

# *Vita et Tempus*



**Propuesta de creación y ejecución continúa de una casa de salud en la comunidad de Carlos A. Madrazo**

**Ada Yuselmy Tome Reyna  
Revista Electrónica Semestral  
Suplemento Volumen, IX  
Enero – Julio 2023**

**ARTEM**

**Propuesta de creación y ejecución continúa de una casa de salud  
en la comunidad de Carlos A. Madrazo**

**Ada Yuselmy Tome Reyna**

**Chetumal, Quintana Roo**

**Enero 2023**

Mtro. Francisco Xavier López Mena

Rector

Dra. Karina Amador Soriano

Secretario General

Diseño de Portada de Juan Manuel Espinosa Sánchez

Fotografía Construcción del Centro de Salud por Ada Yuselmi Tome Reyna

VITA ET TEMPUS, año 8, Suplemento Volumen IX, Enero-Julio de 2023, es una publicación semestral, editada y distribuida por la Universidad de Quintana Roo, Boulevard Bahía s/n. Esq. Ignacio Comonfort, Col. Del Bosque, C.P. 77019, Chetumal, Quintana Roo, a través del Grupo de Profesores del Doctorado de Estudios Culturales y Sociales de Mesoamérica y del Caribe de la División de Ciencias Sociales Económico y Administrativa, tel. 983 83 50 300, web: <http://www.uqroo.mx/vita-et-tempus/>, correo electrónico: [vitaettempus2016@gmail.com](mailto:vitaettempus2016@gmail.com). Editor responsable: Juan Manuel Espinosa Sánchez. Reserva de Derechos de Autor al Uso Exclusivo: 04-2017-110315284800-203, ISSN, 2594-097X, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, Registrada en el Directorio Latindex de la Universidad Nacional Autónoma de México en: <https://latindex.org/latindex/ficha/23119>. Indexación Internacional de EUROPUB, Inglaterra, en <https://europub.co.uk/journals/27492>. Indexación en Sudamérica por FLACSON-Argentina, en <https://latinrev.flacso.org.ar/revistas/vita-et-tempus>. Indexado en Google Académico, en [https://scholar.google.es/citations?view\\_op=list\\_works&hl=es&hl=es&user=Ijz7tfMAAAAJ&pagesize=80](https://scholar.google.es/citations?view_op=list_works&hl=es&hl=es&user=Ijz7tfMAAAAJ&pagesize=80)

Responsable de la última actualización de este Número Dirección General de Sistemas de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Mtro. Felipe Alejo Guzmán, Boulevard Bahía s/n. Esq. Ignacio Comonfort, Col. Del Bosque, C.P. 77019, Chetumal, Quintana Roo, fecha última de modificación 7 de Enero de 2021. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

"<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>"

Identificador Digital ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-9453-0675>

Código QR



## **Directorio**

### **Coordinación General**

Dr. Juan Manuel Espinosa Sánchez  
Dra. Kinuyo Concepción Esparza Yamamoto  
Dra. Nuria Arranz Lara  
Dr. Alexander Voss  
Dr. Andreas Koechert (+)  
Dr. Yuri Balam Ramos  
Dr. Julio Robertos  
Dr. Javier España Novelo  
Dr. Ever Canúl Góngora

### **Coordinación de Información**

Mtro. Celcar López Rivero  
Mtra. Wang Kexin (Universidad Complutense de Madrid, España)  
Lic. Jorge A. Gamboa Noble  
Lic. Héctor Arjona Yeladaqui  
Lic. Ali Schnaid (+)  
Lic. Manuel Safar Díaz  
Juan José Sosa Rodríguez (+)

### **Comité Editorial**

Dra. Hilda Julieta Valdés García (IIB-UNAM)  
Dra. Leticia Bobadilla González (IIH-UMSNH)  
Dra. Gabriela Vázquez Barke (CIESAS-Mérida)  
Dra. Libertad F. Díaz Molina (UNICARIBE)  
Dra. Elsa González Paredes (IPN)  
Dr. Juan Manuel Mendoza (El Colegio de Michoacán)  
Mtro. David Lara Catalán (Estados Unidos de América)  
Mtro. Armando Alberto León López (UQROO-Unidad Cozumel/Miembro Red InComplex)  
Dr. Eduardo Quintana Salazar (Universidad de Guadalajara)  
Lic. Roberto Gallegos (UNAM)

Mtro. Gumersindo Vera Hernández (IPN)  
Mtra. Adriana Rodríguez Delgado (ENAH)  
Mtra. Rosa Canul Gómez (UQROO)  
Lic. Israel Jiménez Peralta (UAM-I)  
Lic. Mariana Ramos Espinosa (UPN-México-Universidad Central de Chile)  
Lic. Xu Jiale (Universidad de Economía y Comercio Internacional de Beijing, China)  
Mtra. Li Mei (Universidad de Salamanca, España)  
Lic. M. Li (University College London, Inglaterra)  
Lic. Shangyu Hu (Universidad de Estudios Internacionales de X`ian, China)  
Lic. Xinruo Ding (Universidad de Shandong, China)  
Lic. Dongyue Wang (Universidad de Lenguas y Cultura de Beijing, China)  
Lic. Xu Fei (Universidad de Suzhou, China)  
Lic. Bocheng Xiong, (Universidad Normal de Yunnan, China)  
Lic. Shimei Wu, (Universidad Normal de Yunnan, China)  
Lic. Yali Yuan (Central South University, China)  
Oscar Hugo Ramos Espinoza (WETV, China)  
Lic. Sheila L. (WETV, China)  
Mtra. Miriam Gallardo López (UQROO-Unidad Playa del Carmen)  
Lic. José Gabriel Ramos Carrasco (UQROO)  
Mtra. Ada Yuselmy Tome (UQROO)  
Lic. Diana Hernández Castillo (UAM-Cuajimalpa)  
Lic. Luis Rosado Cen (UTCH)  
Lic. Beatriz Vargas (UTCH)  
Arturo Ocampo Rodríguez (UQROO)  
Brenda Gamboa (UAEQROO)

### **Comité Editorial de Estudios Interculturales**

Dr. Ever Canúl Góngora

### **Área de Redacción**

Lic. Julio Madera Esquiliano (UQROO)

**Diseño**

Isabel Can (UAEQROO)

Josafat Díaz (UQROO)

Pedro J. Hoil Villalobos (UQROO)

Adriel Torrez (UQROO)

Christy Corine Valdez (UQROO)

David Pimentel Quesada (UAEQROO)

Edith Beatriz Castillo Quintal (UAEQROO)

## Índice

<b>Introducción.</b> . . . . .	9
<b>Capítulo I. La Salud: punto de acceso para el bienestar.</b> . . . . .	14
1.1 Medicina y Antropología. . . . .	14
1.2 Contexto Histórico de Salud en México. . . . .	29
1.3 La Salud en el Estado de Quintana Roo. . . . .	33
1.4 Proyectos hacia la Salud en el Estado de Quintana Roo. . . . .	36
1.5 Construcción Literaria de variables científicas en relación a la Salud. . . . .	47
<b>Capítulo II. Estado libre, migrantes con futuro:</b>	
<b>Historia de Carlos A. Madrazo.</b> . . . . .	64
2.1 Lucha de un Quintana Roo como Estado libre y origen de otras comunidades. . . . .	65
2.2 Fundación del poblado Carlos A. Madrazo. . . . .	70
2.3 Carlos A. Madrazo en sus primeros 18 años de creación. . . . .	76
2.4 Carlos A. Madrazo en la actualidad, 2017. . . . .	83
<b>CAPÍTULO III. Por una mejor salud: creación de una casa de salud en la comunidad de Carlos A. Madrazo.</b> . . . . .	96
3.1 Historia del problema. . . . .	96
3.2 Acercamiento con la Comunidad: Identificación del Problema. . . . .	99
3.3 Técnicas de Investigación . . . . .	101
3.4 Grupos de Trabajo y Estrategias de Solución. . . . .	103
3.5 Actividades Sanitarias: Formando una Concientización de Prevención de Enfermedades. . . . .	110
3.6 Datos recabados para iniciar con la casa de salud . . . . .	116
3.7 Solución del Problema. . . . .	121

<b>Conclusiones.....</b>	<b>..... 144</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>..... 145</b>
<b>Nota Editorial</b>	<b>151</b>

## Introducción

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El derecho a la salud es con lo que todos los seres vivos debemos de contar. En México, el artículo 4º de la Constitución de los Estado Unidos Mexicanos establece “el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Instituto de Investigación Jurídica, 2016). Todo ser humano tiene un código de legalidad, y es por justicia ciudadana que de pequeños hasta personas adultas tenemos derechos de ser atendidos, y hoy con el seguro popular, tener medicamentos gratuitos, así como algunos análisis médicos. Es deber del médico atender a la persona que llegue a consultar sin importar edad, sexo, estado civil, economía o si es persona indígena.

Existe en la comunidad de Ucum un centro de salud donde son asistidas seis comunidades: Ucum, Carlos A. Madrazo, Juan Sarabia, Sacxan, Palmar y Sergio Butrón Casas. Nuestro trabajo de campo indica que hay centro de salud en Palmar y que éste atiende a Sacxán, sin embargo, este solo atiende en ocasiones los fines de semana, y en otras permanece cerrado por falta de médico y medicamentos. El centro de salud tiene como criterio atender primordialmente a las mujeres embarazadas, personas con diabetes y a la familia que tienen PROSPERA (Programa de Inclusión Social), este programa consiste en dar apoyo monetario a las familias de bajo recursos, así como el darles atención médica y dental gratuita.

Esta forma de atención medica de poner prioridad en pacientes molesta a la comunidad que no padece o cuenta con un programa mencionado en renglones anteriores, ya que provoca que si alguna persona está enferma, acude al centro de salud a consultar ya no puede ser atendida porque la familia a la que se le solicitó de PROSPERA tiene cinco u ocho integrantes y estos vienen ocupando el

espacio que un médico cubre, ya que al día las enfermeras del sector salud solo dan diez fichas para consulta con el médico y para el dentista solo dan cuatro, cuando al día, para el médico llegan hasta presentarse quince personas y para el dentista hasta seis pacientes.

Les causa inconformidad a los pobladores de Carlos A. Madrazo la ausencia de un centro de salud y el transportarse hasta otra comunidad para poder recibir una consulta. También por la necesidad de muchas personas de bajos recursos que cuentan con el seguro popular y que en ocasiones no pueden ser atendidas en el centro de salud de Ucum por el exceso de pacientes y falta de medicamentos. Sin embargo, esta necesidad de contar con una clínica se ha incrementado, a causa de que más de la mitad de la población han presentado enfermedades las cuales se transmiten por el mosquito (tanto adultos como niños), el padecimiento de la diabetes, personas con cáncer, con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como muertes por hipertensión, esta última sucedió a consecuencia de que tardaron en trasladar a la persona al centro de salud de Ucum y cuando llegaron, no había médico que pudiera atenderlos.

Otro problema de salud es el que se da durante la zafra (periodo de corte de caña de azúcar), ya que, al quemar la caña, ésta crea tizne lo cual el cortador al tener contacto con la caña quemada le provoca infecciones respiratorias. En las personas que se dedican al riego de herbicidas, pesticidas y plaguicidas, utilizados para proteger la caña, el contacto directo con las sustancias químicas de estos productos les ha causado infecciones estomacales y en la piel. Así como las heridas provocadas por el manejo del machete y la moruna (tipo de machete utilizado para cortar la caña quemada), porque las personas llegan a golpearse con el filo en los pies y sobre todo en las manos, produciéndose heridas profundas.

Por las enfermedades ya antes mencionadas y por las futuras enfermedades que se puedan presentar los pobladores se han organizado para la gestión de una casa de salud. Para ello se implementaron estrategias que establecieran los problemas que la comunidad de Carlos A. Madrazo presenta al

no contar con atención pública enfocado a la salud, como es la diabetes en las personas mayores de edad y las enfermedades actuales como el Zika y el Chikungunya, y las que se originan durante la siembra y corte de caña.

Reuniéndose así dos grupos de mujeres que encabezarán el proyecto y las cuales darán a conocer a toda la población el proceso a realizarse, así como los gastos que se darán durante la construcción de la casa de salud. El crear una casa de salud ha sido una propuesta que se ha llevado a cabo durante muchos años, y como habitante del poblado de Carlos A. Madrazo he visto cómo han padecido las personas por ir a consultar y otras el cómo han vivido una muerte porque el centro de salud de Ucum no cuenta con un médico las 24 horas del día. Por ello decidí tomar este trabajo de investigación con la finalidad de ayudar a la comunidad y de atacar un problema que se ha presentado desde 1974.

Como objetivo general de este trabajo fue desarrollar la propuesta de implementación de una casa de salud en la comunidad de Carlos A. Madrazo. Ya que la comunidad aún no cuenta con centro de atención médica, lo cual es uno de los factores que afecta a la comunidad y como consecuencia la falta de desarrollo de las zonas rurales. En cabecera por dos grupos de mujeres se empezó a gestionar con el delegado de la Carlos A. Madrazo la necesidad de una casa de salud, el cual procedió hasta darse a conocer con el director del centro de salud de Ucum y SESA, así como en el municipio Othón P. Blanco. La finalidad de la casa de salud es que las enfermedades que atacan hoy a la comunidad, principalmente la diabetes reduzca, que los ciudadanos reciben una atención más cercana y que ésta se mantenga en operación haciendo participe a toda la comunidad.

Los objetivos particulares que se consideraron pertinentes para la ejecución de este proyecto, fue que la creación de una casa de salud era primordial para el bienestar de los pobladores y sus familias ya que se han visto afectados en gran medida al no poder consultar y no contar con los medicamentos necesarios (a pesar de que se cuenta con el Seguro Popular) para atacar las enfermedades del mosquito. Como último objetivo es generar estrategias del grupo y ciudadanos para dar continuidad a la operación de la casa de salud ya que se han originado

proyectos anteriormente para la obtención de esta y al final no son concluidos por falta de recursos y participación de los ciudadanos de la localidad.

Se examinaron varios supuestos de intervención con base al beneficio de la salud en Carlos A. Madrazo, dando paso a la prevención de enfermedades y las tragedias que cada una de ellas puedan ocasionar en un ser vivo. El supuesto que amparan las hipótesis es que la mejora de salud garantiza una mejor calidad de vida y una atención médica más segura en la zona rural.

La metodología utilizada para esta investigación se centró primero y primordialmente en realizarse una etnografía que consistió en analizar y describir la práctica de vida de los ciudadanos, así como enfatizar las cuestiones descriptivas e interpretativas de un ámbito sociocultural en concreto, tratando de interpretar los fenómenos sociales “desde dentro” la perspectiva del contexto social de los participantes permitiendo al investigador tener un conocimiento interno de la vida social.

Como primer capítulo tenemos el análisis de la medicina con la antropología, el interés de conocer cómo se comporta el ser humano en la salud-enfermedad a través de su entorno social. Siguiendo también un contexto histórico desde que la cultura occidental llegó a México y cómo esta desplazó a la medicina tradicional en todos los estados, en especial en el Estado de Quintana Roo.

En el segundo capítulo desarrollamos la historia de cómo Quintana Roo se convirtió en Estado, lo cual originó ejidos conformados por poblados, cuyas poblaciones fueron habitadas por personas de diferentes partes de México. En seguida presentamos el cómo se creó la comunidad de Madrazo, así como sus costumbres. Y por último la etnografía de lo que hoy es Carlos A. Madrazo, vida, cultura, personas, lenguaje y religión.

En el tercero y último capítulo de esta tesis, se presenta la descripción del problema sobre la falta de una casa de salud, (en el año de 2017); la organización que se realizó para la gestión de la clínica entre las autoridades correspondientes,

así como los grupos de trabajo que encabezarían la construcción. Al final del capítulo plasmaremos el trabajo de investigación que se llevó a cabo, desde la organización de los grupos de trabajo y toda la comunidad, así como la construcción de la casa de salud. Dichas acciones las ilustramos con sus respectivas imágenes.

Como último apartado de la tesis, tenemos las reflexiones sobre la investigación, desde el trabajo de campo y la implementación de la antropología en la comunidad de Carlos A. Madrazo. Concluyendo con algunas recomendaciones para que la comunidad en general logre mantener la casa de salud en ejecución constante.

## **Capítulo I**

### **La Salud: punto de acceso para el bienestar**

En este primer capítulo tenemos como objetivo dar a conocer lo que es la medicina y la antropología, y las investigaciones que la antropología ha hecho a través del individuo y su cultura para conocer el impacto de la medicina tradicional y científica en su salud. Seguidamente daremos una historia breve de cómo la salud alópata llegó a México la cual se transformó en gran parte las ideologías de la península de Yucatán, originando un impacto transformador en los estados del país, como lo es en Quintana Roo. Iniciando primero atención alópata por medio marítimo, hasta crear clínicas y hospitales de salud en todo el Estado. Nos enfocaremos principalmente solo en el territorio de Quintana Roo y como este se creó, ya que con él nace la comunidad de Carlos A. Madrazo, en la cual está enfocado nuestro trabajo de investigación.

Como punto final presentamos las variables con las cuales trabajamos el tema de la salud en la antropología, cuyas variables se ven complementadas con la medicina tradicional y el cambio a la medicina alópata para combatir las enfermedades creadas culturalmente por la sociedad.

#### **1.1 Medicina y Antropología**

La antropología médica y la biomédica han impulsado controversia desde su creación, debido a que gran diversidad de investigadores consideran importante a cada una conforme a su percepción, así la medicina, la ciencia y creencia forman lo que es, una base para mejorar la salud en el ser humano. Esta especialidad médica ha tenido un destacable desarrollo basado en la ciencia y creencia, creando tres tipos de modelos.

El primer modelo es el clásico: éste se refiere a la medicina tradicional basada en la creencia indígena conforme a la magia y la religión, donde consideran a los curanderos como marginados. La marginación sobre estos médicos se debe a que la medicina tradicional no es vista de una “buena manera”, no se considera viable para curar enfermedades, ya que ésta se debe de tomar como una realidad vinculada a sus procesos de curación, lo cual la magia no llega a ser real. Sin embargo, se considera que cada enfermedad tiene su curación, esto depende del lugar en que se habite, así como de su cultura y de sus creencias o formas de vida, las enfermedades forman parte de los accidentes naturales como: falta de higiene, muy altas o bajas temperaturas, escases de alimentación y adicciones. Cada recuperación que se da a una u otra enfermedad parte de la creencia de curación ya sea indígena u occidental. Si se habla de medicina tradicional esta es creada de generación en generación y vienen siendo tradiciones de salvación para el hombre enfermo y cuyas curaciones ha traído resultados favorables para las enfermedades.

Sin embargo, consideraba Tylor que Los occidentales y tecnológicos no consideran esta vía como algo concreto y certero. Para combatir a las enfermedades es necesario capacidad de asociación de ideas claras y orientadas de aprendizaje científico y el hombre (y la mujer) antiguo se caracterizan por su carencia de método empírico, su falta de aprendizaje de la experiencia y su desajuste con la realidad crean una mentalidad indígena errónea sobre la medicina y las curaciones. Los antiguos, consideraba dicho autor, que carecían de la facultad humana de asociación de ideas con la realidad, si estos pudieran llevar a cabo dicha asociación pudieran ser conducidos a un conocimiento racional con base a la realidad empírica, pero esto no es así, ya que el hombre antiguo es equivoco, más cuando el mundo de las ideas trata de imponerse en la realidad mediante la magia o la religiosidad, o en todo caso en las creencias de los antepasados, lo que conlleva a que esas ideas permanezcan en los indígenas por considerarlas algo sagrado.

Los ejemplos de cómo los indígenas consideran la enfermedad es abundante, un ejemplo de ello es el hilo rojo, en la mayoría de las creencias indígenas se creía (y se cree) que un hilo rojo en la mano derecha te cuida del mal de ojo y envidias, y el cordón rojo se puede poner de igual en la panza de una mujer embarazada para proteger al bebé que viene en camino de un mal o de algunas malas transformaciones por los eclipses lunares. A los ojos de Tylor estos ejemplos tienen que ver con ese fundamento erróneo de las artes mágicas por el cual se confunde una asociación de ideas con la realidad, Tylor dice:

La clave principal para la comprensión de la Ciencia Oculta es considerarla basada en la Asociación de Ideas, una facultad que radica en el fundamento de la razón humana, pero, en no pequeña medida, de la sinrazón humana también. El hombre, todavía en una baja situación intelectual, tras haber llegado a asociar en el pensamiento aquellas cosas que por experiencia sabe que están relacionadas en la realidad, procedió erróneamente al invertir esta acción, concluyendo que la asociación en el pensamiento debe implicar en la realidad una relación semejante (Tylor, 1997:122).

La medicina antigua no es considerada para algunos autores como medicina científica sino más bien imitativa o como contagio, debido a que se va adquiriendo de generación en generación. Para Frazer “la base lógica de la magia por contagio, así como de la magia imitativa, es un error de la asociación de las ideas... aplicación errónea del más simple proceso mental” (Frazer, 1993: 37-38). Error de las ideas antiguas durante el modelo clásico era que los autores de ese tiempo determinaban para dichas creencias que no eran iguales a las suyas ni se desarrollaban bajo la racionalidad de lo científico. Medicina que no tenía justificante ni credibilidad, solo el sustento de que eran mejoramientos para la salud que sus antecesores le inculcaron.

En el modelo pragmático se vio más la integración de la antropología médica explicando que la medicina primitiva está desarrollada con base en su cultura, los rasgos culturales de un pueblo son relativos a su contexto lo que conlleva a que el individuo desde que nace se vea envuelto en dicha cultura,

adquiriendo una determinada forma de vida y creencia, dando paso a una simetría epistemológica y comparando a la medicina primitiva con un modelo biomédico. El modelo biomédico es aquel por el cual se utiliza la realidad con el método científico para dejar atrás las ideas mágicas. La medicina occidental es fundamentalmente racional y la primitiva no deja de ser mágico-religiosa aun cuando se intenten comprobar y dar elementos que tenga algo de racional.

La antropología aplicada médica es la encargada de demostrar la eficiencia y eficacia que la medicina tradicional pueda tener para dejarla de categorizar como algo no real. Si bien han existido investigaciones que deja entre dicho que la medicina nativa pueda ser de ayuda para el mejoramiento de los individuos y para el ataque de las enfermedades, esto se puede observar en Programas de salud en la situación intercultural (1986) de Gonzalo Aguirre Beltrán, en México. La investigación fue centrada en la antropología aplicada a la educación sanitaria indígena, donde un mediador antropólogo se pone entre el conocimiento científico y las concepciones y prácticas médicas de las sociedades autóctonas. La campaña sanitaria en los indígenas no pudo ser de gran intervención por parte de los médicos profesionales, ya que los indígenas no contaban con el conocimiento de lo que son las medidas sanitarias, apuntando así Aguirre Beltrán:

El conocimiento de las creencias y prácticas que participan los comuneros indígenas para diagnosticar y tratar sus enfermedades ha sido menospreciado por el personal técnico, científicamente adiestrado, sobre cuyos hombros recae la responsabilidad de instrumentar las campañas sanitarias. El desconocimiento de las ideas y patrones de acción de la medicina indígena conduce, inevitablemente, a levantar barreras de resistencia que obstruye o retardan el éxito de los programas. La investigación necesaria de las prácticas curativas y las creencias sobre enfermedades supone la radicación del médico por un buen tiempo en zonas indígenas y, además, una preparación especial en las ciencias sociales. La educación higiénica de las comunidades debe ir aparejada con la educación antropológica del personal que en ellas actúa (Aguirre Beltrán, 1986: 199).

Por lo que aquí considera Aguirre Beltrán que debe de haber una mediación entre el medico alópata y el indígena, esta mediación será el antropólogo, con la finalidad de que ambas partes puedan entender el conocimiento que tiene cada uno sobre la medicina y el mejoramiento de la salud para los individuos. La medicina occidental, es considerada como la ciencia que trae el bienestar en forma racional sin apartar la coherencia con el conocimiento científico, por lo que la cultura moderna la considera una forma más viable y acertada para curar cualquier enfermedad, sin embargo, algunos curanderos tradicionales consideran que a la medicina científica le falta mucho por entender para que pueda ser utilizada en los nativos debido a sus diferentes creencias de curación.

En el modelo crítico, en sentido contrario a los modelos mencionados, la antropología médica cuestiona a la biomedicina por no ser racional, ya que también puede esta estar utilizando sus propias creencias considerándolas como certeras. Aquí en este modelo ya no es cómo los aborígenes manejan lo que es la salud y la curación en las enfermedades, los sistemas terapéuticos y el cómo la cultura puede ser un influyente para dichas creencias o magias como un sistema de curación. Ahora es el cómo la biomedicina construye sus objetos determinándolos como biológicos y llevados al punto que la biología maneja, cómo desarrolla sus biotecnologías y cómo éstas las transforma como representaciones culturales y curativas, las cuales son llevadas a que una sociedad se relacione con ellas y las tome como la mejor vía para el bienestar en la salud.

Aquí entendemos que la incorporación de lo “científico” y lo biomédico al repertorio de la mirada antropológica puede entenderse como una respuesta culturalista y relativista que amortigua la ofensiva de las teorías biológicas en la exploración de terrenos como la subjetividad y la cultura como una. “Una duda que vendría a recordar que la biomedicina y la ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultura” (Martínez, 2008:39)

Una vida social que también crea estereotipos, formas de vida, creencias, formas de comunicación, hasta lo que puede parecer bien o mal (hablando de forma moral) así como las enfermedades y qué medicamento sirve para que cada

una sea contrarrestada. Tomando entonces la conciencia se puede partir que, ninguna de las vías de curación puede ser cuestionada como verdadera o falsa ya que cada cultura acepta diferente forma de curación, ya sea de forma científica o tradicional. Se puede decir que ninguna es certera, pero sí podemos afirmar que hoy día solo una es la más usada debido a que nos encontramos en un mundo globalizado donde la modernidad es la principal, una de ellas es la medicina occidental. “Nos encontramos ante un auge sin precedentes de las tecnologías biomédicas que han abierto nuevas puertas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la producción y transformación de alimentos y animales, la concepción humana o la prolongación de la vida” (Martínez, 2008:45). Estas enfermedades y nuevas concepciones son determinadas por la modernidad en la que nos encontramos y cuyos malestares categorizan el bien o el mal para un ser humano.

En gran medida, el impacto de las nuevas tecnologías biomédicas en la organización social, en las representaciones culturales del cuerpo, de la vida y de la salud y en una economía y política cada vez más globalizada, desigual e interdependiente, es algo que todavía está por verse. “Algunas de estas tecnologías, como el cultivo de “células madre”, la posibilidad de una ingeniería genética a la carta, la clonación, el uso de la información genética para generar nuevas formas de diferenciación social o la manipulación y diseño de alimentos y animales, se encuentran en un momento inicial de su desarrollo” (Martínez, 2008: 46).

Los cambios que se susciten en el mundo, así como las nuevas investigaciones y descubrimientos de sustancias para contrarrestar enfermedades, se deberán a los procesos de modernización y por la transformación de creencias sociales. Por lo que el cambio de la biomedicina se verá solo afectado “conforme a la <<construcción social de la enfermedad>>” (Martínez, 2008: 68). Una de las formas que se han implementado para la revaloración de las enfermedades y las necesidades de los enfermos para detectar de manera rápida el malestar, así como la causa de dicha enfermedad es “penetrar en el interior del cuerpo del

paciente mediante sistemas de representación como las radiografías, las tomografías o los test sanguíneos” (Martínez, 2008: 84), aquellas tecnologías que den el diagnóstico preciso para la pronta recuperación del paciente.

La medicina alópata a pesar de ser considerada la más racional por su proceso científico, no niega que las practicas medicas “tradicionales” tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, las cuales se hallan integradas a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes en la comunidad. Esto les da una potencialidad que puede operar positivamente y también negativamente, sobre los procesos de salud/enfermedad. En consecuencia, “debe hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y/o aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar radicalmente la cultura de dichas comunidades. El proceso debe darse, pero con el menor costo cultural posible” (Menéndez, 1990: 7).

La medicina científica no puede desplazar a la tradicional a causa de que existen aún nativos que tienen ideologías arraigadas. Menéndez analiza los cuatro estereotipos Foster, siendo indicadores de que una medicina científica no puede sustituir del todo a una tradicional:

- a) La medicina tradicional es integral, la medicina moderna solo tiene en cuenta la enfermedad.
- b) En los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías, enfermedades que el médico reconoce y las enfermedades “populares” que los médicos se niegan a reconocer.
- c) Los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria, y
- d) Los médicos que trabajan en lugares indígenas ignoran la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con sus pacientes (Menéndez, 1990: 12).

Haciendo un análisis como Menéndez lo hace, se puede establecer que la “medicina tradicional” no se puede separar de sus lugares de origen (pueblos indígenas), debido a que constituye un

elemento básico de afirmación cultural indígena, de su cosmovisión y sus derechos, si la mayoría de los médicos no la intenta seguir, sería muy difícil que la medicina moderna pueda desarrollarse. Debido a que los recursos herbolarios llegan hacer más eficientes y sanos para poder atender una enfermedad, ya que este no cuenta con químicos, ni colorantes o saborizantes artificiales.

Un ejemplo de estudio de la antropología en la medicina tradicional es la investigación realizada en dos comunidades afroestizas de Veracruz, en México, analizando el caso de un huesero, donde éste es llamado como un algebrista, que trata las fracturas y dislocaciones que eran conocidas como “álgebra<sup>1</sup>”. Las personas a menudo van con el huesero, porque consideran que comparte con ellos la misma visión del mundo y de la vida, guiándose por la naturaleza y el universo, no por medio de una institución científica.

Rodrigo Ariel Blanco García (figuras 1 y 2), “Ariel Blanco”, como lo conoce la mayoría de las personas a quienes ha atendido y aliviado de sus problemas de salud, es originario de Mata Clara, municipio de Cuitláhuac en Veracruz. Tiene 45 años de edad. Es casado y padre de una niña y un niño de 13 y 11 años de edad, respectivamente. Su nivel de estudios es de primaria terminada. Trabaja en un taller de su propiedad haciendo arreglos mecánicos y cambios de aceite automotor. Hace aproximadamente 10 años inició su trabajo como huesero, atendiendo en el patio de su casa o en su taller, a donde acuden personas de varios estados de la República Mexicana: Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Nuevo León, Baja California, Sonora, etc., incluso refiere que ya le han llevado a curar personas del extranjero (Cardoso y Pascual, 2008: 75).

Él es devoto de la virgen de Guadalupe y cree que gracias a esa fe él puede ayudar a sus semejantes. Por su conocimiento llega a tratar también a mujeres que no puede quedar embarazadas, tallándole los ovarios para que estos

---

<sup>1</sup> A la palabra “álgebra”, que en árabe significa “reducción”, en castellano se le dio dos sentidos: el matemático y el médico; en este último, como el arte de volver a su lugar los huesos dislocados (Cardoso y Pascual, 2008: 73).

permitan ser fecundados. Muchas personas acuden por su ayuda, porque consideran que él sana con su conocimiento y con la ayuda de la virgen María, sin tener que acudir a los químicos o brujería. Sin embargo este tipo de curación se podría considerar de igual manera occidental, porque el catolicismo viene de la conquista de los europeos hacia los indígenas, donde la revolución de las sociedades indias, de sus formas de contemplar la salud y de tratar la enfermedad se inicia en las primeras décadas del siglo XIX y alcanza significado general cuando con el establecimiento y profesionalización de la antropología se proclama después de la segunda guerra mundial, desarrollándose por las investigaciones misioneras que se realizaban y por las especulaciones que los misioneros sacaban de ellas. Empero teorías nuevas se van asomando después de este mar de métodos occidentales, extrayendo nuevas teorías medicas de otros países industrializados, desarrollando así una antropología médica en México, sí, con teorías extranjeras, asimismo con aportes mexicanas.

*Russell Sage Foundation*, es una de las fundaciones que se interesa de manera particular en los problemas de la salud, orientando ésta con base psicología social, pero también con la antropología y cómo ésta interfiere en los procesos sociales. Inicia así una investigación sobre la medicina y salud a través del sociólogo “Lyle Saunders, quien se ocupa de estudiar las prácticas interculturales de México-norteamericana, en base a la antro-pociología médica. Saunders recaba información de los castellanos-hablantes y los angloparlantes para ilustrar la interacción acerca de la medicina y la cultura” (Aguirre Beltrán, 1986:180).

Las conclusiones que saca Saunders de su indagación, son: la primera, postula que la práctica de la medicina es una actividad social; la segunda, pone atención en la necesidad de enfatizar el hecho de que la medicina es parte de la cultura y la define como un vasto complejo de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales y símbolos que, interconectados, forman un sistema cuyos elementos constitutivos mutuamente se refuerzan y soportan (Aguirre, 1986:181).

Cuando el médico o paciente pertenecen a culturas diferentes y con creencias más abiertas o en ocasiones cerradas, el conflicto se hace presente, es el caso de mexicanos y norteamericanos. El objetivo de la antropología médica, subdisciplina de la antropología social, se encarga de estudiar el entorno en el cual el individuo se encuentra inmerso.

La antropología médica estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud (Freyermuth y Sesia, 2006:9).

Esto con la finalidad de entender contexto social en el cual se está inmerso y así poder entender el cómo atender una enfermedad, dependiendo el lugar o conocimiento con el cual se cuenta, ya sea de medicina occidental o tradicional.

Para la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención, esta disciplina recurre a las ciencias biológicas, la salud pública, la demografía, las disciplinas clínicas y epidemiológicas, así como a la psicología, la sociología, la economía política y la ética. En las últimas décadas ha sido cada vez más difícil reconocer las fronteras entre disciplinas como la antropología médica y la sociología médica, lo que refleja un proceso mayor en las ciencias sociales, en el que las barreras disciplinarias se van desdibujando en la búsqueda de enfoques y definiciones de problemáticas a partir de perspectivas cada vez más interdisciplinarias (Freyermuth y Sesia, 2006:9).

Por tanto, la antropología médica, trata en lo general, entender la multiculturalidad de la sociedad y las similitudes que comunidades indígenas o personas no indígenas pueden tener en enfermedades o curaciones, ya sean por la medicina tradicional o la alópata. La antropología médica, se caracteriza

principalmente por estudiar estos aspectos de salud/enfermedad con base en el estudio etnográfico.

La antropología médica se presenta en un primer panorama, al estudiar la medicina tradicional indigenista, después de que los europeos llegaron y empezaron a colonizar, así como despojarlos de sus creencias. Los misioneros traían una falsa idea entender a los pueblos indígenas para así poderlos civilizar, pero realmente buscaban la manera de cómo retirarlos de su estado de confort, pero sobre todo conocer todos aquellos conocimientos que poseían sobre la medicina y los ritos que realizaban para cada enfermedad y con ello usarlos a su favor. Para los antropólogos, sociólogos o cualquier otro investigador, éste forma de invasión era el recurso perfecto para hacer exploración en lugares desconocidos y sobre una herramienta (la etnomedicina) que solo los indígenas conocían y que los occidentales en su mayoría ya habían desplazado. Y el cual era un recurso que se podía explotar para redactar libros de investigación. Pero sobre todo con la finalidad de descubrir en un cien por ciento lo que era la medicina tradicional, y despojarla de sus practicantes para poder dar paso a la medicina científica que los europeos traían.

Sin embargo, la explotación de derechos de los grupos indígenas se veía cada vez más violentada, excluyéndolos de la sociedad sin respetar la diversidad cultural. Por tanto, con el tiempo; “se enfatizó en la necesidad de que el enfoque intercultural de la salud fuera un eje transversal que cruzara las propuestas de los procesos de reforma del sector salud, dando además prioridad a la participación de los pueblos indígenas, tanto en los niveles de decisión como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucraran” (Freyermuth y Sesia, 2006:14), revalorizando las prácticas tradicionales y el quehacer de los médicos indígenas, para que ambas medicinas pudieran formar parte del bienestar de los ciudadanos.

“En México esta iniciativa fue impulsada tardíamente, hasta el año 2000, por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas” (Freyermuth y Sesia, 2006:14). Así dieron paso a una nueva

antropología médica, donde ya no era el principal punto investigar la medicina tradicional y los comportamientos de los indígenas en dicho entorno, sino estudiar el cómo la medicina formaba parte de la sociedad, y el beneficio que esta traía para todos. Así como el estudio de cada grupo en determinadas circunstancias.

En la década de 1990 se privilegiaron los estudios sobre salud que incluyeran una perspectiva antropológica, y que promovieran por medio de las agencias internacionales el financiamiento para dar cumplimiento a las iniciativas de la Década de la Mujer... Debido a ello han sido muy numerosos los estudios sobre salud reproductiva y prácticas reproductivas desde la perspectiva de demógrafos, sociólogos y antropólogos. En este contexto fue que se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México (Freyermuth y Sesia, 2006:15).

Y las nuevas investigaciones relacionadas con medicina científica se empezaron a implementar, dando paso a nuevas estrategias para el bienestar y encontrar el punto de equilibrio entre salud/enfermedad. No obstante, cada día los pueblos indígenas y no indígenas presentaban nuevas problemáticas de emergencia que daban paso a más trabajo entre antropólogos, por conocer las causas enfermedad y mortalidad. “La transición epidemiológica y demográfica que vive México hace que la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas hayan aumentado notablemente en todos los grupos sociales. La morbi-mortalidad por la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares ocupa ahora los primeros lugares en el país” (Freyermuth y Sesia, 2006:16). Lo cual también ha traído consigo estrategias entre pacientes y médico, así como instituciones o programas para atacar a más personas enfermas, una de ellas, es el nuevo seguro popular, el cual su aporte de bienestar, esta entre dicho, ya que no cubre todas las enfermedades, ni las más peligrosas.

Los retos que estas enfermedades imponen (no sólo a la población afectada, a sus escasos recursos y a su entorno familiar inmediato, sino también al sector salud y a nuestra sociedad en general) son realmente enormes. Los distintos patrones de autocuidado o de

búsqueda de atención, las prácticas terapéuticas adoptadas, los sistemas de apoyo familiares, vecinales y/o comunitarios, las representaciones populares acerca de estos padecimientos, sus causas y su posible curación, son algunos de los campos de trabajo que tiene la antropología médica (Freyermuth y Sesia, 2006:16).

Pero siempre ubicándose en la etnografía poblacional debido a que la cultura aporta la forma de vida de los ciudadanos y con ella el porqué de las nuevas enfermedades de mortalidad, como lo es la diabetes. Uno de los problemas “culturales” que va presentando la sociedad y la cual ha perjudicado, es la tecnología. Si bien la tecnología ha aportado nuevos descubrimientos medicinales, así como aparatos para detectar una enfermedad, ésta ha perjudicado a los individuos acarreando nuevos riesgos de salud.

El manejo prolongado de computadoras, por las facilidades que estos artefactos proporcionan para el ordenamiento, búsqueda y acceso a la información, así como para la compra de mercancías y servicios por medio de internet, ha provocado el incremento de padecimientos como cefaleas, dolores de espalda, síndrome del túnel carpiano, etc. Estos hábitos han propiciado el sedentarismo que, con el constante aumento en el consumo de comida “chatarra”, favorece el desarrollo de diabetes y obesidad. (Freyermuth y Sesia, 2006:18).

Y es donde el antropólogo entra aplicando su conocimiento del ¿por qué el vicio de la tecnología en mayoría jóvenes?, y ¿cuáles son las estrategias que se pueden realizar para evitar futuras enfermedades? Como se puede observar, la antropología médica, como dijimos al principio, no se centra en la medicina indigenista, sino en la salud/enfermedad del individuo en general, detectando qué tanto su entorno lo perjudica o beneficia, o por qué la mortalidad en diferentes grupos.

Una investigación que sería de igual manera importante para realizar es el suicidio en los jóvenes. Podemos suponer muchas razones por las cuales se

origina el suicidio, sería por problemas amorosos, las adicciones al alcohol y drogas, problemas familiares (ser despreciados por los padres), o por sufrir acoso, hoy día *bullying*. Sería un mar de razones por las cuales la tasa de suicidios incrementa, sin embargo, como podemos observar un antropólogo médico puede realizar una investigación sobre el suicidio, así como toda aquella persona que tenga interés en el tema. Es realmente imposible seleccionar artículos que sean representativos de la antropología médica en su conjunto, por lo cual podemos con claridad que esta ciencia no se trata de la investigación médica de la medicina tradicional, sino todo el panorama que tiene que ver con el bienestar del individuo.

Centrándonos en la medicina actual, nos encontramos con estudios de casos recientes como el de Rosario Otegui, antropóloga médica española hace una investigación centrada en las representaciones acerca del VIH-SIDA entre hombre y mujeres gitanas en España. Pertenecientes a distintas clases sociales y con un nivel diferencial de aproximación a la enfermedad (esto se refiere a que hay gitanos que tienen más probabilidad de padecer el virus del VIH-SIDA, como aquellos que mantienen relaciones sexuales con diferentes personas). Por lo que en cada posición en la cual se encuentre la persona referente a dicha enfermedad es el significado que le da. El entorno y grupo social es el que establece la visión de un panorama tranquilo o devastador para el enfermo, algunos gitanos que conocen a personas con el virus del SIDA lo pueden considerar tranquilo porque su conocido ha vivido con dicho virus durante años. Pero los que no están relacionados con el tema al obtener el virus consideran que ya es como una pena de muerte segura, y no tienen la posibilidad de alargar su vida. Otegui nos presenta tres tipos de visiones referentes al VIH-SIDA:

La primera visión es especializada, común en personas que han tenido una gran proximidad con la enfermedad y, por lo tanto, con las estructuras, concepciones y tratamientos biomédicos. Aquí Otegui establece una diferencia importante de corte genérico, haciéndonos ver cómo las mujeres que comparten esta visión lo hacen a partir de su experiencia directa como cuidadoras de otros (esposos, hijos [as], hermanos [as]), mientras que los varones la

adquieren a partir de su experiencia directa como enfermos o portadores del virus. La segunda visión la imputa a personas que tienen más lejanía con la enfermedad o que son de clase media, en el caso de las mujeres o varones que tienen proximidad con la enfermedad, sin ser ellos los contagiados. La tercera es la más popular, repleta de metáforas sociales y de prejuicios y estigmas hacia las personas que viven con VIH-SIDA. Esta última visión la comparten hombres y mujeres, sobre todo de clase media, con ninguna experiencia directa o indirecta de acercamiento a la enfermedad (Freyermuth y Sesia, 2006:22).

Para poder encontrar una solución en la diversidad de pensamientos entre los enfermos y las personas cercanas a ellos, la antropología aplica estrategias para beneficio de todas las personas tomando en cuenta las formas de transmisión del VIH-SIDA. La más común es por transmisión sexual o una jeringa, o de madre a hijo, por lo que esa información se les da a las terceras personas, con la finalidad de quitar todo prejuicio sobre los enfermos y la relación entre el grupo sea más amena sin menospreciar al enfermo.

Otro caso que ha estudiado la antropología médica de manera actual es el alcoholismo. Eduardo L. Menéndez y Renée B. di Pardo busca las causas principales por los que un hombre bebe o abusa del alcohol, ya que ésta “es una sustancia que genera las mayores y más graves consecuencias negativas para la salud” (2006:30), y que trae disfunciones en el hogar o violencia. Dicha violencia se presenta en el impacto que el alcohol produce en el ser humano, básicamente desde la salud mental. Lo que origina que el hombre se ponga agresivo, llegando hasta los golpes o incluso dañar a otra persona sin motivo alguno. Otra enfermedad que se puede detectar en el abuso de alcohol es la cirrosis, la cual origina la muerte de quien abusa de la bebida.

Decimos que existen muchos puntos en común y grandes parecidos entre todos los sistemas de salud tradicionales y alópatas, cuyos casos pueden ser estudiados por la antropología, pero siempre el resultado será diferente en cada investigación, porque dependerá la cultura en la cual te encuentres, así como la

creencia que tu tengas, lo que determinara tu recuperación y la salud o la enfermedad que llegues a poseer.

## **1.2 Contexto Histórico de Salud en México**

México ha padecido invasiones y despojos de territorios a causa de países con un gobierno con más poder, así como una modernización industrializada basados en proyectos implementados en occidente, pero no solo ha tenido un cambio moderno de manera física, sino también de pensamiento, padeciendo un robo de identidad y creencias en el área de la medicina, primero por la invasión europea que tuvieron y segundo por las epidemias de muerte que se iban presentando.

Las grandes epidemias acaecidas durante el siglo XVIII de enfermedades como la viruela (hasta el descubrimiento y la expansión de la vacuna por Edward Jenner [1749- 1823]), el tifus, el cólera y la malaria llevaron a reflexionar sobre la gravedad del problema por contagio, debido a la movilización de personas (principalmente de ejércitos). La mala alimentación era otra causa de enfermedad, evidente en la tuberculosis y el raquitismo; se encontraba también la peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental (Fierros, 2014: 196).

La química durante estas epidemias aportó instrumentos y herramientas científicas para el mejoramiento de las enfermedades y medios de desarrollo humano realizando instalaciones donde puedan ser atendidos (como edificios de atención medica), así el ser humano pueda contar con una buena salud.

Pero no solo los avances científicos se vieron presentes, para el desarrollo del bienestar, cada época, implementaba nuevas estrategias y razonamientos para que el ser humano fuera y estuviera mejor. Una de las mejorías, fue la ilustración, donde el ser humano implementaba un razonamiento intelectual profundo, el cual se consideraba un arma primordial para progreso y estudio de la

vida que nos rodea, con el objetivo de mejorarla. La razón era el único medio por el cual los hombres podían buscar la felicidad y bienestar. Otro factor de clara importancia fue la Revolución francesa, que tenía como uno de sus ideales el bienestar común; algunos de los ideales de ésta y de la Ilustración vendrían a componer las bases del Estado moderno.

En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)». Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana (Fierros, 2014:197).

Estos proyectos deseaban lograr complementar la vida higiénica que los ciudadanos ya llevaban. Estos ya contaban con limpieza individual, recolección de basura, modos de vida basados en estrategias higiénicas, como el lavarse las manos o mantener limpios sus hogares.

En 1876, Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder, se declaraba presidente de México, y con él se daba paso a la modernidad, instalaciones industrializadas de primera se podrían encontrar en la ciudad de México, donde los visitantes podrían encontrar infraestructura que beneficien su estancia en la localidad, como teléfonos, vías férreas, entre otras, así dando paso a una vista de una ciudad limpia e higiénica, donde se puede vivir.

Uno de los logros del gobierno del general fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de

Salubridad. Además, se emitió un reglamento durante 1881 donde se señalaba que «en el Hospicio de Pobres se atenderían 600 internos, y en el Tecpam de Santiago 250 alumnos». A partir de 1880, el Consejo, que también se encargaba de la asistencia, empezó a publicar un boletín (el primero apareció el 15 de julio de ese mismo año) donde se hacían públicos todos los planes y acciones que el Consejo había realizado a lo largo y ancho del territorio mexicano; además, se crearon 15 sociedades científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas. Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Era el ideal de progreso reflejado en la sociedad. Una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna (Fierros, 2014:198).

Había médicos que implementaban estrategias de higiene en los hospitales. Pero no solo implementaban la salud higiénica, sino también traían con ellos el conocimiento occidental, el conocimiento científico, que buscaba la cura de aquellas enfermedades hereditarias (que eran las más comunes y las que más se sufrían durante la década de los noventa, como; la ceguera, sordera, etc.).

El papel que jugaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro del país, pues consiguieron aportar científicidad a través de formas de control de la charlatanería, aproximadamente desde la tercera década del siglo XVII, y ello se hizo con medidas expedidas por organismos legisladores regulados por médicos, y no, como antes, por la Iglesia. Las acciones reguladoras de los organismos coordinados por médicos fueron decisivas en el rumbo que tomaría el país respecto a las políticas sanitarias (Fierros, 2014: 199).

Los médicos, que fueron valorados como tal recientemente incitaban a dar paso a la medicina científica y excluían a la medicina tradicional, aquella la cual los actuales la tomaban como brujería, una medicina sin fundamento de la

realidad. Inicia así la ciencia por empezar a formar en mayor parte de México e ingresarse en una modernización occidental, que durante el régimen porfirista dio paso a que se promulgaran reformas basadas en una buena salud, donde todo ciudadano debía de ser vacunado contra las enfermedades que se presentaran, con la finalidad de evitar muertes. Durante este proceso no todas las personas podían ser atendidas, no contaban con los recursos para acudir al médico y no había instituciones grandes para atender a todo el público.

“Fue hasta 1943 que en México que empezaron a gestionar y crear instituciones médicas, donde los ciudadanos empezaron a ser atendidos, como realmente se requiere. Nuestro sistema de salud tiene casi 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud” (Salud, s.f.). Seguidamente se empezaron a crear nuevos consultorios, con la finalidad de atender a todo ciudadano, también al campesino agrario ejidal, que en un inicio no contaba con la salud pública, los servicios médicos ejidales pasaron a ser controlados casi totalmente por el Banco, quien aportó las contribuciones anuales de los campesinos a crédito, sin embargo cada periodo de pago, los campesinos se veían perjudicados por los altos pagos que realizaban para poder recibir la atención médica, que siendo claros, estos eran cobrados de sus producciones.

Al reproducirse nuevas reformas, instituciones y bienestar en salud para todos los mexicanos, las medidas preventivas, se hicieron presentes en todo el país, cada estado implementaba sus estrategias para que el poblador pudiera recibir la atención médica. Fue así como en diversos estados de México la atención a la salud se empezó a implementar. En algunos lugares se crearon hospitales generales o mandaban embarcaciones con marinos expertos en la salud. El estado de Quintana Roo fue uno de los tantos lugares que recibía esta nueva atención médica, ya que se tenía como finalidad atacar toda enfermedad que se presentara

### 1.3 La Salud en el Estado de Quintana Roo

En el año de 1902 en la península de Yucatán, se instalaron lugares principales en el territorio, los cuales era; Bacalar, Xcalar, Santa Cruz, Puerto Morelos, Payo Obispo y en Islas del Caribe: Mujeres y Cozumel (Fajardo, 2004: 47). Era durante el gobierno de Porfirio Díaz, y las localidades estaban conformadas, por personas nativas mayas, algunos marginados, aquellos que no se encontraban en ninguno de estos lugares céntricos.

Los habitantes de Puerto Morelos, una de las poblaciones más importantes, vivían de la pesca; las casuchas eran de madera y palmas; en las mismas se atendían «médicamente» militares, burócratas y comerciantes, cuando presentaban malaria, fiebre amarilla, disenterías, diarreas o peste bubónica; los «reos» carecían de servicios médicos y los nativos, que se encontraban entre manglares y la selva, para atender los males infectocontagiosos y daños causados por alacranes y víboras recurrían a plantas, raíces y hojas, a sus curanderos y a sus propias creencias (Fajardo, 2004:47).

Payo Obispo, hoy Chetumal, principiaba a ser uno de los sitios más importantes de Quintana Roo, hoy es la capital del Estado. Los ciudadanos vivían en casas humildes, techos de paja, y en lugares que cuando llovía se inundaba, esto en las épocas de lluvia.

Había una modesta construcción gubernamental, hecha de piedra, cal y madera donde se realizaban actividades médico-sanitarias. Se practicaban inspecciones a las personas buscando enfermos infectocontagiosos, en su caso se recurría a su aislamiento y a la cuarentena; se tomaban medidas especiales cuando las personas provenían de Belice, pues podían ser portadoras de enfermedades transmisibles (Fajardo, 2004:48).

Algo escaso eran las atenciones médicas, en Payo Obispo, sin embargo, éstas redujeron con la Revolución mexicana, las atenciones y las pocas aportaciones cesaron mientras la batalla aumentaba.

En el año de 1921, las autoridades federales establecieron nuevamente en Payo Obispo un servicio de sanidad, fue la Delegación Sanitaria Marítima, que dependía de la Secretaría de Gobernación, además de funciones migratorias se ocupaba de revisar navíos, practicar cuarentenas, realizar vacunaciones contra la viruela, controlar la prostitución y recibir notificaciones en cuanto a enfermedades infectocontagiosas. Para el desempeño de las actividades, la Delegación contaba con un galerón de madera, ubicado frente al muelle fiscal. La Delegación estaba a cargo del Dr. José C. Ortiz, tenía el apoyo de tres empleados; sus acciones fueron las primeras en materia de salubridad que tuvieron cierta organización y propósitos definidos. Las labores del Dr. J. C. Ortiz y sus colaboradores no se concretaron a los ámbitos oficial y burocrático. Payo Obispo era un lugar lleno de charcas y pantanos, en particular en los lugares cercanos a la bahía y a las márgenes del Río Hondo, así se favorecían la aparición y diseminación de enfermedades, en particular la malaria. El Dr. J. C. Ortiz y su grupo con el apoyo de algunos voluntarios realizaron diversas actividades: petrolizaciones, limpieza de canes, donación de agua potable, alejamiento de excretas y vacunación antivariolosa; acciones que no sólo abarcaron Payo Obispo, comprendieron además las pequeñas y pobres aldeas vecinas (Fajardo, 2004: 49).

Después de iniciar con pequeños procesos de atención a la salud para el bienestar del ciudadano, se implementaron medidas preventivas de higiene, ya que Payo Obispo era un lugar donde el agua se estancaba y los parásitos se criaban, dando paso a las enfermedades en los pobladores.

En el año de 1927 tomó la dirección de la Delegación Sanitaria Marítima el coronel médico cirujano Enrique Barocio. Hombre inquieto, con iniciativa y administrador empírico, después de elaborar diagnósticos sanitarios, construyó un esquema de salud pública, procedió a acciones promotoras de la salud y médico-

preventivas enfocadas a: aprovisionamiento de agua, desagües, pavimentación de calles, construcción de fosas sépticas, canalización y petrolización de charcas, aseo de las calles, educación higiénica, etcétera (Fajardo, 2004: 49).

Con estas acciones de bienestar las cifras de mortalidad y morbilidad ocasionadas por malaria, diarreas, disentería y otras enfermedades disminuyeron. Con dichas intervenciones, se instauró un pequeño hospital donde pudieran ingresar las personas que tuvieran una enfermedad sumamente grave o que tuviera que contar con cuidados intensivos.

En 1935, durante el gobierno del General Rafael Melgar se hizo un estudio de las necesidades de atención médica de Chetumal. Como resultado se construyó el Hospital Morelos; al fundarse contaba con diez camas, el personal de enfermería era escaso. Al paso del tiempo, la capacidad del hospital fue insuficiente, siendo necesario ampliarlo; poco después de su edificación se construyeron dos centros de higiene, uno en Carrillo Puerto y otro en Leona Vicario (Fajardo, 2004: 50).

A mediados del siglo XX las medidas médico-sanitarias, mejoraron para los ciudadanos. Quintana Roo al aceptado como estado en 1974, tuvo gran impacto en el progreso de la salud en el estado, favoreciendo en la aplicación y creación de nuevos programas de salud.

En 1959, inauguraron en Chetumal un centro de salud con hospital; tenía 25 camas, se ocupaba de acciones de salud pública, médico-preventivas y curativas. En el periodo de 1960 a 1964, la Secretaría de Salud y Asistencia contó con una unidad de atención a la salud fluvial, el «Mensajero de la Salud», recorría las pequeñas comunidades que se encontraban a lo largo del Río Hondo. El personal de la unidad otorgaba consultas, vacunaba, impartía pláticas sobre educación higiénica y realizaba actividades de saneamiento ambiental. En 1974, cuando se creó el estado de Quintana Roo, la Secretaría de Salud y Asistencia contaba con 19 unidades de atención a la salud repartidas en la entidad federativa. En 1980, en Chetumal se inauguró un nuevo hospital general de la

Secretaría de Salud y Asistencia. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició sus prestaciones médicas en el país en 1944; 14 años después, en 1958, principiaron a otorgarse en Chetumal (Fajardo, 2004:50).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) empezaron a sus servicios a los derechohabientes, algunos eran otorgados a los trabajadores y otros a los campesinos. Más tarde hospitales privados se hicieron presentes, pero no estaban al alcance de todas las personas, menos para la de bajos recursos. Los hospitales privados, fueron utilizados en la mayoría de las ocasiones, solamente cuando se presentaba una urgencia que el Hospital General no podía atender debido al exceso de pacientes ingresados. Aun cuando en Quintana Roo se presentan instituciones más amplias y en buen estado, el ejército y marina siguen trabajando en dar atención médica en comunidades aledañas.

En la actualidad Quintana Roo cuenta con hospitales en Cozumel, Cancún, Isla Mujeres, Chetumal, y centros de salud en comunidades. Empero existen poblados en la Zona Maya y la Ribera del Río Hondo, como los habitantes de Carlos A. Madrazo que aún tienen que ir a Chetumal para recibir atención médica. Los poblados que cuentan con centros de salud son Ucum, Sergio Butrón Casas, Palmar, Ramonal, Sabidos, Pucté, y un IMSS en el Ingenio. Carlos A. Madrazo es una de las localidades que se encuentran en el Río Hondo y que no cuenta con un centro de salud para sus habitantes, desde que el Estado de Quintana Roo se creó y desde que Madrazo se fundó como pueblo, para recibir consulta tienen que ir a la comunidad vecina, que es Ucum. Y ahora por la baja proporción de medicamentos, algunas comunidades como Butrón y Palmar, aun cuando cuenten con centro de salud, van a la comunidad de Ucum para consultar, lo que las consultas se vuelven escasas para toda la persona que asiste a él.

#### **1.4 Proyectos hacia la salud en Quintana Roo**

Quintana Roo, desde el Porfiriato “considerado moderno” empezó a implementar medidas de higiene y medicina alópata, distribuyéndola por todo el Estado de

Quintana Roo. Desarrollando métodos con los cuales todos los ciudadanos puedan contar para poder recibir atención hacia la salud. Dichos servicios se empezaron a crear en las ciudades principales como: Cancún, Cozumel, Carrillo Puerto, Chetumal, entre otros, sedes donde los ciudadanos de comunidades aledañas iban a recibir atención en los hospitales generales. Sin embargo, con el paso del tiempo las enfermedades fueron avanzando, los ciudadanos enfermaban y las comunidades de bajos recursos no podían transportarse hasta las grandes ciudades para ser consultados. Con ello trajo nuevas medidas de prevención a la salud, y centros de salud en comunidades más alejadas de las ciudades, para que los habitantes de los poblados tengan un lugar más cercano donde consultar. Centrándonos en época de mayor auge en la medicina en el Estado, desde el año 2000 en adelante se crean proyectos estratégicos para la mejora de la salud, una visión implementada hasta al 2005 hacia un Quintana Roo con un gran plan de avances.

La salud es el tema, por parte del gobernador del estado de que Quintana Roo, que forma el tercer proyecto de estrategia para el progreso del Estado. El cual cuenta con una subdivisión de tres estrategias, con sus respectivas acciones para su logro:

**I. Estrategia:** Incorporación de trabajadores del sector informal a servicios institucionalizados de salud.

**Acciones:** Inicio en el Estado el Seguro Popular en Salud, contando en la actualidad con una cobertura de 7,800 familias afiliadas.

**II. Estrategia:** Creación de un hospital de especialidades.

**Acciones:** Presentación de distintos proyectos con la intención de consolidar esta infraestructura, un hospital de 120 camas para Playa de Carmen, un hospital de 194 camas del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Cancún, así como la propuesta del fortalecimiento de las unidades médicas de la Secretaría de Salud que están situadas en puntos

estratégicos de carretera para la atención de urgencias en caso de accidentes.

**III. Estrategia:** Coordinación de los programas estatales y federales para prevención de drogas.

**Acciones:**

1. Realización de la VIII semana “compartiendo esfuerzos” en conjunto con Alcohólicos Anónimos donde se instalaron módulos informativos en las salas de espera de nuestros hospitales y centros de salud urbanos en donde se llevaron a cabo 250 pláticas a población abierta con 520 asistentes.
2. En coordinación las instituciones que integran el Consejo Estatal se promueven el “día mundial sin fumar”, con el lema “Cines y teatros libres de humo”.
3. Se llevó a cabo el “día internacional de lucha contra el tráfico ilícito de drogas” con 12 pláticas en planteles militares con una audiencia de 1850 asistentes.
4. Instalación del Consejo Estatal contra las adicciones y el establecimiento de ocho comités municipales contra las adicciones. El consejo y los comités realizan reuniones con los ocho presidentes municipales con la finalidad de actualizar los comités y establecer estrategias de acción en contra de las adicciones.
5. Desarrollo de cursos de capacitación y actualización a los integrantes del Consejo Estatal y a los ocho comités municipales contra las adicciones, así como a todas las Instituciones de aportaciones privadas que están realizando acciones en contra de las adicciones, impartidos por la fundación Oceánica en coordinación con el CONADIC con más de quinientos participantes.
6. La Secretaría de Salud organizó sistemas y recursos para detectar, ordenar, vigilar y controlar situaciones, hechos, actividades, establecimientos, obras y servicios que puedan tener efecto directo

sobre las condiciones de salud (Plan Gran Visión 2025 Quintana Roo, 2000:88).

El Estado de Quintana Roo entre los años 2000 y 2005 contaba con alrededor de 1, 093, 608 habitantes y con 215 hospitales según el Plan Gran Visión 2025. Si observamos el subtema anterior, por la escasa atención de salud, los campesinos y trabajadores difícilmente contaban con servicio médico y para adquirirlo tenían que pagar cierta cantidad, eran muy pocas las personas que contaban con los recursos monetarios para una atención médica. Las personas con hectáreas de producción como los campesinos o ejidatarios podían recibir consulta médica, no obstante, ya los derechohabientes durante el 2004 cuentan con este servicio:

#### **Derechohabientes por Institución**

<b>Población Total</b>	<b>1 093 608</b>	<b>100%</b>
<b>Derechohabientes</b>	505 247	46.2%
IMSS	415 313	82.2%
ISSSTE	71 745	14.2%
Otros	18 189	3.6%
<b>No Derechohabientes</b>	563 208	51.5%

**Tabla de Plan Gran Visión 2025 Quintana Roo (2000: 13).**

Haciendo referencia a los “otros” en la tabla antes descrita, significa a las personas que no son trabajadoras de alguna institución y cuentan con seguro. Las personas de bajos recursos y sin trabajo cuentan con el Seguro Popular que fue durante el 2001 y 2003 un plan piloto para la mejora de salud de ciudadanos de

baja economía, la cual sirvió y les facilitó de manera financiera el atendimento en las instituciones públicas de salud.

El Seguro Popular de Salud fue iniciado por la actual administración (Vicente Fox) de la Secretaría de Salud como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social. El programa no sólo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente. Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México se empobrecen anualmente a consecuencia de los gastos en que incurren para pagar servicios de salud (seguro popular, s.f.: 1)

Los recursos financieros que sustenta esta atención médica a los ciudadanos que fue en estrategia de movilizar fondos federales para subsidiar el costo de la prima y solicitar un pago fijo a cada familia de acuerdo a su ingreso, con la finalidad de poder contar con una buena calidad de salud.

El Seguro Popular es un seguro médico, público y voluntario, que fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Además, ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos, y a los medicamentos asociados a dichos padecimientos. Estos últimos están clasificados en 9 conglomerados o grupos de servicios:

- a) Acciones de detección y prevención para toda la familia
- b) Medicina Ambulatoria
- c) Odontología
- d) Salud Reproductiva
- e) Embarazo, parto y recién nacido
- f) Rehabilitación
- g) Hospitalización
- h) Urgencias
- i) Cirugía (seguro popular, s.f.: 2).

La atención hacia la salud, es un vale de bienestar con la que todas las personas debemos de contar, el Seguro Popular nos brinda esa validación de que cada mexicano tiene las mismas oportunidades de cuidar su salud independientemente de su situación laboral, su ingreso, su lugar de residencia, su origen étnico, su edad o su género y el cual ha mejorado la vida a más de 4 millones de familias. Estas familias, tienen ahora los mismos derechos que antes sólo estaban reservados a los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE. Con base en el crecimiento de atención pública de salubridad los hospitales y atención médica han incrementado desde el 2002 en todo el Estado. El Seguro Popular tiene una red de hospitales en cada estado. Son, básicamente, los centros de salud, dependientes de la Secretaría de Salud estatal y los cuales pueden ser ubicados estos centros, en las comunidades alejadas de las ciudades, sin embargo, hay todavía comunidades que no cuentan con su propia atención del sector salud y tienen que ir hasta otra comunidad para poder ser atendidos.

**Tabla: Unidades de Atención Médica por Municipio**

<b>Unidades Médicas por Municipio (2002)</b>			
<b>Consulta Externa</b>	<b>Hospitalización General</b>	<b>Hospitalización Especializada</b>	<b>Total</b>
196	16	3	<b>215</b>
76	3	1	<b>30</b>
28	5	1	<b>84</b>
3	3	0	<b>6</b>
36	1	0	<b>37</b>
12	1	0	<b>13</b>

19	1	0	<b>20</b>
17	1	0	<b>18</b>
5	1	1	<b>7</b>

**Tabla de Plan Gran Visión 2025 Quintana Roo p.13.**

**Tabla: Usuarios Atendidos por Municipio**

<b>Usuarios por Municipio (2004)</b>	<b>Usuarios</b>	<b>%Estatad</b>
Quintana Roo	505 247	100
Benito Juárez	190 478	37.7
Othón. P. Blanco	177 342	35.1
Cozumel	38 904	7.7
Felipe Carrillo Puerto	32 841	6.5
Solidaridad	29 810	5.9
José María Morelos	17 684	3.5
Lázaro Cárdenas	11 621	2.3
Isla Mujeres	6 568	1.3

**Tabla de Plan Gran Visión 2025 Quintana Roo p.13.**

Con el Seguro Popular incremento la atención médica en la ciudadanía. Las personas acuden con mayor seguridad a los hospitales y con ello se da la creación de nuevas estancias de atención pública. Las tablas presentadas anteriormente,

son de los años 2002 y 2004 cuando el Seguro Popular dio inicio a una nueva campaña de salud para los de escasos recursos y el impacto notorio que tuvo en el estado en la creación de nuevos lugares de consulta.

Del 2011 al 2016 Plan de Quintana Roo del gobernador en turno estableció, determinadas estrategias que llevaron al bienestar del ciudadano de Quintana Roo, como:

Con el programa Caravanas de la Salud, 16 unidades móviles recorren el estado con un programa de visitas a 155 comunidades de difícil acceso sin centro de salud en beneficio de 44 mil habitantes. El Sistema Estatal de Protección en Salud, de Quintana Roo, consolida las acciones institucionales de atención de las familias con el Seguro Popular, el padrón de beneficiarios del Seguro Popular es de 570 mil 503 quintanarroenses afiliados (Borge, 2011-2016: 6)

Sin embargo, esta atención de salud no ha sido implementada en un cien por ciento, porque como vemos la comunidad de Carlos A. Madrazo sigue dependiendo de una unidad de salud ubicada en Ucum y los habitantes no pueden ser atendidos de una manera adecuada, y las caravanas de salud solo se han presentado una vez cada año, en la mayoría para hacer exámenes de la vista. Con base en la acreditación hospitalaria, donde una persona puede presentarse, con el conocimiento que será atendido en cualquier día, gobierno nos presenta:

La Clínica de Leucemia en Chetumal, en los centros de atención de enfermedades de transmisión sexual de Chetumal y Cancún, los servicios de cuidados intensivos neonatales en el Hospital General de Cancún, en el de Chetumal y en el Hospital Materno Infantil Morelos, los servicios de cataratas de Chetumal y Cancún y los servicios de las Unidades Médicas Especializadas, UNEMES, de enfermedades crónico-degenerativas en Chetumal. Nuestro estado tiene 164 centros de salud acreditados (Borge, 2011-2016: 6).

Contando de la misma manera el Hospital General que se está terminando de Construir en la ciudad de Cancún.

Sin embargo, los tipos de seguro no han sido suficientes para contrarrestar los accidentes, el sobrepeso y principalmente las enfermedades que más atacan hoy en día como lo son la diabetes y las nuevas enfermedades que se presentan como el Zika y el Chikungunya. Los hospitales están escasos de espacio y los centros de salud de las comunidades insuficientes de medicamentos. Las enfermedades crónicas en el Estado de Quintana Roo, son la primera causa de mortalidad y cada día es más el incremento de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Por lo que los pacientes con esta enfermedad deben de acudir a su centro de médico más cercano unas ocho veces al año para realizarse un monitoreo, con la finalidad de que la diabetes no le aumente, y para supervisar que los tratamientos e indicaciones dadas (una alimentación saludable, realización de actividad física), sean llevadas a cabo como son establecidas para que dicha enfermedad crónica disminuya.

Según consideraciones de la OMS, el 44% de los casos de diabetes tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. También relacionadas a esta problemática se encuentran la hipertensión arterial, las dislipidemias, la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular cerebral, la osteoartritis y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón (Secretaría de Salud, 2016:7)

De lo cual se considera que, para la disminución de los quintanarroenses con diabetes, se debe de empezar con la cultura alimentaria, ya que la obesidad es lo que provoca la diabetes tipo 2, la cual afecta a mayor parte de la sociedad, debido a que las verduras y frutas, se ven muy poco en las mesas de los ciudadanos y predominan las frituras, lo que es más fácil que el individuo suba de peso y esté propenso a una hipertensión arterial elevada.

La Secretaría de Educación y Cultura y la Secretaría de Salud han participado en diferentes proyectos en beneficio de la prevención de la Diabetes y Obesidad, como por ejemplo desde el año 2010, el estado participó en el Acuerdo Estatal para la Salud Alimentaria, que describió que las tiendas escolares tuvieran raciones y contenidos saludables. El estado cuenta con su programa Escuela

y Salud donde se establece un programa de difusión de adecuados hábitos saludables (Secretaría de Salud, 2016:15).

Se considera que atacar la obesidad desde la niñez, es un medio adecuado, porque se desarrollaran personas sin obesidad, y en un futuro la diabetes habrá disminuido. Así mismo se implementó el deporte para los jóvenes, en “la Comisión para la Juventud y el Deporte de Quintana Roo (COJUDEQ) organizan carreras atléticas de 5 y 10 km para fomentar la actividad física” (Secretaría de Salud, 2016:15) como el futbol, salir a correr, andar en bicicleta, entre otras actividades. Otra institución que participa por el futuro de los quintanarroenses en una calidad de vida es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que ha “implementado la Inversión de Desayunadores Escolares, esto con el fin de fortalecer la infraestructura de comedores donde se proporciona el primer alimento del día a niños y niñas de nivel preescolar y primaria; esto con el fin de asegurar una buena nutrición a los infantes y combatir la obesidad infantil” (Secretaría de Salud, 2016:16).

La obesidad es el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, las dos principales causas de mortalidad general en México. Por tal razón, resulta necesario tener un panorama de esta problemática desde su origen con el fin de poder comprender sus determinantes y estar en mejores condiciones para evaluar las posibles intervenciones para hacerle frente, por lo que el estado ataca desde la raíz para poder evitar que crezca el árbol de la enfermedad mortal que es la diabetes.

Otras enfermedades que ha presentado el Estado de Quintana Roo en la actualidad debido al mosquito, es el chikungunya y el zika. Como se sabe ambas enfermedades son generadas por el mosco, la primera se descubrió en España en un ciudadano de 60 años. El zika otra enfermedad originada por el mosco, “es un virus que se descubrió por primera vez en el año 1974 en Uganda, en el bosque Zika (de ahí su nombre) y que se dio a conocer en 2007 cuando se produjo un brote del virus en un grupo de islas ubicadas en el norte de Australia y en 2013,

cuando el virus llegó a la Polinesia Francesa” (Cuídate Plus, 2016). Ambas enfermedades han traído para la sociedad muchos problemas, ya que todo el que la padece le quedan secuelas de malestar en las articulaciones y otras partes del cuerpo, en algunas ocasiones estas causan la muerte, ya que no hay un medicamento específico que las pueda controlar. En su mayoría los médicos recetan medicamento para que la temperatura le disminuya al paciente.

En el estado de Quintana Roo se han detectado más de 100 casos de chikungunya y zika, y algunas personas que han fallecido por ello. Según la información de los medios impresos locales durante el 16 de noviembre del 2015 “Arranco la campaña de eliminación de criaderos y nebulización, en Othón P. Blanco y el resto de Quintana Roo, producto de una inversión de 5 millones de pesos, con el fin de reforzar las acciones de prevención de las enfermedades del dengue y chikungunya” (Novedades de Quintana Roo, 2015a), aunque desde hace mucho tiempo han existido campañas para combatir el dengue, y así mismo disminuir la mortalidad en los quintanarroenses.

“En la capital del Estado, se atendieron con este operativo 118 colonias, incluido Calderitas, así como 11 colonias en Bacalar en beneficio de un total de 255 mil 859 habitantes, informó Francisco Lara Uscanga, jefe de la Jurisdicción Sanitaria 1. Y se hizo un exhorto a toda la ciudadanía para que apoyen esta mega campaña mediante la limpieza de sus patios y azoteas” (Novedades de Quintana Roo, 2015a). La nebulización no solo se dio en Chetumal y Calderitas, sino también en Cancún y la zona centro del estado, así como todas las comunidades aledañas a las ciudades. Para que la nebulización pueda ser implementada y se vea el resultado el gobierno del Estado ha realizado otras “diversas acciones como; descacharrización, limpieza de patios y azoteas en colonias populares” (Mayas sin fronteras, 2016). Para con ello atacar al mosquito *Aedes aegypti* que es el principal transporte para dichas enfermedades.

Si bien Quintana Roo cuenta con más de 100 casos de enfermedades por el mosquito, las prevenciones han sido exigentes. En cada comunidad se ha implementado el patio limpio, que está a cargo por los doctores del centro de salud

de la comunidad, ellos tienen como finalidad dar pláticas en las comunidades y explicarles cómo mantener los patios sin artículos que originen el criadero de moscos. Así mismo la comunidad tiene como deber, limpiar de igual manera los terrenos baldíos donde el monte crece y las personas tiran basura originando que se cree otro criadero de moscos. El combatir el zika y chikungunya, no solo está en manos del gobierno sino de todas las personas para que tomen sus precauciones y mantengan limpio su hogar con el objetivo de ellos mismo puedan prevenir futuras enfermedades en su familia.

Sobre las enfermedades, el tema de cómo se considera la salud y la enfermedad basado en la cultura del individuo desarrollaremos una construcción literaria de variables científicas en relación a la salud, así como los individuos que participan en ella (médico-paciente).

### **1.5 Construcción de variables científicas en relación con la**

La salud/enfermedad ha formado parte de nuestras vidas, desde que nacemos hasta que morimos. El malestar, es una reacción del cuerpo cuando quiere expresar que algo está funcionando mal o el cuerpo se está cansando. Existen personas mestizas e indígenas que ignoran el derecho que tienen de contar con atención a su salud, permiten en la mayoría de las ocasiones que los médicos pasen sobre sus derechos, como dándoles malos tratos al atenderlos, no atendiéndolos en el momento en que llegan o en no darles el medicamento correspondiente o de manera gratuita (esto último para las personas que cuentan con el seguro popular).

Por ello aquí presentamos los Artículos de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos conforme a los derechos de la salud y los cuales son nuestro boleto para reclamar toda aquella atención médica que se nos niegue o cuando algún doctor actúe en contra de nuestra salud y bienestar.

El art. 4º, párrafos 3º, 4º y 6º nos establece que: “3º: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá

las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución” (UNAM, 2016).

Algunas modalidades que se determinan para la atención a la salud, es si eres esposa o hija de un trabajador te proporcionan la atención del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) o ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), si eres una persona de bajos recursos, puedes obtener el Seguro Popular o acudir a las instituciones privadas.

El art. 4º propone que “toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley” (UNAM, 2016). Para la lucha de un medio ambiente sano, se desarrolló una política que la persona que se le sorprenda tirando basura se les cobrará tres veces el valor del salario mínimo.

“Art. 6º: Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral” (UNAM, 2016). La salud es un derecho que la niñez de igual manera posee como las mujeres embarazadas art. 123º, apartado A, fracción V:

v.- “Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación” (UNAM, 2016).

Pero, ¿Qué podemos hacer con las nuevas enfermedades que nos atacan?, para ello el gobierno debe de tener estrategias y medidas de prevención que orienten a los ciudadanos sobre estas nuevas epidemias y las instituciones de salud atender a los ciudadanos que presentan algunas de estas enfermedades, como lo establece el art. 73º, fracción XVI 2ª “aquí el congreso tiene la facultad de que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de

enfermedades exóticas en el país, la secretaria de salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la república” (UNAM, 2016).

La salud, como ya se mencionó en algunos de estos artículos es el derecho que todo individuo debe disfrutar para su bienestar, y el cual por determinadas circunstancias y auge cultural tiene su significación en la mayoría con base en su cultura, existe medicina tradicional y alópata, una más tradicional asentada y orientada a lo científico lo cual va cambiando conforme al paso de los años, en mayoría por la modernización.

“La antropología sociocultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos comunidades del planeta, que las perspectivas de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas” (Flores-Guerrero, 2004:1). La cultura es uno de los aspectos más importantes por los cuales se considera el inicio de algunas enfermedades en la sociedad, ya que basado a sus criterios de bienestar, si algo está fuera de lo que ellos consideren “normal” puede llegarse a creer como una amenaza para su salud. Se podría decir que la sociedad origina y crea las enfermedades.

Thompson, citando a Malinowski considera que fue otros de los autores que adoptó esta concepción con la *teoría científica de la cultura* basado en un enfoque funcionalista de los fenómenos culturales donde se tiene como objetivo analizar la satisfacción de las necesidades humanas, dividiendo a los humanos en dos distintas especies: 1) varían de la estructura corporal y características fisiológicas (antropología física); 2) varían en su herencia social o cultural (antropología cultural). Resumiendo, así a la concepción descriptiva como “la cultura de un grupo o sociedad es el conjunto de creencias, costumbres, ideas y valores, así como los artefactos, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos como miembros de ese grupo o esa sociedad” (Thompson, 2002:) y con los cuales se van identificado y abordando su idea de lo que es la forma de vida basado a sus ideales.

Las creencias y la forma de vida son las que determinan el comportamiento del individuo, así como las enfermedades y sus curaciones. Siguiendo a Leininger en el documento de Duque-Páramo plantea que la cultura “se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación” (2007:129), originando así la influencia entre personas que se va perdiendo tras varias generaciones, convirtiéndose en una cultura que identifica al grupo determinado. Sin embargo, Duque-Paramos describe que Wuthnow y Cols “entienden la cultura como la dimensión simbólica expresiva de la vida social y de la conducta humana” (2007:129).

La cultura es la forma como vive un pueblo, se expresa, actúa y se comunica, comprende su modo de ser, de vivir y valorar, es las relaciones que el hombre y la mujer establecen con la naturaleza, los animales, las plantas, las personas y mantener la energía suprema. Es la sabiduría, los conocimientos, materiales y espirituales, la manera de relacionarse de acuerdo al medio circundante y a la forma de ver y entender el mundo. La cultura está en constante construcción (modificación, recreación de los elementos ancestrales) por ello la cultura es dinámica. La cultura es la identidad de un pueblo o sociedad (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006: 171).

Dicha identidad determina lo que somos y lo que seremos, el carácter que nos determina ser de un pueblo o de un grupo de humanos con ciertas características.

Como dice Ralph Linton, la cultura no se puede generalizar, cada cultura es diferente, así como cada individuo que la conforma. No se debe de hacer comparaciones entre sociedades, ya que cada una de ellas, es única, por tanto debemos de entender a la sociedad en la cual trabajamos, hacernos parte de ella, cada quien tiene sus necesidades “los objetos que habitualmente han fabricado y utilizado los miembros de una sociedad siempre se han conocido colectivamente como su “cultura material”, y se han considerado como parte integrante de la

configuración cultural” (Linton, 1945: 47) por lo cual se debe de respetar a cada una de las culturas. Si existen personas que consideran que la medicina tradicional es más eficiente que la alópata o viceversa no debemos de intervenir en su creencia y respetar su forma de curación.

La enfermedad y la salud, proviene de estas culturas, algunas personas creen que mientras más te cuides, más enfermas, no le puedes hablar de desnutrición a las personas con una alta economía y no le puedes hablar de la enfermedad del ojo a un doctor que estudia la ciencia. En las culturas primitivas la medicina es basada en ungüentos, plantas y ciertas creencias, estas solo se pueden aprender de generación en generación. “Es decir se socializa de padres a hijos, de maestros a alumnos, de miembros comunitarios. Se transmite el lenguaje, destrezas técnicas, habilidades, significados relacionados entre las personas y otros objetos, hábitos, valores, sentido común” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006: 171). La medicina tradicional es la única que se puede pasar de generaciones y lo único que tienen que poseer es la habilidad, en cambio en la medicina alópata, esa tiene que ser ilustrada en una academia y es decisión de la persona si desea aprenderla o no.

Un ejemplo de diferencia cultural referente a la salud y la medicina es el concepto de muerte, lo podemos encontrar en el conocimiento huichol y la medicina alópata. La comunidad Huichol considera que “las causas de todas enfermedades y de la muerte que no son atribuidas a la vejez, han de encontrarse en lo sobrenatural. Existe la creencia de que algunas deidades ofendidas envían enfermedades por haber faltado a un ceremonial obligado, o puede enfermar por la brujería, pérdida del alma” (Flores-Guerrero, 2004:3). En el caso de la medicina alópata, los médicos o quien se orienta por esta medicina, relaciona a la muerte con el orden biológico de todo ser humano, sin embargo “la cultura occidental ha sabido encontrar mecanismos necesarios para postergar la muerte” (Flores-Guerrero, 2004: 7), ejemplo de ello es la enfermedad del cáncer, quien la padece y se le detecta a tiempo recibe medicamentos, así como quimioterapias para retrasar el momento de la muerte.

Giovanni Piza describe que Antonio Gramsci considera que la cultura es un pensamiento en acción y proceso dialéctico de conocimiento, producción y transformación del yo, dentro de un campo de fuerzas históricas (Piza, 2005:18), cuyo cambio se da en sociedad y forma de vida, un día podemos tener un conocimiento indígena, al día siguiente podemos dejar que los europeos nos quiten ese pensamiento y le damos paso a la modernización de ideas globalizadas. La cultura nos transforma y nos lleva a donde se lo permitamos y nuestra forma de vida y pensamientos se ven modificados, trayendo consigo un juego de simbolismos que van formando parte de nuestro significado de vivir, o en este caso, de cómo damos el significado de salud y enfermedad.

Sin embargo, existen diferentes tipos de escenarios hoy en día, los cuales en este siglo XXI nos permite mezclar conocimientos entre los actores sociales indígenas con médicos alópatas aun cuando su creencia sobre enfermedad y salud difiera en el cómo ser controladas. Dicho entendimiento se da por parte de los médicos que buscan un cambio entre sociedades y en otras ocasiones por obligación, e incluso para realización de investigaciones, lo cual origina la interculturalidad.

La interculturalidad significa “*entre culturas*”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006:172).

Es decir, no buscar la eliminación de ninguna cultura, tampoco la eliminación de sus creencias culturales, sino mezclar ambos conocimientos para lograr y buscar mejorar alternativas de curación y de bienestar social. Empero para poder llevar una interculturalidad entre diferentes culturas, tiene que existir un

engrane que les permita interactuar, esto es, la comunicación. Rodrigo Alsina considera a la “comunicación intercultural como una herramienta para podernos entender... sin embargo ésta en ocasiones puede originar malos entendidos” (1997: 14), ya que cada sujeto cuenta con conocimientos previos de comunicación y conforme al acervo cultural que posee será la interpretación que cada persona otorgue. La interculturalidad en la salud se ha visto afectada al interactuar médicos alópatas con curanderos, en estas áreas, es donde se puede observar con mayor claridad cómo se difiere entre pensamientos y la interacción entre diferentes culturas ha tenido controversias.

Adriana Ruiz, en su escrito, *La construcción de la interculturalidad: una experiencia personal*, nos describe que este proceso, los que más se ven discriminados son los indígenas, ya que se ignoran estrategias de atención al enfermo, para ello nos pone un ejemplo basado en su diario de campo: “Aquí (señalando con el índice hacia el piso), es el lugar donde atiendo a los pacientes, por eso se construyó la clínica, para que vengan. Éste es el lugar de trabajo del doctor, no en las casas, si quieren que lo atienda que venga y si no puede, consigan gente para traerlo, cargando a ver cómo, pero yo no me muevo, es él quien debe venir” (Ruiz, 2003:2). Por el contrario, si se desea iniciar un dialogo con una población que difiere a la nuestra, “tenemos que estar abiertos al cambio, así como a las diferentes ideologías, para así poder establecer un intercambio intercultural” (Alsina, 1997: 19-20). Y poder buscar entre dos culturas diferentes el bienestar de las personas, mejorando la calidad de vida y una salud más sana.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. En estos términos, esta definición resultaría utópica, pues se estima que según parámetros mundiales sólo entre el diez por ciento y el veinticinco por ciento de la población mundial se encuentra completamente sana (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la organización mayor en gestionar las políticas de prevención sobre la salud para los países, orientándolos con diversas enfermedades para que todos tomen las mismas prevenciones médicas y tengan un concepto igualitario de lo que se considera como salud. La OMS hace un concepto muy general de lo que es la salud, sin embargo, existen autores que hacen su definición con base en sus intereses o conocimientos como Milton Terris que en 1990 nos propuso una nueva definición de dicho concepto, estableciendo que:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Giacconi, 1994)

Martínez define a la salud mediante la biomedicina “como una variable que hace sus cambios en los diferentes periodos históricos y en diversos marcos socioculturales” (2008: 76). Es decir, dependiendo las carencias que un ser humano tenga, así mismo considerará su malestar como una enfermedad. Un ejemplo de ello son los africanos que viven en escasez de alimentos, así como de higiene, y ello deriva en que vivan en la enfermedad de la desnutrición o infectados por algún virus a causa de la suciedad en que viven. Por tanto, se puede considerar a la salud-enfermedad-muerte como una construcción natural y social. Donde lo social determina particularidades de malestar en determinados grupos y sociedades. Laurell en el libro de Bronfman, autora de la medicina social nos dice que:

Ha sido el intento de teorizar las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad, enfatizando que solo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo. Es decir, no se restringe, a enunciar, que los procesos sociales determinan una constelación de interrelación dinámica entre lo social y lo biológico postulando (...). Esta interrelación no puede ser reducida a constelaciones particulares de factores de riesgo, sino que tiene que ser pensada en función del contenido social que transforman los procesos biológicos, de un modo más complejo que el simple cambio en las probabilidades de esta expuesto a tal o cual factor de riesgo (Bronfman, 2003:16).

La salud-enfermedad-muerte social es originada por una alimentación no saludable debido a la pobreza en que se encuentre la familia, así como sus costumbres en lo que ingieren para satisfacer dicha necesidad de sus miembros. Pero la manera de criar, hablando principalmente de los niños, trae en ocasiones problemas, porque si los niños no son alimentados como lo requieren puede sufrir desnutrición y muerte.

La salud y la vida de las criaturas dependen de las relaciones entre los miembros de la familia que ocupan una casa y las que estos tienen con sus parientes y vecinos. Por conocimiento y experiencia del entorno en los cuales he interactuado se considera hogar feliz el que posee bastante que comer, allá donde el marido trabaja, la madre es diligente y cuidadosa, en cuyo seno se cuida a la vez que educa a los niños de acuerdo con las costumbres de los antepasados. Una madre feliz le canta a su bebé, entona melodías mientras hila y teje, cuando su esposo vuelve de la cementera también le tiene ya preparados sus alimentos; en tales condiciones, sus hijos deberán de ser fuertes y saludables. Si el padre se emborracha, llega a casa a pegarle a su esposa, se burla de ella en este situación ya no provee lo suficiente para las necesidades familiares, los niños resultan enfermizos, primero por la violencia psicológica física y verbal por la cual pasan y segunda porque no se tiene el suficiente recurso para que la familia se pueda alimentar debidamente. Para llevar una vida sana y el niño crezca como un

ciudadano saludable, debe de existir un ambiente de tranquilidad y felicidad en el hogar para que cuando el niño (a), sea un ciudadano que aporte un crecimiento positivo en el entorno en el cual se desarrolle.

“Acorde a la Iniciativa de Salud de los Pueblos indígenas (SAPIA), la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, en lo individual (físico, mental, espiritual y emocional), lo colectivo (político, económico, cultural y social) y entre lo natural y lo social” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006:16). Esta percepción de la salud de los pueblos indígenas va más allá de algo relacionado con el bienestar social, se basa en una dimensión espiritual del individuo, la salud, es, además, un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia, idioma.

La enfermedad no es siempre originada por los seres humanos o por sus acciones, sino como Martínez lo menciona, por la etapa histórica en la que uno se encuentre. Si hablamos del siglo XXI, hoy se han experimentado más enfermedades, como el ébola<sup>2</sup> que fue un virus descubierto en 1976, pero que con el tiempo mutó y se hizo más intenso, hasta cobrar miles de vidas en África durante el año 2014. Otras de las enfermedades que se han visto azotar a diferentes partes del mundo es la diabetes causada por los altos niveles de azúcar y el chikungunya y el zika, enfermedades transmitidas por el mosquito. La diabetes científicamente es llamada como la diabetes mellitus, “es un padecimiento que se caracteriza por la elevación de la glucosa (azúcar) en la sangre, esto debido a que la insulina es poca, nula o de mala calidad” (Asociación Mexicana de Diabetes, 2016). Y en la mayoría de los casos cuando ésta empeora, el paciente se ve en la

---

<sup>2</sup> La enfermedad por el virus del ébola (EVE), antes llamada fiebre hemorrágica del ébola, es una enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. El virus es transmitido al ser humano por animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona. Se caracterizan por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas (Organización Mundial de la Salud, 2016). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>

necesidad de cada quince días o cada mes inyectarse insulina para que la glucosa pueda transportarse en la sangre, entrando a las células aportando la energía necesaria al paciente con diabetes.

El chikunguya, dice la OMS (2016) es;

Una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser debilitantes y su duración puede variar. Algunos signos clínicos de esta enfermedad son iguales a los del dengue, con el que se puede confundir en zonas donde este es frecuente. Como no tiene tratamiento curativo, el tratamiento se centra en el alivio de los síntomas. Un factor de riesgo importante es la proximidad de las viviendas a lugares de cría de los mosquitos. La enfermedad se da en África, Asia y el subcontinente indio. En los últimos decenios los vectores de la enfermedad se han propagado a Europa y las Américas. En 2007 se notificó por vez primera la transmisión de la enfermedad en Europa, en un brote localizado en el nordeste de Italia. Desde entonces se han registrado brotes en Francia y Croacia.

Y el zika;

Esta enfermedad es causada por un virus transmitido principalmente por mosquitos del género Aedes. Los pacientes con enfermedad por el virus de Zika pueden presentar síntomas tales como: fiebre no muy elevada, exantema, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar o cefaleas, que suelen durar entre 2 y 7 días. Por el momento no hay vacunas ni tratamientos específicos para esta enfermedad. La mejor forma de prevenirla consiste en la protección frente a las picaduras de los mosquitos. Se sabe que el virus circula en África, las Américas, Asia y el Pacífico (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Al tener nuevas enfermedades y sin cura alguna, la ciudadanía busca alternativas que le ayudan a curarse y no dejar secuelas. Para tener una buena

salud depende de la forma de vida o medios que utilicemos para mejorar alguna enfermedad. Las primeras formas de curaciones las aprendemos por la sociedad donde vivimos, más si somos de una comunidad indígena donde se usa la medicina tradicional basada en plantas crecientes en nuestra población. O como Menéndez lo llama “un conjunto de transacciones práctico-ideológicas, que los conjuntos sociales subalternos sintetizan para poder actuar colectivamente e individualmente sobre los padecimientos que los afectan” (Menéndez, 1990: 205) sin utilizar lo científico, solamente lo natural. Sin embargo, desde que la ciencia llegó la medicina indígena se empezó a considerar “como un sistema místico o irracional derivado de la propensión de la mentalidad primitiva a la magia, la imprecisión y también al error” (Martínez, 2008:12).

Para los mayas, la enfermedad es un desequilibrio que se puede manifestar a través de sintomatologías físicas, emocionales y de carencias. Por ejemplo, al inquirir por el significado de la enfermedad, los terapeutas mayas y miembros de familia lo expresan con frases como “estar triste, el no tener tierra donde poder trabajar y sembrar, el no tener ánimo y ganas de trabajar, el no tener una buena casa o una bonita cama” (Eder y García, 2003: 27).

Ya que la enfermedad es considerada que proviene más del alma que de las partes físicas que conforman el cuerpo humano, por lo que los mayas acuden a una medicina más tradicional, alejada de lo científico, ya que lo espiritual y otorgado por la madre tierra es lo que se acopla más al cuerpo para restaurarlo. Usando a través de ellos oraciones para que los dioses obren en el enfermo encontrando el pronto alivio.

“El conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos utilizados en la medicina tradicional y por los curanderos, son utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral” (Instituto

Interamericano de Derechos Humanos, 2006:18). Un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores, que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales, y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica. La medicina tradicional ha perdido un poco de sentido cuando aparece la medicina occidental. La medicina académica (u occidental), menciona Menéndez es;

Aquella identificada como modelo médico hegemónico cumple funciones de cura y de prevención e incluso de control social, dominio ideológico y exclusividad jurídica... este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado (Menéndez, 1990: 102).

Los curanderos son “aquellos que se encargan las enfermedades “tradicionales”, como: el espanto y sus variantes (jugado de duendes, quedada, sombreada), *caída* de mollera, mal de ojo y empacho” (Modena, 1990: 182). Tales enfermedades son creencias sociales que las personas van creando por su forma de vida o las creencias culturales en las cuales interactúan. Cuyas enfermedades culturales vienen a ser mejoradas con la medicina tradicional o popular entendida como “la suma total de conocimientos, técnicas” (Biblioteca virtual en salud, 2016) que son utilizadas de generación en generación y lo que constituye a que la herbolaria medicinal no se pierda. La medicina tradicional, cura aquello que las familias conocen como;

- **Caída de mollera:** se conoce genéricamente con este término al hundimiento de la fontanela, a la cual se le da el nombre de mollera. Pude presentarse en los lactantes en los primeros meses de su vida.
- **Empacho:** este se origina al recargarse el estómago o por tener rastros de alimentos que se adhieren en las paredes estomacales y no se despegan, lo que ocasiona en los niños dolor abdominal.

- **Mal de ojo:** enfermedad que se da a través de una persona hacia un niño por parecerle este bonito. Por mencionar algunas más, este solo puede ser curado por personas que tienen experiencia y tienen la “mano” para curar a los niños (Modena, 1990: 130).

Otra manera de curación que se implementa en la sociedad o de manera familiar que es cuando la madre cura a sus hijos con el conocimiento que se le ha inculcado o por la experiencia de conocer ya ciertas enfermedades, a la que Modena se refiere a la “madre de familia es un agente activo que responde con su paradigmático consenso a la operación hegemónica. Esta no elimina ni roles ni elementos anteriores, sino que los subordina a la acción de la práctica médica” (Modena, 1990: 136-137). La medicina que la madre plasma a sus hijos con conocimientos propios, se le llama automedicación:

Al modelo basado en el diagnóstico y atención llevado a cabo por las propias personas inmediatos de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero en caminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez, 1981: 23-32).

Esta es la primera atención real de la población: autoatención o automedicación donde E. Menéndez que es

La realización de una serie de actividades orientadas directa o directamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad, integra alimentación (incluye amamantamiento), limpieza e higiene (cuerpo, ropa, vivienda, etc.), curación y prevención de enfermedades, daños [y] problemas (Menéndez, 1990: 176).

La medicina tradicional ha perdido un poco de sentido cuando aparece la medicina occidental. Dicho cambio se da por la cultura, que cada día va

cambiando y por los periodos que van transcurriendo, algunos de ellos causados por la ilustración y la mayoría por la traída de la modernización occidental.

La medicina académica (u occidental), menciona Menéndez es;

Aquella identificada como modelo médico hegemónico cumple funciones de cura y de prevención e incluso de control social, dominio ideológico y exclusividad jurídica... este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado (Menéndez, 1990: 102).

La medicina se encuentra en diferentes fases y hoy como ciencia viene a plasmarse con un valor occidental, donde la creación del medicamento se ve por farmacéuticos implementando los métodos físicos y científicos, dejando atrás las plantas curanderas (medicina tradicional).

Hoy en día la medicina convencional es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa-efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina alternativa es como un conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional. La medicina convencional (también denominada medicina occidental o alopática) es la medicina según la practican quienes poseen títulos de M.D. (doctor en medicina) o D.O. (doctor en osteopatía) y los profesionales sanitarios asociados, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas (Cam basics, 2011: 1).

Existen socialmente un significado diferente al que se le da a un médico, muchos los puedan considerar como un salvador porque ha curado sus enfermedades, otros los consideran unos charlatanes, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se les considera como parte importante para complementar al otro (al enfermo), originando una relación de simpatía a través del diálogo, considerando

así una medicina dialógica. “La realidad ‘dialógica’ del ser humano –es decir, es aquella que se revela en el encuentro o en el diálogo– pone al descubierto que en lo más entrañable de su existencia y hasta en el acabado de su física armazón, el hombre está constituido, de manera esencial, por su prójimo” (Leal, 2003: 54). Para realizarse una consulta debe de existir el dialogo entre el emisor y receptor (médico/paciente), con la finalidad el paciente busca ayuda del experto para sentirse mejor. El médico debe de jugar el papel del amigo, aquel que hace esas preguntas para que el otro le responda en confianza, dándole a conocer sobre el malestar o enfermedad que padece.

Sin embargo, durante la entrevista realizada por el médico y paciente, llega un momento donde la comunicación se hace complicada, 1) porque el lenguaje llega hacer diferente (palabras técnicas), 2) porque hay pacientes que ya llevan su propio diagnóstico, y en ocasiones su autoreceta (ya ingirieron diversos medicamentos, pero ninguno los hizo mejorar). En este momento, es donde inicia el drama del paciente, redactando el historial desde el primer día en que se empezó a sentir mal, el por qué no había asistido en un principio al médico, y es cuando el médico debe de empezar a estudiar al paciente, para encontrar cual es la enfermedad que este padece y ver cómo lo puede ayudar sin recetarle más medicamentos de los cuales ya ingirió.

El enfermo habla de su enfermedad, habla de sí mismo, de su mundo, de su cuerpo, de su cosmovisión, al tiempo, en el mismo relato. Y debemos ser capaces de hacer una lectura paralela de esos diversos niveles de significancia. Sus palabras, gestos y silencios nos traen fragmentos del hombre actor de sí mismo, ejecutor del papel que biográficamente cumple en el teatro del mundo. Su relato habla de su enfermedad, de su intimidad, de su particular visión del mundo exterior (Leal, 2003: 55).

Así el médico, de una manera u otra, llega a actuar como un psicólogo, comprendiendo el malestar del actor, que juega un papel de dolor que le es causado por la sociedad en la que vive. Un paciente con solo ser escuchado o entrar en un consultorio, encuentra su cura, sin necesidad de un medicamento,

porque se considera que las personas de tanta preocupación, estrés y problemas se enferman, y lo que necesitan es expresar aquella preocupación (hablar con alguien) para que su cuerpo saque la tensión.

“El médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral. Por ello, debemos reflexionar que el enfermar conduce a sufrir. En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia” (Arrubarrena, 2011: 122). Que el médico juega el papel del amigo fiel, que estará en todo proceso, con la diferencia en que este “hará lo posible” porque la enfermedad no avance, y que el suceso final no se vea cercano. Es donde el médico empieza a jugar el modelo paternalista, donde obliga al paciente a llevar todos los procesos necesarios si desea recuperarse. “El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar” (Arrubarrena, 2011: 122), y debe ser en otras el sacerdote, que tiene prohibido decir aquello que se dice en el consultorio.

Hoy día el rol del médico/paciente llega a ser más distante, hay médicos que ya no trabajan por el bienestar de la sociedad, sino por el dinero a recibir, ya no están para irse a una comunidad rodeada de monte, ellos idealizan un hospital privado, donde sus instalaciones sean las más viables y su escritorio este en un lugar cómodo con aire acondicionado. Los pacientes, ya son más conscientes de sus derechos y obligan al médico a que les dé el trato adecuado, así como todas las revisiones necesarias, con la finalidad de que encuentre la enfermedad correcta, sin hacerles perder el tiempo y el dinero.

Sobre este reconocimiento y lucha de derechos por una atención médica segura, es lo que se debate en la comunidad de Carlos A. Madrazo, que desde que fue fundado no ha contado con atención médica en su localidad. Para poder consultar cuando estas enfermo tienes que trasladarte a otro poblado o hasta la ciudad de Chetumal. A continuación, desglosaremos lo que es Carlos A. Madrazo desde su fundación, hasta la actualidad.

## Capítulo II.

### Estado Libre, Migrantes con futuro: Historia de Carlos A. Madrazo.

*Dejaron el corazón en el norte,  
buscando la riqueza en el sur.  
Soñaron con un lugar libre,  
sin saber que ahora,  
se convertirían en  
presos.*

**Ada Yuselmy Tome Reyna**

En este segundo capítulo se tiene como objetivo desarrollar la creación de la comunidad de Carlos A. Madrazo. Pero antes de ello daremos una breve historia de cómo Quintana Roo pasó de ser un Territorio Federal ha Estado libre y soberano, ya que con dicho suceso se dio paso a que aquella localidad naciera con los habitantes provenientes del norte de México. Esta historia se construyó con las historias de vida recopiladas con los fundadores de Carlos A. Madrazo y con algunos participantes de la lucha por el estado.

Al final hablaremos de un Carlos A. Madrazo actual, notando algunas diferencias y algunas semejanzas a su creación. Como los trabajos que en un principio realizaban los hombres y mujeres, así como el cuánto se ha desarrollado la comunidad desde 1974. Carlos A. Madrazo es un poblado que fue creado a raíz de la colonización en Quintana Roo para su creación como Estado.

Para la creación del poblado C.A.M. se tuvo que acudir a los diferentes estados de la República Mexicana para traer personas que estuvieran interesadas en cambiar de residencia, así como aquellas que quisieran tener un nuevo hogar y tierras de producción. En seguida presentamos una pequeña anécdota de cómo vivieron los pobladores el colonizar una nueva tierra.

En aquel tiempo, cuando llegaron los pobladores de Carlos A. Madrazo Becerra. Fue comisionado el ingeniero Peraza Osejo

para supervisar la construcción de las casas en 1973. Se organizaron por brigadas de trabajo; unos para la construcción de la cimentación, otros para levantar la estructura de las casas y otros para la fabricación de bloques en el kilómetro 21 del ejido Juan Sarabia. Pero entonces el ingeniero Peraza, casi no llegaba para la supervisión de las personas que realizaban trabajos, por lo que ellos realizaban lo que consideraban y podían hacer. Entonces llegó el momento en el que al ingeniero Peraza, le exigieron la conclusión de las viviendas que se estaba realizando, por tal motivo se presenta en la comunidad de Carlos A. Madrazo, y le reclama a los trabajadores de todos los atrasos y las deficiencias en las construcciones; en ese momento se levanta el compañero Juan Nepomuceno Bak Balam, uno de los campesinos que ahí trabajaban, y le dice, “ingeniero, cuando un animal anda mal de la cabeza, ¿qué crees que puedas esperar de la cola?”. Y como el ingeniero Peraza Osejo, estaba ocupado en Cancún con sus asuntos de otras obras y construcciones. Sorprendido el ingeniero Peraza, y en tono de broma dijo, “ni modo, este viejito ya me chingó”.

Esta anécdota la recuerdan los habitantes de Madrazo porque a pesar de todo, los trabajos que se realizaron en la comunidad durante esa época se concluyeron en tiempo y forma (Redactado por fundador de Carlos A. Madrazo: Santos Reyna Ramírez, 2016).

## **2.1 Lucha de un Quintana Roo como Estado libre y origen de otras comunidades**

Quintana Roo antes de luchar por convertirse en un Estado, era un Territorio Federal. “Quintana Roo surgió como un legado del régimen porfirista en el año 1902, cuando por decreto emitido por el general Porfirio Díaz, se creó un territorio federal en el sureste, dividiendo con ello al estado de Yucatán. A dicho territorio le fue conferido el nombre del caudillo insurgente Andrés Quintana Roo” (Pérez, 2013). Que estaba habitado por mayas rebeldes, lo cual trajo consigo muchas luchas por la adquisición del poder sobre el territorio. Los mayas yucatecos durante la Revolución Mexicana pelearon porque el territorio de Quintana Roo les fuera devuelto.

Quintana Roo conservó el estatus de Territorio por aproximadamente setenta años, con breves interrupciones: una durante el periodo revolucionario, cuando fue suprimido e íntegramente incorporado a Yucatán, y una breve interrupción más entre 1931 y 1935, entre los gobiernos de Pascual Ortiz Rubio y Lázaro Cárdenas, en que el territorio se suprimió y se integró a las entidades vecinas de Yucatán y Campeche (Pérez, 2013).

Para que Quintana Roo pudiera convertirse en Estado, estuvo aprueba con la finalidad de que demostrara su poder económico independiente, fue entonces cuando se creó el puerto de Cancún que trajo consigo un crecimiento poblacional y económico, que Quintana Roo logra convertirse en estado el 8 de octubre de 1974.

Fue entonces que con el presidente de la República el licenciado Luis Echeverría reconsideran el proyecto de un Quintana Roo como Estado, presentado por el licenciado Javier Rojo Gómez antes de su muerte y se asigna como gobernador al licenciado David Gustavo Gutiérrez Ruiz, quien a su llegada a Quintana Roo se dio a la tarea de recorrer el territorio y trabajar por lograr aquella población, porque no se contaba con el número de habitantes que se requería, aunque ya se habían implementado los primeros programas de colonización en los años 1966-1967 sin programas de vivienda.

En los años de 1970 a 1971 se proyecta un nuevo proyecto de colonización para Quintana Roo, junto con Baja California sur, el presidente de la República convoca a su gabinete junto con el gobernador de Quintana Roo, Augusto Gómez Villanueva Secretario General del DAAC (Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización), licenciando Antonio Neira García Director Nacional de Colonización, licenciado Alfredo Vladimir Bonfil Secretario General de la Confederación Nacional Campesina y el Ingeniero José Narciso Rovirosa Wade Secretario General de Agricultura y Ganadería (SAG) etc (Poot, 2015, comunicación personal).

En este año la mesa de trabajo que fue convocada por el presidente de la república propuso y presupuesta un nuevo programa de colonización para Quintana Roo, donde “se propone que cada campesino colonizador sea dotado de una casa digna, 10 hectáreas de tierra mecanizada y 10 hectáreas de agostadero y con apoyos mediante despensas, una compensación económica mientras trabajaban en la construcción de sus casas y mecanización de sus tierras” (Torres, 2016). Posteriormente fue presentada la propuesta al Congreso de la Unión y aprobada por los legisladores federales. Inmediatamente fue revisada la solicitud de los campesinos referente a las tierras de los estados del norte, centro y sur del país. El presidente ordena al departamento de asuntos agrarios y colonización la promoción entre los campesinos, este programa que era vigente llevarlo a cabo para poder terminar con el reparto de tierras y creación del estado libre y soberano de Quintana Roo.

A su llegada a México después de la reunión de trabajo a nivel nacional, el licenciado David Gustavo Gutiérrez Ruiz convoca a los integrantes de su gabinete para informar y proceder a desarrollar el programa de colonización, que para ese entonces funcionaba en la secretaría las siguientes personas:

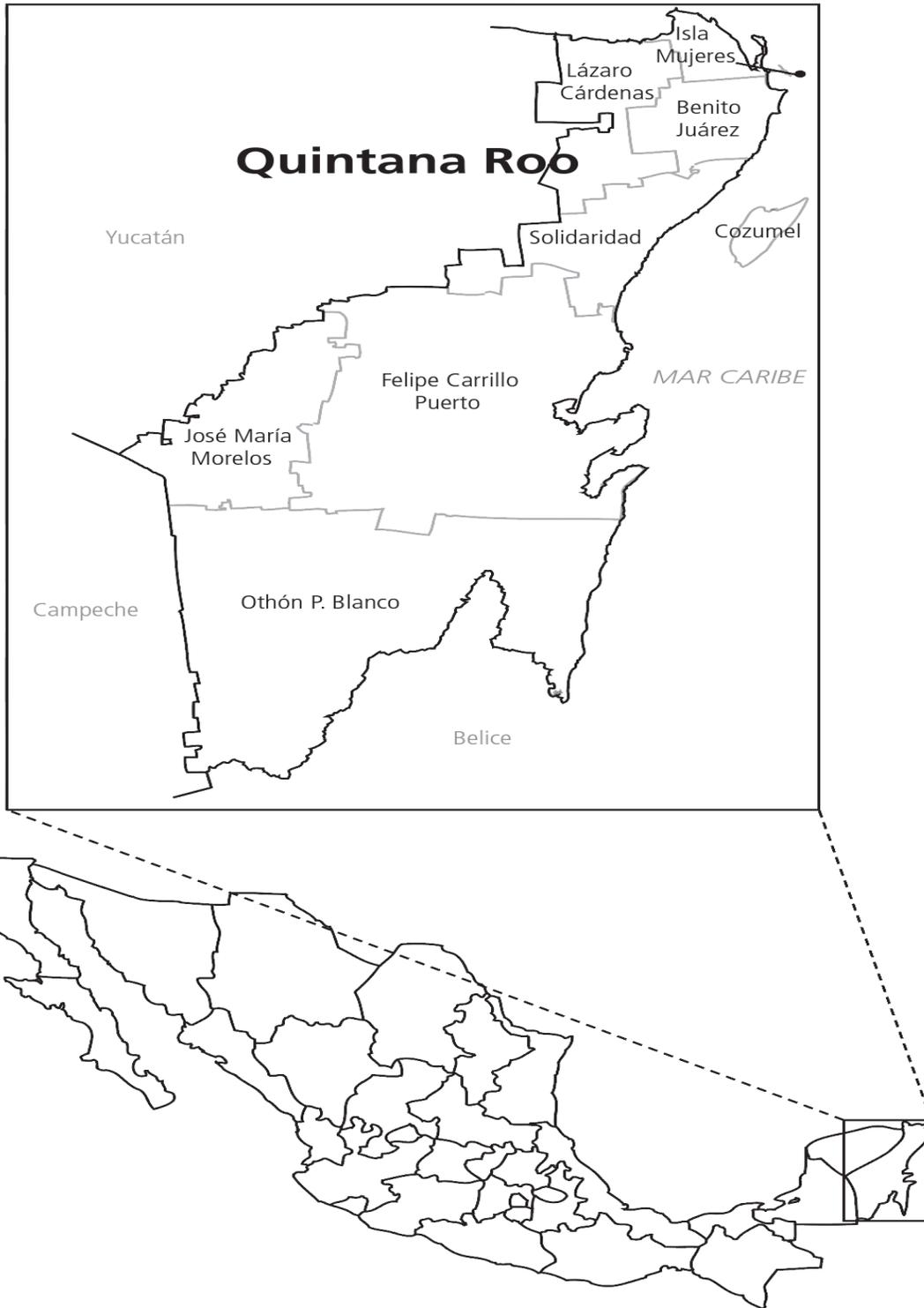
“Ingeniero Salvador Trujillo Romo, delegado de la Secretaria de la Reforma Agraria y Colonización (DAAC), licenciado Abdon Martínez director de Colonización, profesor Abraham Martínez Ross Secretario General de la liga de Comunidades Agrarias del Sindicato de Campesinos del Estado de Quintana Roo (CNC), Gerardo Amaro Santana Director del Sector Salud, ingeniero Brich Balderain delegado de la Secretaria de Agricultura y Ganadería, arquitecto Carlos Osejo delegado de construcción de viviendas de obra pública y por ultimo Antonio Handall delegado del gobierno de la delegación de Payo Obispo” (Poot, 2015 comunicación personal).

En esta reunión de trabajo el licenciado David Gustavo ordena el cumplimiento de este programa de colonización integral de Quintana Roo, ubicando las posiciones de cada de cada nuevo centro de población ejidal en diferentes puntos del territorio;

“Al norte del territorio federal, Alfredo V. Bonfil, al sur que es la delegación de Payo Obispo en la que se ubicó la población de José N. Rovirosa, en los márgenes del Río Hondo San Francisco Botes, al oriente de esta misma la delegación de Luis Echeverría Álvarez. En los márgenes del Caribe el ejido de Calderitas, al poniente el nuevo centro de población ejidal. Sergio Butrón Casas, ubicado de carretera Chetumal-Escárcega y Ucum en territorio nacional, y en el centro a 26 kilómetros de Chetumal. Se ubicó a Carlos Alberto Madrazo entre las carreteras de Chetumal-Escárcega, a un lado el poblado de Ucum y rumbo a la carretera Unión y ejido Sac-Xan” (Poot, 2015).

Después de la ubicación de estos pueblos se tomó el acuerdo que la CNC a través de la liga de comunidades agrarias se efectuaría la labor de concientización y convencimiento de los campesinos y pobladores de estos lugares que ya eran ejidos desde 1941 con excepción de Sergio Butrón Casas. La CNC en coordinación con el departamento de asuntos agrarios y colonización para este trabajo con el gobernador del territorio ordena al profesor Abraham Martínez Ross, que comisione a dos expertos para que capacite en materia agraria, en la ciudad de México, para la atención y asesoría de los campesinos nativos y colonizadores, para lograr la paz y la tranquilidad ente ambas partes y de esta manera consolidar el crecimiento del territorio. Le toca a los ciudadanos Paulino Poot Chan y Orlando Bellos Velázquez, que después de su preparación, durante un año, procede a llevar a cabo su cometido con el DAAC, inspeccionando todos los terrenos de los ejidatarios nativos invitándolos a participar en el programa. Así como la indemnización de sus tierras y sus trabajos donde así fuera necesario.

Quintana Roo se vuelve una uno de los estados que conforman a México “Conformándose por ocho municipios” (Careaga e Higuera, 2011: 10), y cada uno de ellos por ejidos de terratenientes.



**Mapa de Quintana Roo desde su inicio como Estado Libre (Carega e Higuera, 2011: 10).**

## **2.2 Fundación del poblado Carlos A. Madrazo**

Nueva Laguna, Emiliano Zapata, Nueva Zamora, fueron nombres que colonizadores provenientes del norte eligieron para el poblado del cual formarían parte. Tomando en cuenta la solicitud de los campesinos del norte del país, en especial de la Comarca Lagunera, el presidente de la República originalmente decreto a la comunidad como “Nueva Laguna”, posteriormente fue denominado nuevo centro de población ejidal “Emiliano Zapata”, y como esta población después de la mezcla de solicitudes se integró con campesinos de Michoacán, Veracruz, Quintana Roo, etc. como existían otros ejidos con el nombre de “Emiliano Zapata” se decide cambiarlo por el nombre de “Carlos A. Madrazo” por acuerdo del gobernador, Licenciado David Gustavo Gutiérrez Ruiz y el ingeniero Salvador Trujillo Romo, delegado del DAAC.

Los primeros habitantes de esta comunidad llegaron en el mes de septiembre de 1973 en la localidad de José N. Rovirosa. Pero debido a lo inaccesible de las tierras desérticas de esa localidad, una parte de los campesinos encabezados por los hermanos Fernández, bajaban de esta población siendo todavía selva. Más adelante, el 20 de noviembre de 1974, a las 8 de la mañana llegaron los primeros pobladores, que por decreto presidencial son los colonizadores de esta población procedentes de Michoacán; encabezados por C. Bulmaro Padilla Magaña, Ignacio García, Quirino García y otros líderes (Poot, 2015).

“En estos días ya se desmontaban las tierras por el C. Antonio Espat, en una superficie de 100 hectáreas, incluyendo los lotes familiares para el futuro crecimiento del pueblo” (Arciga, 2016). En la parte poniente también se habían considerado los terrenos de canchas deportivas, el mercado del pueblo, escuelas, delegaciones, clínicas y terrenos para futuras construcciones de beneficio social. Sin embargo, la clínica no se realizó y hasta el día de hoy los terrenos están baldíos y se encuentran como propiedad del ejido.

A la llegada de los colonizadores procedentes del estado de Coahuila, Durango, Tlaxcala, Sonora, Michoacán, Veracruz y otros

estados, de inmediato se procedió a instalarlos en las comunidades de Ucum, Juan Sarabia, Sac-Xan y el kilómetro 21. Se creó un programa de alimentos básicos mediante despensas que se les proporcionaban y se les dio atención médica, comisionándoles al doctor Ramón González Ruiz fungía como presidente del comisariado ejidal del C. José Torres Manzanilla, y se procedió a instalar el taller de carpintería y bodega en el lugar donde se encuentra hoy en día la escuela primaria Andrés Quintana Roo, de la comunidad de Carlos A. Madrazo (Poot, 2015).

Después de la instalación de los campesinos colonizadores de Sac-Xan, se organizaron en grupos de trabajo de 20 socios y se formaron cuadrillas de trabajo de albañilería, excavación de cimientos, fabricación de block, trabajo de carpintería. Para entonces fue nombrado un socio delegado el C. Modesto Fernández, de inmediato se comisionó al ingeniero Carlos Ocejo para que se responsabilizara en el trabajo de las calles y casas, tomando en cuenta las primeras seis casas que se encuentran hoy día en el cruce de Ucum.

Durante el trazo de las calles los topógrafos no pudieron terminar las vías a causa de equipo y más personas expertas en el tema, pero entre los ciudadanos, al ver la necesidad, lo hicieron con el poco conocimiento que tenían, ya que deseaban tener lo más pronto posible sus casas para poder instalarse. A causa de la rapidez, hoy vemos que las calles de Carlos A. Madrazo no están trazadas de manera rectas como es debido. Para la construcción de las casas, que en su mayoría serían de madera, ya que hacer el material era más tardado y eran muchas casas las que construirían. Para ello solicitó maderas preciosas de “caoba”, estas fueron pedidas en el aserradero en la comunidad de Bacalar, hoy día municipio, así fue como algunas casas fueron de material y otras de madera. Las personas que se quedaron con casa de material, es porque tenían experiencia como albañil e iba construyendo su propia casa para que ahí vivieran.

Al terminar la construcción de las casas y la carretera principal del pueblo, el licenciado David Gustavo Gutiérrez Ruiz, dio la orden de ocupación el 20 de noviembre de 1975. Presentándose personalmente en la comunidad el 8 de

octubre de 1974 cuando Quintana Roo se había nombrado como estado libre, con la suma de esfuerzos de campesinos colonizadores de Carlos A. Madrazo y otros centros de población, cabe mencionar que a esta comunidad se sumaron los campesinos nativos y campesinos de otros nuevos centros de población. Durante la vida de esta comunidad, se construyeron planteles educativos, mini empresas y otros como:

- Obras educativas:
  - Escuela primaria “Andrés Quintana Roo”. Como primer director el profesor Jorge Milla Narváez.
  - Escuela Jardín de Niños “Héroes de Chapultepec”. Fundado por la profesora Rosa Ma. Díaz Pérez.
  - Escuela telesecundaria “Melchor Ocampo”. Fundada por la profesora Odilia.
  - Se construyó la academia para secretarías con gestoría del C. Julio Hernández.

Con la inquietud del grupo de Mujeres en Solidaridad, representada por las señoras Elizabeth Ek Canché, Asunción Infante, Maricela Osorio, Minerva Seca Cantún, y Josefina Valenzuela Rodríguez. Y siendo delegado municipal el ciudadano Leonardo Herrera, quienes se dieron a la tarea de reclutar alumnos y recorriendo las comunidades vecinas, para posteriormente lograr el centro de máximo estudio de la comunidad, el módulo de bachilleres, bajo la dirección de ingeniero Delio Gamboa, cuyo director tardó más de diez años en el plantel (Infante, 2016).

Fue así como los jóvenes pudieron y tuvieron la oportunidad de cursar un nivel más de estudios, y los que ya cursaban un bachillerato, pero en Chetumal, hicieron su cambio para este nuevo plantel de Carlos A. Madrazo, lo cual benefició a las familias porque el gasto era menor y sus hijos ya no tenían que viajar más.

- Obras productivas o mini empresas:

- Al iniciarse la vida en el pueblo se construyó una granja avícola atendida por las mujeres, actualmente se encuentra como una galera para los cortadores de caña.
  - Se construyó una granja de codornices y era atendida por los socios de la comunidad.
  - Se fundó la granja porcina de Carlos A. Madrazo. Esta granja tuvo mucho auge, tanto que hasta llegó a tener ganadería y maquinaria y fue dirigida por los ciudadanos Miguel Gámez, Antonio Sereno y Manases Newell Hernández.
  - Se fundó y construyó la mini empresa de Mujeres en Solidaridad (un costurero) con la dirección de Elizabeth Ek Canché. Sin embargo, dicho costurero dejó de funcionar, porque las fundadoras ya son mayores de edad, no pueden ver y otras ya fallecieron. Pero las fundadoras que quedan no quieren que ninguna otra persona tome el puesto.
  - También se formó parte de la gasolinera con campesinos de Carlos A. Madrazo.
  - La mini empresa CAN-VISION como obra social, representado y promovido por Ismael Castillos Castor que tenía como objetivo proponer medidas que faciliten la organización para un desarrollo socioeconómico.
  - Oficina ejidal
  - Oficinas de SAGARPA.
- Servicios con los cuales contaba la comunidad en sus inicios
- Calles pavimentadas.
  - Un parque recreativo. Éste estaba hecho de huano y con bases de madera.
  - Agua potable.
  - Campo de futbol.
  - Alumbrado público.

- Teléfono público.
  - Una tienda como minisúper
- Principal actividad agropecuaria:
- Cultivo de arroz, maíz y frijol.
  - Ganado vacuno y ovino.
  - Cultivo de caña, azúcar y piloncillo. Actualmente sigue dicha producción y es el recurso monetario de la mayoría de los habitantes de Carlos A. Madrazo, aunque han sido más las pérdidas que ganancias de tal producción. Por ello muchos han decidido abandonar el pueblo e irse a Cancún a buscar trabajo (la mayoría de estas personas, son jóvenes).
  - Maquinaria agrícola.
- Autoridades ejidales que han fungido los primeros 26 años:
1. José Torres Manzanilla.
  2. Baudillo Sosa Gotay.
  3. Jesús Rangel Rangel.
  4. Ismael Castillo Castor.
  5. Manuel Villanueva Olmedo.
  6. Vladimir Hernández.
  7. Aarón Renteral Campos.
  8. Luis Cabrera Alvarado.
  9. Hilario Pineda Hermenegildo.
  10. Evaristo Gómez.
  11. Israel Sereno Maqueda (Poot, 2015).
- Delegados de la comunidad (en estos primeros años, los delegados se elegían por “dedo”, y existía la reelección, el primer delegado estuvo en el poder seis años, ya que muchos no querían tener ese cargo mayor de ser responsables de la comunidad:

1. Luis López Salinas.
2. Delfino Muñoz.
3. Pablo Flores.
4. Santiago Montanez.
5. Flavio Calderón.
6. Juan Vargas García.
7. Ismael Castillo Castor.
8. Leonardo Herrera.
9. Mario Montaña.
10. Jaime García Armijo.
11. Josefina Valenzuela.
12. Eduardo Purta.
13. Martha López Salinas.
14. Asención Infante. (durante la delegación de la señora Asención, se inició con la convocatoria de realizar el centro de salud en Carlos A. Madrazo, se hicieron movimientos para pedir al comisariado ejidal el terreno, le pidieron a toda la comunidad dinero para hacer todo el papeleo, pero al final solo quedo en promesas, esto sucedió en el 2006.
15. Felicitas Torres Rosales.

- Apoyos federales, estatales y municipales con los cuales contaban Carlos A. Madrazo en sus primeros años de creación:
  - Sistema de Becas, que consistía en apoyar aquellas mujeres que querían estudiar para secretarias.
  - Programa de PRONUCAM municipal. (estos apoyos se dieron en los 26 primero años del pueblo).

Estos apoyos fueron de importancia para el desarrollo del pueblo de manera económica, creando así oportunidades de trabajo para los hombres y mujeres y como el obtener la oportunidad de estudiar. Todas estas personas que

se han mencionada fueron un punto importante en los primeros años de Carlos A. Madrazo, ya que, gracias a ellos, los poblados que conforman los ejidos se vieron beneficiados, y con ello se dio paso a que Quintana Roo se pudiera promulgar como un Estado Libre y Soberano, dando así al cumplimiento de la ley que establece la constitución política de México.

### **2.3 Carlos A. Madrazo en sus primeros 18 años de creación**

Cuando las personas del norte llegaron a fundar Carlos A. Madrazo tenían la idea de buscar una mejor calidad de vida para sus familias (se referían a tener tierras para producir no solo sus propios alimentos sino también para la venta de ellos y así poder tener un sustento económico familiar). Los hombres estaban a cargo de sus tierras, sembraban maíz, frijol y principalmente caña. Esta última se realizaba desde diciembre a mayo. Más del 50% de la población, en ese entonces era productor cañero. Los hombres se levantaban a las 5:00 de la mañana para irse a los cañales, las mujeres a las 4:00 am tenían que levantarse para que su esposo antes de irse a trabajar desayunara y llevara su comida al campo y así poder almorzar al medio día. El señor llegaba de regreso a casa, a las 2:00 pm, ya la comida hecha y la mesa puesta con tortillas hechas a mano, para que el señor comiera y enseguida se fuera a descansar después de una jornada laboriosa.

Los niños de entonces no tenían muchas posibilidades de poder asistir a la escuela y los que, si podían hacerlo, asistían descalzos, y con una mochila de morral con asas de cuerdas o hilo de rafia. Sin dinero para comer en la escuela y otros sin útiles, que en ocasiones tenían que pedirle prestado a sus compañeros para poder pintar o recortar en alguna actividad que los maestros le indicaban. La escuela no contaba con pupitres y los niños tenían que sentarse en el suelo o en los blocks que sobraron de la construcción de la escuela. Como era un estado con comunidades nuevas, no había profesores que mandara el gobierno, por lo que personas del poblado que tenían entre de 20 y 30 años eran capacitados para poder dar clases. Y algunas otras mujeres se capacitaban para ser secretarias del comisariado ejidal, así como de las instituciones de SAGARPA que se encuentran

a orillas de Carlos A. Madrazo. El mejor trabajo que se podía considerar en ese entonces era ser secretaria y ser un agricultor cañero.

Desde la creación de la comunidad los pobladores no contaban con atención médica, la salud pública se veía muy escasa y las personas que tenían el recurso económico asistían al médico hasta Chetumal y los que no contaban con dicho recurso, recurrían a las plantas medicinales, las cuales podrían encontrarse en el solar de su casa o algunas otras que podían conseguir con los vecinos. Cuando los niños se enfermaban de temperatura, les tallaban un huevo por la creencia de que era mal de ojo. Si tenía infección de oído, asaban unas hojitas de ruda en el comal y se las ponían tibias en el oído del niño. Para los periodos de menstruación de las mujeres y los cólicos, se ponían ceniza envuelta en una hoja de plátano y se la colocaban en el vientre o en la espalda para aliviar el dolor. Cuando las mujeres quedaban embarazadas, no asistían a realizarse el ultrasonido, estas asistían con parteras para tallar su vientre y acomodar al niño para que nazca de forma natural y en ocasiones las parteras por el tamaño del vientre determinaban el sexo del bebé, así como los meses de gestación, cuando se cumplían los nueve meses, la partera ayudaba a nacer al bebé, estos ejemplos citados, son por conocimiento propio.

La autoridad en Carlos A. Madrazo era el delegado de este. Este al inicio se elegía por dedo o el ciudadano que voluntariamente quisiera ser ese quedaba como autoridad, con la finalidad de rendir cuentas en municipio del avance que el pueblo iba adquiriendo, este tenía como objetivo buscar recursos de gobierno para que el pueblo se vea beneficiado. El primer delegado que tuvo Carlos A. Madrazo fue Luis López Salinas en 1976, este fue reelegido tres veces más, durando en total seis años como delegado, durante estos primero años el mandato de un periodo normal de delegación era de dos años. El segundo delegado fue el señor Delfino Muñoz siendo reelegido en dos ocasiones. No fue hasta 1992 que se realizó la primera elección por votos del delegado, en ese entonces ganó don Ismael Castillo, durante esta primera elección por votos; la reelección dejó de practicarse y ahora los delegados duraban en el mando tres años.

Acontinuación, plasmaremos algunas imágenes que describen y muestran como era Carlos A. Madrazo en sus primeros años, desde sus lugares como al realizar determinadas actividades, entre ellas la elección del delegado y el desfile representativo del 20 de noviembre.



**Primera elección de delegado por votación 1992 (Poot, 2015).**

En esta imagen el parque ya no era de huano, sino de concreto, aquí se realizaban las votaciones, se siguen realizando hasta la fecha.



**Granja avícola de pollo atendidas por mujeres (Poot, 2015).**

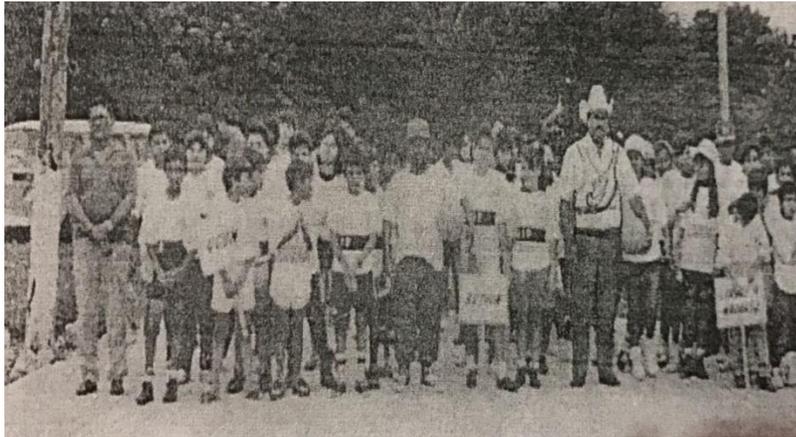
Las mujeres que se presentan en la foto eran; Teresa Villanueva, Esmeralda Saucedo, Reyna Castillo, Elizabeth Ek, Estela Medina, Obdulia Montero y Carmen Leal. Eran las encargadas de la granja, sin embargo, hoy día la granja dejó el servicio de la venta y cría de pollos y ahora es usada como galera para los cortadores de caña que vienen de fuera (Campeche, Chiapas y Oaxaca, incluso hasta de la Ciudad de México, México).

Referente a la seguridad en Carlos A. Madrazo no contaba con policías, como se les conoce hoy en día. Se buscaba en el mismo pueblo hombres fuertes, no muy jóvenes, ni tan mayores de edad, que cuidaran del pueblo y que estuvieran al pendiente de que no se cometieran injusticias entre personas o robos, a este grupo de personas se les llamaba “los rurales”, por ser los mismos habitantes del pueblo quienes cuidaran de su comunidad y de las olas de violencia que pudieran surgir. El gobierno municipal, les daba los uniformes, así como las armas para defender al pueblo.



**Los rurales: Flavio Calderón, Sijifredo Aviles, Delfino Muñoz (Poot, 2015).**

En 1992 fue el primer desfile en Carlos A. Madrazo. Se conmemora el 20 de noviembre de todos los años. En este participaban las escuelas, como el kínder, la primaria, en ese entonces la telesecundaria (hoy secundaria) y el plantel de bachilleres.



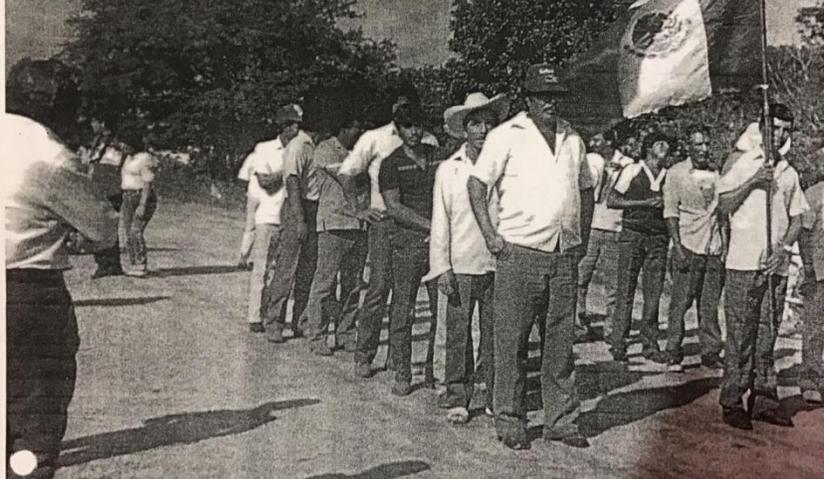
**Niños de primaria, desfile de 1992 (Poot, 2015).**



**Primer desfile, 1992 (Poot, 2015).**

El desfile era encabezado por el contingente conformado por el comisariado ejidal y los ejidatarios del pueblo, le seguía la reina del pueblo (aquella joven que había sido elegida como embajadora para representar la fiesta del pueblo. El recorrido

se iniciaba en el parque, pasando por la calle que lleva por nombre “20 de noviembre” y regresando al parque por la calle “1° de julio”.



**Ejidatarios y fundadores (Poot, 2015).**

Al terminar el recorrido, en el parque se realizaban los honores a la bandera, aquí participan principalmente las autoridades del pueblo, como el delgado, el comisariado ejidal, así como el director de cada escuela, y en ocasiones el presidente municipal. Después cada escuela, iniciando primero con el kínder hasta llegar con los jóvenes de bachilleres, presentaba una tabla rítmica, pirámides, bailes folclóricos y demostración de lo aprendido. Al término, en el parque las señoras se ponían a vender comida y se realizaban juegos de futbol entre los pobladores. En la noche del 20 de noviembre, se realizaba un baile con el objetivo de celebrar el aniversario del pueblo, así como el rodeo en el corral de toros. A dichos eventos podían asistir personas de toda la ribera del Río Hondo.



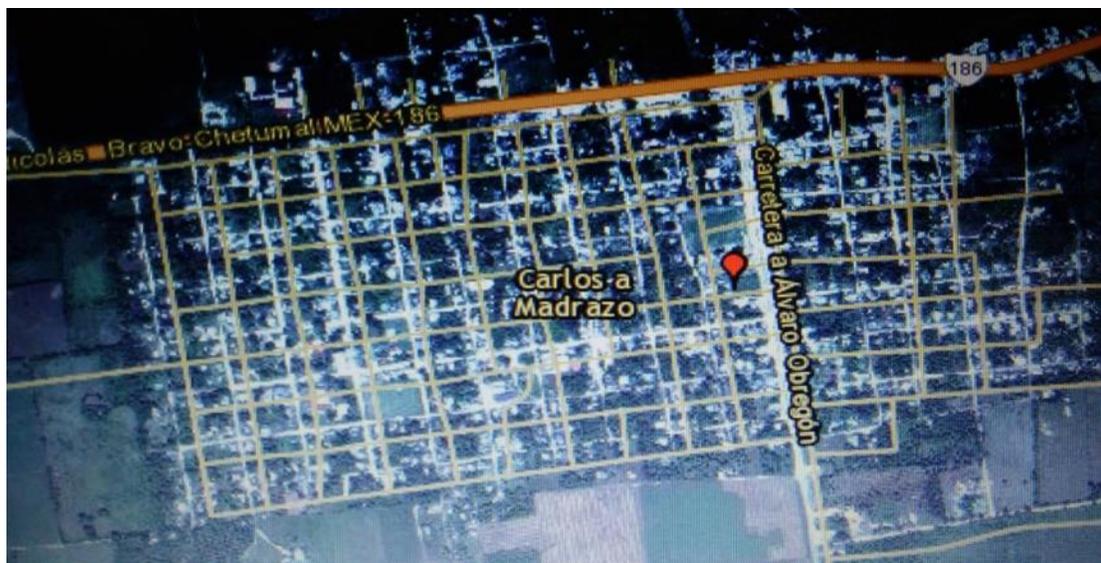
**Desfile, contingente de los rurales con los ejidatarios (Poot, 2015).**

Los ciudadanos, cada año (20 de noviembre) buscaban unirse con la finalidad de poder celebrar la fundación de su nuevo hogar. Así como iniciar da vez una nueva etapa, poniéndose propósitos de mejorar la comunidad para que todos como familia progresaran. Dicho progreso, no solo económico, sino también en infraestructura se ve caracterizado en el Carlos A. Madrazo actual.

#### **2.4 Carlos A. Madrazo en la actualidad, 2017.**

Carlos A. Madrazo se ubica en el municipio Othón P. Blanco en el Estado de Quintana Roo, a 31 kilómetros de la ciudad de Chetumal. Hoy día, la ocupación predominante por parte de los ciudadanos hombres es la agricultura y la siembra de caña, por parte de las mujeres se dedican a las labores del hogar.

En Carlos A. Madrazo viven 1, 549 habitantes donde, de 1 a 4 años hay 101 hombres y 121 mujeres; 5 a 9 años hay 106 hombres y 124 mujeres; 10 a 14 años hay 94 hombres y 114 mujeres; 15 a 19 años hay 96 hombres y 93 mujeres; 20 a 29 años hay 25 hombres y 101 mujeres; 30 a 49 años hay 167 hombres y 203 mujeres, de 50 a 59 años hay 42 hombres y 37 mujeres, y personas con más de 60 años hay 28 hombres y 27 mujeres (Padilla, 2016).



**Foto satelital de Carlos A. Madrazo (Pueblos América, 2016).**



En este croquis podemos observar las cinco calles, como entradas a Carlos A. Madrazo, dos calles son las más importantes del poblado, la 1º de julio, que sería la entrada principal al poblado, la podemos ubicar con la flecha en color rojo, la segunda calle, es la 20º de Noviembre, la ubicamos con el color azul, y como centro de Madrazo, tenemos el parque, lo ubicamos en color amarillo. Carlos A. Madrazo en 2017 se ha vuelto un poco más extenso, ya que se creó la colonia “madracito” a un lado de los cañales, lo ubicamos en color verde en el mapa.

Para realizar la producción de caña, los ejidatarios tienen que sembrar y en su momento realizar la quema para la extracción de azúcar. Dicha quema lo hacen los cortadores. Los cortadores de caña son procedentes de los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Oaxaca, estos suelen vivir en la galera que se encuentra el extremo sur del pueblo



**Galera de Carlos A. Madrazo (Ada Tome, 2017).**

La galera cuenta con seis cuartos, en cada uno se quedaba una familia, sin embargo, como suelen llegar cortadores, que vienen a trabajar por una temporada de zafra, no cuidan las instalaciones, otra causa que lo afecta son los desastres naturales, ya que nadie está a cargo este y no se le da el mantenimiento adecuado, sin embargo, existen cortadores que retornan a la zafra cada año y van reconstruyendo la galera, creando un comedor para todos los cortadores.



**Galera y comedor (Ada Tome, 2017).**

Los que no alcanzan un lugar para dormir, consiguen casas abandonadas en el pueblo para habitarlas, la llegada de los cortadores de caña se da de un mes antes de que inicie la zafra, esto es a principios de noviembre, para diciembre iniciar con el corte de caña, y transportación al ingenio San Rafael de Pucté, este proceso se sigue realizando así, hasta finales el mes de mayo. La producción y las ganancias que se obtienen dependen de las condiciones climatológicas, así como del que no se haga una quema de hectárea accidentalmente, Ya que suele suceder que cuando hay viento fuerte la quema se puede extender a hectáreas que aún no les tocaba corte y es como la producción a veces se suele perder.



**Zafra del ciclo 2015-2016 (Novedades de Quintana Roo, 2015).**



**Cortadores de caña, zafra (Novedades de Quintana Roo, 2015b).**

La mayoría de los cortadores de caña, son niños y jóvenes. Familias formadas por papá y mamá, llegan a la zafra con sus hijos, cada familia trae alrededor de seis niños, los cuales se van con su papá a corte de caña. Otros jóvenes llegan en grupos, con familiares, amigos o hacen amistad durante el viaje

y al llegar a Madrazo forman su grupo para buscar dónde quedarse a dormir durante su estancia.

Hoy en día, solo los fundadores son los que trabajan las tierras, sus hijos y nietos optan por seguir sus estudios universitarios, por ellos el que se contrata hombre de otros estados para que vengan a trabajar durante la zafra. Hay 25 hombres entre 18 y 25 años tienen estudios universitarios y trabajan fuera de la comunidad, laborando en la ciudad de Chetumal, de las mujeres solo 20 tienen estudios universitarios y éstas se encuentran trabajando en el extranjero y fuera del estado. Se podría decir que nada más cinco se encuentran laborando en Chetumal, la mitad de ellas, a pesar de trabajar y tener estudios de nivel medio superior, algunas son amas de casa, pero no descuidan su hogar ni trabajo. La mayoría de los jóvenes de Carlos A. Madrazo, dejan los estudios durante su periodo en la secundaria, el motivo es porque se vuelven padres a temprana edad y otros por vicios (drogas, alcohol).

Carlos A. Madrazo cuenta con todos los servicios necesarios en el hogar: agua potable, electricidad, alumbrado público, calles pavimentada (hoy la mayoría de las calles se encuentran en mal estado, con baches), panteón municipal, éste se ubica a un costado de la comunidad de Ucum, a un costado de un camino de terracería que va hacia la “bacadilla”, río que forma parte del Río Hondo, un basurero comunitario, que se puede llegar a él en la carretera Álvaro Obregón, a 10 kilómetros fuera de Carlos A. Madrazo, gas y hoy día cuentan más de la mitad de los pobladores con cable e internet. Haciendo un conteo poblacional se puede decir que un cincuenta por ciento de la población es de clase media, el resto, de clase baja<sup>3</sup>. Más de un cincuenta por ciento de la población cuenta con casas de

---

<sup>3</sup> Llamamos clase media a las personas que tienen una mediana economía con la cual sustentar sus gastos para poder vivir, así como contar con ciertas comodidades como cable e internet. Respecto a la clase baja, es aquella que vive en una parte del poblado, que lleva por nombre “Madrazo”, colonia que se fundó alrededor de unos 10 años, esta se ubica al final del pueblo, por donde están los cañales (donde se realiza la siembra de caña de azúcar). Dicha colonia está conformada por personas provenientes del Cerro de las Flores, Chiapas, Tabasco, entre otros.

concreto y colado. Las personas que tienen casa de madera y lámina de cartón o de zinc, han contado con el apoyo del gobierno y han recibido casas de material. Madrazo aun siendo un pueblo pequeño, ofrece vías para que el individuo pueda desarrollarse intelectualmente, dando así el servicio de la educación; preescolar. Las tres primeras escuelas mencionadas se encuentran en el centro del pueblo, junto al parque y el domo de la localidad, el plantel de bachilleres se ubica sobre la carretera Chetumal-Escárcega.



**Escuelas: primaria, secundaria y Bachilleres (Ada Tome, 2017).**

Para estudiar el nivel superior los jóvenes tienen que migrar a la ciudad de Chetumal o a la ciudad donde se encuentre la especialidad que desea obtener. Algunas señoras dan “escuelita inicial” a los niños de dos a cuatro años con la finalidad de que cuando entren al kínder sepan algunas vocales, así como escribir su nombre. También se cuenta con el servicio bibliotecario, que sirve a los jóvenes como vía de investigación para algunas tareas, durante el verano los encargados de la biblioteca realizan cursos para niños entre los cinco y doce años con la finalidad de que los más pequeños (5 y 7 años) vayan interactuando con los libros y aprendiendo a leer y los más grandes (8 y 12 años) aprendan a investigar y obtengan nuevos conocimientos que les puedan servir para el próximo ciclo escolar.



**Biblioteca Pública (Ada Tome, 2017).**

El verano bibliotecario tiene un fin muy particular, enseñar a los niños y jóvenes el hábito de la lectura, la investigación y el arte de los grandes escritores, desde escritos sobre la historia de México, animales, cuentos infantiles, poemas y versos. Sin embargo, la situación que se vive hoy, es que ya se ha perdido el

hábito de leer o adquirir un libro para estudiar, se transformó en una investigación por internet, donde los niños solo imprimen la página donde está la información, pero no leen, ni tienen conocimiento del tema investigado y los profesores con dicha información califican la tarea del niño.

Carlos A. Madrazo no solo cuenta con una milticultura debido a las personas de diferentes estados que lo habitan, sino también con creencias religiosas diversas: la católica, fue la primera religión que se tenía en Madrazo, iniciando con una pequeña construcción y un sacerdote que venía cada quince días a dar servicio de domingo (misa).



**Iglesia católica “La Guadalupana”, templo “Getsemani” (Ada Tome, 2017).**

El templo pentecostal fue la segunda iglesia que se creó en la comunidad, ésta fue construida con palos de madera y techo de cartón, años después se integraron a la comunidad los testigos de Jehová, luz y vida y mormones. Sin embargo, las ideologías, deseos, opiniones y creencias han aumentado, así como un deseo de vivir diferente a los demás, por ello se han creado nuevas iglesias, que las mismas personas de Madrazo han creado y en las cuales tiene una mezcla de cada una de las religiones, hacen su propia iglesia. Esto origina que muchas personas visiten todas las iglesias hasta encontrar una que se acople a sus deseos de comportamiento.

De igual manera podemos encontrar en este poblado dos carnicerías (una de ellas lleva el nombre del poblado), dos minisúper, una tienda Marlon, son las tiendas más grandes que se pueden encontrar en la localidad y donde la mayoría de las personas de bajos recursos adquieren la mercancía de cada quincena para su consumo. Madrazo cuenta con seis tiendas, aquellas que le llaman “de la esquinita” es aquel punto de venta que ofrece dentro de sus productos, abarrotes, lácteos y salchichonería, dulces y bebidas diversas. Cuenta también con una tortillería, ésta se ubica en el centro del pueblo, por la iglesia católica, su forma de venta es en un establecimiento y con repartidores en motos que venden por todo el pueblo. Hay una papelería, donde los estudiantes pueden adquirir el material para algún trabajo práctico. Como medio de entretenimiento Carlos A. Madrazo cuenta con un parque, dos canchas deportivas, se tiene como costumbre que los jóvenes asistan a las canchas a jugar partidos de fútbol, vóleybol o básquetbol.



**Domo deportivo (Ada Tome, 2017).**



**Parque de Carlos A. Madrazo (Ada Tome, 2017).**

Para el cuidado del ciudadano Carlos A. Madrazo cuenta con un delegado que ayuda con las inconformidades que se suscitan en el pueblo, una comisaria que se encarga del mejoramiento del pueblo.

Desde que se creó la comunidad de Carlos A. Madrazo, no había contado con una caseta de vigilancia policiaca y tampoco con un servicio de centro de salud como algunos otros poblados. En el 2014, la comunidad de Madrazo empezó a tener una caseta de vigilancia, después de que se vivió un percance sobre robos a casa habitación, así como violaciones a mujeres, y que esto ocasionara después de que la persona que cometía atrocidades fuera linchada por los ciudadanos en el domo de Madrazo, donde para evitar otro suceso parecido, la caseta fue implementada.



**Caseta de Vigilancia, Policía Rural (Ada Tome, 2017).**

Si hablamos del cuidado de la salud de los habitantes de Carlos A. Madrazo, desde 1974 (desde su creación), hasta la fecha no cuenta con centro de salud, la propuesta y la intención de contar con una clínica se ha tenido desde que se creó el pueblo ya que existe un terreno para realizar tal construcción. Desde hace diez años la propuesta de una casa de salud se ha estado organizando, es hasta el 2016, que las mujeres de prospera deciden unirse para poder obtener una casa de

salud, por lo que buscaron la ayuda del director del centro de salud de Ucum, el delegado y el comisariado ejidal, para poder concretar esta meta. En el siguiente capítulo, redactamos el problema desde su origen, la forma en que se organizaron para reanudar la propuesta de la casa de salud, hasta llegar a su construcción.

## **Capítulo III**

### **Por una mejor salud: creación de una casa de salud en la comunidad de Carlos A. Madrazo**

En este último capítulo explicaremos la historia de cómo se originó el problema que se abordó en esta tesis, así como su importancia de ser atacado para que los habitantes de C.A.M puedan tener una salud segura. Se plasman los métodos que se utilizaron para que la comunidad en conjunto pudiera trabajar en un mismo fin. Así mismo presentaremos las estrategias implementadas y el cómo se resolvió el problema de falta de atención médica, desde la organización de los grupos de trabajo hasta, las adversidades por las cuales se pasaron, fechas y días de los cuales y como se trabajaron en la construcción de la casa de salud.

Para mostrar el proceso de construcción mencionaremos las personas que trabajaron y presentamos imágenes de lo que va siendo el edificio de atención médica.

#### **3.1 Historia del problema**

Carlos A. Madrazo, se fundó en 1974, se estableció que el pueblo contaría con todos los servicios para el bienestar de los ciudadanos que llegaron a fundarlo. Desde que se creó Madrazo, se asignó el lugar donde quedaría el centro de salud que se tenía establecido desde un principio. Pero los recursos que aportaba el municipio se utilizaban para otros fines, los cuales nunca les fueron dichos a los habitantes de la comunidad.

Los habitantes de Carlos A. Madrazo reciben atención médica, teniendo un trabajo en cierta institución o ser ejidatario para poder contar con el IMSS o

ISSSTE, si eres ciudadano sin atención médica por parte de estas instituciones, tiene la posibilidad de obtener el seguro popular, el cual es gratuito tanto desde el consultar, hasta los medicamentos, dicha atención se recibe en un centro de salud o Hospital General más cercano. Sin embargo, para poder recibir esta atención, los pobladores de Carlos. A. Madrazo tienen que ir a la comunidad de Ucum.

Como se dijo al inicio de esta tesis, el centro de salud de Ucum reparte diez fichas diarias para consulta general y cuatro para dentista y empieza a laborar a las ocho de la mañana. Para obtener una ficha de consulta, las personas tienen que madrugar, llegar al centro de salud a las cinco de la mañana, para que cuando las enfermeras lleguen (ocho de la mañana), te den una ficha, con el cual se de paso a buscar el expediente familiar para poder pasar con el médico. La persona que llegue después de las ocho de la mañana, así como después que se hayan entregado las fichas de consulta, difícilmente será atendida, solo y si ésta presenta una urgencia o está embarazada se le atenderá.

Otras dificultades que presenta el centro de salud de Ucum, es la falta de medicamentos, principalmente el paracetamol y el diclofenaco, los cuales han tenido más demanda con las nuevas enfermedades el zika y la chikunguya, sin olvidar que el dengue hemorrágico con mayor frecuencia a atacado de igual manera en los últimos años.

La demanda en el centro de salud aumentó por las enfermedades, ya que todo paciente deseaba su pronta recuperación, porque necesitan trabajar, por lo que recuperar la salud llega a ser una prioridad. Las personas de la tercera edad también sufren por no contar con un centro de salud cercano, a causa de que cada semana deben de ir a consulta para monitorear su nivel de azúcar y realizando dietas para restablecer su salud, pero llega hacer un poco complicado, ya que hay personas que no pueden caminar o no tienen quien los lleve ya que viven en las afueras del pueblo, por lo que caminarían alrededor de treinta a cuarenta minutos para poder llegar al centro de salud de Ucum.

Los pobladores de Carlos A. Madrazo gestionaron obtener una casa de salud, con la finalidad de tener una atención médica cercana y la seguridad de que los pacientes serán atendidos cuando lo requieran, sin tener que ir a otra comunidad o hasta la ciudad Chetumal. Así como el no madrugar para alcanzar ficha de atención médica.

Se han implementado proyectos desde el 2006 en Carlos A. Madrazo para la obtención de una casa de salud, así como de recursos para iniciar con la construcción, pero estos no llegaban y cuando eran otorgados los delegados en turno no entregaban el dinero completo o le daban prioridad a restablecer las carreteras principales del pueblo. Hace diez años, se quiso iniciar la casa de salud, en ésta iban a cooperar todas las mujeres que tuvieran, en ese entonces, el programa Oportunidades, cada una tenía que dar 100 pesos. Y el gobierno municipal aportó en ese año, material de curación, camilla, medicamentos, termómetro, entre otros.

El proyecto quedo en el “pensarse”, porque la señora que reunió el dinero se quedó con él y una parte del material se lo dio a la sala de curación de la escuela primaria Andrés Quintana Roo que se encuentra en el poblado de Carlos A. Madrazo. Consecutivamente, se ha querido concretar el proyecto, pero las personas ya no quieren apoyar por el temor que nuevamente se queden con su dinero y la casa de salud, vuelva a quedar en solo promesas. Prueba de ello es que se visitó a la señora Laura Torres, y prometió regresar el material que se le había proporcionado hace unos años.

Al construirse la casa de salud, no solo Carlos A. Madrazo se vería beneficiado, sino también los poblados vecinos, ya que reduciría el porcentaje de personas por atender en el centro de salud de Ucum. De igual manera, reduciría el tiempo de traslado, así como el madrugar para adquirir una ficha, y el tiempo que invierten en esperar para consultar. Las personas de la tercera edad asistirían todas las semanas a sus citas, y las mujeres embarazadas podrían ser atendidas sin esperar tanto tiempo. Sin más, esta petición de una casa de salud también es con base de que se han originado nuevas enfermedades como el chikungunya y el

zika, las nuevas enfermedades del mosquito, que ha perjudicado a más de la mitad de la población, esto basado en los diagnósticos que ha dado el doctor Grado Padilla, ya que son enfermedades que dejan secuelas en los huesos y organismo del cuerpo humano, que, si no se atiende a tiempo o como es requerido, el malestar permanecerá por muchos años, lo cual implicaría que algunas personas por el dolor dejen de trabajar.

Las madres de familia, viendo las enfermedades que hoy padecen, solicitan urgente se construya una casa de salud, con las herramientas necesarias para que la población en conjunto tenga una mejor atención de salud. Guiándonos por un estudio sociocultural basándonos en la medicina antropológica es preciso que, para que el ser humano cuente con una buena calidad de vida basado en la salud, debe de tener y obtener lo que su cultura en un momento le determinó (una clínica médica de salud), para que se sienta protegido en su entorno y tenga seguridad de bienestar.

### **3.2 Identificación del problema y comités de trabajo**

Este problema fue identificado por las mujeres que cuentan con el programa de PROSPERA. Alrededor de 250 mujeres cuentan con dicho programa. Cada una asiste con su familia al centro de salud de Ucum dos veces por mes. Es requisito del programa prospera que ellas y su familia tenga consulta médica y dental, con la finalidad de llevar un control de salud familiar. Así como asistir a pláticas una vez por mes, realizar fajinas o ir a talleres y campañas de vacunación.

Por lo que este grupo de mujeres consideró en conjunto que el ir hasta el centro de salud de Ucum para realizar todas esas actividades, y asistir a consulta cuando alguno de los miembros de la familia se enferma, suele ser complicado, porque está retirado de sus hogares, tienen que madrugar o en ocasiones no hay consulta porque el doctor no llega. Las mujeres de PROSPERA, tomaron la iniciativa de hablar con el director del centro de salud de Ucum el Dr. Gerardo Padilla, con la finalidad de exponer su inconformidad y para orientarlas cómo atacar el problema y a que personas acercarse para recibir ayuda. Sin embargo, el

doctor consideró que, para que este problema se aterrizará y así mismo se concretara, todas las mujeres que cuentan con el programa PROSPERA estuvieran de acuerdo en apoyar con firmas y papeleos para poder meter este proyecto social, en la delegación de la comunidad, con el comisariado ejidal, en el palacio municipal y sobre todo en SESA, para asegurar el apoyo y que esta casa de salud permaneciera en ejecución y no se viera parada la obra por alguna inconformidad de las personas antes mencionadas. Un grupo representativo de las mujeres de PROSPERA realizó una reunión con el doctor con la finalidad de describir en papel el problema y la demanda de una casa de salud para empezar a elaborar solicitudes, principalmente de que se les proporcione un terreno donde se pueda construir la casa de salud.

Como ciudadana y facilitadora me pongo en contacto con estas mujeres ya que no sabían cómo gestionar, pero sobre todo el hablar con la comunidad de Carlos A. Madrazo y exponerles dicho problema, ya que algunas personas de poblado no están interesadas en aportar y ayudar, porque consideran que nuevamente les van a robar el apoyo que proporcionen. Aun con la perspectiva de vernos rechazados por los demás miembros de Carlos A. Madrazo, llamamos a una reunión, donde el pueblo aceptó y se formó un comité de salud que trabajaría junto con el comité de prospera para realizar la construcción.

Quedando así los siguientes comités:

<b>Grupo “Casa de Salud”</b>
1- Guillermina Torres
2- Felicitas Torres
3- Leticia Montero
4- Irma Ek Díaz
5- Minerva Seca
6- Asención Infante

<b>Grupo “Prospera”</b>
1- Sofía Saucedo
2- Virginia Golpe
3- Catalina Quiroz
4- Miguelina Altamirano
5- Eréndira Sereno
6- Areli Vidal

### **3.3 Técnicas de Investigación**

Para la “Propuesta de implementación de la casa de salud en la localidad de Carlos A. Madrazo”, primero se desarrolló la etnografía de la comunidad a estudiar, así como la etnometodología para tener previamente un conocimiento sobre la comunidad, estudiándola en todos sus enfoques; cultura, lenguaje, la diversidad que cada uno tiene de creencias (recordemos que en esta comunidad hay personas provenientes de Veracruz, Michoacán, Torreón, México, Chiapas) como la diversidad religiosa de la localidad. La dramaturgia que se presenta en cada rol de los habitantes del poblado o el papel que (entre) los mismos miembros se obliga a realizar, a través de la experiencia de la vida diaria.

Se implementó “la investigación acción participativa que consiste en que los ciudadanos participen en el mejoramiento de sus condiciones de vida” (Park, 1989: 137). La investigación acción participativa (IAP) se concentra en el conocimiento que se requiere para una mejor vida y lo que hay que hacer para adquirirla, y como objetivo crear una sociedad más justa donde no haya personas que sufran por no tener el modo de satisfacer las necesidades esenciales de la vida, como alimentos, vivienda y salud. El empoderamiento para la salud tiene como objetivo que la sociedad reclame sus derechos de atención médica y haga

conciencia también de cómo debe de cuidar de ella y de los suyos para tener una mejor salud. Que desarrolle el conocimiento crítico para poder “plantear problemas acerca de la realidad que los rodea a la luz de lo que quieren alcanzar como seres sociales dotados de confianza en sí mismos y de autodeterminación” (Park, 1989: 147).

Realizando grupos de diálogo, se obtiene como objetivo que los miembros del pueblo al haber detectado el problema (la falta de una clínica), se organicen llegando a un acuerdo de las aportaciones que realizarían, quienes trabajarían, pero, sobre todo, que todos se enfocaran en llegar al fin común, la casa de salud. Los actores sociales tienen que tener la capacidad de agencia de comprender la razón del problema.

Para las personas que no pudieron asistir a la reunión de diálogo se les realizó entrevistas, con preguntas abiertas con el principal objetivo de que plasmaran qué piensan de la casa de salud que se está construyendo, así como las ventajas que consideran que traerán en la comunidad y si estarán de acuerdo en apoyar en lo que se necesite durante la construcción.

Como penúltimo paso se desarrolla la metodología del marco lógico, que es donde explicaremos lo que pretendemos hacer, cómo y cuáles serán nuestros supuestos de intervención y el proceso de planeación de las actividades a alcanzar.

- Como primer paso determinaremos en el marco lógico el fin: que es el objetivo a desarrollar, el ¿para qué? La solución del problema, la importancia que tienen sus acciones como sus decisiones.
- Segundo, tenemos el propósito: son los efectos que se esperan con la implementación del proyecto. El ¿para qué?
- Tercero, componentes: son los objetivos específicos del proyecto, ¿qué es lo que vamos a hacer?, los bienes, obras y servicios que se deben producir para lograr el propósito.

- Como último, tenemos, las actividades: acciones necesarias para la obtención de los resultados deseados, o que sería el ¿cómo lo voy a hacer?, las tareas que se deben de realizar para producir cada componente.

Se realizaron dos árboles, uno de problemas y otro de soluciones. El primero trata del problema, así como determinar sus causas-efectos. El segundo es el árbol de cómo se va a solucionar, los fines que queremos alcanzar para eliminar el problema. Al tener ya determinado el problema, sus causas y efectos, con sus respectivos objetivos, se identificaron los autores del problema, éste puede abarcar desde un rango alto hasta el ciudadano más oprimido de la comunidad e identificar las potencialidades de cada uno. La finalidad de hacer el árbol de problemas y el de objetivos es tener establecido el logro donde queremos llegar y no perder ese enfoque.

### **3.4 Grupos de Trabajo y Estrategias de Solución**

El 22 de enero del 2016 en el domo de Carlos A. Madrazo, siendo las 12 horas, del día se llevó la primera reunión oficial con el comisariado ejidal, el delegado del poblado, el presidente de la junta de vecinos, el responsable del centro de salud de Ucum, el Dr. Gerardo Padilla, así como los habitantes de este lugar con la finalidad de analizar el proyecto en conjunto y dar aviso a toda la comunidad del proyecto en el cual se iba a empezar a invertir. Las personas de la localidad solicitaron que se hiciera un grupo que representara al pueblo para dicho trabajo. Se llevó acabo la integración del comité y se señaló el apoyo por parte del personal de la Secretaria de Salud en los aspectos de prevención de enfermedades o accidente, prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del ser humano, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y de los hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud.

Como segundo punto a tratar, se solicitó de manera colectiva la elección para ocupar cargos de presidente, tesorero, vocal de atención médica, vocal de saneamiento, vocal de nutrición, así como sus respectivos suplentes. La distribución del comité a cargo quedó de la siguiente manera:

**Presidente:** Guillermina Torres Rosales

**Suplente:** María Asunción infante

**Tesorero:** Felicitas Torres

**Suplente:** Minerva Seca

**Vocal atención médica:** Areli Vidal

**Suplente:** María Meza

**Vocal de saneamiento:** Alejandra Mujica

**Suplente:** Flor Perera

**Vocal de nutrición:** Irma Ek

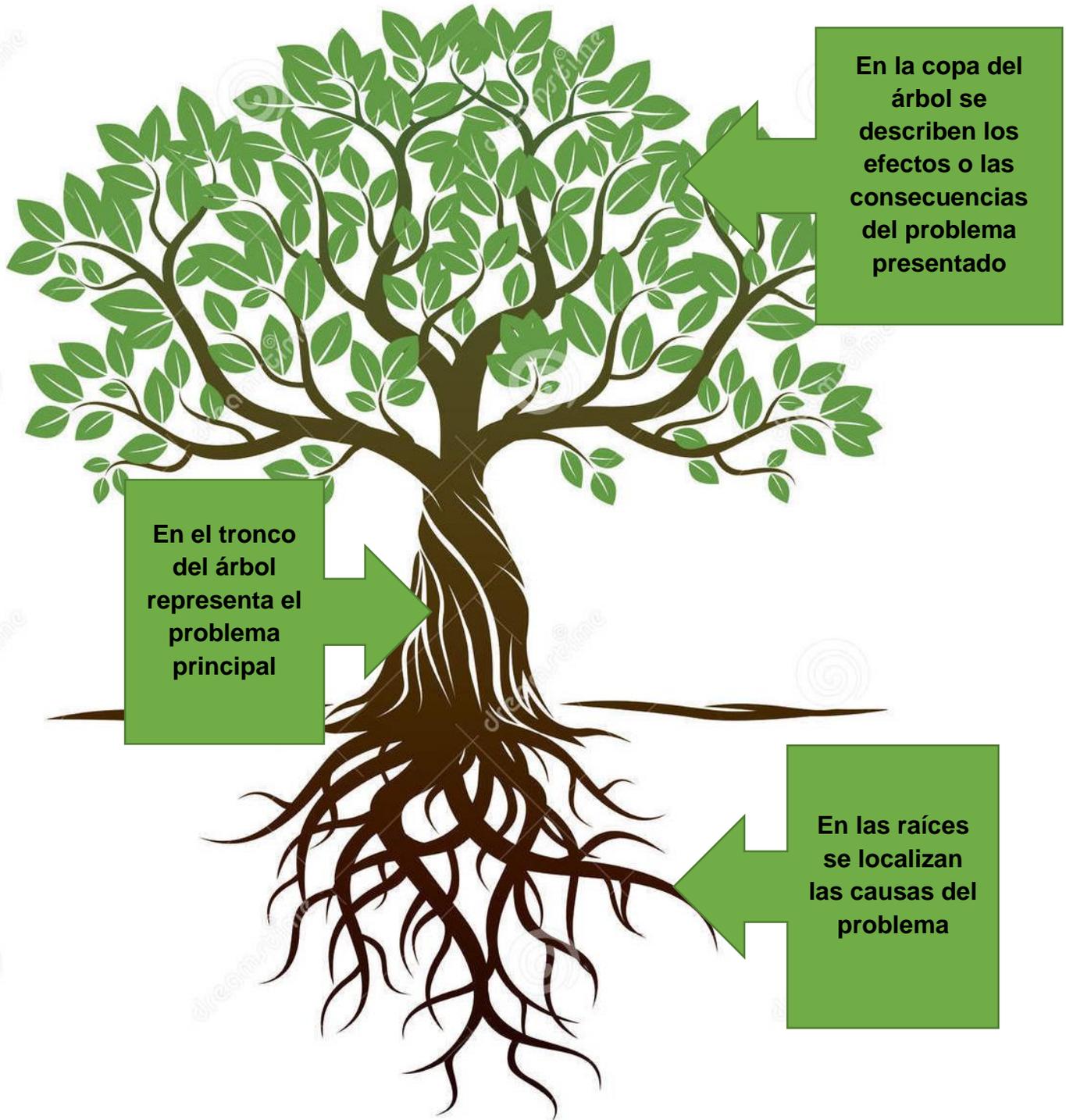
**Suplente:** Leticia Montero

Después de acordar el comité, se decidió que estas personas junto con el doctor estarían desarrollando el proyecto y estarían comunicándole a la comunidad de C.A.M. cada tres meses, sobre los resultados, con la finalidad de ver el avance y concluir de manera urgente la construcción de la casa de salud. Dicha reunión se llevó acabo el 29 de febrero de 2016. Aquí realizamos el árbol de problemas y soluciones a tratar.



**Reunión, de estrategias de solución, 2016.**

## Árbol de Problemas



**Como planteamiento** de los problemas para las mujeres de Carlos A. Madrazo se determinó la falta de un espacio digno de salud, para llevar acabo las acciones de atención médica y dar seguimiento a las molestias de la gente de no acudir al centro de salud de Ucum por la lejanía y la escasez de atención médica.

**Como estrategias** se determinó realizar un proyecto de una construcción de una casa de salud con la participación de la gente de la comunidad.

**Los aspectos que facilitan la solución;** es que ya se cuenta con el área específica desde el 2010 donada por el ejido para la construcción de la infraestructura. Participación de la gente de la comunidad en fajinas, se cuenta con personas dispuestas a apoyar económicamente y con material.

**Aspectos que dificultan la solución;** la desorganización de los grupos de vocales de PROSPERA y de casa de salud, así como la falta de apoyo de las autoridades municipales y la gente del poblado.

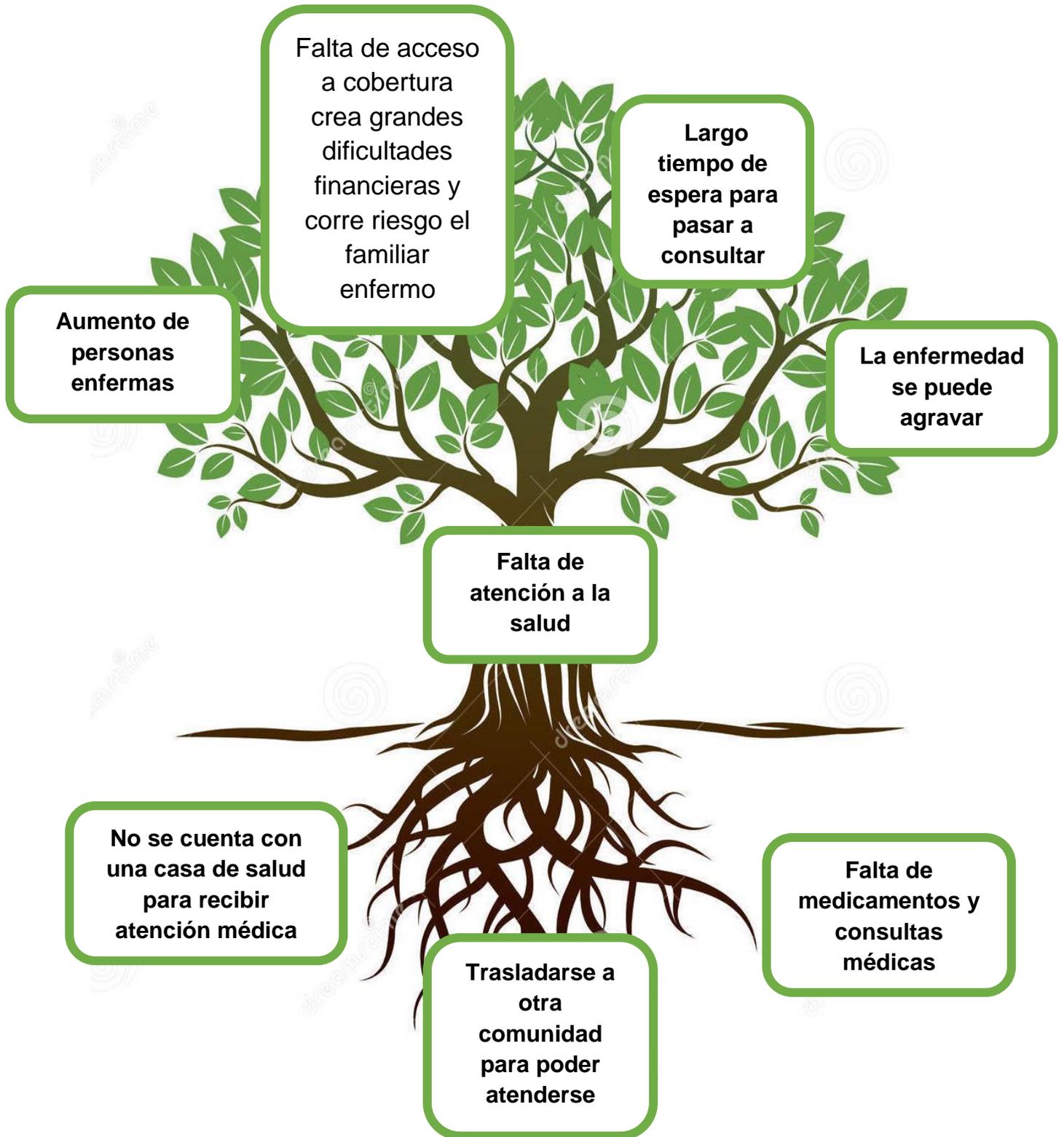
Al determinar el principal problema que atañe a la localidad de Carlos A. Madrazo, se tomaron los siguientes acuerdos:

1.- Realizar el proyecto de la mejora de salud por medio de la construcción de una casa de salud en Madrazo.

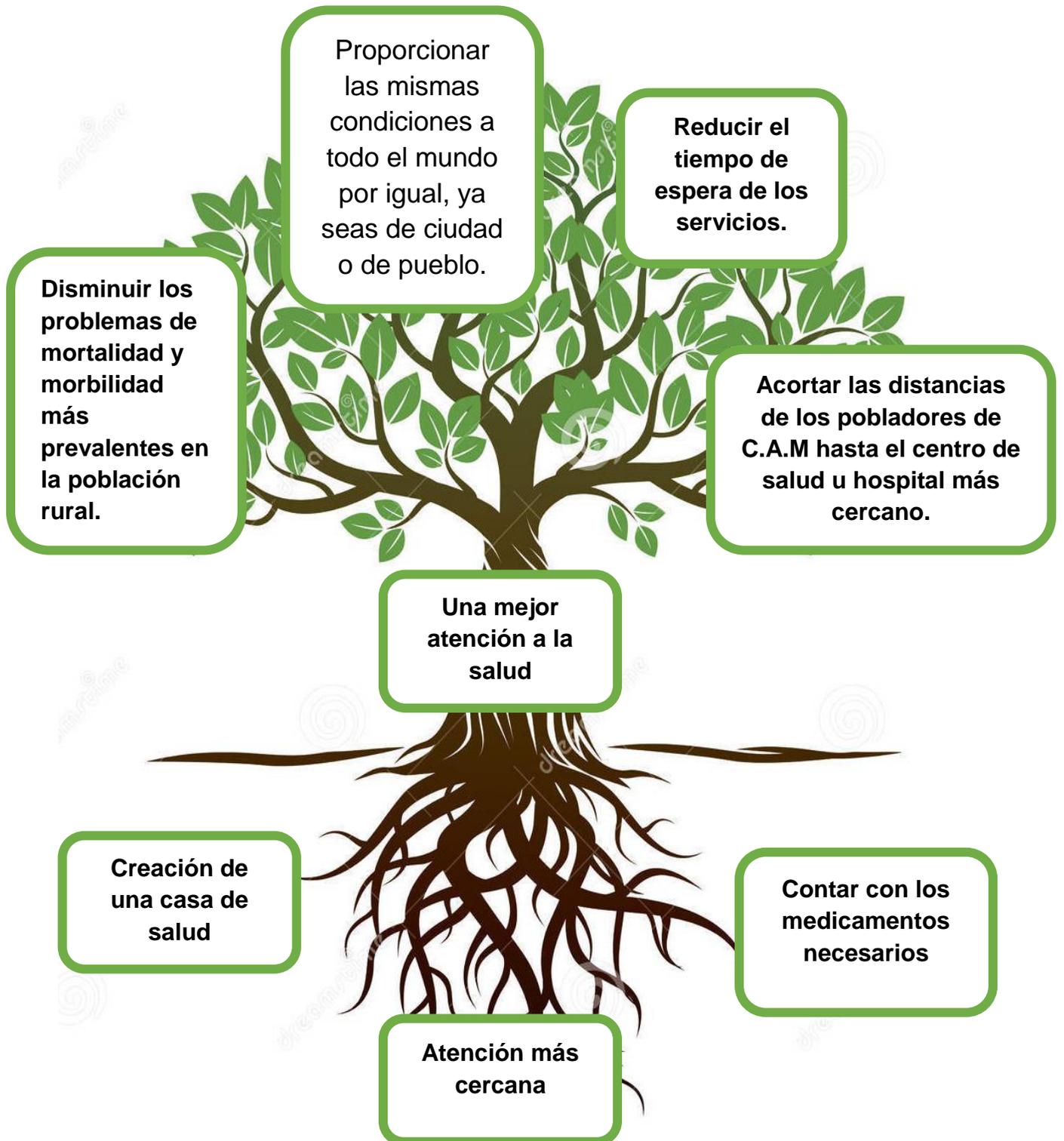
2.- Fajina comunal para chapeo y limpieza de depósitos que acumulen agua, dicho fajina se realizó el día 04 de febrero del 2016 a las 9:00 h.

El tener estos principales puntos, y tener un objetivo claro, facilitó el realizar el árbol de problemas y objetivos:

## Árbol de Problema



## Árbol de Objetivos



### 3.5 Actividades Sanitarias: Formando una Concientización de Prevención de Enfermedades.

Después de que se localizó el problema principal, de no contar con una casa de salud para la atención médica el grupo de mujeres de prospera y en conjunto consideraron que, no solo la casa de salud arreglaría las enfermedades que hoy se padecen en la comunidad, sino que existen otros problemas los cuales atacar para poder todos en conjunto evitar más enfermedades, como:

<b>1º problema secundario</b>	
<b>Problema</b>	Comercios sin verificación
<b>Objetivo</b>	Que los manejadores de alimentos en los comercios cuenten con su tarjeta de salud.
<b>Planeamiento del Problema</b>	Propician la contaminación de los alimentos propagación de enfermedades gastrointestinales.
<b>Estrategias</b>	Tener un censo y registro de comercios, así como solicitar que acudan los inspectores de COFEPRIS.
<b>Aspectos que facilitan la solución</b>	-Tener apoyo de COFEPRIS -Supervisión y evaluación de los comercios.
<b>Aspectos que dificultan la solución</b>	Que no lleguen las supervisiones adecuadas.
<b>Responsables</b>	-Autoridad local -COFEPRIS -Dueños de comercios

<b>2º problema secundario</b>	
<b>Problema</b>	Talleres mecánicos con criaderos de moscos
<b>Objetivo</b>	Sensibilizar a los propietarios de los talleres mecánicos de mantener ordenado y limpio el local.
<b>Planeamiento del problema</b>	Provocan la proliferación de vectores, como el dengue, zika y chikunguya.
<b>Estrategias</b>	Nebulizar cada dos meses los lugares y proporcionar abate
<b>Aspectos que facilitan la solución</b>	-cooperación de los encargados -Visitarlos cada dos meses
<b>Aspectos que dificultan la solución</b>	Que los encargados estén renuentes a limpiar su área de trabajo
<b>Responsables</b>	-Encargados de los talleres -Autoridad local

<b>3er problema secundario</b>	
<b>Problema</b>	Lotes baldíos con maleza y basura
<b>Objetivo</b>	Mantener limpios y desmontados los baldíos
<b>Planeamiento del Problema</b>	Existen un total de 58 lotes baldíos enmontados lo que provoca la proliferación de mosquitos
<b>Estrategias</b>	-Tener un censo de lotes baldíos -Sensibilizar que limpien sus lotes
<b>Aspectos que facilitan la solución</b>	-Que el dueño limpie su terreno y lo baldío -Participar en la eliminación de criaderos.

<b>Aspectos que dificultan la solución</b>	Que el dueño del lote no radique en la comunidad
<b>Responsables</b>	-Dueño del predio -delegado municipal -Comisariado ejidal

<b>4º problema secundario</b>	
<b>Problema</b>	Basura en las calles
<b>Objetivo</b>	Educar a la comunidad que no tire basura
<b>Planeamiento del Problema</b>	Propicien la acumulación de agua para el desarrollo de vectores
<b>Estrategias</b>	-Campaña de no tirar basura -Colocar carteles en los lugares estratégicos -Que en los espacios públicos como parques y canchas deportivas haya contenedores de basura.
<b>Aspectos que facilitan la solución</b>	-Solicitar el programa de cambio basura por alimentos -Campaña de no tirar basura
<b>Aspectos que dificultan la solución</b>	-No contar con suficientes contenedores de basura -Que la comunidad no participe
<b>Responsables</b>	-Comunidad en general -Autoridades locales

El 22 de enero del 2016, cuando se realizó la reunión y se describieron el árbol de problemas y objetivos, así como los problemas secundarios acordó el

comité de prospera y salud, iniciar con las campañas de patio limpio y descacharrización, así como el no tirar basura, esta labor se inició el sábado 23 de enero del 2016. Como primer lugar a limpiar fue el terreno donde estaría ubicada la casa de salud el cual era un terreno baldío. Como se puede observar en la siguiente figura el terreno donde hoy se construye la casa de salud, tenía maleza y basura, lo cual originaba el criadero de mosquitos, causa que origina la epidemia de enfermedades el día de hoy.



**Terreno antes de la fajina, 2016**



**Fajina, terreno para la casa de salud, 2016.**



### **Terreno limpio para iniciar la construcción, 2016.**

Las vocales de PROSPERA, junto con el personal del centro de salud de Ucum, realizaron la limpieza del terreno, chapeando y quemando basura, así como tirando el “cacharro” (fierros ya no utilizables) que se encontraba en dicho terreno, ya que estaba baldío, y el taller que se encuentra a un costado de dicho terreno, ahí colocaban los carros que no servían, fierros viejos y algunos otros carros cañeros lo utilizaban como estacionamientos, para darle mantenimiento a los motores, dejando ahí botellas y aceites de combustible. Sin embargo, con esta campaña se inició la concientización de quitar todo tipo de carro que se encontraran en dicho terreno, así como cualquier otro fierro que guardara el agua depositada por las lluvias.

Para el 30 de enero se realizó la descacharrización en Carlos A. Madrazo, donde participaron todos los hombres y mujeres, aquellos que tenían volquetes los prestaron para acarrear todo el cacharro y otras personas proporcionaron su carreta para la transportación, debido a que eran muchos cacharros por levantar, ya que se tenía tiempo sin realizar este tipo de limpieza.



**Descacharrización, 2016**



**Limpieza de terrenos con maleza, 2016**

Después de limpiar los terrenos baldíos, desmontarlos y tenerlos libres de basura, así como la implementación de decacharrización, se optó por realizar como último punto la fumigación, con la finalidad de acabar con todo aquel

mosquito que quedara después de la limpieza general en la comunidad de Carlos A. Madrazo. Dicha fumigación se dio por todo el pueblo por parte de los servicios estatales de salud.



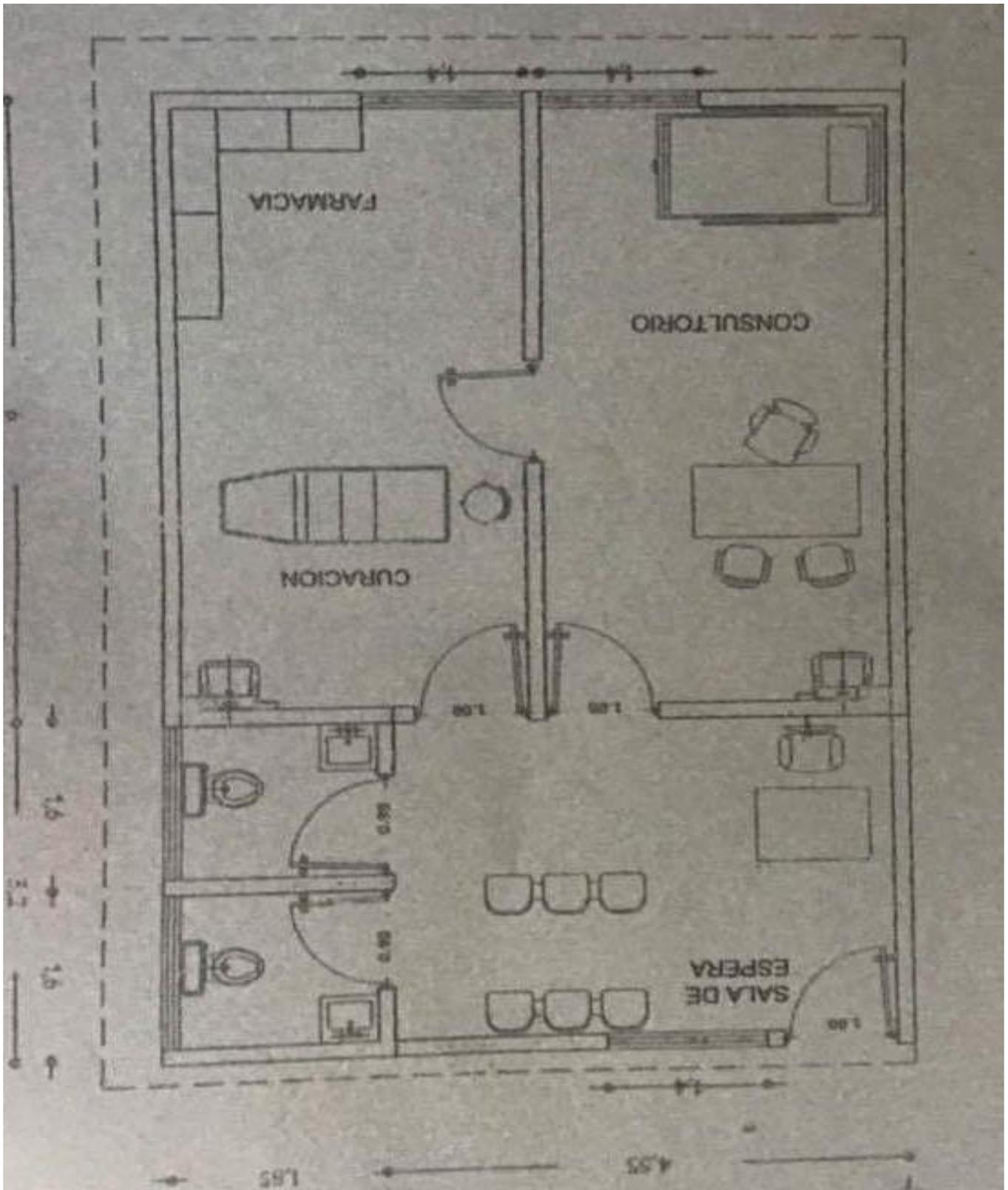
**Fumigación, 2016.**

Al terminar de realizar todas estas actividades y contar con una comunidad limpia, los pobladores dieron paso a realizar el proyecto de la casa de salud. solicitando apoyo de manera monetaria, así como en aportación de material y mano de obra, con la finalidad de iniciar con la construcción del edificio.

### **3.6 Datos recabados para iniciar con la casa de salud**

Se bien se consideraba difícil iniciar la obra, más porque aún no se contaba con recurso ni con el croquis de la casa de salud. Sofía Saucedo pidió ayuda a un

joven ingeniero civil, con nombre Alfredo Montero, para que dibujara el croquis de cómo iba a quedar la casa de salud, para con ello iniciar ya con la infraestructura.



Croquis, casa de salud de Carlos A. Madrazo (Montero, 2016).

Al contar con el croquis de la casa de salud, necesitaban iniciar con la excavación para el cimiento, así como dinero para el material, por lo que algunas mujeres que cuenta con el apoyo de PROSPERA, recordaron que hace unos años, a todas se les pidió una cooperación de cien pesos, esta se daría en cada pago del programa, en ese entonces Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, porque se iba a iniciar con esta casa de salud, sin embargo, nunca se realizó. Por lo que hoy las señoras le solicitaron a doña Laura Torres (en ese entonces presidenta del proyecto, Casa de salud) que les devolviera el dinero, que habían dado, se inició así la construcción con la cantidad de \$10,000.00.

De igual manera se acude a la casa de la señora Laura Torres, donde proporciona el oficio de la recepción de material e instrumental recibido el 8 de mayo del 2008, por la señora Asencion Infante, en ese entonces delegada de Carlos A. Madrazo. Lista de material:

- 1- estuche diagnóstico
- 1- báscula pediátrica
- 1- báscula de estadiómetro (que se encuentra en la escuela primaria)
- 1- termómetro digital
- 1- estetoscopio
- 1- equipo de curación
- 1- cuna chelons

Lo cual se acordó que este material, será entregado cuando la construcción de la casa de salud haya concluida. Se cuenta de igual manera con 1,000 block que fueron donados por el gobierno municipal, con un oficio que el grupo de mujeres de PROSPERA solicito.



**Entrega de block, 2016.**

**Carga de block, 2016**



Los blocks fueron bajados en la casa de la señora Sofía Saucedo, ya que si se depositaban en el lugar de la obra se corría el riesgo de que se los robaran. Al ya contar con los mil blocks por parte del gobierno, así como cementos y albañiles disponibles para cooperar con mano de obra. Se procedió a la organización de acomodar a los grupos de mujeres y hombres que trabajarían cada domingo para que se diera inicio a la construcción de la casa de salud.

### **3.7 Solución del Problema**

Al contar con todas las actividades previamente propuestas sobre limpieza, descacharrización y lotes sin maleza, se inicia con la marcación de donde será la casa de salud.



**Marcación de la casa de salud, 2016**



### **Conclusión de la marcación de la casa de salud, 2016.**

El ingeniero Alfredo Montero, fue quien realizó de manera gratuita el croquis de la casa de salud, así como ilustrar al señor Vela y otros compañeros a realizar la marcación con cal, de lo que sería la casa de salud, así como especificando con varillas donde quedarán los castillos que sostendrán la construcción.

Al concluir con el primer paso de la marcación de la casa de salud, se procedió a la excavación en el trazado del croquis, para lo que sería el cimiento de la construcción. Esta se realizó por parte de; Juan Velázquez, Miguel Machucho y Héctor Vela



**Excavación, 2016.**



**Continuación de la excavación, 2016.**

La excavación se realizó durante cuatro días, ya que se hacía en el tiempo libre que los albañiles tenían. La casa de salud se inició y se sigue construyendo con mano de obra gratuitamente proporcionada, por los albañiles, por parte de algunos esposos de las mujeres que cuentan con el programa PROSPERA (aun cuando éstos no sean albañiles), así como algunos jóvenes que se solidarizaron para apoyar.

Mientras unos señores excavaban el delegado cortaba el alambIÓN que se utilizó para hacer el armado con la varilla, el cual se usó para hacer la cadena de desplante, así como la cadena de cerramiento y los castillos. Dicho alambIÓN fue otorgado por el delegado.



**Corte de alambión, 2016.**



**Excavación concluida, 2016.**

Al ver los ciudadanos del pueblo que realmente se estaba trabajando con la construcción de la casa de salud decidieron dar su aportación, el comisariado dio un viaje de polvo y grava, el delegado dio varilla, y algunas otras personas dieron su apoyo de manera económica.

A	B	C	D	E	
NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO	QNA 1 020216	QNA 2 130216	QNA 3
REY	SANCHEZ	LOPEZ	\$100	\$100	
DAVID	ARAGON	CARDENAS	\$100	\$100	
GABRIELA	CRUZ	MARTINEZ	\$100		
ANDRES	SEVILLA	NAJERA	\$100	\$100	
RICARDO	PIMENTEL	HERNANDEZ	\$100	\$100	
SILVIA	CEBALLOS	AVILA	\$100		
SULMA	IXTEPAN	MEDINA	\$100	\$100	
MA. CONCEPCION	SEGURA	CHAN	\$100	\$100	
GUADALUPE	SANCHEZ	LOPEZ	\$100	\$100	
GILDARDO	DE LA CRUZ	GARCIA	\$100		
TERESA	SALGADO	CRUZ	\$100		
GASTON	DIAZ	RODRIGUEZ	\$100	\$100	
LEONARDO	ESPINOZA	LOPEZ	\$50		
LORENZO	IXTEPAN	MEDINA	\$50	\$150	
MONICA IVON	CRUZ	CANSECO	\$100	\$100	
ABIGAIL TALIA	AMADOR	FIGUEROA	\$100	\$100	
MA. ELEAZAR	SALGADO	HERNANDEZ	\$100		
MARTHA	DURAN	FRANCO	\$100		
VALDEMAR	XOOL	COOX	\$100		
ANTONINO F.	CASTAÑEDA	TEJEDILLO	\$100	\$100	
GERARDO	PADILLA	BELTRAN	\$100	\$100	
DANIEL	LOPEZ	NAVARRO	\$100		
MIGUEL A.	FERRAL	MEDRANO	\$100		
OSCAR	RAMIREZ	MATA	\$100	\$100	
ANA LUISA	PATRACA	ESCAMILLA	\$100	\$100	
LESLI	MIS	AVILA	\$100	\$100	
VICTORIANO	GUZMAN	MENDOZA	\$100	\$100	
ROSA MA.	ORTIZ	TUT	\$100	\$100	
MARCO A.	CIMA	BAEZ	\$100		
ANSELMO	CALCANEO	RAMIREZ	\$100		
NEOFITA	HERNANDEZ	james	\$100		
ALMA	SANCHEZ	MAGAÑA	\$100	\$100	

**Lista de apoyo monetario, 2016 (Dr. Gerardo Padilla)**

El 28 de febrero del 2016 donde se encuentra hoy la construcción de la casa de salud, a las nueve de la mañana, en presencia de las autoridades, como el comisariado ejidal, el delegado del pueblo, servicios estatales de salud, así como los pobladores de la comunidad, se hizo la colocación de la primera piedra para la edificación de la casa de salud. Al colocarse la piedra se dio un discurso por parte del comisariado ejidal; Juan Azael Silveira Mayen, el delegado en ese

entonces, Javier Juárez Ponce y el doctor Gerardo Padilla Beltrán, así como la presidenta del grupo de salud y PROSPERA.



**Palabras alusivas por el comisariado ejidal, 2016.**



**Discurso por parte delegado, Javier Juárez, 2016.**

Al terminar de desarrollar cada uno su discurso, así como el doctor y las mujeres del grupo de salud y PROSPERA, se procedió a poner la primera piedra para así dar inicio a los que es la nueva casa de salud la cual se considera, asegurará el bienestar de las familias de Carlos A. Madrazo y una seguridad en la salud de cada uno de ellos.



**Colocación de la primera piedra por parte del comisariado ejidal, 2016.**



**Colocación de la piedra por parte del doctor del centro de salud de Ucum, 2016.**

De esta manera se da inicio para comenzar con la mampostería de lo que será la casa de salud. Después de inaugurar la construcción, se realizó una pequeña reunión, primero como festejo de que ya se está realizando el centro de atención a la salud y segundo para que todos como comunidad convivieran, estando así conscientes de que todos son un grupo. Buscando así el mismo fin y eliminando cualquier discusión que en algún momento se hubiese tenido.



**Mujeres de PROSPERA y comité de salud otorgando platillos de comida a los que asistieron a lo colocación de la primera piedra, 2016.**



**Convivio por la primera colocación de la piedra, casa de salud, 2016.**

El 18 de marzo del 2016, se concluye la mampostería para lo que será la casa de salud, así como la cadena de desplante que va entre la mampostería y el block.



**Mampostería concluida, 2016.**



**Cimentación concluida, 2016.**

Durante este periodo, las mujeres del grupo de salud y prospera permanecieron en vigilancia de que se hiciera el trabajo debido, así también fue la supervisión por parte del doctor del centro de salud de Ucum. Para poder proceder ya con el pegado del block, primero tuvieron que rellenar con tierra las divisiones que tendrá la casa de salud. Para ello se solicitó la ayuda del señor Francisco Reyna, para que, con su retroexcavadora, pudiera rellenar las divisiones de la casa de salud.

Mientras el señor Reyna pasaba la tierra a las divisiones solicitadas, la señora Sofía Saucedo junto con su esposo, aplanaban la tierra. La tierra fue tomada de la excavación que hicieron, donde está la mampostería de piedra de la construcción.



**Rellenos de espacios, 2016.**



**Sofía (la señora de falda verde) representante del Comité PROSPERA.**

Cuando se estaba trabajando en el relleno, la señora Maudemia Diaz, se presentó con una camioneta llena de blocks, “son blocks que tenía en mi casa y con esto quiero dar una aportación”, (Maudemia, 2016), después de estas palabras la señora pidió a sus nietos que por favor bajaran el block y lo depositaron a lado de lo que es la construcción.



**Aportación de block por la señora Maudemia, 2016.**

El 18 de mayo del 2016 dando las 7:00 am la señora Sofía, Catalina, Miguelina y Carlos (hijo de doña Sofía), fueron a casa de los albañiles, de don Joaquín, Oscar Bak y un joven estudiante llamado Carlos, para pedirles apoyo para empezar a pegar el block. Después de la búsqueda, a las 9:00 am llegaron las señoras con los trabajadores. A las 9:30 am llegó la señora Herendira con su esposo (que es albañil) y uno de los que también han apoyado desde el inicio de la construcción.



**Colocación de los primeros blocks, 2016.**



**Primeras dos paredes, pegado de block, 2016.**

Con ello empezaron las controversias, porque el comité de PROSPERA empezó a trabajar el pegado del block y el comité de salud no se presentaba a trabajar. Sin embargo, la señora Minerva (del comité de salud) dijo; “es cierto que nosotros no hemos venido a trabajar, pero las personas que han estado apoyando son católicos (la señora Minerva también es de la religión católica)” (Minerva, 2016), a lo que consideró como si ella también estuviera trabajando con el apoyo que dan los otros creyentes de su misma religión.

Lo que llevó a un debate mayor entre los dos grupos, porque un grupo no trabajaba y el otro sí, así como el que se decía que el grupo de salud tomaba el dinero que las personas del pueblo le daban como apoyo. El problema llegó a oídos del Dr. Gerardo, lo cual decidió hacer una reunión y en la cual una servidora, realizó un taller de “trabajo en equipo” para que las señoras de ambos comités hicieran conciencia y concluyeran la obra que se ha iniciado con tanto esfuerzo.



**Reunión-taller “Trabajo en equipo”, 2016.**

El 7 de junio de 2016 se llevó a cabo el taller “Trabajo en equipo” en el comedor comunitario del poblado de Carlos A. Madrazo. Dicho taller consistió en demostrar con pasos, al comité de PROSPERA y de salud como se trabaja en equipo para llegar a un fin común. De igual manera se les hizo concientizar a las personas con mayor cargo (me refiero a las presidentas de cada comité) para que pusieran el ejemplo y trabajaran de la manera más correcta posible, así como centrar a su grupo en la prioridad de la meta, trabajando en equipo y no mezclar y no mezclar asuntos personales o religiosos.

Parecía que el mensaje se había entendido, pero el disgusto entre un grupo hacia el otro seguía presente. A lo que se derivó que se hiciera un tipo terapia, donde dijeran sus disgustos, así como la inconformidad que se han tenido. Empero, la discusión no cesó ya que todas consideraban tener la razón. Al final decidieron que solo un grupo se quedara trabajando para evitar problemas futuros de mayor grado. El viernes 9 de junio, se hizo una reunión en todo el pueblo para acordar que grupo se quedara trabajando en la construcción de la casa de salud.

Al dar cada grupo su discurso, así como sus gastos y aportaciones, la comunidad en general decidió que el comité de prospera fuera que siguiera la construcción de la casa de salud.

El terminar de pegar el block, fue complicado para el comité de PROSPERA, ya que los albañiles ya no podían seguir colaborando, debido a que algunos tuvieron que salir a trabajar fuera del pueblo y otros empezaron obras de construcción. Algunos aportaron su ayuda los domingos, pero solo durante medio día, así se llevaron cuatro domingos más, pero la construcción de la casa de salud se fue levantando.



**Reunión para restablecer el grupo de trabajo, 2016.**



**Seguimiento del pegado del block, 2016.**

El quince de julio de 2016 se reunieron el comité de PROSPERA para echar los castillos. Para poder realizar dicho relleno el señor Juan presto su revolvedora, cuan la cual facilito hacer la mezcla para los castillos. A escases de señores para echar los castillos, las señoras del comité de optaron por ser ellas las que transportaran la mezcla.

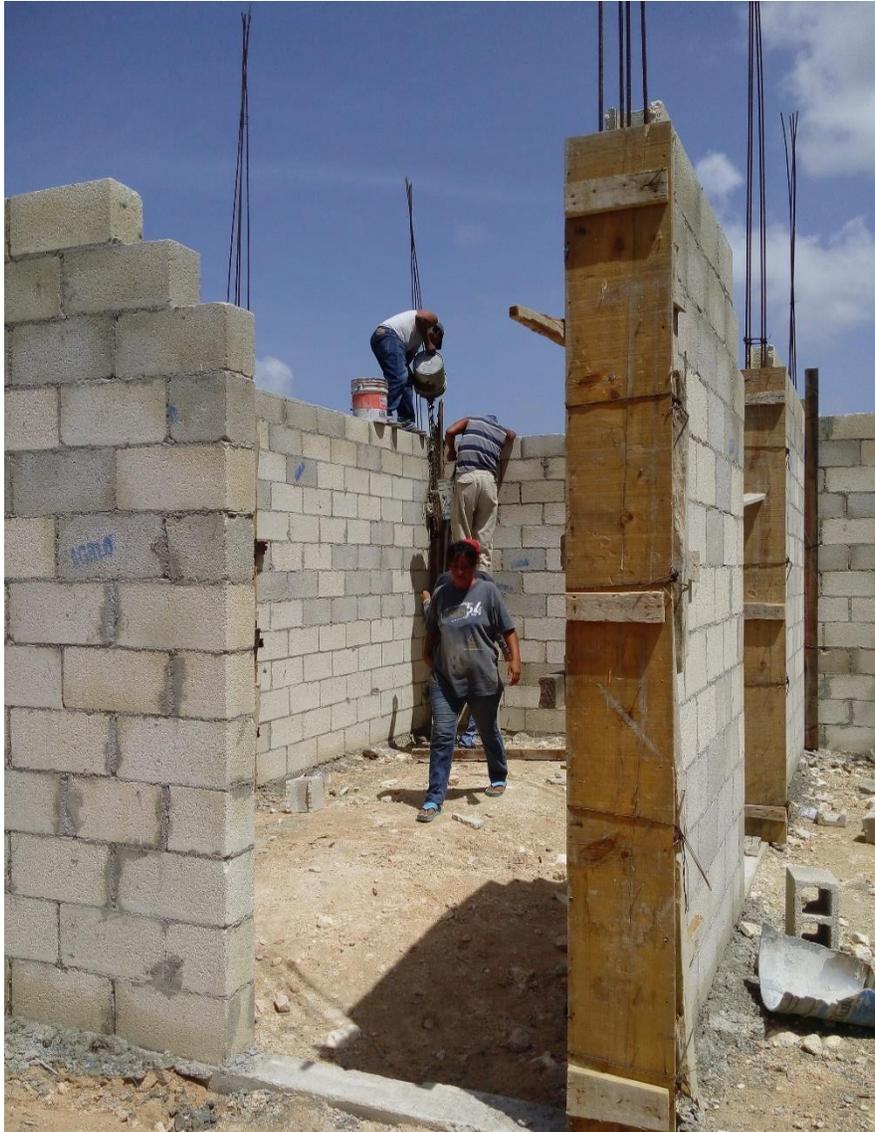


**Mezcla para el relleno de castillos de la casa de salud, 2016.**

El proceso de relleno se realizó de ocho de la mañana a once de la mañana, debido a que eran las mujeres las que transportaban la mezcla y se les hacía algo pesado seguir la labor hasta concluir con el llenado.



**La señora Miguelina trasportando mezcla para los castillos, 2016.**



**Castillos en relleno, 2016.**

Durante el descanso, realizado desde las once de la mañana a una de la tarde, la señora Roselia Reyna, comunico que deseaba dar su apoyo, por lo que les quería dar una olla con comida mientras descansaba, así como proporcionarles refresco con respectivos vasos. Expresando de igual manera que cuando hicieran la loza ella podía poner la comida para todo aquel que apoyara durante el colado.



**Hora de descanso y alimentación para continuar en la obra, 2016.**

Al concluir el día, siendo las siete de la tarde, se terminó el llenado de los castillos de la casa de salud. Para el 24 de julio, los castillos en ser concreado fueron retiradas las tablas que los cubrían. La construcción de la loza se aplazó durante tres meses ya que el cemento con el que se realizaría sería donado por el comisariado ejidal, y pidió que se le diera unos meses para poderles dar dicho apoyo.

Hoy la casa de salud la podemos encontrar con esta fachada que se presenta en la siguiente imagen. Debido a que, en diciembre del 2016, se hizo el cambio de delegado, lo que procedo a que toda documentación, de quejas, proyectos, apoyos suscitados en la comunidad tienen que terminar de ser registrados en el palacio municipal, así como como traspasarse al nuevo

delegado. Lo cual interfiere para que la construcción se siguiera realizando. Están a espera que el nuevo delegado termine todo papeleo con el delegado pasado para poder volver a registrar al grupo de prospera e iniciar con la conclusión de la casa de salud.



**Construcción de la casa de salud, a esperas de reanudar el permiso para seguir trabajando, (Ada Tome, 2017),**

“La obra de la casa de salud solo está parada, mas no se dejará en el olvido, y se cumplirá con el propósito que todas tenemos” (Sofía, 2017). Dicho por la señora Sofía Saucedo, que está en lucha con el señor delegado para que le dé un oficio y puedan seguir con la construcción. Pero el objetivo es terminarla para que todos puedan tener una atención médica más cercana.

## **Conclusiones**

Realizar un trabajo de investigación consiste primordialmente en ayudar a otro o dar solución a algún problema para mejorar las condiciones de vida de las personas que se ven afectadas por tal dificultad.

Esta investigación que presento tuvo la finalidad de crear una casa de salud, para que los habitantes de la comunidad de Carlos A. Madrazo no se siguieran viendo afectados en su salud. Durante el proceso de creación puedo decir que hubo experiencias buenas y malas, así como aprendizaje.

Basado en las buenas experiencias.

## Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1986). *Antropología Médica*. Ediciones de la casa chata, Tlalpan, México.
- Alsina, Rodrigo Miguel (1997). *Elementos para una Comunicación Intercultural*. Fundación CIDOB. Afers Internacionals, núm. 36, pp. 11-21.
- Arciga Cornejo, Jorge (2016). Aportes de información: como se fundó Carlos A. Madrazo.
- Arrubarrena Aragón, Víctor Manuel (2011). *La Relación médico-paciente*. Academia mexicana de cirugía.
- Asociación Mexicana de Diabetes (2016). *¿Qué es la diabetes?, información sobre diabetes*. Recuperado de <http://amdiabetes.org/informacion-sobre-diabetes>
- Biblioteca Virtual de Pueblos mágicos (2016). *Medicina tradicional*. Bolivia. Recuperado de <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=3>
- Borge Angulo, R. (2016). *Plan Quintana Roo 2011-2016, salud para todos*. Recuperado de [http://www.iqm.gob.mx/portal/Documentos\\_PDF/Plan\\_Qroo\\_2011\\_2016.pdf](http://www.iqm.gob.mx/portal/Documentos_PDF/Plan_Qroo_2011_2016.pdf)
- Cam Basics (2011). *¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?* Recuperado de <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>
- Cardoso Gómez, Marco Antonio; Pascual Ayala, Rafael; Serrano Sánchez, Carlos; Huicochea Gómez, Laura (2008). *Medicina Tradicional y la Medicina basada en la Evidencia. El caso de un Huesero de dos comunidades Afromestizas de Veracruz, México*. UNAM.

[www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/download/18220/pdf](http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/download/18220/pdf)  
408

Careaga Viliesid, Lorena, Higuera Bonfil, Antonio, (2011). *Quintana Roo, Historia Breve*. Fondo de la Cultura Económica, México.

Cuídate Plus (lunes 14 de marzo, 2016). *Virus Zika*. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/viajero/infeccion-virus-zika.html> visto el 1 de octubre del 2016, a las 11:00 horas.

Duque-Páramo, María Claudia (2007). *Cultura y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades*. Bogotá, Colombia.

Eder, Karin y García, María (2003), *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. ASECSA, 2da edición. Guatemala.

Fajardo Ortiz, Guillermo (2004). *Historia de la atención a la salud en el estado de Quintana Roo durante el siglo XX. Historia y Filosofía de la Medicina. Anales médicos, Hospital AC*. Enero-marzo. 2004. Vol. 49, Num. 1.

Fierros Hernández, Arturo (2014). *Historia y filosofía de la medicina. Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)*. Gaceta Médica de México.

Flores Guerrero, Rodrigo (2004). *Salud, Enfermedad y Muerte: Lectura desde la Antropología Sociocultural*. Revista Madrid, N° 10. Recuperado de <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper03.pdf>

Frazer, James. (1993). *La Rama Dorada: Magia y Religión*. México. Fondo de Cultura Económica.

Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola (2006). *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. Desacatos, núm. 20, enero-junio. México.

Giaconi G. Juan (1994). *Desafíos de la salud Pública*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 23 N°. 1. Revista Boletín de la Escuela de Medicina. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/SaludPublica/DesafiosSalud.html>

Graciela Freyermuth y Paola Sesia (2006). *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. En *Desacatos 20, revista de antropología social (enero-abril 2006)*. Antropología Médica: Visiones contemporáneas. Revista cuatrimestral, México.

Infante, Asunción (2016). *Historia breve de la lucha de las mujeres por tener un área de trabajo*.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006). *Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud Indígena y derechos humanos Manual de Contenidos*. Unidad de Información y de Servicio Editorial del IIDH. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>

Leal Quevedo, Francisco J. (2003). *La palabra y el silencio en la comunicación médico-paciente*. Colombia.

Linton Ralph (1945). *Cultura y personalidad*. Fondo de Cultura Económica, México.

Bronfman, Mario. (2003). *Centro regional de investigaciones multidisciplinarias*, México. UNAM.

Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos editorial, Barcelona, España

Maudemia (2016). Razón de la aportación de los blocks que dono para la casa de salud.

- Mayas sin Fronteras (2016). *Quintana Roo: Prevención, la mejor Medida Contra el Dengue, Zika y Chikungunya: Roberto Borge*. Recuperado de <http://www.mayasinfronteras.org/2016/09/quintana-roo-prevencion-la-mejor-medida-contr-el-dengue-zika-y-chikungunya-roberto-borge/>
- Menéndez, Eduardo, (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata, México.
- Menéndez L. Eduardo y di Pardo B. Renée (2006). *Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. En Desacatos 20, revista de antropología social (Enero-Abril 2006)*. Antropología Médica: Visiones contemporáneas. Revista cuatrimestral, México.
- Minerva (2016). Opinión sobre las personas que donaron para la creación de la casa de salud.
- Modena, María Eugenia (1990). *Las bases materiales para la salud en Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Editorial la Casa Chata, México.
- Novedades Quintana Roo (2015a). *Ataque Frontal contra el Chikungunya en el Sur de Quintana Roo*. Recuperado de <http://sipse.com/novedades/mega-campana-nebulizacion-chikungunya-haz-que-huya-dengue-sesa-quintana-roo-178838.html>
- Novedades de Quintana Roo (2015b). *Arranca con el pie derecho la zafra 2015-2015 en Quintana Roo*. Recuperado de <https://sipse.com/novedades/inicio-de-la-zafra-menores-de-edad-cana-caneros-molienda-ingenio-san-rafael-quintana-roo-182250.html>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Park Peter, (1989). *¿Qué es la investigación acción participativa, perspectivas teóricas y metodológicas?*, en “La investigación Acción participativa, Inicios

y Desarrollos”, María Cristina Salazar (2006) coordinadora. Editorial laboratorio educativo, Madrid.

Pérez Tapia, Raymundo (2013). *De territorio a Estado: La creación del Estado de Quintana Roo*. Recuperado de <http://identidadesmexico.com/2013/02/de-territorio-a-estado-la-creacion-del-estado-de-quintana-roo/>

Pizza, Giovanni (2005). *Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona*. Universidad de Perugia.

*Plan Gran Visión Quintana Roo (2000). Avances al 2005*. Recuperado de <http://sede.qroo.gob.mx/portal/descargas/2000-2025.pdf>, visto el 18 de noviembre del 2016, a las 9:00 horas.

Poot, Paulino (2015). *Origen de Carlos A. Madrazo, durante la creación de Quintana Roo como estado libre*. (Entrevista)

PueblosAmerica. Com, (2016). Fotos satelitales de Carlos A. Madrazo, en <http://mexico.pueblosamerica.com/fotos-satelitales/carlos-a-madrazo-2>

Reyna Reyes, Santos (2017). Anécdota de Carlos A. Madrazo, sucesos emblemáticos.

Ruiz, Adriana (2003). *La Construcción de la Interculturalidad: una experiencia personal*. México.

Salud (s. f.) *El Sistema de Salud mexicano, una Historia de casi 60 años*.

Recuperado de

[http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)

revisado en noviembre de 2016, a las 14:20 horas.

Secretaría de Salud (2016). *Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes Quintana Roo*. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODQuintanaRoo.pdf> visto el 30 de septiembre 2016, a las 13:00 horas.

Seguro Popular (2016). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Comunicación y Participación Social Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*. Recuperado de [http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform\\_adicional/InfoGralSP.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf), visto el 18 de noviembre del 2016, a las 12:00 horas.

Sofía Saucedo (2017). Conversación sobre el seguimiento de la construcción de la casa de salud.

Thompson B. John (2002). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. UAM-X, México: 183- 202.

Torres Paradas, Salvador (2016). Comunicación de cómo se distribuyeron las tierras para los fundadores.

UNAM (2016). *Constitución política de los estados unidos mexicanos*. Recuperado de [www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx)

## **Nota Editorial**

La Revista digital *Vita et Tempus* de la Universidad de Quintana Roo diseñada como un espacio de encuentro desde las humanidades, la historia, la literatura, la filosofía, las ciencias sociales, sobre México, el mundo, desde los estudios interculturales, lengua maya, los estudios sobre la lengua latina y la cultura clásica en nuestro territorio, hace cordial invitación a la comunidad de investigadores, profesores, estudiantes de posgrado y licenciados a participar en la presente revista, con la finalidad de divulgar artículos inéditos, reseñas de libros y obras relacionados a las siguientes temáticas:

Historia:

Ciencia durante la Colonia Española, siglos XVII-XVIII.

Economía regional durante el Porfiriato.

Filosofía:

Filosofía y la participación ciudadana en la democracia.

Replanteamientos de la ética desde Auschwitz.

Interculturalidad:

Los desafíos actuales de la interculturalidad en las políticas educativas de México y de Latinoamérica.

Mujeres indígenas y migración en México.

Latín:

La enseñanza del latín en la Colonia Española en la historia de México, con especial atención a Quintana Roo y la tradición clásica en México.

Literatura:

Temas sobre teoría de la literatura.

La literatura como medio de desarrollo educativo.

Arte y Cultura:

La globalización en el arte.

Arte y neopaganismo.

Reseñas de libros

## **Normas Editoriales**

Los manuscritos deberán constar de una extensión de 15 a 30 cuartillas y de las reseñas de 5 a 7 cuartillas, en el que se incluirá un resumen de quince líneas, seis palabras clave en español e inglés, un campo de datos personales que se basará en una síntesis curricular del autor o autores con el grado académico, especialidad, institución de procedencia, correo electrónico y teléfonos de contacto.

Los artículos deberán enviarse en formato \*.doc en Arial a 12 puntos, espaciado a 1.5 y las citas de pie de página a 10 puntos. Elementos adicionados como gráficas y tablas serán enviados por separado en las plataformas de Excel o Word, y las fotografías e imágenes serán recibidas también por separado en la resolución mínima de 300 dpi (\*.jpg o \*.tiff). El autor tendrá que señalar la ubicación del material adicional para su inserción en el texto. Si estos complementos no son originales deberán indicar la fuente de procedencia. Las referencias bibliográficas y hemerográficas deberán señalar el apellido del autor, año de la publicación, y las hojas citadas en el texto, ejemplo:

(Matos y Lujan, 2012: 19)

Las referencias de archivo deberán citarse en nota de pie de página, ejemplos:

AGN, *Indiferente Virreinal*, caja, 12, exp. 20, fs. 12r.

AGN, *Inquisición*, vol. 390, fs. 120v.

Al final del texto el autor aludirá todas las referencias citadas incluyendo sólo el nombre completo de las siglas de archivo:

## Bibliografía

Loyo, Engracia, “La difusión del marxismo y la educación socialista en México, 1930-1940”, en *Cincuenta años de historia en México*, vol. 2, COLMEX, México, 1991.

Matos Moctezuma, Eduardo y Leonardo López Luján, *Escultura monumental Mexica*, Fondo de Cultura Económica, México, 2012.

## Hemerografía:

Valencia Rivera, Rogelio y Octavio Q. Esparza Olguín, “La conformación política de Calakmul durante el Clásico Temprano”, en *Arqueología Mexicana*, núm. 133, 2014, pp. 36-40.

## Referencias electrónicas:

Devesa, Patricia. “Teatro comunitario. Resistencia y transformación social por Marcela Bidegain”, La revista del CCC, mayo / agosto 2008, n° 3. Actualizado: 2008-10-16 Disponible en: <http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/61/> [Acceso 30 de noviembre 2014].

## Archivos consultados

AGN, Archivo General de la Nación, México.

Todos los trabajos serán dictaminado por un comité “a ciego”, por pares internos o externos según sea el caso, los trabajos pueden ser enviados a [vitaettempus2016@gmail.com](mailto:vitaettempus2016@gmail.com)

Facebook: [vitaettempus](#)

Twitter: [@vitatempus](#)