

La construcción de una economía y salud solidarias

Martha Beatriz Cahuich Campos*

Le pido al lector que se sitúe en un día común de 1964. Un joven biólogo norteamericano visita la zona de Piaxtla, Sinaloa, al norte de México. Se llama David Werner y ha llegado en busca de aves y plantas. Pero le sucede algo. Le ha llamado la atención la forma en que la gente se las ingenia para tratar de curar padecimientos que, desde su punto de vista, son evitables.

Cuando retorna a los Estados Unidos, una idea ha tomado forma en su mente. Ha determinado que el próximo año regresará a México. Lo anima la calidez con la que fue tratado. Pero no es el único motivo: ha decidido hacer algo con respecto a los problemas de salud de estas personas. Para esto ha comenzado a trabajar en la sala de emergencias de un hospital de su país, quiere adquirir conocimiento y habilidades médicas (Fajardo y Werner, 1998, p. 89).

Ahora estamos en 1976, en una asamblea con agentes de pastoral en Otepan, parroquia católica del estado costero mexicano de Veracruz. Discuten sobre los problemas de salud que les aquejan. La primera idea que surge es hacer una cooperativa asesorada por un farmacéutico que ponga los medicamentos al alcance de la gente.

Un matrimonio convence a los demás que esto creará dependencia hacia esta persona. Sugieren la conveniencia de usar los recursos propios. Han propuesto lo anterior a raíz de su experiencia de trabajo con las Comunidades Eclesiales de Base (CEBs) y porque han conocido trabajos

* Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

en salud comunitaria muy distintos a los dispensarios médicos rurales. Por ejemplo, en San Cristóbal de Las Casas Chiapas una pareja de médicos elaboran esquemas para que la gente relacione determinados padecimientos con la pobreza.

Meses después se organiza un primer taller de salud. Sorprende a los participantes la gran sabiduría y riqueza de las comunidades sobre el uso de plantas medicinales y la potencialidad que esto representa. Comienza un proceso colectivo de ensayo y error para aprender y sistematizar su manejo. Incluso médicos tradicionales de la zona han accedido a socializar su saber, algo que normalmente no hacen (entrevista con Guadalupe Abdó, 2003).

Mayo de 1985. Cafetería de la estación ferroviaria de Utrecht, Holanda. El sacerdote católico holandés Frans VanderHoff conversa con el economista Nico Roozen. Frans ha vivido y trabajado en México desde 1973, donde ha colaborado para mejorar las condiciones de vida de los indígenas cafetaleros de Oaxaca. Nico participa en la organización intereclesial “Solidaridad” involucrando a gente de Holanda en la cooperación para el desarrollo económico.

Comentan las diferencias entre Holanda y México, pobres y ricos, norte y sur. Están de acuerdo que la pobreza es un estado injusto que habrá que erradicar ¿pero cómo? Para Nico, uno de los mayores problemas es que quien recibe la ayuda se convierte en objeto pasivo del apoyo ofrecido por el donante, que lo priva de su dignidad. Frans por su parte, recuerda las palabras de uno de los campesinos cafetaleros de las montañas del sur de México: Isaías Martínez. Este indígena zapoteca le ha dicho que no desean el dinero regalado de los programas de apoyo, pues no son mendigos. Lo que quieren es un precio justo por el café. Concluyen que el asunto no es construir un modelo de apoyo económico a estas regiones. Sino un nuevo modelo, es decir, un sistema de comercio justo (Roozen y VanderHoff, 2002, p. 9-11).

¿Qué tienen en común estos tres acontecimientos? En primer lugar se trata de personas que intentan cambiar – por solidaridad – una situación social de pobreza que daña a otros, quienes la padecen en su economía o en su salud. Ilustran así dos procesos sociales que se han desarrollado en México y en otros países latinoamericanos. Uno de ellos consiste en un movimiento que ha buscado edificar una forma distinta de atención a la salud, desde y con la comunidad. El otro pretende construir una economía

solidaria. Aparentemente se trata de dos intentos, desde campos distintos, por forjar una forma de socialización más humana. En realidad tienen una íntima relación: la economía no puede ignorar lo vital. Y en nuestro mundo actual lo vital depende de la economía.

El presente artículo retoma parte de una ponencia que presenté en una mesa de un congreso reciente y en la que se reflexionó sobre las *Prácticas de economía popular, economía social y desarrollo local en América Latina*.¹ Debo confesar que a pesar de haber participado en la rica discusión que se generó en este espacio, en realidad conozco poco sobre economía solidaria. Lo que estudio – desde una perspectiva histórica –, es una respuesta social que comenzó a partir de los años sesenta y que intentó rescatar y construir formas “alternativas” a la medicina institucional. Su red llevó a la articulación y organización de grupos de diferentes partes de México y América Latina y ha sido entendida por sus actores como un “movimiento social,” que denominaron el *Movimiento Nacional de Salud Popular* (MNSP).

¿Por qué presentar, en un evento sobre economía, un trabajo de salud? Mi primera impresión al revisar la convocatoria de este evento es que varios de los actores de movimientos sociales de México, y quizás de América Latina, han vivido y concebido a estos procesos como entidades distintas. Esto se extiende a los investigadores académicos.

No obstante, no es posible plantear la construcción de una economía fraterna sin edificar, de manera simultánea, un sistema fraterno que tenga que ver con lo vital. De hecho la diferencia entre la economía solidaria y la economía globalizada es no sólo la competencia salvaje en aras del poder que caracteriza a la segunda, sino también su desprecio y olvido por la vida. A su vez, quien crea una organización de atención colectiva a la salud construye, necesariamente, un sistema económico diferente.

A partir de escuchar la experiencia y la reflexión del resto de mis colegas de mesa, he reelaborado el escrito que a continuación presento. Sin embargo, me quedo con la impresión de que los esfuerzos por construir un sistema económico fraterno se han concentrado en la producción y comercialización de bienes por parte de comunidades pobres del sur hacia sectores solidarios de países desarrollados. Poco se ha vislumbrado

¹ Se trata de la mesa REG-15 del *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas* que se realizó en Bratislava, capital de la República de Eslovaquia, del 5 al 7 de julio del 2004.

la edificación de un sistema que permita garantizar el abasto e intercambio de productos vitales (como alimentos, vestido y medicinas) dentro en un circuito económico intra e intercomunitario del sur y que tuviera, en la medida de lo posible, independencia de las leyes y dinámica del mercado internacional, aún del solidario. En otras palabras, la construcción en paralelo de una estructura económica más autónoma. Por otra parte, tampoco existe de manera suficiente una reflexión histórica sobre estas experiencias y el impacto cultural que han tenido.

De forma similar, las experiencias de salud popular que he revisado tampoco se han planteado como proyectos económicos. Sin embargo, han incidido en aspectos de la economía familiar, comunitaria y extra-comunitaria, lo que ha sido parte de su éxito, pero también pieza clave de su límite.

En este sentido mi trabajo pretende llamar la atención sobre estos aspectos. Se centra principalmente en cómo los intentos por construir una salud liberadora o salud popular en México terminaron edificando, en cierto nivel, un sistema económico distinto y los pros y contras de esto. He tratado de aproximarme a la racionalidad de sus actores y entender cómo los grupos de salud popular combinaron los aspectos económicos, culturales y de redes sociales. En sí, sobre lo que innovaron, cuál ha sido su potencialidad y dónde está ubicada su fragilidad.

Esto lo contrasto con el trabajo de economía solidaria en el que colaboraron VanderHoff y Roozen en México, y de las vivencias y reflexiones que surgieron en las ponencias que se presentaron en la mesa del congreso CEISAL.

Debo aclarar que en este artículo me he centrado en la experiencia de un tipo de actor: de aquel que apoya a estos procesos desde las organizaciones civiles. En este sentido es importante tomar en cuenta que se trata de la perspectiva de personas (mexicanas o extranjeras) con un nivel de preparación universitario o medio superior que provienen más de un sector urbano. No es pues la visión de los actores comunitarios.

Estas personas manejan, en momentos, un discurso muy cargado del “deber ser” y de lo “correcto”, desde su propia utopía. Y esto presenta contrastes con lo que sucedió en realidad.

En el caso particular de las experiencias de la salud popular, retomo la memoria de quienes pueden ser considerados como parte de la generación de fundadores de este movimiento en México. Es interesante que en

los dos casos que analizo estas personas tuvieron la idea de que sus experiencias tuvieron un comportamiento cíclico. También que fue de lo simple a lo complejo. Esta perspectiva no siempre la comparte la generación más joven que ha colaborado en la salud popular.

Quisiera hacer un último señalamiento. Las tres anécdotas con las que inicia este trabajo ilustran cierta trayectoria que, me parece, han vivido varias organizaciones civiles en México. Varios de estos proyectos arrancaron como esfuerzos personales con una organización incipiente. En otros colectivos se aplicó la experiencia del trabajo de las CEBs, sobre todo en los años setenta, y es importante señalar la gran influencia de la Teología de la Liberación en el desarrollo de la salud popular mexicana. Por último, como la anécdota holandesa muestra, muchos de los proyectos de economía solidaria y salud popular vivieron, en los años ochenta, una fase de institucionalización. En esta década se crearon organizaciones civiles, nacionales e internacionales, de apoyo a proyectos sociales que fueron independientes de los gobiernos nacionales.

Economía y salud solidarias

Me gustaría revisar los conceptos fundamentales que definen a la economía solidaria y a la salud popular. Estos fueron desarrollados a través del tiempo, en las discusiones y encuentros que tuvieron diversos actores, y ahora gozan de cierto consenso.

Para ilustrar lo anterior, voy a retomar la discusión que se dio en el congreso CEISAL sobre la definición de economía solidaria. En este sentido, la economía solidaria es no sólo una economía asociativa consistente en la reunión de personas (plurifamilias, comunidades, etnias, barrios urbanos, etc.) que quieren mejorar sus condiciones de vida; o una economía popular constituida por el “pueblo pobre” (gente de zonas indígenas, campesinas o de áreas urbano – marginales) que desarrollan una convergencia ideológica (Debuyst, 2004). En ambos casos es factible encontrar relaciones de poder y dominio, con líderes que mantienen una estructura de cacicazgo (como se observa en el comercio ambulante) y que no construyen vínculos fraternos.

La economía solidaria, en cambio, hace referencia a la construcción de un sistema desde y con los pobres, los excluidos y los marginados.

Implica solidaridad a niveles intersectoriales y plurisectoriales. Genera energía social en donde el capital social se pretende que sea colectivo y que “todos seamos dueños de la empresa” y “todos seamos consumidores”. Consiste en un proceso que intenta generar desarrollo integral, dignidad de la cultura de lo cotidiano y la creación de hábitos fraternos (Vietmeier, 2004).

Es lógico pensar que la construcción de una economía solidaria incide básicamente en el ciclo económico: en el acceso a los medios de producción, la producción misma, el intercambio, la distribución y el consumo de bienes y servicios, así como en el reciclaje de desechos. Lo cierto es que tiene que ver con la economía familiar y la comunitaria. Es, en última instancia, un esfuerzo por lograr la reproducción de la vida (Cadena, 2004), tanto en un sentido biológico como social. De esta forma, la economía solidaria es indisociable de aspectos vitales como la salud. Y toca necesariamente aspectos afectivos (Ros, 2004), morales y de poder.

Por otra parte, en el discurso de los relatos orales de actores de la salud popular, también puede percibirse una concepción similar. Aunque no se habla de “salud solidaria,” su finalidad es parecida a la de la economía fraterna. Lo que se intenta es que la atención a la salud, en asuntos urgentes y básicos, quede en las manos de la gente misma (del “pueblo” de ahí el término *popular*). A diferencia de la medicina institucional que ha imperado a lo largo del siglo XX, la salud popular procura evitar que el conocimiento médico – en cuanto a la atención básica – sea exclusivo de un cierto sector (por ejemplo el médico) y se convierta así en un factor que cree dependencia, dificulte el crecimiento de los demás o sirva para aprovecharse de otros. Lo que varios de estos colectivos han intentado es una *transferencia de herramientas* tanto de conocimiento, como de terapéutica, de creación de medicinas y tecnología. Es decir, que la gente afectada sepa cómo curar y socialice este saber. Esto último se logra creando conciencia, fomentando un espíritu de servicio y necesariamente requiere de organización social.

En este sentido, la medicina liberadora no depende del uso de un sistema curativo “alternativo”: se puede dominar desde la alopática, la herbolaria, la acupuntura, etc. Sin embargo, un elemento fundamental en este proceso ha sido el rescate del saber curativo comunitario, lo que lleva a la dignificación a través del saber de individuos y colectivos.

Tanto en la economía solidaria como de la salud popular, los conceptos anteriores permean mucho de los relatos orales o escritos de gente de

organizaciones civiles. Representan la utopía que han construido a lo largo de sus vivencias y permiten comprender la intencionalidad de sus relatos. Estos últimos muestran también los problemas que surgieron para poder construir la realidad social en esa dirección, y en este sentido, las contradicciones que se vivieron en estos procesos.

Construyendo lo solidario en salud: dos experiencias

Varias de las personas que he entrevistado hasta el momento coinciden en que el MNSP surgió como articulación ciudadana en 1981, cuando se realizó el primer encuentro nacional de salud popular. Previo a esta fecha lo que había era una serie de grupos en varios lugares del país, que de manera dispersa y con poco conocimiento entre sí, hacían un trabajo diferente al que ofrecía el sector estatal. En palabras de uno de sus actores se trataba de “una serie de experiencias que se iban desarrollando a velocidades distintas y por caminos distintos pero que fueron llegando de lo asistencial a lo médico, poco a poco avanzando hacia una mirada más social” (Entrevista con Benno de Keijzer, 2003). A este cuadro heterogéneo pertenecen las experiencias de Piaxtla y de Oteapan.

Conviene señalar, que estos testimonios permiten observar un contexto regional dinámico. En los años sesenta y setenta las zonas en cuestión estaban excluidas de la cobertura del sistema oficial de salud, con muy poco o nulo acceso a la atención médica alopática y a medicamentos de patente (Frenk y Londoño, 1997, p. 5-10).²

En términos muy generales, las acciones oficiales que se dieron en materia de salud en el siglo pasado tuvieron un impacto favorable en la

² Frenk y Londoño han propuesto que los países latinoamericanos desarrollaron cuatro diferentes sistemas de atención a la salud. El más extendido fue el “segmentado” y es el que tiene México. En él, la población se adhiere a diferentes segmentos del sistema de salud estatal según su nivel de ingresos y sólo el sector que posee un contrato de trabajo tiene seguro social. La clase media y alta acuden al sistema privado. La porción pobre del campo y el sector informal cuentan con ministerios de salud – que en México es la Secretaría de Salud (SSa). El sistema estatal ha tenido un déficit histórico de cobertura, burocracia y financiamiento, sobre todo en los últimos veinte años, cuando entró en crisis. Esto implica que cuando la población pobre accede a las instituciones públicas tiene que hacer un aporte económico propio, sobre todo para medicinas y a atención de enfermedades crónicas (Frenk y Londoño, 1997, p. 5-28).

población latinoamericana, sobre todo si se comparan algunos indicadores de inicios de este periodo (Bardroff, Hohmann y Holst, 2000, p. 377).³ Sin embargo, nunca se alcanzaron niveles de óptimos para toda la población, sino que hubo una polarización social. Por un lado, hubo sectores que gozaron de una infraestructura básica que les permitió tener condiciones de vida favorables (sobre todo en el aspecto sanitario) y acceso a servicios médicos. Pero una enorme parte de la población sobrevivió en situaciones higiénicas inadecuadas y fue excluida de la cobertura estatal de salud (Ibidem, p. 378).⁴

A esto se sumó un elemento más. Quienes sí tuvieron acceso al sistema médico no siempre contaron con un servicio de calidad. El sistema público fue rígido y burocrático e implicó una inversión fuerte de tiempo para el beneficiario, con poca orientación, educación y una relación despersonalizada. Otro problema fue el difícil acceso a medicinas de patente o a los avances tecnológicos por sus altos costos, resultado del control mundial que grandes transnacionales ejercieron sobre las medicinas y la tecnología (Werner y Sanders, 2001, p. 50).

Además de la exclusión social en salud hay que sumar la desigualdad que imperaba en estas zonas. Por ejemplo, en el tiempo en que Werner visitó por primera vez Piaxtla, esta era una zona campesina que se encontraba aislada geográficamente, sin infraestructura básica y con un grupo de poder local que controlaba las mejores tierras con un sistema de endeudamiento por medio de créditos especulativos hacia los campesinos.

Según su memoria escrita, este orden económico y social se transformó, sobre todo hacia los años ochenta, cuando se dio una crisis económica nacional que impactó en el agro mexicano y que derivó en una importante emigración de la población hacia los Estados Unidos, posibilitando que surgieran nuevos grupos de poder como los narcotraficantes.

³ Por ejemplo, la esperanza de vida ascendió de 40 años (a principio del siglo y para todo el subcontinente), a 69.5 en 1990. La tasa de mortalidad de menores de cinco años bajó en este mismo lapso de 159/1000 a 47/1000 partos de niños nacidos vivos. Por otra parte en los noventa, los gastos que destinaron las naciones latinoamericanas a la salud fueron relativamente altos (en promedio el 6% del Producto Interno Bruto) comparado con otros países del tercer mundo (Bardroff, Hohmann y Holst, 2000, p. 376-377).

⁴ Este sector ascendió a 105 millones de personas (el 40% de la población del subcontinente latinoamericano) en 1996. (Bardroff, Hohmann y Holst, 2000, p. 378).

El proyecto Piaxtla

Para varios de los integrantes del MNSP, Piaxtla es la experiencia pionera de la salud popular en México. De acuerdo a la interpretación de los entrevistados, desarrolló elementos que la distinguió de la labor meramente asistencial que se daba en ese tiempo en los dispensarios médicos de en parroquias católicas. Lo novedoso es que rompió con la figura del *benefactor*, al desplazar el centro del trabajo en salud del médico hacia la comunidad (Entrevista con Benno de Keijzer, 2003), con la referida *transferencia de herramientas*. Esto quebró la dependencia hacia una sola persona e institución y otorgó a las comunidades cierta autonomía y capacidad de autogestión en materia de salud.

De acuerdo a David Werner y uno de los promotores comunitarios, Roberto Fajardo, este proyecto pasó por varias etapas. En la primera de ellas, David tomó el papel de médico comunitario alópata cuando regresó a esta región, en 1965, después de capacitarse en la sala de emergencias de un hospital norteamericano.

Como la atención a la salud recaía sólo en él, la gente de las rancherías aledañas tenía que desplazarse y esperar mucho tiempo hasta que las atendiera. Por otra parte, David notó que las personas conocían el medio mucho mejor que él y aplicaban su ingenio para enfrentar la problemática en salud. Pensó entonces que si él había podido capacitarse en un tiempo breve, la gente de la propia comunidad podía hacer lo mismo. Así comenzaron a formarse los primeros promotores de salud mexicanos.

Las actividades iniciales de los primeros equipos fueron meramente curativas. Se atendió a las enfermedades que preocupaban a los campesinos: desnutrición, diarrea, tuberculosis, tétanos neonatal, etc. y se llegaron a resolver hasta un 98% de los problemas de salud empleando tecnologías sencillas y accesibles, muchas de ellas creadas por los mismos pobladores (Fajardo y Werner, 1998, p. 89-91).

Desde los primeros años hubo gente externa que colaboró con el proyecto, por ejemplo, estudiantes norteamericanos. El resultado fue una labor conjunta que implicó intercambio de conocimiento y la vivencia colectiva de errores y aciertos por parte de gente con visiones culturales distintas, dándose un aprendizaje horizontal en dos direcciones.

Sin embargo, al notar que las enfermedades regresaban de nuevo se comenzó una labor preventiva que marca una segunda fase del proyecto.

Se construyeron letrinas, se dieron cursos sobre cómo administrar mejor los recursos familiares para mejorar la alimentación, de planificación familiar, siembra de huertos, etc. Pero esto fue aún insuficiente. Se concluyó que las causas fundamentales del problema era de raíces económicas (el endeudamiento de los campesinos) y sociales (la injusticia social).

Así, en una tercera etapa las acciones realizadas en materia de salud tuvieron una lógica totalmente distinta: se creó un banco de maíz para evitar que los campesinos se endeudaran, se habilitaron tierras para riego, se luchó por cerrar las cantinas (propiedad de los poderosos del lugar) para evitar el alcoholismo, etc. Si bien nunca se abandonó el aspecto de atención básica de prevención y curación, la percepción de que era indispensable incidir en la distribución de la riqueza y el poder fue un giro que desarrolló este proyecto.

A largo del tiempo desarrollaron varios conceptos. El principal fue lo que denominaron la *participación comunitaria en salud*, que parte de considerar a la salud como un derecho y una responsabilidad personal. Así, cada individuo debe cuidar por sí mismo de su salud y debe contar con los conocimientos médicos y recursos suficientes para atenderla. Esto requiere que el saber médico sea compartido y que la comunidad tenga una injerencia directa en las decisiones políticas que afectan su salud.⁵

Con el tiempo, el proyecto Piaxtla fue conocido al nivel internacional. David entró en contacto con personas que tenían inquietudes similares en congresos o eventos internacionales. Por ejemplo, se relacionó con gente del Comité Regional de Salud Comunitaria, espacio que articulaba experiencias de toda Centroamérica y la República Dominicana (entrevista con Benno de Keijzer, 2003). También se construyeron vínculos entre los promotores mismos. Así, promotores de Piaxtla capacitaron a personas de otros lugares de México y Centroamérica. En 1973 Werner publicó su famoso libro *Donde no hay doctor* (Werner, 1973), que reúne conocimientos médicos profesionales con recetas y remedios campesinos. Diez años después se editó *Aprendiendo a promover la salud* (Werner y Bower, 1994) que

⁵ Un elemento que la rememoración del trabajo en Piaxtla enfatiza es el énfasis que se dio a la educación. Este aspecto fue entendido como una empresa colectiva donde todos aprenden de todos y el educador también es educado. Se rescataron además mecanismos culturales de instrucción de las comunidades como el empleo de cuentos.

difundió las estrategias y técnicas educativas para la formación de promotores. Así mismo, los proyectos PRÓJIMO (consistente en un programa de rehabilitación dirigido por personas deshabilitadas) y Niño-a-niño (programa en el que niños de edad escolar enseñaban a cuidar la salud de los más pequeños) fueron reconocidos a nivel internacional.

No obstante, hubo muchos problemas. Sobre todo en los inicios, la gente de las comunidades vio con desconfianza a los promotores, pues varios de ellos no habían concluido la primaria. Esto se resolvió cuando se comenzaron a ver los primeros avances curativos. Pero la descalificación provino también desde el sector oficial de salud. Médicos y autoridades locales reaccionaron en contra de los promotores. Más aún, cuando en 1978 se abrió en Piaxtla una clínica rural del programa gubernamental IMSS Coplamar, se ignoró y desconoció el trabajo de estos últimos.

Otro problema consistió en el desarrollo de poder dentro de los promotores, en especial cuando el programa cobró notoriedad a finales de los setenta. Roberto y David reconocieron que no se había encontrado una fórmula adecuada para relevar aquellos liderazgos que abandonaban lo que se consideraba una “mística” necesaria. Además en los últimos años, varios promotores emigraron como indocumentados hacia los Estados Unidos. También varios de ellos se convirtieron en “médicos privados.”

¿Cómo se sostuvo el proyecto a lo largo del tiempo? Los primeros años, las personas del lugar alimentaban y hospedaban a David quien llegaba sólo con un botiquín. El poco recurso externo provenía de amigos norteamericanos, también a través de la fundación Hesperian. Posteriormente, la suscripción a una publicación periódica: *El reporte de la Sierra Madre* (Health Writghs, página web) se empleó para obtener aportaciones.

La rememoración muestra que en las primeras fases del proyecto se dio énfasis al uso de los recursos locales y a la creación de tecnologías alternativas. Esto cambió cuando obtuvieron mayores cantidades de dinero por vías externas. Es interesante que Roberto y David consideraron que esto modificó la lógica inicial autogestiva y desató luchas de poder y problemas al interior.

Cuando disminuyeron los fondos externos hubo la impresión de una cierta decaída. Así, en 1998 cuando David y Roberto escribieron sobre su experiencia, tuvieron la percepción de que el proyecto Piaxtla no funcionaba como antes. Esto lo explicaron por los ciclos naturales que tienen los programas, por la pérdida de la lógica de la autogestión y el

surgimiento de conflictos al interior, pero también por los cambios en el contexto regional. Así, de ser una zona campesina con presencia de cacicazgo local que controlaba la producción agrícola regional, Piaxtla cambió en la crisis económica de los años ochenta, cuando la política gubernamental nacional abandonó a la pequeña producción agrícola y surgió el narcotráfico. La presencia del narco, incrementó la violencia, el alcoholismo y la drogadicción en la zona, aunque también dio una derrama económica que mejoró la economía local.

No obstante, los autores rescatan varios logros. Uno de ellos consiste en la disminución real de la incidencia de padecimientos ligados a la pobreza y de la mortalidad infantil en la región. También haber podido dotar a las comunidades de una infraestructura sanitaria básica. Además, se construyó un centro de salud accesible a la gente y que está en manos de los promotores. Pero lo más importante para los autores es que hubo un cambio cultural en cuanto a visiones y relaciones humanas. A partir del trabajo en salud, fue una *costumbre* la participación por la defensa de los derechos propios.

El proyecto de Oteapan/Los Tuxtlas

El relato oral de Guadalupe Abdó muestra que la experiencia que se desarrolló en esta región de Veracruz también pasó por varias fases, algunas similares a las de Sinaloa.

Como en el discurso de David y Roberto, el concepto de autogestión fue de suma importancia. Sin embargo no se llegó a él a través de un proceso de experimentación, sino de la aplicación de la educación popular en adultos en el campo de la salud, pues en Veracruz la inquietud por la salud se dio en un espacio de CEBs que aplicaba esta metodología.

Lo que caracterizó al proyecto de Veracruz fue el uso de plantas medicinales. Buena parte del relato de Guadalupe se centra en cómo fueron desarrollando una metodología de educación popular en salud con énfasis en el manejo de estas últimas. Hay también otros actores: homeópatas interesados en popularizar su disciplina, químicos que buscan crear tecnologías sencillas para obtener medicinas al alcance de la gente, biólogos que capacitan a los promotores sobre las características botánicas de las plantas, citólogos que realizan análisis de laboratorio a precios bajos, etc.

El relato muestra que en una primera fase, el trabajo en Oteapan consistió en una labor hacia el interior: una búsqueda por construir autoatención a la salud, tratando de contar con elementos curativos autogenerados, por medio de una simplificación tecnológica en el procesamiento de medicinas. Esto se logró rescatando y combinando el conocimiento familiar sobre plantas medicinales con el saber científico y desarrollando mecanismos de educación, transmisión y evaluación de la experiencia. Desde el inicio se evitó el empleo de la alopátia, por su alto costo y los riesgos colaterales. En contraste, la homeopatía tuvo un papel clave.⁶

En una segunda etapa, Guadalupe y Jesús participaron en el primer encuentro de salud popular de 1981. A partir del mismo empezaron a dar talleres sobre el uso de plantas medicinales en otras regiones de México que los obligó a sistematizar la práctica comunitaria educativa y de rescate de conocimientos desarrollados en Oteapan y crear otra de evaluación de proyectos. De esta manera construyeron una metodología que intentó respetar varios elementos claves de su experiencia: que fuera pedagógica y participativa, que permitiera comprender las causas sociales que provocan a la enfermedad, que no causara dependencia hacia los asesores y que fuera reproducible en otras comunidades. Guadalupe mencionó que sus esfuerzos estaban encaminados para tener una medicina distinta a la que imperaba entonces. *Medicina liberadora* fue el término con que la denominaron entonces.

En los años ochenta hubo un cierto auge en México y en otros países por recuperar el uso de plantas medicinales. Por ejemplo, Guadalupe y/o Jesús participaron en encuentros en la República Dominicana, Honduras, Uruguay y Palestina.

Una tercera etapa de esta experiencia fue la institucionalización. Según mis datos, es un fenómeno que se dio en varios proyectos similares hacia estos años. En 1992 Guadalupe, Jesús y otros colaboradores fundaron una organización civil, el *Centro de Promoción Popular* (CPP) en Santiago Tuxtla que después se convirtió en el *Centro Regional de Educación y Organización* (CREO). Este último se convirtió en una especie de “laboratorio” de conceptos, técnicas y métodos enfocados a una labor regional.

⁶ En esta experiencia un papel clave la tuvo el médico homeópata, Jorge Suárez quien asesoró por mucho tiempo el trabajo en esta región.

Fue aquí en donde decidieron desarrollar un método más elaborado para la capacitación de promotores.

Como en Piaxtla, el trabajo en salud popular del sur de Veracruz llevó a incidir en problemas sociales. Por ejemplo, en la ciudad cercana de Minatitlán un grupo de mujeres organizadas de una colonia suburbana logró que se trasladara a otro lugar el basurero municipal que afectaba a las familias que vivían en esa zona, lo que implicó una lucha y negociación con autoridades municipales. En otra zona agrícola cercana se realizó toda una campaña por el uso plaguicidas de tipo ecológico cuando la gente percibió que los pesticidas afectaban a su salud. Un tercer caso es la formación de grupos de educación ciudadana para que la gente tuviera conocimiento de leyes y derechos.

Hubo cuatro tipos de fuentes de financiamiento. Uno de ellos consistió de recursos propios: dinero familiar o personal. Un segundo provino de la obtención de una gratificación modesta por parte de las personas que se ven beneficiadas por el proyecto. Por ejemplo, en un centro de atención, el *Centro Autogestivo Tuxteco*, las promotoras de salud realizan el papanicolao y las muestras son analizadas a muy bajo costo por una citóloga. Los tratamientos son baratos pues emplean plantas medicinales y homeopatía. A cambio las mujeres que consultan dan una pequeña gratificación.

Una tercera fuente de financiamiento provino de fondos de agencias de financiamiento internacional. No obstante, desde la caída del bloque socialista, estos centros comenzaron a apoyar a países de Europa del Este que vivían entonces fuertes conflictos interétnicos. América Latina dejó de ser considerada como prioritaria. Esto provocó que en los Tuxtlas se tuviera que prescindir de personal y que el proyecto viera disminuidos sus recursos.

Una cuarta fuente de recursos ha provenido de fondos gubernamentales, sobre todo extranjeros. Guadalupe nombró la ayuda en años recientes de la embajada de Canadá. Recientemente se ha contado con recursos de instituciones oficiales mexicanas como de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).⁷

⁷ Otras formas de apoyo que repercute en el terreno económico pero que no son financiamientos monetarios han provenido de otro tipo de instituciones. Por ejemplo, una asociación civil canadiense (CURSO) brindó apoyo con “cooperantes”, es decir, una persona que colabora en el proyecto sin cobrar. En Los Tuxtla, la cooperante levantó una encuesta que permitió analizar, a precio bajo, el impacto de algunos de los proyectos.

Si bien el discurso de la salud popular se basa en la socialización del conocimiento, este aspecto ideal no siempre se alcanzó. Algunos promotores lucraron con la capacitación recibida. Como en Piaxtla, el trabajo en Veracruz llegó a generar tensiones con las autoridades del sector salud. Este último llegó a cerrar al Centro Autogestivo Tuxtleco porque el médico que lo atiende –un campesino que fue apoyado hacer la carrera de médico homeópata – no estaba aún titulado.

Como Roberto y David, en el discurso de Guadalupe está presente la percepción de que su proyecto vivió un cierto auge y en la actualidad tiene un debilitamiento. Esto tiene que ver con dos factores. El primero es que se recibieron recursos financieros externos que dejaron de llegar recientemente. El segundo tiene que ver con el ciclo que presentó el mismo MNSP. El relato sugiere que hubo un periodo de crecimiento y fortalecimiento de la articulación, sobre todo en los ochenta hubo después un debilitamiento y fragmentación que dura hasta la actualidad.

También el contexto de estas décadas influyó. La crisis económica y la emigración de jóvenes hacia los Estados Unidos a partir de los noventa han provocado que se carezca de nuevas generaciones de promotores. Quedan pocos jóvenes en las comunidades y no siempre se interesan por un trabajo que implica alto grado de servicio y de compromiso.

Como Roberto y David, Guadalupe tiene la impresión de que uno de los elementos más valiosos de la experiencia de Oteapan-Los Tuxtlas fue la transformación cultura de la gente que ha participado – en este caso han sido mayoritariamente mujeres. Esto generó una visión distinta, sobre todo por que conocieron sus derechos y fueron cambiando la situación en la que viven.

Max Haavelar y otros casos de economía solidaria

El primer contacto entre los proyectos de Veracruz y de Sinaloa se dio hacia 1982, después del primer encuentro de salud popular. Sin embargo en la naciente MNSP la articulación de las experiencias de la región centro y sur del país siempre tuvo dificultades de comunicación, sobre todo por razones geográficas.

Al parecer tampoco hubo mayor relación entre los esfuerzos que se hacían desde la salud popular con los de la economía solidaria. Así, ajenos

a lo que pasaba en el campo de la salud, VanderHoff y Roozen discutían en 1985 cómo comercializar el café proveniente de la sierra de Oaxaca hacia el mercado del primer mundo. El relato de Frans permite aproximarse a la experiencia de varias comunidades campesinas de Oaxaca que se aventuraron a hacer esto último. Me refiero a la *Unión de Comunidades Indígenas de la Región del Istmo* (UCIRI) (Roozen y VanderHoff, 2002, p. 55-77).

La mayoría de los campesinos que producían el café en la sierra de Oaxaca casi nunca bajaban a los valles y no tenían idea sobre el circuito económico de este producto. Vendían el café a intermediarios (los llamados “coyotes”) que se los compraban, en ese entonces, a 25 centavos de dólar por kilo para después revenderlo a 68 centavos de dólar. Parte del argumento de estos últimos para pagar un precio bajo era que el producto era de baja calidad.

Cuando por primera vez los campesinos vendieron directamente su café (estimulados por Frans), descubrieron que era de buena calidad y el fraude y abuso de los intermediarios. También que el banco de crédito que les daba los préstamos les cobraba varias veces la deuda. Esto les llevó a decidir formar una cooperativa inicialmente con tres pueblos que en poco tiempo llegó a tener 17. Finalmente le dieron un estatus jurídico. Así nació UCIRI.

La estrategia inicial de UCIRI para vender a precio justo consistió en un esfuerzo por insertarse en el mercado internacional del primer mundo. Pero al saltarse a los intermediarios y afectar sus intereses hubo represalias y asesinatos por parte de los coyotes. Frans mismo fue a dar a la cárcel en 1987.

Por su parte, la narración de Nico Roozen permite comprender las dificultades que un proyecto como el de UCIRI tuvo en el mercado europeo. Él había colaborado con las “Tiendas del Mundo”, movimiento solidario que había establecido una serie de establecimientos que comercializaban productos del Tercer Mundo. El mercado era el de un público europeo crítico y socialmente comprometido, pero minoritario (Ibidem, p. 79-119).

Pronto se vio que no era suficiente colocar el café de UCIRI en este tipo de mercado. Entonces se cambió de estrategia. Se buscó vender a un público más amplio: el de los supermercados. Buena parte del relato de Nico muestra las peripecias para materializar un proyecto semejante.

La propuesta comercial de UCIRI era vender un producto ecológicamente limpio que permitiera pagar con justicia el trabajo de los productores. Esto implicó optar por sistemas de cultivo que no daban una gran producción pero que no agotaban a la tierra, lo que concordaba con la lógica indígena de poder heredar a hijos y nietos una tierra fértil.

Para realizar la comercialización se creó una fundación y una marca de calidad: Max Haaverlar. En 1988 se introdujo en los supermercados el primer paquete de café de esta marca de calidad. Con el tiempo alcanzaron el 4% del mercado holandés. El modelo de esta fundación llamó la atención en otros países como Suiza y Alemania, por lo que se comenzó a difundir la experiencia. Para evitar depender de los cambios en el mercado internacional comercializando un solo producto, la fundación decidió que también se distribuyera chocolate, té, miel y plátanos.

Este proceso implicó un cambio en las reglas del mercado. Como señala Roozen el productor dejó de ser alguien anónimo para el consumidor y viceversa. Esto fue un elemento importante pues revistió de humanidad a un proceso tan importante como es la economía. Así, uno de los elementos que se hizo evidente con el tiempo fue que era necesario incidir no sólo en la producción y comercialización sino también en el consumo. Sobre todo: crear conciencia de que una actividad aparentemente tan sencilla como es comprar algo tiene un impacto social muy complejo: *no sólo se compra algo sino también a alguien*.

Con la ganancia obtenida por la venta del café, UCIRI invirtió en proyectos de desarrollo social. Sobre todo en el aspecto vital de las comunidades: mejoras sanitarias y educación. También se trató de incidir en procesos sociales actuales, como evitar la emigración de los jóvenes buscando generar empleo en las montañas.

Autogestión y participación: ¿utopía o realidad?

Historias similares a las de UCIRI han sido experimentadas por otros proyectos de economía solidaria. Los esfuerzos por construir un comercio ético llevan alrededor de 30 años (aunque en Brasil hay antecedentes a inicios de los años sesenta). Ahora existen más actores que son no sólo los movimientos humanistas, los religiosos, los productores “clásicos”, las asociaciones, las cooperativas, los grupos de importadores o las “Tiendas

del Mundo”: hay productores, importadores y certificadores, otras tiendas y una mayor cantidad de redes locales y regionales (Yépez, 2004).

Con los recursos obtenidos casi inmediatamente se construyen puestos médicos, se elaboran medicinas con hierbas, se mejora la infraestructura comunitaria, se trata de transmitir la experiencia a través de estrategias educativas, etc. Es decir, un proyecto económico se traduce casi inmediatamente en un impacto en lo vital.

Todo esto se sustenta a través de una organización que intenta ser democrática con la presencia de asambleas y equipos directivos y de vigilancia. Se trata de evitar que alguien empiece a explotar a los demás. En muchos casos se crean organizaciones de campesinos y pequeños productores o asociaciones de productores con la perspectiva de constituirse en empresas autogestivas. Por lo general, se manejan fondos reducidos de capital operativo y de inversión y muchos recurren a financiamientos de la cooperación internacional (Willame y Jiménez, 2004).

Bajo el sistema de comercio justo, lo que otorga el *valor* a la mercancía es una apreciación cultural. Lo que el consumidor estima es que un producto sea “hecho a mano,” represente el “arte indígena” o que brinde apoyo social. Pero, paradójicamente, esto crea nuevas forma de exigencia y reglas que erigen una nueva forma de dependencia.

Pongo un ejemplo. En Bolivia existe una red, la *Asociación de Productoras de Artesanías con Identidad Cultural*. De esta articulación, sólo un grupo ha podido exportar a los Estados Unidos por medio de personas que tienen un pequeño comercio o asisten a ferias.⁸ Un requisito fundamental que se les exige es que los productos sean innovadores y puedan competir con Asia (sobre todo China). La innovación en cuestión se refiere básicamente al diseño: las productoras bolivianas deben elaborar un “producto fino hecho a mano” enfocado al turismo (Ibidem, 2004).

De esta manera, los países del Norte (que son los que destinan presupuesto para las organizaciones solidarias del Sur, o bien, son los mercados de adquisición de sus productos), terminan definiendo lo que es “justo”, “solidario” o de “calidad”. Deciden qué merece ser o no apoyado. Es decir, terminan *legitimando* lo que es *solidario* y *fraterno*.

⁸ Al parecer desde 1997 el mercado europeo en este sentido está saturado y las redes hacia esta región sólo pueden sostener su relación con las contrapartes latinoamericanas “antiguas”.

Se puede observar también la creación de una nueva estructura burocrática, construida por las organizaciones extranjeras de apoyo que han buscado garantizar un sistema justo, transparente y equitativo. Así en el mundo del comercio justo actual es necesario contar con “certificaciones de calidad.” Las comunidades y organizaciones de países del Tercer Mundo tienen que pasar por varios trámites y evaluaciones periódicas de las agencias externas. Esto es percibido por los grupos comunitarios como trámites engorrosos que quitan tiempo a las actividades que consideran prioritarias.

Las financiadoras internacionales exigen además que las actividades que llevan a cabo las organizaciones solidarias de países en desarrollo hagan cambios sociales y culturales, tangibles y medibles, de acuerdo a lo que consideran como “transformador.” Por ejemplo, ahora es muy cotizado que un proyecto de desarrollo modifique rápidamente relaciones sociales y logre el *empoderamiento* de “x” número de mujeres.

Si bien existe una finalidad fraterna común, la manera en que los sectores consumidores solidarios definen qué es lo *transformador* puede diferir de lo que piensan los grupos productores en países en desarrollo. Más aún, puede ser inclusive artificial o inoperante en determinados contextos, pues en muchos casos, las agencias de financiamiento europeas o norteamericanas desconocen la situación cultural de una región y las dificultades que un cambio cultural de estas magnitudes implica.

Por otra parte, el modificar los diseños artesanales para cumplir con el gusto del comprador norteamericano o europeo (como en el caso boliviano), altera el significado que la producción artesanal tiene en las comunidades más ligada a un imaginario de tradición. Al aplicar una lógica de desarrollo netamente económica (de rendimiento, eficacia y competitividad) apuntalando hacia un mercado de escala, se impactan los modos de producción preexistentes de los productores, lo que altera a los sistemas económicos establecidos y a los vínculos internos entre artesanos (Willame, 2004).

En muchos pueblos el *valor* en un intercambio de bienes no lo tiene el producto, sino la acción de *dar*. Así una lógica basada en el *don* otorga el prestigio a quien da (más que a lo que se da), lo que permite relaciones intracomunitarias más armónicas.

Si deben preservarse o no estos últimos rasgos culturales (que para muchos quizás sea sinónimo de “pureza” y “autenticidad”) es tema de

una interesante discusión. No obstante, querer “revolucionar” al mundo en este sentido tiene consecuencias que es necesario analizar.

Otro aspecto rescatable del caso boliviano es que, desde la perspectiva de las artesanas, entrar al mercado internacional es visto como un riesgo y por lo general, se considera una alternativa más dentro de otras actividades económicas que desarrollan. Estas últimas incluyen obligaciones con sus comunidades y familias. Aunque buscan elevar sus ingresos, no le dan prioridad a la rentabilidad sino a la seguridad.

El hecho de que una mujer obtenga sus propios ingresos (y en ese sentido no dependa de un marido “macho” y “dominante”), que se convierta en líder o que tenga una participación activa y protagónica, es sinónimo de *empoderamiento* y transformación sociocultural deseable para muchos. Pero tiene consecuencias no fáciles de vivir. En el caso boliviano lo anterior implicó que las artesanas tuvieran que tomar un sin fin de cursos de capacitación (porque se partía de que debían *aprender* no tanto *aplicar* su saber). También que se comunicaran en una lengua (español) que no era la suya. Además una sobrecarga de trabajo al tener que cumplir con obligaciones familiares y comunitarias, más las de la “organización”. Esto derivó en tensiones con los suyos (Willame, 2004).

Así, el hecho de transformar a estas personas en “mujeres políticas” como intentan las organizaciones civiles es un proceso complicado y con múltiples aristas. Conviene preguntarse si estos rasgos que se consideran participativos y autogestivos no crean en realidad nuevas formas de dependencia.

Por otra parte, las experiencias Sinaloa y Veracruz en cuanto a la salud llevaron a la construcción de una organización económica basada en una red social, aún y cuando esto no fue el objetivo principal. Al romper con la lógica del sistema imperante de atención a la salud crearon un sustrato económico distinto.

En 1981, cuando se formó el MNSP (al que pertenecieron ambos proyectos) se fue gestando una red que pretendió ser no muy visible, con una estructura democrática, sin liderazgos que aplastara a los intereses de la mayoría y que respetara la diversidad de sus miembros. Punto esencial fue que el dinero no generara abuso de poder. De esta manera se luchó para que el MNSP no contara con financiamiento (entrevista con Guadalupe Abdó, 2003). Así, los distintos encuentros anuales que se dieron, por lo menos hasta mediados de los noventa, no contaron con presupuesto.

Cada asistente debía ir con sus propios recursos. Se buscaba construir sólo un espacio de intercambio y articulación.

Sin embargo, hacia 1982 se creó una asociación civil que brindara apoyo. Así, nació la asociación civil: *Red de Servicios para los Grupos de Salud Popular* (PRODUSSEP). La idea era que esta organización proporcionara servicios educativos, acopio de plantas e insumos curativos, materiales de difusión y capacitación, etc. PRODUSSEP sí contó con financiamiento y llegó a manejar un presupuesto importante, proveniente de agencias extranjeras (entrevistas con Benno de Keijzer, 2003 y con Agustín Sanginés, 2004).

Es posible reconocer cierto auge y decaída de PRODUSSEP. Al igual que los proyectos de Veracruz y Sinaloa, en algún momento los financiamientos más fuertes provenientes de grupos solidarios del extranjero, disminuyeron de manera dramática después de la caída del muro de Berlín. Hubo también una fractura al interior del MNSP por un desacuerdo sobre la dirección del mismo, sobre todo cuando un ala presionó porque el MNSP siguiera caminos más radicales, lo que fue rechazado por otra que se inclinaba por hacer cambios puntuales, graduales y pacíficos (Grajales, 2002, p. 4).

La experiencia de la salud popular en México muestra que tanto al nivel de proyectos individuales como de redes, el factor económico es uno de los elementos que puede llevar a un fortalecimiento, crecimiento y debilitamiento. Si bien se busca y se aprecia una autogestión, lo cierto es que cuando este tipo de proyectos logra rebasar una primera organización incipiente basada en una red de amigos y transitan hacia una institucionalización, se logra una estructura más compleja que da la impresión de alcanzar cosas mucho más importantes. Es entonces cuando algunos de sus actores perciben una época de “auge”. La impresión contraria sucede, cuando se deja de percibir el financiamiento externo. Entonces queda el sabor de un cierto debilitamiento.

Independientemente de la riqueza que estas experiencias representan para construir un mundo más justo, es importante no perder de vista que tanto en un proyecto cuyo objetivo es el factor económico, como en aquellos en que esto no es lo prioritario, es muy importante no dejar de lado la posibilidad de crear circuitos alternativos, basados en las redes culturales preexistentes.

Es decir, a pesar de la importancia de intentar construir un circuito económico que desemboque en el mercado internacional, se debe construir

de manera paralela un sistema que permita el intercambio de artículos vitales o servicios y que *no* responda, por lo menos de manera directa a las leyes del mercado internacional o aún a los criterios de los grupos solidarios del Norte.

Quizás se deba echar mano de otro tipo de lógicas de intercambio (como el *don*), los trueques o inclusive la creación de monedas y tiendas creadas ex profeso para esto, con el fin de facilitar el intercambio más que la ganancia. La creación de una red nacional con estas características quizás no sea del todo fácil en un país con la geografía mexicana, no obstante, es posible pensar en circuitos regionales que permitan este vínculo.

En este sentido, es posible rescatar la experiencia brasileña de comercio justo. En ella se ha podido crear un comercio local basado en redes y también se han desarrollado prácticas de microcrédito y de comercio electrónico. Se busca que los excedentes sean compartidos y se han atendido a demandas de consumo. Estas redes pueden intercambiar no sólo bienes sino también información. También se busca reutilizar los desechos (Mance, 1999).

Es difícil que en un mundo como el de hoy en día que no se creen lazos de dependencia. Pero debe tenerse muy en cuenta que lo que se considera “solidario” no deja de ser una representación cultural no siempre compartida por todos. Quizás los límites básicos están marcados por el grado de dependencia económica y de legitimidad que tiene el Sur hacia el Norte, aún en los casos más “transformadores”. Varios de los esfuerzos se han quedado en nichos, que no siempre logran romper con lo convencional. No obstante, lo más importante de estas experiencias son los cambios en las visiones culturales (como concluyen David, Roberto y Guadalupe). Hacia dónde va esa nueva dinámica cultural es algo poco estudiado y reflexionado.

Como historiadores no debemos pasar por alto los múltiples procesos que corren en paralelo y que han sido construidos por la ciudadanía desde la segunda mitad del siglo pasado. Las historias de vida de personas, organizaciones o instituciones nos permiten ver serios cuestionamientos hacia estructuras sociales en ámbitos como la religión, la salud, la economía o la educación y el surgimiento de nuevas instituciones y redes que han logrado una fuerte interrelación.

Varios de estos pequeños sistemas sociales han mostrado que es posible tener salud y economía con un alto grado de eficiencia y eficacia.

Es decir, que vivir en nuestro mundo no es algo extraordinariamente costoso. Además que hay una gran sabiduría cultural que debe ser rescatada y puede ser combinada con el desarrollo científico. Es posible además que los servicios profesionales sean más baratos.

Es importante estudiar y conocer estos fenómenos porque hay miles (o quizás millones) de personas involucradas en distintos continentes. Es posible identificar búsquedas e inquietudes que explican el surgimiento de nuevos discursos, cuerpos jurídicos, instancias de desarrollo, actores y relaciones sociales en distintos niveles. Dar cuenta de esto nos permitirá comprender lo que sucede en nuestro mundo actual, vivo y cambiante siempre, por supuesto, con miras al futuro.

Referencias bibliográficas

- BARDROFF, Martina; HOHMANN Jürgen; HOLST Jens. Gesundheitssysteme Lateinamerikas: probleme und reformstrategien. *Ibero-Amerikanisches Archiv*, vol. 26, n. 3-4, p. 377-393, 2000.
- CADENA, Félix. De la economía popular a la economía de solidaridad. Itinerario de un debate conceptual. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 5 de julio 2004.
- DEBUYST, Frédéric. Dificultades y complementariedades de las economías sociales y populares. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 5 de julio 2004.
- FAJARDO, Roberto; WERNER, David. Salud rural autogestiva: el proyecto Piaxtla. In: HARO, Jesús Armando; DE KEIJZER, Benno (coord.). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. México: El Colegio de Sonora, 1990.
- FRENK, J.; LONDOÑO, J. L. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*, n. 15, jul.-dic 1997, p. 5-28.
- GRAJALES Carolina. *Proceso histórico de PRODUSSEP*. Documento personal sin clasificación. México: 2002.
- MANCE, Euclides. *A revolução das redes: a colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.
- Health Wrights Newsletter from the Sierra Madre*. www.healthwrights.org/politics.iphc.htm.
- ROOZEN, Nico; VANDERHOFF, Frans. *La aventura del comercio justo: una alternativa de globalización por los fundadores de Max Havelaar*. México: El Atajo Ediciones, 2002.
- ROS, Emilie. Las periferias de Montevideo: el ejemplo uruguayo de una resistencia lúcida. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 5 de julio 2004.

- VIETMEIER, Alfons. Economía Solidaria en México. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 5 de julio 2004.
- YÉPEZ DEL CASTILLO, Isabel. El movimiento por un comercio justo: dinámica de actores, tensiones y desafíos. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 5 de julio 2004.
- WERNER, David. *Where there is no Doctor*. Hesperian Foundation, 1990.
- WERNER, David; BOWER, Bill. *Aprendiendo a promover la salud*. México: SEP, 1994.
- WERNER, David; SANDERS, David. Ascenso y caída de la atención primaria de salud. In: *Cuestionando la solución*. México: PRODUSSEP/Centro de Estudios Ecuménicos/Centro de Estudios Educativos, 2001, p. 49-57.
- WILLAME, Brigitte; JIMÉNEZ, María Julia. Las asociaciones de productoras de artesanía en Bolivia y las diversas lógicas económicas: miradas desde las mujeres. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bratislava, 6 de julio 2004.

Entrevistas

Entrevista con Guadalupe Abdó, realizada por Martha Cahuich, 30/8/2003.

Entrevista con Benno de Keijzer, realizada por Martha Cahuich, 1/9/2003.

Entrevista con Agustín Sanginés, realizada por Martha Cahuich, 4/5/2004.

Resumen: El artículo reflexiona acerca de algunas experiencias mexicanas de economía solidaria y participación social en salud. Recuerda el estrecho vínculo que hay entre la economía y lo vital. La memoria de los actores muestra que esta relación no siempre ha sido reflexionada a fondo por los proyectos de la sociedad civil organizada. En el siglo pasado algunas agencias financieras internacionales construyeron nuevas formas de dependencia Norte-Sur. Se propone construir sistemas de comercio regionales relativamente autónomos que intercambien productos de primera necesidad (alimento, medicina, vestido, etc.).

Palabras-clave: economía solidaria; comercio justo; salud popular; participación comunitaria en salud.

The Building of Solidary Health and Economy

Abstract. This paper thinks about some Mexican experiences of solidary economy and social participation in health. It remembers the narrow link between economy and health. The memory of the actors shows that this relationship have not been reflecting always by the civil society. Some international financing agency built new form of dependency from South to North in the last century. It proposes to construct relatively autonomous commercial systems that interchange vital products (food, medicine, clothing, etc.).

Keywords: solidarity economy; fair trade; popular health; community participation in health.

