

El Proyecto Piaxtla. De la atención curativa a la acción social.

El Proyecto Piaxtla de México Occidental es un programa rural de salud comunitaria desarrollado enteramente por campesinos. Nombrado así por un río cercano, fue iniciado hace 30 años cuando las diarreas y enfermedades infecciosas combinadas con la desnutrición crónica dominaban la escena sanitaria.

Esta situación adversa tenía en gran parte su origen en la desigual distribución de la tierra, la riqueza y el poder. La mayoría de los campesinos poseían poco o nada de tierra, y la que poseían era de mala calidad. En cambio, un puñado de familias ricas poseía grandes extensiones de tierra fértil junto al río y grandes manadas de ganado. Estas pocas familias ricas controlaban por completo la Junta Directiva de Ajoya. Repetidamente bloqueaban cualquier intento de los granjeros pobres por organizarse o exigir sus derechos constitucionales, recurriendo a la violencia cuando pensaban que era necesario para mantener su posición dominante.

En este ambiente, las estrategias del Proyecto Piaxtla para mejorar la salud evolucionaron en tres fases. En su fase más temprana no trataba cuestiones políticas, sino que se centraba en la *atención curativa*, la necesidad más inmediata de la población. Los promotores de salud de los pueblos eran formados mediante métodos participativos y aprendiendo con la práctica, y se hicieron relativamente competentes en el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes. Pero al transcurrir el tiempo, el equipo de salud y los campesinos a los que servía se dieron cuenta de que volvían a aparecer las mismas lesiones y enfermedades. Como respuesta, fueron cambiando poco a poco el enfoque del programa hacia *medidas preventivas y de fomento* como vacunaciones, letrinas y sistemas de agua potable. Como resultado, durante esta segunda fase del programa ciertas enfermedades se hicieron menos frecuentes y la salud mejoró notablemente. Pocos niños morían de tétanos o tos ferina, y pocos niños quedaban discapacitados por la polio o complicaciones del sarampión. Sin embargo, muchos niños y mujeres aún estaban desnutridos y enfermos, sobre todo en los años de malas cosechas. La tasa de mortalidad de menores de cinco años permanecía alta, especialmente entre los niños de familias pobres, que estaban sin tierra, mal pagados, mal atendidos y aventajados de muchas maneras por una pequeña minoría con tierra, salud y poder. Así el objetivo principal del programa cambió de nuevo: esta vez a la *acción organizada* para defender los derechos y necesidades básicas de la gente. De esta forma, el programa de salud rural evolucionó de la *atención curativa* a las *medidas preventivas y promocionales* y, más tarde, a la *acción sociopolítica*.

Se realizan talleres dirigidos por promotores de salud con campesinos, madres o escolares, que partían de un “análisis de la situación” o “diagnóstico comunitario” con los cuales los participantes identifican y discuten problemas relacionados con la salud de su comunidad y cómo esos problemas se relacionan entre sí. En lugar de observar la muerte de un niño como si tuviera una única causa (como una diarrea), aprendían a explorar la “cadena de causas” que llevan a la muerte de ese niño. Los eslabones serían identificados como biológicos, físicos, culturales, económicos y políticos, o (en términos más sencillos) relacionados con microbios y lombrices, con cosas, con costumbres y creencias, con el dinero y con el poder.

En las primeras fases del programa, cuando el enfoque era principalmente curativo y preventivo, los eslabones que la gente identificaba en la cadena de causas tendían a ser sobre todo biológicos, físicos y culturales. El rastreo hacia atrás de la cadena de la muerte de un niño por diarrea podría haber incluido *muerte, deshidratación, diarrea, gérmenes llevados de las heces a la boca y falta de letrinas, de higiene y de agua adecuada*. Pero cuando la gente empezó a explorar más allá, las cadenas de causas que describían tendían a incluir más eslabones económicos y políticos. Para la muerte por diarrea, la cadena incluiría ahora: *muerte, brotes frecuentes de diarrea, desnutrición, comida insuficiente, falta de dinero, padre trabajando campos ajenos, buenas tierras acaparadas por unos pocos hombres ricos, falta de aplicación de las leyes sobre reforma agraria, sobornos a los oficiales del gobierno, corrupción institucionalizada, ausencia de democracia participativa, insuficiente organización y acción del pueblo*.

Tras ganar mayor confianza, habilidades organizativas y unidad a base de combatir otros problemas, por fin los campesinos pobres estaban preparados para afrontar el problema más básico que contribuía al hambre y a la falta de salud: la desigual distribución de las fértiles tierras de cultivo del valle. Empezaron a ocupar y cultivar sistemáticamente algunos de los latifundios de las familias ricas -tierra a la que sabían que tenían derecho constitucional-. Dividieron la tierra de forma justa y entonces reclamaron al gobierno títulos de tierra. Cuando las autoridades estatales ignoraron sus peticiones, los campesinos pobres enviaron un comité a la Secretaría de la Reforma Agraria de Ciudad de México. Los campesinos insistieron hasta que por fin los funcionarios cedieron y ordenaron a la autoridad del estado que concediera títulos a las reclamaciones de los campesinos pobres.

Resumen de: Werner, D.; Sanders, D. y otros - *Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil - Health Wrights - 2000*. Disponible en: <http://healthwrights.org/static/cuestionando/>

