

**MOVIMIENTO NACIONAL DE SALUD POPULAR
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL
TALLER PARA PROMOTORES:**

GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD

Prólogo

En palabras de los promotores de salud, diagnóstico es el conocimiento de una persona o de un pueblo, de cómo piensa, vive y actúa y de las necesidades que padece. Al conocer una realidad realizamos un diagnóstico. La realidad es lo que vivimos. El diagnóstico es el análisis de la realidad y no sólo se ve en él que es lo que necesitamos, sino también lo que tenemos. Pero no la conocemos de golpe, se nos oculta, se necesita hacer un esfuerzo, dar un rodeo para conocerla.

Nosotr@s queremos cambiar la realidad a través de actividades de salud. Así, el diagnóstico que realicemos en nuestra comunidad no trata simplemente de reunir información para hacer una monografía más o menos extensa.

Necesitamos información que nos permita hacer un programa o plan de acción. Tal acción es, necesariamente, aquí y ahora. Por eso, porque la realidad en la que vivimos está cambiando muy rápidamente, requerimos de los detalles que nos permitan reconocer los problemas sociales y de salud más importantes, así como nuestras propias fuerzas y limitaciones para resolverlos.

De acuerdo con lo anterior, debemos contemplar todo diagnóstico como provisional. Pero si bien es cierto que el grado de profundidad del diagnóstico determina el tamaño de nuestros errores en la acción, no podemos esperar a "saberlo todo" para empezar a actuar, aunque tampoco podemos gastar nuestros limitados recursos en un activismo del que no se obtengan resultados.

El diagnóstico es una herramienta que tiene su modo de usarse, aunque la creatividad puede —y debe— ajustarlo, tanto a la realidad que pretendemos conocer mejor, como a la habilidad de quien usa ese instrumento.

Considerado lo anterior, leerás a continuación compañera, compañero, no un manual de instrucciones, sino una guía, que para algo va a servir, la que puedes usar de acuerdo con tu propio criterio. Sólo te avisamos que este cuaderno nació de las discusiones y las experiencias de dos generaciones de promotoras-es e instructoras-es, del curso organizado por el Movimiento Nacional de Salud Popular y el Centro de Asistencia Social.

Definiciones

a) Comunidad.

Mucho se ha escrito acerca de lo que es la comunidad.

Por ejemplo, los políticos y burócratas internacionales hablan de la "comunidad de las naciones", como si todos los países del mundo, o todas las personas, tuvieran algo o mucho en común. A reserva de discutirlo en otra parte, parece que las guerras actuales, unas 145 desde el final de la segunda guerra mundial a la fecha, nos hablan de cualquier cosa menos de tener algo en común. Y si a eso le sumamos las guerras económicas y la explotación "globalizada", pues tú dirás.

Otro ejemplo es el de algunas corrientes de la antropología, que estudian "las pequeñas comunidades", aquellas en las que todos se conocen y en las que -según los científicos- existen fines comunes, por más que hayan caciques, terratenientes y comerciantes que explotan a los demás.

Nosotr@s, sin embargo, insistimos: Queremos cambiar las cosas, no estamos conformes con la situación económica, política y social que nos tocó vivir. Somos rebeldes. Así, no nos interesa lo mismo que a los burócratas del poder, tampoco lo que a los científicos que están de parte del retrato folklórico o del simple registro de datos.

Así, a lo que nosotr@s llamamos "comunidad" es a nuestro espacio de lucha, a nuestro lugar de organización, al terreno que nosotr@s reclamamos para establecer nuestras reglas de juego, junto con nuestra gente.

Nuestra comunidad es nuestro pueblo, nuestra colonia, nuestra vecindad, nuestra fábrica, nuestro ejido, nuestra etnia...

Nuestra, porque así la sentimos, así la reivindicamos y reclamamos. Pero que por lo pronto casi nunca nos pertenece en realidad, porque nuestra voluntad ha sido sustituida por la de los propietarios, la de los grandes comerciantes, la de los partidos políticos, la voluntad de las minorías que determinan el gobierno y el destino de todo nuestro país y de todo lo que nos rodea.

Así, los límites de nuestra comunidad son los límites de nuestra fuerza, aunque también los límites de las otras comunidades, las otras colonias, etnias, barrios, etc., formadas por otras gentes, parecidas mas no idénticas a nosotr@s, pero con l@s que aspiramos a construir, junt@s, una Patria Nueva, otros mundos posibles.

En síntesis, la comunidad es, para nosotr@s y para los fines de esta guía, el territorio donde estamos y la gente con la que luchamos.

Así, para nosotr@s la comunidad es una unidad de lucha para establecer la voluntad popular, un lugar donde la gente se va apropiando de su destino. Es, por tanto, una población organizada, dentro de un territorio determinado, que realiza actividades de salud, educación, producción económica, depuración y afianzamiento de su cultura y otras, tendientes a la autodeterminación, lo que incluye, en la medida en que es agredida desde afuera (principalmente por el Estado) actividades de auto-defensa.

La autodeterminación -llamada también poder popular- no puede lograrse por parte de cada comunidad de forma aislada, sino que en el camino se van encontrando otros conjuntos de la población que tienen las mismas aspiraciones, de manera que van uniendo sus fuerzas.

Así, nuestra herramienta llamada diagnóstico de comunidad, debe responder a preguntas como ¿Quiénes se oponen y dificultan nuestro camino liberador y con qué fuerza cuentan? ¿Quiénes somos los que queremos avanzar en la salud, la educación, la satisfacción de las demás necesidades básicas, el logro de la justicia, la libertad y la paz digna y qué fuerza tenemos? ¿Con quiénes nos podemos juntar para aumentar nuestras fuerzas? ¿A quiénes debemos dejar a un lado porque no van a jalar con nosotros, aunque tampoco son nuestros enemigos? ¿A quiénes podemos ir convenciendo para que se unan a la lucha?

A esas preguntas referentes a la propia comunidad, es decir, al pueblo y al territorio al que pertenecemos, se pueden agregar otras, como ¿Hasta dónde extender el esfuerzo? ¿Contamos con

fuerzas en los municipios o las colonias vecinas? ¿Con cuáles fuerzas nos identificamos en la entidad federativa y en todo el país?

b) Salud.

Ya hemos discutido en otros sitios las diversas definiciones. Recordemos que unos definen a la salud como un estado de equilibrio entre el organismo humano y el medio, tanto físico como social. Otros la definen como "lo normal", entendido ya sea como la regla (impuesta por unos pocos) o como lo que predomina desde el punto de vista estadístico. En general, la salud se considera como el estado en que no hay enfermedad, a lo que se agrega que, además, es un estado de bienestar físico, psicológico y social.

Recordemos también que todas esas definiciones son insuficientes para nosotros, pues son dadas por una ciencia que está al margen de los intereses, la ética y el sentir del pueblo. Así, rescatamos la definición dada en el Primer Encuentro de Promotores de Salud de Moisés Gandhi:

"Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad sea social o política. Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente l@s indígenas se puedan determinar de manera autónoma, y donde la pobreza, la militarización y la guerra destruyen la Salud.

"Este bienestar abarca lo físico y lo mental. Esto significa tener buena alimentación, buena vivienda, mantener la higiene en las casas, tener agua potable, luz y servicios médicos; que no haya contaminación por agroquímicos en la tierra y al medio ambiente ya que perjudica a la población, tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización, tener libertad, respeto a la cultura y justicia.

"Consideramos que la salud debe tener necesariamente las siguientes características:

- 1.- Para tod@s: la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s.
- 2.- Neutralidad: como trabajador@s de la salud debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero...
- 3.- Responsabilidad: la salud debe estar en manos del pueblo, y debemos demostrar que el trabajo de l@s promotor@s es importante y eficaz y que no lo pueden llevar a cabo sin el apoyo del pueblo."

Contenidos del diagnóstico de salud y fuentes de información

La definición de "comunidad" como gente luchando en cierto territorio y la de "salud" como algo a lograr, llamado por algunos ideal o utopía, delimita nuestro diagnóstico, por más que resulte muy amplio.

Si se lucha por un ideal, por un sueño, el diagnóstico significa el principio del despertar. Es así porque contiene los suficientes elementos de la realidad como para poder transformar, aunque sea, una pequeña parte de la injusta vida que tenemos que vivir.

Aunque nuestra pretensión última, nuestra visión, sea la de construir todo un mundo nuevo, no podemos olvidar aquí que estamos comprometid@s con un trabajo de salud, que es tan amplio como la definición de Moisés Gandhi, pero no contiene mas que una parte -muy importante para nosotros, trabajadores de la salud- de la realidad.

Con el fin de facilitar el estudio, dividiremos el diagnóstico en varios capítulos, aunque en la realidad los

diferentes contenidos van estrechamente entrelazados; cada uno de esos capítulos representa un área del diagnóstico, tiene un método y herramientas propias para su conocimiento y consta de una serie de datos específicos. En términos generales, estas áreas son 3: a) Características sociales, económicas, culturales y demográficas, con relevancia para la comprensión de la situación de salud (o, mejor, de enfermedad y muerte); b) situación de las enfermedades y causas de muerte y, c) situación de los servicios disponibles para la atención a los problemas de salud.

Cada una de estas áreas representa fuerzas sociales en lucha, fuerzas cuyo tamaño debe ser considerado por nosotros. Sería muy fácil decir, con la ciencia dominante, que las fuerzas se miden y que lo que no se puede medir no existe. Por dar un ejemplo, podemos medir cuántos enfermos son atendidos por un servicio de salud del gobierno y cuántos atendemos nosotros los promotores ¿Cómo medir, sin embargo, la capacidad de lucha por la salud de las mujeres, o la fuerza que da saberse de una etnia?

Como quiera, la medición significa, como se desprende del ejemplo y de la pregunta anteriores, una comparación. Así, podemos comparar calidades, como la moral de los promotores en relación a la moral de los trabajadores de los servicios públicos de salud. Podemos también comparar cantidades, como cuántos enfermos tuberculosos hay entre los campesinos y cuántos entre los terratenientes.

Es posible -y también necesario- comparar lo que sucede con una misma condición en el tiempo, por ejemplo cuántos enfermos hay con tuberculosis en las familias campesinas ahora en relación a los que había hace, digamos, cinco años. Es necesario también comparar lo que sucede hoy entre dos poblaciones distintas, por ejemplo ¿cuántos enfermos con tuberculosis hay en nuestra comunidad en relación con los que hay -proporcionalmente- en el país o en un país con alto grado de desarrollo de los servicios de salud como Cuba.

Todo este asunto de las comparaciones, que en otras guías de estudio de la comunidad ocupa un lugar y un valor diferente, lo traemos aquí porque la información a obtenerse en cada área o capítulo debe ser comparable -ya sea en su calidad o en su cantidad- a la información correspondiente a otros tiempos o a otros lugares, para saber cómo andamos nosotros en nuestro lugar de lucha.

Analicemos, pues, aunque sea brevemente, cada una de estas áreas de información.

a) Características sociales, económicas, culturales y demográficas.

El solo enunciado de este capítulo es enorme y se han escrito muchísimos libros y artículos de revistas al respecto. Quedémonos con algunos aspectos básicos.

Lo primero que salta a la vista es la necesidad de ubicar la lucha por la salud dentro de la dinámica de las fuerzas sociales y las luchas presentes en la comunidad ¿Están organizados los trabajadores del campo o la ciudad, los colonos, las mujeres, los cristianos, etc.? ¿Qué fuerza tiene cada organización? ¿Hay coordinación, unidad, entre esas organizaciones? ¿Están organizados los comerciantes, los terratenientes, los ganaderos? ¿Qué papel juega el ayuntamiento? ¿Cómo estuvieron las últimas elecciones y qué participación tienen las fuerzas populares en la administración de la comunidad? ¿Qué actitud tienen la policía y el ejército y qué papel juegan respecto a las decisiones populares y las decisiones de los ricos? ¿Cómo se da la desigualdad en las relaciones de todos los días? ¿Cómo ha sido la historia de las luchas populares en la comunidad, en particular la historia de las demandas de salud?

En lo económico ¿Qué se produce en la comunidad, en qué trabaja la gente? ¿Cómo está la tenencia de la tierra? ¿Cómo está el desempleo? ¿Qué características tiene el comercio? ¿Hay cooperativas, cómo

funcionan? ¿Hay producción para la resistencia y cómo es? ¿Han habido cambios económicos en los últimos tiempos, particularmente en las condiciones de vida?

La demografía, palabra que significa "ciencia de la población" y con la que no nos meteremos a profundidad, tiene que ver en nuestro caso, principalmente con un fenómeno económico, la migración ¿A nuestra comunidad llega gente de fuera o se va la que nació aquí? ¿Cuánta? ¿Por qué entra o sale esa gente? ¿Vienen sol@s l@s trabajadoras-es, o con toda la familia? L@s que llegan ¿en qué condiciones tienen que vivir? ¿Ha sufrido modificaciones la migración en los últimos años?

En cuanto a lo cultural-étnico ¿Hay indígenas en nuestra comunidad, o somos indígenas tod@s? ¿Qué tan profundas son nuestras raíces? ¿Tod@s hablan la lengua indígena? ¿Guardan las tradiciones? ¿Tratan de esconder su origen? ¿Hay autoridades indígenas y qué tanto poder tienen para gobernar la comunidad? ¿Aparte de las tradiciones indígenas, hay otras en la comunidad que unan a la gente, como las fiestas patronales, las mayordomías u otras? ¿Cómo ha cambiado la situación de las tradiciones y la pertenencia a pueblos indígenas durante los últimos años?

La fuente de toda esta información es el propio pueblo, si bien hay censos económicos, monografías, estudios antropológicos publicados en libros y revistas especializadas, artículos periodísticos y encuestas oficiales. Aunque estas fuentes, llamadas "indirectas" porque no fuimos nosotros los que obtuvimos directamente los datos, tienen su importancia, siempre es mejor que la información sea directa.

Mucha información "científica" se obtiene a través de encuestas, aplicadas a una parte de la población llamada "muestra", con una serie de preguntas en cuya elaboración nunca participan los encuestados. Aunque las encuestas pueden ser de utilidad, su elaboración requiere de entrenamiento específico, además de que, en general, le sirven a quienes no viven en las comunidades, para obtener información que ya tiene la propia comunidad.

Por lo anterior, las fuentes de datos más importantes para elaborar planes es, en primera instancia, la que tienen los miembros de la comunidad que llevan bastante tiempo en la lucha, así como los viejos y quienes más saben sobre aspectos específicos.

Una fuente muy completa de información acerca de los problemas sociales, económicos y de salud es la historia de vida de algunos pobladores de la comunidad; el o la promotor-a deben saber registrar historias de vida.

No en último lugar está la información que obtenemos por observación. Parece mentira que con frecuencia le tengamos más fe a lo que otros nos dicen, o a lo que está escrito, que a lo que vemos u oímos.

b) Situación de las enfermedades y causas de muerte.

A pesar de que estamos hablando de salud, la medición positiva en las condiciones de explotación y miseria en que vive nuestro pueblo es prácticamente ridícula. El gobierno trae indicadores de Cuba, el único país en que se puede medir la salud en términos positivos, imposibles de aplicar aquí. Por ejemplo, el grado de participación del pueblo en el deporte, la comparación del aumento en peso y talla de los niños y jóvenes de hoy con relación a los niños y jóvenes de antes o el grado de aumento de la capacidad mental en las generaciones de antes y después de la revolución, son todas medidas importantes en el país que tiene la menor cantidad de muertes en todo el continente americano.

Así que nosotros todavía tenemos que medir la "salud" en términos de enfermedad, de sufrimiento y de muerte.

Para medir los daños a la salud, no basta con saber cuántos enferman o cuántos mueren y de cuáles enfermedades. Debe relacionarse la cantidad de enfermos y muertos con la cantidad de población, así como con las edades y todo eso con el tiempo en que se produce el daño. Vamos más despacio:

La pregunta pudiera ser ¿cuántos enfermos hay con diarrea en mi comunidad? En este caso, la pregunta es muy deficiente, porque no es lo mismo la diarrea en, digamos, el mes de mayo y el mes de diciembre. Pero sí pudiéramos comparar la cantidad de enfermos con diarrea de este mayo con mayo del año pasado o antepasado.

Pero para comparar con otras poblaciones, es necesario relacionar qué porcentaje (o cuántos por mil o por 10 mil) del total se enferma. Por ejemplo, si queremos comprobar que la tuberculosis es una enfermedad de la pobreza, no basta con decir que hay menos ricos con esa enfermedad, porque de por sí hay menos ricos. Tenemos que saber de cada 100, ó de cada 1000 ricos, cuántos padecen tuberculosis y de cada 100, ó de cada 1000 pobres cuántos tienen esa enfermedad. Lo mismo ocurre si queremos saber si hay más muertos o más enfermos, por ejemplo, en San Juan o en San Pedro, porque los dos poblados no tienen la misma cantidad de habitantes. A lo mejor hay, en un año, una cantidad parecida de muertos por pulmonía, pero San Juan tiene el doble de población que San Pedro; en ese caso, los sanpedreños están peor, porque -en porcentaje- los sanjuanenses tienen la mitad, es decir, menos riesgo o mejores condiciones (por ejemplo, porque en San Juan los niños con pulmonía pueden ser atendidos por una promotora de salud).

Por otro lado es importante saber en qué edades hay más muertos. Ya sabemos que todos vamos a morir, pero en nuestro país, y seguramente en nuestra comunidad, se mueren más niños que viejos y eso revela la injusticia que tenemos que vivir. Así, la pregunta no sólo puede ser ¿cuántos niños y cuántos viejos se murieron el año pasado?, sino de los niños que hay y de los viejos que hay ¿qué porcentaje (o "pormilaje") se tuvo que morir durante el año pasado?

Para no hacer este asunto más complicado, las edades se agrupan, de modo que quedan como sigue: 1) Menores de 1 año, es decir, desde que nacen hasta que tienen 364 días; 2) preescolares, de 1 a 4 años; 3) niños de 5 a 14 años; jóvenes de 15 a 45 años; 4) maduros de 45 a 54 años; 5) más maduros, de 55 a 64 años y, 6) viejos de 65 y más años de edad.

Así, podemos medir, por ejemplo, cuántos lactantes o menores de un año, cuántos preescolares y escolares se tienen que morir de cáncer. En este caso, se dice que el cáncer es una enfermedad (en realidad son muchas enfermedades diferentes, pero de características parecidas) de los viejos. Eso no es cierto: La destrucción ambiental, el abuso de productos químicos en el campo, los desperdicios venenosos de la industria y las radiaciones producidas por la propia industria, ocasionan un alarmante aumento en el cáncer en edades tempranas. La única manera de saber esto en nuestra comunidad es meternos a la aritmética.

Una cosa similar, muy importante, es medir la enfermedad y la muerte comparando el sexo, al menos por dos razones: Hay enfermedades específicas de los hombres que no le pegan a las mujeres, y al revés. Pero también hay enfermedades, por ejemplo del trabajo, que pueden darle tanto a hombres como a mujeres, pero que revelan el trato dispar que reciben las personas según su sexo.

Si queremos medir, por ejemplo, la cantidad de mujeres que mueren o enferman por cáncer de la matriz,

tenemos que tomar en cuenta sólo a las mujeres, o aún de manera más específica, las mujeres mayores de 24 años. Pero si queremos medir quiénes, entre hombres y mujeres, tienen mayor riesgo de que se les aplasten las manos en las fábricas, tenemos que recurrir a la comparación entre porcentajes (otra vez, en “pormilajes”) de obreras y de obreros que padecen este daño.

En síntesis, a eso que dimos en llamar “porcentajes” o “pormilajes” se le conoce como “tasas”, así, con ese. La expresión de una tasa es:

$$\text{tasa} = \frac{\text{número de personas que sufren el daño}}{\text{número de personas de la población}} \text{ por } 100 \text{ ó por } 1000$$

Decimos que por 100 ó por 1000, porque a lo mejor, expresada en por cientos, la tasa es un número fraccional, por ejemplo, 0.2. Si ese número lo expresamos en por mil, resulta 2 y es más fácil de manejar. Las tasas muchas veces se tienen que expresar en términos de 100 mil, así que, si no sabes, tienes que aprender a hacer divisiones con decimales.

De manera más específica,

$$\text{tasa de mortalidad} = \frac{\text{número de personas que mueren de cierta enfermedad}}{\text{número de personas de la población}} \text{ por } 1000$$

$$\text{tasa de morbilidad} = \frac{\text{número de personas que enferman de cierta enfermedad}}{\text{número de personas de la población}} \text{ por } 1000$$

$$\text{Tasa de mortalidad por pulmonía en San Pedro} = \frac{\text{número de muertos por pulmonía en San Pedro durante el año de 1998}}{\text{número de habitantes de San Pedro durante el año de 1998}} \text{ por } 1000$$

$$\text{Tasa de mortalidad por pulmonía en menores de un año en San Pedro} = \frac{\text{número de menores de un año muertos en San Pedro durante el año de 2000}}{\text{número de habitantes menores de un año San Pedro durante 2000}} \text{ por } 10\,000$$

En el caso de los menores de un año, su cantidad no puede salir de los censos, pues es una cifra muy inexacta. Por eso se acordó tomar a los nacidos vivos registrados en el Registro Civil.

$$\text{Tasa de lesiones en las manos de obreras/os en las fábricas de San Juan durante el año de 1998} = \frac{\text{número de obreras/os lesionados en las manos en las fábricas de San Juan durante el año de 1998}}{\text{número de obreras/os ocupados en las fábricas de San Juan durante 1998}} \text{ por } 100\ 000$$

Nos hemos detenido en este asunto de las tasas porque estas tasas son la mejor manera de expresar y de medir (comparar) un daño a la salud. Por desgracia, aquí no acaban las complicaciones ¿De dónde sacamos la cantidad de muertos de tal enfermedad en tal grupo de edad? ¿Y de dónde la cantidad de habitantes de tal edad en tal comunidad?

Se dice fácil, pues los censos llevados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) informan acerca de la población; las actas de defunción del Registro Civil informan sobre los muertos, de acuerdo a su edad y la enfermedad que padecieron, y los registros de las clínicas, centros de salud y hospitales nos hablan del número de enfermos, también de acuerdo a su edad.

Pero ¡cuidado! Los censos en México se llevan cada 10 años, en los años que acaban en cero, por lo que hay que calcular el "incremento intercensal de población". De forma un poco burda, el cálculo pudiera hacerse de la siguiente manera, tomando como ejemplo el cálculo de población para 1998:

$$\text{Población de San Pedro en 1998} = \left(\frac{\text{Población de San Pedro en 1990} - \text{Población de San Pedro en 1980}}{10 \text{ (el número de años transcurrido entre los dos censos)}} \right) \times 8 + \text{Población de San Pedro en 1990}$$

Expresado en palabras: Para saber, según el censo, la población de San Pedro en 1998, vemos cuánto aumentó la población entre los 2 últimos censos, es decir, los de 1980 y 1990. Digamos que hay 2 200 habitantes más. Necesitamos saber entonces cuántos aumentaron, en promedio, por año; como esos 2 200 aumentaron en 10 años, dividimos entre 10 años y nos resulta que, en promedio, hubo un incremento de 220 por año. Suponiendo que ese incremento se sostiene, en 8 años la población aumenta en $220 \times 8 = 1760$. Esa cantidad se la tenemos que sumar a la población del último censo, que es el de 1990, para tener una cifra aproximada de los habitantes en 1998. Lo mismo podemos hacer para cada grupo de edad y para la población masculina y femenina.

Pero tienes toda la razón si te preguntas ¿Y qué tan confiables son los censos de población en México? Todas las cifras oficiales son "maquilladas" por distintos intereses. Uno de los ejemplos más escandalosos y criminales fue la omisión, para el censo de 1970, de más de 60 000 indígenas rarámuris en Chihuahua, cosa que ocurrió en interés de una empresa maderera (la llamada Promotora Forestal Tarahumara), que así tumbaba árboles en "tierra de nadie". En general y en serio, muy en serio, puede decirse que hay una calificación internacional de los censos, que va del 1 al 6, siendo el 1 la calificación más alta; el censo mexicano de 1990 ¡no alcanzó ni el 6!

En cuanto al Registro Civil, tiene el problema de que faltan cada vez más actas de defunción, particularmente de los niños pequeños, porque es muy caro el entierro; también faltan cada día más actas

de defunción de los adultos en las zonas con guerra, como sucede en los estados de Chiapas, Oaxaca o Guerrero. Por añadidura, en muchos lugares el diagnóstico de la causa de defunción es falso, ya sea porque no hay médico, o porque éste tiene algún interés en ocultar la causa. Esto último ocurre con frecuencia con enfermedades "controladas" como el paludismo, o "erradicadas" como la poliomielitis, aunque también en el caso de las muertes violentas. Mención especial merece el dato de los nacimientos registrados, porque es también inexacto, ya que muchas actas de nacimiento o no se hacen o se hacen de forma extemporánea; por ejemplo, la mayor parte de la población indígena de nuestro país, que se calcula en 12 millones de personas, oficialmente ni siquiera ha nacido, pues no tiene acta de nacimiento.

Por otro lado, la cantidad de enfermos en los centros de salud, clínicas y hospitales también está falseada, pues los establecimientos privados nunca reportan el número de pacientes, las más de las veces por evitar el pago de impuestos, y los establecimientos públicos no dan datos o los falsean, como es el caso de las enfermedades y accidentes de trabajo en las instituciones de seguridad social. Además, si, por ejemplo, los enfermos graves de San Pedro se atienden y se mueren, digamos, en la capital del estado, dejan de ser registrados en San Pedro.

Bueno, entonces te preguntarás para qué diablos te hicimos leer y estudiar todo este rollo de las tasas. Pues porque nada hay de malo en ellas, sino en el sistema oficial de levantamiento de datos. Por eso es muy importante que los datos sean nuestros, levantados y manejados por el pueblo. La información es parte del poder, y por ahora está en manos del gobierno y no del pueblo. Así, tenemos que hacer nuestros propios censos, o apoyarnos en los que ya se hacen en las comunidades. Los maestros de escuela, por citar un caso importante, hacen censos comunitarios con frecuencia y son más confiables que los del INEGI; también cabe mencionar los censos de electores, aunque no contienen a la población menor de 18 años.

Es fundamental que registremos los diagnósticos de todos nuestros pacientes, para lo que conviene trabajar junto con otr@s promotoras-es. Nuestras historias clínicas pueden ser una excelente fuente de información acerca de los daños a la salud presentes en nuestra comunidad y su evolución a lo largo de los años.

Mención aparte merece el diagnóstico de las condiciones especiales que producen, condicionan o facilitan la aparición de enfermedades, es decir, las condiciones de riesgo a la salud. Entre ellas la más importante, en el plano que estamos tratando en esta guía, es el saneamiento del medio.

A este respecto, los diagnósticos de comunidad suelen contener información sobre el agua de consumo humano, las características de la vivienda, la disposición de las excretas y la basura, el saneamiento de los alimentos y la existencia de fauna nociva. En uno de los ejemplos que usamos antes, vimos la importancia de la contaminación por agroquímicos.

Quizá lo más importante al respecto sea conocer el grado de potabilidad del agua ¿De dónde se obtiene? El agua de pozos profundos es la más limpia; el agua de río y de laguna, así como la que proviene de norias cercanas a las fosas sépticas no es potable, a menos que reciba tratamiento ¿Cómo se trata el agua no potable? ¿Se hierve, se clora, se filtra, se asolea? Un dato de importancia que se olvida frecuentemente es cómo y en cuánto tiempo llega el agua hasta el sitio donde se consume, ya que -en términos prácticos- la mejor agua es la que está cerca.

En cuanto a la vivienda, importa saber si es cómoda, si es tibia cuando hace frío y fresca cuando hace calor. Las casas campesinas con el fogón adentro tienen la ventaja de que hay menos moscos. Interesa saber cuánta gente vive en casas de cartón, que propiamente no son viviendas, sino lugares indignos para

los seres humanos.

En cuanto a la disposición de los excrementos, en lugares densamente poblados es inadecuado obrar sobre el suelo, así que el dato de cuántas familias lo hacen y dónde se ubican es importante. El uso de agua, muchas veces potable en las ciudades, para el arrastre de los excrementos es una perversión, ya que origina un dispendio innecesario de un elemento cada día más escaso; arrastrar por ejemplo un cuarto de litro de orina con seis litros de agua es una barbaridad, lo mismo que llevar un río de caca desde una ciudad hasta el mar, a cientos de kilómetros de distancia. Por ello es muy importante que nos informemos acerca de los distintos tipos de letrinas que existen.

Se llama fauna nociva a la que daña al ser humano, sin considerar que éste se ha extendido tanto y ha abusado tanto del ambiente, que más bien resulta al revés. Pero en los manuales de salud, la fauna nociva generalmente se reduce a los mosquitos transmisores de algunas enfermedades, a algunos animales ponzoñosos y a las terribles moscas. Estas no son, en verdad tan terribles, pues más excremento arrastra un perro con sus patas que mil moscas, y más caca lleva una mano a la boca cuando no se lava, que todas las moscas que hayan en nuestra comunidad.

Si resulta importante, para el control y la prevención de enfermedades como el paludismo o la fiebre amarilla saber dónde están los criaderos de zancudos; también conocer cómo se puede prevenir el piquete de los alacranes y otros arácnidos, así como las mordeduras de las serpientes venenosas. Hay algunos transmisores de enfermedades como el simúlido (especie de pequeño tábano) que pasa la oncocercosis de un enfermo a un sano, la chinche hocicona transmisora de la enfermedad de Chagas (más frecuente de lo que se supone en México) o un zancudo transmisor de la úlcera de los chicleros, que están proliferando muy rápidamente, debido a la destrucción de las selvas.

Finalmente, respecto al saneamiento interesa saber cómo se conservan limpios, o no, los alimentos. La mayor contaminación de éstos se realiza a través del agua sucia a la hora de regarlos, como pasa principalmente en el caso de las hortalizas. Pero hay que saber que las manos sucias de quien prepara los alimentos, generalmente porque no hay disponibilidad de agua dentro o cerca de la vivienda, es responsable de la mayor parte de las enfermedades diarreicas.

c) Situación de los servicios de salud.

Habitualmente esta área tiene información acerca del número de camas hospitalarias, de la ubicación de los servicios para enfermos ambulatorios (que pueden andar), de laboratorios y gabinetes de diagnóstico, de centros especiales de tratamiento, todo ello según sean públicos o privados y de acuerdo a la institución a la que pertenezcan. Así, en general quedan excluidos los servicios que prestan atención alternativa -como herbolaria o acupuntura- y los servicios que prestamos nosotros, desde nuestras iniciativas de salud en manos del pueblo.

En cuanto a los servicios médicos que utilizan medicina de patente, lo más importante es saber dónde están, si sirven o no sirven y para qué, y qué se necesita para ser atendido. Ya carece de interés dividirlos de acuerdo a la institución a la que pertenecen y si son públicos o privados. Desde luego que estos servicios deben ser utilizados y, de acuerdo con la fuerza que tengan nuestras organizaciones, también controlados por el pueblo.

Al respecto es importante señalar que en general exigimos (cuando tenemos oportunidad de hacerlo) mejoras a los servicios dependientes del sector público, pero no tomamos en cuenta los privados; hagámonos conscientes de que todos son de paga, ya sea por desembolso directo, porque nos descuentan

del salario o porque pagamos impuestos. Generalmente en las comunidades, tanto de la ciudad como del campo, los servicios que predominan son los privados y nosotr@s l@s promotoras-es debemos contar con información acerca de su calidad y costo.

Debemos conocer no solamente cuál es el costo monetario; pudiera existir, por ejemplo, un dispensario de alguna iglesia, que de servicios gratuitos, pero que además de malo tenga tiempos de espera demasiado largos u horarios inconvenientes. También debemos estar informados del cambio de condiciones de los servicios, según el personal que haya en un momento determinado; puede ocurrir que en alguna clínica o consultorio cambie el médico, ya sea para bien o para mal.

La mejor fuente de información es la propia gente de la comunidad, que sabe dónde están los servicios y conoce más o menos su calidad. Como quiera, debemos ser cautelosos, pues a veces existen impresiones subjetivas, como creer que un charlatán es buen médico porque es buen vendedor, o que un buen médico es juzgado como malo porque alguna vez cometió un error. Por eso es importante no guiarse por una sola opinión.

Es preciso conocer no solamente la capacidad de los médicos y los servicios de atención a la salud para resolver los problemas de los enfermos, sino también para la prevención de enfermedades y para la capacitación de nosotr@s mism@s como promotoras-es.

En resumen, es conveniente saber con precisión dónde se resuelve mejor cada uno de los distintos tipos de problemas de salud de nuestra comunidad, cuál es su trato y su grado de compromiso con nuestra gente.

Organización del diagnóstico

a) ¿Quiénes deben realizar el diagnóstico de comunidad?

1) La comunidad.

A diferencia de lo que ocurre con las "investigaciones" académicas o con las "encuestas de salud" que realiza el gobierno, siempre a espaldas del pueblo, nuestro diagnóstico no sólo es para la gente, sino por la gente y, sobre todo con ella. No vamos a prometer nada, en el estilo de "si nos das información, podremos realizar un plan que te beneficiará", tampoco le vamos a decir al pueblo que el conocimiento que se genere mediante el diagnóstico le puede servir a esa y a otras comunidades, mucho menos vamos a irle con el cuento de que somos nosotros los que sabemos.

Si mucho, lo que vamos a hacer, siempre con la autorización y la participación de la comunidad, es organizar el conocimiento que ya tiene en colectivo, a modo de poder realizar acciones en el campo de la salud, acciones que a su vez siempre tendrán el sentido de aumentar el poder, la autogestión, del pueblo.

Así, la asamblea, la misma que debió haber comisionado a un-a compañer@ como promotor-a, es la que decide si se ha de realizar un diagnóstico y cuándo. No sólo eso, sino que debe decidir qué situaciones diagnosticar primero, puesto que a todo diagnóstico se llega por aproximaciones sucesivas y empieza por investigar lo que más interesa a quien lo hace, en este caso a la comunidad. Para planear se tiene que contar con la decisión de la comunidad sobre cuál es el problema principal y qué se puede hacer para resolverlo.

De esta manera, el diagnóstico corresponderá a la fuerza real que tenga la comunidad en un momento

dado, no la fuerza para realizar el propio diagnóstico, sino para actuar en consecuencia con él. Es la comunidad la que dice "tenemos tantos más cuantos recursos disponibles para dedicarlos a la salud, con esos mismos recursos -de gente sobre todo- debemos hacer tanto el diagnóstico como resolver los problemas que con él se definan".

En cada ciclo diagnóstico - plan - realización del plan - evaluación - nuevo diagnóstico, la asamblea decide y participa en todas y cada una de sus partes y trata de que participe la mayor parte de la gente de la comunidad. Si, también -y sobre todo- l@s niñ@s, l@s ancian@s, l@s discapacidad@s, l@s más débiles.

2) El comité de salud.

Este, formado por personas interesadas en la salud, va a facilitarle el trabajo al o la promotor-a, organizando a l@s informantes, consiguiendo los recursos materiales, haciendo un puente entre promotor-a y autoridades comunitarias, apoyando al o la promotor-a para que cumpla con los acuerdos de la asamblea. Pueden ser parte del comité las personas que así lo deseen y que puedan aportar su colaboración; conviene que conozcan a la comunidad y que la comunidad conozca y respete a quienes forman el comité. Uno de los lugares donde la presencia del comité de salud no debe faltar, es en las asambleas de la comunidades.

3) El o la promotor-a.

Es quien carga con la responsabilidad ejecutiva del diagnóstico. Elabora el plan o protocolo del diagnóstico y lo presenta a la asamblea, o las autoridad comunitarias, y al comité de salud. Es el que dirige el proceso, obtiene la información y la sistematiza. Hace también las propuestas para el plan de salud, que deben ser aprobadas por la asamblea. Está claro que tal plan de salud incluye todo su trabajo como promotor-a.

4) Los asesores.

Un asesor es alguien que da consejo, no uno que toma decisiones. l@s promotoras-es pueden aconsejarse con otr@s promotoras-es, con l@s capacitadoras-es, con técnicos y profesionales de salud o con quien deseen, pero la decisión es de l@s promotoras-es, que a su vez son portadores de las decisiones de la asamblea comunitaria.

b) Calendario.

No hay reglas para establecer la periodicidad del ciclo diagnóstico - plan - realización del plan - evaluación - nuevo diagnóstico, aunque es conveniente hacerlo coincidir con el ciclo de vida; en las comunidades rurales por ejemplo, se facilitan las tareas del diagnóstico si se sigue el ciclo agrícola y en las urbanas si se coincide con períodos de vacaciones.

¿Cuánto tiempo dura la realización de un diagnóstico? Depende de la habilidad del o la promotor-a, así como del tamaño del plan que se tenga en mente. Sin embargo, el lapso del diagnóstico tiene que ser tan breve como para que no hayan cambiado mucho -que siempre cambian- las condiciones sociales, económicas y de salud que se estaban dando al principio de su realización ¿Un mes? ¿Tres meses?

Algunas situaciones especiales requieren hasta de más tiempo, pero es conveniente, en condiciones de paz relativa, hacer planes, con su diagnóstico previo, para un año, no más porque hoy día es difícil prever.

Ya en la práctica resulta que el diagnóstico se lleva habitualmente el 10% del ciclo arriba mencionado, lo que viene a ser cerca de un mes si el plan es para un año.

Para terminar

Este escrito no agota todo lo que debe llevar un diagnóstico. Se trata solamente de algunos ejemplos frecuentes, además –por supuesto- de la insistencia de que la salud... y todo lo demás... quede en manos del pueblo.

Pero es importante saber que cada diagnóstico es distinto, porque cada comunidad es diferente y en cada lugar los problemas de salud también son diferentes.

¿Cómo ver las diferencias? Mediante la comparación de la presencia de las enfermedades más frecuentes por un lado, y mediante la comparación de los riesgos de enfermar por el otro. Porque no es igual una comunidad en la que existe una industria química, por ejemplo, y otra donde ésta no existe. Tampoco es lo mismo un lugar donde se ha destruido el bosque y otro donde la selva saludable protege la salud de sus habitantes. Y así. Lo importante, compañera, compañero, es que entre tod@s hagamos ese diagnóstico... para que el siguiente instructivo no lo escriba yo, sino todo el pueblo en el que vives y trabajas.