

# INTRODUCCION

*Salud para todos en el año 2000* se ha hecho la meta de la Organización Mundial de Salud (OMS) y de la mayoría de los países del mundo.

Tal meta global es muy digna de elogio. Pero de alguna manera es peligrosa porque hay el riesgo de intentar alcanzarla de modos que se hagan tan uniformes, tan impersonales y tan controlados por las autoridades, que se pierdan muchas de las cualidades humanas que son indispensables para la salud y para el cuidado de la salud.

Ya hay evidencia de que esto está sucediendo. En los últimos 10 ó 15 años se han realizado muchísimos intentos de hacer llegar la atención básica de la salud a las comunidades pobres. Se han gastado billones en grandes programas nacionales o regionales planificados por expertos altamente especializados. Pero muchas veces los resultados han sido descorazonadores. En la mayoría de los países, sigue creciendo el número de personas que sufren de enfermedades que podrían prevenirse o son fácilmente curables.

En cambio, ciertos programas comunitarios de salud han tenido éxito para ayudar a los pobres a remediar las necesidades que se relacionan con su salud. Algunos estudios realizados por observadores independientes\* han mostrado que **los programas que generalmente se reconocen como exitosos, ya sean grandes o pequeños, muchas veces tienen lo siguiente en común:**

**1. Orígenes modestos y locales y una lenta expansión descentralizada.** Aún los grandes programas que han resultado exitosos generalmente empezaron como pequeños proyectos que se desarrollaron gradualmente y evolucionaron según las necesidades de determinadas comunidades. A medida que estos programas se han expandido, han permanecido **descentralizados**. Esto quiere decir que la planificación y las decisiones importantes aún tienen lugar al nivel de la aldea o la comunidad.

**2. Participación de la gente local —especialmente de los pobres— en cada fase del programa.** En los programas efectivos se reconoce y trata de hacer frente a los conflictos de intereses que existen muchas veces entre los fuertes y los débiles, incluso en una comunidad pequeña. No sólo los líderes locales, sino también las personas más pobres y desafortunadas, desempeñan un papel principal en la selección de sus propios promotores y en la determinación de las prioridades del programa. Un propósito consciente de tales programas es ayudar a fortalecer la posición y el poder de los pobres.

**3. Un enfoque que considera la planificación como un “proceso de aprendizaje”.** La planificación del programa y de la capacitación de promotores no sigue un plan predeterminado, pues la planificación se realiza continuamente como parte de un proceso de aprendizaje. Se invita a todos los participantes (instructores, promotores estudiantes y personas de la comunidad) a ayudar a formar, cambiar y criticar los planes. Esto permite que el programa evolucione y se adapte constantemente para responder mejor a las cambiantes necesidades de la gente. La planificación es local y flexible.

---

\* Vea, por ejemplo, el análisis de David Korten de programas exitosos de Asia, “Community Organization and Rural Development: A learning Process Approach” (La organización comunitaria y el desarrollo rural: Un enfoque que es un proceso de aprendizaje), *Public Administration Review*, September/October, 1980, págs. 480-510.

4. **Líderes cuya primera responsabilidad es hacia los pobres.** Los programas que se reconoce como efectivos generalmente tienen líderes que se han comprometido a luchar por una sociedad justa. Muchas veces han tenido intensas experiencias personales trabajando con los pobres para ayudarles a resolver necesidades críticas. Aún cuando sus programas hayan crecido, estos líderes de programa han continuado sus relaciones estrechas con la gente pobre y trabajadora de las comunidades individuales.

5. **Aceptan la idea de que la buena salud se puede lograr sólo ayudando a los pobres a mejorar la situación general en la que viven.** Los programas exitosos ligan las actividades de salud con otros aspectos del desarrollo social. La salud se considera como un estado de integridad y bienestar en el que las personas pueden trabajar juntas para satisfacer sus necesidades de una manera autosuficiente y responsable. Esto quiere decir que para llegar a ser completamente sana, cada persona necesita una comprensión clara de sí misma en relación con las demás y con los factores que influyen sobre el bienestar de toda la gente. En muchos de los programas más efectivos, las actividades que ayudan a la gente a desarrollar una conciencia más crítica se han hecho una parte clave de la capacitación y del trabajo comunitario.



En vista de estas características comunes para el éxito, no es sorprendente el fracaso de muchos programas nacionales y regionales de "salud comunitaria". La mayoría de ellos se llevan a cabo de un modo completamente contrario. Aunque sus planificadores hablan con orgullo de "las decisiones tomadas por la comunidad", la gente casi nunca tiene nada que ver con lo que se les enseña a los promotores. La "participación de la comunidad" demasiadas veces ha llegado a significar "lograr que *esa gente* haga lo que *nosotros* decidamos". En vez de ayudar a los pobres a ser más autosuficientes, muchos programas nacionales de salud y desarrollo acaban por aumentar la dependencia de los pobres de los servicios, ayuda y autoridad de fuera.

Uno de los mayores obstáculos a "la salud por la gente" ha sido que los expertos, profesionales y autoridades de salud no están dispuestos a soltar la rienda. Como resultado, se les hace sentir a los promotores comunitarios que su primera responsabilidad es hacia el sistema de salud en vez de hacia los pobres. Generalmente se les enseña sólo una limitada serie de habilidades. Se vuelven los sirvientes o "auxiliares" de los doctores y enfermeras visitantes, en vez de hacerse líderes fuertes para el cambio. Aprenden a seguir órdenes y llenar formularios, en vez de tomar la iniciativa o ayudar a la gente a resolver sus problemas bajo sus propias condiciones. Tales promotores son poco respetados y casi no tienen ninguna influencia en la salud total de la comunidad. Muchos de ellos se desaniman, se hacen descuidados, se vuelven corruptos o dejan su trabajo de promotor. Los resultados han sido tan descorazonadores que algunos expertos, hasta dentro de la OMS, han llegado a pensar que la meta de "salud para todos por medio de la participación comunitaria" es como el mentado tesoro al final del arco iris, un sueño que no existe, algo que siempre estuvo condenado al fracaso.



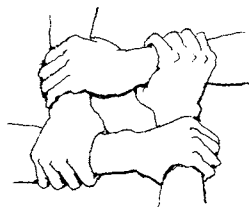
A pesar del fracaso de la mayoría de los grandes programas centralizados en la cuestión de lograr una verdadera participación comunitaria, en muchos países hay ejemplos sobresalientes de participación comunitaria en asuntos de salud. Esto es cierto especialmente en pequeños programas no gubernamentales que adoptan lo que llamamos un enfoque ***centrado en la gente o que fortalece a la comunidad***.

Entre estos programas de base comunitaria, abunda la variedad en cuanto a innovación y adaptación a las condiciones locales. Pero al mismo tiempo, hay un parecido impresionante de sus objetivos sociales y políticos en muchas partes del mundo: Paquistán, la India, Mozambique, Filipinas, México, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala.

En estos programas de base comunitaria, ha surgido una nueva clase de promotor de salud. Estos promotores hablan por los "pobres sin voz". Su meta es la salud para todos, pero una salud basada en la dignidad humana, la atención cariñosa y una distribución más justa de la tierra, la riqueza y el poder.

Para nosotros, uno de los aspectos más emocionantes de este nuevo movimiento mundial de salud comunitaria, aunque esté descentralizado y sin coordinación, es que va más allá de cualquier doctrina rígida, religiosa o política. La mayoría de los líderes de estos programas reconocen los peligros que corre la gente en cualquier sistema grande que esté controlado centralmente, ya sea capitalista o comunista. Tienen mucha más fe en los grupos pequeños independientes de gente trabajadora. En lugar de aceptar algún dogma establecido, hacen preguntas penetrantes. Invitan a la crítica y animan a los demás a observar por sí mismos y a formar sus propias conclusiones. Creen en ayudar a los débiles a ganar fuerza por medio de una mayor comprensión de los factores que afectan su salud y sus vidas.

En torno a esta visión humana y práctica se ha desarrollado todo un enfoque nuevo de la capacitación, papel y responsabilidades de los promotores comunitarios de salud. A través de una serie de redes informales en todo el mundo, se están compartiendo y desarrollando más las ideas y métodos.



Las experiencias de estas redes de programas de salud y especialmente del Proyecto Piaxtla, un pequeño programa dirigido por los campesinos en Ajoya, México, nos han proporcionado muchas de las ideas que presentamos en este libro. Para más información sobre el Proyecto Piaxtla, los autores y el fundamento de este libro, lea la última página.



## ADVERTENCIA

**Este no es un “libro de recetas”** sobre cómo planificar y conducir un programa de capacitación para promotores de salud. La experiencia nos ha enseñado que un libro así pudiera fácilmente hacer más daño que bien. Este libro, entonces, es una colección de ejemplos e ideas, de experiencias de grupo y opiniones escandalosas, y estimulantes para la imaginación. Es una invitación a la exploración y al descubrimiento.

Parte del valor y emoción de aprender es descubrir “cómo hacerlo” por sí mismo o en grupo. Se trata de mirar cómo se han hecho antes las cosas y luego mejorarlas y adaptarlas a la propia situación. Tal proceso de aprendizaje creativo, sin límites fijos, es tan importante para los instructores como para los promotores mismos. Después de todo, encontrar maneras de hacer mejor las cosas es la clave para mejorar la salud. El instructor puede poner el ejemplo.

**Para que un programa de entrenamiento tenga vida y significado, no se puede preempaquetarlo o copiarlo.** Hay que volver a diseñarlo de nuevo, no sólo para cada lugar y serie de condiciones en que se enseñe, sino cada vez que se enseñe.

**Un programa de capacitación, como una persona, deja de ser interesante cuando deja de cambiar.**

Así que, más que un “plano” sobre cómo construir un programa de capacitación, este libro es un almacén de materiales que contiene tuercas, tornillos y herramientas. Muchos de los métodos y sugerencias vienen de nuestra experiencia personal, que ha sido principalmente en América Latina. Elija usted con cuidado y críticamente de entre ellos. Use y adapte lo que pueda, para crear —y recrear continuamente— su propio programa siempre nuevo, especial y único. Trate de hacer de la planificación un proceso de aprendizaje continuo para todos: instructores, alumnos y miembros de la comunidad.



Muchas de las ideas y sugerencias de este libro son discutibles y no serán pertinentes en todas las regiones. No le pedimos a nadie que simplemente las acepte y las use. Al contrario, le pedimos que las rete, las adapte, las critique y que use sólo lo que tenga sentido para la gente y las necesidades de su propia región.

**Le pedimos a usted que examine —y le rogamos que dude y cuestione— todo lo que decimos.**



de *Donde No Hay Doctor*, pág. 114

## POR QUE ESTE LIBRO TRATA DE TANTOS ASUNTOS SOCIALES

Hace 18 años, cuando yo (David Werner) empecé a trabajar en el mejoramiento de la salud con los campesinos en la Sierra Madre Occidental de México, no miraba más allá de las causas inmediatas de la mala salud. A mi manera de ver, las causas de las lombrices y la diarrea eran la falta de higiene y el agua contaminada. La causa de la desnutrición era la escasez de alimentos en una región montañosa y aislada, donde las sequías, las inundaciones y los fuertes vientos hacían difícil la agricultura e inseguras las cosechas. La alta tasa de mortalidad de los niños (34%) era resultado de una combinación de infección, mala alimentación y la lejanía de los centros de salud.

En suma, yo veía las necesidades de la gente como problemas físicos, determinados por el ambiente físico. Se podía comprender mi punto de vista miópico, ya que mi educación había sido en las ciencias naturales. Yo tenía poca conciencia social o política.

Posiblemente me hubiera quedado así como se quedan muchos trabajadores de salud, si no hubiera convivido tanto con la gente de la sierra. Me di cuenta desde un principio que ellos tenían fuerzas, sabiduría y resistencia que yo carecía. Fue así que dejé que me enseñaran sobre los aspectos humanos —e inhumanos— de sus necesidades y de sus vidas. No digo que nos sentamos y me explicaron todo; más bien, compartieron conmigo sus casas, sus dificultades y sus sueños. Muchas veces he luchado con ellos contra grandes obstáculos para impedir la pérdida de un niño, de una milpa o de la esperanza. A veces ganamos; a veces perdimos.

Poco a poco me di cuenta de que muchas de sus pérdidas —de niños, de tierra o de esperanza— no sólo tienen causas físicas inmediatas, sino también causas más profundas de tipo social. Es decir, que resultan de la manera en que unas personas tratan o afectan las vidas de otras. Una y otra vez, he visto ocasiones en que la muerte y el sufrimiento de niños y otras personas que yo había llegado a querer han sido el resultado directo o indirecto de la codicia humana.

En la página 114 de *Donde No Hay Doctor* hay una foto de un niño muy flaquito en los brazos de su madre desnutrida. Con el tiempo el niño murió de hambre. Su familia era —y todavía es— muy pobre. Cada año el padre tenía que pedirle maíz prestado a uno de los grandes terratenientes de la región. Por cada kilo de maíz que pedía prestado para la siembra, tenía que pagar 3 kilos después de la cosecha. Con estos réditos tan altos, la familia se endeudaba más y más. Por mucho que trabajara el papá, cada año tenía que entregar una parte mayor de su cosecha para pagar lo que le debía al terrateniente. Cada año tenía que pedir más maíz prestado y pagar triple la cantidad. Al fin, la familia tuvo que vender sus pollos y sus puercos y finalmente hasta los frijoles que habían cultivado en las empinadas faldas de los cerros, sólo para poder comprar el maíz que necesitaban para sobrevivir.

Sin huevos ni frijoles para comer, la madre se puso más y más desnutrida. Sus pechos no podían producir leche para su bebé. Por eso lo alimentaba con la única comida que tenían: maíz remolido con agua. Con el tiempo el niño murió.

Parte del problema tal vez pudo ser también que en ocasiones el papá toma con los demás hombres. Cuando se emborracha, pierde el juicio y a veces, para comprar una ronda de copas, vende parte de la escasa provisión de maíz de la familia.

Esto es triste. Pero piense en la vida de este hombre. El trabajo tan duro que hace, sólo para tener más deudas. La muerte de su pequeño hijo, que él quería y al que él siente que le falló. La desesperación de su vida. Y muchas veces su propia hambre, no sólo de alimentos sino también de una oportunidad justa para ganar algún beneficio de su propio trabajo. ¡No lo podemos culpar si de vez en cuando toma demasiado!

Quizás nadie tenga la culpa. O quizás todos la tengamos. Cuando menos, todos nosotros los que tenemos más de lo que necesitamos mientras otros pasan hambre. En todo caso, no es justo y no es humano guardar silencio en un mundo que permite que unas personas engorden con el duro trabajo de otras que sufren hambre.

El niño del retrato que se murió no es el único. En los ranchitos de la sierra que yo conozco, hay cientos de niños parecidos; algunos muertos y algunos esperando. En el mundo entero hay millones. La cuarta parte de los niños del mundo están desnutridos, la mayoría de ellos por razones parecidas a las que acabo de describir. Sus problemas no se resolverán con medicinas, ni letrinas, ni centros de nutrición, ni planificación familiar (aunque todo esto, si se trata en forma decente, puede ayudar). Lo que necesitan sus familias es una oportunidad justa de vivir de su propio trabajo, una parte justa de lo que produce la tierra.

---

¿Hablo claro? Permítame contar la historia de Chelo y su familia, con quienes he llegado a tener mucha amistad durante varios años. Chelo tiene tuberculosis avanzada. Antes de que hubiera un puesto de salud en su aldea, no recibía tratamiento. Sabía que tenía tuberculosis. Quería curarse. Pero no tenía con qué comprar las medicinas (los medicamentos básicos para la tuberculosis no son muy costosos de producir, pero en las boticas mexicanas se venden a casi diez tantos de su precio de mayoreo en los Estados Unidos y en otros países desarrollados). Aunque el gobierno sí provee medicamentos gratuitos como una parte de su programa de control de la tuberculosis, requiere que los afectados vayan seguidos a hacerse análisis y recibir medicamentos en uno de los centros de salud de la ciudad. Para Chelo esto quería decir un viaje de 250 kilómetros cada quince días. Simplemente no podía hacer ese gasto.

Durante años, Chelo había trabajado para el terrateniente más rico del pueblo. Este es un hombre triste y gordo quien, además de ser dueño de enormes terrenos, tiene miles de cabezas de ganado. Cuando Chelo empezó a debilitarse por su enfermedad y ya no podía trabajar tan duro como antes, el terrateniente lo despidió y le dijo que se cambiara de la casa que le había prestado.

Chelo, su esposa Soledad, y su hijastro Raúl,\* hicieron una casita de adobe y se instalaron en ella. Para entonces, Chelo ya tosía sangre.

En ese tiempo se estaba iniciando el programa campesino de salud en la región, pero todavía no se había capacitado a un promotor de salud en el lugar donde vivía Chelo. Un trabajador de salud visitante le enseñó al hijastro, Raúl, que tenía 11 años, cómo inyectar a Chelo con estreptomomicina y apuntar los datos para asegurarse de que tomara las otras medicinas correctamente. El muchacho lo hacía muy bien y pronto llegó a inyectar y supervisar el tratamiento de otras personas de la aldea que tenían tuberculosis. Para cuando llegó a tener 13 años, Raúl ya se había integrado al equipo central de trabajadores de salud de la región. Al mismo tiempo, todavía asistía a la escuela.

---

\* Estas personas son reales, pero he cambiado sus nombres.



Mientras tanto, la familia de Chelo había limpiado de maleza a orillas del pueblo un pequeño terreno que servía de basurero. Con mucho trabajo habían construido un sencillo sistema de riego, usando zanjas y canoas de palo. Al fin, tenían una huerta de legumbres que producía algo de ingresos. La salud de Chelo había mejorado, pero nunca volvería a estar fuerte. El tratamiento había comenzado demasiado tarde.

Económicamente, Chelo tuvo contratiempo tras contratiempo. Apenas había empezado a salir de sus deudas con los tenderos y terratenientes, cuando se enfermó de apendicitis. Necesitaba cirugía en un hospital, así que sus vecinos y los promotores lo llevaron 23 kilómetros en camilla hasta la carretera y de allí en camión hasta la ciudad. La cirugía (a pesar de que el cirujano rebajó sus honorarios) costó más o menos lo que gana un campesino en un año. La familia se vio obligada a pedir limosna.

Lo único de valor que tenía la familia era un burro. Cuando Chelo regresó del hospital, el burro había desaparecido. Dos meses después, un vecino lo vio en el potrero de una de las familias más ricas. Un fierro nuevo —todavía sin cicatrizar— se había puesto encima del fierro viejo.

Chelo fue con las autoridades del pueblo, quienes investigaron el asunto. Decidieron a favor del ladrón rico y multaron a Chelo. Lo que más me molestó fue que cuando Chelo me contó la historia no parecía estar enojado, sólo triste. Se rió débilmente y alzó los hombros, como para decir “Así es la vida. No se puede hacer nada”.

A su hijastro, Raúl, al contrario, estos abusos le molestaban mucho. El había sido un niño muy cariñoso, pero terco, con una necesidad enorme de amor. Durante su desarrollo, se hizo más y más corajudo. Muchas veces su coraje no era contra nadie ni nada en particular.

Un incidente en la escuela fue el colmo. Raúl había trabajado muy duro para terminar la escuela secundaria en un pueblo vecino. Poco antes de graduarse, el director de la escuela le dijo, delante de la clase, que no le podía dar el certificado a menos que sus padres se casaran, porque era hijo ilegítimo (esto pasó en una época en que el gobierno federal había decidido mejorar sus estadísticas. La esposa del presidente lanzó una campaña para hacer que todas las parejas con hijos se casaran. Lo de negar certificados de graduación a los hijos de padres no casados era un método de presión que usaban). Chelo y su mujer sí se casaron —lo cual costó más dinero— y Raúl sí recibió su certificado. Pero le quedó el daño hecho a su orgullo.

El joven Raúl empezó a tomar. Cuando no tomaba, se podía controlar más o menos bien. Pero tenía dificultades en su trabajo con el equipo de promotores de salud, porque veía cualquier crítica amistosa como un ataque personal. Cuando estaba borracho, a veces estallaba su coraje. Consiguió una pistola de alta potencia, con la que acostumbraba tirar al aire cuando tomaba. Una noche tomó tanto que cayó inconsciente en la calle. Algunos de los jóvenes vagos del pueblo, que también habían tomado, le robaron la pistola y los pantalones, lo pelaron y lo dejaron en cueros en la calle. Al saberlo, Chelo lo llevó en brazos a casa.

Después de eso, Raúl se escondió de vergüenza durante quince días. Por unos días no visitó a sus amigos en el puesto de salud. Temía que se rieran. No se rieron. Pero Raúl había jurado vengarse, aunque nunca estuvo seguro de quién. Unos meses después, estando borracho, balaceó y mató a un joven que acababa de llegar de otra aldea. Los dos jóvenes ni siquiera se conocían.

Para mí, esto fue una tragedia, porque Raúl estaba luchando contra fuerzas más grandes que él. Cuando tenía doce años, ya tenía responsabilidades de hombre. Había demostrado interés y cariño por los demás. Siempre había sido corajudo, pero era un buen muchacho. Y, personalmente, yo sé que todavía lo es.

Pero entonces ¿quién tiene la culpa? Quizás nadie. O quizás todos. Algo tiene que cambiar.

Después del asesinato, Raúl huyó. Esa noche, la policía judicial llegó a buscarlo. Tumbaron la puerta de la casa de Chelo, insistiendo que dijera dónde estaba Raúl. Chelo les dijo que se había ido y que él no sabía a dónde. Los policías arrastraron a Chelo a las orillas del pueblo y lo golpearon con sus rifles y pistolas. Después su esposa lo halló tirado en el suelo, tosiendo sangre y batallando para respirar.

Pasó más de un año antes de que Chelo se recuperara lo suficiente para trabajar en su huerta. Había tenido una recaída de la tuberculosis después de ser golpeado por los policías. Raúl no estaba allí para ayudar con el trabajo y la familia estaba tan pobre que otra vez tenía que pedir limosna. Muchas veces pasaban hambre.

Unos meses después, Soledad, la esposa de Chelo, comenzó con síntomas de tuberculosis y empezó a curarse en el puesto de salud del pueblo. Los promotores no le cobraban a ella ni a Chelo, aunque el puesto de salud también tenía problemas económicos. Pero la esposa de Chelo ayudaba como podía, lavando en el río la ropa de cama del puesto de salud (quizás este trabajo no haya sido lo mejor para su tuberculosis, pero fue muy bueno para su dignidad. A ella le gustaba dar algo por lo que recibía).

Han pasado unos 6 años desde que sucedió esto. Ahora Chelo y su esposa están un poco más sanos, pero todavía están tan pobres que la vida es una batalla.

Luego, hace como 3 años, surgió un problema nuevo. El terrateniente que había empleado a Chelo antes de que se enfermara decidió quitarle el terrenito donde Chelo sembraba legumbres. Cuando la parcela era un basurero sin valor, las autoridades de la aldea le habían dado los derechos del terreno a Chelo. Pero ahora que el terreno se había convertido en una huerta fértil y regada, el terrateniente la quería para sí mismo. Hizo una solicitud a las autoridades, quienes le hicieron una escritura dándole los derechos. Claro que esto no era legal, porque anteriormente le habían dado los mismos derechos a Chelo.

Chelo llevó el asunto a la Presidencia Municipal, que está en un pueblo vecino. No logró ver al Presidente, pero el secretario del Presidente le dijo a Chelo en forma brusca que no debería tratar de causar problemas. Chelo, desesperado, regresó a su casa.

Chelo hubiera perdido su terreno, que era realmente su único medio de sostenerse, si el equipo de promotores de salud no hubiera tomado medidas. Ellos habían luchado demasiado —muchas veces sacrificando una parte de sus sueldos— para poder curar a Chelo y mantenerlo vivo. Sabían bien lo que la pérdida de su terreno significaría para él.

En una junta general del pueblo, los promotores le explicaron a toda la gente lo que estaba pasando con el terreno de Chelo y cómo la pérdida de éste afectaría su salud. Presentaron pruebas de que las autoridades le habían dado los derechos a Chelo primero y pidieron justicia. Aunque generalmente los campesinos guardan silencio en las juntas y nunca votan en contra de las autoridades, esta vez hablaron y votaron a favor de Chelo.

Las autoridades de la comunidad se pusieron furiosas y también el terrateniente.

Los promotores habían tomado una medida que se puede llamar política. Pero los promotores no se consideraban a sí mismos "políticos". Tampoco se consideraban capitalistas, comunistas ni socialistas (tales calificativos no tienen ningún significado para ellos), simplemente se consideraban trabajadores de salud, pero en el sentido más amplio. Vieron que la salud, y en verdad la vida, de una persona débil estaba amenazada por la injusticia de los que se encontraban en posiciones poderosas y tuvieron valor para hablar y actuar en su defensa.

A través de ésta y de muchas otras experiencias parecidas, el equipo campesino de salud ha llegado a darse cuenta de que la salud de las personas pobres muchas veces depende de cuestiones de justicia social. Han hallado que no es probable que los cambios que más se necesitan vengan de los que tienen más de lo que les toca de tierra, riqueza o autoridad. En lugar de eso, los cambios tienen que realizarse a través de la colaboración de los que se ganan el pan de cada día con el sudor de sus frentes. ¡De sí mismos!

---

Más y más, el equipo de salud ha buscado maneras de lograr que las personas de su pueblo hablen y piensen en su situación y que tomen medidas como grupo para hacer frente a algunas de las causas fundamentales de la mala salud.

Algunos de los métodos que han elaborado y de las medidas que han tomado se describen en diversas partes de este libro. Por ejemplo, tres de los cuadros de teatro campesino que se describen en el Capítulo 27 muestran maneras en las que el equipo de salud ha ayudado a los pobres a darse cuenta de sus necesidades y a organizarse para remediarlas.

Estos 3 cuadros son:

LOS CAMPESINOS SE ORGANIZAN PARA VENCER LA EXPLOTACION  
(página 587),

MEDICINAS INUTILES QUE A VECES MATAN (página 574) y

LAS MUJERES UNIDAS EN CONTRA DE LA BORRACHERA (página 579).

Estas representaciones de teatro popular tuvieron y todavía tienen una marcada influencia social. Los campesinos participan con renovado orgullo en el banco cooperativo de maíz que se estableció para superar los altos intereses sobre préstamos. Las mujeres se han organizado para impedir que se abra una cantina pública. Y los tenderos ya no venden algunas de las medicinas caras y peligrosas que vendían antes. En general, la gente se fija más en cosas que antes simplemente había aceptado.

Por otra parte, han surgido nuevas dificultades. A algunos de los promotores los han echado de sus casas rentadas. Otros han sido detenidos con pretextos falsos. Se han hecho amenazas de cerrar el programa de salud que dirigen los campesinos.

Pero a pesar de los obstáculos, el equipo de salud y la gente se han mantenido firmes. El equipo de salud bien sabe que el camino que está por delante no será fácil. También reconocen que hay que tener cuidado y vigilar. Pero han decidido defender a su gente, a los pobres y a los débiles.

Han tenido valor para mirar de frente el problema total y así buscar una solución total.

---

La historia de Chelo y su familia es verdadera, aunque no conté ni la mitad. Es típica, de algún modo, de la mayoría de las familias pobres. Personas de varias partes del mundo que son pobres o que conocen bien a los pobres, al leer la historia de Chelo han comentado: " ¡Esto se podría haber escrito aquí!"

He contado la historia de Chelo para que ustedes puedan comprender los sucesos que nos han llevado a incluir en este libro ideas y métodos que podrían llamarse "políticos".

Lo que he tratado de decir aquí lo ha dicho aún mejor un grupo de muchachos campesinos de Barbiana, Italia, quienes tenían que salir de la escuela por "reprobados" y se reunieron bajo un techo con un cura maravilloso que les enseñó a enseñarse unos a otros\* .

Estos muchachos campesinos italianos escriben:

*"Quien le gusta lo cómodo y lo afortunado se queda fuera de la política. No quiere que se cambie nada."*

"Pero, también reconocen que:

*"El conocer a los niños de los pobres y amar la política, son las mismas cosas. No se puede amar a los seres humanos que son marcados por las leyes injustas, sin trabajar para formar otras leyes."*



---

\* *Carta a una maestra*, por los alumnos de la escuela de Barbiana. Para más ideas de estos muchachos, vea la pág. 324.