

CHRISTUS

Editor Responsable:

Luis G del Valle.— Centro de Reflexión Teológica, A.C.

Director:

Javier Garibay

Director Administrativo:

David Ungerleider

Jefe de Redacción:

Raúl H Mora

Relaciones Públicas:

Magdalena Cubas Carlin

Diseño Gráfico:

J Luis Gómez Brindis

Tipografía:

Gloria Evaristo García

Consejo Asesor:

Enrique Maza, Ramón Mijares, Enrique Dussel, Vicente Leñero, Jean Meyer, Angel Sánchez, Beatriz Becerra.

Consejo de Redacción:

Luis G del Valle, Sebastián Mier, Raúl H Mora, Alberto Arroyo.

Equipo de Trabajo:

Julio Alcaraz, Rufina Cuenca, Roberto Guevara R, Ana Ma. Martínez, Jesús Reséndez Ramírez, Margarita Zamora.

La responsabilidad editorial está a cargo del Centro de Reflexión Teológica, A.C. Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial de Christus, para fines no comerciales. Citar fuente con aviso a la dirección.

Christus no es un órgano institucional del episcopado. Tiene aprobación eclesiástica y funciona como un hecho práctico y un servicio puesto a la disposición de las diócesis que lo aceptan como tal, como son actualmente: Cd Juárez, Cuernavaca, Huejutla y Vicariato Apostólico de la Tarahumara.

Registrada como artículo de 2a clase en la Administración de Correos No. 1 de México, D.F., 3 de enero de 1936. Registro de Propiedad Intelectual en la S.E.P. No. 1054 el 15 de diciembre de 1950. Certificado con licitud de título No. 1724, Certificado de licitud de contenido No. 998 otorgados ambos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación el día 15 de julio de 1982. Suscripción anual: \$ 750.00 número suelto/atrasado, \$ 80.00. Suscripción correo aéreo América Latina: 30 Dlls, otros países: 35 Dlls, número suelto/atrasado: 2.50 Dlls.

Centro de Reflexión Teológica, A.C., Apartado Postal 19-213, Colonia Mixcoac, Delegación Benito Juárez, 03910 México, D.F. México.

Impresión:

Litográfica Electrónica, S.A.
Ermita Iztapalapa No. 2095-2.

Dirección Librería:

Augusto Rodin 355
Colonia San Juan
03730 México, D.F.
Tel: 5-98-47-08.

presentación

La mayoría de nuestros lectores se preocupan y se ocupan de los problemas concernientes a la salud y enfermedad. Reflexionar sobre el tema, es necesario.

En "tiempos de guerra" es fácil detectar las causas de la muerte como un hecho colectivo. No así en "tiempos de paz". Entonces la enfermedad es considerada como un caso individual, y su causa como un hecho natural.

Poco a poco hemos venido descubriendo que esto no es así: la salud y la enfermedad tienen que ver con la colectividad; y sus causas son también estructurales. Lo que conlleva un esfuerzo por descubrir sus verdaderas raíces y por crear las mediaciones económicas, políticas e ideológicas que hagan posible la salud, sobre todo de los más necesitados.

Está en juego no sólo el enfermo, sino el hombre mismo, la sociedad como totalidad; la misma apuesta del Dios de la Vida, por el hombre. Encontrar salidas teóricas y prácticas, individuales y estructurales, es lo que constituye la búsqueda de una alternativa; y éste es el objetivo del presente número.

Javier Garibay, 87

Año 48 No. 566 Junio 1983

en este número

- | | |
|--|----|
| + Y LA NOTICIA | 3 |
| + TEORIA Y PRAXIS | |
| Reflexiones de un médico ante la salud y la enfermedad | |
| Dr. Agustín Sanginés García | 7 |
| CUADERNO: SALUD Y ENFERMEDAD ALTERNATIVAS | 11 |
| Introducción al Cuaderno | 12 |
| Introducción a la discusión en torno a la salud y enfermedad | |
| Hernán García | 14 |
| Las dos medicinas Hernán García | 21 |
| ¿Qué enseñan los médicos? (Una visión de su ideología) | |
| Dra. Gloria Sayavedra H | 25 |
| La salud en el desequilibrio biológico, psicológico y social | |
| Juan Manuel Micher | 29 |
| Programas de Sanidad rural. Dos enfoques | 31 |
| La salud y la enfermedad en un medio indígena Felipe Ruiz | 35 |
| Programas de salud pública a través de una radio local | |
| Jorge V Villalobos G | 39 |
| "La consulta de hoy" WEYT—Radio cultural campesina | 41 |
| "Chismes sobre la salud": Desnutrición WEYT—Radio cultural campesina | 43 |
| + DOCUMENTOS | |
| Declaración de la URNG sobre los cristianos | 46 |
| + Y LA PALABRA | |
| Domingos de Agosto y Septiembre Rubén Cabello y Sebastián Mier | 49 |

Los acto
han cor
mente.
yo ha te
y relevan
reflexión
desfile d
nio de M
san los
alcanzad
igualitari
la renov
dos de la
que en e
de manit

Este prin
rísticas
de fondo
tratarem
los elem
constituy
social qu
festación
análisis a
cal del F
Salario,
restía in
los traba
sus tarea
finalmen
reflexión
este prin
rísticas c
movimie

MEXICO

1o. DE MAYO: ¿POR QUE SE MOVILIZAN LOS TRABAJADORES?

Los actos obreros del 1o. de mayo se han comentado y discutido ampliamente. Y con razón. Este 1o. de mayo ha tenido características especiales y relevantes, completamente dignas de reflexión. Además, es éste el primer desfile de los trabajadores en el sexenio de Miguel de la Madrid. Qué piensan los trabajadores de la concreción alcanzada en lo referente a la sociedad igualitaria, la planeación democrática, la renovación moral y demás postulados de la campaña presidencial, es algo que en este 1o. de mayo se ha puesto de manifiesto.

Este primero de mayo, por sus características especiales, refleja una realidad de fondo en la que se sustenta. Aquí, trataremos de exponer sintéticamente los elementos principales de lo que constituye el contexto económico y social que sirve como piso a esta manifestación obrera; daremos a conocer el análisis a través del cual el Foro Sindical del Frente Nacional en Defensa del Salario, Contra la Austeridad y la Carestía interpretó la situación actual de los trabajadores mexicanos y señaló sus tareas prioritarias para esta etapa; y finalmente, concluiremos con algunas reflexiones dirigidas a sostener que este primero de mayo, por sus características concretas, es reflejo de que el movimiento obrero en México avanza,

al lado del conjunto del pueblo, hacia su liberación.

Lo que los trabajadores mexicanos han mostrado en sus desfiles y mítines en este 1o. de mayo, no puede interpretarse sin antes tener claros los elementos más característicos de la conformación del contexto económico y político que actualmente sirve de marco a las condiciones de trabajo y de vida de la población trabajadora.

Rasgos muy significativos estuvieron presentes en todos los actos del 1o. de mayo: la inconformidad y la protesta, mismas que cubrirían distintos niveles y tomarían diversas formas al ser expresadas. La clase obrera mexicana, de algún modo, está inconforme con su situación actual. ¿Por qué? ¿de dónde viene todo esto?

Atendiendo a la historia reciente del país, especialmente en lo que se refiere a la situación económica del mismo, podemos dar con algunos datos que resultan iluminadores para explicar el constante deterioro de las condiciones de vida de las mayorías. Ya desde 1976-1977 se hizo obvio el fracaso de la política económica a través de la cual el Estado pretendía impulsar la modernización de la economía nacional, elevar la productividad tanto en la

agricultura como en la industria, reducir el desempleo . . . No obstante ese fracaso, cuyas raíces estructurales, en los hechos, parecen no haber sido descubiertas por quienes deciden la vida nacional, el gobierno de JLP vuelve a insistir en la modernización del capitalismo en México. Para ello, este gobierno cuenta con un nuevo recurso: el Petróleo. Este recurso, junto con el gas, es explotado ampliamente durante todo el sexenio. Las divisas que genera ciertamente ayudan a paliar la crisis profunda y objetiva por la que atraviesa el país, y producen, en 1979-1981, la ilusión de la recuperación económica. En este período, también por la vía del subsidio, la burguesía nacional y extranjera obtiene grandes ganancias; se da una cierta modernización y expansión de la industria, especialmente en las ramas automotriz, siderúrgica y petroquímica. Es en 82 cuando la crítica realidad nacional vuelve a emerger rompiendo así las apariencias de recuperación y los discursos demagógicos. La crisis, que no hace sino expresar el anárquico y desigual desarrollo de las ramas productivas, así como la profunda dependencia tecnológica y financiera que padece la economía mexicana, vuelve a aparecer pero ahora de un modo mucho más severo. A ello contribuyen algunos elementos externos tales como la recesión de las econo-

más estadounidenses y europeas, la elevación del precio de sus exportaciones, el alza de las tasas de interés, la baja del precio de las materias primas (y del petróleo) en el mercado internacional; elementos externos que son constantemente aducidos por el régimen como causa principal de la precaria situación nacional. A la vez, durante este sexenio, en los terrenos político y laboral, el pueblo mexicano enfrenta el control, la limitación de sus derechos, los toques salariales y la represión masiva y selectiva.

Queda pues resaltado que para los trabajadores no ha habido una tregua, que desde el sexenio de Luis Echeverría sus niveles de consumo, educación, recreación y participación política, más que avanzar, han disminuído. Todo esto va conformando una situación objetiva adversa que más adelante se manifestará como inconformidad y lucha.

Los expuestos, son datos de la realidad nacional que constituyen gran parte del contexto económico político y social que encontrará MMH al acceder a la presidencia de la república el 1o. de Diciembre de 1982.

En 1982 el nuevo gobierno de la república se encuentra con una economía nacional en bancarota. La salida que este gobierno encuentra a esta situación es el incremento de la deuda externa. Otorgar más crédito a México, a pesar de su dudosa solvencia económica, para los grandes capitalistas financieros internacionales es conveniente. Con ello aseguran al corto plazo la paz social en México, la mayor estabilidad de la banca internacional y la profundización de la dependencia económica de México.

Constancia de lo anterior es la firma, con el FMI, de un crédito de 5 mil millones de dólares para México. Tal convenio implica la continuidad de la explotación tanto de los trabajadores como de los recursos naturales mexicanos, así como el garantizar la capacidad mexicana de pago de su deuda externa.

Es este el contexto nacional de los últimos años. Es éste el origen de la POLÍTICA DE AUSTERIDAD que ahora pesa sobre las masas trabajadoras. Son estas masas las que ahora padecen más

fuertemente las consecuencias de un sistema social irracional e injusto.

Pasemos ahora a considerar cómo esta situación nacional ha repercutido en el movimiento obrero.

Para los trabajadores (1) la Política de Austeridad —que ahora se recrudece pero que en realidad ha estado presente desde hace años— no es más que el sostenimiento de las ganancias de los capitalistas a costa del mayor deterioro de las condiciones de trabajo y de vida de las masas asalariadas.

Los trabajadores (2) entienden que la Política de Austeridad, que ahora se profundiza, constituye una ofensiva estatal y capitalista contra los trabajadores en lo económico, lo político y lo laboral.

En lo económico, la ofensiva estatal y capitalista se ha concretado a través de la disminución del salario real, (cuadro núm. 1) el desempleo creciente, el tope salarial del 250/o, los despidos masivos, el alza a los impuestos, la liberación de precios en los productos de consumo popular. Hechos, todos ellos, de los que a diario la prensa nos informa con nombres y cantidades.

En lo político, esta ofensiva se realiza a través de un mayor control sindical por parte de los "charros" sobre los trabajadores, del incremento de la represión, de la imposición de sindicatos blancos, del traslado de los problemas económicos que tienen origen en la producción a la esfera del consumo, del despido injustificado de dirigentes democráticos.

En lo laboral, la ofensiva ha sido patente en la prolongación de los conflictos obreros y en la defensa de la parte patronal que promueve la secretaría del Trabajo y Previsión Social (ST y PS), en el regateo en el pago de los salarios caídos, en los despidos multitudinarios, en la eliminación de cláusulas que favorecen a los trabajadores en los contratos colectivos de trabajo, en la presión patronal en lo que a eficiencia productiva se refiere.

Por otra parte, los trabajadores (3) consideran que en la actual estrategia del Estado el control de los obreros es esencial para salir de la crisis y reestructurar la industria sin poner en peligro la estabilidad del régimen. Y en esto, la

estructura "charra" de control sindical es una pieza clave.

En su análisis, los trabajadores consideran que el charrismo ha dado una respuesta demagógica al malestar y a la protesta obreras; que en las luchas no se ha enfrentado al capital en la esfera de la producción, como debiera ser, sino que ha trasladado las demandas de los trabajadores a la esfera de la distribución y el consumo "exigiendo" canasta básica, congelación de rentas, tiendas sindicales, etc.

En otro punto, los trabajadores (4), autoevaluando sus fuerzas, consideran que el movimiento obrero democrático e independiente actualmente se encuentra disperso y aislado. Y esto es significativo en la medida en que, según ellos mismos postulan, el movimiento obrero está llamado a jugar un papel central en la detención de la ofensiva que los capitalistas han emprendido contra los trabajadores, y en la articulación y potenciación de las luchas del pueblo en una perspectiva independiente.

En el mismo tono realista los trabajadores reconocen que su respuesta a la situación ha sido débil. Las luchas contra el tope salarial, contra el desempleo y por la reducción de la jornada de trabajo han sido luchas aisladas (SITUAM SME, DINA). Reconocen también que la solidaridad, valiosa arma del pueblo en lucha, ha sido escasa. Se plantean el avanzar en la unidad buscando, para ello, el anteponer las coincidencias a las diferencias.

Concluyendo su análisis de las repercusiones que la Política de Austeridad tiene sobre las masas asalariadas, los trabajadores (5) se plantean el qué hacer.

A este respecto, postulan luchar por la Democracia Sindical. Es ésta la primera y principal condición para el desarrollo del movimiento obrero ya que, a la vez que es una lucha reivindicativa, es una lucha política tendiente a lograr una sociedad para los trabajadores.

A pesar de que la gran mayoría de los trabajadores es todavía hoy dominada por el charrismo, la lucha por la democracia sindical ha avanzado en los últimos años. No por ello se acorta el camino por andar. Detener la ofensiva

capitalista
res, avan
en la soli
das más s

También
defensa
defensa
salario; l
blico en
ducción
lar; se p
respeto
dores me
los Estad

Este To
ticas pa
contexto
tuito. E
sus caus

Quisiéramos
acotación
jetivas n
tente y
de vida
los trab
nación
también
las orga
que co
depend
los nive
ción de

Nuestro
vez ma
sión, h
las cau
dido en
sistema
empez
práctic
ción.
calor
perar
por ev
chos c
injusti
trabaj
do a s

Tal di
versos
menta
vidad.
pitalis
tos de
repres
corrup
madu
ciones
las lir

capitalista implica, para los trabajadores, avanzar en la unidad de acción y en la solidaridad en torno a las demandas más sentidas de la clase obrera.

También en el qué hacer se postula la defensa de los derechos laborales, la defensa del empleo, la lucha por más salario; la exigencia de más gasto público en servicios sociales, en la producción de bienes de consumo popular; se postula también la lucha por el respeto a los derechos de los trabajadores mexicanos y latinoamericanos en los Estados Unidos.

Este 1o. de mayo, con sus características particulares, resulta, después de contextualizarlo, un hecho nada fortuito. Este 1o. de mayo se explica por sus causas objetivas.

Quisiéramos hacer aquí una breve acotación. Al mencionar las causas objetivas no sólo queremos indicar la patente y creciente disminución del nivel de vida y de participación política de los trabajadores en la conducción de la nación en estos años; queremos aludir también a los luchadores sociales y a las organizaciones sindicales o políticas que con su práctica democrática e independiente han contribuido a elevar los niveles de conciencia y de organización de los trabajadores.

Nuestro pueblo, sometido a una cada vez más intensa explotación y opresión, ha venido comprendiendo mejor las causas de su padecimiento, ha podido entender mejor cómo funciona el sistema que lo exprime y manipula, ha empezado a formular y a poner en práctica algunas estrategias de liberación. Consecuentemente con ello, al calor de la lucha cotidiana por recuperar el poder de compra del salario, por evitar la restricción de los derechos o por denunciar la opresión y la injusticia en todas sus formas, la clase trabajadora mexicana ha venido forjando a sus dirigentes.

Tal dirigencia, en todos estos años adversos para los trabajadores, ha incrementado su experiencia y su combatividad. La lucha contra la ofensiva capitalista, el sobreponerse a los momentos de reflujo del movimiento, evitar la represión, superar las oportunidades de corrupción, son elementos que hacen madurar a los sujetos y a las organizaciones. Sin pretender decir que todas las limitaciones estén superadas, sí po-

demos afirmar como un hecho objetivo que incide en la vida política del país la existencia de esta dirigencia; su huella no ha pasado desapercibida en el día internacional de los trabajadores.

Ahora se entiende mejor y más claramente la inconformidad obrera de la que hablamos al principio; los 60 minutos de protestas y mítines bajo el balcón presidencial dentro del desfile oficial que en el D.F. duró 270 minutos (6); la presencia de los sindicatos independientes y combativos en la marcha oficial; las mantas que en lugar de agradecer al Señor Presidente su política económica, aun en los contingentes de trabajadores controlados por charros, exigían aumento salarial, derogación de la requisita, democracia sindical, bajos impuestos, no a la austeridad; la firma del Pacto de Unidad y Solidaridad Sindical (PaUSS) por más de 10 sindicatos; la promoción de un Paro Cívico Nacional; los mítines y acciones de protesta con que los trabajadores conscientes y combativos fecundaron los desfiles oficiales de un total de un millón de trabajadores en Jalisco, Veracruz, Chiapas, Guerrero, Sinaloa, Morelos, Chihuahua, Edo. de México, Puebla; la lucha de los maestros democráticos por manifestar sus

demandas y la legitimidad de su movimiento.

Ahora, lo que los trabajadores se han planteado como el qué hacer empieza a dejar de ser una lúcida formulación; ahora, el qué hacer además de ser un programa está siendo la primicia de una realidad. Que ya ha empezado a darse.

La situación económica y política del país es grave y el pueblo la estará resintiendo. El Estado y la burguesía están dejando constancia de su incapacidad para resolverla. Este 1o. de mayo ha constituido una demostración innegable de que el pueblo mexicano ha emprendido ya la marcha por su liberación.

NOTAS:

- (1) Véase los "Resolutivos del Foro Sindical del Frente Nacional en Defensa del Salario, contra la austeridad y la carestía", Abril de 1983.
- (2) Ibidem.
- (3) Ibidem.
- (4) Ibidem.
- (5) Ibidem.
- (6) Periódico Uno más Uno, mayo 2 de 1983.



CUADRO No. 1 EVOLUCION MENSUAL DEL SALARIO MINIMO REAL
-1976/1983

CONCEPTO	ENERO	JUNIO	DICIEMBRE
1970:			
SALARIO MINIMO			96.70
INDICE DE PRECIOS			107.60
SALARIO REAL			89.80
1977:			
SALARIO MINIMO	106.40	106.40	106.40
INDICE DE PRECIOS	110.30	118.60	129.10
SALARIO REAL	96.46	89.71	82.41
1978:			
SALARIO MINIMO	120.00	120.00	120.00
INDICE DE PRECIOS	132.30	138.90	148.90
SALARIO REAL	90.70	86.39	80.59
1979:			
SALARIO MINIMO	138.00	138.00	138.00
INDICE DE PRECIOS	153.90	163.20	178.50
SALARIO REAL	89.66	84.55	77.31
1980:			
SALARIO MINIMO	163.00	163.00	163.00
INDICE DE PRECIOS	187.50	206.30	331.20
SALARIO REAL	86.93	79.01	70.53
1981:			
SALARIO MINIMO	210.00	210.00	210.00
INDICE DE PRECIOS	239.50	266.60	306.70
SALARIO REAL	87.68	78.77	68.47
1982:			
SALARIO MINIMO	280.00	280.00	360.00
INDICE DE PRECIOS	321.40	403.20	595.00
SALARIO REAL	87.11	69.44	61.17
1983:			
SALARIO MINIMO	455.00		
INDICE DE PRECIOS	659.26		
SALARIO REAL	69.01		

FUENTE: BANCO DE MEXICO, S.A. (Indicadores Económicos -varios números-)
COMISION NACIONAL DE SALARIOS MINIMOS.

(Citado por "Punto Crítico". Mayo de 1983).

CH

INTRODU

Hay
dir a Dios
de la mec
me se tie
Dios. Por
tá condi
económia
De
Dios que
revelació
historia
que se p
total en

DIOS Y

De
bre para
tad de i
tuvo el e

Y
se
m
ti

E
leza, ha
de man
nuestra

DR. AGUSTIN SANGINES GARCIA

REFLEXIONES DE UN MEDICO ANTE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

INTRODUCCION

Hay una tendencia entre nosotros los humanos a acudir a Dios, o incluso a poderes ocultos, cuando los recursos de la medicina al alcance se muestran impotentes. Y conforme se tiene menos acceso a ella, más pronto recurrimos a Dios. Por otra parte la posibilidad de utilizar la medicina está condicionada por múltiples factores de orden educativo, económico o de organización social.

Detrás de esa tendencia está una manera de concebir a Dios que ha sido superada desde las primeras páginas de la revelación de Dios, del Dios que fue manifestándose en la historia del Pueblo de Israel de muchos modos y maneras, y que se presentó plenamente en la historia de la humanidad total en Jesucristo, hijo de los hombres e HIJO DE DIOS.

DIOS Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Desde el principio la naturaleza fue entregada al hombre para que la dominara. Adán, el hombre, tuvo la potestad de ir poniendo nombre a todo ser viviente (Gen 2,19); tuvo el dominio sobre todos ellos (Gen 1,26).

Y los bendijo Dios y les dijo: "Sean fecundos y multiplíquense, y llenen la tierra y sométanla; dominen en los peces del mar, en las aves del cielo y en todo animal que serpea sobre la tierra" (Gen 1,28-29).

Entregado a los hombres el dominio sobre la naturaleza, ha sido entregado el proceso de la salud-enfermedad, de manera que el recurso a Dios no sea para desobligarlos de nuestra responsabilidad de cuidar de nuestra propia salud.

El proceso salud-enfermedad es inherente a la vida misma. Todo ser vivo, por el simple hecho de vivir, está enfermo y sano. No podemos afirmar que el hombre a lo largo de su vida personal tenga una salud perfecta; siempre habrá algún tipo enfermedad. Ni tampoco de los muy enfermos podemos decir que se encuentren totalmente enfermos a todo lo largo de su vida. Todos estamos sanos y enfermos. Entre estos dos polos el individuo tenderá más a uno o a otro, y por eso diremos que se encuentra sano o enfermo. Así el problema real para la medicina no será el de saber si se da o no la salud-enfermedad, por ser esto inherente a la vida misma. El problema real es el de conocer las causas, consecuencias y remedios de la enfermedad.

Para cierta teología, la enfermedad es simplemente un factor de salvación porque presupone que el dolor por sí mismo es redentor, o porque provoca en otros las obras de misericordia con las que se salvarán. La enfermedad es sufrimiento, pérdida de recursos económicos, y es muerte. A la sociedad industrial, que considera al hombre sólo como trabajador o factor de producción, no le interesa que la enfermedad tenga todas esas consecuencias pues puede reemplazar al que produce menos por otro que produzca más. La capacidad económica del desplazado disminuye —o más bien se reduce a nada— y así disminuye su posibilidad de acceso a la medicina, o la pierde por completo; y de esta manera esa sociedad industrial aleja al hombre del verdadero Dios, al impulsarlo a que acuda a Dios como si no fuera

Dios quien nos ha entregado el dominio de la naturaleza porque nos ha amado.

Es cierto que las causas de la enfermedad no han podido ser aclaradas por la ciencia en muchas ocasiones aunque estén en la naturaleza misma. Y esto es un reto para el creyente que sabe haber recibido el dominio sobre ella.

Y no porque encontremos en las primeras páginas de la Biblia que la naturaleza ha sido entregada al dominio del hombre, se ve libre el Antiguo Testamento de concepciones sobre Dios según las cuales la salud es una bendición del Señor, y la enfermedad se identifica con el pecado. La salud, vida larga, y abundante descendencia, es una bendición divina. El enfermo por su parte es un impuro, especialmente en las enfermedades más notables como la lepra, o en las de la mente atribuídas a posesión diabólica. Fácilmente se atribuye la enfermedad a castigo de Dios. Y esto por no haber analizado los procesos naturales y sociales que condicionan la enfermedad. Los hombres vamos asimilando muy despacio el que nuestro Dios sea el Dios de la vida, y que nos ha entregado a nosotros el cuidado de esta vida según la naturaleza.

Esto no quiere decir que la enfermedad no tenga nada que ver con el pecado. Con frecuencia Jesús une el perdón de los pecados con las curaciones. Pero esto sucede dentro de la predicación del Reino de Dios que viene ya, que ha llegado en su persona como salvación de TODOS. La visión individualista nos desvía del verdadero Dios, si consideráramos que la salud es bendición individual de Dios y la enfermedad es castigo del individuo que ha pecado. Hasta nuestros días priva esta manera de ver individualista. Dice Royo Marín (*Teología de la Caridad*, Ed. Católica. Madrid, España, 1963. pág 423):

"Pero vino la catástrofe del pecado original. El hombre se rebeló contra Dios, quebrantando voluntariamente el precepto que le había impuesto como prueba de vasallaje. Y en castigo de esta rebeldía, Dios entregó al hombre a toda clase de sufrimientos físicos y morales. . . La enfermedad es ante todo, un castigo, pero también una medicina, un gran instrumento de Salvación y fuente de gracias".

INJUSTICIA Y ENFERMEDAD

Así se enmascara la realidad de que en nuestro sub-continente de América Latina (y en todo el tercer mundo y en los terceros mundos enclavados en el primero y en el segundo) la mayoría de las enfermedades de los trabajadores, sin hablar de los sub-empleados y desempleados, y que provocan millones de muertes prematuras por año, son enfermedades provocadas por la injusticia; y serían perfectamente controlables si se aplicaran correctamente los conocimientos científico-tecnológicos. La enfermedad tiene que ver con el pecado, pero no como castigo divino, sino como manifestación de las fuerzas del mal desatadas sobre los pobres, que —según el Evangelio— son los hijos predilectos de Dios, en favor de quienes ejerce su justicia. Porque nuestra justicia, la justicia de nuestros sistemas productivos y sociales, no es la justicia de Dios, y se produce la enfermedad como contradominio de la naturaleza. La enfermedad que lleva a tantas muertes "antes de tiempo" es causada por el pecado, es manifestación del pecado. Pero no del cometido por quien padece la enfermedad, sino del propio de quienes

poseen las riquezas materiales, científicas y tecnológicas. Al acapararlas, las arrebatan, quitan, roban a los pobres. Y de allí enfermedades y padecimientos y muerte.

La carencia de una adecuada alimentación ha colocado a las grandes mayorías latinoamericanas a niveles alarmantes de desnutrición; su consecuencia: agravamiento y muerte de muchos de los enfermos, sobre todo niños. Así se concreta el pecado de la explotación. Del que subordina a la producción lo más rentable posible, todo lo demás.

Por la falta de servicios sanitarios o por su deficiente implementación resultan parasitosis intestinales en cifras elevadísimas, y enfermedades tan graves como la fiebre tifoidea y la disentería. Hay poblaciones en las que hemos encontrado un 100o/o de parasitosis intestinal. Niños ha habido en ciertas regiones que han arrojado hasta 300 lombrices de una sola vez.

El hacinamiento y la falta de servicios de vivienda causan que las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias se propaguen rápidamente, y resulte así una alta incidencia de enfermedades como la amigdalitis y su consecuencia la fiebre reumática que deja inválidos a cientos de niños de las clases populares. Al complicarse estas enfermedades viene la bronquitis y la neumonía: causan miles de muertes entre los niños de nuestro pueblo. Estas enfermedades junto con la gastroenteritis son las principales causas de muerte en casi todos los países latinoamericanos

La carencia de servicios médicos adecuados y de servicios preventivos como las vacunas provocan enfermedades como tosferina, sarampión, tétanos y poliomelitis, que ya hace mucho pudieron y debieron haber sido erradicadas de nuestro país. Sin servicios médicos, las enfermedades se complican y se agravan; nuevos sufrimientos se añaden a los de nuestro ya sufrido pueblo.

Siendo la enfermedad una opresión, hay que liberarse de ella para poder tener vida, y vida en abundancia, según la expresión de San Juan (Jo 10,10). La enfermedad vista así es algo provocado por el hombre. Es algo que debe ser erradicado, y no simplemente materia de condolencia o compasión. Es un pecado que cae como lacra sobre la conciencia de quien explota a otros.

Quien roba el pan a sus hermanos porque lo limita a lo necesario para la producción, les roba también la salud. Debería acordarse de lo que dice Pablo (1 Cor 11,28-30):

"Exámfense pues, cada cual, y coma entonces del pan y beba del cáliz. Pues quien come y bebe sin discernir el Cuerpo, come y bebe su propio castigo. Por eso hay entre ustedes muchos enfermos y muchos débiles, y mueren no pocos".

¿Cómo sucedía esto en tiempos de San Pablo? No lo sabemos. Pero allí está descrito algo que pasa, y a escala ampliada. Mientras unos pasan hambre otros hasta se embriagan. Y luego comen y beben el pan y beben el cáliz. Haciendo eso comen y beben sin discernir el Cuerpo, y de allí se sigue que muchos enfermen y muchos anden débiles y mueran. El que vive del trabajo ajeno se come su propio castigo, el de constituirse en explotador y causante de la enfermedad y la muerte. De nada le sirve el comer del cuerpo del

Señor; es su sentencia porque lo ha hecho sin examinarse primero. En el momento de la liberación será el llanto y crujir de dientes de los que causando enfermedad y muerte al pueblo, creen agradar a Dios.

La enfermedad es consecuencia del pecado del hombre, pues al pecar el rico contra el pobre le provoca enfermedad y muerte. Y es también pecado del pobre si quiere atribuir eso a Dios, y con eso ya no lucha por su propia liberación solidariamente con los otros pobres como él.

La enfermedad es también ocasión de gracia. La enfermedad en el hermano mueve a la misericordia, y de allí a buscar el remedio no sólo de la enfermedad presente, sino también el de la causa que la provoca.

La conciencia de que la enfermedad es consecuencia de la injusticia por parte de los poderosos y de la falta de unidad, amor y lucha de los pobres, nos ha de llevar a una respuesta firme y categórica por encontrar de nuevo la salud y la vida. Y será real la palabra de Jesús: "El que come mi carne y bebe mi sangre, tiene vida eterna y yo le resucitaré en el último día" (Ju 6,54), porque la sangre de Jesús es alimento de amor, de justicia y de solidaridad. Un pueblo que viva en el amor y la justicia será un pueblo que no padecerá hambre, ni necesidad, ni muerte antes de tiempo.

Pero nuestros pueblos viven ensombrecidos por la muerte. Por el pan y por el vino de muerte, porque es un pan escaso y acaparado por los pudientes; es un vino amargo que sirve para embrutecerlos, hacerlos reñir y provocar el odio. No es vino que se bebe como pacto de unidad y comunión y alegría. No es la sangre de Cristo.

LA PRACTICA MEDICA

Situémonos ahora ante la práctica médica. La humanidad en su proceso histórico ha ido descubriendo y creando remedios y técnicas eficaces para combatir las enfermedades. Y sin embargo, ese proceso noble y amoroso, que responde al mandato divino de dominar la naturaleza, se ha convertido en otra pesada carga que tiene que soportar nuestro pueblo. Vimos que tiene que padecer gran cantidad de enfermedades, y eso lo obliga a recurrir a los monopolizadores del saber médico. La sociedad en su reparto del trabajo ha delegado ese saber al personal médico. Monopolizado el saber, se convierte en fuente de lucro; y así muchos médicos se enriquecen indignamente. Aunque a veces curan enfermedades, en realidad provocan otras. Por pagar a un médico la familia se priva de lo que necesita para una mejor alimentación, servicios o vivienda. Lo cual a la larga es nueva fuente de enfermedad. Así, el médico que busca lucrar, cura para enfermar. Lo cual le viene muy bien porque aumenta su clientela y sigue la situación de lucro. Una actividad en sí buena, al ser llevada por los médicos dentro del sistema de lucro, se convierte en mala. Bien se les puede decir lo que Jesús dijo a los fariseos, que amaban la riqueza":

"Ustedes son los que se las dan de justos delante de los hombres, pero Dios conoce sus corazones; porque lo que es estimable para los hombres, es abominable ante Dios (Luc 16,15)".

Existen actualmente servicios públicos para los trabajadores organizados, que les ofrecen atención médica barata. Lo cual es indudablemente un avance social de justicia. Sin embargo, esta actividad médica sirve más a intereses de la autoridad para legitimarse bajo apariencia de servicio al pueblo, cuando vemos que el servicio se materializa en formas de despotismo y desprecio al enfermo y a sus familiares. El pueblo trabajador paga impuestos y cuotas, y recibe muchas veces servicios de mala calidad y peor trato, donde se rebaja la dignidad humana y no se manifiesta para nada el amor cristiano. Se impide así también que el pueblo tome conciencia de ser hijos de Dios, pues no reciben trato de tales. Se actualiza la profecía de Ezequiel:

"Pobres de ustedes, pastores de Israel, que se apacientan a sí mismos: ¿No deberían los pastores dar de comer al rebaño? Ustedes se toman la leche, se han vestido de la lana, y se comieron las ovejas gordas. Pero no se preocuparon por el rebaño. No han fortalecido a las débiles, ni atendido a las enfermas, ni han vendado a las heridas" (Ez 34,2-4).

La práctica médica se corrompe, se prostituye. Los unos la usan para sus mezquinos intereses de poder; los otros, los médicos, para su vanagloria y enriquecimiento. Y el enfermo se convierte así en mercancía y en plataforma política. ¡Y qué difícil es para la autoridad sanitaria o para el médico no entrar por este camino!

Y por último, aunque no lo menos importante, la práctica médica dominante en nuestros países explica que la enfermedad es un producto fortuito de la naturaleza y que el único culpable de ella es el enfermo mismo por no cuidarse o no tomar las medidas preventivas. El enfermo es engañado por esta concepción individualista y biologicista que deja fuera de consideración todos los factores de tipo social.

La práctica médica cristiana se enraza en las tradiciones del Antiguo Testamento por las que se ve la curación como un don de Dios. Los médicos con sus conocimientos y prácticas dan gloria a Dios, pues curan al hombre enfermo. Este ha de dejar sus pecados y ponerse bien con la comunidad, para que la curación sea verdaderamente eficaz. El pecado es personal, pero tiene repercusiones sociales. La curación es personal, pero también con repercusiones sociales.

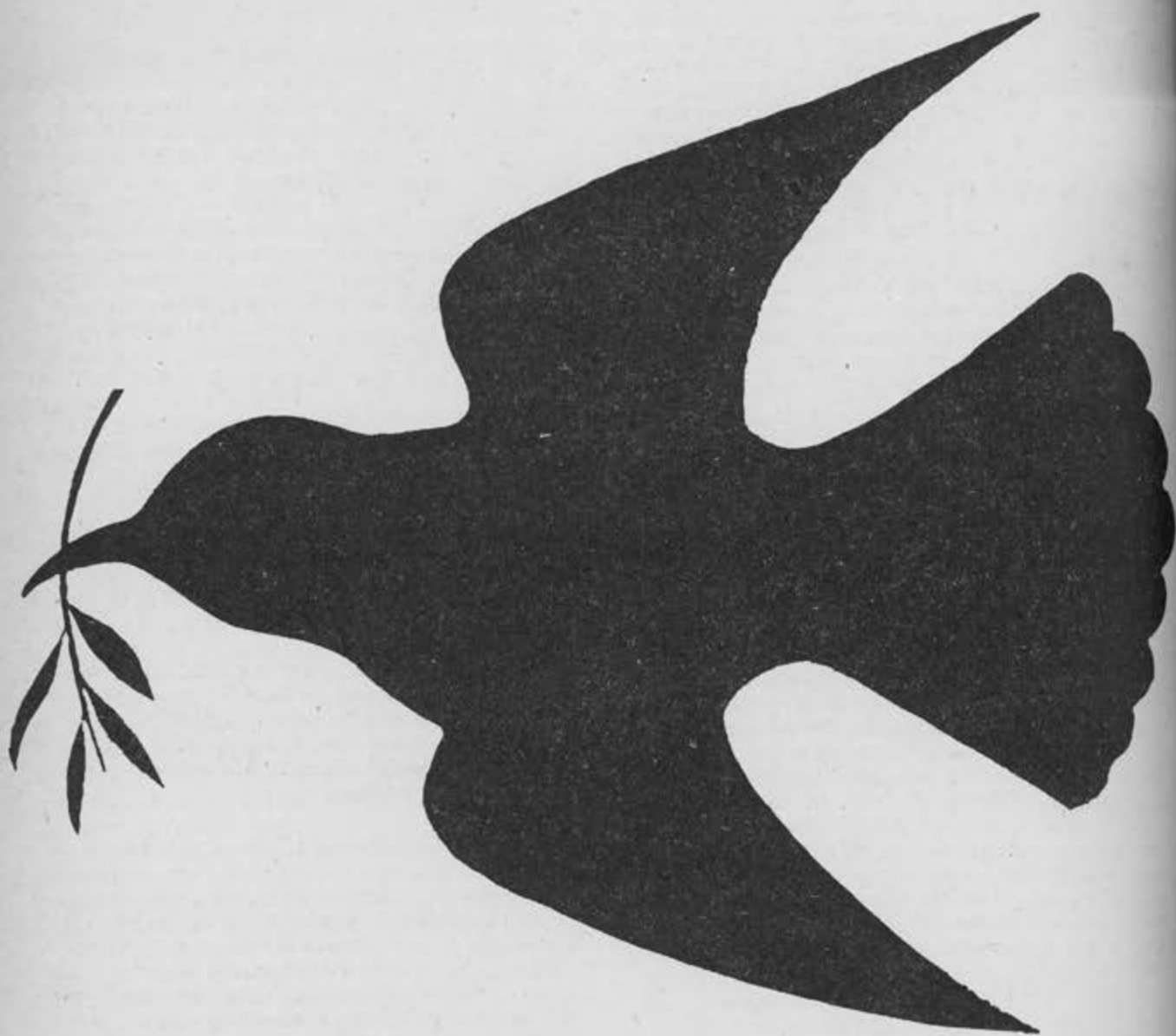
Jesús pasa haciendo el bien. Realiza signos; de ellos, si, los más son la curación de los enfermos, siempre de manera gratuita y bondadosa. Pide el arrepentimiento de los pecados si el enfermo es pecador. Los curaba de la enfermedad física, y los ponía en camino de transformar su vida en amor y servicio a los demás.

La práctica médica se caracterizó en la tradición cristiana por atender solícita y amorosamente a los enfermos. De la atención y cuidado a los enfermos hasta la cristiana sepultura, nacieron los hospitales y las órdenes religiosas especializadas en la atención de los enfermos. Todo como beneficencia, muy lejos de todo espíritu de lucro. Con el tiempo esta actividad se ha bifurcado, pues mientras hay algunos que siguen en ese espíritu de servicio al margen y renuncia a todo lucro, otros aun conservando el apelativo de "cristianos" en lugar de curar y cuidar de los pobres gratuitamente, curan y cuidan de los ricos a cambio de dinero, tan abominable para el verdadero cristiano.

DEDICATORIA

Y hasta aquí, con estas líneas, participo a otros médicos cristianos y a los cristianos en general mis reflexiones sobre la salud-enfermedad. Ojalá se multipliquen estas refle-

xiones en torno a la salud-enfermedad desde el punto de vista de lo que Dios nos ha revelado y de lo que nos ha entregado a nosotros. Y que no sólo se multipliquen, sino que se compartan con otros —colegas o no— para que también a través de la práctica médica, como enfermos o como médicos, sigamos a Jesús.



punto de
nos ha en-
t, sino que
también a
omo médi-

 **CUADERNO**
CHRISTUS

**SALUD Y ENFERMEDAD
ALTERNATIVAS**

INTRODUCCION AL CUADERNO

Los problemas en torno a la salud y la enfermedad no son un asunto que se resuelve tan sólo con tomarse una aspirina. Se trata de un proyecto sobre la vida, profundamente humano. Tiene que ver con la procura de remedios inmediatos y de largo alcance para solucionar el problema de la vida personal y social.

Al plantearnos el tema y la realidad de la salud y la enfermedad nos estamos preguntando por una alternativa: ¿qué tipo de vida y de sociedad queremos? Se trata de una opción por la vida o por la muerte que configura nuestras actitudes, la educación, la organización de nuestras actividades y la realización de un sistema social que atienda la vida principalmente de los desposeídos y despojados de ella. Es necesario criticar el paternalismo, el consumismo de la salud, la sociedad que lo sustenta; pero debemos encontrar alternativas de vida que den salida teórica y práctica a la salud y enfermedad de las grandes mayorías empobrecidas.

La Introducción a la discusión en torno a la salud y enfermedad del Dr. Hernán García hace un recorrido a través de la historia tratando de detectar cuál es el concepto de salud y enfermedad que se ha venido utilizando. De entrada, en un cuaderno dedicado a este tema, nos plantea el doctor que lo que parece obvio no lo es tanto: cualquiera sabe lo que es estar sano o enfermo. Sin embargo, a través de la historia esta obviedad ha sido interpretada de distinta manera; y aún hoy lo es. El artículo nos sirve para formularnos un marco teórico y práctico sobre la actividad médica y de la promoción de la salud; nos muestra la influencia de lo económico, lo político y lo ideológico en este campo; y finalmente nos señala un nuevo camino.

El mismo autor nos presenta una guía para audiovisuales: las dos medicinas. De dos hermanas gemelas voy a contarles la historia: medicinas las dos eran, con diferencias notorias; una ponía parches y se enriquecía; y la otra de veras salud producía. En el primer artículo nos ha presentado una teoría; ahora nos proporciona un instrumento educativo para llevar a la práctica las alternativas.

Sobre la práctica médica generalizada Gloria Sayavedra se pregunta ¿Qué enseñan los médicos? y nos presenta una visión de su ideología. La práctica médica no es sólo una relación curativa entre el médico y el paciente, sino también es una relación educativa y social; es una relación entre clases sociales. La misma preparación profesional forma al médico para esta relación y educación; pero el médico se prepara técnica e ideológicamente para la apropiación del poder y del saber que destruye el saber popular y que no crea un nuevo saber del pueblo.

Ante esta crítica la entrevista hecha a Juan Manuel Micher, La salud en el desequilibrio biológico, psicológico y social, nos sugiere como alternativa cuáles deberían ser las acciones colectivas en torno al mejoramiento de las condiciones de vida. También señala tres de sus características: la participación de la comunidad, la educación, y la atención a las condiciones socio-culturales del sujeto.

Como caracterización descriptiva de estas alternativas presentamos un cuadro sinóptico: Programas de sanidad rural en América Latina: dos enfoques. Nos puede servir para fijarnos en la riqueza de elementos que lleva la atención de la salud y poder realizar también una evaluación sencilla de nuestro trabajo de promoción de la salud. El autor es David Werner, dedicado a la medicina popular desde hace once años.

*El aspecto cultural, asumido desde una experiencia en Tarahumara, es abordado por Felipe Ruiz B en su artículo **La salud y la enfermedad en un medio indígena**. Sitúa la salud y la enfermedad en el ambiente cultural —ritual, principalmente— y en el ambiente geográfico y de pobreza; plantea así un proyecto educativo y de atención a la salud del tarahumar. Lo rico y vivo de este proyecto descrito en el artículo es la experiencia y el cariño que da la convivencia con el rarámuri.*

Otra experiencia de trabajo educativo popular que toma en cuenta la salud y la enfermedad nos la describe Jorge Villalobos G; se trata de algunos Programas de salud pública a través de una radio local. Nos lo describe "con la seguridad de que servirán para fecundar la creatividad de muchos otros preocupados igualmente por este problema". Nos presenta tres programas de radio: la familia y la salud, la consulta de hoy y chismes sobre la salud. Sobre los dos últimos incluimos en el presente cuaderno como ejemplo, un programa de cada uno. Nos pueden ser útiles para usarlos y para crear otros nuevos por nuestra parte.

*En la sección **Teoría y Praxis** el Dr. Agustín Sanginés García nos da algunos Apuntes para una teología sobre la salud y la enfermedad.*



HERNAN GARCIA

INTRODUCCION A LA DISCUSION EN TORNO A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

INTRODUCCION

El quehacer del hombre por la salud se nos presenta en la actualidad en múltiples formas. Oímos hablar sobre los grandes avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina. A veces la apreciamos de una manera confusa, y no logramos encontrar en ella finalidades claras; también se dice que la medicina actual está en crisis.

Estos discursos reflejan diversas tendencias que intentan explicar el problema de la salud y la enfermedad; nos hacen ver que en la mayor parte de los casos hace falta un análisis profundo capaz de conceptualizar tanto los aspectos teóricos como los prácticos en las diferentes tendencias pre-valetientes en la medicina.

La coyuntura actual de nuestro país exige explicaciones y alternativas al quehacer médico con categorías distintas a las del enfoque tradicional; por consiguiente, para entender el origen de la conceptualización actual sobre salud y enfermedad, hacemos una reseña breve sobre el desarrollo histórico, e intentamos explicar el momento actual así como las alternativas teórico-prácticas posibles en nuestros días.

Este artículo pretende introducir el tema de la salud visto desde un enfoque social; aparece un primer abordaje sobre el origen de la conceptualización de la salud y enfermedad, su desarrollo histórico, su momento actual, su práctica médica, así como la nueva concepción que surge en nuestros días.

LA CONCEPCION DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA HISTORIA

Aunque no es del todo conocida, existe en la actualidad una gran polémica acerca de la situación de la salud en el mundo. Esta polémica se da entre distintas formas de entender el fenómeno de la salud y la enfermedad, así como el ejercicio de la medicina.

Para introducirnos a esta discusión y analizar las concepciones de la salud y enfermedad que se manejan hoy en día, retomaremos la historia, ya que en ésta se encuentran los orígenes, tanto conceptuales, como sociales de esta problemática.

Desde que el hombre es hombre, siempre se ha preocupado por la salud. Primero buscando o imaginando las causas de las enfermedades que originan problemas para su bienestar individual y colectivo, y después intentando crear remedios que las alejen o supriman.

La salud en los clásicos

En la actualidad la teoría dominante sigue siendo básicamente biologista con oposición social gracias a la teoría multicausal que utiliza; su práctica está orientada a la atención orgánico-individual. Analizaremos ahora por separado tanto la teoría como la práctica médica dominante (1).

Si nos remontamos a la época de los griegos, encontraremos que ya existían dos tendencias diferentes según Dubos: una preventiva y otra curativa. La primera derivada de Higía (de donde proviene la palabra higiene), en que "la salud es el atributo positivo al cual los hombres tienen derecho, si gobiernan sus vidas sabiamente"; de acuerdo con ella, "la función más importante de la medicina es la de descubrir y enseñar las leyes naturales que asegurarán al hombre la salud de la mente y del cuerpo". Esta tendencia no trata sólo de tomar medidas preventivas y generalizarlas, sino se refiere más bien a "una filosofía Social que considera los aspectos humanos e históricos del patrón de cultura para el que fué designada" (2).

La segunda tendencia, es derivada de Esculapio y seguida y personificada por Hipócrates, que proclama el papel primordial del médico, que es tratar enfermedades, restaurar la salud, corregir toda imperfección causada por los

accidentes del nacimiento o de la vida. Hipócrates elabora una serie de normas sobre el comportamiento del medio externo en la salud y enfermedad del hombre; modos de diagnóstico y curación de una multitud de enfermedades.

"En la lucha de estas dos concepciones sobre salud-enfermedad, prevaleció la curativa sobre la preventiva, mostrando cómo en ese momento histórico, el interés del hombre fué más bien el de mantenerse en estado de salud para llevar a cabo una vida productiva-reproductiva; la tendencia hacia la curación lograba así, un gran desarrollo científico y tecnológico" (3).

Entre las interpretaciones que siguieron a esta concepción, la teoría de Galeno sobre los humores fue la dominante durante más de dos mil años. Según él "el hombre formaba parte de la naturaleza, la cual se componía de los cuatro elementos (tierra, aire, agua, fuego), y el cuerpo humano por los cuatro humores. . . formando el puente que unía el microscopio con el macrocosmos". En esta interpretación "las cualidades no se medían, se deducían lógicamente por ciertas observaciones (. . .). No se disponía de medios científicos para interpretar la salud y la enfermedad; y la necesidad de comprender estos fenómenos se satisfacía por medio de la especulación filosófica" (4).

Más adelante, cuando el cristianismo se convirtió en la religión oficial del estado Romano y cobró por eso gran difusión, se sumó al saber galénico; conjugó así una mezcla principalmente mística-intuitiva de la práctica médica, en la que la enfermedad es considerada como castigo divino por los pecados cometidos.

Principios de la medicina "moderna".

Posteriormente, en el siglo XIV se inició una corriente científica racional con los descubrimientos de anatomía, fisiología y patología, que halló su cima en el siglo XVIII con la teoría *microbiológica* que destacaba que cada enfermedad tenía un agente causal. Esto dió lugar al desarrollo de un sistema de representación que enfoca el fenómeno salud-enfermedad a nivel exclusivamente individual y biológico. Entre los precursores de esta teoría destacaron Pasteur y Koch.

Pero la medicina que basaba toda su explicación en los microbios tenía su contraparte: la medicina "*anticontagionista*". Su exponente principal fué Virchow que ponía el énfasis en la sociedad y no en el individuo, sea como problema, sea como mecanismo causal de enfermedad; afirmaba que "la pobreza era la incubación de las enfermedades, y que era responsabilidad de los médicos el apoyar aquellas reformas sociales que reedificaran la sociedad de acuerdo con una pauta más favorable a la salud del hombre" (5).

Dicha teoría tuvo un importante éxito a nivel preventivo en varias partes del mundo. Con el sólo hecho de la búsqueda de la sanidad a través de programas educativos —y aunque tenían gran desprecio por las teorías microbianas— lograron un descenso muy significativo de las epidemias que azotaban en ese entonces al mundo: tifo, tifoidea, fiebre amarilla, etc. Como ejemplo está la asociación de salud de los pueblos en Inglaterra, que con su lema "aire, agua y luz", inició todo un programa que centraba el énfasis en que esas tres cualidades estuvieran presentes en los espacios ambientales para eliminar la enfermedad (6).

Sin embargo, la concepción biologicista que prevaleció desde entonces, aunque producto de algunas reformas, enfatizó en la historia de la medicina, el éxito hacia los "grandes individuos" que descubrieron la teoría de los microbios y "las panaceas" que curaron aquellos grandes males.

De nuevo, observamos cómo en esta etapa el interés que prevaleció; mantener al hombre en estado de salud para llevar a cabo una vida productiva-reproductiva. Y este interés, siempre estuvo identificado con los intereses de las clases dominantes.

La visión biologicista se desarrolló notablemente en la primera mitad del presente siglo, y la práctica médica desprendida de esa concepción alcanzó un alto nivel de desarrollo científico tecnológico.

El desarrollo de la atención por la salud a lo largo de la Historia, es parte del desarrollo científico-técnico de la humanidad, que no ha sido nunca lineal, ni equilibrado en una sola tendencia. Así, la atención por la salud, es reflejo de esta situación, en la que siempre a partir de intereses en pugna se va dando respuesta a unas u otras necesidades y tendencias; resulta así una línea que prevalece como dominante. En el campo de la Salud aparece todo un sistema conceptual que se desprende de esta línea, y que gracias a ella es impulsado, para mantenerse también como dominante en un momento histórico determinado. Implica, pues, la teoría y la práctica.

La respuesta Social del hombre ante la enfermedad, constituye la práctica-médica la cual no ha escapado a ser parte de un conjunto de instancias de dominio o hegemonía.

Esa práctica médica ha respondido a diversas concepciones de salud-enfermedad que son condicionadas por las necesidades del grupo en el poder.

De esta manera, nos encontramos con que el concepto de salud y enfermedad existente en una sociedad, es la conceptualización de un proceso basado en los patrones culturales e ideológicos a través de la historia y en las modificaciones que el desarrollo de la Sociedad y la evolución de la ciencia le han impreso.

LA CONCEPCION PREDOMINANTE DE SALUD-ENFERMEDAD EN LA ACTUALIDAD:

La teoría multicausal.

Paulatinamente la concepción unicausal fue perdiendo la capacidad de generar respuestas a los problemas de salud que se han ido generando y agudizando con la crisis del capitalismo.

El desarrollo de complicados y sofisticados sistemas de atención médica, apoyados sobre una costosa infraestructura técnica sólo ha podido dar acceso a pequeños núcleos de la población; en general ha sido incapaz, a pesar del gran avance tecnológico, de resolver los problemas de salud de la población.

Además, la problemática Social y el concomitante ascenso de la lucha popular, contribuyó a que el sistema tuviera que desarrollar un nuevo marco de interpretación del proceso salud-enfermedad. Así, en la década de los sesentas se consolida la teoría multicausal, en la que se plantea que la causa de la enfermedad no es única sino que coexiste con varias otras causas. Así, surge el modelo de la tríada ecológica huésped-ambiente-agente, cuyos elementos interactúan de manera compleja y difusa, y se hallan interrelacionados en un constante equilibrio. Así, en algún momento cualquiera de ellos puede ser el factor decisivo que desencadene la enfermedad.

También se elabora un sistema de causas clasificadas como predisponentes, mantenedoras y provocadoras de las enfermedades. Los factores *predisponentes* serían aquéllos que facilitarían la relación huésped-agente, como lo puede ser la falta de sanidad, el hacinamiento, la existencia limitada de alimentos, etc.

Las causas *mantenedoras* serían las que favorecen una vez que apareció la enfermedad, el que ésta continúe su desarrollo; puede acarrear la muerte o la cronicidad del padecimiento. Como ejemplos hallaríamos la desnutrición, la inadecuada atención médica, la deficiencia en educación, la ignorancia, etc.

Estos dos factores se utilizan para explicar las interacciones socioeconómicas del medio ambiente social sobre el individuo. Aunque de una manera confusa y sin relación a nivel estructural. Pero en realidad consideran las causas provocadoras como responsables directas de las alteraciones fisiológico-anatómicas y psicológicas en el individuo; se conoce de éstas, con bastante precisión sus interacciones y niveles de acción, así como sus sitios y posibilidades de tratamiento, lo que posibilita y orienta una respuesta médica individual.

Aunque este modelo permite explicar en forma más sistemática y dinámica el fenómeno salud-enfermedad, sin embargo, se basa sobre criterios que traducen profundos errores.

Se niega la categoría social del hombre, y se lo transforma en un factor eminentemente biológico. Se incluyen los factores socioeconómicos entre los ambientes, pero continúa basándose y girando en torno a los fenómenos individuales y biológicos para dar cuenta del fenómeno salud-enfermedad en una sociedad determinada.

"Al separar artificialmente al sujeto social (factor hombre) y su producción (la cultura es clasificada como un integrante del factor medio ambiente) se esfuma el origen social de esos productos y se los hace aparecer como un ser extraño, como un poder independiente del producto al que puede lesionarlo, sin que la propia organización del factor humano tenga que ver con el problema. . .

. . . Igual sucede con los otros factores, agentes y medio, que aparecen como elementos ahistóricos" (7).

La racionalidad del sistema buscará en la relación causa-efecto, la explicación del fenómeno enfermedad, pero en una relación causa-efecto disociada de la Sociedad, o sea que buscará el eslabón último de la causalidad (causas provocadoras) para hacerlo responsable de la enfermedad. Ejemplo: una bacteria (*Salmonella Tiph*) presente en el

agua contaminada será la responsable de la tifoidea, pero no se cuestionará el por qué grupos humanos están obligados a beber agua contaminada. En relación al tratamiento, intentará romper el ciclo con el mismo criterio anterior (en este caso antibiótico o vacuna).

En esta conceptualización, las causas provocadoras de corte evidentemente biológico, sí poseen toda una sistematización y profundización, con consecuencia en el actuar fundamentalmente en esta instancia; lo cual revela que este modelo es sólo una ampliación de la concepción bioclista.

Así, esta deformada interpretación permite proponer medidas correctivas biológico-ecológicas, y en ningún momento buscar transformaciones estructurales que atenten contra el equilibrio del sistema.

Esta interpretación tiene un enfoque fundamentalmente individual, en el que la enfermedad es importante según el daño que causa al individuo y no según el daño que se causa a la sociedad. Además el responsable de haberse enfermado es el individuo, y la solución de la enfermedad se encuentra en el tratamiento del individuo, y se puede realizar al margen de la sociedad.

Al reducir el fenómeno salud-enfermedad a la ruptura del equilibrio en la interacción de la tríada huésped-agente-ambiente, se toman actitudes mecanicistas; entendemos el mecanicismo como el principio en el que cualquier forma de movimiento complejo y cualitativamente peculiar, puede y debe ser reducida a otra más simple.

Dado que también se limita principalmente el conocimiento médico a lo que es el objeto de experimentación y análisis "físicos", se descuidan todas las relaciones del ser humano con los factores económicos y sociales, y se cae así en el empirismo. Dicha corriente reduce el conocimiento a la experiencia sensorial, y parte del hecho de que nuestros conocimientos revisten carácter experimental, y quedan circunscritos a la contemplación sensorial viva; comprende al hombre como objeto pasivo que recibe influencias externas, o como criatura encerrada en el mundo de sus propias sensaciones.

Además, para explicar a la sociedad, se utiliza la misma concepción fallida. La enfermedad se concibe como una ruptura del equilibrio interno entre diversos elementos, que repercute en las diversas funciones del organismo; se proyecta esta imagen a la sociedad —enfoque funcionalista— y se la concibe en búsqueda de equilibrio tratando de mantener una "unidad funcional" en la que cada elemento cumple una función; compara la sociedad con un organismo biológico, y afirma que la vida social tiende al equilibrio de fuerzas, a la armonía entre las clases; considera dañinos todos los desórdenes y perturbaciones sociales, e intolerables las revoluciones de carácter estructural.

Así observamos cómo esta teoría esconde las profundas diferencias de clase producto del capitalismo, y racionaliza e ideologiza la práctica médica; le da un enfoque social que sólo es aparente y que pretende solucionar con medidas

de tipo biológico-ecológico, los grandes problemas de la Sociedad de clases.

PRACTICA MEDICA DOMINANTE

La práctica médica es la respuesta social encaminada a resolver la enfermedad. La forma en que se desarrolla depende del grado de desarrollo de las fuerzas productivas (que incluyen al avance científico-tecnológico), y de los intereses de la clase dominante. Esto modifica radicalmente su incidencia sobre el fenómeno salud-enfermedad, tanto en los individuos como en las colectividades.

"La práctica médica no adquiere la misma forma para todas las gentes de la misma época. Existe una distribución desigual por clase social. A una clase se le dan todas las facilidades científicas y tecnológicas, lo que significa una práctica privilegiada; para las clases sociales subalternas la práctica adquiere un carácter subalterno, donde sólo en teoría se implementan los avances del mundo moderno aplicados a la medicina" (8).

La práctica médica dominante es una práctica que funciona a partir de enfermos. Una de sus funciones sociales es la de encargarse del control de ciertos riesgos de salud, que por su carácter principalmente infeccioso y epidémico, tienen que ser combatidos a nivel global. Se previenen sólo a través de medidas de vacunación y educación, que pueden mejorar superficialmente las condiciones de vida y por consiguiente tratar de disminuir las enfermedades sin incurrir en riesgos para el desarrollo del sistema; no actúa sobre las causas estructurales del proceso salud-enfermedad.

Esta práctica médica se encuentra sistematizada y clasificada, con una conceptualización teórico-filosófica que le permite una coherencia interna de innegable eficacia sobre algunos aspectos del fenómeno salud-enfermedad, lo que le permite manifestarse como práctica hegemónica.

De esta manera, la práctica médica es pragmática; el pragmatismo como corriente considera la utilidad práctica del conocimiento como la fuente de la verdad, y contempla la práctica de un modo subjetivo. De esta forma es posible justificar cualquier acción, si tal acción proporciona "éxitos". Así, vemos que nuestra medicina actual se fundamenta en alto grado en esas justificaciones.

Además la práctica médica dominante reproduce la estructura de poder y de jerarquización imperante en el sistema capitalista; decide en forma vertical y autoritaria desde los tratamientos médicos, hasta las políticas de salud.

"Actualmente dentro de la misma práctica médica dominante se dan una serie de prácticas marginales, que van desde la medicina comunitaria hasta la medicina homeopática. Por otro lado, está la práctica médica popular, que deviene de diversas prácticas históricas correspondientes a diferentes modos de producción, lo que le confiere la característica de ser dispersa, poco sistemática, y con conceptualizaciones mágicas, con gran discontinuidad y con una serie de deficiencias teórico-conceptuales que determinan su carácter folklórico con escasa eficiencia sobre el fenómeno salud-enfermedad. Sin embargo, su eficacia ideológica sigue manifestándose, y la gran mayoría de las clases subalternas acude a ella de manera preferente" (9).

De esta forma, la práctica médica biologicista-ecologista sobresale como la dominante, y al desarrollarse en el seno de la relaciones sociales capitalistas cumple una serie

de funciones de índole económica, ideológica y política que coadyuban a la reproducción del sistema; sin embargo, no siempre alcanza a ver al sujeto que las desarrolla.

Dentro de las *funciones económicas*, destacan el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, como una condición necesaria para la reproducción misma del capital. De esta manera, al mejorar las condiciones de salud del trabajador se posibilita la obtención de un máximo de productos en menor tiempo de trabajo; por lo tanto, la producción de mercancías a un costo más reducido. Esto se manifiesta en que la práctica médica va a ser eminentemente curativa para reintegrar lo más rápidamente al enfermo al trabajo, y en que la atención se dirija fundamentalmente a la población económicamente productiva (10).

Otro aspecto económico, es el mecanismo de ampliación del mercado, que tiene como determinante una industria químico-farmacéutica regida no sólo por la lógica del capital en afán de ganancia, sino por el capital de las compañías transnacionales. Este carácter comercial se basa también en el consumo constante de equipos médicos debido al desarrollo tecnológico progresivo. Todos estos bienes se producen bajo relaciones capitalistas, y por ende con gran extracción de plusvalía. De todo esto resulta que el paciente es considerado como simple consumidor de una mercancía; en este caso medicamentos y servicios de alto costo; y el médico, inmerso en esta sociedad de consumo, funciona como intermediario entre consumidores y productores.

En lo ideológico, la práctica médica dominante parcializa el fenómeno salud-enfermedad porque su actividad se desenvuelve en el polo biológico del fenómeno, y desde él intenta influir en la colectividad; su objetivo inmediato es el organismo enfermo. Este tipo de práctica médica parcializada es la fuente de valores que el médico considera universales y a partir de los cuales desarrolla una concepción del mundo que tiende a transmitir a los grupos con los que está en contacto. Crea una sistematización del fenómeno salud-enfermedad que encubre las determinaciones sociales de este fenómeno, y a partir de ella justifica las acciones que realiza para resolver los problemas en el campo de la salud.

De esta manera se responde a la tendencia de aplacar mediante medicamentos y vacunas las exigencias de un mejor nivel de vida.

Además se encarga de difundir valores contrarios a los intereses de las clases populares, como el de ser gestores de las causas inmediatas de enfermedad, debido a la falta de higiene, al alto número de hijos, etc.

Parte de las necesidades de la clase dominante y desde arriba, se pretende abarcar al resto de la población aplicando acríticamente la tecnología que se importa de los países capitalistas desarrollados.

Simplificando podemos percibir el siguiente mecanismo operativo: primero la proclamación de necesidades universales; después, la identificación de dichas necesidades con los intereses objetivos de la clase dominante; y por úl-

timo, la universalización de los intereses objetivos. En el artículo *¿Qué enseñan los médicos?* de Gloria Sayavedra, que aparece en este mismo número, el aspecto ideológico es tratado más ampliamente.

Con respecto a *lo político*, la práctica médica le sirve al estado para mejorar su imagen presentándose ante el pueblo como un Estado que se interesa por resolver los problemas del pueblo al ofrecer una medicina a bajo costo. Además la práctica médica se manifiesta como práctica política, y juega un papel de cierta importancia en el desarrollo de la lucha de clases, tanto en la regulación jurídica de la práctica médica y en las políticas de salud del Estado, como en las reivindicaciones de servicios de salud que se manifiestan en las luchas populares.

Así, las instituciones de salud y los modelos de participación comunitaria creados por el Estado, surgen como respuesta a la presión de las masas obreras y campesinas y al grado de organización de las clases y su nivel de lucha; dichas instituciones son rápidamente utilizadas por el Estado para crear mecanismos de control sobre las clases trabajadoras.

Inclusive, al proponer que la población intervenga en ciertas acciones colectivas en la aplicación de los servicios de salud, obedece a este mecanismo de control, ya que la organización propuesta presenta en su interior una organicidad autoritaria, que no defiende los intereses populares dentro de un proyecto histórico, sino sólo trata de resolver los problemas inmediatos de salud-enfermedad, y nunca sus determinaciones socio-históricas. Este tipo de organizaciones son fácilmente manipulables por la tecnocracia médica, y favorecen la desmovilización popular.

Como regla general, la atención del Estado se expande hacia los trabajadores que ocupan un lugar estratégico en la producción; hacia los que tienen un mayor grado de combatividad o representan situaciones conflictivas; y hacia ramas de la producción donde el remplazo del trabajador enfermo es difícil (obreros y empleados especializados, y técnicos e intelectuales).

¿Y LA NUEVA CONCEPCION SOCIAL DE SALUD-ENFERMEDAD?

El nuevo enfoque de los problemas de salud y de la práctica médica —según Laurell— es todavía una corriente de pensamiento joven, en cuanto apenas cuenta con una década de desarrollo, aunque tenga antecedentes en el siglo pasado. Sin embargo, parece posible sostener que el rumbo que ha tomado hoy en día, se origina y se expresa en el campo médico gracias a la coyuntura histórica que estamos viviendo marcada por la crisis económica, política y social que sacude al mundo capitalista.

"Este nuevo enfoque es una primera respuesta, a las necesidades sociales que la crisis ha puesto a la vista de la sociedad y en cierta medida ha generado. Sin embargo falta mucho todavía por desarrollar para poder analizar a fondo el modo en que el fenómeno salud-enfermedad se manifiesta en una sociedad histórica determinada" (11).

Su carácter procesual y social

Lo primero que se debe tener claro, es que tanto la salud como la enfermedad no son entidades estáticas con esencias diferentes, sino estados contradictorios de un mismo proceso, sin límites claros, en el que se da una relación dinámica y dialéctica. En ella, alguno de los dos estados puede manifestarse como dominante, dado que es un proceso con movimiento, y por lo tanto histórico; repercute en los individuos con ciertas manifestaciones, que hacen que ellos sean reconocidos socialmente como enfermos o como sanos.

Por lo tanto es necesario utilizar la categoría proceso porque expresa el carácter dinámico de los hechos vinculados a la salud y enfermedad en todas sus dimensiones.

"La vida social y la salud enfermedad como uno de sus elementos, son parte del universo, el cual existe objetivamente como un conjunto de procesos en desarrollo ininterrumpido. A partir del surgimiento en la tierra hace millones de años de los procesos inorgánicos (físicos), se produjo el desarrollo hacia formas orgánicas (biológicas) que incluyeron a las formas físicas precedentes, y que gracias a su propia naturaleza cambiante posibilitaron, millones de años más tarde, la aparición de las formas sociales. Los procesos de los dominios más complejos, incorporan a los procesos más simples, y los someten a sus propias determinaciones y leyes; por consiguiente las leyes que rigen el dominio más complejo de lo social, determinan a las leyes de lo biológico y de lo físico" (12).

Así, debemos hacer notar el hecho de que el ser humano, al igual que todos los seres vivos, se encuentra en íntima relación con el medio que lo rodea, y depende de esa relación su supervivencia. Sin embargo el medio ambiente del hombre es diferente al de los otros organismos, ya que es capaz de modificarlo; también porque involucra las condiciones naturales derivadas de las relaciones del hombre con la naturaleza, y las condiciones socioculturales que dependen de las relaciones entre los hombres, y que el mismo hombre ha introducido.

De esta forma, observamos cómo el fenómeno salud-enfermedad depende de las relaciones del hombre con la naturaleza, impuestas por las relaciones entre los hombres; éstas son determinadas a su vez por el tipo de relaciones de producción. Esto se traduce en que cada sociedad y época histórica sufra de "perfiles epidemiológicos" (13) diferentes. Así, la salud-enfermedad es una variable dependiente de la totalidad social y no exclusiva de un solo aspecto de ésta.

De esta manera la situación de salud de un grupo determinado tiene consecuencias en el conjunto de la vida social, porque al afectar al hombre en su organismo, afecta también su fuerza de trabajo y por ende su productividad.

La enfermedad se manifiesta en individuos, pero éstos son siempre parte de una colectividad que al mismo tiempo que socialmente sufre las consecuencias de los casos individuales de enfermedad, es determinante de los padecimientos; se establece así una relación dialéctica entre individuo y colectividad. El que la enfermedad se acerque más a uno u otro polo, depende de su impacto y/o significación social. Así por ejemplo en el caso de un enfermo con cardiopatía congénita, el polo dominante será el individual; y en el caso de una epidemia, el polo dominante será el colectivo. Este

carácter colectivo se manifiesta en la existencia de diferencias en los distintos grupos humanos, en cuanto tipos de enfermedades y frecuencias con las cuales se presentan.

También se puede demostrar que las enfermedades se presentan en forma distinta en las diferentes clases sociales que componen la sociedad; esto se origina porque las relaciones sociales de producción en la sociedad capitalista, determinan que una clase —la que trabaja y produce los bienes— carezca de servicios y bienes de consumo en cantidad suficiente, mientras que la clase que no trabaja y que no se desgasta tenga exceso de bienes y servicios. Así, la calidad de vida a la que está expuesto cada grupo socioeconómico es diferente, lo mismo que su exposición a procesos de riesgos que provocan la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, así como su acceso a procesos o potenciadores de la salud y la vida.

De esta manera, el proceso salud-enfermedad, es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, que a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. Estas determinaciones se dan en los 3 aspectos: económico, político e ideológico.

Lo económico

El aspecto económico es fundamental, ya que las condiciones de trabajo y las condiciones generales de existencia son las causas inmediatas productoras de enfermedad. Debido a que el trabajo es la forma esencial como el hombre se relaciona con la naturaleza, el proceso de trabajo es lo determinante en la relación humana.

El proceso de trabajo tiene dos momentos: el momento productivo y el momento reproductivo.

En el *momento productivo* se tiene la relación del hombre con la naturaleza a través de los instrumentos de trabajo: se producen los bienes por medio del trabajo humano, y se gastan energías con lo que el trabajador se desgasta, además de que tiene presentes una serie de riesgos de accidentes y enfermedades.

En el *momento reproductivo* se consumen los bienes; y el ser humano recupera la energía gastada, y acumula energía y conocimientos con su reproducción individual y social. Así el tipo de desgaste sufrido en el trabajo determina ciertos requerimientos en cuanto a alimentación y reposo. La niñez se encuentra fundamentalmente en el momento reproductivo; de su desarrollo y fuerza física e intelectual dependerá posteriormente su fuerza de trabajo. Así observamos cómo las condiciones del momento reproductivo son muy diferentes en las distintas clases sociales.

Para entender los patrones "desgaste" y "reproducción" sobre los cuales se establece el proceso salud-enfermedad, es necesario tomar en cuenta todos estos elementos porque se derivan de su combinación precisa en un momento dado. Esto significa que el proceso salud-enfermedad no se explica desde un momento u otro, sino por el modo como se interrelacionan los dos.

Como ejemplo podemos recordar cómo las clases trabajadoras sufren de un desgaste excesivo y riesgos físicos en el momento productivo, mientras que no poseen los elementos mínimos (alimentación adecuada, servicios sanitarios, ropa y vivienda saludables, agua y medios para el aseo, acceso a vacunas, etc) para recuperar y reproducir su fuerza de trabajo, y para mantener a su familia en la condición óptima. Como consecuencia, ellos son presa fácil de enfermedades, como las infecciosas, desnutrición, envejecimiento prematuro, accidentes de trabajo, etc. En cambio, podemos observar cómo las clases explotadoras sufren un desgaste físico mínimo, comparado con los excesos en los elementos de reproducción (alimentación, vivienda, etc); esto ocasiona que padezcan enfermedades diferentes, condicionadas sobre todo por el exceso de consumo (obesidad, hipertensión, etc), por el stress ocasionado por la competencia (infartos, úlceras), y por el aumento de la esperanza de vida que condiciona la aparición de enfermedades en la vejez.

Lo político

En lo político, la salud-enfermedad es determinada por varios elementos, como lo son las luchas que se establecen por el poder. El ejemplo más claro lo tenemos en el caso de una revolución armada, donde durante el período de lucha se modificará el patrón de enfermedades de las poblaciones en pugna. Menos claro sería cuando por ejemplo los trabajadores logran mejores condiciones de trabajo, después de un enfrentamiento político; logran así una importante disminución en los riesgos y accidentes de trabajo.

A su vez, la salud-enfermedad determina los hechos políticos. Históricamente demostrado en múltiples ocasiones, como fué el caso de la conquista de México. Asimismo la capacidad organizativa de una clase social, se verá seriamente afectada por un exceso de enfermedades y muerte de sus miembros. René Dubos, en "El espejismo de la salud", nos recuerda un buen número de hechos políticos determinados por el proceso salud-enfermedad. Al mismo tiempo el fenómeno salud-enfermedad ha sido utilizado para justificar un sinnúmero de acciones político-militares.

Lo ideológico

La determinación ideológica nos muestra cómo de una determinada concepción de la salud-enfermedad, se derivan las prácticas sociales ante este fenómeno, que repercuten en una menor eficiencia de su manejo y tratamiento. Un ejemplo muy burdo sería el que un grupo social no permita la vacunación de los niños.

A su vez, el manejo ideológico del proceso salud-enfermedad tiene consecuencias concretas en toda la vida social. Como ya vimos en capítulos anteriores, en nuestra sociedad el poder de la ciencia médica es canalizado por la clase dominante con fines claramente hegemónicos, y difunde una determinada concepción del proceso salud-enfermedad, que se manifiesta en la concepción biologicista-individualista; en ella el individuo es el responsable de su enfermedad; se trata por tanto, de actuar a nivel estrictamente biológico.

En conclusión, el fenómeno salud-enfermedad es un proceso histórico-social, manifestado en individuos y en grupos sociales concretos, determinado por el lugar que ocupan en el proceso productivo, y en instancias subordinadas por las condiciones generales de existencia y por las relaciones políticas e ideológicas (14).

Un nuevo camino

Los usos de la nueva visión social de la salud son muy diversos. El primero radica en la posibilidad de detectar las instancias sociales que se encuentran determinando problemas de salud, y por consiguiente resolver y prevenir una serie de enfermedades al actuar en dichas instancias.

El segundo, se deriva de su capacidad de descubrir hechos encubiertos por la medicina tradicional, y convertirse así en un instrumento potente de denuncia de problemas de salud anteriormente desconocidos, o por lo menos no mostrados con claridad.

Otro uso, está en las posibilidades de desarrollar un pensamiento distinto con una visión de clase sobre la problemática de salud y enfermedad. Una visión propia de la clase obrera no puede ser biológica e individual, sino tiene que ubicarse en una perspectiva social y colectiva.

Esto apunta hacia qué camino avanzar. El nuevo enfoque de la salud pone de relieve la importancia de la lucha reivindicativa y política para las condiciones de salud de la población. Muestra cómo la salud no es sólo el resultado pasivo del proceso de desarrollo económico, sino que la voluntad organizada de los trabajadores es capaz de lograr cambios cualitativos en las condiciones de salud en las masas.

De esta forma se trata de conseguir que los grupos poblacionales al organizarse, aprovechen todos los recursos de que disponen para mejorar sus condiciones de vida, así como de que tomen conciencia de sus necesidades y que lo expresen en forma organizada a través de demandas concretas; proceso orientado hacia una transformación de la estructura social.

Esto en el terreno de la salud, que evidentemente no es más que una pequeña parte del proyecto histórico, significa llegar a una comprensión distinta del proceso biológico humano, que puede fundamentar científicamente una nueva práctica social que probablemente tendrá en el futuro, características que hoy ni siquiera sospechamos.

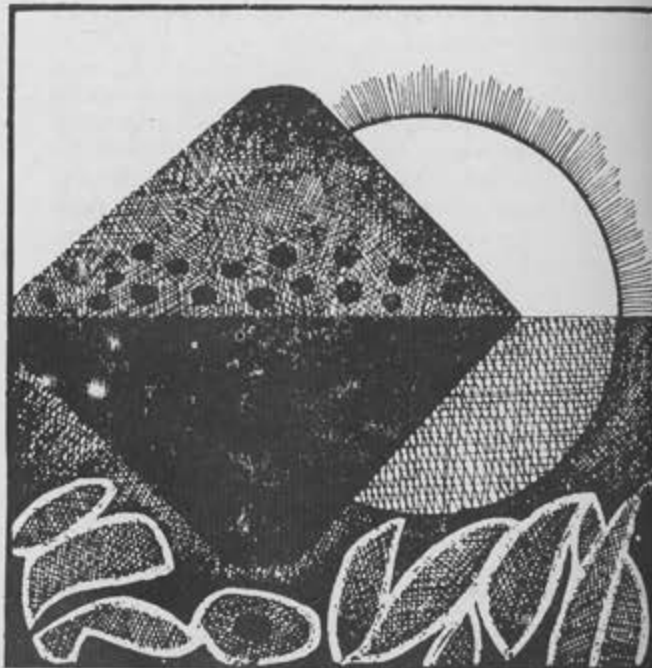
CONCLUSIONES

Hemos intentado en el presente artículo, presentar desde un nuevo enfoque la problemática de la salud y de la enfermedad. Está claro que esta nueva visión no es muy conocida, pues esto obedece a intereses de la clase dominante que sigue manteniendo una conceptualización del proceso salud-enfermedad como un hecho individual y biológico en contra de una conceptualización que lo constata como colectivo y social. Sin embargo, estamos seguros de que paulatinamente será descubierta por un número cada vez mayor del sector salud, así como de otros sectores interesados en

la problemática de salud de la población. Esto será decisivo en la lucha que se establece a todos los niveles por el cambio de la situación de nuestro pueblo.

NOTAS:

- (1) Sayavedra, Gloria nos explica este proceso en su tesis, *Práctica Médica Educativa, Dominante y Subalterna*. CIEA - IPN mex.
- (2) Dubos, René. *El Espejismo de la Salud*. FCE. Mex. 146. P 144 y ss.
- (3) Sigerist, Henry E. *Civilización y enfermedad*. FCE. Mex. 46 pag 180 y 181.
- (4) Sayavedra, Gloria. *Práctica Médica Educativa. Dominante y Subalterna*. CIEA - IPN Mex pag. 34
- (5) Dubos, op cit p. 161.
- (6) Sayavedra, Gloria. *Op cit p 37.*
- (7) Breih, Jaime. *Bases para un replantamiento del método epidemiológico*. Conferencia. Curso de Verano de Medicina Social. UAM-X. 1981 p 10.
- (8) Sanginés, Agustín. *El Proceso salud enfermedad como proceso dialéctico*. Revista de la Unión Nacional de Médicos. No. 7, mayo de 1981. México pag 27.
- (9) Sanginés, op cit, págs. 27,28.
- (10) En 1971, de las 5,148 unidades de salud existentes, el 40.20/o era de la Seguridad Social, que en ese año cubría el 29o/o de la población, el 39.4o/o pertenecía a las instituciones de asistencia, cuya obligación de cobertura era de casi el 70o/o de los habitantes del país, y el 14.9o/o era del sector privado. López, A, Daniel. *La Salud Desigual en México*. Ed. Siglo XXI. 2a. edición pag 120.
- (11) Laurell, Cristina. *Los Usos de la Epidemiología*. Conferencia curso de Verano de Medicina Social. UAM-X. 1981.
- (12) Breilh, Jaime. *op cit*, págs. 11.
- (13) *Perfil Epidemiológico*, se refiere al tipo de enfermedades más frecuentes que afectan a una población.
- (14) Sanginés, op cit, pg 25.



HERNAN GARCIA

LAS DOS MEDICINAS

(GUIA PARA AUDIOVISUALES)

Desde que el hombre ha existido sobre la tierra se ha preocupado por la salud.

Y esta preocupación lo ha llevado a buscar remedios cuando se siente mal.

También esta preocupación lo ha llevado a cuidarse para alejarse de las enfermedades.

Así, el hombre comprendió la necesidad de comer mejores alimentos, a buscar refugio del frío y del calor, a procurar estar limpio, a querer vivir mejor y trabajar de la manera menos dañina posible.

Es decir, aprendió a prevenir.

Así, la medicina consiste en esta búsqueda de prevenir y remediar los males.

Esto quiere decir que en todos los tiempos y en todos los lugares se ha hecho medicina; sólo que ésta ha sido diferente debido a los distintos tipos de remedios, y al avance de conocimientos.

En China, la gente se curaba con piquetes de agujas, en Europa usaban sangrías, y en México nuestros antiguos antepasados indígenas sabían mucho de plantas medicinales y las sabían manejar muy bien.

Todavía hay gente en México que sabe de medicina vegetal, pero muchos conocimientos se han perdido en el transcurso del tiempo.

Lo que sí era común a todas las formas de practicar medicina en la antigüedad, es que la medicina tenía como centro al hombre.

Ahora en todo el mundo ha cobrado mucha fuerza la Medicina que conocemos como medicina de patente; tanto,

que mucha gente cree que es la única medicina y lo demás son remedios sin importancia que usa la gente ignorante.

Lo que sucede es que a veces se nos olvida cómo comenzó esa medicina; empezó igual que las otras, basándose en conocimientos que pasaban los viejos a los jóvenes desde hace muchas generaciones, usando plantas y otros remedios.

Pero sucedió que los pueblos que la usaban comenzaron a dominar y conquistar a los demás; y a los pueblos vencidos les impusieron la manera de vestir de los conquistadores, de comer, su ciencia, su religión y entre otras cosas, su medicina.

Es decir, que las distintas maneras de ver cómo se debía de curar, se iban imponiendo conforme unos pueblos conquistaban a otros.

Esto pasó primero en Europa y después en el resto del mundo. Así, México fué dominado y conquistado por España.

Y la medicina que usaban los españoles, fué impuesta a la población Mexicana, y se perdieron muchas de las tradiciones y conocimientos de nuestros pueblos.

Después, los países ricos y dominadores buscaron ser más ricos para seguir dominando, y así el dinero pasó a ser lo más importante en las relaciones entre los hombres. El hombre perdió su valor; tomó en cambio el valor del dinero, el del capital.

Desde entonces se cumple el dicho "tanto tienes, tanto vales"

La medicina también cambió, y se llenó de dinero; esto impulsó su desarrollo, y trajo como consecuencia el avance de la ciencia médica:

- nuevos medicamentos,
- el desarrollo de operaciones delicadas,
- nuevos aparatos e instrumentos,
- nuevos y más grandes hospitales,
- y nuevos descubrimientos científicos, lo que originó que la medicina se dividiera en muchas especialidades.

Pero la medicina se olvidó de que la pobreza y las malas maneras de vivir, como la mala alimentación, viviendas maltrechas, falta de agua, drenaje, etc, son las que propician las enfermedades; y se olvidó de prevenir.

Desde entonces la medicina trae una venda en los ojos para no ver las causas de las enfermedades.

No ve que la pobreza no se da sola, sino que la ocasionan algunos que buscan enriquecerse a costa de los demás.

No ve que la pobreza obliga a la gente a comer mal, a vivir en malas casas, a no contar con servicios públicos.

No ve que la pobreza obliga a la gente a trabajar demasiado y con muchos riesgos, "como burros" para que se entiendan.

Al olvidarse la medicina de todo esto, sólo se ha conformado con poner parches para tapar los agujeros.

Es como cuando en una carretera pavimentada se forman hoyos y sólo se arreglan echándoles un poco de grava y chapopote; al ratito se vuelven a abrir.

La medicina ha dejado de buscar lo que antes buscaba. Si antes quería el bien del pueblo, ahora se preocupa principalmente por llenarse los bolsillos.

El pueblo sufre enfermedades que no se acaban con pastillas, inyecciones, y operaciones. Se puede curar un enfermo, pero aparecen más con el mismo mal; y los ya curados se vuelven a enfermar otra vez.

¿Cómo va a querer el bien del pueblo, sí sólo se contenta con tapar agujeros?

Este dominio de la medicina moderna por el dinero, también ha pasado a muchas personas que practican las otras formas de hacer medicina.

Muchos homeópatas, doctores de chochitos, médicos de agujas y curanderos que manejan yerbas, se han contagiado por la búsqueda de hacer dinero, y sólo ayudan a mantener y a aumentar la dominación sobre el pueblo.

Esto quiere decir, que la medicina se puede usar para la dominación o para la liberación.

O sea, que la medicina puede ayudar a que la gente siga igual de amolada o peor.

O a que la gente viva mejor, se una y se organice.

¿Cómo reconocer la medicina para la dominación?

Primero, sabiendo que la usan los doctores, enfermeras, curanderos y muchas veces nosotros mismos, cuando nos dejamos arrastrar por lo que dice la gente de dinero, la publicidad, la educación, que nos lleva a no pensar bien las cosas, o cuando lo primero que nos interesa es llenar nuestros bolsillos.

Esta medicina la hacen y escriben los doctores ricos, que saben mucho de estudios, pero no conocen las necesidades del pueblo.

Como esta medicina sirve para hacer dinero, no se quiere que mucha gente la aprenda; por eso usan palabras raras, y muchas veces no dicen de lo que la gente está enferma.

Se nos enseña a ver al doctor como "sabio" y "mago", y se dice que la gente vale más, cuando tiene más conocimientos; y como el doctor tiene muchos conocimientos que logró con sus estudios, por lo tanto debe ser más importante que muchas otras gentes.

Por eso muchos doctores se creen superiores, y ven a la gente como si estuviera más abajo que ellos.

Y a los que estudian medicina, aunque la quieran usar para procurar el bien de la gente, muchas veces les meten en la cabeza todas estas cosas.

Si, en la escuela y en la universidad, les refuerzan el pensamiento dominador.

La medicina para la dominación además esta asociada con laboratorios de medicamentos; y muchas veces el doctor se convierte en un comerciante de medicinas y remedios, con lo cual aumenta la pobreza de la gente.

Como estos doctores comen de los males en las personas, no les conviene que disminuyan las enfermedades; por eso, le dan mucha importancia al curar y casi nada al prevenir.

La medicina para la dominación actualmente en México se practica en dos formas: como medicina privada, en consultorios y hospitales privados; y como medicina oficial o institucional, a través de los servicios médicos que da el gobierno, como Salubridad, Seguro Social, IMSS, o ISSSTE.

Y así, los servicios médicos oficiales utilizan muchos datos y papeles para justificarse y explicar lo mucho que hacen por el pueblo.

Estos servicios médicos, algunas veces dan servicio médico gratuito a los trabajadores para que se recuperen rápido y no dejen muchos días el trabajo a causa de la enfermedad.

Los que están de acuerdo con la medicina para la dominación, atacan y critican las prácticas médicas populares, como la medicina vegetal por ejemplo.

Lo más importante es que la medicina para la dominación sirve para que la gente no vea los problemas que provocan sus enfermedades, como la pobreza, el hambre, la ex

plotación, y se quede contenta creyendo que los doctores y los servicios médicos se interesan por sus problemas.

Pero no todo es gris, porque también existe la medicina para la liberación.

La medicina para la liberación es tan vieja como el hombre mismo, porque siempre han existido hombres que han usado los conocimientos médicos para el bienestar de la comunidad y para la búsqueda de mejores formas de vida.

Pero siempre han sido pocos y en la sociedad actual mucho menos todavía.

La medicina para la liberación tiene como centro al hombre, pero se ha dado en formas diferentes, dependiendo de la época y del lugar.

En México actualmente la medicina para la liberación se encuentra presente en las comunidades como una semilla germinando.

Las personas que la van descubriendo buscan hacer que la conozca más gente; y en México y toda Latinoamérica, está avanzando despacito y sin hacerse notar, pero en forma firme y creciente.

De esta manera, se comienza a ver la medicina de manera diferente; se entiende así que la salud es nuestro derecho, y la enfermedad nuestro problema.

Ya en muchos lugares la gente se está dando cuenta del engaño de la medicina para la dominación, pues cae en la cuenta de que la preocupación por la salud, no debe ser sólo de los médicos y del gobierno, sino de toda la comunidad.

Así, la comunidad debe ser la responsable y la primera en preocuparse por la salud de sus miembros.

Esto se hace primero cuidando y vigilando a los servicios médicos que el gobierno ha creado para la salud.

Se busca además que los servicios de salud rindan cuenta a la comunidad, ya que es el pueblo en realidad el que los paga.

Sí, de que los servicios de salud rindan cuenta de sus acciones, errores, necesidades y problemas.

Así, pueden funcionar de manera más eficiente con el control y apoyo de la comunidad.

También la comunidad busca que su gente aprenda y se capacite en el cuidado y prevención para la salud, y en el manejo de algunas curaciones sencillas. Así dependerá menos de los médicos, y los tratamientos serán más baratos.

En muchos lugares, los campesinos, trabajadores, y la gente pobre en general, se está organizando para hacer caminar la medicina hacia la liberación.

Además, algunos médicos y enfermeras se han ido quitando las vendas de los ojos, y han apoyado el avance de esta forma de entender la medicina.

También algunos curanderos, yerberos y parteras han decidido apoyar a la comunidad y están ayudando mucho con sus conocimientos y experiencia.

Así, mucha gente se ha dado cuenta de que la salud y la medicina son un arma de defensa que debe manejar el pueblo.

Lo más importante es que trata que las personas se quiten la venda de sus ojos, y se den cuenta de las causas de sus enfermedades.

De esta manera, las personas que se quitan la venda de los ojos, se dan cuenta de que mientras no se corrijan las malas condiciones de vida, no se disminuirán las enfermedades.

Para reconocer y apoyar la medicina para la liberación, debemos abrir bien los ojos y darnos cuenta si lo que mueve a los doctores que conocemos, curanderos, parteras, y organizaciones para la salud, es el dinero, o la búsqueda de la liberación para la comunidad.

En esta medicina, no es el doctor el que decide cuáles son los males y las necesidades de la gente, sino que la comunidad investiga y se da cuenta de sus necesidades.

Es decir, que la medicina para la liberación parte de las necesidades del pueblo. Por eso se da más importancia a la prevención que a la curación.

Y se busca hacer realidad aquel dicho que dice: "más vale enseñar a pescar, que regalar pescados". De esta manera, se trata de que aprendan todos, y de que no se oculten los conocimientos.

La medicina para la liberación utiliza todo lo que sirva a mejorar la salud y a cambiar las condiciones de vida. Por eso aprovecha los conocimientos de la medicina moderna, como manejo de algunos medicamentos; pero utiliza también hierbas y remedios no comerciales.

Un aspecto muy importante es que la medicina para la liberación, no se usa para enriquecerse, sino para ayudar al bien común. La gente que hace uso de esta medicina sabe que todos somos iguales y valemos lo mismo, como hombres y como personas, sin importar el dinero que se posea, o los estudios que se tengan. Y se reconoce que las personas con poca escuela son tan responsables e inteligentes como las personas tituladas.

Por eso se ve al doctor como un igual, que como todos corre el riesgo de equivocarse, pero al que se le puede exigir, regañar y denunciar cuando hace las cosas mal, cuando no trata bien a la gente, o cuando quiere aprovecharse subiéndolo y alterando los precios de los medicamentos y consulta.

A los médicos de las clínicas rurales y centros de salud, se les exige que le rindan cuentas a la comunidad, ade-

más de pedirles apoyo para alguna campaña que decida hacer la población.

La medicina para la liberación busca que la gente se una y se organice. Así, puede lograr más fuerza y salud, y es más fácil luchar por solucionar los problemas que están detrás de las enfermedades.

La medicina para la liberación, apoya todas las acciones en la comunidad que buscan también unir y organizar a la gente.

Y se da cuenta que relacionándose con otras comunidades, se aumenta la fuerza, y se consiguen más conocimientos y experiencias para la salud.

La medicina para la liberación, comprende que una sociedad enferma sólo puede traer enfermedades.

Sí, una sociedad está enferma cuando está llena de corrupción, de ansia de hacer dinero, del deseo de poder y dominar, basada en la fuerza y pisando a los más débiles.

Esto que produce en la mayoría, la falta de casa, vestido y sustento; esta falta de casa, vestido y sustento en forma adecuada, es la que provoca las enfermedades.

La medicina para la liberación, quiere ayudar a cambiar esta Sociedad enferma por una sociedad sana. Que todos vivamos mejor y tengamos cubiertas las necesidades más elementales.

Esta es la medicina para la liberación; con nuestro interés, entendimiento y compromiso, podemos ayudar a que se desarrolle en nuestra comunidad.

La medicina para la liberación es la búsqueda de mejores formas de vida para nuestras familias y comunidades para liberarnos: de las enfermedades que nos oprimen, y de las opresiones que nos enferman.

De dos hermanas gemelas voy a contarles la historia:
Medicina las dos eran, con diferencias notorias;
una ponía parches y se enriquecía;
y la otra, de veras salud producía.

Tenían por enamorados a doctores diferentes
unos que buscan la lana, y otros que aman a la gente;
unos se creen dioses y ocultan su ciencia;
otros dan razones y forman conciencia. . .

Es muy fácil distinguirlos porque dan diversos frutos
unos del yerbero aprenden, otros lo tachan de bruto;
éstos los males combaten pero otra vez vienen,
mientras que los otros, las causas previenen. . .

Las enfermedades llegan por la mala condición
del trabajo, la vivienda y baja alimentación;
esto no lo dicen los malos doctores
que a laboratorios rinden sus honores. . .

Contra todos estos males el pueblo se ha organizado
y Comités de Salud, por dondequiera ha formado;
y con botiquines y con promotores
va a dar la puntilla a los explotadores. . .

Por esto a las dos hermanas el pueblo ha rebautizado
a una el camino le ha abierto, a la otra se lo ha cerrado,
pues "Dominación" a una le ha llamado
y "Liberadora" a la otra ha clamado. . .

pues "Dominación" a una le ha llamado
y "Liberadora" a la otra ha clamado!



DRA. GLORIA SAYAVEDRA H.

¿ QUE ENSEÑAN LOS MEDICOS ?

(UNA VISION DE SU IDEOLOGIA)

INTRODUCCION

En un pueblo como tantos hay en nuestro país, un día de tantos, se acerca una campesina que raya los 80 años, a ver al médico: se queja de un dolor de espalda.

C. Tengo un dolor que me pega acá, ya tiene como seis años. Antier fui al campo a traer leña; estaba yo leñando cuando me empezó, sentí que me había torcido; me compusieron pero no quedé bien.

Dr. ¿Usted corta leña?

C. Sí, voy seguido, pero hace como cuatro años que no. . .

Dr. (La interrumpe) ¿Tiene cuatro años sin ir?

C. Sí iba, pero hace cuatro años que no me pasaba esto.

Dr. ¿Cada vez que carga le duele?

C. Me provocaba.

Dr. (Interroga síntomas y caracteres, y explora). Con esto que le voy a dar se le va a quitar hoy o mañana pero el remedio definitivo va a estar en que no cargue tan pesado.

C. Ni modo que no trabaje

Dr. ¿Dónde están los hijos?

C. Ya ni se acuerdan de su madre.

Dr. ¿A qué se dedica?

C. Nada más vendo fruta.

Dr. Dígale a sus hijos que se vengán.

C. Trabajan en México como albañiles pero yo no quiero irme allá, siento que el calor me abrasa.

Dr. Bueno, es importante que se tome las tabletas tres veces al día después de las comidas. Hasta luego.

¿QUE PASA EN LA CONSULTA MEDICA?

Cualquiera de nosotros, cuando acude a consultar a un médico va con la finalidad exclusiva de sanar de una enfermedad o de un mal pasajero; aparentemente en la mayoría de los casos las consultas nos traen el alivio deseado; y asunto terminado.

Pero la realidad es que la consulta no consiste sólo en eso. Nuestro buen amigo el médico cumple también la función de educar; o sea, trasmite su conocimiento médico en

alguna medida, y ese saber también manifiesta la ideología o forma de concebir la realidad.

Esto es, en la relación que se establece entre el médico y el paciente, el galeno da ciertas indicaciones con el fin de lograr la curación y cierta prevención; en esta forma, esa relación curativa, también es *educativa, es social*, y es una relación entre *clases sociales*.

El matiz educativo de la práctica médica es informal, asistemático, poco elaborado y poco consciente; pero en ello cobra su riqueza ideológica.

Es una relación social porque la práctica médica es una forma de dar respuesta a la enfermedad dentro de una sociedad, y en un momento histórico determinado; y claro está que si nuestra sociedad no es armónica ni homogénea sino que está dividida en clases sociales —producto de la contradicción entre capital y trabajo— esta diversificación de clases aparecerá en la práctica médica, y dará lugar a:

- Una injusta distribución de bienes y servicios de salud.
- Una política de atención de mayor eficiencia y eficacia para las minorías privilegiadas y para los grupos con capacidad de organización social.
- Una demanda creciente de recursos médicos transnacionales, así como una desmedida e incontrolada alza de precios en los medicamentos, sobre todo los de procedencia extranjera.
- "Que sus servicios obedezcan a las necesidades económicas de una clase y desempeñen funciones tales como la reproducción selectiva de la fuerza de trabajo".
- "Que se corresponda con necesidades políticas de una clase o un aparato estatal que acaba por situarse en el proyecto de una clase".

- "Que los servicios de salud sean empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de demandas sociales más amplias".
- "Que se someta a la influencia de las necesidades corporativas de un grupo profesional, que o dispone un escenario para su práctica liberal, o erige territorios feudales, bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud (1).

El tipo de Práctica Médica de que "gozamos" actualmente juega un papel ideológico que se articula también (como lo hacen otras prácticas) con el proyecto de las clases en el poder. Se inserta en la práctica político-educativa que realizan los médicos en la consulta diaria, ya que es ahí donde los médicos como científicos e intelectuales que son, transmiten su ideología y saber con el respaldo y reforzamiento que les da el discurso y concepción de la ciencia (¿neutra?), objetiva, verdadera y racional. Como científicos muestran que la enfermedad es sólo producto de alteraciones físico-químicas en donde un agente causal "natural" desencadena el proceso morboso, y no toman en cuenta el que en ocasiones ese "switch" desencadenante es un conflicto psicológico, sobre todo familiar.

Como intelectuales y como grupo profesional, los médicos se vinculan al proyecto de la clase dominante, y reproducen en la cotidianeidad de la consulta y de la práctica hospitalaria las jerarquías, las normas de acatamiento, los accesos diferenciados a la calidad y cantidad de atención, etc; esto incide en la conformación de una educación que aliena y hace acrítico al enfermo, y que lo lleva a ver la enfermedad como producto o consecuencia de la nocividad de la naturaleza sobre el hombre; por lo tanto, no caerá en la cuenta de que las relaciones sociales que establece el hombre al producir son la causa esencial de la mortalidad y morbilidad diferenciadas entre clases que lo tienen todo, y las clases que no poseen más que su fuerza de trabajo.

El saber médico dominante, que se concretiza en la forma que conocemos más institucionalizada, tiene determinadas raíces que lo constituyeron como tal; destaco las siguientes:

- La formación profesional del médico en la escuela y en la práctica hospitalaria.
- La teoría global que sustenta la práctica médica y su consiguiente mensaje educativo (2).

El interés real que los mueve o impulsa a practicar la medicina (forma de control dominio y explotación sobre el enfermo para la extracción de excedente, y adquisición de status).

LA FORMACION PROFESIONAL

El médico para terminar su formación debe tener entre 17 y 19 años de educación escolarizada, lo que implica una gran habituación disciplinaria, normativa, un costo económico alto, y sobre todo una dedicación de tiempo completo en la etapa profesional que le posibilite en mínimo grado el preocuparse por otro tipo de asuntos como sería el asimilar críticamente los conocimientos adquiridos en la carrera.

El plan de estudios en la mayoría de escuelas de Medicina, es por materias que imprimen al alumno la idea de un hombre-objeto dividido en distintos aparatos y sistemas que difícilmente dejen ver al hombre-persona, al ser humano en toda la extensión de la palabra; se estudia a un hombre-objeto, aislado de su contexto, sólo hombre físico, resultado de la unión compleja de procesos físicos, químicos y biológicos.

El acercamiento al hombre-persona como materia de estudio en los años de formación médica, se hace en forma mediatizada.

- Al principio se tiene sólo contacto con los cadáveres para todas las prácticas de Anatomía o con secciones de órganos para las de laboratorio; después, con el cadáver en el caso de Medicina Forense, y con el hombre enfermo, hospitalizado o en la consulta hospitalaria; hombre aislado de su contexto social en el que está inserto.
- Ya en las postrimerías de la carrera de Medicina, se produce el mágico acercamiento al hombre en su medio ambiente, pero con la visión de un ser potencialmente enfermo. Por tanto el objeto de estudio del médico, siempre continúa siendo sólo eso: un objeto y no un sujeto histórico, social, cultural, parte de una compleja red de relaciones en las que realiza él un trabajo que lo hace humano y también sujeto de amor.

Por otro lado, la educación que recibe el profesionista, no escapa de los errores que tiene gran parte de la educación formal:

- Enseñar al alumno a repetir conceptos vacíos de significado, a memorizar formas y fórmulas que contradicen el pensamiento creador del alumno.
- Presentar al alumno la realidad como estática e inmodificable, hacerlo conformista, y negarle la posibilidad de transformar la práctica médica que se considera como la verdadera y legítima.
- Hacerlo detallista, que olvide la totalidad donde se inscribe el paciente, y perderse en minucias de tal o cual órgano o sistema.

Claro está que el poner tanto interés en las minucias del cuerpo humano tiene un fundamento objetivo que es muy necesario para lograr la curación de los procesos morbosos individuales y colectivos; pero esta situación objetiva tiene y ha tenido el riesgo de perderse en detalles, y olvidar el conjunto que le da sentido.

Ahora bien, la formación profesional del médico y la misma práctica médica están sustentadas por la teoría "funcional ecologista" (3) en donde se vinculan el funcionalismo en cuanto a las ciencias sociales se refiere, y el ecologismo en cuanto a las naturales. Sería engorroso hablar aquí de todo el significado de esta teoría de sostén; sólo quiero aclarar la fuerte influencia que tiene la práctica médica como instrumento científico o ideología teórica de la clase dominante.

Los médicos a través de la consulta principalmente, enseñan a la población, y con marcado énfasis a las clases populares, que hay un orden establecido que conservar, en

donde unos cuantos poseen naturalmente el poder y el saber, y otros muchos no tienen acceso a ellos.

APROPIACION DEL PODER

La forma en que se apropian los médicos como intermediarios de las clases dominantes tiene diferentes aspectos; creo importante destacar los siguientes:

- El establecimiento de una jerarquía: los niveles jerárquicos son muy importantes para el equipo médico; hay una clara y marcada diferencia entre el equipo manual y el intelectual; y dentro del último se establecen también alrededor de seis rangos en los que la enfermera ocupa el último, el límite entre el intelectual y el manual. Estas jerarquías se traducen también en la asignación del lugar inferior al enfermo. Este tiene que esperar al médico largo tiempo si quiere ser atendido; y al contrario, se le da poco tiempo para que exponga sus quejas; además, se le trata como objeto, y más si el paciente pertenece a las clases desposeídas.
- El médico se identifica con un bloque de poder. En su relación con el pueblo se manifiesta como perteneciente a un gremio y a una institución más o menos organizada que le confiere validez a su trabajo y lo protege legalmente contra cualquier inconveniente que se presente. Es intermediario de acciones de legitimación de aparatos estatales, acciones que son eficaces medidas políticas, y que tienen cierta relación con otros aparatos o instituciones del Estado que configuran los aparatos de control.
- Tecocracia. El poder de la práctica médica dominante se basa y acrecienta en la técnica y en toda forma sofisticada de ella. Es notable observar el cambio que se produce cuando el médico se coloca uno de los instrumentos de diagnóstico, o cuando se basa en dichas pruebas para afirmar su irrefutable verdad y poder. Existe tal vez un miedo inmenso en los médicos de caer en la angustia que tiene el enfermo ante la propia enfermedad; y el deseo de evitar dicha angustia le hace correr al médico al refugio de los brazos amorosos y protectores de la tecnología sofisticada, y dejar a un lado el sentimiento del ser humano enfermo, y la necesidad de una medicina más humana e igualitaria.
- Mistificación de las formas. Existe un ambiente que rodea al médico que le da un halo mágico; es parte de ese rejuego de poder, un mundo que no se mezcla con el de afuera, en donde las batas blancas, los olores y los gestos mantienen el control y la inmunidad con lo establecido.
- Definición de lo normal y lo patológico. La práctica Médica dominante es la única que puede establecer quién, cuándo, y de qué está sano, enfermo o muerto alguien (4).

Así cuando acude la gente ante el médico quejándose de enfermedades reconocidas por el pueblo como "mal de ojo", "empacho", "susto", "tristeza", etc el médico se muestra extrañado en el mejor de los casos, o burlón e incrédulo en la mayoría, y niega inmediatamente desde su ca-

lidad de científico que existan enfermedades no catalogadas como tales por la ciencia médica. Sin embargo, aquí se encuentra con una fuerte oposición silenciosa de las clases subalternas, que se retiran de este dominio médico para acudir al curandero, al huesero, a la partera o yerbero, y para automedicarse; con lo cual se oponen así a los dictados y propuestas de la práctica médica hegemónica.

El médico maneja un cartabón de enfermedades, en el cual la relación causal se encuadra en un marco biológico-ecologista. Toda enfermedad se atribuye a disfunción física y a manifestaciones "sociales" restringidas como son: número de hijos, hermanos, sitio que ocupa en la familia, habitación en el que se desenvuelve. El esquema que se maneja es así:



Cuando el medio ambiente natural, que es el determinante, es favorable, hay un equilibrio biopsico social en esa cadena; y cuando hay una disfunción en alguna parte de ella, sobreviene la enfermedad que afecta por igual a los entes contenidos en el esquema. En este esquema, se niega la estratificación social y los procesos históricos y de producción que hacen que las mayorías estén subordinadas formal y realmente a las minorías.

La práctica médica convalida así mediante las relaciones que establece, la simple incorporación masiva de la población al desarrollo propuesto por el Estado.

LA APROPIACION DEL SABER

Digo "apropiación" porque niega la existencia de un saber popular que de una u otra forma ha resuelto las necesidades de salud del pueblo por cientos de años. En la práctica médica institucional se dan los siguientes significados:

- **Omnisapiencia.** El médico no duda, cree que todo lo sabe, su autoridad la refuerza con afirmaciones categóricas, no acepta diálogos con el paciente —porque "no sabe"— y la propia ignorancia la oculta con evasivas o con lenguaje y explicaciones rebuscadas.
- **Paternalista.** El médico es autosuficiente, y el paciente receptivo y dócil; y esto es más cierto en relación con las clases desposeídas. Es claro que el médico enseña al paciente en manos de quién está el saber, y que no existe otro saber con legitimidad o validez científica.
- **Saber tecnicista.** Se poya en la técnica como forma superior de saber (pesable y medible); hace cada vez más dependiente a la práctica médica y en concreto a los médicos, de la tecnología sofisticada importada de otros países con distintas necesidades a las nuestras. En México se necesitan resolver prioritariamente problemas de salud que afectan a la mayoría de la población como son las enfermedades gastrointestinales, o las parasitosis con técnicas propias y sencillas al alcance de todo médico y todo paciente; sin embargo lo que se privilegia en la investigación y enseñanza de la medicina es el resolver problemas patológicos raros, con técnicas muy costosas a las que sólo tienen acceso unos cuantos médicos; no resuelven los problemas que constituyen el 90o/o de la patología de un país como el nuestro, con grandes carencias nutricionales, de vivienda, de vestido, de empleo, etc.
- **Uso de metalenguaje.** El lenguaje médico es poco accesible a la mayoría de la población, y también provoca un agrandamiento de la incomunicación entre los científicos intelectuales y la población; oculta las ignorancias e incapacidades de la práctica médica para dar respuesta a una gran cantidad de enfermedades; por último, acrecienta la "omnisapiencia" médica.
- **Saber contra sentir.** Hay un desfase entre lo que el médico sabe y lo que el paciente siente, la medicina está enfocada hacia el encuentro de panaceas curativas y todo lo que ello implica; y esto en mucho no satisface la necesidad del ser humano de ser atendido, escuchando y comprendiendo en todas sus dimensiones.

CONCLUSION

Podemos ver que los médicos no educan sino que imponen un conjunto de conocimientos científico-ideológicos que no toman en cuenta toda la magnitud del proceso salud-enfermedad. La práctica médica se convierte así en una práctica que desocializa al individuo, destruye el saber popular y *no transmite un nuevo saber*; por último, a nivel de sentido común y en su relación con las clases explotadas, constituye un canal más de sedimentación de la ideología de la clase dirigente, que se reviste con velo de bondad paternalista y benefactora en la práctica diaria del curar.

NOTAS:

1. Ver: López Acuña Daniel, *La salud desigual en México*. Ed. S XXI Méx. 79.
2. Ver el artículo de Hernán García en este mismo número en donde se amplía bastante este punto.
3. La teoría funcional-ecologista sería la conjunción del funcionalismo y el ecologismo. El funcionalismo entendido como la ideología teórica de la clase dominante, constituye la validación teórico-metodológico de las clases en el poder, e incorpora en su metodología el análisis de las partes del objeto sin llegar a la síntesis, sino a la multicausalidad. La abstracción de caracteres del objeto no llega a lo esencial, se queda en lo aparente con careta de determinación. Sus conceptos son operativos, pero nunca son categorías teológicas en toda la expresión de la palabra, es decir describen pero no explican. Generalizan empíricamente. Sus objetos construidos son ahistóricos y son considerados como estables. Su método es inductivo-deductivo y no dialéctico; por último, consideran que la subjetividad daña el avance de la ciencia. Y así se mantienen aparentemente imparciales ante el objeto de la investigación.

Esta metodología funcionalista se incorpora al ecologismo que da énfasis a la naturalización del hombre. Se puede caracterizar como una tendencia que considera al hombre como parte de la naturaleza y de las condiciones naturales; está fundada en las enseñanzas hipocráticas que dicen que la salud y la enfermedad están regidas por leyes naturales, y reflejan la influencia ejercida por el medio ambiente y las formas de vida.

4. En este punto ya varios autores y sobre todo la corriente de antipsiquiatras, han expresado cómo hay una dominación de la medicina sobre los enfermos: "todo aquél que no exprese su enfermedad dentro de los márgenes establecidos, es catalogado como loco o rebelde".

"La norma es siempre más importante que la salud; y la enfermedad es sólo aceptada si se expresa por sus cauces". Ver Sábata, Foucault, Lang, Cooper, et.



JUAN MANUEL MICHÉ

LA SALUD EN EL DESEQUILIBRIO BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL

(ENTREVISTA)

¿Cuál es la definición de la salud en un medio suburbano?

— La Organización Mundial de la Salud en su declaración de principios define: "Salud es el estado de equilibrio biológico, psicológico y social; no sólo la ausencia de enfermedad". Pero esta concepción de la salud como equilibrio resulta paradójica aplicada a los grandes grupos de población formados en las últimas décadas en la periferia de las grandes ciudades. Hay un desequilibrio de fuerzas que actúan en contra de estos grupos: una excesiva tasa de crecimiento demográfico, un elevado índice de migración rural-urbana, requerimiento de mano de obra barata debido a la industrialización, desempleo, etc. En esta situación resulta difícil aceptar el concepto de salud en los términos señalados como *equilibrio*. Además es paradójico declarar enfermos por principio a los grupos sociales sometidos a los desequilibrios sociales.

¿Entonces la salud y la enfermedad son hechos que sólo afectan al individuo, y no son un problema que toca a la colectividad?

— Estar enfermo puede ser un hecho que afecte seriamente a la individualidad, pero la salud y la forma de conservarla es un asunto que trasciende los límites de la persona, y afecta los intereses colectivos.

No podemos olvidar que el ejercicio de la medicina como respuesta a necesidades primarias está ligada a sólidos intereses económicos afines a una concepción individual-curativa de la enfermedad. Contrapuesta a esta visión está la perspectiva que considera la enfermedad como una eventualidad deficiente de un sistema que tendería a garantizar a cada individuo el derecho del goce de su salud y no ya como un bien de mercado.

¿Cuáles deberían ser pues las acciones colectivas en torno al mejoramiento de las condiciones de vida?

— No pueden seguir siendo la respuesta a intereses institucionales o hegemónicos. Durante los últimos años hemos visto la invasión y el incremento en áreas periféricas, de multitud de programas de tipo oficial y privado: vivienda, atención médica, planificación familiar, productividad, participación política, que tomando como base necesidades reales de la población, realizan acciones que no corresponden a las características socio-culturales de los beneficiarios y que en ocasiones son el vehículo de entrada de formas de vida y de valores ajenos a la comunidad.

En el campo de los servicios médicos ¿Cuáles son los resultados?

El panorama epidemiológico no se ha transformado significativamente; los cambios inducidos no corresponden al insumo de recursos, y las mejoras constatables no se pueden atribuir únicamente a la presencia de un mayor número de servicios médicos. Esto me hace pensar que hay tres aspectos importantes que hemos pasado de lado y han estado sólo presentes como ingredientes de adorno.

El primero sería la *participación*. La atención a la salud debe propiciar e incluir formas de verdadera participación comunitaria, no sólo en el aspecto de las actividades prácticas como hasta ahora lo han sido los comités de salud, la formación de promotores, la participación voluntaria, y la colaboración en campañas, sino en los campos del análisis, planeación y evaluación del trabajo.

Esto es difícil de lograr sin el segundo aspecto que sería el *educativo*: el poner en manos de la comunidad los elementos cognocitivos y culturales que permitan que tanto el paciente a nivel individual como el grupo social a nivel colectivo puedan entender el proceso salud-enfermedad y los factores que lo condicionan. Esto es especialmente difícil en la actualidad, cuando el saber médico se ha convertido en una de las más refinadas formas de poder, y su aplicación resulta una de las mejores armas de control.

El tercer ingrediente es el *punto de partida*. La atención a la salud debe ser acorde a las características socioculturales de la población, debe comprender y respetar las formas tradicionales de entender y curar la enfermedad, debe abarcar el plano individual y colectivo. El mito de la tecnificación de la medicina, del avance científico, y de la salud a través de los medicamentos debería ceder ante el paciente capaz de decidir sobre el tipo de vida y de salud que quiere, y ante el grupo social como alguien digno de respeto.



ESQUEMA 2: PROGRAMAS DE SANIDAD RURAL EN AMERICA LATINA

DOS ENFOQUES

	APOYA A LA COMUNIDAD	OPRIME A LA COMUNIDAD (LA INCAPACITA)
Objetivos iniciales	Abierto. Flexible. Toma en consideración las necesidades que experimenta la comunidad. Incluye factores (humanos) no mensurables.	Cerrado. Definido antes de consultar a la comunidad. Concebido para la evaluación de datos exactos únicamente.
Dimensión del programa	Pequeño; cuando es grande, está efectivamente descentralizado, de modo que en cada zona los subprogramas tengan la facultad de dirigir sus propios asuntos, tomar decisiones importantes y adecuarse a las necesidades locales.	Grande. A menudo de escala estatal o nacional. Recargado de burocracia, papeleo y tramitación de formularios. La superestructura predomina sobre la infraestructura. Las comunicaciones suelen interrumpirse.
Planificación, prioridades y toma de decisiones	Fuerte participación de la comunidad. Los agentes exteriores del cambio inspiran, asesoran, demuestran, pero no toman decisiones unilaterales.	En teoría, gran participación de la comunidad. En la práctica, las actividades y las decisiones están dominadas o manejadas ampliamente por personas del exterior, a menudo «consultores» expatriados.
Financiación y suministros	Proceden en gran medida de la comunidad. Se fomenta la autoayuda. El aporte exterior es mínimo o consiste en «fondos generadores», fondos de contrapartida o préstamos. La extensión agrícola y otras actividades conducentes a la autosuficiencia financiera son objeto de estímulo. Se procuran fuentes de medicamentos de bajo costo.	Se reparten muchas cosas, como suplementos nutritivos y medicamentos gratuitos, y se paga a los habitantes del lugar por trabajar en «proyectos comunitarios». El trabajador sanitario de la aldea (TSA) recibe su remuneración del exterior. La dependencia de fuentes externas es indefinida.
Manera de lograr la participación de la comunidad	Con tiempo, paciencia y auténtica preocupación. El agente que impulsa el cambio vive entre la gente, al mismo nivel de ésta; llega a conocer a las personas y entabla con ellas relaciones estrechas y de confianza mutua. Se procura no iniciar servicios o reparos gratuitos que luego no puedan proseguirse.	Con dinero y repartos. Los agentes que impulsan el cambio efectúan visitas breves e intermitentes, para luego descubrir que, pese a sus planes idealistas, deben «comprar» la participación de la comunidad. Muchos programas se inician con el reparto de medicamentos y otros materiales gratuitos para «empezar bien», y más adelante comienzan a cobrar. Esto causa mucho resentimiento entre la gente.
Datos y evaluación	Se le resta importancia. La recolección de datos se mantiene dentro de límites simples y mínimos, y la realizan personas de la comunidad. Se incluyen preguntas sobre las necesidades y preocupaciones que la gente experimenta. Sencillo plan de autoevaluación de los trabajadores y del programa a todos los niveles. La evaluación incluye tanto factores humanos de índole subjetiva como «datos exactos».	Se le atribuye excesiva importancia. Los datos los reúnen personas del exterior. La gente de la comunidad puede tomar a mal la inquisición o sentirse tratada como conejillos de Indias o como «estadísticas» La evaluación se basa principalmente en «datos exactos» con referencia a los objetivos iniciales.

	APOYA A LA COMUNIDAD	OPRIME A LA COMUNIDAD (LA INCAPACITA)
Experiencia y formación de los agentes que impulsan el cambio	Mucha experiencia práctica sobre el terreno. A menudo no poseen altas «calificaciones» (títulos).	Mucha experiencia en trabajo documental y en conferencias. Suelen tener altas «calificaciones» (títulos).
Ingresos, nivel de vida y carácter de los agentes exteriores del cambio (médicos, enfermeros, asistentes sociales, consultores, etc.)	Médicos. Suele tratarse de voluntarios que viven y visten con sencillez, como la demás gente. Trabajan movidos evidentemente por la dedicación, e inculcan esta actitud a los habitantes de lugar.	Frecuentemente son altos, por lo menos si se comparan con los de los habitantes del pueblo y los TSA (quienes, al observar este hecho, suelen encontrar la forma de ganar más dinero y pueden corromperse). Los profesionales de la salud son reclutados a menudo para el «servicio social», lo cual es para ellos motivo de resentimiento.
La cuestión de compartir los conocimientos y técnicas	En cada nivel, desde el médico hasta la madre, pasando por el TSA, la primera responsabilidad de cada uno es enseñar: compartir al máximo sus conocimientos con quienes saben menos y desean aprender.	En cada nivel de la jerarquía médica pre-establecida (equipo sanitario), existe un cuerpo de conocimientos específicos que se guarda celosamente y se considera peligroso para quienes ocupan niveles «inferiores».
Consideración por las costumbres del pueblo y los métodos tradicionales de curación; utilización de los curanderos tradicionales	Respeto por la tradición local. Esfuerzo por integrar la curación tradicional y la occidental. Incorporación de curanderos tradicionales en el programa.	Se habla mucho sobre la integración de la curación tradicional y la occidental, pero se hace poco por lograrla. Falta de respeto por la tradición local. No se utiliza ni se respeta a los curanderos tradicionales.
Alcance de las actividades clínicas (diagnóstico, prescripción) del TSA	Se determinan de manera realista, en respuesta a las necesidades de la comunidad, en función de la distancia a que se encuentra el centro de salud, etc.	Lo determinan personas del exterior, que reducen al mínimo la función curativa del TSA y sólo le permiten usar un reducido número de medicamentos «inofensivos» (y a menudo inoperantes).
Selección del TSA y el comité sanitario	El TSA pertenece a la comunidad y es elegido por ella. Se procura no sólo consultar a toda la comunidad sino también darle información suficiente para que haga una selección acertada. Las exigencias en materia de educación son flexibles.	En apariencia, el TSA es elegido por la comunidad. En los hechos, suele elegirlo un grupo de poder del lugar, un predicador local, o una persona del exterior. Las exigencias en materia de educación son fijas y a menudo poco realistas por lo altas.
Capacitación del TSA	Incluye el enfoque científico para resolver los problemas. Se estimula en él la iniciativa y la reflexión.	Se enseña al TSA que siga mecánicamente «normas» e instrucciones inflexibles. Se le estimula a no reflexionar y a no cuestionar el «sistema».
¿Incluye el programa la concientización (sensibilización) con respecto a los derechos humanos, la reforma agraria y el cambio social?	Sí (si se atreve)	La cuestión de las injusticias sociales, y en particular la de la reforma agraria, a menudo se pasan por alto o se disimulan.

	APOYA A LA COMUNIDAD	OPRIME A LA COMUNIDAD (LA INCAPACITA)
Manual o guía para el TSA	<p>Sencillo e informativo en su redacción, sus ilustraciones y su contenido. Adaptado al interés del usuario. Incluye un índice claro y un vocabulario. Abarca todos los problemas comunes. Se examinan las creencias populares y el uso y abuso corrientes de los medicamentos. El texto va acompañado de abundantes ilustraciones. Se ha dedicado a la preparación de las ilustraciones y la presentación el mismo tiempo y el mismo cuidado que ponen los aldeanos en sus obras de arte y artesanía.</p> <p>El manual contiene un conjunto equilibrado de información curativa-preventiva y de fomento.</p>	<p>En el estilo de un libro de cocina, falto de atracción. Contiene mera instrucción. No incluye índice ni vocabulario. El lenguaje empleado es innecesariamente complejo, o pueril, o ambas cosas. Las ilustraciones son escasas, inadecuadas (historietas) o están hechas sin cuidado. No están integradas al texto. La información útil es muy limitada y algunos datos son inexactos. Muchos problemas corrientes quedan sin tratar. A veces se usan gráficos incomprensibles o que inducen a error.</p> <p>El manual suele acumular información preventiva y contener poca información curativa; está recargado de instrucciones para llenar interminables formularios.</p>
Límites que definen lo que puede hacer un TSA	Intrínsecos. Están determinados por el conocimiento y la pericia demostrables de cada TSA, y se modifican para tener en cuenta los nuevos conocimientos o técnicas, cuya adquisición se fomenta y estimula de continuo.	Extrínsecos. Delimitados de manera rígida e inmutable por autoridades externas. Estos límites impuestos suelen quedar muy a la zaga de los intereses y posibilidades del TSA. Son escasas las oportunidades de ampliación.
Supervisión	Da apoyo y es fiable. Incluye nueva capacitación. El supervisor queda en un segundo plano y nunca se «hace cargo». Refuerza la confianza de la comunidad en sus trabajadores locales.	Es restrictiva, detallista, autoritaria o paternalista. Muchas veces no es fiable. Si el supervisor es médico o enfermero, a menudo «se hace cargo», ve pacientes y abate la confianza de la comunidad en su trabajador local.
Estímulo de la autodidáctica fuera de las normas	Sí. Se facilita material informativo y libros a los TSA para que amplíen conocimientos por su cuenta.	No. No se permite que los TSA tengan libros que proporcionen información fuera de las «normas».
Retroinformación sobre los pacientes remitidos	Cuando el TSA o auxiliar remite un paciente, el médico u otro técnico del centro de asistencia dan abundante retroinformación que ayuda a ampliar la capacitación del trabajador sanitario.	El médico del centro de asistencia de pacientes remitidos no da más retroinformación que las instrucciones para inyectar el medicamento prescrito.
Corriente de suministros	Fiable	No fiable
Beneficios obtenidos con los medicamentos (programas en que se cobra)	El TSA vende los medicamentos al costo, y éste se da a conocer públicamente. (Puede que cobre una pequeña tasa por los servicios prestados). El uso de medicamentos se reduce al mínimo.	El TSA obtiene un beneficio módico (o no tan módico) de la venta de medicamentos. Esta puede ser su única remuneración por servicios prestados, lo cual da lugar a que se produzcan grandes excesos en la prescripción de medicamentos.
Evolución hacia una mayor participación de la comunidad	A medida que los TSA y los miembros de la comunidad acumulan experiencia y siguen capacitándose, pasan a desempeñar funciones cumplidas inicialmente por personas del exterior: capacitación, supervisión, administración, dirección de clínicas para niños de menos de 5 años, etc. La pirámide de la competencia técnica va siendo ocupada progresivamente, en medida cada vez mayor, por miembros de la comunidad.	No se prevé mayormente el ascenso de miembros de la comunidad para ocupar puestos de responsabilidad cada vez mayor (a menos que se gradúen para ello fuera de la comunidad). Las personas del exterior desempeñan a perpetuidad actividades que los aldeanos podrían aprender.

	APOYA A LA COMUNIDAD	OPRIME A LA COMUNIDAD (LA INCAPACITA)
Apertura al crecimiento y al cambio en la estructura del programa	Se buscan y estimulan los nuevos enfoques y las posibles mejoras. Se prevé el ensayo de posibilidades distintas en una parte del área del programa, con perspectivas de ampliar su aplicación en caso de que funcionen.	El programa entero está normalizado y no quedan casi margen para el crecimiento o el ensayo de posibles formas de hacer mejor las cosas. En consecuencia, el programa no encierra vías de evolución hacia una mejor atención de las necesidades de la comunidad; es estático.
RESULTADOS	<p>El trabajador sanitario continúa aprendiendo y progresando. Se precia de su trabajo. Despliega iniciativa. Atiende a las necesidades que la comunidad experimenta. Muestra a los aldeanos lo que es capaz de aprender y de hacer uno de ellos, estimulando así el espíritu de iniciativa y la responsabilidad de los demás.</p> <p>La comunidad gana en autosuficiencia y en confianza en sí misma.</p> <p>La dignidad humana y la responsabilidad se acrecientan.</p>	<p>El trabajador sanitario labora con obediencia o se va. Satisface pocas de las necesidades experimentadas por la comunidad. Es servil y tal vez mercenario. Refuerza la función de dependencia y servilismo incondicionado.</p> <p>La comunidad se hace más dependiente de la caridad y el control paternalistas del exterior.</p> <p>Mengua la dignidad humana. Se pierden las tradiciones. Degeneran los valores y la responsabilidad.</p>
Si falta o se interrumpe el apoyo externo	El programa sanitario continúa pues ha pasado a pertenecer a la comunidad.	Fracasa el programa sanitario.
OBJETIVO TACITO	Reforma social: salud e igualdad de oportunidades para todos.	No perturbar la calma. Poner un parche sobre los problemas sociales fundamentales, y no resolverlos.
ORGANISMOS PATROCINADORES	A menudo grupos pequeños, privados, religiosos o voluntarios. A veces los patrocinadores son organizaciones no gubernamentales del exterior.	A menudo se trata de vastos programas regionales o nacionales copatrocinados por organizaciones gubernamentales o empresariales nacionales o multinacionales del exterior.

Tomado de: Davir Werner, "Asistencia Sanitaria y Dignidad Humana" CONTACT 42 (1980) 2-18. Esquema No. 2 págs. 15-18.

CULTU

A
enferme
cultura
der la s
experie

C
que cali
hombre
al indig
aún, no
de supe
mas, ya
esos gru
no de s
actitud
diferen
lores y
pios me

E
drá ser
cia. El
sin exc
conserv

A
ciertam
fluenci
siente
de los
es ya
existe
pantalo
por ma
mismo

FELIPE RUIZ

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN UN MEDIO RURAL

(UNA EXPERIENCIA EN TARAHUMARA)

CULTURA INDIGENA

Antes de tratar directamente el tema de la salud y la enfermedad en Tarahumara, diremos una palabra sobre la cultura indígena. Esta breve anotación ayudará para entender la salud, la enfermedad, y el uso de medicamentos en la experiencia que narramos.

Con cierta facilidad caemos en el vicio etnocentrista que califica al indígena y a su cultura como inferior, como hombre atrasado, "falto de civilización", etc y no considera al indígena en toda su dimensión, en todos sus valores. Más aún, no hemos sabido muchas veces renunciar al complejo de superioridad y al monopolio de la "cultura" y sus formas, ya no sólo ante culturas indígenas, sino ante todos esos grupos culturales que hemos encasillado bajo el término de sub-culturas (campesinas, obreras, chicanos, etc). Una actitud más cristiana sería el considerar las culturas como diferentes, como distintas unas de otras, con sus propios valores y limitaciones, sus avances y sus dificultades, sus propios mecanismos de expresión, etc.

El tarahumar posee una cultura valiosa, que sólo podrá ser comprendida desde sus propios marcos de referencia. El vive inmerso en un sistema religioso (ritual-festivo) sin excluir su sistema económico, social y político que ha conservado a lo largo de siglos.

A pesar de la larga tradición que posee el tarahumar, ciertamente se van haciendo cada día más patentes las influencias de nuestro mundo occidental. Esta influencia se siente en toda la zona Tarahumar (incluyendo a la cultura de los tepehuanes, guarojíos), y aunque en algunos lugares es ya muy notoria la aculturación, en todos los indígenas existe vivo el acervo cultural. Así, aunque el indígena vista pantalón y cargue radio o grabadora, sigue siendo indígena, por más que el no indígena lo califique de "civilizado". El mismo no indígena, a pesar de empezar a verlo como "civi-

lizado" lo sigue tachando de flojo, irresponsable, inconstante, sin darse cuenta de que el corazón cultural de ese hombre no ha cambiado, y que los valores del indígena no son los del "civilizado".

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA CULTURA TARAHUMAR

Antes mencionamos la existencia de un sistema económico, político, social y religioso en la cultura indígena, y en el caso de la cultura tarahumar podemos hablar con propiedad de UN SISTEMA. Es decir, es un sistema íntimamente armado, integralmente trabado, de tal manera que sólo en el escrito pueden ser separados esos elementos; y esto con dificultad. El factor o elemento que da mayor cohesión a la cultura es el ritual, que está presente en toda la vida del tarahumar.

Por tanto, la salud y la enfermedad, la curación y la muerte están empapados de un profundo ritualismo (entendemos aquí por ritualismo la vida expresada en ritos y acompañada de mitos, más que la celebración rutinaria y carente de sentido).

Juntamente con esta concepción, hay que tener presente la geografía y la pobreza en la que vive este pueblo. Ambos aspectos nos podrán ofrecer una imagen más real de las condiciones de vida y enfermedad en Tarahumara.

El primero de los aspectos señalado —el cultural— nos ayudará a entender que el rarámuri, como se llama a sí mismo, puede estar enfermo de susto, o bien que el alma de un difunto enferme a los familiares. En esta línea, podríamos señalar una larga lista de enfermedades y métodos de curación. Nos reduciríamos a enumerar las que consideramos principales en la región de la Alta Tarahumara.

- El espíritu del mal (el que vive abajo) causa enfermedades y tristeza; por el contrario, Dios que es padre-madre (Onorúame-Eyerúame) pastorea y cuida.
- El peyote (jícari-pastor) puede causar enfermedad y muerte; pero si se le "paga" protege a la persona y a la familia. En este mismo renglón quedaría incluido el bakánowa (pequeño tubérculo), que en la Baja Tarahumara o zona de los barrancos es sólo una raíz medicinal, sin mayor connotación.
- El sueño juega un papel decisivo en la vida del indígena. El sueño de los curanderos (doctores, raspadores o hechiceros) puede prevenir la enfermedad y/o curar un sinnúmero de enfermedades o problemas relacionados con la salud; o bien enfermar e incluso causar la muerte.
- Los crucifijos metálicos (sucristos) pueden ser benéficos o maléficos; y esto independientemente del curandero, aunque éste tiene el poder de su buen o mal uso.
- Muy relacionada con el peyote está la enfermedad de gusanos o piedras en el organismo humano, que el curandero puede sacar y lograr la curación del enfermo.
- Los agujajes, los arroyos y los ríos son origen de enfermedad (sustos) y éstos provocan males que pueden ser curados por los curanderos a base de sueños. El agujaje además puede cambiar el sexo de la persona.
- El alma de un difunto —de camino al cielo— puede ser causa de enfermedad para los familiares; de aquí que los tarahumares hagan una o más fiestas (3 ó 4 de acuerdo al sexo del difunto) para "subir el alma".
- En el marco que venimos señalando, el tarahumar celebra fiestas para curarse de las enfermedades señaladas; pero aun sin estar enfermo y sencillamente en una reunión alrededor de las ollas de batari (bebida alcohólica), suelen curarse. Esta curación correspondería a lo que nosotros llamaríamos medicina preventiva. Para ésta una gran variedad de "medicamentos":

meke (corazón de maguey cocido o asado),
 sitagapi (palo colorado o palo de Brasil),
 wasárowa (palo amarillo o también ocotillo en la Baja Tarahumara),
 batari (bebida alcohólica hecha a base de maíz fermentado),
 cuchillos,
 cuernos de la res sacrificada,
 humo de táscate (especie de cedro) verde,
 agua,
 tónari (caldo de res o de chiva),
 nopal (crudo, remojado en agua).

De la misma manera como se curan las personas, curan también a los animales, las tierras de siembra, el templo, los cerros. En las curaciones de personas como de animales y cosas, el baile y el canto tienen un lugar central.

En cuanto al segundo aspecto, la geografía y la pobreza, podríamos señalar las siguientes situaciones que nos ayudan a ubicar la vida del tarahumar.

- Al no tener suficientes utensilios para acumular agua, ésta es utilizada para beber y cocinar; se deja en un plano muy secundario el aseo y la higiene personal. Y cuando éstas se hacen necesarias en casa, es de una forma muy rudimentaria de acuerdo a nuestra concepción de limpieza.
- Unidos al punto anterior, están el clima y las fuentes de abastecimiento de agua. Aquél con cambios muy bruscos de temperatura, en la que prevalece el frío; y éstas

muy pobres y comunes para personas y animales son un foco de infección o causa de enfermedad en la comunidad. Sin embargo, aun reconociendo lo anterior, el clima resulta saludable ya que el frío en la mayor parte del año no favorece la multiplicación de gérmenes patógenos.

- Tampoco poseen trastos y utensilios de cocina en abundancia; y aunque cada familia tiene satisfechas sus necesidades al respecto, notamos que el uso de los mismos utensilios (en forma indiscriminada) es una fuente de contagio. Se llega a dar el caso de que los animales domésticos coman o beban en donde las personas han comido o bebido.
- Existe una forma muy sencilla y aun primitiva, de acuerdo con nuestras categorías de higiene, en la eliminación de heces. Los perros, las gallinas y los cerdos son los encargados de limpiar los desperdicios fecales alrededor de la casa; y si se trata de los menores de dos años, el perro puede lamer al chiquito después de que el niño obró, o bien la mamá le ofrece los pañales al perro para que éste los limpie. Consideramos que este procedimiento de eliminación fecal es una fuente de enfermedad y contagio.
- Las moscas conviven con el tarahumar y constituyen el principal vehículo de contaminación y contagio.
- La alimentación del tarahumar no es ni muy abundante ni muy variada. Algunos estudiosos opinan que la alimentación del indígena a base de maíz y frijol contiene las principales proteínas que necesita el organismo humano; pero aun así, consideramos que su alimento es muy pobre. En el caso de los lactantes, fácilmente se desnutren cuando el pequeño en edad necesita comer algo más que la leche materna, y continúa siendo alimentado al pecho, alimento que para el infante resulta insuficiente y poco alimenticio.

Finalmente hay que señalar la dispersión geográfica en la que viven los rarámuri. En caso de urgencia y de necesidad de ser ayudados, no pueden acudir a otros con rapidez, y en ocasiones los enfermos llegan a morir por falta de atención y ayuda.

UN PROCESO EDUCATIVO DE SALUD

Para atender a las necesidades de este pueblo, no sólo a las que se refieren a la salud y la enfermedad, hemos tenido necesidad de acercarnos a él en su vida cotidiana buscando un enriquecimiento mutuo y una maduración mutua en la fe; en la celebración común de la misma, hemos tenido que atender a sus peticiones concretas para enfrentar juntos las crisis económicas (forestales y comerciales, por ejemplo), los abusos, etc. Para la salud que es lo que ahora nos interesa, hemos creado un proyecto que además de atender a sus peticiones y necesidades, trabaje también en vencer a la muerte y se convierta así en un trabajo por la Vida como signo del Reino.

El objetivo general de este proyecto es el de disminuir la enfermedad y muerte en la población, a base de la trans-

ferencia y socialización de elementos educativos, de suerte que éstos se conviertan en patrimonio de las comunidades.

Para realizar este objetivo nos propusimos que las comunidades adquirieran los conocimientos básicos necesarios para prevenir los padecimientos más frecuentes en la región, y que modifiquen aquellas conductas que facilitan los mecanismos de transmisión de enfermedades. Nos propusimos un par de metas más. Que los recursos materiales y de personal ya destinados por el Vicariato Apostólico de la Tarahumara al área de salud, optimizaran su rendimiento tanto en la línea de promoción de la salud como en el tratamiento de los daños. Para esto había que mejorar la calidad de los servicios y cobertura de los mismos promoviendo la participación de la comunidad donde están ubicados. Finalmente, que a largo plazo la comunidad indígena pudiera disponer, en la medida de sus posibilidades, de sus propios recursos para la conservación de la salud a través de programas de capacitación implementados por el personal de salud del Vicariato.

El Proyecto se constituyó en tres etapas secuenciales. La primera comprendería el tiempo necesario para conseguir los recursos financieros que soportarían el proyecto, así como para la elaboración de programas y de material didáctico que se utilizaría en la capacitación de los promotores de salud tanto en la línea de educación para la salud como en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos endémicos, y usar de base el diagnóstico de la salud en el Vicariato que se elaboró antes del mismo proyecto.

La segunda etapa comprendería el tiempo necesario para capacitar a los agentes de pastoral como promotores de salud para la implementación del programa de educación de salud, y para la utilización de medios y técnicas básicas de diagnóstico y tratamiento de los padecimientos endémicos más importantes en las comunidades, así como la constitución de equipos que implementarían el proyecto.

En la etapa final del proyecto se seleccionarían los promotores locales y se capacitaría en las dos áreas del proyecto (educativa y curativa) para que puedan desempeñar sus actividades con supervisión de los agentes de pastoral.

Estamos actualmente en la segunda etapa con algunas acciones de la tercera etapa. Es decir, trabajamos en la capacitación de los agentes de pastoral, y al mismo tiempo iniciamos ya la capacitación de una comunidad indígena, sin poder aún medir los resultados por el relativo poco tiempo que tenemos en estas actividades.

Más que fijarnos en la marcha global del proyecto, nos detendremos en los dos instrumentos que elaboramos—todavía en forma provisional—y que son los que estamos usando en la educación para la salud, y en la medicina curativa.

En la educación para la salud tenemos una serie de guiones sobre las enfermedades más frecuentes, su prevención, su origen, etc. El material está pensado no para la capacitación del agente sino para la comunidad. Cada guión incluye una introducción lo más cercana a la mentalidad indígena, en la que se presenta la enfermedad y la salud en re-

lación con su vida cotidiana. En un segundo momento se ofrece la forma de identificar la enfermedad y los caminos que se han de seguir para atacarla de inmediato. Después expresamos cuál es el origen de la enfermedad, y las formas a su alcance para evitar que ésta se presente. Cada uno de los guiones está reforzado con láminas en las que hemos procurado codificar la enfermedad dentro del contexto cultural del rarámuri.

La presentación a la comunidad se hace en sus reuniones comunitarias dominicales, y desde luego en su propio idioma.

El otro instrumento para la medicina curativa, es un manual para el agente de pastoral, insistiendo más en las enfermedades de la región, por una parte, y por otra acentuando el uso de la así llamada medicina de patente. Este manual incluye la semiología de las enfermedades (signos), el uso de los medicamentos para cada uno de los padecimientos, su dosificación, las complicaciones que se pueden presentar. Creemos que este instrumento ha sido una muy buena ayuda para el neófito en medicina, ya que le ofrece en forma sencilla, práctica y seria, caminos para identificar la enfermedad, y recomendaciones útiles para tratar de curar al paciente.

LA ATENCION A LA SALUD DEL TARAHUMAR

En este apartado señalaremos algunos aspectos que a nuestro juicio son importantes y que deben ser considerados en la atención y servicio a las comunidades. Aunque son aspectos que se fijan muy específicamente en los indígenas del norte de nuestra Sierra Madre Occidental, y para la salud, pero pensamos que en el fondo son válidos para aquellos que se enfrentan a otra cultura. Si comunicamos éstos, se debe solamente al deseo de ofrecer nuestra experiencia, lo que a nosotros nos ha ayudado, sin pretensión de canonizar, ni nuestra experiencia, ni las actitudes que están detrás.

En primer lugar, creemos que el rarámuri pide medicina al doctor o al agente de pastoral porque ha experimentado en él o en su familia o en su pueblo, el alivio que ésta le lleva. La acción pastoral en Tarahumara ha incluido siempre en sus programas la atención al enfermo. Este hecho ha generado en el indígena la conciencia de que el agente de pastoral puede curar. Sin embargo, esto no quiere decir que el rarámuri haya abandonado su tradición de curación, o que conozca el origen de las enfermedades como el agente lo puede conocer. Es más, creemos que uno de los mecanismos que nos ha ayudado en nuestro servicio a la salud, es el hecho de nunca habernos opuesto a sus costumbres, por una parte; y por otra, el que nosotros mismos hemos participado innumerables ocasiones en sus curaciones siendo sujetos pacientes e incluso ayudando a los curanderos. Podemos afirmar que sus métodos de curación y los que nosotros usamos no están en pugna.

Otro elemento que queremos hacer resaltar es que sólo hemos podido avanzar en la atención a los enfermos hasta después de habernos ganado la confianza del indígena, después de haber conocido su idioma y haberlo acompañado en su vida diaria y festiva. Todo esto junto con el hecho de haber experimentado él mismo la salud después de haber

acudido a nosotros, ha sido un factor determinante en la ampliación del servicio a la salud de la comunidad.

Creemos que el enfermo tarahumar ha de ser tratado como enfermo y como tarahumar; es decir, no es lícito atender al indígena como si fuera no indígena. Dicho de otra forma, hay que respetar la cultura propia del rarámuri y caer en la cuenta de que se puede lograr la curación sin necesidad de muchas maniobras que se usan en hospitales o en otras culturas, la nuestra, por ejemplo. Asimismo nos parece necesario subrayar que la concepción de salud sólo existe en el concreto, y que si ésta se logra después de unos días de tratamiento, al rarámuri le parecerá superfluo el seguir un tratamiento más largo. También hay que caer en la cuenta que la concepción del tiempo en la cultura rarámuri es muy diversa a la nuestra, y que si a nosotros nos parece difícil seguir un tratamiento cada seis u ocho horas, al tarahumar le será aún más difícil. Lo mismo sucede cuando sugerimos que tome tal o cual medicamento después de cada comida. Esta forma de tratamiento es inadecuada e impráctica ya que el indígena ni hace tres comidas al día, ni sigue el horario al que nosotros estamos acostumbrados.

Es también importante caer en la cuenta que la enfermedad entre los tarahumares no es considerada como grave sino hasta que el enfermo está muy decaído y totalmente inapetente; y hasta entonces acuden o bien a sus curanderos o bien a los agentes de pastoral. Esta situación exige al agente un trato especial ya que se necesita mucha paciencia para no caer en regaños a los familiares o enfermos. Al mismo tiempo las complicaciones que presenta el enfermo grave, dificultan la curación que hubiera sido más fácil en el inicio de la enfermedad. En estos casos se está jugando la confianza del agente, ya que si éste logra la curación del enfermo, ganará en confianza ante la comunidad; y por el contrario si el paciente llega a fallecer cuando está siendo atendido por el agente, será un paso atrás en la confianza.

Cuando hay necesidad de internar a algún paciente, hay que señalar que ha de ser tratado como tarahumar, es decir, que no siempre se pueden realizar todas aquellas acciones necesarias y recomendadas en los hospitales o escuelas de medicina. Por ejemplo, algunos o varios de sus familiares lo acompañan permanentemente, toman sus alimentos junto con el enfermo, ayudan en el lavado de pañales o ropa de cama, preparan su propio alimento, y prestan algún servicio al agente como partir leña, acarreo de agua, etc.

En caso de fallecimiento del paciente internado, la inhumación corre por cuenta de los familiares con la ayuda de los agentes. En estos casos hay que tener presente que ordinariamente el tarahumar abandona la casa en la que falleció alguna persona. Nosotros no podemos seguir esta costumbre, y optamos por purificar el local al modo indígena (con humo de tásate verde). El tarahumar sabe que nosotros no somos como ellos, y que no vamos a destruir, ni a abandonar el local-enfermería, y disculpa el que continuemos usándolo; pero les provoca miedo el volver a entrar al lugar donde falleció el familiar.

En algunas ocasiones hemos tenido necesidad de movilizar al paciente fuera de la comunidad. Esto lo hemos realizado por dos razones básicas:

- Por necesidad de atención más especializada que no le podemos brindar en la comunidad.
- Acelerar la curación del enfermo que en la comunidad se dificultaría, como en el caso de la desnutrición de 3er. grado.

En estas situaciones es importante mantener bien informados a los familiares, de la salud del paciente, para evitar temores o disminución de confianza. Para la movilización contamos siempre con la autorización del enfermo o de la familia, y hemos llegado a no sacar a los enfermos cuando así nos lo han manifestado los familiares, los enfermos o incluso la comunidad misma. Y es muy duro aceptar que el enfermo no sanará o fallecerá en poco tiempo, porque prefirió permanecer en medio de su familia o bien porque la familia se negó a que fuera atendido en otro lugar. Sobre todo en enfermos que podrían haber sanado con atención más especializada.

Hemos procurado ir estableciendo mecanismos de remuneración por los servicios en salud. Esto lo hemos realizado lo más de acuerdo con las formas tradicionales tarahumares (kóríma) de retribución, que más se asemeja a un compartir que a un pago. Así buscamos romper el esquema de dependencia paternalista. La comunidad ha llegado a entender este sistema de intercambio o de compartir, y no les ha impedido continuar solicitando ayuda médica.

La curación por vía intramuscular o intravenosa sólo la sugerimos cuando no existiera otro recurso. El uso indiscriminado de estas dos vías sólo produciría separación y desconfianza entre el agente y la comunidad. Concretamente en algunas comunidades evitamos esos mecanismos hasta ganarnos suficientemente la confianza de la gente; y hoy, después de 5 años podemos usar más fácilmente la inyección ya que el indígena sabe que si se le aplica, se deberá a que así se cura y que no hay pastillas o jarabes, por ejemplo.

Finalmente queremos subrayar que cualquier servicio que se ofrezca a la comunidad debe de estar cimentado en el respeto a la persona, el cariño y la paciencia al indígena. Estas actitudes disminuirán las dificultades con las que podemos toparnos en la atención a los enfermos, ya que aun desconociendo el idioma, o la cultura tarahumar, el indígena se sentirá acogido y con confianza ante el agente.



JORGE V VILLALOBOS G

PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA A TRAVES DE UNA RADIO LOCAL

INTRODUCCION

Entre los grupos campesinos, el problema de la salud sigue siendo grave. Es cierto que en los últimos años se han extendido notablemente los servicios de salud, pero también es cierto que son muchas las comunidades rurales que carecen por completo de servicios de salud pública donde no hay ni médico ni medicinas ni servicios de primeros auxilios. Este es el caso de muchas comunidades de la región donde se encuentra ubicada la Radio Cultural Campesina, una pequeña emisora de carácter local permitida al Centro de Promoción Social y Cultural AC de Teocelo Ver, actualmente asesorada, mediante un convenio de colaboración, por educadores de Fomento Cultural y Educativo AC, institución dedicada a la educación de grupos populares.

El equipo de la radio se vió en la necesidad de enfrentar esta problemática. Era urgente abordar el problema de la salud. Resultaba patente, a base de sencillas observaciones, que un buen número de enfermos se agravaban simple y sencillamente por no tratarlos a tiempo adecuadamente, por no saber qué hacer al inicio de la enfermedad. También iban apareciendo malos hábitos en la higiene familiar, en la preparación de los alimentos. Incluso, por desconocimiento, no se recurría a los servicios de salud pública que ya había en la zona. Todo esto nos fue llevando a buscar la manera de proporcionar a través del radio informaciones útiles, sencillas y de fácil aplicación.

En este trabajo presentamos el tipo de programas que se han transmitido en la XEYT en relación a la salud. Son programas cuyos efectos no han sido evaluados, pero que tienen la validez de ser abordados, desde diversos aspectos, de una problemática insoslayable en el trabajo educativo popular. Los presentamos con la seguridad de que servirán para fecundar la creatividad de muchos otros preocupados igualmente por este problema

Hasta el presente hemos difundido tres programas relacionados con la salud. Los dos primeros han sido producciones locales. El tercero es una serie producida bajo el patrocinio del Population Institute por un grupo coordinado por el Dr. Juan Manuel Micher. A continuación la descripción de cada uno de ellos.

LA FAMILIA Y LA SALUD

Este fue el primer programa con que abordamos el tema de la salud. Nació de un pequeño grupo de la localidad interesado en difundir información de tipo médico. A este grupo asistía una promotora del Centro de Salud que fue, finalmente, quien realizó los programas.

El formato es muy sencillo: en quince minutos se aborda la información sobre algún tema relacionado con la salud mediante una sola voz amenizada con breves puentes musicales. El programa se transmitió tres veces por semana.

El contenido del programa se centra en informaciones de medicina preventiva. Allí se ofrecen técnicas sencillas de higiene personal y familiar, recomendaciones básicas en caso de accidentes, explicaciones sencillas sobre las causas de las enfermedades más frecuentes en la región, vacunas, remedios, medicamentos, etc. El espacio también es aprovechado para dar a conocer los servicios que ofrece el Centro de Salud, los días de vacunas, los procedimientos para solicitar atención, y todo lo relacionado con esto.

Esta serie logró rebasar las 100 emisiones, y tal vez su mérito fundamental fue el de haber abierto la puerta a la producción de estos programas con los solos recursos locales. Hay que mencionar que la conductora del programa, la Sra Magdalena Anell de Gómez era la primera vez que ha-

blaba en radio; sin embargo fue notable cómo, con la asesoría de los técnicos fue logrando cada vez mayor comunicación con el auditorio.

Otro acierto importante de hacer notar fue el hecho de que hubiera sido alguien de la localidad quien realizara el programa. El ritmo y tono de la voz así como el lenguaje en general, le resultaban familiares al auditorio.

LA CONSULTA DE HOY

Este programa fue realizado por los pasantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana que iban llegando a la zona. La producción fue coordinada por el Dr. Agustín Sanginés en su calidad de Supervisor de los pasantes de medicina de la UAM en la región de Xalapa. La producción de los programas del radio era parte de la responsabilidad de los pasantes, asumida con gran entusiasmo por la mayoría de ellos.

Previo a la realización del programa de radio, este grupo de médicos llevó a cabo en la región una investigación cuya hipótesis básica vinculaba estrechamente estructura social con enfermedad. Los resultados fueron mostrando con datos elocuentes cómo las tasas de desnutrición, enfermedad y mortalidad aumentaban notablemente en los estratos más pobres de la región. Incluso se notaban diferencias significativas entre los grupos de jornaleros y los de pequeños propietarios. En los grupos más pobres se concentraban las enfermedades, la desinformación, la mayor carencia de servicios, la mala alimentación, la desnutrición.

La idea principal del programa era llevar a estos sectores más pobres un conjunto de informaciones necesarias para atenuar el efecto nocivo de la enfermedad, y al mismo tiempo mostrar la causa estructural profunda de muchas enfermedades. La investigación también había proporcionado información sobre las enfermedades más frecuentes en la región, lo que permitió estructurar el programa de radio tomando como eje los males más comunes. Así se agruparon las enfermedades detectadas en varios temas en torno a los cuales se estructuraron los 60 programas de que consta la serie.

Cada programa debía contener un caso médico. Había que describirlo con todos sus síntomas, ubicarlo estructuralmente, y finalmente proporcionar recomendaciones útiles al auditorio sobre la manera de atenderlo: cuándo se debía ir al médico de inmediato, cuánto se podía tratar en la misma casa y cómo hacerlo. También se aprovechaba el programa para comunicar recomendaciones de tipo preventivo.

Para escribir los guiones contábamos con la magnífica disposición de los pasantes, pero ninguna práctica de ellos en este campo. Al principio tuvimos algunas sesiones con todo el grupo para indicarles las técnicas de guionismo. Lo demás lo fue haciendo la misma práctica. El método que seguimos fue tratar de que cada programa efectivamente hablara de un caso real. Así resultaría más fácil el guión. Así surgió el nombre del programa y su misma estructura: se trataba de llevar al radio una consulta tal y como ocurría en el consultorio.

En su conjunto la serie resultó bastante satisfactoria. La calidad de los guiones es variable; el acierto más grande es tal vez, de nuevo, su carácter local: el lenguaje, los problemas, los nombres de las rancherías etc. Su punto débil: los aspectos técnicos de la grabación. Sin lugar a dudas la mayor originalidad de esta serie está en haber mostrado cómo la enfermedad se encuentra estrechamente vinculada a las injusticias de la actual estructura social.

"La consulta de hoy" se puede encontrar en el artículo que va a continuación.

CHISMES SOBRE LA SALUD

Este simpático programa nació a partir de las experiencias de un grupo de médicos y de promotores de salud surgidas y recogidas en el contacto con grupos populares del suburbio de la capital y del campo. Pretende, como su nombre lo expresa, comunicar de una manera sencilla, ágil y agradable, informaciones médicas útiles a los grupos populares.

El programa gira en torno a varios personajes típicos de colonias populares urbanas: Doña Chismes, el Chilanguito, el Chilaquil, el primo Mat; y en el centro de todos ellos, el Doc. Así, a partir de situaciones de la vida diaria de un grupo, se van reforzando una serie de valores que tiene nuestro pueblo como son la ayuda mutua, la amistad, la solidaridad en situaciones difíciles; y también se van proponiendo otros como el espíritu crítico, el sentido comunitario etc, que acompañan al tratamiento de un caso médico.

El contenido de los programas se elaboró a partir de un taller de sistematización de experiencias de grupos de salud que fueron comunicadas a un grupo de actores profesionales; el grupo "Vámonos Recio" tuvo a su cargo la elaboración de los guiones y la grabación de los programas. El coordinador de la producción fue el Dr. Juan Manuel Micher.

La finalidad de estos programas es la de proporcionar conocimientos elementales y sencillos que permitan y ayuden a mejorar el estado general de la salud. Para elegir los temas, primero se enlistaron las enfermedades más recurrentes en la población. Sin embargo, conforme avanzó el taller, se fue cayendo en la cuenta de que era importante tratar otros temas relacionados con la salud como el alcoholismo, la integración familiar, el rol de la mujer en la familia, la necesidad de descanso físico y mental, etc.

El género radiofónico utilizado en esta serie es el de dramatizaciones independientes cuya continuidad la dan los personajes. Su acierto fundamental es su calidad técnica, y tal vez su punto débil es su carácter más general y con cierta inclinación a la problemática y culturas suburbanas. Sin embargo son bien aceptados por el auditorio campesino.

La serie consta de 70 programas de 15 minutos. A continuación de "la consulta de hoy" se puede ver un guión que muestra el tipo de programa.

"LA CONSULTA HOY"

El presente artículo es un guión radiofónico realizado por los pasantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana. La finalidad del programa es llevar a los sectores más pobres un conjunto de informaciones necesarias para atenuar el efecto nocivo de la enfermedad; y al mismo tiempo, mostrar la causa estructural profunda de muchas de las enfermedades. A los lectores y a las personas interesadas en la promoción de la salud puede servir de ejemplo y de inspiración para la elaboración de temas codificados, y para el trabajo en grupos educativos interesados en el tema de la salud alternativa.

Narrador: Está de visita Doña Juana en casa de sus compadres; hace muchos años, que no se visitan. Ven a los niños jugar a la pelota y correr. . . uno de los niños anda con muletas, no puede correr, juega como puede. . .

Doña Juana: Supe que su niño estuvo muy enfermo, pero ¿qué le pasó?

Comadre: Pues sí comadre, mi muchacho empezó con calentura, harto dolor de cuerpo, le dolía mucho estirar los pies pero todavía se levantaba y caminaba. Ya después se caía, parecía que tenía los pies de trapo, hasta que ya no pudo caminar.

Compadre: Lo llevamos al hospital, nos dijeron los doctores que dizque era polio; que lo lleváramos a México. Allí en otro hospital estuvo cerca de 8 meses, y gastamos mucho dinero; ni la venta de mi cosecha me alcanzó. . . tuve que pedir prestado, me endeudé. . . Usted no sabe comadre. . .

Comadre: Sólo para que nos dijeran que el muchacho a lo mejor no iba a volver a caminar; y nos lo trajimos.

Doña Juana: Y de eso ¿cuánto hace?

Compadre: De eso hace 5 años; ahora tiene 9, y mírelo: no mueve los pies, haga de cuenta que se le secaron. . . medio cuerpo seco, sólo camina con muletas.

Comadre: No sabe antes la tristeza que me daba no verlo correr como los demás chamacos. . . pero se resigna uno.

Doña Juana: Ya ni modo comadre.

Narrador: Termina la visita; la comadre Doña Juana se va triste, pensando durante todo el camino a su pueblo. . .

Doña Juana: Yo tengo 4 hijos; ni siquiera tenemos una tierrita donde trabajar; mi viejo tiene que trabajar en las fincas de Don Gustavo; y lo que gana es apenas para ir a pasando. ¿Qué sería de nosotros si alguno de mis chamacos se enfermara y quedara como el hijo de mi comadre? Ahorita que me acuerdo. . . creo que mis hijos ni siquiera están vacunados para esa enfermedad. ¿Cómo dijo que era el nombre? . . . Creo que polio.

Música:

Narrador: Ya en el centro de Salud.

Doctor: Pásele señora.

Doña Juana: Sabe usted vengo a vacunar a mi muchacho para la polio.

Doctor: ¿Es la primera vez que lo trae a vacunar?

Doña Juana: Sí doctor.

Doctor: Muy bien. . . ábrale la boquita. . . eso . . . así. . . 1,2,3 gotitas. . . ¡ya está!

Doña Juana: ¿Ya lo vacunó?

Doctor: Sí. La vacuna de la polio es tomada.

Doña Juana: ¡Ah mire! . . . yo pensé que lo iba a inyectar.

Doctor: ¿Qué edad tiene su niño?

Doña Juana: 5 meses.

Doctor: ¿Tiene más niños?

Doña Juana: Tengo 3, pero con éste son 4.

Doctor: ¿Y qué edades tienen?

Doña Juana: Pues van como escalerita. El mayor tiene 4, uno de 3 y otro de 2 años.

Doctor: ¿Y ya los vacunó?

Doña Juana: Pues fíjese que no. . . ¿que todavía puedo traerlos?

Doctor: ¡Claro que sí! La vacuna se pone a niños de los 2 meses hasta los 6 años.

Doña Juana: ¿Y no les hará daño la vacuna?

Doctor: ¡Claro que no! Al contrario: la vacuna protege al niño. . . Mire . . . la vacuna la hacen de unas partículas o cositas muy chiquititas que son las mismas que producen la polio, pero han perdido su fuerza. Al entrar al cuerpo, el cuerpo comienza a defenderse y produce eso. . . "defensas" contra esas partículas que producen la polio. A veces con la vacuna sólo les da una poquita de diarrea; pero es raro.

Doña Juana: Entonces le voy a traer a mis demás niños. . . A éste ¿cuándo se lo traigo?

Doctor: Dentro de 2 meses. Tenemos que darle la vacuna cuatro veces: la primera vacuna fue ahora; la segunda vacuna será dentro de dos meses; la tercera vacuna será dentro de cuatro meses. Y la última vacuna será hasta el año de que se le puso la tercera vacuna.

Doña Juana: ¿Tantas veces?

Doctor: Pero eso le ayuda al niño, porque una vacuna no es suficiente. . . su cuerpo con el tiempo deja de recordar que debe producir defensas. . . dijéramos que se le olvida; las demás veces que se le pone la vacuna son para recordarle al cuerpo que produzca más defensas.

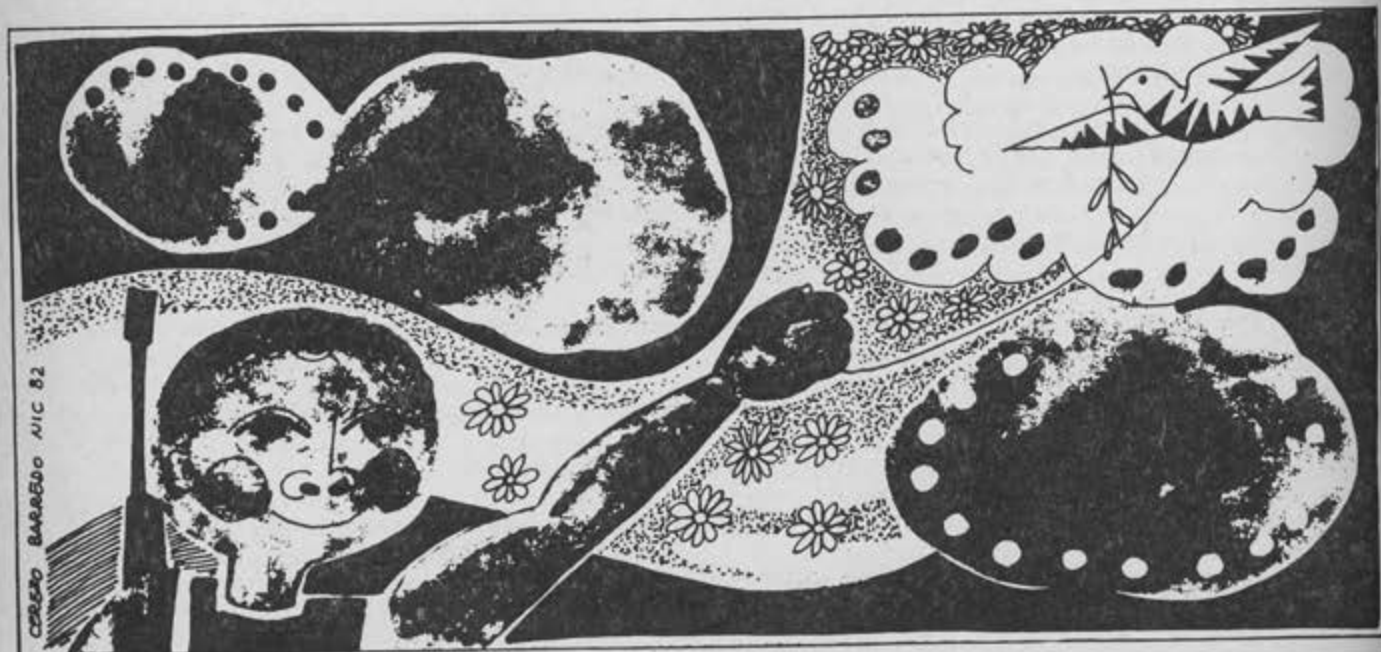
Doña Juana: ¿Por qué? ¡Si la vacuna no cuesta! Sólo deje de traerlos si les pega enfermedad con calentura, o si les da diarrea; pero si el niño está sano, tráigalo. Y dígalos a sus vecinas o a quien sea que traigan a sus niños a vacunar.

Doña Juana: Ora verá les voy a decir. Es mejor vacunarlos, a que luego no corran o no caminen y tengan que usar muletas.

Doctor: Ojalá más mamás pensarán como usted.

Doña Juana: Bueno gracias, ahí luego vengo.

Doctor: Ojalá que sí venga. Hasta luego.



"CHISMES SOBRE LA SALUD": DESNUTRICION

El programa gira en torno a varios personajes típicos de colonias populares urbanas: Doña Chismes, el Chilanguito, el Chilaquil, el primo Mat, y el Doc (Doctor). A partir de situaciones de la vida diaria de un grupo, se va reforzando una serie de valores que tiene nuestro pueblo: la ayuda mutua, la amistad, la solidaridad en situaciones difíciles, y también se van poniendo otros como el espíritu crítico y el sentido comunitario que acompañan al tratamiento de un caso médico.

La finalidad educativa y la utilidad del empleo es semejante al del artículo anterior "La consulta de Hoy". Para un contexto más amplio sobre estos artículos es conveniente leer los PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA A TRAVES DE UNA RADIO LOCAL incluido en este mismo cuaderno.

Chilanguito: Pos aquí estamos una vez más mis destierrados hijos de Eva.

Doña Chismes: ¡Cómo qué mis destierrados hijos de Eva! ¿Qué falta de respeto es ésa, chilanguito?

Chilanguito: ¿Cómo que qué falta de respeto? Si lo dije con tristeza; ora sí, como quien dice es un saludo Solidario, para todos aquellos campesinos que no tienen tierra. ¿Qué no notó usted el tono dramático que le di a la frase?

Doña Chismes: Oiga chilanguito; ¡ora sí que me deja usted de a seis!

Chilanguito: ¿Cómo que de a seis?

Doña Chismes: Pues sí, ¿qué es eso de Solidaridad, y Frase y Dramático?

Chilanguito: No se asuste Doña, son los logros del entendimiento, de la cultura, del conocimiento; en pocas palabras del aprender a leer, a escribir. ¿Qué no sabe usted que esto en el mundo moderno es la llave del conocimiento?

Doña Chismes: ¡Ah caray! Pues ahora sí que me dejó usted chata!

Chilanguito: Pos es mejor que se vaya afilando, porque con esto de la devaluación se nos va a poner de a peso, ¿qué digo de a peso? ¡Cómo de a 30 centavos!

(PUENTE)

Doña Chismes: Así que con esto de la devaluación se nos va a poner de a peso.

Chilanguito: No doña, de a peso no; como de a 30 centavos.

Doña Chismes: Pues sí verdad, luego luego empiezan los abusos de los comerciantes, los vendepatrias, de los hambreadores, de los

Chilanguito: Párale, párale Doña.

Doña Chismes: ¿Cómo que párale si todavía no acabo?

Chilanguito: ¡Claro que no! Precisamente por eso le digo que le pare, porque ahora vamos a hablar del Hambre, de la Desnutrición, de sus causas y de sus consecuencias.

Doña Chismes: Pues ándele, antes que se me pase el coraje; para decirles a todos esos hambreadores su precio porque son unos abusivos y malos.

(PUENTE)

Chilanguito: Paren oreja mis destierrados y destierradas, que esto les interesa.

Locutor 1: El problema de la alimentación es el más grave y urgente de todos los que enfrenta la población humana. El crecimiento anual de la población mundial es muy rápido; y la producción de alimentos, no sigue siempre la misma proporción.

Locutor 2: Un porcentaje mundial que se calcula en más de la mitad, no recibe dietas diarias que mantengan un Nivel Alimenticio Indispensable.

Locutor 1: Los alimentos protectores como son: proteínas, minerales y vitaminas indispensables para el crecimiento y para la protección general del Organismo, son los que más faltan en las Dietas Mundiales.

Locutor 2: Esta situación no es uniforme sino que afecta especialmente a las poblaciones sub-desarrolladas.

(PUENTE)

Chilanguito: Para muestra basta un botón. Aquí tenemos a nuestro México Lindo y Querido, que dicho sea de paso como México no hay Dos.

Doña Chismes: Porque no hay dos igual de mal alimentados que nuestro país.

Chilanguito: No Doña, mal alimentados hay muchos países; si no fuese usted nómas en Latinoamérica: Nicaragua, El Salvador, Guatemala. Si las luchas que se libran en esos países no son de a gratis, sino de pura hambre, de injusticia, etc.

Doña Chismes: Ya está usted hablando de más.

Chilanguito: ¿Cómo que de más si todo es junto con pegado?

Locutor 1: ¿Por qué existe esta situación en América Latina?

Chilanguito: ¿Qué?

Locutor 2: ¿Se justifica el hambre en estos países?

Chilanguito: ¿Cómo dijo?

Doña Chismes: ¡Sssh, cálese que van a seguir hablando del hambre! Ponga atención.

Chilanguito: Ya Doña no me dé de coscorrones que me va a dejar mas turulato de lo que ya estoy.

Doña Chismes: Pos cálese.

(Tose).

Locutor 1: Sí, decíamos: ¿Se justifica el Hambre en América Latina?

Chilanguito: ¡Claro que no!

Doña Chismes: ¡Que se calle! Si no le están preguntando a usted.

Chilanguito: ¿Cómo que no? ¿Entonces a quién le preguntan?

Doña Chismes: Pues al público en general.

Locutor 2: (Tose). Evidentemente el problema del Hambre y de la Desnutrición en América Latina, es el problema de la pobreza, del feudalismo agrícola, del sub-desarrollo Social. No existe justificación ninguna para esta situación.

Chilanguito: Si ya lo decía yo.

Doña Chismes: Cálese, que no entiendo.

Chilanguito: Pos si ya me voy a callar.

Locutor 1: En América Latina hay Grandes Recursos Naturales que no se explotan o se explotan mal.

Locutor 2: El Hambre en América Latina es más consecuencia de una estructura económica inadecuada que... que mezquindad de la Naturaleza.

Chilanguito: Pos claro; no pos si: eso ya se sabe.

(PUENTE)

Locutor 1: Desde luego la Reforma Agraria en América Latina se hace impostergable al menos por tres razones.

Locutor 2: Realizar un cambio estructural que permita el aprovechar el potencial de ahorro, y promueva la movilidad Social con consecuencias importantes económicas, sociales y políticas.

Locutor 1: Satisfacer la demanda de una población que crece rápidamente, y que tiene que mejorar su dieta.

Locutor 2: Elevar el nivel de vida de las poblaciones rurales.

Doña Chismes: Y el SAM ¿qué?

Locutor 1: El aumento de la disponibilidad de alimentos por diferentes medios, sin elevar el nivel de vida de la población equivale sólo a retrasar el problema, e incrementar la miseria.

Locutor 2: La Reforma Agraria tampoco soluciona el asunto. Es necesario además convertir al pueblo en un mercado consumidor, aumentando su capacidad de comprar mediante una adecuada política económica.

Locutor 1: Con salarios y precios justos, y una adecuada educación para el aprovechamiento de los Recursos Familiares.

(PUENTE)

Chilanguito: ¡Ah caray! ¡Mire nómas! Todas las cosas que influyen para que uno esté mal comido.

Doña Chismes: No, y todavía háy más.

Chilanguito: Pues pare oreja Doña, para que después le platicque a sus vecinas.

Locutor 2: El problema de la Desnutrición en América Latina está mantenido por un complejo de factores.

Doña Chismes: Como cuáles.

Locutor 1: Deficiente e injusto régimen de Tenencia de la Tierra, con predominio del latifundismo.

Locutor 2: Producción escasa, desorganizada y de alto costo.

Locutor 1: Métodos Arcaicos de Trabajo Agrícola.

Locutor 2: Regadío Artificial, escaso, y mal aprovechado.

Locutor 1: Escaso uso de fertilizantes, créditos agrícolas muy restringidos, y mal orientados.

Locutor 2: Técnicas anticuadas de cultivo.

Locutor 1: Nula industrialización de productos anexos a la agricultura.

Locutor 2: Técnicas anticuadas de cultivo, erosión, plagas, malezas, mala calidad de las semillas.

Locutor 1: Poco uso de los alimentos derivados de la pesca.

(PUENTE)

Chilanguito: ¡No, pos estamos en la olla! ¿Qué le vamos a hacer, Doña?

Doña Chismes: ¡Cállese, que todavía no terminamos!

Locutor 2: ¿Qué hacer frente a esta situación tan angustiosa?

Locutor 1: Como la explosión Demográfica ha venido agravando el problema en América Latina, muchos propician ahora como tabla de salvación, el control de la natalidad para frenar el Ritmo de Crecimiento Demográfico.

Locutor 2: Obviamente esta sola medida de dudosa aplicabilidad en América Latina y de resultados lentos, no mejorará el problema.

Locutor 1: Tampoco solucionará el problema del hambre la mayor producción de alimentos, mientras la población no tenga el poder adquisitivo para obtener lo que necesita.

Chilanguito: ¡Claro! ¿Qué ganamos con que haiga alimentos, si no podemos comprarlos?

Doña Chismes: Y ahora menos, con los abusos de los hambreadores.

Chilanguito: Párele, párele.

Doña Chismes: Pues ¿para qué me da cuerda?

Chilanguito: Ya, Doña, vamos a terminar; escuche.

Locutor 2: La solución está en el Desarrollo económico global, junto con la reforma agraria.

Chilanguito: Pero de a de veras, sin latifundios escondidos.

Locutor 1: Y en el mejoramiento efectivo del nivel de vida de la familia campesina y urbana.

(PUENTE)

Locutor 2: La desnutrición es el telón de fondo en los países subdesarrollados; pero debemos aclarar que cuando hablamos de desnutrición incluimos enfermedades diversas por déficit o falta de alimentos, tanto en niños como en adultos.

Chilanguito: Con razón con una diarrea se nos mueren los chamacos.

Doña Chismes: Claroo, se mueren de debilidad, es decir de purutititita hambre.

Locutor 1: Efectivamente, una de las principales causas de mortalidad en América Latina es la desnutrición.

Locutor 2: Debemos aclarar que en la gran mayoría de los casos la mortalidad se asocia con otras enfermedades; sin embargo, en el fondo de todo esto se encuentra sin duda alguna, la mala alimentación.

Locutor 1: Por último diremos que la desnutrición en América Latina es el resultado de factores económico-sociales adversos, relacionados en este caso particular con una dieta inadecuada en calidad y en cantidad.

Locutor 2: Que la desnutrición no sólo es el resultado de la falta de alimentos en el mercado, sino que además influye directamente. Urge una adecuada política económica con salarios y precios justos, y una adecuada educación para el aprovechamiento racional de los recursos nacionales.

Chilanguito: Bueno amigos, pues esto se acabó; esperamos no haberles dejado un mal sabor de boca.

Doña Chismes: Y si les quedó un mal sabor, pos quítenselo denunciando a los acaparadores, hambreadores y demás hijos de la guayaba que andan por ahí robando al prójimo.

Chilanguito: Ya párele Doña; acuérdesese que el que se enoja pierde.



CHRISTUS

DOCUMENTOS

DECLARACION DE LA URNG SOBRE LOS CRISTIANOS

La Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca —URNG—, integrada por las organizaciones revolucionarias Ejército Guerrillero de los Pobres —EGP—, Fuerzas Armadas Rebeldes —FAR—, Organización del Pueblo en Armas —ORPA—, y Partido Guatemalteco del Trabajo, Núcleo de Dirección Nacional —PGT—, se dirige a los pueblos de Guatemala y a los países hermanos de Centroamérica, con ocasión de la visita que ha programado el Papa Juan Pablo II a nuestra área, el mes de marzo.

Revistiendo este suceso una importancia muy grande, dado que nuestros pueblos profesan en su mayoría la fe católica, la URNG se permite manifestar su opinión y su posición sobre este hecho.

El Papa Juan Pablo II llega a Centroamérica y a nuestro país en momentos en que una profunda crisis política y social ha desembocado en una lucha popular contra sus opresores.

En Guatemala, desde la intervención norteamericana de 1954, todos los caminos reconocidos legalmente para ejercer la democracia han sido cerrados por la fuerza y la violencia. Nuestro pueblo se ha visto forzado a tomar el camino de la lucha armada para tratar de conquistar el ejercicio de su soberanía, el derecho a la vida, al trabajo y la libertad, para emanciparse de la opresión y la explotación que lo sume en la miseria y en la injusticia desde hace siglos.

Nos interesa dirigirnos al pueblo en esta ocasión, porque el Papa Juan Pablo II es actualmente la Cabeza de la

Iglesia Católica, cuya fe profesa la mayoría del pueblo de Guatemala, y esta fe proclama la creencia en un Dios "que derriba del trono a los poderosos y exalta a los humildes, que llena y sacia a los hambrientos y despide vacíos a los ricos", como dice el Himno de la Virgen María.

Es una fe que condena en su liturgia la desigualdad social y la negativa a compartir el pan.

Cuando la acción pastoral de la Iglesia no oscurece estos aspectos de la fe cristiana, nosotros vemos que esa pastoral conduce a participar y a comprometerse en la lucha de los pobres por la justicia.

Por eso hemos proclamado que la participación y el compromiso de los cristianos en la justa lucha de los pueblos es un pilar muy importante de esa lucha.

La visita de la Cabeza de la Iglesia Católica que en Medellín y Puebla rescató aspectos de la proyección humana y social del Evangelio, constituye un hecho muy importante,

porque le permitirá al Papa Juan Pablo II constatar por sí mismo la realidad de la injusticia, la desigualdad, la persecución y el genocidio, y también constatar el carácter y el contenido de la lucha del pueblo guatemalteco y de sus hermanos pueblos centroamericanos.

Sabemos que la propaganda de los monopolios de los poderosos y de los gobiernos que han oprimido y reprimido a nuestro pueblo deforma nuestra imagen y nos presenta como engendros del mal. Esto y el desconocimiento de nuestro actuar hacen que los sectores jerárquicos de la Iglesia miren con desconfianza la lucha armada con la que nuestro pueblo trata de construir la justicia.

Sobre la lucha esperamos que el Papa comprenda lo siguiente:

- * Antes de haberse levantado revolucionariamente, el pueblo ha sufrido durante siglos una violencia que la Iglesia misma ha llamado estructural.
- * El pueblo de Guatemala, ha sufrido además esa violencia estructural bajo la forma de discriminación étnica; el sujeto de este sufrimiento ha sido la mayoría indígena de Guatemala.
- * Los pobres, ladinos e indígenas, han intentado infinidad de veces los caminos pacíficos: la promoción social, la solidaridad reivindicativa en movimientos sindicales industriales y agrarios, la protesta cívica en manifestaciones populares, la participación en procesos electorales.

En todos estos intentos, la población guatemalteca ha sido reprimida, burlada, aplastada por medio de la fuerza, el engaño, el fraude, la persecución, la tortura, el asesinato y la masacre. Nada que conlleve a hacer que el pueblo sea protagonista y artífice de su destino, o forjador de su historia, es permitido por los poderes dominantes.

- * El pueblo ha ido alcanzando conciencia de este callejón sin salida, que ya le es insoportable. La fuerza y dinámica de esta conciencia se ha ido traduciendo poco a poco en una fuerte organización popular y revolucionaria, que ahora ya es la única que les da a todos los sectores del pueblo guatemalteco perspectivas de éxito y triunfo, y esperanzas de disponer en su vida de una alternativa futura. Alternativa que no sea fatalmente la continuación del presente, que luce más como un suicidio colectivo en el que los muertos no son únicamente los ametrallados y descuartizados, sino también los quemados con sus viviendas y los que mueren de hambre y miseria a cualquier edad.
- * En su justa lucha por la libertad y la justicia, las fuerzas armadas del pueblo, los contingentes de la URNG, no cometen ninguna de las atrocidades que perpetran a diario y en todo el país las fuerzas represivas.

El pueblo en su lucha no hace desaparecer personas ni familias; no persigue con terror indiscriminado a la población, pretendiendo someterla por el miedo y la humillación; no tortura ni se ensaña con el sufrimiento de los

ancianos, mujeres y niños; no destruye la ecología ni la producción con la política de tierra arrasada y la utilización de armas bacteriológicas.

El testimonio directo que puede recibir el Papa Juan Pablo II desvirtuará seguramente las calumnias oficiales que propalan la prensa y los voceros al servicio del gobierno.

Por las normas que el pueblo armado se impone en su lucha, demuestra con sus actos y el sentido de sus acciones que persigue, el objetivo de construir una sociedad más justa y más humana.

- * Sabemos por experiencia propia que la guerra es horrible, que es cruel, que es inhumana, y no la elevamos a un mito dignificador; la hacemos y la afrontamos como un último recurso de sobrevivencia digna de los intereses y derechos de nuestro pueblo, del respeto a su historia y su cultura, y de su libre voluntad de construir su futuro.

Por todo esto, que inevitablemente le será evidente al Papa Juan Pablo II cuando visite Guatemala, creemos que el pueblo guatemalteco alzado revolucionariamente en armas para luchar por la justicia, por la libertad y la felicidad, tiene pleno derecho a esperar que el Papa Juan Pablo II lo equipare, a causa de la lucha armada que necesariamente lleva a cabo, con los poderosos y opresores que ejercen la violencia indiscriminada contra seres indefensos y en proporciones masivas; ni con aquéllos que han desatado en Guatemala una represión sin límites; ni con los que aplican la tortura con igual cinismo y saña que los verdugos de antaño, cuando atormentaban a los cristianos, culpables únicamente de sustentar una fe y de ser consecuentes en sus actos.

El verdadero terrorismo, no es como muchos lo quieren hacer aparecer, una plaga contagiosa que se propaga sin sentido. El verdadero terrorismo lo ejerce el Estado actual contra los pueblos oprimidos que resisten su opresión.

Sabemos también que algunos sectores de la jerarquía católica miran con preocupación la posibilidad de que los cristianos que participan en nuestros países centroamericanos en los procesos revolucionarios, constituyan factores de división que escindan a la Iglesia, creando una Iglesia popular enfrentada a la Iglesia institucional.

Nosotros queremos afirmar y proclamar con todo énfasis que no pretendemos utilizar políticamente a la Iglesia. Que nunca hemos intentado ni intentaremos manipular a los cristianos con fines sectarios.

Sabemos que es por medio del Evangelio como la Iglesia ha tenido posibilidades históricas en cada época, cuando se identifica con el pueblo y resulta siendo una de las fuerzas que luchan por la justicia y la humanización en el mundo.

Garantizamos que de ninguna manera pretendemos politizar a la Iglesia. Sabemos distinguir las categorías. Sabemos que la Religión tiene en la sociedad un nivel y una autonomía que de ningún modo nos proponemos quebrar o menoscabar.

Sabemos que es en función de su fe como los cristianos tomarán opciones políticas. Cuando estos elementos coinciden con nuestras propias consideraciones sobre la justicia y la humanidad, nos alegramos profundamente, porque sabemos que con ello se fortalece la causa de la lucha de los pobres y de los oprimidos.

Estamos plenamente convencidos de que los cristianos que, siguiendo el llamado de la historia y el desenvolvimiento de su conciencia, toman una opción política revolucionaria y se comprometen a luchar por la causa de los pueblos, tienen el entero derecho de continuar celebrando su fe religiosa y de seguir formando comunidades cristianas.

La URNG estaría en condiciones de invitar a observadores —sacerdotes, religiosos, laicos, etc—, para que fueran testigos directos y personales de la situación material y de la profesión cristiana que se practica en las zonas de combate o en las zonas reprimidas por el ejército y por los poderes dominantes en Guatemala. Nos comprometeríamos públicamente a brindarles la protección necesaria.

Algunos sectores eclesiales han manifestado su temor ante los cambios estructurales que nosotros creemos indispensable hacer en nuestra sociedad presente para construir la base material de la justicia y el bienestar de nuestro pueblo.

Nosotros tenemos la esperanza que la capacidad de forjar el futuro de manera nueva y original, científica y en función de las necesidades del ser humano, demuestre en la práctica que el proyecto revolucionario que se desarrolla en Centroamérica, y en particular en el proyecto revolucionario de la URNG, es perfectamente compatible con el respeto a la fe religiosa de la mayoría de nuestro pueblo y con la libertad y hermandad verdaderas y tangibles que la Iglesia Católica tanto exalta.

Esperamos que el Papa Juan Pablo II en su visita a Guatemala se acerque a dialogar con las grandes mayorías de católicos, los pobres, ladinos e indígenas, allá donde esas mayorías viven y sufren. Y que pueda recibir el testimonio de las depredaciones cometidas por las sectas fanáticas, anticatólicas y antievangélicas, que el gobierno y el ejército de Guatemala manipulan en función de la guerra contrainsurgente que libran contra nuestro pueblo.

Estamos convencidos que por más esfuerzos que estos poderes hagan para ocultarle al Papa estos hechos tan contradictorios y tan reveladores de la tragedia que vive el pueblo de Guatemala, él los va a percibir; y, si desea ser totalmente fiel a su misión evangelizadora, no dejará de expresar sus sentimientos.

En observación a nuestro respeto a Juan Pablo II, como Cabeza de la Iglesia Católica cuya fe profesa la mayoría del pueblo guatemalteco, para permitir que los cristianos se expresen sin temor y para evitar que los provocadores nacionales y extranjeros —a sueldo o espontáneos— aprovechen esta situación para responsabilizarnos, culparnos y desfigurarnos, la URNG decreta oficialmente tres días de tregua previos a la llegada del Papa, durante su estancia y dos días después de su partida, así como absoluto respeto a su persona y a su séquito.

ROLANDO MORAN Comandante en Jefe del Ejército Guerrillero de los pobres.

PABLO MONSANTO Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas Rebeldes FAR.

GASPAR LLOM Comandante en Jefe de la Organización del Pueblo en Armas.

MARIO SANCHEZ Responsable Político Militar del Núcleo de Dirección del Partido Guatemalteco del Trabajo —PTG—

UNIDAD REVOLUCIONARIA NACIONAL GUATEMALTECA

Febrero 26 de 1983



NOT

Dura

Dom

Dom

Dom

Dom

Y lu

Dom

Dom

Dom

MA

Hec

Un

tem

buy

Un

mar

los

Alg

ate

DOMINGOS DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE RUBEN CABELLO Y SEBASTIAN MIER

NOTA PREVIA

Durante estas semanas tenemos primero una serie de reflexiones en torno a Marfa, madre de Jesús:

Domingo 19 ordinario: Marfa, servidora atenta y vigilante.

Domingo 20 ordinario: Marfa, comunica el fuego de Jesús.

Domingo 21 ordinario: Marfa, entonces de los últimos; en el reino, de los primeros.

Domingo 22 ordinario: Marfa, invitó a los pobres.

Domingo 23 ordinario: Marfa, dejó todo para seguir a Jesús.

Y luego unas reflexiones centradas en torno al proyecto de Dios nuestro Padre sobre el ser humano:

Domingo 24 ordinario: El hombre, buscado por el amor de Dios.

Domingo 25 ordinario: El hombre, libre frente al dinero.

Domingo 26 ordinario: El hombre, hermano del pobre.

DOMINGO 19 ORDINARIO (7 de agosto 1983)

Bajo diversos aspectos, las tres lecturas abordan el tema de la fe, de la fidelidad a Dios que se acerca para invitarnos a confiar y a expresar con obras nuestra confianza.

Sabiduría 18,6-9. Como ha sido Dios en el pasado, así lo sigue siendo. La obra de Dios es siempre de justicia, de fidelidad y de misericordia. El nos invita a fiarnos de El para que seamos en verdad su pueblo. Hoy nos cuenta la historia de su decisión por nosotros y pide una decisión de parte nuestra: ¿creemos o no creemos en El?

Hebreos 11,1-2.8-19. Por medio del autor, Dios nos exhorta a la confianza y nos recuerda un aspecto de lo que es la fe: la seguridad de que vendrá lo que se espera, la convicción de realidades presentes aunque no se vean. Con el recuerdo de Abraham, nuestro padre en la fe (que esperó contra toda esperanza Rom 4,18) se explicita otro aspecto clave de lo que es la fe: la entrega incondicional, la respuesta del hombre a Dios que se revela.

Lucas 12,32-48. En un contexto en el que se describe lo que es la comunidad de los discípulos de Jesús (cap 12), el pasaje enfatiza: 1) la confianza, porque Dios es Padre y da el verdadero bien: el Reino (v 32). 2) La comprensión de los verdaderos bienes en donde hay que poner el corazón (v 33-34). 3) La esperanza activa y diligente (vigilante) pues ciertamente el Señor va a regresar pero no sabemos cuándo, y hay que aprovechar el tiempo (35-40). 4) La fidelidad en ser buen administrador de lo mucho que se ha dado a cada uno de nosotros. Sin duda que se contempla en primer lugar a "los pastores"; pero todo cristiano ha recibido mucho en administración para el servicio de los demás. Es claro que se incluyen aquí los bienes temporales, pero los primeros versículos (32-34) nos impiden reducir a este nivel los bienes recibidos.

MARIA, SERVIDORA ATENTA Y VIGILANTE

Hechos de vida.

Un sacerdote que no se limita a cumplir sus funciones dentro del templo, sino que está atento a las necesidades del pueblo y contribuye a solucionarlas.

Un cooperativista que no se deja llevar por el afán de lucro, sino que mantiene el espíritu de servicio y trata de comunicarlo entre todos los miembros.

Alguien que atiende una oficina o casa con gran amabilidad, siempre atento a quienes llegan y sabe crear una atmósfera de cordialidad.

Comenzamos ahora, al acercarse la fiesta de la Asunción de María, una serie de reflexiones en torno a la madre de Jesús y madre nuestra. El evangelio de estos domingos no nos habla directamente de María, pero sí nos presenta algunos rasgos que otros pasajes evangélicos destacan en nuestra madre.

Así vemos este día cómo para pertenecer al reino de Dios es necesaria una vigilancia atenta y constante en actitud de servicio. Tanto para incrementar el trigo que dé más vida a nuestros hermanos como para combatir las variadas fuerzas que buscan darles muerte. Una vigilancia atenta que brota no de una obligación forzada, sino del amor. Del amor que hemos recibido de Dios nuestro Padre y de nuestros hermanos, y del amor que el Espíritu pone en nuestros corazones hacia los demás.

Y ¿qué encontramos en María a este respecto? Podemos, entre otros, destacar tres momentos de su vida: la visita que hace a su prima Isabel, su ayuda al éxito de la fiesta de las bodas de Caná y el rico contenido de su cántico: el

Magnificat. Su actitud, tanto frente a Isabel en estado de embarazo como frente a los recién casados, es de una servicialidad atenta y delicada. Con gran disposición, sin tener que esperar a ser llamada, ella acude espontáneamente. Todo ello con un gran espíritu de fe que le permite descubrir la presencia de Dios y de su reino, aun en los detalles más pequeños, en la rutina de la vida diaria. Y así queda de manifiesto también en su cántico-oración, que no es una simple fórmula aprendida de memoria y repetida mecánicamente, sino la expresión de lo que lleva en lo más profundo del corazón. Y así, con grande sensibilidad y atención, sabe descubrir la fuerza del brazo de Dios en acciones bien sencillas. Y no sólo percibirlo, sino también colaborar a la obra divina en lo que de ella va requiriendo.

¿Qué idea tenemos de María, la madre de Jesús? ¿Tenemos presentes los rasgos de su vida eterna, o tan sólo los de un ser celestial? ¿Captamos el estilo y la importancia del servicio que prestaba en medio de los suyos y de su pueblo? ¿Cómo ilumina nuestra vida actual?

DOMINGO 20 ORDINARIO (14 de agosto 1983)

La comunidad participa de la suerte de Jesús en su misión: "traer fuego a la tierra", y en el modo como la realiza: ser motivo de contradicción, de división, de persecución.

Jeremías 38,4-6.8-10. Se nos recuerda hoy uno de los momentos de la "pasión" de Jeremías. El caso no es meramente un recuerdo curioso o interesante de lo que pasó a Jeremías hace 2,500 años; es una advertencia presente de lo que implica también hoy a la comunidad el seguir a Jesús; en el ser —en Jesús— sembradores del fuego de Dios en la tierra (3a. lectura).

Hebreos 12,1-4. Cristo es el que nos conduce a la fe y el que está al término de la misma. La frase "renunciando al gozo" o "en lugar del gozo", parece que se debe traducir más bien así "por el gozo que se le proponía" acepta la cruz. Lo que Jesús para sí y para nosotros es el regreso gozoso al Padre; y la cruz se acepta como el camino misterioso. Su ejemplo no sólo nos invita, sino que nos capacita para que podamos recorrer Su camino al gozo del Padre.

Lucas 12,49-53. Jesús trae "el fuego"; inicia el tiempo final, el tiempo de juicio y salvación, el tiempo del don del Espíritu. Y esto precisamente a través del misterio de la cruz, de su "hundirse" (bautismo) en la pasión y en la muerte. Su venida no puede ser ignorada porque viene a destruir el "statu quo" del mundo, la paz del mundo; viene a introducir el conflicto salvífico, una crisis (un juicio) de salvación. La decisión por Cristo implica el riesgo de la división y de la ruptura. En Cristo, el cristiano es portador del "fuego", es un "bautizado" en la pasión de Cristo y un objeto de contradicción. Este es el camino para el regreso gozoso al Padre. Entre otras cosas, este texto destruye la falacia de querer identificar la Paz que trae Cristo con la paz que él viene a destruir: la paz del que está "a gusto" a costa de los demás, la paz de criterios meramente humanos.

MARIA, COMUNICA EL FUEGO DE JESUS

Hechos de vida.

Un obispo que denuncia las injusticias cometidas en contra de los más débiles.

Un joven que no acepta desigualdades injustas que se dan en su casa, y busca la mejor manera de solucionarlas.

Un periodista que se esfuerza cotidianamente por difundir la verdad a pesar de los múltiples obstáculos que a ellos se oponen.

Jesús vino a anunciar el reino de Dios y a realizarlo, y en el evangelio de hoy nos dice que esa misión que su Padre le confió es como un fuego y que él desearía que ya estuviera ardiendo. El fuego da calor contra el frío y energía contra la inactividad; pero también quema. Así nos dice Jesús también que padece, que le va costando trabajo y aun la

vida misma la comunicación de ese fuego del reino de Dios. Es un entusiasmo, una pasión (en el doble sentido de sufrimiento y deseo ardiente) que lo lleva a lo largo de toda su vida y que culmina en la cruz. En su ansia de comunicar la vida a todos los hombres, de darles salud, de luchar contra la injusticia. . . de transmitir el amor y la misericordia de Dios nuestro Padre.

¿Qué nos dicen los evangelios sobre María a este respecto? Entre los diversos rasgos que nos entregan de ella, podemos fijarnos en estos dos: su canto-oración: el magníficat y el acompañar a Jesús al pie de la cruz.

Sobre su cántico ya hemos hablado en otras ocasiones y también la semana pasada. Y en verdad es muy importante, porque nos da a conocer el espíritu, el corazón de María, aquello que le daba sentido y alegría a su vida, lo que deseaba y por lo que iba trabajando. Y vemos cómo María, al igual que su hijo Jesús, llevaba dentro el fuego del reino de Dios. Sería muy interesante realizar una comparación más detallada del padre nuestro y del magníficat. A grandes rasgos podemos ver cómo ambos comienzan 'santificando el nombre de Dios', ambos expresan el anhelo de que venga el reinado de Dios (dispersó a los soberbios, destronó a los poderosos, exaltó a los de condición humilde, etc) y piden el pan de cada día (a los hambrientos colmó de bienes).

Más aún la oración de María no eran simplemente palabras entusiastas, sino también vida comprometida. No tenemos muchos datos sobre ella, pero la vemos en el momento cumbre de la crucifixión acompañando fielmente a su hijo, compartiendo su pasión tanto en el anhelo, como en la entrega y el padecimiento. Sin muchas palabras, pero con mucha fidelidad.

Retomamos algunas preguntas de la semana pasada y completamos con otras que nos sugiere el evangelio de hoy: ¿Qué idea tenemos de María, la madre de Jesús? ¿Corresponde esa idea con lo que el evangelio nos dice de ella? ¿Vemos cómo se preocupaba por la venida del reinado de Dios ya desde esta vida? ¿Captamos cómo comunica el fuego de Jesús? ¿Dónde percibimos eso mismo actualmente en nuestra vida?

DOMINGO 21 ORDINARIO (21 de agosto 1983)

En los tiempos finales en los que ya estamos, la salvación es ofrecida a todos; pero el participar de ella implica una colaboración de parte nuestra (puerta estrecha) y un aceptar las "correcciones" del Señor, "porque el Señor corrige a los que ama" para que sean auténticos mensajeros de su nombre.

Isaías 66,18-21. En este pasaje, el Señor anuncia un tiempo en el cual la elección reservada a Israel se extenderá a todos los pueblos de toda lengua. A todos se ofrecerá la salvación. Para esto, el Señor promete enviar, "de entre los sobrevivientes" mensajeros a todos los rincones de la tierra para que den a conocer su gloria y su nombre. A la luz de Cristo, sabemos que su comunidad es la comunidad de los sobrevivientes, de los mensajeros enviados a revelar su nombre. ¿Pero hasta dónde nos comportamos en realidad como mensajeros del Señor para revelar su nombre, su gloria a los demás?

Hebreos 12,5-7.11-13. A todos ha preocupado siempre el misterio del sufrimiento; y con frecuencia las respuestas van desde la desesperación hasta el cinismo. El cristiano, como individuo y como comunidad, no escapa a esta pregunta, sobre todo porque, en no pocas ocasiones, mientras más bien trata de portarse, parece y no sólo parece sino que con frecuencia "le va peor". La lectura presenta una de las respuestas de Dios a esta pregunta. La razón es "porque el Señor corrige a los que ama". El sufrimiento no es un "castigo" sino una corrección del Padre que nos ama, para que sirvamos mejor como mensajeros de su nombre, para revelar su gloria.

Lucas 13,22-30. En buena parte se repiten los temas de la primera lectura, pero ahora con un énfasis especial en boca de Jesús, sobre todo en que no basta con ser de la comunidad de Jesús (haber comido y bebido con él) sino que es necesario comportarse como seguidores de Jesús. Según la primera lectura se diría: es necesario comportarse como verdaderos mensajeros del Señor, y que revelemos con nuestra vida su Nombre y su Gloria, aunque esto implique el que humanamente nos vaya "del todo mal": derramar la sangre, como dice la segunda lectura.

MARIA, ENTONCES DE LOS ULTIMOS, EN EL REINO DE LOS PRIMEROS

Hechos de vida.

Juan Diego que era menospreciado por los empleados del obispo y fue escogido como mensajero por Sta Ma de Guadalupe.

Gente de 'clase humilde' que a la luz del evangelio, descubrimos como muy cercana a Dios.

Un estudiante con calificaciones no muy altas y por lo mismo un tanto menospreciado, pero que sabe interesarse por los demás.

Con frecuencia Jesús nos dice que la manera de ver Dios las cosas (¡Y más aún las personas!) es muy distinta de la que tenemos muchas veces los hombres. Así nos aclara hoy que la puerta que conduce a la verdadera felicidad, al

reino de Dios, es estrecha e incómoda; cuando nosotros tendemos más bien a buscar el placer fácil. Jesús no nos promete un éxito humano y nos previene que hemos de estar dispuestos a entregar nuestra vida y a derramar nuestra san-

gre. Y también nos advierte que muchos de los que a nosotros nos parecen primeros, a los ojos de Dios son en verdad últimos; y viceversa.

Y nos convida a ser junto con él de los últimos, según los criterios mundanos: despreciados, sufrientes, perseguidos, etc. Suerte que compartió muy de cerca María de Nazaret, nuestra madre y señora. Así recordamos precisamente cómo una de las razones que daban los que se negaban a creer en Jesús era la nula relevancia de los padres de Jesús ante los ojos de la sociedad. María, en efecto, era una sencilla campesina judía, sin los resplandores con los que nos han acostumbrado a verla muchas de las imágenes que ahora llevan su nombre. Estas imágenes buscan representar su situación gloriosa actual; pero nos dificultan recordar su realidad terrena.

Además del menosprecio a los padres de Jesús por parte de muchos judíos, también nos habla de la situación humilde de María un versículo de su canto en el que se alegra porque Yavé miró la 'humildad' de su esclava. Pero hemos de recordar que esta humildad no se refiere sólo a una actitud moral, sino sobre todo a una situación social de menosprecio de alguna manera semejante a la que el pueblo israelita padecía en Egipto o en el destierro de Babilonia.

¿Cómo perteneció María a los menospreciados de este mundo? ¿Cómo compartió las injurias y sufrimientos de Jesús y de su pueblo, y entró así por la "puerta estrecha"? ¿Cómo nos ayuda a comprender quién es realmente valioso a los ojos de Dios?

DOMINGO 22 ORDINARIO (28 de agosto 1983)

El tema básico de las lecturas es el de la "humildad" (reconocer nuestra verdad ante Dios), y el de la preferencia que la comunidad debe tener por los pobres.

Sirácide 3,19-21.30-31. Los consejos del Sirácide están tomados de la sabiduría popular, pero de una sabiduría que ha tenido una profunda experiencia de Dios. El camino de "hallar gracia" ante los hombres y ante Dios no es la altanería, la vanidad o el engreimiento; Israel aprendió por la experiencia de la esclavitud y de la derrota la conciencia de su incapacidad y de su pequeñez. Sólo aceptando su "verdad", encuentra el camino abierto para llegar al Señor, el único poderoso para salvar al hombre. También ahora la comunidad debe aprender que sólo es comunidad de Yahvé en la medida en que reconoce su debilidad e incapacidad, y que su auxilio viene del Señor.

Hebreos 12,18-19.22-24. Sus temas son independientes de las otras dos lecturas. El punto de contacto está en no dejarnos impresionar por las apariencias: la nueva y estupenda salvación, la Nueva Alianza, aunque es una cercanía a Dios, a Jesús, el mediador perfecto, no tiene los signos externos llamativos y violentos de la primera alianza.

Lucas 14.1.7-14. Jesús nos presenta dos lecciones sapienciales. La primera (7-11), tiene un contenido parecido a la primera lectura. Jesús recuerda una regla de urbanidad para sacar así la actitud fundamental del hombre ante Dios. Esta actitud debe manifestarse también ante los hombres, no por una falsa modestia, sino por un reconocer que todo lo que se tiene es don de Dios y que por lo tanto no estamos en condiciones de anteponernos a nadie. La segunda enseñanza urge el sentido cristiano de la donación de todo, aun de sí mismo, a los demás, y con preferencia a los pobres. Lo que se da a ellos, se da a Dios, a Cristo, cuyo sacramento es el pobre.

MARIA, INVITO A LOS POBRES

Hechos de vida.

Presidente municipal que cada semana come en casa de las familias más pobres, para estar enterado de los verdaderos problemas de la localidad.

Penalista que dedica dos días por semana a defender causas de familias que no tienen para pagarse un abogado defensor.

Sacerdote que en las misas de primera comunión de su Iglesia no acepta otro vestido para las niñas que no sea la falda deportiva de la escuela, para evitar diferencias económicas y gastos superfluos a las familias más pobres.

Una de las tendencias más profundas del ser humano es la de buscar el provecho propio. Tendencia exacerbada en nuestra sociedad capitalista en la que el lucro es el motor fundamental de las actividades. Tanto así que llega a parecer lo más normal y a extrañarnos el que se pueda proceder de manera distinta. Sin embargo, Jesús nos invita a comportarnos desinteresadamente. "Conviden a sus fiestas a los pobres y desheredados, que no tendrán con qué pagar-

les". Esta es la característica básica de la justicia divina: que se pronuncia en favor de los débiles y desprotegidos, sin esperar ventajas personales. Seguramente sentiremos que tal modo de proceder rebasa completamente nuestras fuerzas tan mezquinas. Pero entonces Jesús nos recuerda: es imposible para las puras fuerzas humanas, mas no para Dios. Y en efecto podemos ver cómo muchos hermanos nuestros se van acercando a esa generosidad.

También en esto María de Nazaret es fiel seguidora de Jesús. Lo notamos, por ejemplo, cuando presenta a su hijo recién nacido a los pastores. Con ellos comparte desinteresadamente las primicias de la presencia del salvador en nuestra historia. Igualmente, en su canto el magnificat, vemos cómo se alegra porque Dios le hace justicia a los humildes y da de comer en abundancia a los hambrientos.

De un modo semejante en la narración de las apariciones de la Virgen de Guadalupe, María invita a los pobres, escoge como su mensajero al macehual Juan Diego, del pueblo sencillo y sin recursos.

DOMINGO 23 ORDINARIO (4 de septiembre 1983)

La sabiduría verdadera, agradar a Dios, se realiza en el seguimiento de Jesús, implica la disponibilidad de todos los bienes para el servicio y el considerar a los esclavos y oprimidos como hermanos en Cristo.

Sabiduría 9,13-19. Por encima de todas las cosas, lo más importante para el hombre es conocer y hacer lo que agrada a Dios. Este es el camino de la vida, esto es ser en realidad sabio. Pero el hombre no puede por sí mismo alcanzar esta auténtica sabiduría. Es el mismo Dios el que le ofrece al hombre este don, el don de su Espíritu.

Filemón 9-10.12-17. Este pasaje nos revela un aspecto clave de la sabiduría cristiana. Pablo no habla de una estructura social injusta, sería un anacronismo, pero sí enfatiza la actitud cristiana ante el oprimido, recíbelo como a mí mismo, no es tu esclavo sino tu igual y tu hermano en Cristo. ¡Esto es ser sabio y saber lo que agrada a Dios!

Lucas 14,25-33. Un segundo rasgo de la sabiduría cristiana se revela como condición indispensable para ser de la comunidad de los que siguen a Jesús; la renuncia a todos sus bienes. Se puede entender de una renuncia no necesariamente actual, pero sí es bien clara la actitud de una actual disponibilidad de todos los bienes y aun de sí mismo (tomar la cruz) en servicio de Cristo en los demás. Esto es una locura y un escándalo para los que no creen; pero para el que cree, esto es poder y sabiduría de Dios (1 Cor 1,18ss).

MARIA, DEJO TODO PARA SEGUIR A JESUS

Hechos de vida.

Un campesino que tiene influjo sobre la gente de su pueblo y lo emplea no en provecho personal, sino para favorecer la unión y el adelanto de todos.

Una muchacha que renuncia a otras posibilidades de progreso personal para anunciar y vivir el evangelio en grupos sociales marginados.

Un abogado que pone sus conocimientos, habilidades y cognoscencias al servicio de quienes luchan contra la injusticia.

Ya en otras ocasiones hemos considerado cómo Jesús nos advierte que es necesario hacer muchas renunciaciones para poder entrar al reino de Dios. Hoy nos fijamos un poco más en que no se trata precisamente de renunciar por renunciar, o por otras razones; sino que se imponen grandes renunciaciones por motivos egoístas: dinero, poder, prestigio, placer, etc. No hemos de buscar simplemente el sacrificio, sino sobre todo la mayor disponibilidad para seguir a Jesús, para trabajar a su manera en servicio de la justicia y la fraternidad que den gloria a nuestro Padre Dios.

Hacerlo a la manera de Jesús, evidentemente no significa no imitación mecánica de todos sus gestos y acciones. Es necesario tener en cuenta la diversidad de circunstancias sociales y personales. Así lo vemos, muy, claramente, en

Quizá este rasgo de María nos resulte más familiar que otros que hemos considerado en estas reflexiones; pero hemos de insistir en su significado social (las exigencias de justicia terrena que plantea) y en la conducta que requiere de nosotros. Así podemos preguntarnos ¿hemos experimentado la generosidad de la Virgen María hacia nosotros? ¿Sólo de manera individual o también colectivamente? ¿Nos ha impulsado esa generosidad a tener más confianza en Dios y a trabajar más decididamente por su reino?

nuestra madre la virgen María. Ella estuvo plenamente dedicada a la voluntad de Dios, en el espíritu de Jesús; pero con acciones distintas. Su completa disponibilidad nos queda pintada por Lucas en las escena de la anunciación, en su respuesta clave: amén ("hágase en mí según tu palabra"). "Amén" significa no una resignación pasiva ante lo inevitable; sino una completa decisión personal de adherirse a la voluntad de Dios con plena confianza en él. Y María no sólo pronunció su amén, sino que también lo vivió. Y así, por la fuerza del Espíritu, es madre de Jesús para todos nosotros.

Para que todo esto nos quede más claro acudimos una vez más al cántico de María. Ahí se expresa por una parte

en qué consiste la voluntad de Dios: en la realización de la justicia que exalta a los humillados y da de comer a los hambrientos, y da gloria a Dios por estas hazañas suyas. Y vemos también cómo el amén de María va acompañado de una gran alegría.

Las siguientes preguntas pueden ayudar a concretar nuestra reflexión: ¿Somos conscientes de las renunciaciones necesarias para seguir a Jesús? ¿Habíamos caído en la cuenta de la gran disponibilidad de María para secundar la voluntad de Dios? ¿Captamos cómo esa disponibilidad de María tiene que ver con la vida humana de cada día? ¿Comprendemos que no podemos honrar verdaderamente a la Virgen si no nos esforzamos en vivir como ella siguiendo a Jesús?

DOMINGO 24 ORDINARIO (11 de septiembre 1983)

La misericordia de Dios es el tema de las tres lecturas. Todas las partes variables de la misma van a expresar el centro mismo del mensaje evangélico ¡Dios realmente nos quiere!

Exodo 32,7-11.13-14. *El pueblo idólatra, Dios se irrita, Moisés interviene. Los Santos Padres nos dicen cómo estaba Yahvé inspirando esa misma mediación, porque Él deseaba perdonar al pueblo. Las razones que presenta Moisés son: la fidelidad de Dios a sus promesas y las pruebas anteriores de poder y misericordia. También nosotros tenemos la persuasión firme de que Él cumplirá sus promesas, pues todas las promesas han tenido su sí en Cristo (2 Cor 1,20). Dios envía a su Hijo como el "pleno" Moisés mediador.*

1 Timoteo 6,12-17. *Pablo agradecido se reconoce pecador y ve en el hecho de ser llamado a la amistad con Cristo un acto de singular misericordia que sirva como ejemplo y aliento para los demás que han de creer en Cristo: el Señor lo ha colmado de gracias, le ha confiado el ministerio ¡Y eso que era perseguidor! "Acerquémonos, por tanto, confiadamente al trono de gracia, a fin de alcanzar misericordia y hallar gracia para ser socorridos en el tiempo oportuno" (Heb 4,16).*

Lucas 15,1-32. *Lucas nos presenta aquí tres parábolas sobre la misericordia de Dios, con un énfasis especial en la alegría: le hacemos "un favor" a Dios cuando nos convertimos: ¡El se alegra! Las tres tienen un matiz apologético: muestran por qué Cristo —que obra en nombre de su Padre— se comporta con tanta bondad y misericordia con los pobres y pecadores, por qué sale a buscarlos. Dudar de la bondad de Dios es no conocer su corazón misericordioso.*

EL HOMBRE, BUSCADO POR EL AMOR DE DIOS (Puebla of 316-320 prov 213-217).

Hechos de vida.

Un enfermo incurable que encuentra en el amor de Dios fuerza y esperanza para preocuparse por los demás, orar por ellos y ayudarles en lo que está a su alcance.

Un individuo de buena posición social a quien Dios invita a mirar la situación de los humillados y a trabajar activamente por la justicia.

Un padre de familia con dificultades para sacar a sus hijos adelante a quien Dios da la energía para seguir luchando diariamente.

Después de haber venido reflexionando durante varias semanas sobre lo que el evangelio dice sobre María, ahora vamos a dedicar varios domingos a considerar lo que nos enseña sobre el hombre, es decir, sobre el ser humano tanto la mujer como el varón. De seguro que ya al hablar de María tocábamos varios puntos de importancia sobre lo que Jesús nos ha enseñado acerca del hombre; pero ahora lo vamos a abordar de un modo más directo.

En primer lugar veremos lo que aparece como central en el evangelio de hoy: el hombre es objeto de una búsqueda continua por parte de Dios. Dios nuestro Padre ama incansablemente a todos los hombres. Todos los hombres somos amados y buscados afanosamente por Dios. Cada uno de nosotros puede decirlo de sí mismo: Dios me ama. A pesar de toda mi indignidad, sin importar cuántas veces yo le haya fallado Dios me ama. Y también cuando parece que Dios se ha olvidado de mí, que me ha abandonado a mi suerte (a mi mala suerte porque cuando es suerte buena no

nos sentimos abandonados); la fe me recuerda que Dios me ama, que está interesado por mí, que ha entregado su vida por mí. Y esta verdad, verdad de lo más profundo, será capaz de hacerme salir adelante.

Otra vertiente de esta misma verdad debe llevarnos a creer que Dios ama también a todos los otros hombres. Que cada hombre por más pequeño, insignificante o despreciable que parezca es objeto del amor de Dios. Que Dios lo tiene destinado para que goce de la dignidad de ser hijo suyo y que para ello ha entregado su vida ¡Qué verdad tan profunda y formidable! ¡Y tan oscurecida por la miseria y la injusticia tan extendidas! Realmente esta verdad de la fe exige toda nuestra fe y está destinada a transformar toda nuestra vida. Pero ¿lo creemos de veras? ¿En qué casos nos resulta más difícil creer que los hombres son buscados por el amor de Dios? ¿En los casos personales, en los de grupos? ¿Crearlos con la inteligencia o más bien con el corazón y con nuestras obras?

La primera y la tercera lectura nos hablan de la actitud ante la riqueza; la segunda señala el querer firme de Dios de salvar a todos los hombres por la mediación de Cristo.

Amós 8,4-7. El texto señala un primer aspecto sobre la riqueza: Dios reprueba la ambición y el abuso de los poderosos. La explotación de los más débiles le atañe a Dios que castigará a los que "aumentan los precios y alteran las balanzas".

1 Timoteo 2,1-8. El pasaje contiene varias enseñanzas importantes: 1) El poder constructor y salvífico de la oración que influye en el futuro y en el presente. 2) La afirmación básica de que Dios quiere que todos se salven y así a todos les ofrece la posibilidad de aceptar la salvación. 3) Esa salvación se ofrece por medio de Cristo hombre que se entregó como rescate por todos. 4) Y de esto el apóstol (y el cristiano) es pregonero y testigo.

Lucas 16,1-13. Aquí, en unión con la primera lectura, se presentan otros tres aspectos de la actitud ante la riqueza: 1) Vale la pena usarlas para ganar amigos de "allá arriba" y no para ganar amigos de "aquí abajo". 2) De las riquezas temporales el hombre es sólo administrador, y tendrá que dar cuenta de ellas al que es dueño de todas las cosas. 3) El dilema no tiene salida: o se es servidor de Dios y así realmente libre; o se es esclavo de las riquezas.

EL HOMBRE, LIBRE FRENTE AL DINERO Puebla (prov 218-223 of 321-325)

Hechos de vida.

Una familia de escasos recursos que recibe con generosidad a dos niños que han quedado huérfanos.

Un promotor de grupos campesinos que renuncia a un puesto mejor remunerado a fin de cumplir los compromisos que ya ha contraído con las comunidades rurales.

Una joven religiosa que renuncia a la herencia de su familia para consagrarse al anuncio del evangelio.

El evangelio de hoy, en toda su sencillez, nos recuerda una de las condiciones más difíciles para que el hombre sea realmente hombre e hijo de Dios: mantenerse con libertad frente a las riquezas, de cara al dinero. Nos encontramos aquí con uno de los engaños en los cuales más fácilmente caemos. Si espontáneamente nos preguntaran quién es más libre, el que posee mucho dinero o el que tiene poco, seguramente tenderíamos a contestar que el hombre rico. Pero se trata ahí de una libertad engañosa. Existe el serio peligro de que más bien nos hagamos esclavos de la riqueza.

El hombre ciertamente está llamado a la libertad. Dios quiere que el hombre sea libre, pero con una libertad verdadera. Una libertad que lo lleve a amar a sus semejantes. Sin embargo vemos que los efectos que la riqueza produce muchas veces son los contrarios: esclaviza al hombre. Seguramente que podríamos enumerar cantidad de ejemplos al

respecto, tanto entre la gente más acomodada como entre la de escasos recursos.

No es que la riqueza en sí sea mala. Sabemos, por lo contrario, que es indispensable para satisfacer las necesidades humanas. Pero para que realmente cumpla ese fin, debemos saber usarla. Jesús nos invita a hacer un uso fraternal de las riquezas. (Aquí podríamos recordar que somos iglesia y que uno de los puntos, difíciles por cierto, en los que nos hemos de ayudar es precisamente en el empleo cristiano de nuestros recursos).

Dada la miseria tan grande en la que viven muchísimos hermanos nuestros, este punto de la recta obtención y justa distribución de los recursos económicos viene cobrando importancia. Queda claro que la libertad frente al dinero no significa despreocupación egoísta, sino colaboración fraternal a los diversos niveles.

DOMINGO 26 ORDINARIO (25 de septiembre 1983)

El único modo para que el hombre asegure su futuro, el futuro válido y definitivo, es el de ser fiel a Dios, interesarse activamente en la miseria de los pobres.

Amós 6,1.4-7. Prolongando las maldiciones del capítulo quinto, Amós presenta aquí la maldición que caerá sobre los disolutos y derrochadores que son insensibles a la miseria del pobre. De esa maldición no escaparán por unos actos de culto o por la "magia" de ser israelitas (poner la confianza en el monte sagrado).

1 Timoteo 6,11-16. *Invocando al futuro, "cuando venga Nuestro Señor Jesucristo"; Pablo conjura a su discípulo a que se mantenga fiel a su testimonio. Es importante el contexto anterior pues señala Pablo por contraposición, cómo el afán de la riqueza es raíz del mal; y Timoteo debe huir especialmente de él.*

Lucas 16,19-31. *La parábola tiene como contexto anterior la presencia de los fariseos que amaban las riquezas, pero se sentían seguros porque cumplían con los preceptos (11,37ss). El pasado del rico es de gozar regaladamente cuando otros están en la miseria. Su pecado es pecado de omisión: su indiferencia ante el pobre. No es suficiente el no hacer daño deliberado. Para saber lo que Dios quiere en este respecto y así asegurar el futuro no hay que esperar prodigios cósmicos o milagros aparatosos; ya tenemos suficientes indicios y señales.*

EL HOMBRE, HERMANO DEL POBRE Puebla (prov 324-5 of 326-7)

Hechos de vida.

El hombre, hermano del pobre.

Una familia que, a pesar de las propias limitaciones, ayuda a refugiados centroamericanos.

Un promotor de grupos de alcohólicos anónimos que se interesa verdaderamente por quienes son esclavos de esta enfermedad.

Un trabajador que colabora en organizaciones que buscan estructuras más justas para nuestro país.

En los domingos anteriores hemos visto cómo todo hombre es amado por Dios y también cómo continuamente nos encontramos ante el peligro de perder nuestra libertad frente al dinero. El evangelio de hoy nos lleva a profundizar en la misma dirección: para ser verdaderos hombres según el proyecto de Dios, hemos de ser hermanos especialmente de los pobres.

(Aquí cabe una aclaración sobre el 'proyecto', la "voluntad" de Dios. Al hablar de ello no nos referimos a algo que fuera un capricho de Dios, la voluntad de Dios nos señala el camino de nuestra felicidad más auténtica, precaviéndonos de los múltiples engaños que siempre nos atraen. Y si nos pide esfuerzos y aun sacrificios costosos, es precisamente para que lleguemos a ser hombres y mujeres auténticos, capaces de un amor profundo y generoso como el que Dios mismo nos tiene).

Pues bien, esta voluntad de Dios que quiere libramos de las falsas felicidades, nos señala el camino de una felicidad más profunda: buscar ser hermanos con un interés especial por los pobres. No amontonar riquezas, sino saber compartirlas, en particular con aquéllos cuyas necesidades son más grandes. Y esto no como quien les hace el favor de otorgarles una limosna, sino como quien se acerca verdaderamente a un hermano. Con amor e interés por él. Lo cual no significa que lo vamos a hacer de una manera ingenua. No podemos ignorar la compleja situación de injusticia económica y social que vive nuestro país. Tampoco la tendencia a desperdiciar y abusar de quien recibe las cosas sin que le cuesten. Ni la tentación de manipular a aquéllos que nos deben favores. Tampoco la de aprovechar una posición de autoridad (disponer de dinero y poder) en provecho propio.

Hay que tener continuo cuidado para que el amor vaya siendo realmente la motivación. Un amor realista, maduro, humilde, generoso.

AVISO DE RENOVACION DE SUSCRIPCION ESTIMADO SUSCRIPTOR:

Queremos hacer de su conocimiento que con el mes de JUNIO de 1983 su suscripción a nuestra revista CHRISTUS se ha terminado. Si usted desea renovarla, le suplicamos nos envíe a la mayor brevedad posible un cheque o giro a nombre de la revista CHRISTUS así como los datos que le pedimos.

SUSCRIPCION DE APOYO	\$ 2,000.00 (M.N.)	45 Dlls.
PARA MEXICO	\$ 1,000.00 (M.N.)	
PARA AMERICA LATINA (por correo aéreo)		\$30.00 Dlls.
PARA OTROS PAISES (Por correo aéreo)		35.00 Dlls.

Queremos recordarle que las nuevas suscripciones o renovaciones se tomarán de la siguiente manera:

De febrero a diciembre, ó de agosto a junio del año siguiente diez números al año, (NO publicamos los meses de enero y julio).

Le suplicamos de la manera más atenta que si cambia de domicilio, por favor nos envíe el anterior para proceder a hacer el cambio correspondiente y que el envío no se duplique.

DEPARTAMENTO DE SUSCRIPCIONES

una eclesiología desde américa latina

CARLOS BRAVO G, SJ

UN LIBRO QUE, ESCRITO DESDE EL CONTACTO CON EL POBRE, PROFUNDIZA EN LOS TEXTOS PAULINOS Y FAVORECE LA REFLEXION ECLESIOLOGICA EN AMERICA LATINA.

pablo latapí

JUSTICIA Y CAMBIO SOCIAL

SERIE DE ARTICULOS QUE A PARTIR DE ANALISIS SOCIAL Y DESDE
LA PERSPECTIVA CRISTIANA ANALIZAN LA JUSTICIA Y EL CAMBIO
SOCIAL EN Y PARA AMERICA LATINA

85 págs.

\$ 50.00 2.50 Dls.

Pedidos a:

Centro de Reflexión Teológica
Apdo Postal 19-213
Colonia Mixcoac
Delegación Benito Juárez
03910 México, D.F. México
Tel: 598-47-08

DESCUENTO DE 30o/o, 35o/o y 40o/o,
según la cantidad de libros que adquiera

aportes crt 1

JON SOBRINO La oracion de Jesus y del cristiano

Estudio breve y profundo en torno a la vocación cristiana a vivir la experiencia de la oración a partir de la historia orante de Jesús. Vemos en el cómo la oración y la acción por la justicia en nuestro mundo están estrechamente vinculados en Jesús y en sus seguidores.

Pedidos a : Centro de Reflexión Teológica
Apdo Postal 19-213
Colonia Mixcoac
Delegación Benito Juárez
03910 México, D.F. México
Tel: 5-98-47-08

Descuento según pedido

\$ 80.00 2.50 Dls.

PEDI
CENT
APDC
COLC
DELE
0391
Tel: 5