUADRO 14

Comunidad	Quintales/ Hectárea de Cafetal (X)	Microfilarias por Mg. piel (Y)
Cauhtémoc	27.94	2.02
Nueva América	13.94	4.01
Las Golondrinas	5.59	4.75
Rosario Zacatonal	1.81	6.41

FUENTE: Encuesta Socioeconómica. Estudios Parasitológicos (1982).

CUADRO 15

Comunidad	Quintales/ Hectárea de Café (X)	Portadores de Microfilarias % de prevalencia (Y)
Cauhtémoc	27.94	18.93
Nueva América	13.94	46.44
Las Golondrinas	5.59	69.05
Rosario Zacatonal	1.81	79.04

FUENTE: Encuesta Socioeconómica. Estudios Parasitológicos (1982).

miligramo de piel es más baja, y viceversa a menor producción del grano por unidad de superficie, existe una alta densidad de parásitos en piel.³⁰

Por otra parte, vemos en el cuadro 15, que existe una relación entre Qq/Ha. y prevalencia, la reciprocidad se presente nuevamente manifestando la desventaja para los campesinos que habitan en Rosario Zacatonal.³¹

CONCLUSIONES

La situación económico-social de las diferentes unidades familiares de campesinos en la región económica cafetalera capitalista, (e inscritas en una estructura de clase), se refleja en los diferentes niveles de transformación de la naturaleza. El uso particular dado al ambiente natural, base sobre la cual producen los campesinos, es también el lugar de reproducción de simúlidos transmisores de la oncocercosis, existiendo diferentes niveles de modificación de la selva original del Soconusco, lo que influye sobre los diversos aspectos

del ciclo de desarrollo del vector de la filariasis.

Hasta ahora no sabemos cuáles son los elementos que pudieran estar participando de manera inmediata en el desarrollo de *S. ochraceum*, pero conocemos que los distintos niveles de transformación de la naturaleza exterior al hombre (la selva), se encuentran en relación a condiciones propicias o inadecuadas para el desarrollo de los vectores de la oncocercosis, siendo como ha quedado demostrado, mucho más favorable donde la apropiación de la naturaleza por los grupos sociales es más diversificada, pero "anárquica" y con bajo nivel técnico en los cultivos, situación que se explica por las condiciones de pobreza en que viven los habitantes de las comunidades. Por el contrario, donde las condiciones económico-sociales han evolucionado más hacia una producción para el mercado, adquiriendo características más capitalistas, las condiciones propicias para las poblaciones del vector se ven mucho más limitadas, manifestándose esto en bajas densidades de simúlidos.

³⁰ En el análisis de regresión lineal entre los dos indicadores (cuadro 14) se obtuvieron los siguientes resultados: el modelo que mejor se ajustó es: $Y = \alpha\beta x \mu$, linealizado mediante $W = \text{Log. } Y$, resultando por mínimos cuadrados $W = 0.8212 - 0.0181X$ con un coeficiente de correlación $r = 0.98703$, confirmándose la relación significativa de estas dos variables por el nivel de significancia de 0.00993.

³¹ El modelo estadístico que mejor se ajustó en el análisis de regresión lineal fue: $Y = \alpha + \beta x + \mu$, estimando por mínimos cuadrados: $Y = 81.6724 - 2.2977X$, un coeficiente de correlación de -0.996545 y un nivel de significancia de 0.00239, cifras que corroboran la dependencia de la prevalencia con respecto a la producción de Qq/Ha.

Se ha visto que la construcción del espacio productivo depende de las posibilidades económicas de las unidades familiares, cuando más pobres son, mayores áreas de siembras de maíz y frijol y el café se mantiene bajo condiciones técnicas atrasadas o "arcaicas", lo cual repercute en la producción por hectárea obteniéndose bajos rendimientos. El ecosistema cafetalero que se deriva de esta situación, aunado a una producción de granos alimenticios (lo cual hace que el espacio de producción sea heterogéneo), está asociado a grandes densidades de simúlidos transmisores de la filariasis, lo que aunado a un porcentaje alto de individuos con altas cargas de microfilarias por miligramo de piel, se traduce en una alta transmisión de oncocercosis.

Por el contrario, una mejor situación económico-social permite a los agricultores dedicarse exclusivamente a la siembra mercantil del café. Al abarcar casi la totalidad de la superficie disponible, el ecosistema cafetalero adquiere características más homogéneas, a su vez, un mejor manejo técnico del cafetal conlleva una más alta producción por hectárea (mayores beneficios económicos), y la naturaleza vegetativa que se constituye difiere grandemente de las condiciones naturales originales (a diferencia del caso anterior). En este espacio de producción las condiciones para la reproducción de simúlidos se ven disminuidas, por tanto, las personas que viven bajo estas circunstancias, reciben menor número de picaduras por día, hecho que está

asociado a una baja prevalencia de oncocercosis y de bajas cargas de microfilarias por miligramo de piel, el resultado es una baja transmisión de la enfermedad.

Así pues, lo anterior explica el hecho de que: "cuando más pobres son las condiciones de vida, más graves proporciones adquiere el padecimiento. . ." (Felipe Montemayor).

Una conclusión final: *la naturaleza exterior* al hombre, en este caso los tipos y condiciones de los espacios productivos vegetales, socialmente transformados y con ello las poblaciones animales asociadas a determinado ecosistema (dentro de los cuales existen los vectores de la oncocercosis), y *la naturaleza interior* del hombre, hombre enfermo, infectado, por lo tanto en su propia naturaleza interior existen las filarias y microfilarias, son dos elementos que en la enfermedad oncocercosa se presentan relacionados mutuamente, condicionados, concatenados e *inseparables* y *determinados* en última instancia por la situación económico-social. La oncocercosis nos muestra lo limitado de las concepciones biomédicas, que buscando el "agente causal", "la molécula", etcétera no dan cuenta del problema en su conjunto, conceptualizando a la sociedad y la naturaleza como "dos aspectos" totalmente aislados, posición tan reduccionista que les lleva a conocer el ardor a "profundidad" sin darse cuenta que éste se encuentra en un gran bosque.

Efectivamente, la ciencia biomédica positivista, con sus "métodos" de

investigación, carente de una concepción teórica general, excluye y oculta sofisticadamente las condiciones económico sociales que engendran y determinan el movimiento de procesos médico-biológicos, como en el caso de la oncocercosis, procesos que en la sociedad capitalista no significan otra cosa que la explotación inmisericorde de grandes masas de población, imponiendo a la producción características anárquicas, subordinando el desarrollo económico social al interés de acumulación de unos cuantos y de allí, al ocultamiento de la necesidad de la transformación de la sociedad, hacia otras formas superiores de organización económico-social: el socialismo y el consumismo.

Si bien es cierto que la sociedad y la naturaleza son contrarios, éstos constituyen un todo antitético, la naturaleza mediante sus procesos y leyes, responde a la transformación social de que es motivo, instalando nuevos equilibrios y relaciones armónicas de procesos concatenados. Con lo anterior, se tiende a mantener su existencia y la existencia misma del hombre, que es resultado de un proceso natural e histórico natural.

En cambio, bajo las actuales relaciones capitalistas, el hombre tiende a suprimirse a sí mismo y con ello a su contrario y complementario —la condición de su existencia—, al generarse una contradicción entre su naturaleza humana y las condiciones de existencia corporal y espiritual, resultado de la explotación, hecho que no es otra

cosa que la negación de su propia naturaleza.

Con lo anteriormente expuesto, tenemos que un padecimiento médico-biológico, nos ha remitido a un problema fundamentalmente económico-social, es decir, a la necesidad de una sociedad más justa e independiente del capital extranjero, del imperialismo internacional que subordina el desarrollo de toda la región del Soconusco, habiendo implantado la cafecultura y creando a su vez una zona proveedora de la materia prima (el café) para su industria.

Pensamos que la oncocercosis por su *contenido*, es resultado de los antagonismos de clase que imperan en nuestro país entre poseedores y desposeídos, por la anarquía a que se sujeta la producción bajo las relaciones modernas, dada la existencia de grupos sociales diferenciados que se apropian de distinta forma de la naturaleza exterior de acuerdo a su condición económica-social. Por su forma, la oncocercosis se establece de manera mucho más drástica donde el cultivo de café se realiza bajo técnicas atrasadas, arcaicas, afectando con mucha mayor severidad a los grupos sociales más desfavorecidos en la estructura social, el campesinado pobre (y el proletariado en las fincas cafetaleras).

En cuanto al primer punto, la oncocercosis y las causas que le dan origen nos plantean la transformación de las relaciones sociales de producción capitalistas, hecho que se dará a partir

de la alianza de proletarios y campesinos pobres y, bajo la dirección político-ideológica de los primeros. En particular, la oncocercosis, analizada bajo una perspectiva totalizadora, plantea la negación de la situación de explotación a que se encuentran sujetas grandes masas en el Soconusco, y a partir de la implantación de relaciones socialistas, ir creando las bases para relaciones más igualitarias entre los hombres, y con el advenimiento de la sociedad comunista, la instauración de una nueva relación Sociedad-naturaleza.

En cuanto a su forma vista ésta de manera unilateral, y en la medida de que las grandes masas requieren de la atención de su problema de salud, antes de la transformación de la sociedad, nuestro estudio sobre la oncocercosis muestra que desarrollando la tecnología cafetalera, existen amplias posibilidades de suspender la transmisión bajo las actuales leyes sociales como creemos haberlo demostrado en otro trabajo.³² Las medidas a tomar deben tender a mejorar las condiciones de vida de campesinos pobres y proletarios agrícolas, ¡un verdadero reto para la burguesía y el Estado!, quien tendría que promover créditos con mínimos intereses (a fondo perdi-

do), la colectivización de los ejidos actualmente existentes.

El reparto agrario de latifundios cafetaleros en la zona, que mediante un sinnúmero de maniobras legales han evadido las leyes agrarias en nuestro país, entregando las tierras a obreros y campesinos pobres para su explotación colectiva, lo anterior aunado a la instauración de una industria nacional cafetalera bajo el control de los propios obreros y campesinos, generándose productos que competirían contra las transnacionales (Nestlé, etcétera) hecho que no sólo beneficiaría al país, sino también a los afectados, presentándose la oportunidad de suspender otras enfermedades que tienen el mismo origen y causalidad (diarreas, parasitosis intestinales, tuberculosis), al mejorar la situación económico-social de los cafetaleros pobres y proletarios de la región.

RECONOCIMIENTOS

Trabajo realizado en el Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, parcialmente financiado por Social and Economic Research Component of the WHO/World Bank/UNDP Special Programme for Research and Training in Tropical diseases.

El análisis estadístico se realizó en el Departamento de Computación de la Facultad de Medicina, UNAM y estuvo a cargo del actuario Aurelio Jiménez H.

La información aquí analizada es resultado del trabajo realizado por el

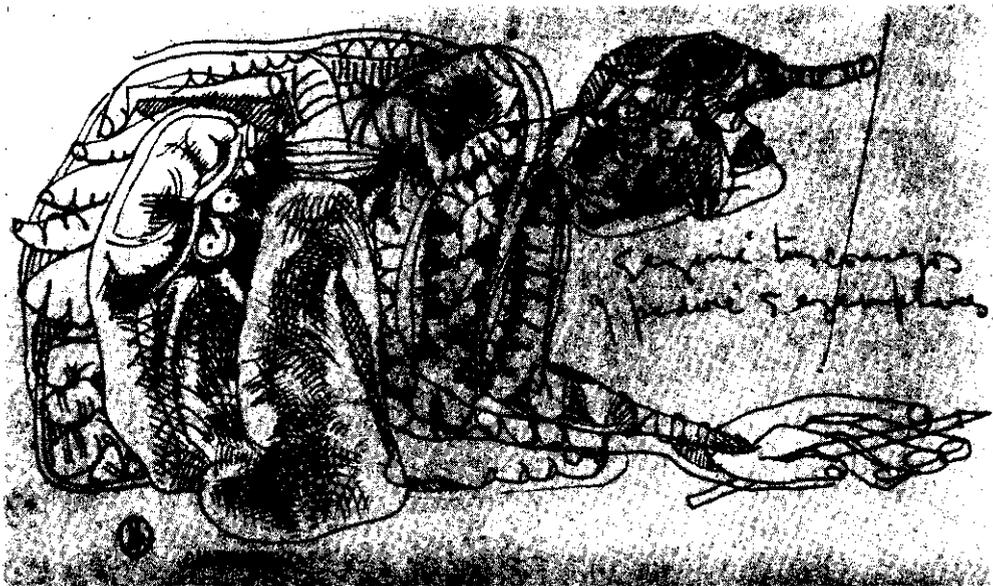
³² Miranda Ocampo R. y Jiménez Huesca A., *Vigilancia Epidemiológica de la Oncocercosis: un Enfoque Económico-Social*. (Borrador en elaboración 1984. Está siendo preparado para su publicación por Ortega Gutiérrez M.)

equipo interdisciplinario de las líneas: Epidemiología y Aspectos Socioeconómicos de la Oncocercosis.

Mario Oliver C., Alfredo Ramírez R., Emilio Villafuerte M., Aníbal Aguirre S., Román Pulido E., J. Alberto H. Colorado, Alfredo Domínguez V., Mariano Gómez S., Eladio

Vázquez P., J. Mario Corroy N., J. Luis Vázquez C., Aurelio Jiménez H., Gabriel Abud G., Cecilia Díaz P., Frida Kramsky y Andrés Bautista.

Eduardo L. Menéndez, Roberto Thompson González y Manuel Díaz C. leyeron los borradores, se agradecen sus comentarios.



La apoteosis del DDT y el problema de la erradicación del paludismo en América Latina

Saúl Franco

Después de permanecer 65 años en el anonimato entre su síntesis y el descubrimiento de su acción insecticida, el Dicloro-difenil-tricloroetano, D.D.T., presenta uno de los más espectaculares saltos a la fama y entre los compuestos químicos. En dos años su producción se multiplica por un factor de 5 en Estados Unidos; en los primeros diez años de su producción industrial, ésta se multiplica por un factor de 10, y antes de llegar a los veinte años el factor es ya mayor de 20. Pero no sólo su producción crece espectacularmente; su uso desplaza en pocos años a productos y técnicas que llevan medio siglo de prueba. Tan arrollador es su avance que logra encubrir sus propias debilidades y limitaciones, puestas de manifiesto muy poco después de su

utilización en el campo de los insecticidas. Y todavía hoy, treinta y nueve años después de su primera práctica médica, muchos de los graves interrogantes que se levantan frente a su uso masivo y sistemático —desde los campos de la genética, la ecología y la carcinogénesis— son matizados o contratados por los éxitos y beneficios del producto y, sin duda, por la danza de millones que hay tras de él.

Sigámonos los pasos a tan maravilloso derivado químico.

1. LA HISTORIA QUE EMPEZO EN ARGELIA

El Dicloro-difenil-trocloroetano fue sintetizado en 1874 por un alemán: Othmar Zeidler. En 1939 Paul Müller,

químico suizo, observó que en su laboratorio las moscas morían al estar en contacto con el polvo de D.D.T. Para la agricultura y para la medicina, en donde bajo el predominio de la teoría etiopatogénica cualquier mecanismo de acción antivectorial era de gran utilidad, la observación de Paul Müller abría un horizonte promisorio. A Müller se le otorgó el Premio Nobel y sus conclusiones empezaron a ponerse a prueba —obviamente las experiencias se harían en las Colonias, en militares y prisioneros de guerra.

En 1943 se presenta en Argelia una gran epidemia de tifo exantemático que atraviesa el Mediterráneo e invade Nápoles. Un año antes es utilizada la patente suiza del compuesto químico y en septiembre de 1942 se vende la primera muestra a Estados Unidos. El producto es utilizado por primera vez en los prisioneros civiles y militares de Argelia infestados de piojos; los estudios “demostraron que el D.D.T. es una sustancia química muy eficaz y de efectos duraderos para despiojar a los individuos y mantenerlos exentos de infestación”.¹ El doctor Fred Soper trabajaba por entonces en el Grupo de Tifus de la Fundación Rockefeller en Argelia. Los experimentos en prisioneros y algunas observaciones del grupo y del propio doctor

Soper en relación con la acción residual del compuesto, estimularon su utilización masiva. El D.D.T. en gran escala, como pediculicida, se usa por primera vez en la epidemia de Nápoles en 1943-1944 bajo la dirección de la Comisión de Control de los Aliados y la cooperación del Grupo de Tifus de la Fundación Rockefeller. El éxito alcanzado en Nápoles a principios de 1944 hizo que el producto empezara a emplearse en polvo contra el tifus en toda Europa occidental en 1944-1945.

“En la primavera de 1944 el cirujano del Teatro de Operaciones de Estados Unidos de América en el Mediterráneo solicitó que los miembros de la Comisión de Sanidad de la Fundación Rockefeller que prestaban servicios en Italia emprendieran estudios sobre el empleo del D.D.T. para combatir el *A. labranchiae*, especie anofelina italiana con hábitos endófilos y vectora de malaria.

”En esas fechas la zona con que se enfrentaban los ejércitos aliados había sido considerablemente inundada y minada por el ejército alemán al batirse en retirada, de suerte que resultaba muy peligrosa, si no imposible, la acostumbrada aplicación de larvicidas para el control de la malaria.

”Posteriormente la Comisión de Control de los Aliados para Italia invitó oficialmente a los miembros de la Comisión de Sanidad a que organizaran una unidad de demostración de control de la malaria, patrocinada por la Subcomisión de Salud Públi-

¹ Kerr, J.A., “Introducción”, *Publicación Científica* 233, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972, pp. XIX-XLI, cit. p. XXXIV.

ca.”² La solicitud se cumplió sin tardanza. En 1944 y 1945 se aplicó D.D.T. al 5%, disuelto en kerosene, a las paredes y techos de todos los edificios en zona de Castel Volturno, en la costa, al norte de Nápoles. Los resultados fueron óptimos, en términos de reducción de densidad de mosquitos y de índices parasitarios. En 1945 se emprendió un proyecto similar en la delta del Tíber, en una extensión de 216 km², rociando con D.D.T. al 5% los edificios ocupados por las tropas. “Un año después del tratamiento no se encontró ningún anofelino en los locales previamente rociados que fueron examinados en el delta. Durante el periodo de 16 meses de observación se experimentó una reducción significativa del índice parasitario de los escolares de Castel Volturno.”³ Desde entonces se empezaron a utilizar algunas medidas de protección para los rociadores, relacionadas con lo más inmediato: el

contacto físico, y se les dieron lentes, guantes, impermeables y jabón. Los lentes fueron inutilizados por el kerosene y los guantes fueron dejados muy rápidamente. “No se observó en ningún momento durante las operaciones, ni posteriormente, efecto nocivo alguno del D.D.T., aunque ocurrieron algunos casos de dermatitis que normalmente desaparecía a los pocos días. Estas se atribuyeron más bien al kerosene que al D.D.T.”⁴ El insecticida acabó también en Italia con otras moscas, lo que le dio buena acogida entre la población.

Antes de ver cómo la buena nueva se extendió como pólvora por toda América, hagamos dos consideraciones marginales. La primera es que la utilización *intradomiciliaria* del compuesto fue producto de dos hechos diferentes: uno, las observaciones que se estaban llevando a cabo desde que el famoso malariólogo Carlos Chagas insistió en el carácter intradomiciliario de la transmisión y, el otro, militar, que los campos de Italia estaban inundados y minados cuando fue a experimentarse el producto, por lo que no se podía atacar extradomiciliariamente sin grave riesgo. (No es la única vez que en el campo de la malariología se producen tales encuentros.) La segunda está relacionada con la concentración del producto utilizada en sus comienzos y la utilizada posteriormente: una concentración del 5% bastó en Ar-

² Soper, F.L., “La erradicación y el control de la prevención de enfermedades transmisibles”, *Publicación Científica* 233, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972, p. 349.

³ Soper, F.L., Knipe, F.W. y cols., “Reducción de la densidad anofelina mediante el rociamiento pre-estacional de los interiores de edificios con D.D.T. y kerosene seco, Castel Volturno, Italia, 1944-1945 y en el delta del Tíber en 1945, *Publicación Científica* 233, pp. 487-504, Washington, Organización Panamericana de la salud, 1972.

⁴ *Ibid.*, p. 496.

gela y en Italia; pero la campaña erradicacionista ha trabajado con concentraciones de 75 y 100%, y aun así el problema se ha incrementado.

Regresemos a América. El 31 de agosto de 1945 salió el D.D.T. para uso comercial en Estados Unidos. La producción total inicial se usó para proteger a las tropas de malaria, tifo y otras enfermedades vectoriales. "La revolución en el control del paludismo y del tifo entre los ejércitos aliados y entre otros pueblos civilizados durante la segunda guerra mundial se logró con relativamente poco D.D.T."⁵ El antiguo becario de la Fundación Rockefeller, doctor Arnoldo Gabaldón, fue invitado a dictar conferencias sobre control de la malaria a médicos militares en el sur de Estados Unidos y allí el brigadier general James S. Simons, del cuerpo médico del ejército norteamericano, informó al doctor Gabaldón de la existencia de "un insecticida de fórmula secreta" que estaba utilizando el ejército con muy buenos resultados en la lucha contra la malaria en el Pacífico. Apoyado por el doctor Enrique Tejera —quien entonces gobernaba en el estado de Carabobo, Venezuela, y sería después ministro de Sanidad y Asistencia Social, obtuvo el doctor Gabaldón algo hasta entonces prohibido: sacar de Estados Unidos 10 kg de D.D.T. El 2 de diciembre de 1945 se

inició en Venezuela el rociado con el compuesto químico en el rancho de Melecio Castillo, en el pequeño poblado de Morón, distrito de Puerto Cabello, estado de Carabobo.⁶ Con la colaboración del coronel Ernest Steel —director de la Oficina Cooperativa Interamericana de Salud Pública— se logró la adquisición en Estados Unidos del D.D.T. suficiente para iniciar la campaña en gran escala. El 29 de noviembre de 1945 —sólo tres meses después de la comercialización del producto se contrató con Insecticidas Mundiales, C.A., por medio de la Geigy Company Inc. y de la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) el suministro del insecticida para el programa de Venezuela. El doctor Gabaldón afirmaba 25 años después: "Venezuela no tuvo sólo la primicia de haber sido el primer país que comenzara en escala nacional su campaña contra la malaria usando el D.D.T. Fue también el primero cuya área malárica erradicada se admitiera en el registro que para el efecto abriera la Organización Mundial de Salud. . ."⁷

En México la dedetización empezó también en 1945. Primero se probó experimentalmente, en la región arrocerá del estado de Morelos, si protegía a los habitantes rociándolo en las paredes. Se seleccionaron las poblaciones

⁵ Organización Mundial de la Salud, "D. D.T. and its derivatives", *Environmental Health Criteria* 9, p. 42, Ginebra, 1979.

⁶ *Boletín Informativo de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental* 10 (5 - 6): 280, Maracay, Venezuela, 1970. pp. 273-274.

⁷ *Ibid.*, p. 277.

de Temixco y Santa Inés, mientras Acatipla y San José servían como testigos en los trabajos dirigidos por los señores Gahen y Paine. Los resultados fueron muy positivos. Intervino entonces Petróleos Mexicanos e impulsó la campaña en el norte del estado de Veracruz, mientras la Fundación lo hacía en el sur de dicho estado, en Baja California, y extendía el rociado en el estado de Morelos. El uso del D.D.T. se generalizó desde entonces en el país.⁸ En el estado de Tabasco se inicia la dedetización en su capital, Villa Hermosa, el 6 de abril de 1948; los resultados no son allí tan satisfactorios como en el resto del país: la producción de anofeles en la ciudad y sus alrededores "no ha bajado aparentemente con la aplicación del D.D.T. residual en las viviendas."⁹

En diciembre de 1947 se hace la primera dedetización en Ecuador, en el valle de Yunguilla. Se usó D.D.T. al 5% disuelto en kerosene, consumiéndose un total de 780 kg.¹⁰ Un año después se legislaba en el país contra el paludismo y se definía como método de lucha el rociamiento con D.D.T.,

el que utilizaban al 5% en kerosene y, en ocasiones, en polvo humectable. La dosis era de 2 gramos por metro cuadrado, hasta tres metros de altura, realizando tres rociamientos anuales. El D.D.T. era aportado en buena parte por la OSP, que ya para entonces estaba presidida por el doctor Fred Soper. Las primeras reacciones de la población en contra de los rociamientos se debieron a que el insecticida no mataba otros insectos y mosquitos considerados muy dañinos.

Desde 1947 la OSP recomendó a todos los países miembros el empleo del D.D.T. para el rociamiento de las casas en las zonas afectadas. Para 1948 se notaba ya la disminución del número de casos en los países donde empezaba a utilizarse. En marzo de 1954, un editorial del órgano informativo de la Organización Panamericana de Salud, OPS, titulado "La lucha contra el paludismo en escala continental" dice: "A instancias de la OPS, en 1949 las autoridades sanitarias de Panamá y las de la zona del Canal decidieron llevar a cabo un programa para el control de la fiebre amarilla y del paludismo. Se utilizó con éxito el D.D.T.[. . .] En el mismo año, la UNICEF convino en cooperar con la OPS y algunos de los

⁸ Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, "Breve reseña histórica del paludismo en México", mimeo. M. D. 301-A.

⁹ Salinas López, L. y Requet, S., "Resultados obtenidos con la aplicación del D.D.T. residual en Villa Hermosa, Tabasco", *Revista de Paludismo y Medicina Tropical* 2 (1):31, México, enero-

marzo de 1950.

¹⁰ Montalbán, J.A., "Paludismo en el Ecuador", *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical* 5 (1 y 2): 41-87, Guayaquil, Ecuador, enero-junio de 1948.

países miembros en una campaña encaminada a erradicar los vectores del paludismo y la fiebre amarilla urbana. De conformidad con este acuerdo, la UNICEF asignó aproximadamente \$500 000 dólares para una campaña de control de insectos en Honduras Británica, Costa Rica, el Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua bajo la dirección técnica de la OPS/OMS. Esta campaña comenzó en junio de 1950. . ."¹¹ Para 1954 recibían o habían recibido apoyo de OMS/OPS para campañas antipalúdicas a base de D.D.T.: Jamaica, Surinam, Grenada, Dominica, Santa Lucía, Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Honduras Británica, El Salvador, Perú, Guayana Francesa, Trinidad, Costa Rica y Cuba.

Lo que empezó como experimentación en prisioneros en Argelia en 1943, se convirtió en menos de 10 años en una acción de carácter continental en América, en la que se combinaban la magnitud del problema palúdico regional, los intereses del capitalismo de posguerra, la eficacia real del insecticida en contra de los vectores, la hegemonía lograda por la OPS en las políticas sanitarias regionales y, dentro de ella, de la corriente erradicacionista encabezada por el doctor Soper. Los cuatro factores (magnitud del problema, intereses del capitalismo de

posguerra, eficacia del producto químico y hegemonía de la OPS y del erradicacionismo en su interior) son ciertos, pero no tienen igual importancia ni determinan igualmente el acelerado expansionismo de la dedetización. La magnitud del problema era grave por entonces en América, pero no mucho más que al terminar la década de los años treinta, cuando se ceñía sobre el continente el grave riesgo del *A. gambiae*, o que en tiempos de las epidemias ya enunciadas. Planteo entonces que el rápido predominio del D.D.T. en el campo de la malariología se debió a que el producto reunía como mínimo las tres condiciones siguientes:

i) Consolidaba una concepción de la enfermedad (como hecho predominante biológico e individual, dentro del esquema de un agente, un huésped, un vector y un medio ambiente externo) y una forma de enfrentarla (acción directa contra sujetos —vectores— o factores externos principalmente físicos) que encajaba bien con el modelo de una sociedad capitalista.

ii) Dada la eficacia probada del producto, abría perspectivas reales al saneamiento de grandes contingentes de fuerza de trabajo, requerida tanto para la explotación agrícola y de los recursos naturales como para el acelerado proceso de industrialización que se vivía. Simultáneamente, la acción antipalúdica iba a facilitar directamente y a reducir los costos de explotación de la agroindustria y de los recursos energéticos, en especial del petróleo.

¹¹ *Boletín Organización Panamericana de la Salud* 36 (3); Editorial, 1954.

iii) La producción industrial de pesticidas y su concentración en un reducido grupo de empresas transnacionales (Shell, Dupont, Ciba-Geigy y Bayer) ofrecía un próspero campo de realización del capital.

En este contexto aparece la explicación de por qué el primer Director de la Organización Panamericana, de Salud (Antes existía la Organización Sanitaria Panamericana), fue un médico nacido en 1893, que sirvió a la Fundación Rockefeller desde que se graduó de médico al terminar la primera guerra mundial, que trabajó con los ejércitos norteamericanos en la segunda guerra mundial, que participó en las pruebas del D.D.T. desde Argelia e Italia y que abanderaba la vertiente erradicacionista llamado Fred Lowe Soper.

2. EL ARMA QUE EXTERMINO A LAS DEMAS

a) *El entierro de la ingeniería sanitaria.* Cuando surgió el D.D.T. como insecticida exitoso en la acción antipalúdica hacía cinco siglos que el mal se trataba con quina y sus derivados y medio siglo que se le asestaban importantes golpes con armas como la ingeniería sanitaria. Pero la bomba química surgió con tal fuerza, en un momento tan propicio y en tan buenas manos, que le bastaron pocos años para dar cuenta de sus rivales centenarios. Un hecho sucedido en Argentina y relatado por el propio doctor Soper muestra lo que fue el rechazo a cual-

quier medida que no fuera la dedetización para combatir la malaria. En dicho país no sólo se restringió la venta de medicamentos antipalúdicos, sino que: "En 1947, cuando se decidió recurrir exclusivamente al D.D.T. de acción residual, se hizo una ceremonia de enterramiento público del material y equipo de drenaje y larvicida a fin de impresionar al personal del servicio de malaria y al público [...] que se había dado comienzo a una nueva era en el control de la enfermedad."¹²

Los métodos largamente probados comenzaron a parecer ineficaces, costosos e impracticables frente a la simplicidad, ahorro y eficacia del nuevo agente. "A juzgar por los informes de hoy y de otros disponibles, la mayor parte de la malaria de las Américas puede controlarse fácilmente mediante rociamientos domiciliarios de acción residual [...]. Por primera vez se dispone de un método eficaz y económico que por sí solo permite combatir la malaria, se presta a la estandarización y su aplicación ofrece confianza en casi todas las áreas maláricas de las Américas",¹³ decía en 1950 el Direc-

¹² Soper, F.L., "Proyectos Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas. V. Principios generales de los programas de Erradicación en el hemisferio occidental", *Publicación científica* 233, Washington, Organización Panamericana de la Salud. pp. 505-516, cit. p. 514. 1972.

¹³ *Ibid.*, p. 509.

rector de la OPS ante el Simposio de la Sociedad Nacional contra la Malaria. Poco antes el médico italiano Missiroli, convencido por el éxito del insecticida en su país, afirmaba que: "el avenamiento y el relleno de terrenos ya no eran de importancia para el control de la malaria en Italia y que con un suministro suficiente de D.D.T. la enfermedad desaparecía del país como problema de Salud Pública en un plazo de cinco años".¹⁴ El doctor Soper agrega que "esta profecía ya se ha cumplido". Esta "profecía" de Missiroli se tomó tan en serio que en todos los contratos elaborados en la década de los años cincuenta entre los gobiernos y las organizaciones internacionales financiadoras e impulsadoras de la erradicación se fijó el profético plazo de cinco años para lograr el objetivo. El plazo hoy se ha multiplicado por cinco y su límite aún no se divisa.

Todas las actividades antipalúdicas iniciadas o continuadas después de 1945 a lo largo de América se centraron en la aplicación del compuesto químico. La investigación se fue localizando en el descubrimiento de nuevos insecticidas y en las pruebas de susceptibilidad de las diferentes especies de mosquitos al D.D.T. Los problemas operativos consistían ya en cómo proveer suficiente cantidad del insecticida oportunamente; en calcular

la dosis óptima, la mejor concentración, el nivel hasta el cual debería hacerse el rociado y la periodicidad del mismo. Los informes se iban a orientar a precisar el número de rociamientos por día, el número de casas rociadas por cada brigadista en la unidad de tiempo y la población cubierta por los rociamientos. Ya casi no se medía el paludismo; se medía el D.D.T.

El fanatismo dedetecista subió hasta tal punto que llegaron a considerarse como hechos lamentables la utilización complementaria de cualquier otra forma de reforzamiento del trabajo antimalárico. En Panamá, por ejemplo, se decía hacia 1950: "[...] la malaria es ya una enfermedad muy poco común. Lamentablemente, después del reciente cambio de gobierno ha circulado el rumor de que se proyecta aplicar de nuevo medidas de avenamiento y antilarvarias".¹⁵

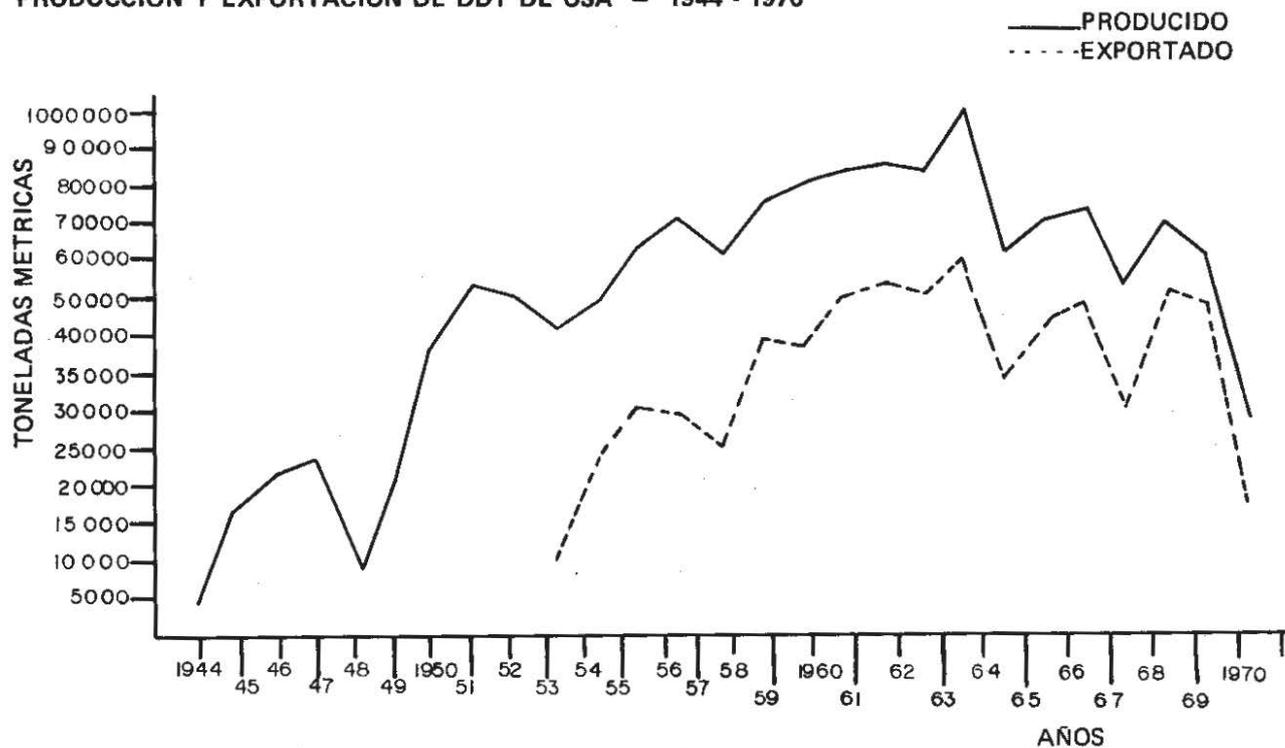
b) *Una competencia desigual.* El éxito del D.D.T. llevó a un ascenso vertical en su producción que no alcanzaba a cubrir las enormes demandas de los programas en todos los países. La gráfica 1, cuyos datos están tomados del ya citado informe del grupo de expertos de la OMS en insecticidas,¹⁶ muestra la producción anual total de D.D.T. en Estados Unidos y la cantidad que se exportaba entre 1953 y 1970. En la producción se nota un incremento que va de 4 366 to-

¹⁴ *Ibid.*, p. 508.

¹⁵ *Ibid.*, p. 515.

¹⁶ OMS, *op. cit.*

GRAFICA 1
PRODUCCION Y EXPORTACION DE DDT DE USA - 1944 - 1970



FUENTE: Datos de la Comisión de Tarifas de USA en DDT y sus derivados.
 Environmental Health Criteria 9 WHO 1979 p. 42

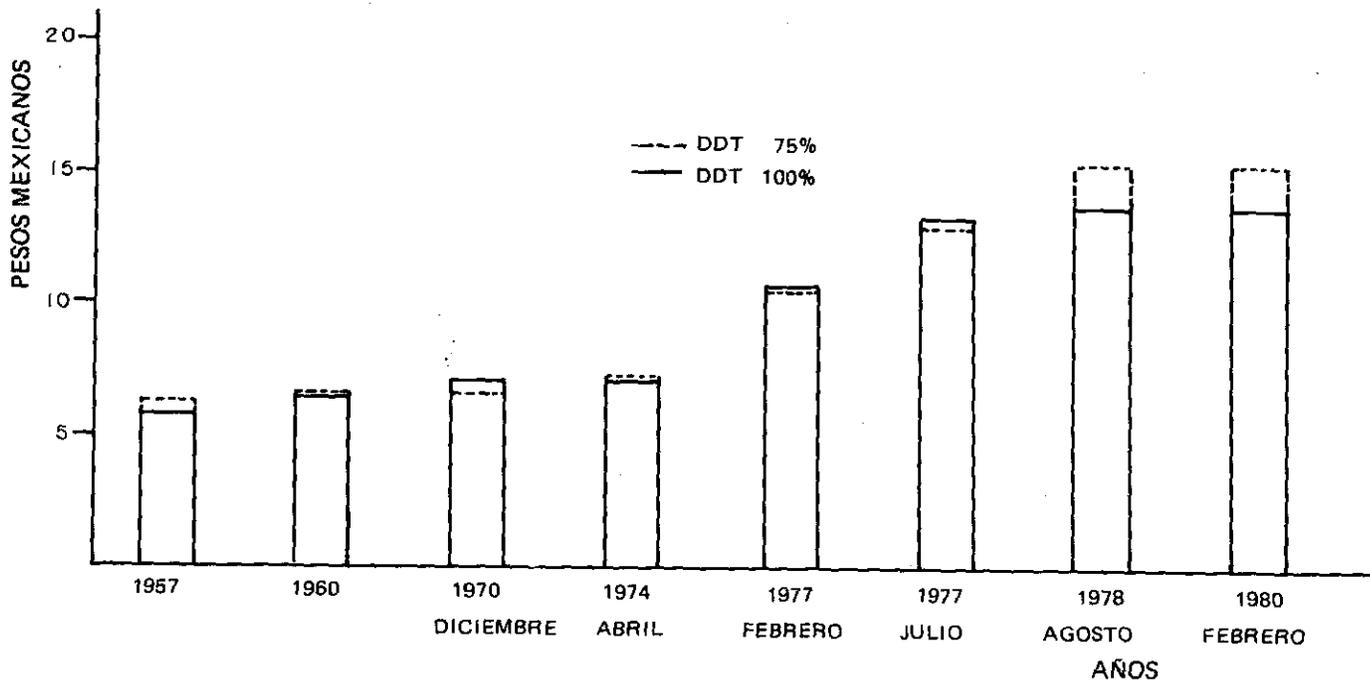
neladas métricas en 1944 a 44 088 diez años después; logra su máximo en 1963 con 81 154 toneladas, para luego decrecer hasta 26 860 en 1970. Si bien no todo el producto se consumía en acciones antimaláricas, tampoco aparece ajena la curva de producción en Estados Unidos a los altibajos de la campaña erradicacionista. Algo similar ocurre en cuanto a la exportación, con la salvedad de que el producto empezó a ser producido en otros tres países: Francia, la India (que consume altísimas cantidades) y México. Al mismo tiempo que se incrementaba la producción del compuesto clorado, se desencadenó una gigantesca competencia en la elaboración de otros insecticidas que trataban de desplazar al codiciado producto o al menos compartir tan prósperos mercados. La OMS asumió entre otros papeles el de poner a prueba los miles de compuestos propuestos y dictaminar sobre su aplicabilidad, sus ventajas y sus problemas. En la conferencia ya citada, el Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OPS/OMS en 1972,¹⁷ afirmaba que en la década de 1960-1970 la OMS había ensayado más de

1 400 insecticidas (lo que daría un promedio de 140 por año), de los cuales sólo había recomendado finalmente dos: el malathion y el propoxur, como posibles sustitutos del D.D.T. Por su parte, el Director de la División de Biología y Control de Vectores de la OMS opinaba en el Grupo de Estudio del Control de la Malaria en las Américas en 1977,¹⁸ al evaluar las limitaciones en el progreso del análisis y evaluación de nuevos insecticidas de acción residual, que éstas consistían fundamentalmente en dos: "En primer lugar, y en vista del rápido aumento de los gastos de investigación y desarrollo, la industria no desea invertir sumas significativas en la producción de nuevos plaguicidas para los cuales tal vez no haya un mercado amplio; en la lucha contra la Malaria, la demanda es limitada [. . .] Así se explica que la cantidad de nuevos productos químicos recomendados para la segunda fase de la evaluación del programa de la OMS, que alcanzó en tiempos pasados la cantidad de 50 insecticidas por año, disminuyera a tres en 1976 y que para 1977 no se propusiera ninguno. La segunda razón de la mencionada limitación es que la OMS ya no cuenta con los recursos necesarios para lle-

¹⁷ García Martín, G. "Agricultura y Malaria. Beneficios y problemas del uso de pesticidas en la protección de la salud del hombre", *Boletín informativo de la Dirección de Malariología y Saneamiento ambiental* 12 (4 - 5) Maracay, Venezuela, agosto-septiembre de 1972, pp. 219-227, cit. p. 221.

¹⁸ Hamon, J., "Investigaciones sobre control del vector y lucha contra la malaria," *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* 85 (5), 1978, p. 421.

GRAFICA 2
COSTO KILOGRAMO DDT MEXICO - 1957-1980



FUENTE: CNEP, Departamento de compras. Archivo facturas. Pedidos mayores

var a cabo evaluaciones en gran escala.”¹⁹ Una vez más se aprecia que la investigación no es hija neutral de las necesidades humanas (la malaria no sólo no se ha exterminado, sino que, al contrario, resurge en forma alarmante) y que tiene mucho que ver con las necesidades y conveniencias del mercado mundial.

Al no encontrar rivales fuertes e incrementarse sus demandas durante casi dos décadas, era lógico que los precios del D.D.T. no iban a permanecer estáticos. La gráfica 2 muestra el precio del producto en México en diferentes momentos. Llama la atención la relativa estabilidad de los precios en los primeros años, para luego producirse alzas muy considerables desde 1972. A partir del segundo semestre de 1978, un kilogramo de D.D.T. al 75% cuesta 20 pesos mexicanos. Cuando la UNICEF hacía en 1955 sus asignaciones para México, la misma unidad del mismo producto costaba 6 pesos mexicanos.²⁰ El costo se ha multiplicado por un factor de 3.3. En otros países los incrementos fueron muy rápidos desde un principio. En Ecuador, por ejemplo, entre 1949 y 1952 se realizó una campaña de erradicación a base del compuesto; “el insecticida aumentó desde el inicio de la campaña en un 80% del costo primitivo”.²¹ Y aún así, el D.D.T. si-

gue siendo el insecticida más barato.

Antes de continuar analizando las ventajas y desventajas comparativas del compuesto en estudio, conviene un listado de los demás insecticidas que han logrado algún margen de aplicación en el problema. En general, pueden reunirse en tres grandes grupos según su origen químico, así:

I. Hidrocarburos Clorados: D.D.T. (OMS-1Q; HCM (OMS-17); y Dieldrin (OMS-18).

II. Carbamatos:
Carbaril (OMS-29); Baygon-Proxopup (OMS-33).

III. Organofosforados:
Malathion (OMS-1); Baytex (OMS-2); y Abate (OMS-786).

Hay otros dos grupos de menor importancia y uso: uno, denominado de los piretroides sintéticos (Resmetrin), Protin, Biorresmetrin); el otro conocido como de los reguladores del crecimiento, entre los cuales el principal es el Metropeno (OMS 1804).

De esta lista, como ya se dijo, sólo muy pocos se han presentado como complementos o alternativas de importancia. En los primeros años de las

¹⁹ *Ibid.*, p. 421.

²⁰ UNICEF archivos; Documento E/ ICEF/ L. 809, México, p. 10.

²¹ Montalbán, J. A., Campaña antipalúdica en el Ecuador, *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical* 8 y 9 (1 - 4), Guayaquil, Ecuador, 1951 - 1952, pp. 34-70.

campaññas se utilizó con cierta frecuencia el Dieldrín. Problemas de toxicidad y su costo (en 1955 cuando la libra de D.D.T. costaba \$0.24 dólares, la de Dieldrín se conseguía a \$1.1 dólares). Los otros dos sustitutos disponibles: el Propoxur (un carbamato) y el Malathion (un fosforado orgánico) tienen considerables desventajas en cuanto a toxicidad, periodicidad del rociado y costos. El D.D.T. persiste en el ambiente hasta 6 meses, periodo no igualado por ninguno de sus rivales. En 1972, un kilogramo de D.D.T. costaba en Centroamérica \$0.52 dólares, mientras que la misma cantidad de Propoxur costaba \$3.76 dólares. Para 1975, el D.D.T. había duplicado su costo y el del Propoxur era entonces de \$6.07 dólares. En cuanto al Malathion: "en 1973 la crisis del petróleo hizo aumentar en forma espectacular el costo de todas las materias primas. Poco después, el precio del D.D.T. aumentó 2.5 veces y el del Malathion se quintuplicó en comparación con el precio anterior a ese año[. . .] Si se incluye el costo de mano de obra y eventualidades, el rociamiento residual con Malathion resulta 4.5 veces más caro y el rociamiento con Propoxur 14 veces más caro que la aplicación de D.D.T.",²² afirma con buenas bases el doctor Bruce-Chwatt. Los expertos de la OMS sobre el tema dan cifras un poco menos elevadas pero igualmente significativas: "Sustituir el D.D.T. por

el Malathion o el Propoxur incrementaría el costo del control de la malaria aproximadamente 3.4 y 8.5 veces, respectivamente, y tales incrementos no serían soportados por algunos países sin disminuir la cobertura de sus programas de control."²³

En cuanto a alternativas más recientes, el doctor Jacques Hamon habla de que como insecticida de acción residual hay varios en consideración y sólo uno con excelentes perspectivas: un piretroide relativamente nuevo,²⁴ cuyo nombre no nos dice pero nos advierte que es muy eficaz, mucho más costoso que los ya convencionales, que no se conoce bien aún su toxicidad a largo plazo, y que es posible que sea el único producto químico utilizable para el rociamiento de viviendas en el futuro cercano. En cuanto a los larvicidas químicos, se siguen produciendo nuevos productos, algunos "excelentes, como el Abate y el Cursban. Por diversos motivos, es muy limitada la aplicación de larvicidas químicos para controlar la Malaria".²⁵

Bien apadrinado; largamente experimentado; más barato; menos tóxico; con inigualada acción residual, el D.D.T. se mantiene como el insecticida de elección en la lucha antimalárica; su rival aún no aparece. Los múltiples problemas de uso han sido generalmente cos, administradores y transnacionales. Y tal consenso tiene demasiado peso.

²² Montalbán, J.A., *op cit.*, pp. 400-401.

²³ OMS, *op cit.*, p. 12.

²⁴ Hamon, J., *op cit.*, p. 422.

²⁵ OMS, *op cit.*

3. EL SALDO ROJO DE LOS INSECTICIDAS

Intoxicaciones de rociadores y rociados; contaminación del ambiente en general y de productos alimenticios en particular; mutagenicidad y capacidad de inducir el cáncer; alteraciones y disminución del sistema inmune; trastornos hematológicos; retardo del crecimiento, y resistencias cada vez mayores y en áreas más extensas son algunos de los hechos y argumentos con que amplios sectores de ecólogos, médicos, técnicos y poblaciones atacan el uso masivo de los insecticidas en la agricultura y en la salud pública. Las protestas han obligado a realizar cambios en las tácticas, suspensiones temporales de ciertos programas, sustitución de unos insecticidas por otros, reuniones de expertos y administradores. Pero puede afirmarse que la respuesta global de las instituciones cuestionadas e implicadas —por medio de sus diferentes instancias técnico-científicas y publicitarias— se ha orientado más a refutar las argumentaciones, ignorar o minimizar los hechos y diluir las responsabilidades, que a buscar alternativas. La lucha ha sido tan aguda en ciertos periodos que algunos gobiernos han tenido que intervenir directamente. Con una rígida selección de la seriedad de las fuentes documentales, acerquémonos a esta problemática por el camino de los hechos.

Las primeras restricciones al uso del D.D.T. se hicieron para tratar de reducir sus residuos en los alimentos y

en la ingesta de animales productores de leche, restricciones que se impusieron en Estados Unidos de Norteamérica al final de los años cuarenta. Más tarde, “a fines de 1960, los ecólogos, preocupados por la prolongada permanencia de ciertos insecticidas en las cadenas alimentarias naturales, lograron que se prohibiera el D.D.T. en Escandinavia, Estados Unidos, Canadá y Japón, y se restringiera el uso de este y otros insecticidas en numerosos países. En 1971 la OMS desaprobó el uso del D.D.T. al aire libre, pero recomendó su aplicación continua en rociamientos intradomiciliarios”.²⁶ En Suecia se prohibió su uso el 1 de enero de 1970 por razones ecológicas. Otros países lo han restringido o prohibido, dejándolo sólo para la protección de la salud. Estas restricciones han contado con el abierto rechazo de las empresas productoras y de núcleos importantes de técnicos y científicos. El doctor Bruce-Chwatt, por ejemplo, ha denunciado la actitud “ambivalente” de varios países —incluido Estados Unidos— “hacia los peligros frecuentemente imaginarios del D.D.T. en el medio ambiente”.²⁷ La polémica —que constituye además una de las más modernas demostraciones de la no neutralidad de la ciencia y la técnica frente a los intereses del gran capital— continúa con

²⁶ Montalbán, J.A., *op cit.*, p. 400.

²⁷ Bruce - Chwatt, L.J., “The Challenge of Malaria. Crossroad, or Impasse”, en Wood, C., *Tropical Medicina: From*

mayor vigencia cada día. Demasiados hechos y peligros frecuentemente no imaginarios siguen pesando sobre la crítica balanza del uso de los pesticidas. Mencionemos sólo dos de los más prominentes saldos rojos de su utilización.

a) *Las resistencias y la experimentada Centroamérica.*

La adaptación frente a los insecticidas se observó por primera vez en 1908 en el estado de Washington, donde el pulgón de San José se hizo resistente al azufre calcinado. Las resistencias de los vectores de la malaria se prevenían desde el comienzo mismo del empleo del D.D.T. en el campo de los insecticidas. Las restricciones impuestas a su uso en Estados Unidos en 1949 consideraban ya también la cuestión de la resistencia que empezaban a crecer.

El Dieldrin es uno de los insecticidas que más rápidamente provoca resistencias. En Ecuador las comprobaron desde 1959 en el anopheles. Honduras fue otro de los muchos países que iniciaron sus primeros rociados sistemáticos con el Dieldrin y que rápidamente lo tuvieron que cambiar por el mismo problema.

El caso más dramático es el de Nicaragua, en donde el 11 de noviembre de 1957 se inicia, según el convenio tripartita, el rociado con Dieldrin, programado para cuatro años consecutivos. Sólo 82 días después —el 4 de febrero de 1958— tienen que hacer la “enmienda número uno al plan tripar-

tita”,²⁸ decidiendo suspender el Dieldrin por las resistencias presentadas por el *A. albimanus* —principal vector del país— el cual desde hacía ocho meses tenía algunos contactos menos intensivos con el insecticida en cuestión.

“En 1970 ascendían a 224 las especies de insectos y ácaros que habían desarrollado resistencia a alguno de los insecticidas, de los cuales 105 tienen importancia para la salud del hombre o de los animales, y 38 especies de mosquitos anofelinos han adquirido resistencia (36 al Dieldrin, 15 al D.D.T. y una al Malathion y el Propoxur).”²⁹ Se debe tener en cuenta que tres de las 10 especies de anofeles vectorialmente importante en América han desarrollado resistencia al D.D.T.: el *A. quadrimaculatus* en Estados Unidos, el *A. pseudopunctipennis* en México y el *A. albimanus* en la costa del Pacífico en México y Centroamérica.

A la resistencia fisiológica hay que agregarle el hábito observado en ciertos mosquitos, como el *A. nuñeztovari*, de picar dentro de las habitaciones pero luego reposar fuera. El doctor Gabaldón opinaba en 1969 en una

Romans to Reality, Academic Press, Londres, 1978, pp. 27 - 48, cit. p. 32.

²⁸ OPS/OMS, Informe del grupo de la Malaria, Nicaragua, 21 de enero-16 de febrero de 1980, p. 3.

²⁹ Bruce-Chwatt, L.J., *op cit.*, p. 222.

reunión conjunta de la Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene y la Société de Pathologie Exotique de Francia que: "Me parece que este hábito natural de quedar fuera de las casas después de haber picado, como la tiene una parte de la población vectora, hoy día es el obstáculo principal para la erradicación. Los demás obstáculos debidos a la actividad del hombre, pueden encontrar soluciones con el tiempo."³⁰ Es posible que no se trate de un "hábito natural" sino de una nueva forma de defensa de la especie. Y aunque el problema es realmente importante en las áreas de influencia del *A. nuñeztovari*, en especial en Venezuela y Colombia, parece distar mucho de ser realmente el obstáculo principal de la erradicación.

Centroamérica ha sido desde hace ya tres décadas uno de los campos de experimentación favoritos para los nuevos pesticidas. El Baytex, el Propoxur, el Malathion, y más recientemente el Clorfoxin, se han rociado sucesiva o simultáneamente en la región. Su articulación en el mercado mundial, fundamentalmente mediante productos agrícolas que requieren irrigaciones con pesticidas, es quizás la principal razón para explicar tan trágica utilización. El cultivo del algodón ha sido uno de los que más ha planteado problemas en relación con el control o erradicación de la malaria. Cuando en la segunda mitad de los años sesenta se

reactivó el paludismo —por el mismo tiempo en que el algodón desplazaba en la región a los cultivos de alimentos—, se planteó en las áreas algodoneras el dilema siguiente: o regaban los pesticidas para salvar los cultivos, pero facilitando así el paludismo al propiciar la generalización de las resistencias, o rociaban el D.D.T., limitaban el uso de otros insecticidas y perdían parte de sus cosechas, pero contribuían a la reducción del paludismo. Por supuesto que se decidieron por la primera opción. El problema no es exclusivo de Centroamérica; lo vive la India en proporciones mayores desde la década de los años sesenta. Un análisis interesante hacen al respecto en la Universidad de Columbia.³¹ Los investigadores plantean que: "En El Salvador, por ejemplo, las tasas de infección declinaron de unos 70 000 casos anuales a 25 000, y luego, simultáneamente con una reducción del consumo del D.D.T., subieron nuevamente en 1976 por encima de 80 000 (lo que dio como resultado unos 105 nuevos casos por kilogramo del veneno)"³² y concluyen: "Lo que aparece entonces claro es que

Malariología y Saneamiento Ambiental 10 (1 - 2): 23, Maracay, Venezuela, febrero - abril de 1970.

³¹ Chapin, G. Wasserstrom, R., *The Pesticide Pushers: Cotton and Malaria in the developing world*, Health Marxist Organization, packet 6, otoño: 9-8, 1979.

³² *Ibid.*, p. 17.

³⁰ *Boletín Informativo de la Dirección de*

el problema del resurgimiento de la malaria es precisamente una manifestación más de un inminente desastre ecológico." Lo sucedido en Nicaragua es mucho más que un desastre ecológico (gráfica 3). Desde 1951 se utiliza sistemáticamente el D.D.T. Al empezar los años sesenta ya se había comprobado la resistencia del *A. albimanus* en la importante región económica del pacífico. Entre 1957 y 1958 se emplea el Dieldrín, con los resultados antes comentados. Para salvar la economía del Pacífico se introduce el Malathion entre 1962 y 1964. Para 1967 la resistencia a este insecticida ya es grande en la misma región: Ante la grave epidemia de 1970 (27 260 casos en ese año, es decir, uno de cada setenta y siete nicaragüenses), se emplea el Propoxur. El resultado inmediato es espectacular: para 1974 sólo se registran 4 246 casos, un número apenas mejorado en 1959 cuando los primeros éxitos del D.D.T. lograron hacerlo descender a 1 875 casos. Pero desde 1973, el mismo año del terremoto, la resistencia al Propoxur crece y vuelve a dispararse la curva: 26 228 casos en 1976. El trabajo se reinicia con medidas complementarias de drenajes e ingeniería sanitaria en los principales focos. Una comisión de la OPS/OMS que visita el país en 1975 recomienda también suspender gradualmente el rociado con Propoxur. Cae nuevamente la incidencia. Con la insurrección popular que arrecia desde 1978, vuelve a incrementarse el número de casos. En el mismo año, el país es nuevamente

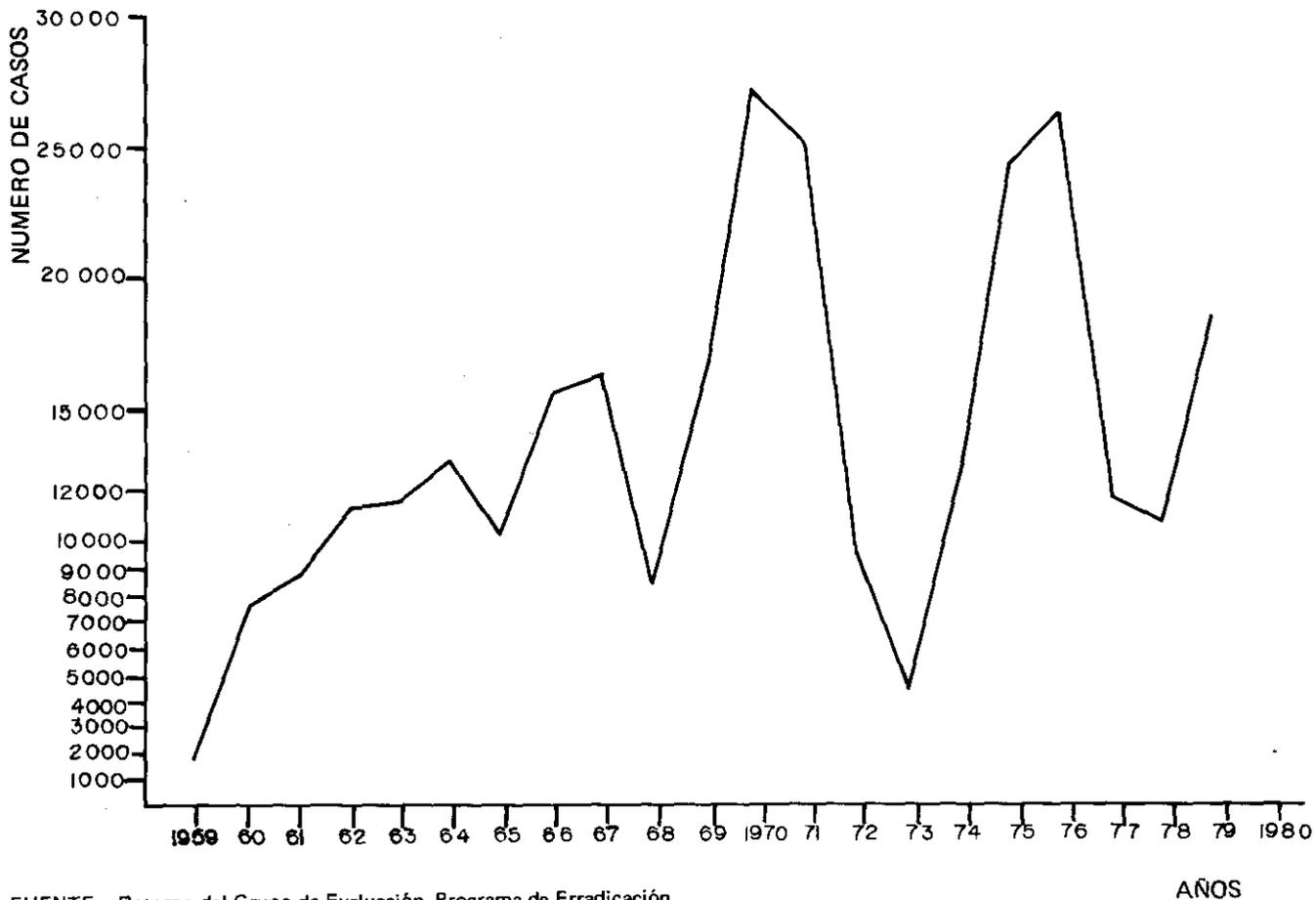
prestado para campo de experimentación con el novísimo y carísimo Clorfoxin. Para 1979 tres ciudades registran el 73.6% del total de 18 418 casos: Chinandega, León y la propia Managua, quizás la única capital de un país que en el mundo actual tenga en su perímetro tan grave problema malárico. El saldo actual no es sólo de una alta incidencia, sino también de una resistencia generalizada en toda el área del pacífico a prácticamente todos los insecticidas conocidos hasta hoy por parte del vector centroamericano *A. albimanus*. Y en magnitud del problema, experimentaciones y resistencias Nicaragua no es la excepción en la región. Con Guatemala, Haití, Honduras y El Salvador configura el mayor problema malárico del Continente, y uno de los más trágicos saldos rojos de los insecticidas en el mundo.

b) *Individuos, ambientes y programas intoxicados*

Según el Boletín de la OPS durante el periodo de 1971 a 1979 se reportaron en el istmo centroamericano 19 330 intoxicaciones por insecticidas, divididos así por países: 1 232 en Costa Rica; 8 917 en El Salvador; 8 266 en Guatemala; 115 en Honduras, y 800 en Nicaragua. La mortalidad varió entre 1.5 y 25%.³³ Estos datos nos dan

³³ Romero, Z., "Vigilancia y Estudios Epidemiológicos de las Intoxicaciones por Plaguicidas", *Boletín de la Organización*

GRAFICA 3
CASOS NOTIFICADOS DE PALUDISMO EN NICARAGUA — 1959 - 1978



FUENTE: Retorno del Grupo de Evaluación. Programa de Erradicación de la Materia Nicaragua Enero-Febrero 1980. Cifras p.

un promedio para los cinco países de 3 221 intoxicados anuales en el periodo informado. La cifra no es despreciable, aunque cubije diferentes niveles de gravedad de las intoxicaciones y cubra igualmente la acción de diversos insecticidas. La diferencia entre los casos reportados y los realmente ocurridos debe ser en este, como en varios de los casos ya descritos, muy grande a favor de informar muchos menos de los ocurridos.

El problema de las intoxicaciones tanto de los rociadores como de los rociados con insecticidas tiene la misma edad que éstos. Desde las primeras experiencias en el delta del Tíber en 1945 se informaba ya de casos de dermatitis en los rociadores, las cuales se atribuyeron más al kerosene solvente que al soluto D.D.T. De Brasil recordamos también los problemas habidos con el Verde de París: desde la muerte del ganado, los gatos y las gallinas, hasta la intoxicación del rociador lleno de mística que le echó el líquido a su cerveza.

El Dieldrín fue ampliamente utilizado en Venezuela entre 1952 y 1956. Los rociadores comenzaron a quejarse "de anomalías que no había experimentado con el D.D.T.". La Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y Asistencia Social tuvo que solicitar a la División de Malariología que investigara el asunto. Con un gru-

po testigo y otro de 106 rociadores sin quejas previas de intoxicación y un mínimo de seis meses de contacto, la División hizo el estudio cuyo informe publicó en 1958 en la *Gaceta Médica de Caracas* y que fue reproducido en el *Boletín Informativo* de la División de Malariología y Saneamiento Ambiental en 1975,³⁴ "por considerar que tiene actualidad". Ambos grupos estaban mal alimentados. Los síntomas precoces fueron cefaleas, tinnitus y sacudidas musculares fibrilares en los expuestos. Luego venía el insomnio, la irritabilidad mayor, la pérdida completa del sentido de orientación en sitios frecuentados y la disminución de la capacidad eréctil del pene, todo significativamente mayor en expuestos que en testigos. La manifestación de mayor gravedad fue las convulsiones tónico-clónicas de pequeña duración. Los 14 obreros que encontraron los investigadores con cuadros claros de intoxicación presentaron trazados anormales de su electroencefalograma. El más afectado era siempre el sistema nervioso central. Todo parece indicar que este trabajo de la División de Malariología fue mucho menos difundido que el realizado en Paraguay por la doctora Conly en relación con otros aspectos del mismo problema

³⁴ Felice, J.R., "La intoxicación por Dieldrín", *Boletín Informativo de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental* 15 (1-2) : 54 - 57, Maracay, Venezuela, febrero-abril de 1975.

global del paludismo.

En México se suspendieron en 1960 los rociados con Dieldrín "por los inconvenientes operacionales que originaba su empleo, por haber aparecido la resistencia a este insecticida de uno de los vectores y por haberse comprobado que su acción letal para los anofelinos era, con frecuencia, menor de un año".³⁵

La Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo en México mantuvo "en su sección especial de toxicología un programa de control médico del personal señalado (manejadores del dieldrín) para conocer y prevenir todos los casos de posibles intoxicaciones por este insecticida".³⁶

Como el más utilizado de los pesticidas ha sido el D.D.T., conviene mirarlo un poco más de cerca. Prefiero hacerlo por medio del Informe del grupo de expertos de la OMS sobre el tema.³⁷

El Informe permite agrupar en tres los tipos de problemas planteados por el D.D.T. a los cuales debería responder el Comité de Expertos: La resistencia de los vectores; la contaminación del ambiente, y los daños a los humanos.

A lo largo del Informe se configura la respuesta a los tres problemas relacionados con el paludismo. En cuanto a la resistencia vectorial opinan: "Aunque muchas plagas de importancia en Salud Pública se volvieron resistentes al D.D.T. en algunas o todas sus especies, la resistencia entre los vectores de la malaria fue menos marcada. Por cuanto el control de la malaria lo constituye en gran medida el control del vector, el uso del D.D.T. para el control del vector ha tendido a permanecer estable, mientras su uso en agricultura ha continuado decreciendo especialmente en climas templados."³⁸ En cuanto al problema ambiental, el Informe es rico en datos: el D.D.T. persiste en el ambiente hasta seis meses; en áreas no agrícolas la concentración de D.D.T. es de -1 hasta 2.36×10^{-6} ng/m³ en el aire;³⁹ en comunidades agrícolas: de 1 a 22×10^{-6} ng/m³; en áreas en campaña antimosquito: 8.5×10^{-3} ng/m³, siendo éstos los mayores niveles registrados; el 90% del D.D.T. depositado en la población general se deriva de los alimentos. Y hacen dos recomendaciones: si la ingesta total de D.D.T. por alimentos o por cualquier otra fuente pasa de 0.005 mg/kg/día, la situación se debe investigar; la concentración de D.D.T. en el aire industrial, agrícola o de áreas de control de enfermedades no debe ex-

³⁵ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Memoria, Primera Convención Nacional de Salud 16*, México, 20 de julio de 1973, p. 488.

³⁶ *Ibid.*, p. 515.

³⁷ OMS, *op cit.*

³⁸ *Ibid.*, p. 44.

³⁹ ng- nanigrama: milmillonésima parte de un gramo.

ceder de 1 mg/m^3 en unas 40 horas. Es todo lo que al respecto ofrece el Informe.

El punto medular del material es lo relativo a los daños en humanos. Un listado de los temas tratados da una idea de la gravedad y variedad de los cargos que se han imputado al producto en los 35 años de su acción antivectorial:

- Intoxicaciones de los rociadores y en la población expuesta.
- Carcinogenicidad.
- Alteraciones del sistema inmune.
- Mutagenicidad (cambios cromosómicos).
- Disminución del crecimiento de la población expuesta.
- Influencia negativa en la reproducción humana.

El listado podría seguir diferenciando los sistemas del organismo humano y precisando las alteraciones en las que se ha pensado que influye el compuesto clorado. El Comité responde: "Se ha alegado que el D.D.T. causa o contribuye a una gran variedad de enfermedades de hombres y animales en que previamente no se reconocía asociación con algún compuesto químico. Tales enfermedades incluyen: cardiovasculares, cancer, neumonía atípica, fibroplastia retrolental, poliomiелitis, hepatitis y 'manifestaciones neuropsiquiátricas'. Sin excepción, las causas de tales enfermedades eran desconocidas o al menos no probadas en el momento de la discusión."⁴⁰ Afirma que

la mayor concentración a que están expuesto los trabajadores es la asociada con el rociado del interior de las viviendas para el control de la malaria: cerca de 7 mg/m^3 . Sin embargo, según el material, no se han producido envenenamientos sistemáticos como resultado de exposición ocupacional al D.D.T., aunque algunos trabajadores han tenido *rash*⁴¹ o irritación de ojos, nariz y garganta asociados con el polvo. La mayor parte de los pocos casos fatales son niños que tomaron soluciones del compuesto, siendo en humanos 10 mg/kg la dosis necesaria para producir, por vía oral, algún efecto clínico. Sostienen que es embriotóxico pero no teratogénico en animales. Parece que deprime el sistema inmune. "La evidencia relativa a la mutagenicidad del D.D.T. y su significado en el hombre es incierta (*sic*) en parte debido a que los cambios cromosómicos examinados son sensibles a las influencias virales y a la quimioterapia."⁴² En ratas se ha producido cancer de hígado con complejos organoclorados, incluido el D.D.T. "La cuestión de si el D.D.T. es cancerígeno en el hombre no se ha respondido inequívocamente. Sin embargo, los estudios epidemiológicos de corte transversal en trabajadores expuestos al D.D.T. y los estudios de observación en voluntarios son limitados,

⁴⁰ OMS, *op cit.*, p. 134.

⁴¹ *Rash*: Palabra en inglés que significa sarpullido, erupción.

⁴² *Ibid.*, p. 142.

no hay evidencia disponible que sugiera que el D.D.T. sea tumorigeno o cancerígeno en humanos."⁴³ En cuanto a la reproducción, responden: "No hay indicación de que el D.D.T. influya en la reproducción salvo para incrementarla como resultado indirecto del control de la enfermedad, especialmente el control de la malaria."⁴⁴ "El único efecto demostrado del D.D.T. en la población general es el depósito del compuesto en orina y leche. En niños se han reportado efectos dañinos no confirmados, aun en comunidades donde se han observado las más altas concentraciones del compuesto en la leche humana."⁴⁵ Las observaciones hechas durante 25 años en hombres expuestos a altos niveles de D.D.T. —dice el Informe— no revelaron ninguna evidencia de que produzca cáncer en el hombre: se ha notado, sí, que son más pequeños de lo esperado los expuestos. Se ha notado igualmente que dosis importantes de D.D.T. y otros insecticidas organoclorados —continúan los expertos— estimulan en el hígado las enzimas microsomales.

"En resumen, el D.D.T. es un compuesto de toxicidad moderadamente aguda[. . .] Comparado con otros insecticidas organoclorados de igual o mayor toxicidad, hay que subrayar que es sólo escasamente absorbido por la piel."⁴⁶ Y ampliando lo que podría

ser el mensaje del Informe, afirman categóricamente: "El récord de seguridad del D.D.T. es fenomenalmente bueno."⁴⁷

No es este artículo el informe de un conjunto de investigaciones concluyentes y contrarias a las del grupo de expertos que elaboró y publicó en 1979 el material resumido. Ni se trata de pedir que los expertos se reúnan para aprobar acrítica y acientíficamente todas las quejas y sospechas sobre un producto. Pero no se puede pasar sobre el resumen anterior, cuidadosamente contextualizado, sin plantear algunas reflexiones. La primera se refiere a un cierto clima evasivo que lleva más a diluir las cuestiones que a estructurar argumentos sólidamente contruidos. Y no es simplemente una reclamación de forma, menos aún semántico —como en el caso de la "evidencia incierta"—, sino de la necesidad de responder, o bien con experiencias, o bien con una lógica que supere el declarar limitados, inciertos o insuficientes los argumentos del adversario. Si es cierto que algunas de las objeciones planteadas al uso masivo del producto pueden tener deficiencias de comprobación —en ocasiones por falta de recursos técnicos, científicos y económicos— creo que resulta igualmente cierto que varias de las afirmaciones del Informe aparecen poco sólidas, con mucho menos respaldo experimental del que los enor-

⁴³ *Ibid.*, p. 147.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 139.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 19.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 117.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 127.

mes recursos de que disponen haría esperar y, en ocasiones, francamente desafiante. Después de un cuestionamiento tan global como el que se ha ido gestando en 35 años de observar las consecuencias del millonario consumo del compuesto, que incluso obliga al Informe a referirse a los más variados y delicados temas de la salud humana, afirmar categóricamente que: "El récord de seguridad del D.D.T. es fenomenalmente bueno," es algo fenomenalmente desproporcionado, e inclusive algo dudoso. El hecho de que muchas comunidades rurales y sus respectivos médicos no tengan forma de cuantificar los 10^{-6} nonogramos del D.D.T. que hay en su atmósfera, ni de determinar a cuáles virus son también susceptibles sus cromosomas —que consideran alterados por el único factor nuevo que ha penetrado masivamente su comunidad—, no autoriza a descalificarlo con una afirmación no demostrada tampoco, en un medio en el que sí abundan los recursos.

Los materiales revisados para este trabajo permiten afirmar que la inves-

tigación y la información sobre las consecuencias individuales y sociales del uso sistemático de los insecticidas no ha tenido la intensidad y la amplitud que otros aspectos quizás menos importantes ha merecido. Sería ingenuo pensar que se trata de un olvido o de que no se ha percibido la importancia del tema. Algo diferente debe estar sucediendo.

Entre 1944 y 1970 se produjeron sólo en Estados Unidos de Norteamérica 1 299 906 toneladas métricas de D.D.T. De 1957 a 1979 el Programa de Erradicación del Paludismo en México consumió 46 962 444 kilogramos del mismo compuesto (dato obtenido al totalizar las cantidades anotadas en los informes anuales de la Vocalía Ejecutiva de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo). Con los costos unitarios del producto, estas cantidades se hacen muy grandes y se convierten en dinero, en muchísimos millones. ¿Tendrá esto algo que ver con la persistente afirmación del "récord de seguridad del D.D.T. fenomenalmente bueno"?

Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México

Jeannette Ulate J.
Benno de Keijzer

El presente trabajo constituye una reelaboración, ampliación y puesta al día de un trabajo previo, escrito en colaboración con Gilberto Ayala, con el título "Organización y participación popular en salud en Nicaragua a dos años de Revolución", publicado en el núm. 19 de la *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, mayo-agosto de 1981.

Analizamos una experiencia concreta de educación y participación en el área de la salud con respecto a la construcción de un nuevo estado en Nicaragua. Intentamos mostrar la gran complejidad que existe en la puesta en práctica de un proyecto de salud cualitativamente distinto, así como los avances, dificultades y alternativas que surgen en dicho proceso. Además, se

discute la forma en que se promueve la educación en salud y la participación comunitaria en México, por parte del Estado, y el surgimiento de experiencias independientes que impulsan un trabajo alternativo en salud.

ANTECEDENTES

El proyecto de salud impulsado por la Revolución Nicaragüense se construye cuando los sistemas de salud de la región centroamericana se enfrentan, en diferentes grados, a una crisis que, siendo parte de la crisis global, está ligada a la estructura económica dependiente de los países y a las progresivas contradicciones sociales que allí se generan. Esta crisis del sector salud se comprueba en los

siguientes hechos:

- La persistente incapacidad de resolver los grandes problemas de salud originados en la forma en que se organizan y funcionan las sociedad en estos países.
- Altos costos de la atención médica (equipos y medicamentos), lo que no se refleja en una mejoría significativa de la situación de salud.
- Escasa cobertura de la población y difícil acceso a los servicios.
- Mala calidad de la atención y aumento de la iatrogenia (enfermedades producidas por la medicina misma).
- Énfasis en labores asistenciales, curativas, con aumento de la medicalización y postergación de las actividades preventivas.
- Inadecuada distribución de los recursos para la salud, falta de trabajo en equipo y tendencia a la superespecialización.
- Falta de coordinación e integración entre las instituciones que realizan funciones sanitarias, con tendencia a la empresarización y tecnocratización de estas instituciones.¹

¹ "Sistemas de salud y participación popular en Centroamérica", Documento de trabajo para el VII Seminario del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, núm. 17, septiembre-diciembre 1980, p. 31.

Ante esta situación sin embargo, en los distintos foros de salud, los países del área se comprometen a garantizar la "Salud para todos en el año 2000 como meta promovida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, ignorando las determinantes económico-sociales, que en realidad son las que permitirán o no alcanzar este objetivo.

Al triunfo de la Revolución Nicaragüense, el nuevo gobierno enfrenta los problemas antes señalados, más los ocasionados por la guerra (enfermos, heridos, destrucción de instalaciones, falta de equipo, de personal, etcétera). Frente a la enorme carga de problemas de salud heredados del somocismo² y ligados a las pésimas condiciones de vida y trabajo en que ese sistema sumió a las mayorías, con escasos cuadros a nivel intermedio, con poca experiencia en salud pública

² Para dar sólo algunos datos nos encontramos con que 121 niños de cada mil nacidos en 1977 morían antes de cumplir un año, de enfermedades de fácil prevención como son las diarreas, el sarampión, el tétanos y la tosferina. Así mismo, se encontraba desnutrición de diferentes grados en cerca del 50% de los niños menores de 5 años. Otro indicador de la calidad de vida lo da la esperanza de vida: 51.2 años para los hombres y 54.2 para las mujeres, casi 20 años menos que la esperanza de vida cubana (70 años en 1978).

y con una considerable presión asistencial sobre los insuficientes servicios de salud, la Nicaragua revolucionaria se encuentra con la enorme tarea de crear un sistema de salud acorde con una nueva concepción del Estado y que efectivamente vaya enfrentando toda esta problemática.

EL PROBLEMA DE LA CONSTRUCCION DEL ESTADO Y LA GESTION POPULAR

En los primeros años, dos fenómenos se dan paralelamente y con una progresiva interacción:

- La construcción de un Estado nuevo, con un crecimiento veloz debido a la enorme cantidad de necesidades relegadas durante años. Este Estado arrastra necesariamente muchos elementos del Estado que sustituye.
- El enorme crecimiento de las organizaciones de masas, que se da primero en lo cuantitativo y posteriormente en lo cualitativo. Algunas de estas organizaciones dan continuidad a las formadas antes del triunfo, otras son conformadas posteriormente.³

³ Entre éstas tenemos a los Comités de Defensa Sandinista (CDS), conformados por los pobladores de los barrios, la Asociación de Mujeres Nicaragüenses (AMNLAE), la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), la Juventud Sandinista 19 de Julio, los obreros en la

La participación popular y la gestión se inscriben en la interacción a veces conflictiva entre estas dos instancias.

Es muy interesante seguir el proceso de conceptualización de la participación popular que se sigue en el desarrollo de la Revolución Nicaragüense, proceso que tiene como punto de partida las numerosas experiencias que muestran la realidad y enorme potencialidad de lo que significa un pueblo organizado y dispuesto a asumir crecientes cuotas de responsabilidad sobre su propio proceso.

Desde la insurrección, continuamente se redescubre esto en diferentes áreas o con distintos matices:

- “La verdad es que siempre se pensó en las masas, pero en ellas más bien como un apoyo a la guerrilla, para que la guerrilla, como tal pudiera quebrar a la Guardia Nacional, y no como se dio en la práctica.
- ”Fue la guerrilla la que sirvió de apoyo a las masas para que éstas, a través de la insurrección, desbarataran al enemigo.
- ”Así pensábamos todos, fue la práctica la que nos fue cambiando y nos hizo ver que para vencer había que activar no sólo nuestros contingentes guerrilleros, sino que

Central Sandinista de Trabajadores (CST), los maestros (AN DEN), los trabajadores de la Salud (FETSALUD), et cetera.

tenían que participar las masas activamente en esa lucha porque el movimiento armado de la Vanguardia nunca iba a tener el armamento necesario para quebrar ese enemigo.” (Comandante Humberto Ortega.)⁴

Meses después del triunfo, al elaborarse todos los planes económicos se habla de gestión y de la democratización del Estado. Puesto que la base económica del país aún está en gran parte en manos capitalistas, la gestión se impulsó en el área estatal (Area Propiedad del Pueblo). Con la Cruzada Nacional de Alfabetización (CNA) se da la segunda gran demostración (segunda gran sacudida para algunos) de que, efectivamente, la solución de los problemas básicos del país descansa en una parte considerable en la participación popular organizada e integral. Las experiencias de salud, en lo cultural y en lo militar, no vienen sino a confirmar esta experiencia y, mientras se consolida, tanto el Estado como las organizaciones de masas se van conformando, con un contacto creciente que genera logros pero también una serie de tensiones que obligan a planteamientos sobre el papel de ambos y la forma en que deben interactuar.

Por el lado de las organizaciones

de masa, en diciembre de 1980 Patricia Orozco, Secretaria General de los CDS, declara que no hay relación entre el número y la calidad de sus miembros.⁵ (Esto se refiere al enorme crecimiento de estas organizaciones en los primeros meses y su desfase en cuanto a su educación política, su nivel de organización y la falta de cuadros medios. Por otro lado, a nivel popular existe una considerable presión debido a la creación de expectativas surgidas sobre mejoramiento de calidad de vida en el proceso insurreccional mismo —expectativas que no se pueden cumplir a corto plazo.

En cuanto al Estado, una de las críticas más fuertes surge al notarse su tendencia a crecer en forma ilimitada, buscando resolver con su estructura todos los problemas del país: “Nosotros hemos advertido alguna tendencia a creer que el Estado es todopoderoso, que el Estado es el que resuelve todo, que el Estado es una fuerza en sí misma, que es capaz de involucrar de hecho al partido, al Frente Sandinista, que es capaz de involucrar a las organizaciones de masas y darles o asignarles un papel determinado, muchas veces burocrático e ilusorio, y que incluye es capaz de hacer la misma obra del pueblo sin el pueblo, y ésta no es simplemente una concepción, una tendencia burocrática supernumeraria, sino que es una tendencia bu-

⁴ Harnecker, M., “Sobre la insurrección: entrevista al comandante Humberto Ortega, Nicaragua, 1, mayo-junio de 1980, p. 36.

⁵ *Curso sobre la problemática actual*, UCA-UNAN, Managua, 1982.

rocrática que ubica al Estado de una manera totalmente reaccionaria.

"Y hemos notado esta tendencia, porque la verdad es que el Estado debe estar en apoyo a la movilización y la acción creativa del pueblo, porque no es necesario muchas veces organizar estructuras municipales, de comarca, sino que nosotros debemos apoyarnos, más bien, en la fuerza y la organización del pueblo, en vez de sustituir al pueblo con estructura estatales, y hay algunas estructuras estatales que no se sienten conformes si no tienen abiertas oficinas hasta en el último punto, y eso significa costos, burocratismo y una estructura pesada que nunca resuelve, pero sobre todo significa la esterilización de nuestro proceso revolucionario."⁶

Esta crítica (o autocrítica), muestra el nudo del problema en la relación Estado-masas, pero también la decisión política de irlo resolviendo. A partir de esta tendencia se realizan otras críticas igualmente vigorosas a distintas manifestaciones de este problema como son: la tendencia a convertir a las organizaciones populares en instrumentos o apéndices del Estado⁷ la falta de consulta en la planifi-

cación y toma de decisiones,⁸ el burocratismo⁹ y, por último, la oscilación entre el paternalismo y el democratismo.¹⁰

Esta problemática se enfrenta con diferentes grados y matices en los primeros años, a la vez que se dan experiencias, como la alfabetización, que son muestras claras de cómo la vinculación Pueblo-Estado puede dar frutos insospechados y generar relaciones cualitativamente distintas.

En el *Sector Salud*, con las Jornadas Populares de Salud (JPS) se logra un efecto similar, ya que la estructura médica tiende a pesar en términos de priorizar el aspecto curativo y considerar que la salud está en las manos de la institución y sus profesionales. En 1979 se conforma el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) como alternativa para desarrollar un servicio integral e igualitario. Se trazan las primeras políticas de salud, muy justas y ambiciosas para el primer momento, pero con dificultades para ser llevadas a cabo.

Así se definen prioridades en cuanto a la población a cubrir y los problemas a atender. Se reorganizan los servicios de salud, que posteriormente se regionalizarán; se impulsan actividades en el área preventiva, y se inicia la formación de recursos humanos en mayor cantidad y buscando un

⁶ *Habla la Dirección de la Vanguardia*, Colección Juan de Dios Muñoz, DEPEP, Managua, 1981, pp. 54-55.

⁷ Núñez, Carlos, "El papel de las organizaciones de masas en el proceso revolucionario", col. J. de Dios Muñoz, núm. 3, DEPEP, Managua, 1980, pp. 15-16.

⁸ *Habla la Dirección. . . , op cit.*, p. 185.

⁹ *Ibid.*, p. 34.

¹⁰ *Ibid.*, p. 185.

perfil más adecuado a las necesidades. Por último se comienza a construir un nuevo tipo de relación entre el pueblo y el Estado, impulsando la participación popular y la gestión en el campo de la salud.

Posteriormente se va entendiendo la participación como un *proceso* que requiere necesariamente de la organización y la capacitación. Este proceso que se promueve implica a la vez una gran posibilidad y un gran reto; lleva el propósito de democratizar las instituciones de atención médica, romper con los esquemas verticales, distribuir el poder en términos del conocimiento, de la toma de decisiones y del control de las actividades.

LAS JORNADAS POPULARES DE SALUD¹¹

En Nicaragua existen algunas experiencias de organización, capacitación y participación popular en el campo de la salud desde antes y durante la insurrección. Estas experiencias se multiplican en los primeros meses después del triunfo, pero su crecimiento cuantitativo y cualitativo se dan en 1981 con las Jornadas Populares de Salud (JPS),

un proyecto conjunto entre las organizaciones de masas y el Ministerio de Salud, que se plantea como objetivos:

- Influir en la situación de salud del país con acciones colectivas masivas dirigidas contra problemas específicos como la polio, la diarrea, la malaria (paludismo), la falta de saneamiento ambiental, etcétera.
- Impulsar la participación popular en el área de la salud y organizar instancias de gestión popular a nivel municipal, departamental y nacional.
- Modificar el concepto dominante sobre la salud y la enfermedad, es decir, el concepto que ve la enfermedad como fenómeno individual y biológico y no como un producto social. Es este mismo concepto el que antepone la curación a la prevención y que sólo reconoce a los médicos la capacidad de influir en la salud.

Dentro del desenvolvimiento general del proceso revolucionario, las JPS son señaladas como el proyecto social del año, es decir, como el eje aglutinador de las tareas del área social. Se propone como objetivo general el desarrollo de la capacidad para producir la salud básica, algo que no depende tanto de los servicios médicos como de la organización y participación popular.

Por los objetivos que se propone, el desarrollo de las JPS no ha estado exento de grandes retos. Penetra como

¹¹ DECOPS/MINSA, "Informe final de las JPS-1981", inédito, Managua, 1982; "Las Jornadas Populares de Salud: un proyecto de participación popular en Nicaragua", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, núm. 17, septiembre-diciembre de 1980, Costa Rica.

un proyecto muy rico en posibilidades dentro de un campo contradictorio, ante desafíos como la integración pueblo-Estado en actividades conjuntas, el desarrollo de una conciencia y la reconceptualización de la problemática de salud en un país que prácticamente no tuvo ninguna de estas experiencias durante el Somocismo.

Un principio muy manejado a nivel de las estrategias de atención primaria es el de que "el principal elemento de las acciones de salud es la comunidad". Este concepto, muy común dentro de las políticas de salud del área, no deja clara la *forma* ni el *grado* de participación. Tradicionalmente, la comunidad sólo es receptora de acciones de salud o, si participa, lo hace exclusivamente como ejecutora de acciones programadas, dirigidas y evaluadas por el sector salud, en una especie de utilización de la participación con el único fin de disminuir costos y aumentar coberturas.

Las JPS no parten del concepto de comunidad como algo amorfo, sino como un pueblo organizado con sus propias estructuras que va a desarrollar un proyecto conjunto con un ministerio y participando en todas las fases de dicho proyecto. Se entiende la participación como algo que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la evaluación, planificación o la toma de decisiones. Estas últimas fases se plantean a corto y mediano plazo, a medida que se vayan acumulando experiencias. En la con-

cepción de las JPS se rompe con la tradicional creación de patronatos o comités de salud o para la compra de equipo y medicamentos. Este tipo de comité se enajena al centrarse en el simple apoyo a la prestación de servicios, sin llegar a tomar la problemática general de su comunidad como la razón de su existencia.

Es importante recordar que en 1979 y 1980 se realizaron acciones de salud (campaña antipolio y de higiene y limpieza) con participación popular, pero sin contar con una organización suficiente, lo que limitó la calidad, cobertura y permanencia del trabajo. Sin embargo, estas experiencias entre el Estado y la participación popular van sirviendo para visualizar y plantear el desarrollo futuro.

Para su implementación, las Jornadas Populares de Salud se basan en una estructura organizativa y en un modelo de capacitación popular que buscan a asegurar la multiplicación del conocimiento.¹² Antes de que se iniciaran las JPS fueron conformándose algunos Consejos Populares de Salud como estructuras formadas exclusivamente por los organismos de masas. Sin embargo, estos consejos no se formaron en todos los lugares ni se con-

¹² Esto se describe más ampliamente en el artículo "Las jornadas populares: un proyecto de participación popular en Nicaragua", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* núm. 17, septiembre-diciembre de 1980.

solidaron totalmente, sino que tendieron a fusionarse con las estructuras de las JPS. La principal estructura en donde se empieza a dar la participación es en las Coordinaciones de las JSP, que se forman tanto a nivel nacional como departamental y municipal. En estas coordinaciones delegados del Ministerio de Salud y de los Consejos Populares de Salud estuvieron encargados de impulsar el proyecto en todos sus aspectos, asegurando una base organizativa que garantizara el éxito del mismo.

Por otro lado, se hizo necesario un diseño ágil para la capacitación¹³ de manera que en poco tiempo se pudiese multiplicar la misma hasta el nivel de barrio. Retomando la experiencia de la Cruzada Nacional de Alfabetización, se organizan los talleres¹⁴ en los dis-

tintos niveles de acuerdo con el siguiente modelo:

Nivel: Taller Nacional

Dirigido a: 120 educadores

Que multiplica c/u a: 10 multiplicadores.

Nivel: Taller departamental

Dirigido a: 1 200 multiplicadores

Que multiplica c/u a: 20 brigadistas.

Nivel: Taller municipal

Dirigido a: 24 000 brigadistas

Que multiplica c/u a: 1 x cada 100 habitantes.

Nivel: Educación y propaganda

Dirigido a: Toda la población.

En las JPS, las actividades concretas que se realizan son la culminación de todo un proceso de organización, programación, capacitación, propaganda y apoyo logístico. Cada Movilización nacional va superando cuantitativamente y cualitativamente a las anteriores. Las movilizaciones realizadas en 1981 son:

- Movilización antipolio (incluyendo la vacuna antisarampión en su segunda fase)
- Movilización de higiene y limpieza
- Movilización de lucha contra el dengue
- Movilización antimalárica.

Estas actividades masivas son un aspecto central dentro de las JPS, pero tienen la misma importancia que los

¹³ Esta capacitación cuenta con un paso previo: la formación de 82 educadores populares, escogidos por las distintas organizaciones de masas, quienes entran a impulsar el proyecto directamente a nivel municipal.

¹⁴ El diseño de los talleres es muy sencillo, de manera que permite su fácil multiplicación: las herramientas básicas son los folletos populares y el diálogo entre los participantes. Los folletos contemplan los contenidos básicos a revisar y una serie de preguntas dirigidas a que el grupo relacione este contenido con la realidad local y se orienta a la discusión de las tareas necesarias para enfrentar las distintas problemáticas de salud.

otros objetivos educativos y organizativos planteados en el proyecto. Aún antes de lanzar la primera movilización de 1981 se carece de una estructura de participación popular a todo nivel, salvo el Consejo Nacional y algunos Consejos Populares departamentales y municipales. Lo que sí existe es la estructura de las organizaciones de masa. En escasos meses (de enero a marzo de 1981) se conforman las coordinaciones de la JPS entre estas organizaciones y el Ministerio de Salud en todos los departamentos y en la gran mayoría de los municipios.¹⁵

En las dos fases de la movilización antipolio se logra cubrir más del 50% del total nacional de niños menores de 5 años, algo que previamente no se había logrado, dados la escasa cobertura de los servicios de salud y el insuficiente trabajo conjunto con las organizaciones de masas. Antes de la movilización, la incidencia de polio iba en franco aumento, empezándose a controlar con esta actividad. Por primera vez se logra un significativo avance en la cobertura rural, gracias a la participación popular combinada con el envío de brigadas de trabajadores y estudiantes de salud que asumen la actividad en forma entusiasta.

¹⁵ Para la segunda movilización, encontramos que el 82% de una muestra de un tercio de los municipios ya cuentan con una estructura promotora del proyecto, llámese Consejo Popular de Salud o Coordinadora de las JPS.

Siendo la primera movilización del año, lógicamente se dan distintos problemas, como la falta de integración de un buen porcentaje de trabajadores de la salud o, cuando éstos se involucran, el desplazamiento de la participación de los brigadistas por parte de los técnicos a la hora de la ejecución. Además se dan problemas en el manejo de los censos, la multiplicación de la capacitación en algunos municipios y, en ocasiones, la coordinación efectiva entre los trabajadores de la salud y las organizaciones de masa. A este respecto se observa que los CDS y AMNLAE son las organizaciones que participan mayormente a todo nivel, destacándose al aportar un considerable total de brigadistas (cerca de 20 000).

La movilización de higiene y limpieza realizada en junio y julio hace frente a uno de los problemas más ligados a la situación de salud: el deficiente grado de saneamiento ambiental. Como antecedente, en 1980, para el primer aniversario del triunfo, se llevan a cabo acciones de higiene, limpieza y ornamentación promovidas por las organizaciones de masas, en muchos casos en forma espontánea. Esta experiencia se retoma e impulsa para conmemorar el segundo aniversario y para actuar con mayor profundidad sobre las malas condiciones de higiene y saneamiento que determinan el predominio de enfermedades diarreicas y parasitarias en el país.

Esta movilización, por sus características, es asumida en mayor grado

por las organizaciones de masas y en muchos casos controlada casi exclusivamente por ellas. Se desarrolla todo un trabajo colectivo que no sólo involucra a cerca de 20 000 brigadistas capacitados, sino a los habitantes de barrios, estudiantes y trabajadores en sus centros de trabajo. Las principales actividades realizadas son la recolección y eliminación de basura, eliminación de charcas y predios con maleza, ornamentación de casas y calles, educación en torno a estos temas y otros relativos a higiene, etc. A pesar de la masividad y efectividad inmediata de las acciones, queda por resolver el problema de su continuidad, debiéndose influir en una forma más profunda en la conciencia y prácticas colectivas.

En el mes de julio, al estarse planeando la tercera movilización (antimalárica) se presenta el peligro inminente de una epidemia de dengue en el país. En Cuba, país especialmente afectado, esta enfermedad viral es denunciada como parte de una guerra bacteriológica. El dengue invade otros países del Caribe y Centroamérica como el Salvador y Honduras. Ya que en Nicaragua se conocía la existencia del transmisor *Aedes Aegyptii* (lo que hace posible la entrada y difusión de la enfermedad), se señala la situación como de emergencia. Se planifica y organiza en corto tiempo una movilización nacional para la eliminación del mosquito mediante la inspección de todas las viviendas, eliminando los criaderos potenciales y la aplicación de un larvicida suave en las aguas de recipientes

permanentes (estanques, cubetas, piletas, etc.), priorizándose las zonas urbanas.

Para la realización de esta actividad hizo falta consolidar la estructura existente, reforzando los niveles de municipio y barrio, además de completar la estructuración de los brigadistas por escuadras, asumiendo el multiplicador las funciones de responsable. Además, fue determinante el involucramiento de las estructuras políticas de FSLN en los distintos niveles de coordinación. La magnitud de la actividad y el apoyo recibido elevan a más de 70 000 la cantidad de brigadistas de salud, cantidad que triplica la meta inicial.

En esta movilización se da un salto cualitativo en el grado de organización, capacitación y propaganda, además de un avance cuantitativo en la participación de todos los sectores básicos de la población. Es así que no sólo entran a trabajar los brigadistas capacitados, sino que cada uno genera participación en los que lo rodean. Durante este lapso se reportan alrededor de 30 casos sospechosos de dengue, descartándose la enfermedad en todos ellos.

A estas alturas se da una mayor coordinación y apoyo de parte de las distintas instituciones del Estado en torno a las actividades priorizadas. Esto se lleva a cabo dentro de las Comisiones de Apoyo y Asesoría¹⁶ en los

¹⁶ Formadas por representantes de los ministerios del Área Social (Trabajo, Edu-

distintos niveles, donde se conoce la movilización y se crean las condiciones para el apoyo en distintos aspectos: alimentación, transporte, combustible, propaganda, recursos económicos, etcétera.

Con estos antecedentes, se cierra 1981 organizando la Movilización Antimalárica, la más ambiciosa de todas, enfrentándose a uno de los problemas de salud más serios, y que se caracteriza por producir alta morbilidad y mortalidad (se calcula más de 50 mil casos por año); ser costoso (cerca de 100 millones de dólares gastados en 25 años de lucha antimalárica), y ser difícil de erradicar, por la enorme resistencia a insecticidas del mosquito anofeles.

La estrategia diseñada se basa en la medicación masiva de la población mayor de un año (cerca de 2.5 millones de personas) durante 3 días, lo que aseguraría un nivel útil de antimaláricos en sangre durante tres semanas, tiempo en el que mueren los mosquitos transmisores. Esta experiencia se había realizado a nivel regional en algunos países, pero nunca con cobertura nacional.

A pesar de la duda o desconfianza de ciertos sectores de las poblaciones y de algunos trabajadores de la salud, venciendo la natural resistencia a in-

ción, Vivienda, Cultura, Bienestar Social), además de otros ministerios, los gobiernos locales, el ejército y otras instituciones no estatales.

gerir medicamentos amargos y con efectos secundarios, y a pesar de una hábil campaña diversionista de sectores opuestos al proceso, se produce un grado de organización, capacitación y propaganda que logra una cobertura cercana al 80% de la población. Previo a esto y exclusivamente con trabajo voluntario, se empacan varios millones de tabletas de primaquina y cloroquina para cinco grupos de edad distintos y dosis distintas para cada día. Esta movilización cierra el año mostrando el gran avance de participación popular en todos los órdenes y el enorme apoyo popular que las JPS han generado.

En cada movilización se nota cómo, progresivamente, el pueblo organizado se va apropiando de las JPS con gran mística y creatividad. Las distintas organizaciones de masas, a pesar de las múltiples tareas en diferentes campos, van apoyando e involucrándose en todas las etapas, desde la organización hasta la evaluación. Las organizaciones que más aportan son los CDS, AMNLAE, la Juventud Sandinista, la ATC, la CST y ANDEN. Esto no significa que sólo participan brigadistas de las organizaciones. Un porcentaje considerable no pertenece a estas organizaciones, pero se organizan en el contexto de las JPS.

Es fundamental recordar que las acciones de las JPS tienen una cobertura nacional (urbana y rural). Sin embargo, el desarrollo organizativo y la profundidad en la ejecución no es homogénea, dependiendo de las características y antecedentes en las distintas

regiones. Se encuentra una estrecha relación entre el desarrollo organizativo previo, la participación popular y la cantidad y calidad del trabajo realizado en las JPS. Esto se observa, por ejemplo, en departamentos como Masaya, Chinandega, Matagalpa, Estelí y varias zonas de Managua donde tradicionalmente ha existido un alto desarrollo de la participación popular.

IMPACTO DE LAS JPS

En este apartado analizaremos algunos aspectos que tienen que ver con el impacto real de las JPS, las resistencias que encuentra y las contradicciones que genera este proyecto. Quizá los aspectos donde esto se puede analizar con mayor profundidad es en la capacitación popular, la participación de los trabajadores de la salud y el proceso de definición de un nuevo modelo de servicios de salud que incorpore la gestión de los organismos de masas.

Puede preguntarse primero sobre la influencia que este proyecto tiene en la salud popular. El impacto de la participación sobre la situación de salud es algo que ya han demostrado otras experiencias, como la cubana o la china. En el caso de las JPS combinado con las acciones del Ministerio de Salud, ya se dejan sentir los efectos:

- A partir de 1982 ya no se reportan casos de polio.¹⁷
- El sarampión disminuye espectacularmente, presentándose 554 ca-

sos en los tres últimos años (1981-83), contra 3 784 casos en 1980.¹⁸

- No se producen casos de dengue.
- La malaria desciende 50% entre 1980 y 1983.¹⁹
- La diarrea pasa, de ser la primera causa de muerte en los hospitales a la 4a. causa (esto combina tanto el efecto de la capacitación como las acciones de saneamiento y la promoción de la rehidratación oral en todo el país.²⁰

A nivel de la capacitación se dan también logros importantes. La metodología de capacitación llevada a cabo en las Jornadas por medio del taller, demostró, al igual que en la Cruzada Nacional de Alfabetización, que es factible la capacitación del pueblo en forma activa, masiva y en poco tiempo. Los talleres se dieron en el nivel nacional, regional —departamental y municipal, multiplicándose incluso a nivel de barrio y comarca por parte de los brigadistas.

¹⁷ Coordinación Nacional de las JPS, "Las Jornadas Populares de Salud en sus tres años de desarrollo", 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 12.

¹⁸ División de Medicina Preventiva, Minsa, Ponencia para el 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 16.

¹⁹ *Ibid.*, p. 19.

²⁰ Coordinación Nacional de las JPS, cit. p. 12.

Ha sido muy estimulante observar cómo se lleva a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje, ver cómo de una semana a otra el multiplicador, que fue "alumno" en un taller, pasa a ser coordinador de un taller a brigadistas, siendo capaz de llevar a cabo este proceso de socialización del conocimiento de salud, haciendo realidad el que "el pueblo educa al pueblo". Se observa cómo poco a poco parte de la población se va apropiando del saber médico que, sobre todo en Nicaragua, hasta hace poco era prerrogativa del personal de salud y de la clase que había tenido acceso a altos niveles de educación.

Esta apropiación y puesta en práctica del conocimiento va contribuyendo a distintos cambios tales como:

- La demitificación del saber médico.
- La progresiva modificación del concepto salud-enfermedad.
- La modificación del perfil epidemiológico del país.
- El reforzamiento de un poder popular naciente.

El cambio en la concepción salud-enfermedad difundido entre los participantes en las JPS (incluyendo a los trabajadores de la salud), implica pasar de un punto de vista biológico y médico a otro que sea más integral y que se ligue con la gran cantidad de transformaciones sociales que se van dando dentro del proceso revolucionario. Aunque esta modificación será a me-

diano y largo plazo, se observan ya algunos cambios:

1. La masiva integración de la población a un proyecto eminentemente preventivo, entendiéndose que la participación popular efectivamente lleva a producir salud y no sólo las acciones institucionales.
2. Existen manifestaciones que demuestran cómo sectores de la población ya van viendo en la enfermedad un problema colectivo y la lucha por la salud como una meta común.
3. Al analizar y discutirse distintas enfermedades en los talleres, poco a poco se va profundizando sobre sus causas de fondo: la falta de servicios, factores económicos, las relaciones de explotación, etc., con lo que se profundiza también en el análisis al avance general del proceso. Esto permite establecer una relación entre lo que sucede en salud y lo que sucede a otros niveles aparentemente inconexos.

Otro aspecto importante de la capacitación es la incorporación de los trabajadores de la salud a la misma, junto con los organismos de masa, dentro del contexto del taller. Progresivamente, además del educador, una parte sustancial de los trabajadores van asimilando los objetivos y metodología de la educación popular, algo que contribuye a una modificación en

su forma tradicional de funcionar y relacionarse con la población.

A nivel de las organizaciones de masas el proyecto de las JPS también ejerce distintas influencias:

- Capacita a sus miembros en tareas y habilidades concretas, pero también mediante la experiencia en aspectos como la programación, la capacitación misma y la evaluación.
- “Las JPS han contribuido en cierta medida a la consolidación y crecimiento de las organizaciones de masas, por ser salud un área de trabajo que nuclea a participantes que quizás no lo harían en otras áreas.”²¹
- “Las JPS, junto con otra serie de actividades que se llevan a cabo en el campo de la salud, a la vez que realizan prácticas sociales, van transformando la conciencia y van desalienando al comprenderse mejor la realidad y al construirse nuevas prácticas que van democratizando el trabajo en salud.”²²

Tanto la CNA, como las JPS, son experiencias que, aunque masivas, tienen un tiempo y un área de acción limitados (el analfabetismo y las movili-

zaciones, respectivamente). Ambas experiencias requieren continuidad con formas más permanentes de organización y el desarrollo de una gestión más profunda. La continuidad de CNA está dada por los programas de Educación de Adultos. En el caso de las JPS, se da una fase de transición: en los años siguientes (1982-1984) se han seguido desarrollando movilizaciones con características similares a las desarrolladas en 1981. Se realizan movilizaciones de vacunación (polio, sarampión y DPT), con el objetivo de reducir la morbimortalidad por estas enfermedades. También se han seguido realizando las movilizaciones de higiene y limpieza o saneamiento ambiental en los meses de junio y julio. En 1983, junto con esta movilización se hizo hincapié en las acciones de lucha contra la diarrea.

Frente a la constante escala de agresión que está sufriendo el país, en 1982 se capacitó casi a 20 000 brigadistas en primeros auxilios y atención básica como parte de la defensa civil. En 1983, se conforman las brigadas de primeros auxilios y se refuerza la capacitación en estos aspectos, con el propósito de que la población se encuentre capacitada para situaciones de emergencia nacional.²³ Esta última capacitación se inscribe dentro de la estrategia de capacitación de brigadistas de Atención Primaria de Salud, que

²¹ Consejo Nacional Popular de Salud, “La participación de las organizaciones populares en la gestión de salud”, ponencia al 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 16.

²² *Ibid.*, p. 15.

²³ Coordinación Nacional de las JPS, cit., pp. 5-6.

foma parte de un programa de capacitación que busca ser la continuación del proyecto de las JPS y que contempla la especialización de los brigadistas en diferentes áreas.

Así, las Jornadas se ligan con el programa de Atención Primaria que actualmente se promueve. Lo que más se ha discutido es la forma de asegurar la continuidad y el papel tanto de las organizaciones como de los brigadistas en esto. En las políticas de salud de 1982 y 1983 ya se plantea la gestión popular no sólo en las movilizaciones, sino en el funcionamiento general del Ministerio de Salud: "Apoyar la participación popular en la gestión de los servicios de salud que realizan o impulsan los organismos de masa."²⁴

Aunque la existencia de las Coordinaciones o Consejos Populares de Salud estaba propuesta inicialmente para implementar las movilizaciones, ya en 1981 y 1982 se van presentando progresivamente casos de planteamientos tienen que ver con la demanda de atención y servicios, la selección de candidatos a estudiar carreras de salud, el control de los horarios, señalamientos de problemas de salud no tomados en cuenta, etc. Es así cómo, mediante la experiencia de las JPS, se va profundizando la participación, tanto en la dificultad de las acciones como en el grado de involucramiento en el fun-

cionamiento de los servicios y la problemática global de salud.

La gestión en salud toma más forma con cierta especialización de los organismos que componen el Consejo Nacional Popular de Salud. Los Consejos mantienen reuniones con los responsables del Ministerio a nivel nacional y regional, pero se subdividen al participar en distintas instancias:

- La CST y la ATC en la Comisión de Atención Integral al Trabajador.
- AMNLAE en el área materno-infantil.
- La Juventud, CDS, ANDEN y ANS (Asociación de Niños Sandinistas) en higiene del medio.
- La Juventud y Fetsalud en la Comisión de Docencia.
- CDS y AMNLAE en la Coordinación de las JPS.²⁵

Así la participación se da como un hecho, aunque con niveles distintos de gestión. Este aspecto se analiza en el Primer Congreso Nacional de las Jornadas Populares de Salud llevado a cabo en marzo de 1984. El Consejo Nacional Popular de Salud, en su ponencia apunta que: "La participación popular en la gestión de Estado es un proceso prolongado y complejo. Para establecerse requiere de tiempo para que el pueblo adquiera conciencia de la gran importancia de su participación y para que el aparato estatal se

²⁴ MINSA, *Plan de salud 1983*, Managua, 1983, p. 119.

²⁵ *Ibid.*, pp. 16-17.

reestructure en función de esa participación del pueblo antes marginado del poder.”²⁶

Desde esta punto de vista, la participación de los trabajadores de la salud es un elemento que vale la pena analizar con más detenimiento. Esta participación ha venido en aumento, tanto cuantitativa como cualitativamente, pero le queda aún bastante camino por recorrer. Se avanzó en su integración a las coordinaciones departamentales y municipales en donde se vivió todo un proceso de cambio. Dependiendo de las actividades centrales de cada movilización, se promueve la participación de distintos miembros del equipo de salud. Además del educador, cuya participación es constante, participan el médico, la enfermera, el trabajador sanitario y el trabajador de erradicación de malaria. Para muchos de ellos, las JPS son el primer contacto con la participación popular organizada.

Sin embargo, se vencen sólo parcialmente una serie de actitudes muy comunes ante la participación popular, que se observan también en otros programas que tienen que ver con este aspecto. Estas actitudes son:

- El temor a la participación popular, frecuentemente por no saber cómo hacerle frente o por temor

al cuestionamiento por parte del pueblo.

- El prejuicio en algunos de que las organizaciones populares no tienen nada que aportar “ya que no saben nada de salud”, sino que el conocimiento y la responsabilidad de salud es algo exclusivo del personal médico.
- El rechazo de la participación popular por constituirse en una nueva fuente de poder, sobre todo en los casos en que se va profundizando en la gestión de salud.

Al respecto, el Consejo Nacional Popular de Salud señala: “El nivel de desarrollo de los trabajadores de la salud puede tener efectos contradictorios, es decir, dependiendo de la posición que asuman estos trabajadores puede estimularse la participación o, por el contrario, ser desplazada o rechazada.”²⁷

Esto se ve muy claramente en los médicos que tienden a polarizarse. Por un lado se polarizan con respecto a la Revolución misma, existiendo un sector que abandona el país, abandona el sector salud para dedicarse a la medicina privada (aún considerablemente lucrativa) o permanece dentro de este sector y desde dentro trabaja (consciente o inconscientemente) en contra del proceso.

Dentro del sector identificado con el proceso se encuentran también

²⁶ Consejo Nacional Popular de Salud, cit., p. 3.

²⁷ *Ibid.*, p. 12.

matices, dándose aún cierta separación entre su politización y la aplicación de esto a su práctica y estilo de trabajo, sobre todo en aspectos novedosos y álgidos como la participación popular, que cuestiona directamente a la concentración del poder médico.

Otro aspecto del mismo lo constituye la ignorancia o rechazo médico hacia las medicinas llamadas paralelas o alternativas (herbolaria, acupuntura, homeopatía, etc.). En un contexto de escasa tecnología, de creciente bloqueo y aumento de costos, estas medicinas constituyen una serie alternativa para, al menos en parte, ir sustituyendo y modificando ciertos tratamientos a un costo bajísimo. Si bien hay alguna experiencia en estas medicinas, esto es marginal con respecto al conglomerado de la práctica médica en Nicaragua.

Respecto del grado de avance en la participación AMNLAE es más crítica. Esta organización, después de la fase más intensa de las JPS, conforma los Equipos de Salud de AMNLAE (ESA) con la intención de trabajar en forma más especializada en el área materno-infantil y como un intento de identificar más a los brigadistas con su organización de origen. Con relación a este trabajo, dicen lo siguiente:

“En lo que se refiere a las ESA, cabe señalar algunas dificultades a nivel del Ministerio de Salud (MINSA) y AMNLAE, que obstaculizan su crecimiento y consolidación. Aun cuando desde el punto de vista organizativo hemos logrado conceptualizar para la

ESA una estructura propia y ésta ha sido discutida a nivel central en el MINSA, nos encontramos con que a nivel regional aún prevalece el criterio de utilizarlos como simples ejecutores de proyectos.

”A nuestro juicio, consideramos que esta disparidad de criterios sobre la concepción del papel de los ESA y, en general, del papel de AMNLAE, se debe a que los niveles regionales no tienen claridad en cuanto a lo que significa la gestión popular en las tareas del Estado y tienen además confusiones en lo que se refiere a la operativización de los mecanismos de organización entre las estructuras institucionales y las bases organizadas.”²⁸

Sin embargo el desarrollo de las JPS va dejando huella en los trabajadores de salud que pasan en muchos casos, de estas actitudes de recelo, rechazo o temor a la participación popular, a distintos grados de aceptación; desde la aceptación limitada exclusivamente al nivel ejecutivo hasta la asimilación y promoción de la participación popular integral. Es claro que este avance no ha sido homogéneo, ni siquiera a nivel regional y central, donde también se encuentran diferentes formas de concebir y aceptar la participación popular.

²⁸ AMNLAE, “La mujer nicaragüense y su experiencia de participación en salud”, ponencia presentada en el 1er. Congreso Nacional de las Jornadas Populares de Salud, Managua, marzo de 1984, p. 6.

Esto nos lleva a la actual discusión en torno a la participación dentro de los programas de Atención Primaria en Salud, programas que tienen una gran cobertura, muchas actividades, mayor permanencia y que constituyen el primer nivel de atención en todo el país. En la elaboración y ejecución de esta estrategia se ha vuelto a plantear el problema: ¿Cuál debe ser el papel de las organizaciones de masas y concretamente el de los brigadistas en relación con la salud del pueblo?

Existen distintas posiciones al respecto —posiciones que cobran realidad sobre todo en la práctica. Todas ellas oscilan entre dos posiciones polares: una que considera útil e incluso necesaria la participación en tareas de salud, sobre todo en los primeros años, mientras la Universidad empieza a graduar a centenares de médicos y técnicos que inician estudios en medicina gracias al aumento de matrícula después del triunfo. Así los servicios de salud se extenderían a base de personal de salud continuándose cierto grado de participación popular, sobre todo en tareas masivas y sencillas.

A esta posición se contraponen otra que plantea el crecimiento progresivo de la capacidad de la población para detectar y resolver sus problemas de salud y para controlar el funcionamiento de sus servicios de salud. Esto no elimina al médico sino, al contrario, lo ubica en funciones de nivel más especializado, atendiendo ya no diarreas o catarras sino problemas que los brigadistas no pueden resolver.

Entre estos dos parámetros se va desarrollando el desarrollo de lo que será el sector salud del futuro y la posibilidad de un modelo de servicios cualitativamente distintos.

EL CASO DE MEXICO

Los problemas de salud de México son también preocupantes. Si bien los índices generales de salud demuestran alguna mejoría, éstos se encuentran lejos aún de los límites ideales a alcanzar. Si además pensamos en el subregistro de enfermedades y muertes, se puede concluir que los problemas detectados son aún mayores. Cuando se analizan los datos, ya no en forma general sino por estados y sobre todo por clase social, vemos que existe una distribución muy desigual de la enfermedad y la muerte.²⁹ Las clases populares son las que ponen la mayor parte de los enfermos y los muertos. Muchos de los problemas que padecen realmente se pueden prevenir, pero no sólo con medidas técnico-administrativas en el campo de la salud (que es generalmente lo que se hace), sino que son necesarias otras medidas que pasan al campo de lo político-estructural (si entendemos la salud como un producto social y no sólo como recibir servicios médicos). Sin embargo, esto ge-

²⁹ López A., Daniel, *La salud desigual en México, México, Siglo XXI, 1980* y *Necesidades esenciales en México: Salud, México, Coplamar-Siglo XXI, 4, 1982.*

neralmente no se menciona, con lo que se contribuye a ocultar las verdaderas causas sociales que condicionan el acceso desigual a la salud.

Las medidas que se toman para enfrentar la enfermedad se basan en las políticas sanitarias, las cuales expresan, entre otras cosas, la manera en que el Estado intenta dar respuesta a los problemas de salud y enfermedad y las correlaciones de fuerzas de las clases sociales dentro de un determinado sistema político.³⁰ Es importante, al analizar las diferentes políticas de salud, tratar de ver qué hay detrás de las mismas, es decir que además de ver el aspecto técnico, hay que analizar los aspectos políticos que hay detrás de ellas. Dentro de las políticas dictadas por el Estado mexicano en materia de salud nos interesa detenernos en las que se refieren a la educación y a la participación en salud. A pesar de que durante más de 40 años la educación en salud se ha llevado a cabo en este país, los efectos de la misma no han sido los esperados.³¹ En la Ley General de Salud, publicada en febrero de 1984, encontramos la educación para la salud, teniendo por objeto: "fomentar en la población el desarrollo de ac-

titudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades y accidentes, proporcionar conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por el ambiente, orientar a la población sobre diversas materias como: nutrición, salud mental, bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades".³²

Además, dicha Ley refiere que "la Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordinándose con la de Educación Pública y con los gobiernos de las entidades federativas y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población".³³

Cabe hacernos aquí algunas reflexiones: ¿qué tanto puede "promocionarse la salud" mediante la educación para la salud si la realidad social no se transforma? ¿Es realmente "desarrollando ciertas actitudes y conductas" como se va a conseguir que cambie la situación de salud de las clases populares? ¿Qué tanto (sólo por mencionar

³⁰ Fassler, Clara, "Política sanitaria de la Junta Militar Chilena (1973-80)", *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, México, Nueva Imagen, 1982, pp. 26-27.

³¹ Loewe, Ricardo, "Panorama de la educación para la salud en México", mimeo., sin fecha.

³² "Ley General de Salud", *Diario Oficial*, México, 7 de febrero de 1984. pp. 38-39.

³³ *Ibid.*

algunos problemas) pueden estas clases sociales mayoritarias, viviendo en la situación en que se encuentran, prevenir ciertas enfermedades como la desnutrición, la diarrea, las enfermedades respiratorias y la tuberculosis, por más charlas de educación que reciban? Y si analizamos cómo se hace en general la educación para la salud, nos surgen muchas más interrogante. Generalmente se hace de manera vertical; desde arriba se formulan, proponen y desarrollan los programas y en ningún momento se habla de hacer partícipes a aquellos sectores a los cuales se dirige el trabajo, reafirmando con esto la subordinación de dichos grupos sociales. Nada se hace para que los mismos adquieran una visión crítica de la realidad y se organicen para resolver sus problemas de salud y enfermedad producto de las contradicciones sociales y políticas que están viviendo. Así, en México, al igual que en otros países, el papel que la educación en salud ha cumplido y cumple es el de ocultar la raíz de los problemas, justificar la sociedad de clases y reproducir la ideología dominante.

Respecto a la "participación de la comunidad", vemos que la misma se ha canalizado hacia la ejecución de actividades, constriñéndose a apoyar y fortalecer al sistema de salud. Así, tenemos que en la Ley de Salud mencionada, en el apartado que habla sobre la participación de la comunidad, la misma tiene por objeto "fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el me-

joramiento del nivel de salud de la población". En el mismo punto se determina que la comunidad participará en las siguientes acciones:

- En la promoción de "hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud";
- interviniendo "en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y de accidentes";
- colaborando "en el tratamiento de problemas ambientales, como voluntarios en la realización de tareas simples de atención médica y actividades de operación de los servicios de salud";
- en la notificación de "personas que requieran servicios" y formulando "sugerencias para mejorar los servicios";
- reportando "a las autoridades irregularidades o deficiencias de los servicios".³⁴

Punto y seguido, dicha Ley refiere que de parte de las distintas autoridades se promoverá y apoyará la constitución de grupos que tengan por objeto participar de manera organizada en los programas de salud individual y colectiva, en la prevención de enfermedades, accidentes e invalidez, así como en la rehabilitación de inválidos.³⁵

³⁴ *Ibid.*, pp. 32-33.

³⁵ *Loc. cit.*

En estas disposiciones no encontramos que la participación promovida trascienda los límites de la ejecución de ciertas tareas; en ninguna parte se menciona la participación en la planificación o evaluación de los programas, ni mucho menos en la toma de decisiones. Tampoco se aclara la manera en que la población pueda tener acceso orgánico al manejo de los recursos y decisiones que la afectan, ni se mencionan formas organizativas concretas de participación.³⁶ ¿Cómo se puede entonces participar organizada-mente y expresar la voluntad popular en todos los niveles? Vemos pues que lo que se hace es repartir responsabilidades, pero no se permite acceso al poder.

Con estas políticas el Estado busca legitimarse, mostrándose preocupado por la población, interesado en que ésta se eduque y participe en salud, con lo cual además de ganar consenso y ocultar la realidad de los problemas, mantiene centralizado el poder y el control.

Pero como los procesos sociales no son unidireccionales sino dialécticos y contradictorios, hace ya bastante tiempo que en México se ha venido generando un trabajo alternativo en salud. Diferentes grupos, independientes del Estado, vienen desarrollando una serie de experiencias a nivel popular que

combinan la atención médica con la educación, organización y participación en salud. Estas experiencias tienen origen y vinculación de diversos tipos: grupos religiosos, organizaciones políticas, instituciones universitarias o grupos que no reconocen filiación organizativa o institucional. La mayoría de ellos intentan contribuir con su trabajo al fortalecimiento de la conciencia de clase y de la organización popular.

En una proporción considerable de estas experiencias, se parte de que la situación de salud es producto de las condiciones de vida y de trabajo, entendiéndose que la lucha por la salud debe formar parte de un proyecto más amplio que contemple la lucha por la transformación social. Ante la difícil situación de salud de las clases populares (tanto urbanas como rurales), estos grupos han implementado una serie de programas que intentan impulsar la organización y el análisis crítico de esta situación, buscando colectivamente las formas en que puede darse respuesta a la problemática de la salud. La tendencia ha sido trabajar sobre algunos de los siguientes aspectos:

- Lograr cierto grado de organización en salud y/o el apoyo a formas más generales de organización;
- la capacitación a nivel popular, no sólo técnica sino relacionando la situación de salud con lo social. Se busca la aplicación y la multiplicación de dicho conocimiento;

³⁶ Testa, Mario, "Extensión de cobertura con atención médica primaria", Venezuela, CENDES - UCV, 1981, p. 14.

- la participación en actividades colectivas y/o la promoción de la gestión en los programas mismos;
- la promoción de la autoatención de los problemas de salud frecuentes con la implementación de terapias no sólo dentro de la alopática, sino recuperando formas alternativas de curación: herbolaria, acupuntura, homeopatía, etcétera;
- recuperación y utilización de elementos de las culturas populares (medicina tradicional, formas de enseñanza, lenguaje, etcétera);
- con menor frecuencia se plantea la participación en procesos de investigación (problemas de salud, plantas medicinales, etcétera).

En los últimos años se han promovido encuentros nacionales y regionales para intercambiar experiencias, métodos de trabajo y materiales, y para apoyarse mutuamente. De esta forma se ha avanzado en la formación de lo que podría llamarse un movimiento en el campo de la salud popular, lo que permite superar el relativo aislamiento de los diferentes grupos y enriquecer su trabajo.

La tendencia en estos grupos es a que ya no se vea a la educación por sí sola como un remedio a la problemática de salud, sino como un apoyo fundamental al trabajo, un instrumento desalienante y transformador que ayuda a avanzar en un proyecto alternativo de sociedad. No se busca pues un simple cambio de conductas, sino

que las conductas necesarias surjan de una conciencia crítica de los problemas que el pueblo mismo padece.

Respecto a la participación, se pretende que la misma sea en los diferentes aspectos de los programas. Esto implica irse entrenando progresivamente en la gestión en salud, para que el pueblo, mediante sus formas organizativas propias, participe decidiendo el "cómo", el "cuándo" y el "para qué" de las acciones de salud. Es decir, que pueda participar realmente en el análisis y solución de los problemas de salud y enfermedad que le atañen.

En el trabajo desarrollado hay cierta heterogeneidad por las condiciones propias en que surgen y se desarrollan los diferentes programas y porque ya en la práctica aparecen bastantes dificultades para implementar el trabajo tal como se plantea. Sin embargo el intercambio de experiencias y la discusión colectiva de los aciertos, fallas, logros y limitaciones, será lo que permitirá ir avanzando y coincidiendo en ciertos objetivos y prácticas. De esta manera la tendencia es, por medio de este trabajo en salud (que en la mayoría de los programas no se ve como algo táctico sino estratégico), contribuir y sentar las bases de una práctica en salud diferente. Así, la educación y participación en salud que se impulsen deben responder a esos propósitos.

DISCUSION

Si partimos de que las políticas sanitarias son en gran medida la expresión

del proceso político por medio del cual el Estado va configurando la organización y la orientación de la práctica médica, y que esto se da de acuerdo con las correlaciones de fuerzas y con el desarrollo de las luchas de clases dentro del sistema político imperante,³⁷ nos es fácil entender por qué en Nicaragua ha sido posible desarrollar el trabajo en salud tal como se explicó anteriormente y también el porqué de la situación que se vive en el México actual.

Por lo tanto, es necesario contextualizar lo que pasa en el campo de la salud con lo que sucede en la sociedad en general, pues comprender las transformaciones en el campo del saber, la práctica médica y las políticas sanitarias implica conocer y analizar las transformaciones que se dan en la sociedad en su conjunto y ver su estructura económica, social y política.³⁸

Respecto a la educación y participación en salud, que es básicamente lo que se ha desarrollado a lo largo del artículo, hemos podido ver, de manera general, cómo las mismas han sido concebidas e implementadas y el papel que han desempeñado en una u otra sociedad. Señalamos además la importancia de ir generando un trabajo alternativo en salud aun cuando no se haya logrado una transformación social, pues cualquier avance que se haga en el sentido de ir rompiendo con el

modelo imperante contribuye a sentar las bases para un trabajo en salud diferente en el futuro.

Es importante reafirmar que se debe entender el problema de la salud y la enfermedad no sólo como un problema técnico que requiere sólo soluciones técnicas, sino como un problema político, por lo que enfrentarlo implica rebasar el campo exclusivo de la salud. Esto quiere decir que al hacer trabajo popular en salud debemos contribuir a que la gente desarrolle la capacidad de examinar y analizar críticamente su situación, que pueda darse cuenta de cuáles son las causas reales de la enfermedad. Implica también contribuir a la socialización del conocimiento en salud, con el fin de que las clases populares se apropien del mismo para utilizarlo en su beneficio y puedan fundamentar la toma de decisiones. Con la socialización del conocimiento se contribuye además a restar poder a las élites poseedoras del saber. Politizar el trabajo en salud implica luchar por crear un modelo organizativo ágil, que permita hacer uso del poder que le corresponde e influir en la realidad, transformándola.

La experiencia nicaragüense es posible, no tanto por un cambio en el sector médico, sino por un proyecto más global de transformación que a su vez cuestiona y modifica a dicho sector (no sin tensiones y resistencias). También este trabajo es posible porque se cuenta con el consenso activo de la población. En las últimas movilizaciones de las JPS de 1981 se llegó a

³⁷ Fassler, Clara, *op. cit.*, p. 26.

³⁸ *Ibid.*, p. 27.

tener una proporción cercana a los 3 brigadistas por cada 100 habitantes. Para darnos una idea de lo que esto significa, si extrapolamos esta razón a la población mexicana, tendríamos más de dos millones de brigadistas voluntarios trabajando simultáneamente, ¿sería posible realizar esto en las condiciones actuales de México?

Para finalizar, es importante recordar tanto para Nicaragua como para otros países, que no son los servicios de salud los que cambiarán a mediano plazo y espectacularmente la situación de salud, sino que este cambio será producto de las modificaciones sobre

los distintos determinantes de las condiciones de trabajo y de vida de las mayorías.

Sin embargo, al sector salud le corresponde asumir un modelo de funcionamiento acorde y armónico con un proceso de transformación social que se vaya apoyando en, a la vez que apoye, los avances obtenidos. En el caso de Nicaragua, la educación y participación popular en salud se convierten en uno de los principales ejes sobre los que se articula la política de salud, dándose con las Jornadas Populares de Salud un sólido paso en esa dirección.

Noticia de los autores

SAUL FRANCO. Colombiano. Médico y Maestro en Medicina Social. Profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia.

BENNO DE KEIJZER. Mexicano. Médico. Realiza estudios de postgrado en Antropología Social.

EDUARDO MENENDEZ. Argentino. Antropólogo y Maestro en Salud Pública. Jefe del Proyecto Antropología Médica del CIESAS.

RAUL MIRANDA. Mexicano. Antropólogo. Investigador de tiempo completo del Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste.

MAURICIO ORTEGA. Mexicano. Médico. Investigador de tiempo completo en el Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste.

INGRID ROSENBLUETH. Mexicana. Maestra en Antropología. Profesora de tiempo completo de la carrera de Antropología en la UAM-Iztapalapa.

JEANNETTE ULATE. Costarricense. Médica. Realiza estudios de postgrado en Medicina Social.

LUIS YARZABAL. Uruguayo. Médico Sanitarista. Asesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

ALBERTO YSUNZA-OGAZON. Mexicano. Médico. Estudios de Postgrado en Antropología Social. Jefe del Departamento de Estudios Experimentales de la División de Comunidad del Instituto Nacional de la Nutrición.



19 de septiembre

Día en que se suspendió la vida cotidiana de nuestra ciudad para abrir un paréntesis de reflexión obligada por la magnitud de la tragedia. Como toda gran crisis, la que provocaron los sismos de los días 19 y 20 de septiembre del presente año, además de haber sido la causa directa de múltiples problemas, ha venido a poner de manifiesto muchos otros que ya estaban presentes en la ciudad de México, como el hacinamiento en las colonias populares, la falta de vivienda barata para la población de escasos recursos, las condiciones de explotación prevalecientes en algunas actividades productivas como los gremios de costureras, de zapateros, etc., la irresponsabilidad de los constructores, la corrupción de las autoridades que supuestamente debieron certificar la seguridad que ofrecían los edificios, y desde luego la falta de democracia en la administración de la ciudad, la cual redundó no solo en privar a muchos millones de ciudadanos de sus derechos civiles, sino que también ha engendrado una gigantesca burocracia omnipotente e ineficiente.

Sin embargo, el dolor, la destrucción y la crisis han tenido también una contrapartida positiva, la generosidad y la solidaridad de la población citadina sin distinciones de clases o de ideologías; esta población obligada a

soportar la torpeza de autoridades siempre impuestas, ha sabido retomar la ciudad, su ciudad, y salir a la calle a prestar ayuda a sus vecinos o conciudadanos en forma anónima, sin pretender tender redes de control político, ni de poder personal, sino sólo como una respuesta vital ante la desgracia de los demás. Esa ayuda quizás a veces fue torpe, a veces un tanto aleatoria, pero muchos coinciden en que fueron las acciones espontáneas de la población civil, las que más eficientemente auxiliaron a los damnificados.

A poco más de un mes de distancia del sismo, es importante recordar que no deberá cerrarse este capítulo sin señalar con claridad a los responsables de muchas de esas pérdidas irreparables, sobre todo en vidas humanas. Pero ahora lo más importante es pensar en la reconstrucción y en la responsabilidad que todos seguimos teniendo frente a los damnificados, aún cuando esa responsabilidad pesa más directamente sobre las autoridades. Ahora que la crisis está pasando, se regresa a la vida cotidiana y se empieza a olvidar que hay muchas personas para quienes ésta ya no será la misma, niños y adultos que siguen siendo damnificados y para quienes la creación de la enésima comisión nacional de reconstrucción no ha significado nada; ellos esperan que se prolongue la solidaridad de sus conciudadanos y que las autoridades emprendan acciones concretas. Pero esa transición entre la crisis y la vida cotidiana, entre la acción solidaria espontánea y la acción gubernamental, que debería aportar soluciones de fondo para restablecer, en la medida de lo posible, la normalidad en la vida de la población afectada, padece enormes vacíos de comprensión y de responsabilidad.

Preocupados por esta problemática, el Colegio Mexicano de Antropólogos, el Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales y la Sección de Investigadores y Personal Académico del Sindicato del INAH (SENTE) convocaron a un foro de discusión sobre las alternativas de la reconstrucción en el cual participaron investigadores que han realizado trabajos sobre los efectos del sismo en la población de la ciudad de México. Psicólogos, sociólogos, antropólogos, urbanistas y arquitectos, así como representantes de organizaciones de damnificados estuvieron presentes. Sin pretender ser exhaustivas, algunas de las conclusiones más sobresalientes se sintetizan a continuación. (Este foro tuvo lugar en el Museo Nacional de Antropología el día 17 de octubre).

Independientemente de las causas geológicas que dieron al sismo mayor intensidad en la ciudad de México, las consecuencias tan graves que tuvo aquí se debieron en buena medida a la centralización, tanto de población como de servicios y comunicaciones. Se señaló también la necesidad de democratizar los procesos de elección de las autoridades de la ciudad, con el fin de acrecentar el compromiso de éstas con la población y de fortalecer su

legitimidad. Respecto de las tareas de reconstrucción, se enfatizó la responsabilidad que tienen las autoridades de resolver el problema de la vivienda de los damnificados de escasos recursos, y otros colaterales, como empleo, salud y educación; y la importancia de tomar en cuenta a las organizaciones que los representan en los programas de reconstrucción. Se mencionó como un resultado de las encuestas realizadas que la población más afectada, tanto en el centro de la ciudad como en las colonias Morelos, Tepito, Lorenzo Boturini, entre otras, difícilmente sobrepasa el salario mínimo por familia, en lo general es oriunda de la capital y no tiene ningún interés en irse a vivir a otra parte, ni tampoco recursos para hacerlo, por lo que se piensa en que será necesario restaurar sus viviendas en esas mismas colonias, procurando mejorar las condiciones previas. Esta población de hecho era ya “damnificada” por las condiciones socioeconómicas prevalecientes antes del sismo que la habían colocado en condiciones de miseria inaceptables para una sociedad que aspire a la justicia, por ello se les denominó “damnificados históricos”. También se hizo hincapié en que no es posible pensar en que habrá un solo modelo de reconstrucción válido para todas las zonas dañadas, sino que será necesario encontrar soluciones apropiadas para cada grupo social afectado, respetando su cultura e idiosincracia.

Se planteó que el Estado debe suspender todo pago al extranjero con motivo de la deuda externa, en virtud de que esos recursos son indispensables para la reconstrucción: México no necesita que lo ayuden los países acredores, basta con que dejen de extraer los recursos que genera el país. También es necesario que el Estado garantice por ley que los organismos que de él dependen tendrán los recursos suficientes para hacer frente a sus responsabilidades, y se mencionó en especial el caso del Instituto Nacional de Antropología quien en buena medida deberá hacerse cargo de la reconstrucción del centro histórico de la ciudad. Será necesario también evitar que las acciones que emprenda el Estado para la reconstrucción favorezcan la especulación con bienes inmuebles o servicios y que favorezcan una mayor acumulación de capital en vez de ser acciones tendientes a la redistribución.

Finalmente se analizó el papel de los científicos sociales, quienes tienen el compromiso de contribuir con sus investigaciones al mejor conocimiento de los problemas de la población afectada, y en general el análisis de las alternativas para la reconstrucción y la descentralización. Incorporar experiencias de otros países en aspectos de organización de la sociedad en casos de desastre, o en la solución específica para algunos de los problemas más críticos que se presentan, como es el de la vivienda popular; respecto del

cual sería interesante conocer las técnicas de autoconstrucción usadas en Cuba o en Polonia. También se señaló que será necesario que el Estado tome en cuenta la opinión de estos investigadores en las comisiones gubernamentales encargadas de llevar a cabo los programas de reconstrucción.