



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y  
ESTUDIOS SUPERIORES EN  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

---

---

**Los talleres de educación para la salud  
del Programa Oportunidades en  
contextos indígenas: experiencias,  
saberes, discursos y prácticas del  
personal de salud en Santa María  
Chilchotla**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

**MAESTRIA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A

**AITZA MIROSLABA CALIXTO ROJAS**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. PAOLA SESIA ARCOZZI

DICTAMINADORES:

Dra. Graciela Freyermuth Enciso  
Dra. Mirna Liliana Cruz Ramos  
Dr. Salvador Sigüenza Orozco

OAXACA, OAXACA. FEBRERO DE 2014



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS  
SUPERIORES**

**EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL UNIDAD  
PACIFICO SUR**



**CENTROS PÚBLICOS  
CONACYT**

## **PÁGINA DE FIRMAS**

El presente comité y jurado evaluador ha decidido aprobar, como parte de los requisitos para optar al grado de Maestra en Antropología Social, la tesis: **“Los talleres de educación para la salud del Programa Oportunidades en contextos indígenas: experiencias, saberes, discursos y prácticas del personal de salud en Santa María Chilchotla”** presentada por: **Aitza Miroslaba Calixto Rojas**.

Dra. Graciela Freyermuth Enciso  
Profesora investigadora  
CIESAS Sureste

Dra. Mirna Liliana Cruz Ramos  
Profesora investigadora  
Facultad de Medicina y Cirugía UABJO

Dr. Salvador Sigüenza Orozco  
Profesor investigador  
CIESAS Pacífico Sur

Dra. Paola Sesia Arcozzi  
Profesora investigadora  
CIESAS Pacífico Sur

Fecha: 27 de febrero de 2014

## Agradecimientos

Gracias a las personas que me compartieron sus experiencias e historias y cuyas vidas me permití interpretar desde mis propios referentes a lo largo de estas páginas.

A Paola Sesia que con su paciencia, inteligencia y apoyo me acompañó en este largo proceso. A Graciela, Salvador y Mirna por sus atinadas observaciones y por el tiempo invertido en la lectura de este texto.

A todas y todos los que con su amor, apoyo incondicional y paciencia compartieron conmigo mi acercamiento a la antropología.

Al Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por financiar con una beca esta etapa de mi formación académica.

# Resumen

Esta investigación se aproxima a las experiencias, discursos y prácticas del personal de salud de cuatro comunidades del municipio mazateco de Santa María Chilchotla con la finalidad de analizar su posicionamiento y modalidades de participación y didáctica en relación a los talleres de autocuidado para la salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Estos talleres se conciben como interfaces sociales donde confluyen diversos actores que otorgan un sentido particular a su práctica en estos espacios, las cuales pueden distanciarse de mayor o menor grado de los panoramas normativos.

La tesis presenta una propuesta teórico-metodológica para la reconstrucción de los mundos de vida de diez personas que laboran en los centros de salud del primer nivel de atención de estas cuatro comunidades indígenas mazatecas como médicas(os), enfermeras (os) y asistentes rurales, para después analizar las formas que adquiere su práctica alrededor y durante los talleres de autocuidado.

La reconstrucción de estos mundos de vida se basa en el análisis de dimensiones que permiten reconocer las tensiones entre estructura y agencia que confrontan al personal de salud en su cotidianidad y que a la vez ilustran algunos aspectos claves de su práctica en los talleres de autocuidado para la salud. Estas dimensiones son: 1) la escolarización y los procesos de formación y práctica profesional, 2) el ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas, 3) el género vivido y 4) la ideología del esfuerzo individual. La elección de estas dimensiones ha permitido incluir y destacar los discursos y representaciones del personal de salud en torno a la población beneficiaria del PDHO a la que se dirigen los talleres, a fin de no pasar por alto que los talleres son espacios de interacción social.

Este énfasis en los mundos de vida del personal de salud posiciona en el centro de la investigación las historias y experiencias de un actor social que ha sido casi siempre estudiado a partir de sus interacciones con las y los usuarios de los servicios de salud; un enfoque que permite enriquecer el entendimiento de su práctica en comunidades indígenas.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
I. ¿Quién y para qué se escribe?	8
II. ¿Por qué enfocarse en los talleres de autocuidado para la salud?	11
III. ¿Por qué Santa María Chilchotla	15
IV. Planteamiento general y contextualización del problema de estudio	18
V. Interrogantes y objetivos de investigación	19
VI. Marco teórico y revisión de la literatura	21
VII. Metodología	36
VIII. Estructura de la tesis	39
<b>CAPÍTULO UNO EL ENTRAMADO INSTITUCIONAL: POLÍTICAS, NORMATIVIDADES, PROGRAMAS Y DISCURSOS</b>	<b>41</b>
1.1 El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades: Antecedentes, normas y operación interinstitucional	41
1.2 El componente de salud del PDHO	46
1.2.1 La Secretaría de Salud	48
1.2.2 El IMSS-Oportunidades	50
1.3 La operación en Oaxaca del componente de salud del PDHO	52
1.4 Los talleres de autocuidado para la salud en Oaxaca: Referencias normativas, referentes metodológicos y recursos materiales	56
1.5 El personal encargado de impartir los talleres de autocuidado para la salud en Oaxaca: Condiciones laborales, jerarquías y procesos de formación	64
<b>CAPÍTULO DOS EL CONTEXTO Y EL ENTRAMADO LOCAL: CONDICIONES, RELACIONES, RECURSOS Y VIVENCIAS</b>	<b>71</b>
2.1 Santa María Chilchotla	71
2.1.1 Realidad sociodemográfica	72
2.1.2 <i>N da xbo</i> : Una mirada etnográfica	75
2.2 Salud, enfermedad y muerte: Emergencias y dolencias cotidianas	83
2.2.1 Morbilidad y mortalidad infantil	84
2.2.2 Muerte materna	86
2.2.3 Enfermedades crónicas degenerativas	89
2.3 Los servicios de salud en Santa María Chilchotla	90
2.4 Unidades médicas seleccionadas: Universos de atención y recursos disponibles	93
2.4.1 Unidad Médica Rural de Santa María Chilchotla	94
2.4.2 Unidad Médica Rural de Río Sapo	97
2.4.3 Centro de Salud de San Martín de Porres	99
2.4.4 Centro de Salud de Agua de Paxtle	100
<b>CAPÍTULO TRES EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICA DEL PERSONAL MÉDICO</b>	<b>102</b>
3.1 Diana: La centralidad de la profesión médica	103

3.1.1 La profesión médica: aprender el oficio	103
3.1.2 El IMSS-Oportunidades: El trabajo con población indígena y las políticas institucionales	107
3.1.3 El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades: Confusiones, manipulación y flojera	115
3.1.4 Los talleres del PDHO como espacio de afirmación de la superioridad del conocimiento biomédico	119
3.1.5 El mundo de vida de Diana y su práctica en los talleres	126
3.2 Francisco, profesión médica y prestigio	135
3.2.1 El sacrificio de la escolarización	135
3.2.2 La llegada a Santa María Chilchotla	139
3.2.3 El Programa Oportunidades: flojeras y exigencias	142
3.2.4 Los talleres del PDHO como espacio de proyección política	145
3.2.5 El mundo de vida de Francisco y su práctica en los talleres	148
3.3 Carlos “el recién llegado”	151
3.3.1 Un médico para Río Sapo	151
3.3.2 Comunidades indígenas: ¿abrirse o cerrarse al progreso?	156
3.3.3 Los talleres del PDHO como un espacio educativo de temas no controversiales	158
3.3.4 El mundo de vida de Carlos y su práctica en los talleres	161
3.4 Luz y su servicio social	163
3.4.1 Ser pasante en Agua de Paxtle	163
3.4.2 Los talleres como espacio educativo de temas muy puntuales	170
3.4.3 El mundo de vida de Luz y su práctica en los talleres	171
3.5 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres	173
<b>CAPÍTULO CUATRO EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	<b>183</b>
4.1. Carmen y su taller de planificación familiar	184
4.1.1 Historia de vida	184
4.1.2 Veinte años de trabajo en el IMSS-Oportunidades	187
4.1.3 El Programa Oportunidades: “Hacerse flojito”	195
4.1.4 Planificación familiar: un taller dirigido a los beneficiarios	197
4.1.5 El mundo de vida de Carmen y su práctica en los talleres	201
4.2 Cecilia y el taller en asamblea	206
4.2.1 Ser enfermera: compromiso y esfuerzo	206
4.2.2 El Programa Oportunidades: Desacuerdos y más hijos	209
4.2.3 Cecilia y su participación en el taller-asamblea	211
4.2.4 El mundo de vida de Cecilia y su práctica en los talleres	215
4.3 Mario y su taller sobre enfermedades diarreicas	218
4.3.1 Su tránsito hacia la enfermería	218
4.3.2 Agua de Paxtle entre el chisme y el Programa Oportunidades	221
4.3.3 Mario y su taller de enfermedades diarreicas	224
4.3.4 El mundo de vida de Mario y su práctica en los talleres	227
4.4 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres	230

<b>CAPÍTULO CINCO EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICA DEL PERSONAL COMUNITARIO</b>	<b>236</b>
5.1 Francisca y el oficio de la salud	237
5.1.1 La escuela y el servicio religioso	237
5.1.2 La labor como asistente rural y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	239
5.1.3 ¿Quién es el indígena?	243
5.1.4 Los talleres de autocuidado como práctica escolar	245
5.1.5 El mundo de vida de Francisca y su práctica en los talleres	255
5.2 Carolina, esfuerzo y trabajo en salud	258
5.2.1 Historia de vida	258
5.2.2 El IMSS-Oportunidades y el PDHO: Catorce años de servicio	259
5.2.3 Carolina y su taller de planificación familiar	262
5.2.4 El mundo de vida de Carolina y su práctica en los talleres	266
5.3 Mariana: la obligatoriedad del cargo	269
5.3.1 Venir de afuera	269
5.3.2 Cumplir con el cargo: Los requisitos locales del PDHO	271
5.3.3 El último taller	273
5.3.4 El mundo de vida de Mariana y su práctica en los talleres	275
5.4 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres	276
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>283</b>
Las interfaces sociales y los mundos de vida como categorías analíticas	283
Referentes, arreglos y contradicciones en la practicas de los talleres de autocuidado	285
Límites y alcances de los talleres de autocuidado para la salud	293
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>296</b>

# INTRODUCCIÓN

## I. ¿Quién y para qué se escribe?

Revelarse como autor, como artífice de un proyecto, me parece fundamental para mantener presentes y entender las profundas contradicciones que me acercaron a la antropología y que dieron origen a la presente investigación.

Antes de ingresar a la maestría en Antropología Social, trabajé por casi cinco años en la Delegación Estatal del Programa Oportunidades en Oaxaca<sup>1</sup>. Previamente, había estudiado Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales en un centro público de investigación<sup>2</sup> en el que se privilegia la evaluación de políticas públicas desde una perspectiva cuantitativa. Justamente por mi formación previa, mi primer acercamiento al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) consistió en la revisión de los resultados que presentaban “avances significativos” medibles<sup>3</sup> sobre los niveles y condiciones de salud y educación de su población beneficiaria. Sin embargo, mi experiencia laboral me colocó ante un escenario donde los resultados y supuestos éxitos del programa parecían diluirse ante el denso entramado de arreglos, relaciones y tensiones que caracterizan la operación de Oportunidades a nivel local.

Mi trabajo consistía en organizar reuniones con autoridades estatales y regionales de los sectores educativos y de salud para analizar estrategias que mejoraran la operación del Programa en el estado<sup>4</sup>. Como resultado de estas reuniones en diversos momentos se determinó que participara como ponente en capacitaciones dirigidas a docentes, personal médico, personal de

---

<sup>1</sup>Ingresé al Programa mediante los concursos de selección que se realizaban en el marco del Servicio Profesional de Carrera. De 2006 a 2007 desempeñé el cargo de Jefa de Zona Operativa en la Región de la Sierra Sur de Oaxaca, cargo que comprendía la calendarización de rutas y la programación de acciones de los procesos operativos del Programa (levantamiento de encuestas, incorporación de familias, entrega de apoyos, trámites de actualización de los datos del padrón de familias) para alrededor de cincuenta municipios de la zona. Durante el periodo que abarca del 2008 al 2011 desempeñé las funciones de Jefa del Departamento de Salud de la Delegación, espacio en el que estuve a cargo de las acciones de concertación con autoridades estatales y regionales de las instituciones de salud y educación encargadas de la operación del Programa.

<sup>2</sup>Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

<sup>3</sup>La evaluación de resultados cuantitativos de 2006 señala que en el periodo 1997-2003 hubo un incremento de la demanda de consultas ambulatorias y la disminución de los días de enfermedad de los menores de 5 años en contextos rurales. En dicha evaluación se plantea también que las pláticas del Programa habían incidido en la diversidad de la dieta y la ingesta de alimentos con más calorías (Cohen & Franco, 2006: 125).

<sup>4</sup>Desde el año 2000 las reglas de operación de Oportunidades señalan que las entidades federativas deben integrar Comités Técnicos Estatales, que tienen la responsabilidad de sesionar bimestralmente con la presencia de representantes de las dependencias estatales que intervienen en la operación del Programa. Dentro de las funciones de estos comités se destaca la revisión de indicadores y problemáticas de seguimiento para plantear acciones de mejora.



enfermería y personal comunitario; en donde me encargaba de presentar el marco normativo del PDHO, con énfasis en sus modificaciones anuales. En estos espacios me fui familiarizando con las dificultades e inconformidades que suscitaba el PDHO entre el personal que operaba sus componentes de educación y salud.

Por otra parte, tenía también la responsabilidad de organizar y presentar algunos temas en las reuniones estatales y/o regionales que se realizaban anualmente con las autoridades de todos los municipios de la entidad con la finalidad de presentar las actualizaciones de las reglas de operación del Programa. Reuniones en las que nuevamente era posible escuchar las tensiones, demandas y conflictos que presidentes municipales y/o enlaces municipales<sup>5</sup> enfrentaban en sus comunidades con la operación del PDHO.

De igual modo, tenía la tarea de acompañar la resolución de algunas quejas y denuncias de la población beneficiaria en contra del personal de salud a cargo de unidades o centros de salud del primer nivel de atención. Experiencias que me permitieron ver en escena las tensiones prácticas y los imaginarios presentes en las dinámicas que suscita el Programa a nivel local.

En general, estas aproximaciones me permitieron reconocer los discursos y presenciar las prácticas en que las y los beneficiarios del Programa eran concebidos y, a veces, tratados por el personal institucional como personas flojas, necias y sin ganas de “salir adelante”. Al mismo tiempo, mi experiencia me permitió apreciar que las y los beneficiarios no recibían pasivamente tales discursos y prácticas, frente a los cuales había reacciones de demanda, reclamo e inconformidad. Lo cierto es que muy pronto comencé a preguntarme por qué las evaluaciones e investigaciones en torno al Programa eludían concentrarse en las personas que forman parte de su operación en todos los niveles.

Fueron estos elementos los que volvieron cada vez más problemático para mí continuar en la nómina del PDHO. Me parecía imposible revertir estas prácticas y discursos discriminatorios

---

<sup>5</sup> En 2001 las Reglas de Operación del PDHO señalaron que los municipios deberían designar una persona responsable de las gestiones relacionadas con la operación del Programa. Durante siete años las reglas señalaron las funciones de este personal, dentro de las que se destaca que debería recibir un sueldo a cargo de los ayuntamientos y que no debería pertenecer a partidos políticos. En 2007 la Coordinación Nacional del PDHO decidió eliminar la figura de los enlaces municipales porque desde diversas partes del país se habían presentado denuncias acerca del proselitismo político que estas figuras estaban realizando. En Oaxaca se notificó por escrito a las autoridades municipales y en las reuniones de capacitación; sin embargo, por las cargas de trabajo que imponen las tareas de organización de la entrega de recursos, disposición de espacios y elaboración de constancias a la población beneficiaria para la realización de trámites, las autoridades municipales terminaron designando a los regidores de salud o educación para esas funciones e incluso en muchos casos iniciaron los nombramientos de regidores de desarrollo social.

de los que terminaba por sentirme cómplice. Cotidianamente, los significados de la pobreza<sup>6</sup> con los que me encontraba, parecían trascender las particularidades matemáticas del Índice de Gini<sup>7</sup> y se convertían en realidades profundamente complejas y dolorosas. Trabajar en este lugar me convertía en espectadora y protagonista del desfile interminable de personas que acudían de todas partes para realizar alguno de los indescifrables trámites del PDHO. Todos los días podía notar cómo fallas en los procesos administrativos, en las bases de datos y/o en la captura o registro de la información redundaban en la suspensión de los apoyos para personas que a todas luces requerían del Programa. Además, el mantenimiento y actualización del padrón de beneficiarios implicaba la realización de más de veinte trámites que daban lugar a toda clase de confusiones, demoras y largas filas.

Sin embargo, pasaron casi cinco años antes de que abandonara ese gigantesco barco. A pesar de mi perspectiva crítica hacia muchas prácticas y procedimientos del Programa, me volví parte del peculiar ejército que interviene en su operación. El carácter interinstitucional del PDHO permite que personas de diferentes dependencias se vean involucradas en su implementación, dando a lugar a un mosaico de experiencias que van configurando la realidad operativa del Programa.

Dentro de las instituciones que participan en la operación del PDHO se encuentra la Delegación Estatal que se encarga básicamente del acompañamiento de las entregas de recursos, la identificación de familias y la actualización del padrón de familias<sup>8</sup>; el IMSS-O y los Servicios de Salud de Oaxaca que operan el componente de salud del Programa; el Instituto Estatal de Educación Pública y los Subsistemas de Educación Media Superior que operan el componente

---

<sup>6</sup>“La pobreza puede ser vista en términos relativos, cuando es definida en relación con otras situaciones y contextos sociales organizados en torno a la satisfacción de necesidades y a estilos de vida, con los que es confrontada y diferenciada...[Sin embargo,] La pobreza absoluta alude, por lo tanto, a estados de carencia en los que se soslayan necesidades que todos, por compartir la calidad de seres humanos, tienen el derecho de satisfacer, razón por lo cual no pueden ser relativizadas” (Salles en GIMTRAP 1997: 51). En este sentido, la investigación parte del reconocimiento de este piso básico de necesidades que han sido reconocidas desde un discurso sobre los “derechos humanos” que puede considerarse hegemónico; pero que cuya garantía me parece ineludible en un contexto donde la pobreza y la desigualdad aumentan en términos exponenciales y bajo la lógica de una estructura económica que parece favorecerlas.

<sup>7</sup>“El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa” (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>).

<sup>8</sup>La Coordinación Nacional del PDHO es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social a nivel federal. Para su operación en los estados establece Delegaciones con oficinas regionales. En estos espacios se cuenta con personal que se hace cargo de las siguientes actividades en las localidades beneficiarias del PDHO: Acompañamiento de la entrega bimensual de recursos, realización de encuestas socioeconómicas a la población, elaboración de trámites personales con las y los beneficiarios para el mantenimiento de los datos del padrón, realización de reuniones de capacitación con la población beneficiaria, la captura de los registros de estas actividades y la administración de los recursos de viáticos y salarios del personal.

educativo, y el TELECOM y BANSEFI como las instituciones liquidadoras encargadas de la entrega de los recursos.

A pesar de su diversidad, el personal suele coincidir en su hartazgo cuando se habla de Oportunidades. Las interminables cargas y horarios de trabajo y la falta de prestaciones y de recursos materiales para la operación suelen ser quejas y realidades recurrentes. Aunque al final, trabajar en el PDHO implica también un salario fijo y un discurso en el que siempre se puede apelar al heroísmo de “luchar contra la pobreza”.

En este escenario, la antropología social representó la posibilidad de dar sentido a mi experiencia laboral previa a través del planteamiento de un proyecto de investigación que se ocupara de analizar las prácticas del personal institucional, desde una perspectiva que pusiera en el centro la vida de personas que, como yo, hemos formado parte de la operación de Oportunidades.

-Sí, irremediamente Oportunidades absorbe, distrae de otras cosas, terminas amando y odiándolo al mismo tiempo. Eso es grato hasta cierto punto. Terminas así porque sin quererlo, sin desearlo lo haces tuyo. ¡Qué gracia! (Charla informal con Salvador, Jefe del departamento de Salud de la Delegación de Oportunidades en Chiapas, 10 años de servicio, enero de 2010).

Es así que, como me compartió Salvador, aún con la crítica y el desencanto y aún entre el amor y el odio, siempre hay una ruta en la que regresamos a Oportunidades, ruta que en mi caso está trazada por un proyecto de investigación que espero contribuya a romper el silencio de quienes por distintos motivos nos hemos visto involucrados en el Programa. Perspectiva que quizá no ha sido tan explorada por los trabajos que analizan al PDHO, pero que puede poner luz en la densidad de los discursos y las prácticas del personal que opera programas de esta naturaleza, visibilizando las dinámicas que caracterizan el aterrizaje de un programa público que se ha llegado a consolidar como el eje de la política social del país.

## **II. ¿Por qué enfocarse en los talleres de autocuidado para la salud?**

Decidí enfocarme en el componente de salud del PDHO por ser el ámbito al que estuve más próxima durante mi práctica laboral. Dentro de la operación del componente, los talleres de autocuidado para la salud me parecieron el espacio idóneo para ver las particularidades que adquiere la operación de una de sus estrategias medulares desde la perspectiva de los encargados de su implementación.

Desde sus inicios como Progesa, Oportunidades planteó la realización de “pláticas educativas de salud” que el personal de salud de las unidades de primer nivel tendría que impartir

mensualmente a las mujeres beneficiarias. Estas pláticas no duraban más de una hora y se realizaban en base a material impreso (rotafolios) que auxiliaban la exposición de información ligada a la promoción de la salud. Sin embargo, durante el 2004 los representantes de las instituciones de salud federales<sup>9</sup> acordaron modificar la metodología de estas actividades, argumentando que no se tenían los resultados esperados en relación al fomento del autocuidado para la salud.

En base a esos señalamientos, la Secretaría de Salud Federal conformó una coordinación técnica la cual, con el asesoramiento del Instituto Mexicano de Orientación y Evaluación Educativa S.C., integró una estrategia de comunicación educativa que planteó cambiar la metodología de pláticas informativas por un esquema de “talleres de autocuidado para la salud”.

En esa lógica, la Coordinación Nacional del IMSS-O actualizó su manual de talleres comunitarios, enfatizando la naturaleza participativa de su metodología; al tiempo que la Secretaría de Salud Federal publicó nuevas guías rápidas para los talleres que comprendían cuarenta temas de promoción y prevención a la salud e incluían un manual breve para la capacitación del personal que se haría cargo de su impartición. Este manual planteaba que la impartición de los talleres tendría que realizarse con un enfoque de aprendizaje participativo y significativo.<sup>10</sup>

De este modo, las reglas de operación del PDHO del 2005 incluyeron por primera vez a los talleres de capacitación para el autocuidado para la salud, en lugar de las pláticas educativas de salud. Sin embargo, todavía en el 2007 los representantes de las instituciones de salud en el estado de Oaxaca manifestaban en las sesiones del Comité Técnico Estatal de Oportunidades que no se había concretado la transición de pláticas a los talleres. Señalaban que se habían limitado a notificar al personal operativo de las modificaciones de las reglas de operación y a distribuir los manuales y guías actualizadas. Los representantes de los Servicios de Salud de Oaxaca destacaban también que la Federación no había distribuido suficientes guías por lo que muchos centros de salud ni siquiera contaban con ese material.

En cuanto a la pertinencia de realizar procesos de capacitación con el personal encargado de

---

<sup>9</sup> La Secretaría de Salud Federal y la Coordinación Nacional del IMSS-O son las instancias responsables de la operación del componente de salud del PDHO a través de los Servicios Estatales de Salud y las Delegaciones del IMSS en los estados.

<sup>10</sup> El manual señala los siguientes planteamientos al referirse a estos términos: “La meta de todo sistema educativo es lograr que los estudiantes adquieran aprendizajes que puedan aplicarlos en situaciones diversas de su vida cotidiana personal y profesional; es decir que tengan significación o sentido para ellos. A este tipo de aprendizaje se le denomina aprendizaje significativo y consiste en la adquisición de ideas, conceptos y principios, al relacionar la nueva información con los conocimientos existentes en la memoria”. (Manual de capacitación, 2006:15).

impartir los talleres, los representantes del IMSS-O y de los Servicios de Salud de Oaxaca argumentaban que no se contaba con el presupuesto necesario para realizar capacitaciones que, por un lado, cubrieran lo correspondiente a la metodología en la que se basaban los talleres, y por otro garantizaran una base mínima de conocimientos temáticos.

Durante los últimos seis años, los encargados estatales de dar seguimiento al PDHO, tanto del IMSS-O como de los Servicios de Salud de Oaxaca, se han concentrado en difundir información sobre los talleres a través del esquema de actualización en cascada por el que usualmente se dan a conocer los principales cambios de la normatividad de los programas de salud. Este esquema se basa en la realización de reuniones estatales en las que se “actualiza” al personal de supervisión para que posteriormente éste pueda transmitir la información con el personal operativo que asiste a reuniones regionales encabezadas por dicho personal.

En estas circunstancias el personal de salud de las unidades de primer nivel de atención en Oaxaca comenzó a transitar de un modelo de pláticas a otro de talleres, trayendo consigo un sinnúmero de arreglos y discrepancias a nivel local. Durante el 2007, la Delegación de Oportunidades comenzó a recibir múltiples quejas de los beneficiarios en relación con los cambios que suponían los talleres, como la participación obligatoria de todos los miembros de la familia, según grupo de edad y evento de vida.

Muchas de estas quejas se originaban en las distintas interpretaciones que cada personal hacía de los cambios de la normatividad. Había centros de salud que programaban los cuarenta temas en un año, de tal modo que los talleres se tenían que hacer de forma semanal para abarcarlos todos, por lo que las beneficiarias se quejaban manifestando que no tenían tiempo para estar asistiendo a la clínica con tanta frecuencia.

Por otro lado, el personal de salud también hacía llegar sus inconformidades con el personal de supervisión, manifestando que no se contaba con el tiempo suficiente para hacer las actividades, que faltaban materiales, que no se podían aterrizar las actividades de las guías y manuales, y que la población beneficiaria se rehusaba a participar en los talleres porque estaba acostumbrada a estar sentada como receptora pasiva en las pláticas.

Como muestra de estos desencuentros, recuerdo una de las quejas en la que me vi involucrada. A principios de 2007, un grupo de beneficiarias del PDHO de San Nicolás, Miahuatlán, se presentó en la Delegación para plantearme el siguiente problema. La médica pasante de su localidad había impartido el tema de violencia intrafamiliar y después les había pedido hacer una representación teatral de unos casos de violencia. Unas de las mujeres tenían que disfrazarse de esposos y simular que maltrataban a sus mujeres. Sólo que, por orden de la médica pasante, esta

actuación tendría que hacerse en la cancha municipal con la presencia de las autoridades municipales y de toda la población beneficiaria del PDHO.

El grupo de señoras que llegó a la Delegación se rehusó a participar en este evento y la médica les puso falta en su certificación de asistencia, falta que se había traducido en un descuento en sus apoyos bimestrales. Por este motivo, las beneficiarias acudían a la Delegación para exigir que se rectificara su inasistencia y se reembolsaran sus apoyos, argumentando que ellas habían asistido a la plática, pero que no habían participado en la representación teatral porque no les parecía correcto disfrazarse y representar situaciones de violencia, en las que tendrían que decir groserías y tratarse mal delante de todo el pueblo. Era claro que se había suscitado un desencuentro donde entraban en conflicto múltiples formas de concebir la violencia intrafamiliar y prevenirla y donde además no se habían tomado en cuenta los códigos e implicaciones de las relaciones de género en la comunidad, al momento de organizar la actividad.

Ante esta situación, al día siguiente me trasladé a la comunidad y me encontré con una joven médica pasante que de manera concienzuda, había organizado un taller que, desde su perspectiva, respondía al enfoque participativo planteado en la normatividad y aminoraría los casos de violencia intrafamiliar en el municipio a través de la crítica social y el aprendizaje significativo. Iniciativa que incluso había sido celebrada por su equipo de supervisión, pero que sin duda había ignorado por completo las características socioculturales de aquella comunidad y la complejidad que caracteriza las relaciones de género que dan lugar al fenómeno de la violencia intrafamiliar.

Por un lado, la médica asumía la violencia intrafamiliar como un problema que dependía, para su resolución, de que las mujeres se alejaran de las parejas que las agredían y que había que concientizar al pueblo en una suerte de circo en el que las propias mujeres representaran escenas de violencia para enseñar a los hombres la maldad del maltrato y criticar públicamente la violencia que éstos ejercen. Por otro lado, las mujeres que hablaron conmigo argumentaban que ellas sabían que la violencia estaba mal, pero que muchas mujeres se quedaban con las parejas que las violentaban porque no tenían dinero para vivir solas. Para ellas, lo que resultaba violento en ese momento era que se las obligara a participar vestidas de hombres y agrediendo, porque “ellas no eran así”.

El desencuentro era claro. La médica apelaba a su condición de mujer profesionista y a su prerrogativa de suspender los apoyos del PDHO para imponer su perspectiva acerca de la violencia intrafamiliar; ella sentía que estaba cumpliendo con su trabajo e incluso había invertido parte de su tiempo libre para organizar esta actividad, pero había un desencuentro inicial que no estaba reconociendo. Si bien la mayoría de las mujeres participaron en la actividad, las personas

que se resistieron no fueron escuchadas. Fueron éstas últimas las que ante el descuento en sus apoyos recurrieron a los recursos que tenían a su alcance para tratar de recuperar sus apoyos, trasladándose a la Delegación Estatal para poner una queja, con lo que me permitieron involucrarme en este proceso.

Durante mi visita en la localidad, intenté compartir mis perspectivas con la médica pasante, pero básicamente me concentré en solicitar que se rectificaran las inasistencias, bajo el argumento de que la asistencia al taller no podía incluir la participación forzada de las beneficiarias en este evento. La médica aceptó, pero era claro que algo de fondo no estaba resuelto y no estaba siendo entendido. Se me ocurrió preguntarme en ese entonces, cuántas dinámicas similares se estarían reproduciendo tan sólo en Oaxaca, donde, en base al número de familias beneficiarias, se tendrían que estar realizando alrededor de catorce mil doscientos talleres mensuales<sup>11</sup>, vastedad que muy pronto empezó a delimitar mi tema de investigación.

Comencé a preguntarme sobre los referentes en los que se apoyaba el personal de salud para impartir estos talleres, sobre todo porque la diversidad de temas que se incluyen implica posicionamientos ideológicos que consciente o inconscientemente pueden influir en las formas y prácticas que ahí se comparten. Lo anterior, sin olvidar que los saberes no son homogéneos, así como no lo son los procesos de formación o las experiencias de vida de los distintos prestadores de servicios que imparten los talleres y que incluyen a personal médico, de enfermería o comunitario.

Es así que los talleres se convirtieron en espacios idóneos para un proyecto de investigación que buscara aproximarse a los referentes conceptuales, metodológicos y valorativos que expresa el personal de salud en sus prácticas con el PDHO. Se trataba de lugares de encuentro donde las contradicciones y ambigüedades cotidianas podían poner en juego identidades, experiencias de vida y procesos de formación.

### **III. ¿Por qué Santa María Chilchotla?**

Mi primera aproximación al municipio de Santa María Chilchotla fue en el 2010, mientras trabajaba en el PDHO. Durante ese año, pude conocer la cabecera municipal y dos de sus localidades, ubicadas en la zona media y en la zona baja del municipio. A principios de ese periodo las autoridades municipales acudieron a las oficinas de Oportunidades para que se

---

<sup>11</sup> Cálculo realizado en base al número de familias beneficiarias promedio en 2011 (quinientas mil de acuerdo a los datos publicados en el portal del PDHO) y el número de personas que deben participar en los talleres (no más de treinta y cinco de acuerdo a la normativa).

podiera revisar la situación de una localidad que no había recibido sus apoyos. El problema era complejo porque los promotores que acompañaron la entrega de apoyos les dijeron a las mujeres que no recibieron sus apoyos porque los maestros y el médico les habían puesto falta. Se hizo una reunión y la población les reclamó su omisión y los ánimos subieron al punto de que algunas personas estuvieron botando piedras a los cuartos de los maestros. Por ese motivo, llegaron a la Delegación del PDHO el regidor de salud, tres maestros y el médico pasante de la comunidad, después de diez horas de traslado. Como se trataba del regidor de salud estas personas fueron conducidas directamente al espacio en el que yo laboraba. El planteamiento era claro, “queremos saber dónde están los apoyos y que vayan a decirles a la gente que nosotros no tuvimos la culpa de que esos apoyos se perdieran”.

No era la primera vez que un retraso en la recepción de los formatos de certificación de la asistencia, se traducían en un aplazamiento de la entrega de los apoyos. Aunque sí era extraño que el personal de salud y de educación hiciera un viaje tan largo para solicitar la realización de una reunión con la población; al parecer, este retraso en la entrega de los apoyos parecía haber detonado conflictos que permanecían latentes en la comunidad y el asunto de los apoyos parecía ser un catalizador idóneo. Con este panorama, al día siguiente me trasladé a Agua de Paxtle, Chilchotla para la realización de una “reunión informativa” que tenía el propósito de explicar a las personas de la comunidad que el retraso en la entrega de los apoyos no era responsabilidad del médico y maestros locales y que en dos meses recibirían sus apoyos pendientes.

Horas en carretera me condujeron a un paisaje tan variado como las confusiones y arreglos que se tejían en cada comunidad en torno la operación del PDHO. La llegada a la cabecera municipal fue breve, casi de paso, pues la reunión se realizaría en una localidad de la zona baja del municipio que se encontraba a tres horas de la cabecera. Las diferencias entre una zona y otra comenzaban con el clima y se iban profundizando cuando se intuían las relaciones que cada comunidad iba tejiendo con la cabecera municipal.

Después de esta reunión, siguieron otras visitas relacionadas con problemáticas que tenían que ver con la certificación de corresponsabilidades en materia de salud. En la comunidad de San Martín de Porres, sede de un centro de la Secretaría de Salud, se dio una discusión en relación al reconocimiento de una casa de salud que se había construido en una localidad que se encuentra en proceso de división por conflictos políticos. La complicación central consistía en permitir que las personas que se estaban separando para formar una nueva comunidad cumplieran con sus talleres de autocuidado para la salud en su propia casa de salud, pues el conflicto había llegado a tal punto, que las personas de este grupo no podían usar los espacios públicos del otro sin que



se presentaran agresiones.

Después de múltiples solicitudes, se realizó una reunión en San Martín con la presencia de personal de la jurisdicción sanitaria de los Servicios de Salud. Se buscaba establecer algún acuerdo que permitiera a estas familias cumplir con sus responsabilidades, mientras se concretaba el proceso mediante el cual podrían tener el reconocimiento como localidad independiente. En esa reunión se convocaron a las titulares de las familias que se encontraban en conflicto. El médico y la auxiliar de salud dieron una especie de plática relacionada con la prevención de las enfermedades hipertensivas en un clima de tensa calma. El médico intervenía en español, para después contar con la traducción de la mujer que estaba contratada como auxiliar administrativo del centro de salud. Después de acabar con los contenidos que se incluían en los rotafolios relacionados con el tema, el personal jurisdiccional planteó a las familias la posibilidad de recibir sus talleres en la comunidad de San Martín, sede del centro de salud, hasta que pudiera concretarse el reconocimiento de su casa de salud, lo que implicaría la contratación y capacitación de una auxiliar de salud, que por cierto ya había sido elegida por esta nueva “comunidad”. Toda la reunión se realizó con el apoyo de traductores, lo que multiplicaba los diálogos implícitos y explícitos entre los que participábamos de la escena.

No pasó más de un mes antes de que el personal jurisdiccional terminara reconociendo la casa de salud, aunque se tratara de un arreglo extraoficial.<sup>12</sup> Cuando me enteré, no dejé de preguntarme cómo la realización de unos talleres de autocuidado para la salud podía generar este tipo de “arreglos” entre la comunidad, las autoridades locales, el personal de salud operativo, el personal de la jurisdicción sanitaria y nosotros mismos del PDHO. El condicionamiento de los apoyos económicos parecía ser parte de la respuesta. “Si no nos ponen asistencia en las pláticas perdemos el Programa, así dice la regla”. Pero había otra respuesta posible para esta comunidad, ya que para las personas de la comunidad los talleres parecían concebirse también como un beneficio que las mujeres tenían que recibir en una casa de salud.

Fueron estas experiencias las que me llevaron a pensar en Chilchotla como el lugar en el que podía aproximarme a los talleres de autocuidado. Un municipio indígena en el que confluían las dos instituciones de salud que operan el componente de salud de PDHO en Oaxaca. Un lugar que, ya en ese entonces, me revelaba la complejidad que caracterizaba la operación del Programa a nivel local. Finalmente, un espacio en el que quería consolidar mi formación como antropóloga.

---

<sup>12</sup> El personal de la jurisdicción reconoció una casa de salud en una comunidad que no contaba con el carácter de localidad según el INEGI y avaló la contratación de una auxiliar de salud para su operación.

#### **IV. Planteamiento general y contextualización del problema de estudio**

Como se ha señalado, la normatividad del PDHO ha establecido desde sus inicios una estrategia de promoción y educación para la salud basada en la realización de pláticas y/o talleres de autocuidado dirigida a su población beneficiaria.

La población objetivo del Programa incluye a las personas que se encuentran en condiciones socioeconómicas por debajo de las líneas de pobreza y/o estándares de bienestar adoptados por la Secretaría de Desarrollo Social<sup>13</sup>. De principio, sólo se incorporaban familias en las localidades consideradas rurales por su número de habitantes, hasta que en 2004 se amplió la incorporación de familias en zonas urbanas.

La permanencia de la población beneficiaria en el Programa está basada en el cumplimiento de un esquema de corresponsabilidades que supone que la población aprovechará responsablemente los apoyos que se les otorgan. De este modo, se considera obligatoria la asistencia a la escuela y a las unidades médicas, para lo que se opera un sistema de registro y captura de asistencias bimestrales que determina qué familias reciben sus apoyos regularmente. Para el caso de las unidades médicas, un número determinado de faltas continuas o discontinuas puede traducirse en la baja temporal del Programa.

La asistencia a las unidades médicas incluye la participación mensual en las pláticas o talleres de salud. Estas actividades forman parte de lo que se denomina el componente de salud y se encuentran a cargo del personal médico, de enfermería o comunitario, asignado a las unidades del primer nivel de atención del IMSS-O y de los Servicios de Salud Estatales.

Sin embargo, en Oaxaca la realización de los talleres de autocuidado para la salud no ha ido acompañada de procesos continuos de formación, capacitación y/o sensibilización del personal encargado de su implementación; aunque por norma abarquen más de cuarenta temas de prevención y promoción a la salud y que su esquema metodológico implique manejar recursos pedagógicos fundamentados en el enfoque de aprendizaje participativo y significativo<sup>14</sup>.

Este panorama se complejiza si se considera que la relación histórica entre las condiciones de pobreza y la pertenencia a grupos indígenas implica que la mayoría de estos talleres se imparten

---

<sup>13</sup> Del 2000 al 2009 el PDHO adoptó las líneas de pobreza como base del sistema de puntajes que evaluaban los resultados de las encuestas socioeconómicas aplicadas a las familias de las localidades susceptibles a recibir los apoyos. En 2010 el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) implementa el concepto de líneas de bienestar para proporcionar un nuevo estándar para medir las condiciones de vida de la población mexicana. Con este cambio se modifica la fórmula matemática con la que se determina qué familias se vuelven beneficiarias del Programa.

<sup>14</sup> Las referencias a estos términos se incluyen brevemente en los manuales y guías de los talleres como las vías idóneas para promover el autocuidado para la salud, aunque no dejan claro cómo implementar dicha metodología.

a población indígena,<sup>15</sup> sin que existan procesos de capacitación que consideren la diversidad sociocultural y lingüística y/o el enfoque de “salud intercultural” que ha sido ratificado por el gobierno mexicano a partir de diversos instrumentos internacionales<sup>16</sup> y que está incluido, por lo menos en el discurso, dentro de los planteamientos de la política de salud para los pueblos indígenas.

De este modo, la diversidad del personal que puede impartir los talleres, la vastedad de los temas, la heterogeneidad de los contextos en los que se implementan, junto con las limitaciones de los procesos de capacitación para la formación de “facilitadores”,<sup>17</sup> convierte a estos talleres en espacios privilegiados para analizar los arreglos, las contradicciones y los conflictos que enfrenta el personal para operar una política de educación para la salud. Estas cuestiones van configurando un problema de investigación de amplio alcance para los estudios sociales que se enfocan en el aterrizaje de la política pública y de la operación de las estructuras gubernamentales a nivel local.

## **V. Interrogantes y objetivos de investigación**

Los prestadores de servicio del primer nivel de atención (personal médico, de enfermería y comunitario) adscritos a los centros de salud y unidades médicas rurales tienen la responsabilidad normativa de impartir talleres de autocuidado para la salud a las familias beneficiarias del Programa Oportunidades incluidas en sus áreas de cobertura.

De acuerdo a la normatividad vigente, los talleres se conciben como la pieza clave de la educación para la salud que el PDHO pretende impulsar; comprenden más de cuarenta temas y plantean estar sustentados en el enfoque de aprendizaje significativo. Sin dejar de lado que las

---

<sup>15</sup> Tan sólo en Oaxaca, el PDHO tiene beneficiarios en todos los municipios que se consideran indígenas por el criterio lingüístico que adopta el INEGI.

<sup>16</sup> Dentro de estos instrumentos se puede citar la declaración de Alma Ata de 1977 la cual señala que la atención primaria en salud “tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad”. (OMS, 1977,1) También el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala en su artículo 25 que los servicios de salud en pueblos indígenas deberán “tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Enfatizando en el mismo artículo que “el sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria”. (OIT, 2007,106).

<sup>17</sup> Denominación que recibe el personal encargado de impartir los talleres de autocuidado.

reglas de operación del Programa han señalado que la información que se ofrece en estos espacios deberá tomar en cuenta las particularidades étnicas y culturales de la población a la que el PDHO se dirige.<sup>18</sup>

Sin embargo, ni la formación del personal, ni los programas de capacitación y/o sensibilización de las instituciones de salud, parecen estar acordes a esta responsabilidad. Las escuelas de medicina suelen subordinar las áreas relacionadas con la educación y promoción a la salud; las de enfermería privilegian la práctica clínica a la comunitaria y, como se ha descrito, las instituciones de salud que operan el componente de salud en Oaxaca han argumentado no contar con los recursos necesarios para la realización de capacitaciones periódicas al respecto.

Frente a estas circunstancias, es de preguntarse:

¿Cómo aterriza el personal de salud médico, de enfermería y comunitario los talleres de autocuidado para la salud del PDHO en comunidades indígenas como Santa María Chilchotla?

¿Con qué nivel de apego o innovación con respecto a lineamientos, normas y manuales? ¿De acuerdo a qué parámetros de referencia, con cuáles saberes, con qué anclajes conceptuales, valorativos y metodológicos?

¿Cómo interactúan las experiencias de vida, la formación educativa, la identidad personal y profesional, la pertenencia étnica y el género con las representaciones sociales, los discursos y prácticas del personal de salud encargado de su impartición?

¿Qué diferencias y similitudes se presentan en las formas de concebir, operar y valorar los talleres en el espacio local y con la población receptora, entre el personal médico, el personal de enfermería y el personal comunitario encargado de impartirlos?

Más específicamente, esta investigación pretende analizar cuáles son las formas que los talleres adquieren a partir de una aproximación al entramado institucional, el contexto local, las diversas experiencias de vida y/o de formación, los saberes y los anclajes conceptuales, valorativos y metodológicos presentes en el personal de salud médico, de enfermería y comunitario que labora en el municipio indígena de Santa María Chilchotla.

---

<sup>18</sup> Desde el 2005 las reglas de operación han mantenido casi íntegro el texto que a continuación se cita y que hace referencia a las características y propósitos de los talleres “Las sesiones de capacitación para el autocuidado de la salud están dirigidos a las y los integrantes mayores de 15 años y a los becarios de educación media superior. Mediante la comunicación educativa se promueven cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo a la población información accesible que considere sus particularidades étnicas y culturales, así como sus valores, usos y costumbres.” (P13 reglas de operación 2006 del PDHO).

Los objetivos específicos incluyen:

1. Analizar los entramados y discursos institucionales en los que se inserta la labor de educación para la salud del personal de salud del primer nivel de atención; con particular énfasis hacia los talleres de autocuidado del PDHO.
2. Describir el panorama local de Santa María Chilchotla para dar cuenta de las condiciones socioeconómicas, así como las relaciones de clase, etnia y género que enmarcan la labor del personal de salud del primer nivel en el espacio local con énfasis en los talleres de autocuidado para la salud.
3. Analizar las narrativas autobiográficas del personal de salud en cuanto a sus historias de vida y formación educativa y profesional para identificar distintas construcciones identitarias que pueden influenciar y explicar sus posturas conceptuales, valorativas y metodológicas, sus actitudes y sus prácticas frente a las y los asistentes en los talleres de autocuidado.
4. Observar, describir y analizar cómo médicos/as, enfermeros/as y personal comunitario (auxiliares de salud para el caso de los Servicios de Salud de Oaxaca y asistentes médicos rurales en el caso del IMSS-O) implementan los talleres de autocuidado de la salud en Santa María Chilchotla, a partir de las similitudes y diferencias que caracterizan los distintos perfiles e historias de este personal.

## **VI. Marco teórico y revisión de la literatura**

En este apartado presento los elementos que conforman el marco teórico-metodológico, así como una breve revisión de la literatura consultada; seleccionando aquellos autores y planteamientos que han nutrido el diseño de esta investigación, han servido de referencia para el trabajo de campo en Santa María Chilchotla y han finalmente guiado la discusión y análisis de los hallazgos.

La integración de este marco de referencia ha tenido diferentes momentos de construcción. El primero, antes del trabajo de campo, donde se planteó que se trataría de una investigación adscrita a los estudios que analizan los márgenes de acción de los individuos frente a las estructuras sociales. El segundo, después del trabajo de campo, cuando se buscó añadir e integrar un engranaje teórico que permitiera analizar las formas que adquieren dichos márgenes de acción en los talleres de autocuidado para la salud.

Como he relatado antes, mi experiencia laboral me volcó a centrar la atención en el personal

de salud porque eran personas que, como yo, se habían visto involucradas con la operación del PDHO en comunidades indígenas, sin contar con espacios para procesar la experiencia de convertirse en personal institucional en estos contextos. La cotidianidad de la operación de este Programa es intensa y no contempla ni los tiempos ni los recursos para detenerse a pensar en la naturaleza que adquiere el encuentro con los “otros”, sobre todo en espacios como los talleres los cuales suponen procesos de enseñanza-aprendizaje en ámbitos tan complejos como los de la salud. Yo buscaba conocer a estas personas, compartirles mis propios dilemas, entender a través de ellos cómo seleccionamos aquello que reproducimos de las estructuras institucionales, cómo nos condiciona el conocimiento que caracteriza nuestra profesionalización, saber si nos revelamos, si nos hacemos conscientes o si trabajamos sin cuestionar las acciones gubernamentales de las que nos volvemos parte.

Estas inquietudes implicaron retomar un planteamiento teórico sobre el Estado que tuviera la permeabilidad suficiente para discutir las posibilidades de agencia de los actores que laboran en las estructuras gubernamentales. Para ello, los autores presentados por Joseph y Nugent (2002) en su obra “Las Formas Cotidianas del Estado” me han permitido entender la multiplicidad de formas y arreglos que caracterizan al estado mexicano después de la experiencia revolucionaria de 1910, a partir del acercamiento a contextos locales concretos. En particular, recupero las discusiones de James Scott en torno a las dinámicas en las que “los subordinados” son capaces de crear un espacio social para expresar un “discurso oculto” y “prácticas cotidianas” en las que se resiste el discurso y el dominio oficial, dando lugar a las que se conocen como micro-resistencias. Lo anterior se complementa con la aportación que hace Sayer cuando argumenta que hay formas en las que el Estado se construye cotidianamente en las subjetividades y relaciones de las personas, sin que esa configuración sea del todo absoluta y/o controlable.

Finalmente en la misma obra, Roseberry presenta una relectura de Gramsci con respecto a la hegemonía del estado, hegemonía conceptualizada como proyectos que incluyen instituciones y prácticas culturales que no sólo se basan en la coerción, sino en una construcción de consenso, donde los mismos grupos sociales subalternos participan en la construcción y legitimidad de la hegemonía. Al mismo tiempo, se plantea que la conceptualización gramsciana de la hegemonía incluye referentes que pueden evidenciar que los grupos subalternos (pero también los hegemónicos porque éstos no presentan siempre un frente común monolítico) generan tensiones que caracterizan a la hegemonía como un proceso y no como una situación estable; como un campo social común, hecho de imágenes, símbolos, instituciones y prácticas, pero también como un proceso en el que nadie se constituye como sujeto exclusivamente pasivo.

El trabajo de Saldivar (2008), por otro lado, presenta una etnografía que nos ofrece un acercamiento al personal del Instituto Nacional Indigenista (INI) que logra conectar la práctica discursiva del Estado y sus formas institucionales con la cotidianidad de los trabajadores indigenistas. Su etnografía nos marca una pauta para aproximarnos a la vida y al trabajo del personal de salud, que mantenga como referencia al sistema normativo para observar el juego de lealtades y contradicciones que se tejen en la práctica laboral cotidiana.

Estos planteamientos teóricos que cuestionan al Estado como un ente monolítico y todo poderoso, me abrieron el camino para entender un conjunto de estructuras y relaciones alrededor del funcionamiento del PDHO, en donde hay márgenes diversos de acción. Esto resulta vital para ilustrar lo que sucede en el caso de los talleres de autocuidado para la salud, ya que, aun si las normas y directivas establecidas por el gobierno federal en el ámbito de la salud y del PDHO son referentes constantes, sin embargo parecen estar siendo reinterpretadas una y otra vez por el personal de salud, para dar lugar a todo tipo de prácticas.

Después del trabajo de campo, me quedó aún más claro que mi trabajo se situaría en el debate entre la estructura y la agencia.<sup>19</sup> Este debate es crucial pero no exclusivo de las ciencias sociales y, por momentos, se aproxima a las discusiones filosóficas en torno a la libertad del ser humano frente a sus circunstancias. El reto para mí era no caer en una falsa dicotomía entre estructura y agencia que pudiera sesgar a priori la investigación, sino situarme en una ruta flexible, donde la estructura y el sujeto formaran parte de un continuo que dinamiza la realidad social a la que me había aproximado.

Al respecto, es preciso reconocer que mi formación como politóloga en el CIDE tenía su propia marca. Yo había conocido el extremo del continuo que definía la agencia como una posibilidad absoluta basada en la elección racional del *homo economicus*, un imaginario de personas libres de hacer y decidir, donde las nociones de estructura y superestructura de Marx eran concebidas como un artilugio inoperante, en tanto se consideraban deterministas y la justificación de sistemas políticos totalitarios. La insistencia fue tal que desarrollé un profundo rechazo al enfoque de elección racional, por lo que mi primer reto fue encontrar asideros conceptuales que se distanciaran del enfoque de elección racional, sin abandonar la centralidad que quería dar a los discursos y prácticas del personal de salud como individuos con capacidad de respuesta propia. En esta lógica, me acerqué a los planteamientos de Norman Long (2007) el cual desarrolla una perspectiva centrada en el actor que parte de un recorrido detallado de los

---

<sup>19</sup> La “agencia” se define aquí como la posibilidad de decir, decidir y hacer algo distinto a lo dispuesto por marcos institucionales o estructuras sociales (Giddens, 2011).

enfoques conceptuales que se han centrado en la estructura o en la agencia, para proponer una aproximación alterna que le otorga centralidad al sujeto, sin negar la influencia de las estructuras sociales.

En su texto *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*, Long comparte a profundidad los conceptos que guían su acercamiento a la realidad social para marcar las pautas que pueden seguir los estudios que buscan centrarse en los sujetos. Long dialoga con los autores que integran su enfoque, pero también se distancia de ellos en puntos específicos. De esta manera, permite clarificar aquellas referencias a las que se opone o a las que acerca para dar claridad a su propuesta teórico-metodológica. Coincide con Giddens (2011) en que incrustar la acción a las estructuras y procesos institucionales no implica que la acción se circunscriba a una rutina inmutable que sustituye la elección.

Long busca así integrar una perspectiva teórica de la acción social que coincide con Turner en su intención de “rebasar la habilidad de conocer la conciencia y las intenciones para también abarcar los sentimientos, emociones, percepciones, identidades y la continuidad de los agentes [personas] a través del espacio y tiempo” (2007:51). Afirmar también que en cualquier punto del tiempo los actores podrían haber actuado de otra manera, interviniendo o resignándose, pero siempre con esa cualidad que no anula las relaciones y discursos de poder en la que se encuentran inmersos. Siguiendo esta ruta teórica-conceptual, me apoyo en cuatro conceptos fundamentales planteados por Long: *Interfaz social, actores sociales, agencia y mundos de vida*.

La *interfaz* muestra cómo cualquier propuesta que conlleve un discurso sobre el desarrollo – como es el caso de la educación para la salud y los talleres de autocuidado en particular – aterriza a través de las percepciones y posibilidades de quienes son los encargados de su operación y de quienes son los objetos de su aplicación (Ib.:11)<sup>20</sup>. Esta definición puede abarcar a los talleres de autocuidado, en tanto pertenecen a un programa institucional de intervención en salud, pero sobre todo porque los sitúa como espacios que pueden adoptar formas múltiples porque suponen interacciones entre actores sociales diferenciados.

De esta forma, la investigación se centra en analizar al personal de salud médico, de enfermería y comunitario como parte de esos actores sociales. Long conceptualiza al *actor social*

---

<sup>20</sup> Cabe señalar, que Long aplica la noción de interfaz no sólo para ilustrar encuentros de esta naturaleza, sino para aproximarse también a respuestas que llegan a traducirse en presiones para transformar la realidad social en eventos críticos. En nuestro caso, más bien, los encuentros y desencuentros que se producen en los talleres se asemejan más a las formas que adquieren las interacciones que Long analiza para el caso de un programa público de riego en Jalisco donde, a pesar de las respuestas y tensiones múltiples de los actores involucrados, no hay transformaciones de fondo en el proyecto (Ib.:155).



como aquella persona o grupo de personas que puede(n) actuar para enfrentar situaciones problemáticas, a partir de experiencias y significados previos. Es esta capacidad la que da lugar a su definición de *agencia*, entendida como una mezcla compleja de elementos sociales, culturales y materiales que se constituyen en la capacidad de cada quien de conocer y actuar. Es así como las acciones y las reflexiones van constituyéndose en prácticas sociales que influyen en las acciones e interpretaciones propias y de los otros (Ib.: 443). Esta aproximación teórica permite reconocer en las personas que trabajan como personal de salud en Santa María Chilchotla la capacidad para responder de formas múltiples a los retos de impartir talleres de autocuidado para la salud, sin la formación ni los recursos metodológicos y/o materiales que podrían considerarse idóneos a partir de lo descrito en la normatividad.

Analizar los talleres como interfaces sociales implica también tomar en cuenta una conceptualización que resulta central para la investigación: los *mundos de vida* de los actores. El planteamiento acerca de las interfaces sociales supone el encuentro y la confrontación de los diferentes mundos de vida de los actores sociales. Long denomina *mundos de vida* a los procesos constantes de reordenamiento y re-evaluación de relaciones y experiencias por parte del individuo; incluyendo acciones, interacciones y significados que se identifican con espacios socio-geográficos específicos, así como con historias de vida (Id.). Este concepto me permite articular las biografías, con las prácticas y discursos del personal con el que me relacioné durante el trabajo de campo. De este modo, el andamiaje teórico de Long permite retomar a los mundos de vida como una variable analítica clave para organizar la aproximación con las personas que se desempeñan como personal de salud en las unidades médicas seleccionadas.

Este autor también plantea que las investigaciones centradas en los sujetos deben “documentar etnográficamente las prácticas de los actores situadas socialmente, y las maneras en que se despliegan las relaciones sociales, las tecnologías, los recursos materiales y no materiales, los discursos y los textos (tales como documentos y argumentos oficiales, sean o no normativos)” (Ib.:441). Esta consideración empata con mi intención de presentar en los primeros capítulos de la investigación la complejidad del entramado institucional en el que se inscriben los talleres y la aproximación a las configuraciones locales en las que se insertan las prácticas del personal de salud. Estos apartados sirven de base para presentar inmediatamente después los mundos de vida del personal de salud y, con ello, dar pie al análisis de las formas que adoptan los talleres en Santa María Chilchotla.

Dicho lo anterior, es evidente que los mundos de vida y la agencia de los actores sociales son variables analíticas centrales en la investigación porque su definición y alcances permiten

aproximarse a las experiencias, saberes, discursos y prácticas del personal de salud para ubicar a los talleres de autocuidado como una práctica que se encuentra permeada por esos mundos de vida, al tiempo que se inserta en ellos, como una parte medular de su experiencia laboral.

Reconstruir y analizar estos mundos de vida implica aproximarse a la capacidad de agencia que ejerce el personal de salud en los talleres de autocuidado y entender los alcances y límites de esa agencia según las características y circunstancias personales y laborales de cada quien.

La definición de mundo de vida de Long incluye relaciones y experiencias que suponen acciones, interacciones y significados que se identifican con espacios socio-geográficos específicos, así como con historias de vida. Habla de ellos como procesos de reordenamiento y re-evaluación de todos estos elementos. Sin embargo, esta definición sólo proporciona pautas generales para el análisis de estos mundos de vida, por lo que he adoptado otros abordajes teóricos que complementan esta definición y que son pertinentes de acuerdo al objetivo de la investigación. Si se busca reconstruir los mundos de vida del personal de salud para analizar las formas que adquieren los talleres de autocuidado para la salud, se hace necesario incluir aspectos relacionados con las características identitarias<sup>21</sup> de los actores y referencias que den cuenta de sus representaciones<sup>22</sup>, discursos<sup>23</sup> y prácticas<sup>24</sup> en relación con la población beneficiaria del PDHO que asiste a los talleres de autocuidado.

Estas dimensiones son: 1) la escolarización y los procesos de formación y práctica profesional, 2) el ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas, 3) el género vivido y 4) la ideología del esfuerzo individual. Cada una de ellas se desarrolla a continuación.

---

<sup>21</sup> Se habla de características identitarias desde una perspectiva que concibe a la identidad como dimensiones fluidas y móviles que impiden a los individuos asumir posiciones estables; lo que ha sido analizado por autores como Hall (2010).

<sup>22</sup> En el estudio de Chávez sobre las biografías de profesionistas nahuas y tenek se discute que “Las representaciones son los contenidos de la conciencia que reflejan la experiencia colectiva y añaden a la biografía individual el conocimiento acumulado por la sociedad. Es una forma de pensamiento no explícita que subyace de las creencias y que suele aparecer como un conocimiento compartido, un saber social común derivado de las interacciones sociales” (2010:27).

<sup>23</sup> Se entiende al discurso en los términos que Long nos propone, al definirlo como un “juego de significados insertos en las metáforas, representaciones, imágenes, narraciones y declaraciones que fomentan una versión particular de “la verdad” acerca de objetos, personas, eventos y las relaciones entre ellos” (2007:112). Esta definición permite entender cómo “el discurso enmarca nuestro entendimiento de las experiencias de vida al proveer las representaciones de la realidad tomadas por dadas, y de esta manera se dice que constituye los objetos, personas y eventos significativos (esenciales) de nuestro mundo” (Ib.:315).

<sup>24</sup> Long define este tipo de prácticas como socio-culturales, en tanto “son organizadas y llevadas a cabo en las actuaciones cotidianas”, con la claridad de que no son sólo “el producto de órdenes culturales o institucionales autocontenidas”, sino producto de una tensión que las vuelve poco predecibles y un objeto de estudio en sí mismo (2007:31).

## **1) La escolarización y los procesos de formación y práctica profesional**

Una primera dimensión refiere a la escolarización y los procesos de formación y práctica profesional. Para esta investigación la escolarización se concibe como un proceso contradictorio y de negociación permanente, donde los actores sociales construyen formas culturales para la apropiación y reinterpretación de contenidos. Siguiendo a Rockwell (1997), se entiende también como un entramado de procesos de transmisión, reproducción, apropiación y transformación de objetos, saberes y prácticas culturales en contextos que incluyen y al mismo tiempo siempre rebasan la educación formal.

La escolarización puede comúnmente traducirse en una fuente de diferenciación social, donde la condición del personal de salud como sujeto escolarizado puede enmarcar su relación con la población beneficiaria de Oportunidades. Las discusiones planteadas por Bourdieu (2008) en torno a la escolarización como pasaje de diferenciación social, suponen también la acumulación de capital cultural y simbólico que posibilita o simboliza el ascenso social y la internalización de esquemas de percepción, de apreciación y de acción, donde las personas pueden concebir al éxito o fracaso escolar como resultados del mérito individual y no reconocer las ventajas o desventajas con las que ingresan a sistemas escolares que valoran el capital cultural de las y los niños socializados en familias con mayores ingresos económicos. Rockwell lo aborda de la siguiente manera: “las pautas adquiridas en la escuela se convierten en criterios importantes en las sucesivas distinciones que definen la asignación diferencia, clasista, de los medios de vida, de las ubicaciones laborales y sociales y de las formas de identificación, control y represión” (1997:25).

Todas estas consideraciones ayudan a reconocer las trayectorias y dificultades que ha atravesado el personal de salud médico y de enfermería para ocupar su actual posición laboral, al tiempo que permiten aproximarse a las construcciones que hacen estas personas en torno a la población beneficiaria del PDHO con la que trabaja.

En lo que se refiere a los procesos de formación profesional del personal de salud hay que tener en cuenta que, aunque el personal encargado de la impartición de los talleres presenta perfiles profesionales muy diferenciados que incluye a médicas y médicos generales, técnicas y técnicos en enfermería y personas de las comunidades que son capacitados como asistentes o auxiliares de salud, todas y todos pueden considerarse personal de salud porque ejercen diferentes funciones en las unidades médicas del primer nivel.

Con eso en mente, es indispensable partir de una definición de salud que logre capturar lo mejor posible la polisemia que la ha caracterizado y ubicar a la educación para la salud como un

proceso encaminado a fomentarla, desde una perspectiva crítica.

Con ese propósito se retoma la caracterización de salud de García de Alba:

Un elemento universal de la vida que puede tratarse como un capital simbólico en sintonía biopsicosocial con su contexto. Aun a veces es silente, no se percibe o significa de manera estática, sin el movimiento. Tampoco se concibe aislada de la enfermedad y de su atención, de ahí que la definamos como un proceso vital de carácter histórico y social determinado por el acceso a los bienes materiales y no materiales que promueven el bienestar biopsicosocial expresado como desarrollo individual y grupal, sustentables y con sentidos humanos (2012:89).

Esta definición permite entender que el ámbito de la salud no es uniforme ni independiente de la enfermedad y de su atención, ni mucho menos del contexto sociocultural donde se construye, ni de las estructuras y recursos que caracterizan la profesionalización del personal de salud. Con base en esta concepción Menéndez nos recuerda que:

Tanto los padecimientos como las acciones respecto de los mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema y en conjunto social, por lo cual no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que organizarán un saber para afrontar, convivir, solucionar y a ser posible erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones específicas y especializadas técnicamente, sino como hechos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías (2002:310).

A partir de ello, este autor desarrolla la conceptualización de modelo biomédico como el modelo hegemónico en el que se ha sustentado la formación de los profesionales de la salud y que, basado en la denominada medicina científica, ha excluido o ha subordinado de manera funcional, a otros conocimientos y formas de entender y atender la salud y la enfermedad. Este modelo se considera como históricamente dominante porque desde el siglo XVIII se ha consolidado como la forma correcta de diagnosticar, explicar y atender las enfermedades (Menéndez, 1984).

Se trata de un modelo de saberes, prácticas e intervenciones que se sustenta en el conocimiento científico el cual a su vez está basado en la objetividad positivista, la cual conlleva implícita o explícitamente la afirmación de la superioridad de dicho conocimiento sobre otros que no se consideran “científicos”. Esto conlleva una concepción del cuerpo humano que se concentra básicamente en sus características biológicas, omitiendo su identidad y posicionamiento como persona en una estructura social determinada. Se consolida un enfoque individualista en donde la etiología de la enfermedad se centra en el agente causante (microbio, virus u otro organismo patológico) y en el cuerpo del enfermo como receptor de ese microorganismo. Lo que implica que tanto la cura como la prevención de las enfermedades dependen de una intervención centrada en el individuo. La cura en la provisión del fármaco adecuado que cura al cuerpo/órgano enfermo y la prevención de la difusión de la información

científica que permita a los individuos cuidar individual y racionalmente de su salud.

Este énfasis invisibiliza la desigualdad estructural vigente en el marco de las relaciones sociales en las que se inscribe, individualizando tanto las causas como las medidas orientadas a procurar la salud y evitar la enfermedad.

En esta lógica, puede considerarse que el modelo biomédico se mantiene vigente:

“gracias a las prácticas discursivas de las diferentes instancias institucionales que participan en el mismo: ministerio de sanidad, colegios profesionales, universidades, escuelas, centros asistenciales, sindicatos, población etc., dado que la “arquitectura discursiva”, al seguir prácticamente igual, ha permitido que el discurso biomédico se adapte aparentemente a las nuevas demandas sociales y consecuentes condiciones. El resultado ha sido la sucesión de una serie de políticas y estrategias de formación, como la modificación de los planes de estudio en los diferentes ámbitos de la enseñanza en ciencias de la salud, pero siempre dentro de los límites de un mismo espacio discursivo (Fernández, 2004:36).

Es así que la conceptualización del modelo biomédico como el eje medular en el que se sostiene la formación y práctica del personal de salud es fundamental para la reconstrucción de los mundos de vida de este personal. Este modelo enfatiza la prominencia del conocimiento biológico “tanto a nivel descriptivo como explicativo de la causalidad e intervención en el ámbito de la salud y enfermedad humanas” (Caramés, 2005:31). Este aspecto profundiza la distancia que caracteriza lo que esta autora ha denominado como “encuentro cultural sanitario”, ya que impone una diferencia sustancial entre el sentido común del paciente y el sentido común del profesional técnico que ha internalizado el conocimiento científico de la enfermedad. Estos aspectos son fundamentales para el análisis de la práctica del personal de salud médico y de enfermería en el espacio de los talleres de autocuidado para la salud.

En relación a ello Caramés comparte cómo la formación en las áreas de la salud se recubre de un carácter de certeza e infalibilidad, que la configura “toda una estructura de condicionamiento «técnico-ideológico» del que deviene una determinada forma de ver y abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención” (Ib.: 40), en la que parecen quedar excluidos temas en los que no se pueda recurrir a esa verdad infalible.

## **2) El ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas**

La segunda dimensión que se retoma en la reconstrucción de los mundos de vida es la que se refiere a las características que puede adoptar el ejercicio profesional de salud en comunidades indígenas a partir de los posicionamientos identitarios del personal de salud. La diferenciación

étnica<sup>25</sup> que suele caracterizar el encuentro del personal de salud con la población beneficiaria del PDHO en sus comunidades de trabajo hace indispensable tomar en cuenta las características que han tenido estas interacciones en México a partir de algunos textos que han logrado condensar y discutir las implicaciones de estos encuentros.

En primer lugar se sitúa la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán, que desde 1955 elabora una etnografía completa sobre la salud en el contexto intercultural mexicano. Su obra, “Programas de Salud en la situación intercultural”, incluye en el prólogo de su reedición de los años ochenta un recorrido por las principales acciones que han marcado la atención a la salud en las zonas indígenas del país, abordando una tensión fundamental para este proyecto de investigación: Las diferencias conceptuales y prácticas entre los proyectos gubernamentales para implementar la medicina occidental y los modelos tradicionales de salud de las comunidades indígenas. Su trabajo es a la vez una descripción y análisis de estas diferencias y una propuesta de intervención del Estado.

Aguirre Beltrán se plantea dos preguntas que articulan la exposición y análisis de los datos etnográficos recabados a principios de la década de los años cincuenta del siglo XX: ¿Cuál es (era) la situación intercultural de México con respecto a cuatro fenómenos básicos de la cotidianidad: la salud, la enfermedad, la reproducción y la atención/curación? Y: ¿Cuáles serían las características que deberían tener las políticas de salud para resultar exitosas y pertinentes en estos contextos? El autor nos presenta una propuesta basada en datos históricos y etnográficos para el diseño de programas de salud en espacios indígenas en el contexto del México de los años cincuenta del siglo XX; propuesta que incluye el saneamiento del medio, el cuidado materno-infantil, la nutrición y la educación higiénica.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Se retoman los planteamientos de Barth que define a los grupos étnicos como “categorías de adscripción e identificación que son utilizadas por los actores mismos y tienen la característica de organizar la interacción entre los individuos” (1976: 10).

<sup>26</sup> En su propuesta de política pública, Aguirre Beltrán plantea la importancia de articular metas a corto plazo y a tono con las características culturales de cada comunidad, en donde incluye la capacitación adecuada del personal y el conocimiento de la lengua indígena, por lo que sugiere la contratación de personal bilingüe o en su caso contemplar los tiempos adecuados para su aprendizaje. Considera vital garantizar que los programas de salud partan del conocimiento del sistema de creencias, valores, instrumentos, habilidades, actitudes y emociones que integran las formas de vida indígena, al tiempo que se identifiquen las relaciones sociales de las comunidades con los grupos indígenas y urbanos circundantes. De este modo, el autor delinea normas generales para la articulación de programas de salud en situaciones interculturales:

- 1.-Llevar a la medicina al indígena sin esperar que éste venga a la medicina.
- 2.-Descender la medicina científica al nivel de la cultura de la comunidad.
- 3.-Ajustar la medicina a las condiciones del medio social.
- 4.-Integrar la medicina al contexto intercultural.

Estas recomendaciones corresponden a una visión integracionista que remarca la necesidad de tomar en cuenta las características de las comunidades a través de acciones concretas; elemento que parece haber desaparecido en el marco normativo de los talleres de autocuidado para la salud del PDHO.

Este estudio, además de ser pionero, es clave para este proyecto de investigación como documento histórico que cristaliza el discurso de la política indigenista de los años cincuenta y como el primer esfuerzo por sistematizar las tensiones históricas y epistémicas que prevalecen en el ejercicio de la medicina occidental en los contextos indígenas mexicanos.

Tres décadas después y con un enfoque teórico-metodológico diferente, Modena (1990), en su investigación en la comunidad de Hidalgotitlán, Veracruz, nos ilustra las dinámicas conflictivas que siguen las interacciones entre el personal de salud, las madres de familia y los médicos de la comunidad. Desde una perspectiva gramsciana, procesual e historicista, discute las construcciones sociales alrededor de la salud y de la enfermedad desde la perspectiva de los sujetos sociales mismos que, en la cotidianidad, intentan dar respuesta a esas problemáticas con los recursos a su alcance; sin olvidar el diálogo con las estructuras hegemónicas del estado. Plantea así el papel de las relaciones políticas y socioeconómicas en la interacción de las instituciones públicas de salud en un contexto comunitario; cuestión que es imposible ignorar cuando los arreglos locales que se establecen en la operación del PHDO se encuentran atravesados por estas tensiones.

Por otro lado, Freyermuth (2003) presenta un análisis de las estructuras de poder que condicionan las interacciones médico-pacientes. Su estudio, realizado en la década de los noventa, ilustra el impacto de los fenómenos de discriminación de etnia-raza, edad y sexo<sup>27</sup> en los altos índices de muerte materna en la región de Chenalhó, Chiapas. Meneses (2004) a su vez expone las complejidades del encuentro médico en el contexto interétnico en los servicios públicos de salud que se ofrecen en los Altos de Chiapas; haciendo referencia a las representaciones sociales que se ponen en juego cuando médicos, enfermeras y odontólogos ofrecen su servicio a la población indígena y describiendo las prácticas de exclusión y de profunda discriminación que se generan.

Mendoza (2012) da cuenta de las interacciones que se producen entre las instituciones de salud y la comunidad triqui de San Juan Copala, Oaxaca, ilustra a detalle las dinámicas que sigue el proceso salud-enfermedad-atención<sup>28</sup> en la zona, incluyendo su propia experiencia como

---

<sup>27</sup>Dimensiones condicionadas por las estructuras macro políticas, económicas y sociales dominantes.

<sup>28</sup>Según Menéndez, el proceso de salud-enfermedad-atención (s/e/a) “constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran porque... la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales” (1994:71).” Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Id.).

prestadora de servicios. La inserción que tiene la investigadora en la comunidad resulta muy relevante para esta investigación, en la medida que plantea las lealtades y tensiones que implica el trabajar de cerca en una unidad médica. La autora termina por colocarse de “lado” de la población, en una franca competencia a los servicios de salud institucionales; cuestión que la distancia de la experiencia de los prestadores de servicio y la acercó a la vivencia de las personas de la comunidad.

Estas etnografías revelan la complejidad de las interacciones que pueden caracterizar las relaciones del personal de salud con las comunidades indígenas, dejando testimonios de las relaciones de poder y la discriminación que las caracterizan. Estas cuestiones se retoman al momento de reconstruir los mundos de vida del personal de salud; colocando en el centro de la investigación a un actor social cuyas experiencias de vida parecen ser determinantes en la naturaleza que adopta su práctica en estos espacios interétnicos.

Lo anterior también permite dar cuenta de las transformaciones identitarias y las relaciones y roles de intermediación que los profesionales indígenas—como es el caso de personal médico y de enfermería—enfrentan, establecen y asumen en regiones indígenas como consecuencia del proceso mismo de profesionalización. Marisol de la Cadena (2007) analiza los procesos de diferenciación social presentes en el Cusco Peruano, evidenciando cómo se van formando, entretejiendo y diferenciándose estratos sociales a partir de un origen común: el indígena, y de un interés también común, alejarse de lo indio o desindianizarse, al rebasar condiciones sociales de pobreza, a través de la educación y la profesionalización. La investigación en Chilchotla aborda precisamente casos en los que la formación y el ejercicio profesional en salud se convierten en un factor desindianizante.

Autores como Julián Caballero discuten el rol de los profesionales e intelectuales indígenas, ya sea como mediadores con el poder nacional o como representantes de intereses comunitarios (1998). Desde su perspectiva, todo profesional lleva en su actitud y práctica la orientación teórica de su formación, sosteniendo que “aun cuando se reconozca en la Constitución la existencia de una diversidad de culturas y lenguas en un país como México, en los planes y programas de estudio de todos los niveles, la política es contraria a esto último” (Ib.: 100). De lo anterior deriva que los profesionales indígenas sean proclives a reproducir la ideología dominante que permea los programas de formación, antes de revalorar sus especificidades culturales.

Más allá del nivel de escolaridad o del proceso de profesionalización, la misma adscripción laboral a una institución gubernamental como el sector educativo o el sector salud, tiende a proporcionar un mayor estatus social en el entorno comunitario a docentes, médicos, enfermeros



y/o promotores indígenas empleados por las instituciones, lo cual permite diferenciarse socialmente y acceder a ciertos cotos de poder.

Adicionalmente, no se puede negar el papel de intermediación que ha jugado personal de extracción indígena que ha estado operando políticas y programas de instituciones gubernamentales en comunidades indígenas. Al respecto, Guillermo de la Peña (1995) ha discutido la categoría de intermediación cultural y política, presentando elementos que pueden ser enriquecedores para entender el papel que puede llegar a ejercer el personal de salud al ocupar una posición clave para el aterrizaje de los discursos y prácticas institucionales del estado en materia de salud. En sus palabras:

La noción de intermediario o (corredor o broker) fue introducida en el lenguaje antropológico por Eric Wolf (1956), quien concibió el proceso de formación nacional como el establecimiento de redes sociales entre los niveles locales y las instituciones de nivel nacional por parte de actores situados en posiciones estratégicas de mediación. Las funciones de tales mediadores incluyen la «traducción» cultural así como la subordinación de los actores locales a los dominios superiores de poder (de la Peña, 1995:118).

El estudio de la intermediación en México parece haberse concentrado más en la figura del maestro indígena, por lo que será necesario marcar los paralelos y distancias que esta figura puede tener en comparación con el personal de salud; sea este médico, de enfermería o comunitario con sus propias diferenciaciones internas.

Todo lo anterior tiene relevancia para entender las complejidades, tensiones y contradicciones que caracterizan los mundos de vida, el ejercicio profesional y las relaciones sociales del personal de salud de extracción indígena, además del papel de intermediación y el poder que de este deriva cuando este personal ejerce su labor—como es precisamente en el caso de la impartición de los talleres de autocuidado en salud—en su comunidad o región de origen. Los talleres de autocuidado de la salud son espacios de interfaces sociales donde el personal de salud de extracción indígena y/o de procedencia local se puede colocar en un papel de mayor intermediación entre los planteamientos institucionales y programáticos y las exigencias, necesidades o intereses de la población asistente; además de poner en juego y evidenciar algunos de los conflictos, acomodados y contradicciones existentes entre sus visiones, saberes y prácticas profesionales, por un lado, y su pertenencia y adscripción étnica, por el otro.

### **3) El género vivido**

Otra discusión y referencia teórica fundamental para la reconstrucción de los mundos de vida del personal de salud es la relacionada con el género. Al respecto se retoman las discusiones de

Teresa de Lauretis en relación con la definición y alcances de esta categoría analítica. La autora define al género como “*el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales*” (1989:10). Esta concepción se basa en el concepto de tecnología política<sup>29</sup> utilizado por Foucault (1980), en tanto le permite reconocer al género como “el producto y el proceso de un conjunto de tecnologías sociales de aparatos tecno-sociales o bio-médicos” (Lauretis, op.cit.: 10). Esta conceptualización permite entender al género no como una representación individual, sino como una relación social que inscribe al individuo en el mundo; relaciones que se interconectan con factores políticos y económicos y dan lugar al sistema de sexo-género como “un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la jerarquía social, etc.) a los individuos en la sociedad” (Ib.:11).

En una lógica similar, Bourdieu afirma que las relaciones de género representan “una ocasión privilegiada de entender la lógica de la dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado” (2000:12), ya que los pensamientos y percepciones de las mujeres se encuentran condicionados por una estructura que “legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada” (Ib.:37).

Es así que Bourdieu ubica en la violencia simbólica<sup>30</sup> que viven las mujeres una complicidad no consciente del cuerpo que colabora en lo esencial de nuestras estructuras mentales y de percepción, sin que los hombres se encuentren libres de la dicotomía de la virilidad; concepción en la que nuevamente el *habitus* aparece como producto de la incorporación y hasta de la somatización de estructuras y diferencias objetivas que se incorporan subjetivamente (Id.).

Sin embargo, retomar a Bourdieu no descarta la incorporación de reflexiones que apunten a las resistencias de las personas en relación a estos *habitus* que posibilitan y perpetúan la dominación masculina; por lo que se recurre a reflexiones como las de Conway, Bourque y Scott (2000) en relación con las reinterpretaciones o aceptaciones parciales de las restricciones y normas de género. Es en estas tensiones teóricas donde busco ubicar las experiencias, prácticas y discursos del personal de salud, reconociendo en el género una fuente de análisis para analizar las características de las relaciones sociales en las que se encuentran inmersos los hombres y las mujeres a las que tuve oportunidad de aproximarme y teniendo en cuenta en todo momento que

---

<sup>29</sup> Referida a los controles y dispositivos sociales encaminados a establecer disciplinas al comportamiento y cuerpo de las personas, consolidando las relaciones de poder que circulan por dichas tecnologías. (Foucault, 1999)

<sup>30</sup> Definida por él como “violencia amortiguada, insensible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Ib.:12).

hombres y mujeres confluimos en “un espacio dotado de múltiples significaciones, de las cuales se nutren a lo largo de su vida. Espacio de símbolos de relaciones, de interacciones entre sujetos, que está teñido por la historia y por su transmisión generacional” (Montecino, 1996: 189).

Estas referencias teóricas serán de utilidad para analizar cómo y hasta qué punto las relaciones de género en las que se encuentra inmerso el personal de salud, ya sea por sus experiencias de vida o por su trabajo en contextos específicos, influyen en la forma en la que se involucran en los talleres, en los temas que abarcan y en el tipo de representaciones y discursos que reproducen al momento de implementarlos.

#### **4) La ideología del esfuerzo individual**

La última dimensión analítica que se retoma en la reconstrucción de los mundos de vida del personal de salud y en su influencia en sus formas de acercarse y desarrollar los talleres de autocuidado, es la exploración del esfuerzo individual como una ideología que permea a la modernidad y al sistema político-económico hegemónico en la actualidad, así como a la orientación formativa del personal profesional de salud; ideología que promueve y asume que el éxito y el fracaso en la vida profesional se encuentran determinados por el esfuerzo o la pereza individual.

Williams (1988) presenta un análisis de cómo se ha conceptualizado el concepto de ideología en los escritos marxistas ya sea como: a) Un sistema de creencias característico de un grupo o una clase particular; b) un sistema de creencias ilusorias —ideas falsas o falsa conciencia— que puede ser contrastado con el conocimiento verdadero o científico; o como c) el proceso general de la producción de significados e ideas. Esta última definición es la que se retoma para entender a la ideología del esfuerzo como un sistema de praxis significada que le da sentido a las experiencias de éxito a partir del esfuerzo individual, constituyéndose en una representación social hegemónica a través de la cual se miran y valoran a los demás, independientemente de los determinantes sociales estructurales que condicionan el éxito o el fracaso de los individuos.

En relación a ello, autores como Bauman plantean cómo la modernidad le otorgó al individuo la tarea de su autoconstrucción, la elaboración de su identidad social “si no desde cero, al menos desde sus cimientos. La responsabilidad del individuo... se ampliaba hasta llegar a la elección misma de una posición social, y el derecho de que esa posición fuera reconocida y aprobada por la sociedad” (2000:49). Lo que permite pensar en el individuo como alguien capaz de decidir, actuar y hacer más allá de sus circunstancias sociales. A este argumento Lepovetsky agrega: “al

final de desierto social se levanta el individuo soberano, informado, libre, prudente administrador de su vida: al volante, cada uno abrocha su propio cinturón de seguridad” (2000:8).

En esa lógica, Castel (1997) ha utilizado el concepto de “individualización negativa” como un proceso que devela la exigencia de la sociedad de que los sectores desprotegidos y vulnerables “se conduzcan como todos los demás, es decir como ciudadanos capacitados, autónomos y responsables” (Girola, 2005:284). Lo anterior, se promueve y exige sin que existan condiciones estructurales para posibilitar tales exigencias. Girola comenta que “apoyando la igualdad se olvida la equidad. La igualdad reconoce la misma capacidad en todos los ciudadanos para disfrutar de sus derechos; la equidad reivindica la justicia por encima de la ley positiva” (Id.). Estas visiones dicotómicas se exploran y analizan en las formas en las que el personal de salud califica sus propias biografías y percibe a la población beneficiaria.

Incluir esta dimensión teórico-analítica permitirá discutir hasta qué punto la ideología del esfuerzo y del individualismo atraviesa los mundos de vida del personal de salud e influye en sus representaciones acerca de la población beneficiaria de Oportunidades, marcando sus expectativas en relación a los talleres de autocuidado para la salud y con ello definiendo los mensajes que reproducen al respecto al momento de involucrarse en su implementación.

Las cuatro dimensiones analíticas presentadas incluyen categorías y aportaciones teóricas que pueden considerarse de una tradición más estructuralista que la conceptualización de “mundos de vida” de Long, la cual enfatiza las posibilidades de agencia de los actores sociales. La intención es mantener visible en la reconstrucción de los mundos de vida una tensión entre la estructura y el determinismo social, por un lado, y la agencia individual, por el otro. Evidenciar esta tensión permite complejizar las características que adquiere la práctica del personal de salud en relación a los talleres de autocuidado en donde por un lado, se evidencia que el personal de salud cuenta con ciertos grados, aun diferenciados, de capacidad de agencia en relación a sí, cuándo y cómo realizar los talleres de autocuidado, al tiempo que la reconstrucción de sus mundos de vida a través de las cuatro dimensiones analíticas propuestas permite resaltar múltiples formas de constreñimiento social que resaltan la reproducción de discursos, prácticas, saberes y representaciones hegemónicas.

## **VII Metodología**

Se seleccionaron cuatro unidades de salud del municipio de Santa María Chilchotla que pudieran dar cuenta de la diversidad institucional que caracteriza la operación del componente de salud del PDHO. Se incluyeron en el estudio las unidades médicas rurales de Santa María Chilchotla y

de Río Sapo pertenecientes al IMSS-O, así como los centros de salud de San Martín de Porres y Agua de Paxtle que se encuentran bajo la dirección de los Servicios de Salud de Oaxaca.

Por su ubicación geográfica, la unidad médica rural de Santa María Chilchotla depende administrativamente de la supervisión regional ubicada en Huautla de Jiménez, que a su vez depende de la coordinación médica ubicada en Huajuapán de León. Mientras la unidad médica rural de Río Sapo depende de la supervisión regional ubicada en San Juan Bautista Tuxtepec, que a su vez depende de la coordinación médica ubicada en Matías Romero. Esta situación se replica para los centros de salud dependientes de los Servicios de Salud de Oaxaca. El centro de salud de San Martín de Porres depende administrativamente de la jurisdicción sanitaria de Valles Centrales, ubicada en Oaxaca de Juárez, mientras el centro de salud de Agua de Paxtle depende de la jurisdicción sanitaria ubicada en San Juan Bautista Tuxtepec. Esta heterogeneidad está relacionada con la extensión y diversidad geográfica del municipio que lo convierten en un espacio fracturado en dos lo que se refiere a la topografía de los servicios de salud.

En atención a las distancias entre las comunidades, se dividió el tiempo disponible para el trabajo de campo en estancias en cada población sede de los centros de salud y en visitas breves a las comunidades que se encuentran bajo la atención de cada unidad médica.

Las entrevistas al personal de salud constituyeron un ejercicio por recuperar relatos que permitieran aproximarse a las experiencias de vida que pueden marcar la práctica laboral de estas personas. En este ejercicio se buscó vencer la visión de un sujeto necesariamente corporativizado con la que se ha revestido la aproximación al personal de salud, indagando más bien sobre las experiencias y subjetividades de las personas que laboran al interior de un marco institucional definido. Siguiendo a Oresta López en su trabajo con docentes, se puede plantear que me he concentrado en “dar centralidad a los sujetos para conocer aspectos diversos y subjetivos” (2010:25) anclados en la experiencia de lo que significa ser personal de salud.

Lo anterior, sin olvidar que recuperar dichos relatos es también una construcción compartida en la que el diálogo entre entrevistador y entrevistado rearticula cualquier narrativa autobiográfica. Es así como se ha buscado recuperar no sólo el testimonio de las personas entrevistadas como fuente de experiencia etnográfica, sino también la naturaleza de las relaciones que tejí con estas personas durante el trabajo de campo. Al respecto Menéndez nos comparte:

Y es a partir de esta relación con el otro, y de su propia situacionalidad, que el investigador debe aplicar dispositivos tanto al otro como sobre todo a sí mismo para que emerja no sólo la representación social utilizada por el otro, sino su práctica social, y para evidenciar y auto controlar todo lo posible los supuestos del investigador. Desde esta perspectiva, debe ejercitar una ruptura epistemológica con su sentido común, no para negar su existencia, sino para manejarlo intencionalmente. Pero este uso debe desarrollarse a partir de reconocer que él en tanto

sujeto es quien problematiza, conoce, se relaciona con la realidad a partir de sus supuestos y en términos situacionales, y que esa situacionalidad implica reconocer que tanto su situacionalidad como la del otro no corresponden a mundos homogéneos, sino a situaciones caracterizadas por la diferencia y la desigualdad, por la existencia de relaciones de reciprocidad, pero también por las relaciones de conflicto, de antagonismo, de carencias de muy diverso tipo (1992:371).

En atención a ello, ha sido clave presentarme, en esta investigación y con las personas que protagonizan el estudio, como una mujer cuya historia y formación la han conducido a la antropología social como un medio para otorgarle sentido a su propia experiencia como trabajadora del PDHO, buscando describir la centralidad que tienen los talleres de autocuidado como espacios de encuentro y conflicto de mundos de vida diferenciados, sin perder de vista mis propias contradicciones como antropóloga en formación.

A este propósito, es necesario señalar que mi experiencia previa laborando en el PDHO también pudo sesgar durante mi trabajo de campo la forma en que el personal de salud estuvo realizando sus talleres de autocuidado o condicionar las experiencias que me compartió, aunque considero que tal sesgo no ha impedido aproximarme a los mundos de estas personas y ubicar a los talleres como interfaces que, más allá de mi presencia, se tienen que realizar, dejando en claro en los capítulos etnográficos que lo que se hacía o decía estaba directamente relacionado con mi presencia. Este sesgo es además recurrente e intrínseco al trabajo antropológico en donde el investigador siempre incide en la realidad en la que se aproxima y en donde sus observaciones y conclusiones siempre están mediadas por su propio posicionamiento e historia de vida (Devereux ,1977).

En general, las entrevistas buscaron aproximarse a las interpretaciones del personal de salud acerca del marco institucional de los programas de educación para la salud en contextos indígenas. Desde una perspectiva siempre biográfica se buscó también recuperar las experiencias de vida que han enmarcado y otorgado sentido a los discursos y prácticas del personal de salud en torno a la prevención de enfermedades en estos contextos.

Organicé las entrevistas de acuerdo a la condición laboral, la pertinencia institucional y/o la condición de beneficiarias del PDHO de las personas. Las entrevistas fueron semiestructuradas de acuerdo a las siguientes líneas temáticas:

- Localidades de origen, composición de la familia de origen, nivel de escolaridad de los padres, situación socioeconómica familiar, otros referentes significativos del entorno familiar
- Escolarización (para el caso del personal de salud médico y de enfermería se incluye lo referente a la elección profesional y el proceso de formación)
- La experiencia laboral previa y la situación laboral actual (se toman en cuenta experiencias

de migración y lo referente a los empleos en el ámbito de la salud para el caso del personal de salud médico y de enfermería)

-Experiencia y expectativas en las políticas públicas de educación para la salud

-Experiencia y expectativas de los talleres de autocuidado

En lo que se refiere a los espacios de observación, me aproximé a las salas de espera de las cuatro unidades médicas seleccionadas, las casas de salud, los espacios destinados a la realización de los talleres y los espacios de realización de faenas; así como el palacio y agencias municipales como espacios de negociación y gestión de los servicios de salud en el municipio. Lo anterior, sin olvidar el espacio de la ambulancia municipal que se convierte en sí mismo en expresión y lugar de un sinnúmero de experiencias ligadas profundamente al objeto de investigación propuesto.

De esta forma, fue posible recuperar información en torno a la operación de las unidades médicas. Se pudo conocer la lógica que sigue la programación de citas y los controles de embarazadas, niños con desnutrición, hipertensos y diabéticos. Se realizaron también observaciones en torno al manejo de expedientes, campañas de vacunación, la toma de citologías y el manejo del complemento alimenticio. Se registró y observó lo que tiene que ver con la división de cargas de trabajo al interior de los centros de salud y con el personal comunitario responsable de las casas de salud. Así fue posible tener acceso a un amplio espectro de actividades y relaciones en las que se inscriben los tiempos y espacios dedicados a la realización de los talleres de autocuidado para la salud.

Puse especial atención a las dinámicas de los talleres de autocuidado, los arreglos institucionales y comunitarios en torno al PDHO, como dinámicas y momentos críticos que ponían en jaque a los servicios de salud disponibles en la comunidad. Realicé así observación participante en doce talleres de autocuidado para la salud con los temas de Planificación Familiar, Nutrición y Prevención de adicciones; temas que correspondían a la programación temática de las unidades médicas, de los cuales ocho se realizaron enteramente en mazateco. Esta cuestión requirió de la grabación de los contenidos para una futura traducción que fue posible realizar con la invaluable colaboración de una joven de la comunidad.

## **VIII Organización de la tesis**

Atendiendo a las recomendaciones de Menéndez (1992) en torno a la pertinencia de que los estudios centrados en el actor puedan contrastarse también con las estructuras y contextos en

los que desenvuelve su práctica, los primeros dos capítulos de la tesis buscan ubicar el marco institucional y la realidad comunitaria en la que se inserta la práctica del personal de salud. A éstos, les siguen los tres capítulos etnográficos en donde se presenta la reconstrucción de los mundos de vida, experiencias de trabajo y participación en los talleres de autocuidados de cuatro médicos, tres auxiliares de enfermería y tres asistentes rurales de salud.

El capítulo uno denominado “El entramado institucional: políticas, normatividades, programas y discursos” tiene como propósito ubicar los antecedentes históricos en los que se ancla la propuesta de educación para la salud de los talleres de autocuidado, para después ubicarlos como parte del PDHO. Lo anterior, incluye además una descripción detallada de las particularidades que caracterizan la operación del componente de salud del PDHO en Oaxaca y sus implicaciones para los talleres, así como las características de los recursos materiales y humanos que intervienen en su implementación.

El segundo capítulo, denominado “El contexto y el entramado local: relaciones, recursos y vivencias” presenta una descripción de Santa María Chilchotla que busca presentar sus condiciones socioeconómicas, los recursos disponibles en materia de salud y el tipo de emergencias de salud que se viven, para ubicar el ejercicio del personal de salud del primer nivel, con énfasis en los talleres de autocuidado para la salud.

Posteriormente, se presentan tres capítulos que llevan por nombre “Experiencias, saberes, discursos y práctica del personal” médico, de enfermería y comunitario, respectivamente, los cuales tienen como propósito presentar una reconstrucción de los mundos de vida de diez personas que ocupan estas posiciones en los centros de salud seleccionados para el estudio, para después analizar la influencia de estos mundos en su práctica en los talleres de autocuidado para la salud.

Finalmente, se presentan unas consideraciones finales que condensan los principales retos teóricos que supuso la investigación, así como los principales hallazgos en relación a las formas que adquieren los talleres, a partir de la reconstrucción de los mundos de vida del personal de salud de Santa María Chilchotla.



# **CAPÍTULO UNO**

## **EL ENTRAMADO INSTITUCIONAL: POLÍTICAS, NORMATIVIDADES, PROGRAMAS Y DISCURSOS**

Cuando entré a trabajar en Oportunidades pasé un par de semanas sumergida en un sinnúmero de manuales que describían sus procesos operativos y relataban algunos de sus antecedentes, y otras tantas revisando las actas de los Comités Técnicos Estatales de los tres años previos a mi llegada. En estos documentos fue posible observar algunas de las problemáticas de la coordinación intersectorial que suponía el Programa, sobre todo en lo referente a la operación del componente de salud.

Este capítulo tiene como propósito exponer los antecedentes históricos, así como los entramados, discursos, planteamientos y normatividades institucionales actuales en los que se inserta la educación para la salud en contextos indígenas y, como parte de ésta, la normatividad, operación y recursos que presentan los talleres de autocuidado para la salud del PDHO para el caso específico de Oaxaca.

Para ello se presentan los referentes normativos internacionales y los antecedentes de la educación para la salud en los contextos indígenas en México, desde las perspectivas y objetivos de las distintas instituciones de salud que han dado cobertura en salud en las regiones indígenas: El Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Salud y el IMSS-O. En los apartados siguientes se abordan la orientación y características del PDHO sobre todo de su componente de salud; enfatizando las formas del Programa de entender y atender la educación para la salud, incluyendo el desarrollo de los talleres de autocuidado. Finalmente, se describen y analizan la metodología, los recursos materiales y los perfiles del personal operativo al que el PDHO recurre para la implementación de los talleres de autocuidado para la salud en los ámbitos locales.

### **1.1 El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades: Antecedentes, normas y operación interinstitucional**

Para describir y analizar el PDHO como una política de estado, es necesario partir de la conceptualización de pobreza adoptada por el estado mexicano en las últimas décadas. Es a partir de 1988 que la categoría de “pobreza” se consolida como parte de una mirada gubernamental orientada al establecimiento de políticas y programas “focalizados” para su atención. En ese periodo y como parte de las políticas de estabilización y ajuste estructural

derivadas de la crisis económica de la década de los ochenta, comenzó también una discusión sobre las características que tomaría la acción del Estado en la provisión de servicios públicos, sobre todo en educación y salud.

Hasta antes de la crisis de principios de los años ochenta, el estado mexicano había adoptado una política social y económica donde se suponía que la provisión de servicios públicos gubernamentales se extendería progresivamente a toda la población. Con las profundas crisis económicas, se transita a un modelo económico neoliberal que tiende a focalizar políticas y a diluir servicios universales. En términos económicos se hablaría del tránsito del “subsidio a la oferta” para referirse a las acciones sociales del Estado benefactor, al “subsidio a la demanda” para caracterizar la soberanía del consumidor (González y Escobar, 2012:27) dentro del viraje neoliberal en la política pública.

En esta lógica, el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), establecido en 1989 durante la administración de Salinas de Gortari (1988-1994), continuó con el discurso del IMSS-COPLAMAR exigiendo que las comunidades se “comprometieran” con la aportación de tiempo y trabajo para garantizar la entrega de los beneficios del programa. PRONASOL parecía corresponder a una lógica de focalización, aunque las relaciones que se tejieron para la dispersión de los beneficios continuaron siendo de carácter más colectivo y hasta clientelar (Cohen y Franco, 2006); sus mecanismos de transferencia de recursos incluían programas de becas, el establecimiento de tiendas CONASUPO, lecherías, el financiamiento de proyectos productivos comunitarios y la promoción de la salud y la educación.

Sin embargo, no fue hasta la crisis de diciembre 1994, al inicio de la administración presidencial de Zedillo Ponce de León, que se dio abiertamente un viraje de la política social en México. Esta crisis, caracterizada por el agotamiento de las reservas monetarias internacionales, la devaluación masiva del peso, la imposibilidad de pagar la deuda externa, el rescate financiero de Estados Unidos y el rescate bancario interno, estuvo acompañada también por una crisis política derivada del surgimiento del movimiento zapatista en Chiapas (enero 1994). De tal modo, no se hizo esperar una intervención de política social que recogiera las recomendaciones que hacían el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Se diseñó así el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) cuyo centro era fortalecer la focalización de los apoyos a las familias pobres del país y el fortalecimiento de los servicios de salud y educación. Se comenzó así en 1997 la incorporación en zonas rurales sobre la base de transferencias en efectivo, característica que planteaba una diferencia fundamental con políticas aplicadas con anterioridad: “Con PROGRESA se afirma la tendencia a la intervención

focalizada como estrategia privilegiada de combate a la pobreza, bajo la concepción de que quedan bajo responsabilidad gubernamental únicamente los sectores más pobres” (Sesia, 2001:110).

La base de esta política era la búsqueda de complementariedad entre los apoyos en salud, educación y alimentación para lograr un combate integral a la pobreza mediante la “inversión” en capital humano<sup>31</sup>, sobre todo niños y mujeres. Esta triada determinó que el Sistema de Salud se alineara a los planteamientos del Programa para la atención de las familias beneficiarias. Se buscaba “romper el ciclo intergeneracional de la pobreza” a través de la entrega de transferencias directas a las madres de familia. De modo que la familia<sup>32</sup> y no la comunidad sería la unidad beneficiaria, aunque ahora serían las mujeres las encargadas de la titularidad del Programa. El PROGRESA terminaba por identificar a las familias campesinas e indígenas como “pobres” transformándolas de facto en “objetos legítimos de intervención y regulación orquestada desde arriba. Así establece mecanismos de coerción y funciones de vigilancia en la localidad creando figuras o utilizando ya otras ya existentes como agentes de control” (Ib.:126). Para el año 2000, la sucesión presidencial marcada por la alternancia del Partido Revolucionario Institucional (PRI) con el Partido de Acción Nacional (PAN), planteó un parteaguas en la continuidad del Programa. Era un reto convertirlo en un planteamiento transexenal, pero existían las presiones suficientes para darle continuidad<sup>33</sup>. En 2002 PROGRESA se transforma en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), con una estructura básicamente igual durante los sexenios de Fox Quezada (2000-2006) y Calderón Hinojosa (2006-2012).

A través de transferencias monetarias, el PDHO promueve lo que se denomina “desarrollo humano” por medio del incremento de las capacidades de las personas en condiciones de pobreza, suponiendo que a largo plazo esta inversión en capital humano garantice la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza. De este modo, las becas educativas plantean reducir los costos de oportunidad a corto plazo de mandar a los niños a la escuela y garantizar que las personas tengan las necesidades básicas satisfechas con los apoyos en materia de la salud y alimentación (Cohen y Franco, 2006:44). Al respecto, cabe rescatar la advertencia de Long en torno a las diferentes formas en las que se puede concebir al desarrollo, “en términos de

---

<sup>31</sup> Concepto ligado a la economía neoliberal en la que se supone que la inversión en la educación y la salud de los individuos no es un fin en sí mismo sino un medio para elevar la competitividad y con ello la producción del país.

<sup>32</sup> “Al ser los beneficiarios las unidades domésticas familiares, el programa hace a un lado las estructuras de organización y de decisión locales, promoviendo de hecho una individualización de la relación entre beneficiarios y el Estado” (Sesia, 2001:126).

<sup>33</sup> Autores como Hevia (2007) coinciden en que el PDHO logró evitar que se propagara la protesta y contuvo la revuelta social en otras zonas indígenas o rurales del país.

aumentos en la productividad o niveles de producción, redistribución del ingreso, equidad aumentada o bienestar general, el ataque a la pobreza, o como un proceso político en que los grupos “en desventaja” intentan mejorar sus oportunidades” (2007:73). Es evidente que el PDHO se restringe sólo a esta última acepción.

Las transferencias económicas se realizan directamente a las mujeres beneficiarias del Programa, lo que junto con un esquema de becas diferenciado por género (se otorgan montos mayores a las becarias que a los becarios a partir de la secundaria), busca incorporar normativa y operativamente una perspectiva de género que atienda a las disparidades de los hombres y mujeres que forman parte de la población beneficiaria. Sin embargo y más allá de estas consideraciones, la operación y normativa del Programa no cuenta con la adopción de este enfoque de manera transversal (de la Paz & Salles, 2006), pues a pesar de que incorpora estas acciones, en mi experiencia, ni el personal institucional, ni los procesos operativos incluyen este enfoque en sus acciones cotidianas.

Otro aspecto fundamental de la operación del PDHO radica en su proceso de selección e incorporación de familias. Por mucho tiempo, este elemento ha sido considerado una fortaleza por tratarse de un procedimiento homogéneo para todo el país. Se trata de una medición basada en índices estadísticos y en la aplicación de instrumentos de recuperación de información sociodemográfica que son sometidos a una metodología de selección, basada en una concepción multidimensional de pobreza<sup>34</sup>. De este modo, se eligen las localidades susceptibles<sup>35</sup> a ser incorporadas sobre la base de datos sociodemográficos, para después iniciar un proceso de levantamiento de encuestas<sup>36</sup>, de cuyos resultados depende la selección de familias dentro de cada comunidad.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> A partir de los elementos teóricos de Amartya Sen (1979) se define a la pobreza como una situación que conjuga un sinnúmero de dimensiones que no pueden ser medidas eficazmente sólo por el ingreso.

<sup>35</sup> Localidades con índices socioeconómicos bajos y con fuertes índices de marginación y rezago que cuenten con servicios de educación y salud para la atención de las familias.

<sup>36</sup> La selección de familias se basa en los cuestionarios que las y los encuestadores del Programa deben realizar durante sus visitas domiciliarias. Visitas que, en teoría, deberían abarcar el 100% de las casas de las localidades que hayan sido seleccionadas por la Coordinación Nacional del Programa. Sin embargo, en mi experiencia en la operatividad del PDHO, la escasa contratación de personal provocaba que los encuestadores se concentraran en encuestar los núcleos de población menos dispersos, dejando fuera a personas de los núcleos más aislados y dispersos que bien podrían ser susceptibles a recibir los apoyos del Programa. En esta lógica, las primeras personas que son encuestadas pueden pertenecer a las familias que viven en los núcleos de población más concentrados y cuyas condiciones socioeconómicas sean mejores en comparación con las familias que viven en zonas más dispersas y cuyas casas pudieron ser no visitadas. Lo anterior sin tomar en cuenta, el caso de las personas que son encuestadas en viviendas de comunidades donde se alojan en los momentos de la siembra y que no manifiestan durante la aplicación de los cuestionarios que tienen casa en mejores condiciones en la cabecera municipal.

<sup>37</sup> Se ha criticado el tratar de focalizar dentro de comunidades caracterizadas como de alta marginación por cuanto se argumenta que las diferencias de quienes serán incorporados al Programa y los que quedarán excluidos, provocará

En términos generales, el Programa ha establecido componentes de operación entre los cuales se han mantenido desde 1997 a la fecha los que corresponden a Educación, Alimentación y Salud. En lo que se refiere al componente de salud, este consiste en la provisión de un paquete básico de servicios, así como la impartición de pláticas o talleres educativos, que tienen como propósito mejorar el autocuidado para la salud de las familias beneficiarias.<sup>38</sup>

Junto con el formato de transferencias directas, se estableció un esquema de corresponsabilidades que ha consistido en el establecimiento de tareas que deben ser cumplidas por los beneficiarios a cambio de su permanencia en el Programa. De este modo, es obligatoria la asistencia de los niños a la escuela y la asistencia de las familias a las unidades médicas, considerando que dicho condicionamiento responsabiliza a las personas en el mejoramiento de su salud y educación.

No obstante, hay estudios que incluso desde una lógica economicista cuestionan la efectividad a largo plazo de imponer “restricciones conductuales” para promover la formación de capital humano e incluso señalan que incrementos en la calidad de los servicios podrían incrementar su utilización (Cohen y Franco, 2006:59). Lo anterior sin dejar de lado que este condicionamiento da lugar a que el personal educativo y de salud, además de sus funciones regulares, se encarguen del control y vigilancia de las corresponsabilidades de las familias. Esto se traduce en una compleja red de seguimiento en la que el personal adquiere un poder relativo<sup>39</sup> en las comunidades, ya que la permanencia de los beneficiarios en el Programa depende de la certificación de la asistencia que el mismo personal realiza.

Al respecto, Sesia (2001) señala que “las posiciones que adoptan aquellos que el programa identifica como sus agentes reguladores locales están guiados por múltiples motivaciones personales y profesionales, a veces contradictorias entre sí” (Ibid: 126); posiciones que además pueden estar acordes o en conflicto con los principios y lineamientos del Programa, dando lugar a un sinnúmero de adaptaciones a nivel local. Es por esto que la operación local se constituye en un objeto de investigación relevante en tanto nos permite referirnos a lo que Long ubica como

---

fisuras en la cohesión comunitaria, pérdida del capital social y peligros de que surjan conflictos internos (Cohen y Franco, 2006:58).

<sup>38</sup> El componente educativo contempla la entrega de becas hasta el nivel medio-superior, con montos ascendentes según el grado escolar y con un porcentaje superior a las niñas a partir de la educación secundaria, con el propósito de incentivar su permanencia en la escuela y reducir la brecha educativa motivada por razones de género. El componente alimentario incluye la transferencia bimensual de efectivo para incrementar directamente el ingreso de las familias y posibilitar la compra de alimentos básicos.

<sup>39</sup> Se trata de un poder relativo, pues como se verá a lo largo de la investigación las y los beneficiarios del Programa cuestionan esta influencia, sobre todo cuando se trata de personal originario de las comunidades, cuestión que da lugar a un sinnúmero de arreglos, conflictos y tensiones.

un elemento crucial en el análisis de programas de desarrollo: “enfocarse en las *prácticas de intervención*, cómo evolucionan y se forman por los forcejeos entre los varios participantes, en lugar de simplemente enfocar los *modelos de intervención*”<sup>40</sup> (2007:74).

## 1.2 El componente de salud de salud del PDHO

El componente de salud del PDHO juega un papel fundamental en la atención primaria en salud en todo el país; sobre todo en las zonas indígenas donde se concentra la pobreza que el Programa busca atender. Su operación se basa en un conjunto de intervenciones en materia de salud denominado Paquete Básico Garantizado de Salud y ha tenido modificaciones menores en los doce años de operación que lleva el Programa. Las acciones se concentran en la prevención y detección oportuna de enfermedades e incluyen los controles de padecimientos crónico-degenerativos, la vigilancia nutricional y el seguimiento al embarazo y lactancia. Adicionalmente, se incluye el fomento del autocuidado para la salud a través de la realización de talleres de educación para la salud y lo que se denomina el reforzamiento de la oferta de servicios de salud.

Este esquema de operación no puede considerarse una política pública integral de atención a la salud ya que “privilegia una perspectiva simplificada de la salud como producto de estilos de vida individuales, sin contexto ni anclaje con los determinantes económicos sociales y culturales” (Peña y León, 2010:55). Esta provisión mínima de servicios se encuentra alineada al modelo neoliberal, basado en la reducción de servicios públicos y en la focalización de la política social.

Por otro lado, los discursos sobre la salud, la enfermedad, la prevención, el autocuidado y la atención a las enfermedades se reducen a una perspectiva individualista. En el ámbito de la prevención, se sobrevalora la capacidad individual de “decidir” en contextos de profunda discriminación y desigualdad social. No se discuten las causas sociales de las enfermedades, lo que niega el carácter político de la salud y la convierte en un espacio “neutral”, donde las personas pueden estar sanas en tanto sigan fielmente las indicaciones del personal de salud. Estas concepciones colocan la vida, la enfermedad y la muerte en el ámbito de la responsabilidad individual, donde los servicios de salud básicamente se ven obligados a atender a personas irresponsables que se niegan ilógica y voluntariamente a cuidar de su salud; supuestos que invisibilizan las causas estructurales que mueven y propagan las enfermedades (Ib.:58).

Por otra parte, este énfasis en concentrar la atención en salud en amortiguar los efectos de la pobreza ha contribuido a profundizar el sistema dual y polarizado que caracteriza al sistema de

---

40 Las cursivas son mías.

salud mexicano (Ib.:57). El PDHO ha limitado la atención en salud a un paquete básico que no tiene posibilidades reales de exigibilidad por parte de sus beneficiarios; menos, cuando hay necesidad de servicios médicos especializados. Lo anterior, sin olvidar que las cargas de trabajo que el PDHO representa para las instituciones de salud dejan en el limbo a las personas que por diversas circunstancias han quedado fuera del Programa<sup>41</sup>.

En general, la población beneficiaria tiene derecho a recibir de manera “supuestamente” uniforme, independientemente de la institución de salud que se haga cargo de la provisión de servicios. Sin embargo, la implementación de este componente no se ha realizado sobre el vacío, pues aterriza a través del IMSS-Oportunidades y los Servicios de Salud Estatales, instituciones que ya contaban con políticas, discursos y prácticas en relación a la atención primaria en salud<sup>42</sup> en general y en específico en las comunidades indígenas de las que se ocupa esta investigación.

En lo que se refiere a la educación para la salud en comunidades indígenas, tanto la operación de la Secretaría de Salud como la del IMSS-O se ha caracterizado por la ausencia de una estrategia transversal que incluya consideraciones específicas para la educación para la salud en estos espacios. Pues si bien el Instituto Nacional Indigenista<sup>43</sup> llegó a incluir consideraciones al

---

<sup>41</sup>A pesar que los procesos de selección del PDHO han recibido evaluaciones positivas en relación con otros programas aplicados con anterioridad en México, lo cierto es que hay errores de inclusión y exclusión que aunque a nivel nacional representan un porcentaje mínimo de familias, a nivel local se traducen en fuente de controversia permanente, pues existe la percepción justificada en casos concretos de que hay familias que se han quedado sin beneficios, en relación a otras que son beneficiarias aun cuando parecen no encontrarse en la situación de pobreza que se describen en las reglas de operación del Programa.

<sup>42</sup> “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978).

<sup>43</sup> Las acciones del INI en materia de salud constituyen el primer referente de educación para la salud que tomaba en cuenta las características culturales de los usuarios de los servicios. El Instituto incluyó desde sus inicios la contratación y operación de médicos que hacían trabajo de corte extensionista, capacitando y prestando atención médica en los Centros Coordinadores Indigenistas. Había un énfasis en la capacitación de personal indígena comunitario que pudiera aproximar los conocimientos de la medicina occidental desde una perspectiva considerada como intercultural, en tanto se tomaban en cuenta las diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad en los contextos indígenas. En esa materia, las aportaciones de Aguirre Beltrán constituyen el punto de referencia nacional de la antropología aplicada a la educación sanitaria indígena en México, en donde, por primera vez, había una institución gubernamental que ponía en la mesa la importancia de que el personal de salud conociera integralmente el medio en el que desempeñaría sus funciones. Por otro lado, también señalaba que era crucial reconocer los canales de comunicación adecuados con actores estratégicos de la comunidad, así como procurar la cooperación económica de la misma, dado que se reconocía que los recursos del erario público eran limitados y las comunidades indígenas podían sostener algunos requerimientos presupuestales de los servicios de salud. Este planteamiento denota también que la cuestión presupuestal fue una de las limitaciones del INI casi desde un principio, pues a pesar

respecto, lo cierto es que no se aplicaron integralmente en las instituciones encargadas de la atención a esta población. Con eso en mente, a continuación se incluyen las principales características que ha tenido la promoción y educación para la salud en contextos indígenas, desde la perspectiva de las instituciones que operan el componente de salud del PDHO, para entender qué lógicas y condiciones administrativas pueden caracterizar su implementación.

### **1.2.1 La Secretaría de Salud**

La Secretaría de Salud (SSa) es la encargada de la provisión de servicios de salud en las zonas indígenas desde su fundación como Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, ya que históricamente ha sido la responsable de la atención a la población no asalariada que quedaba fuera de la derechohabencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La SSa se fue haciendo cargo de las labores de saneamiento y salud pública para la población abierta, aunque siempre tuviera constantes problemas de financiamiento suficiente y de cobertura, sobre todo en las zonas rurales muy alejadas, que en su mayoría corresponden a comunidades indígenas. Frente a estas poblaciones, la SSa se limitó por décadas a ubicarlas como parte de una categoría universalista de población rural, lo cual implicó que no se desarrollaran estrategias de educación y promoción a la salud que atendieran a las particularidades socioculturales de la población indígena.

En los años sesenta y setenta la SSa ensayó la estrategia de las denominadas “casas de salud” con la creación de una unidad mínima de servicios coordinados, donde las acciones de salud deberían ser apoyadas por la comunidad organizada y asesorada por el personal de salud y donde la educación higiénica era impartida por personal auxiliar comunitario capacitado por los centros de salud (Menéndez, 1992: 183).

Se trataba de diversos esfuerzos por ampliar la cobertura de los servicios recurriendo a estrategias que el INI había incorporado en sus programas. En 1977 la SSa estableció el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano (PEC) que tenía como propósito capacitar a mujeres de las comunidades de 500 a 2500 habitantes como auxiliares de salud comunitaria. Este personal recibía una remuneración simbólica mensual por medio de los comités de salud de las comunidades, era capacitado durante dos meses y se le entregaba un maletín de curaciones y un botiquín con un cuadro básico de

---

del funcionamiento de sus Centros Coordinadores a nivel regional, nunca fue una institución que tuviera la infraestructura y recursos para la atención sanitaria del conjunto de las comunidades indígenas del país.



menos de veinte medicamentos que podía prescribir. Otra iniciativa que seguiría esta lógica fue el Programa Comunitario Rural que se basaba en la capacitación de auxiliares rurales de planificación familiar que se encontraban coordinadas por un módulo de salud a cargo de una enfermera (Ordoñez, 2002: 95).

Las estrategias para ampliar la cobertura por medio del apoyo de personal comunitario han tenido una larga duración, actualmente, en estados como Oaxaca continúan operando algunos módulos del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), cuyo funcionamiento se encuentra a cargo de personal de enfermería que labora de manera itinerante en coordinación con personal comunitario. Para Menéndez (1992), estas estrategias coinciden en una visión de las comunidades como espacios homogéneos y simétricos, ignorando su heterogeneidad y fomentando su participación, no sólo para promover la salud preventiva, sino y sobre todo para reducir costos.

En la década de los noventa, la SSa inició un proceso de descentralización, donde los servicios de salud de las entidades federativas (SESA) adquirieron la responsabilidad de administrar sus recursos y operar los distintos programas de salud. Es así que cada estado ha sido el encargado de priorizar las áreas de atención, mientras la SSa federal cumple funciones rectoras planteando programas y directrices de trabajo.

No fue hasta el 2001 que la reforma del segundo artículo de la constitución mexicana desencadenó algunas modificaciones en la SSa en torno a la atención de los pueblos indígenas. En 2002 se abrió la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, la cual ha sido la encargada de promover lo que se denomina un enfoque de atención intercultural en salud. Esta dirección ha establecido en los últimos diez años diferentes planteamientos conceptuales y directrices operativas en torno a lo que debería ser la atención en salud para los pueblos indígenas, estableciendo normativamente que la promoción a la salud en zonas indígenas debería incluir una perspectiva intercultural basada en lo que denomina las “competencias interculturales” para el personal de salud.

La dirección retoma una definición de interculturalidad que implica el reconocimiento de las diferencias culturales y la posibilidad de establecer canales de comunicación que faciliten las relaciones entre los pueblos indígenas y el personal de salud. Estas referencias se mantuvieron presentes en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 donde se enfatizaba que era preciso “promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas”.

Sin embargo, estas transformaciones no han permeado los esquemas operativos que atienden a población indígena, pues estos dependen de la organización de los servicios de salud estatales

y de las escasas partidas presupuestales que se destinan para este proceso; aun cuando oficialmente se enuncia que la interculturalidad en salud debería ser un enfoque transversal a los servicios de salud de todo el país.

### **1.2.2 El IMSS-Oportunidades (IMSS-O)**

Otra institución fundamental en la atención en salud de las comunidades indígenas es el IMSS-O. Los antecedentes del Programa IMSS-O se remontan a 1973, cuando se hicieron modificaciones en la Ley del Seguro Social para que el IMSS extendiera su cobertura a la población que se calificaba como de extrema pobreza y marginación. Antes de este año ya se habían sentado las bases de un sistema de seguridad social para los trabajadores formales que concentraba su atención en las zonas cruciales para la industrialización del país. Sin embargo, en la década de los setenta se redujo la masa de trabajadores formales en el país y comenzaron las presiones internas por ampliar el sistema de salud a las áreas rurales no industrializadas, que hasta entonces habían sido atendidas por el INI o la SSA.

De este modo, en 1974 se crea el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que sentaría las bases de lo que sería el IMSS-COPLAMAR. Esta institución tenía como propósito extender los servicios de solidaridad social por todo el país, objetivo que se vio truncado por la crisis económica que derivó a la desaparición del COPLAMAR en 1982. Sin embargo, el Seguro Social se quedó como responsable de la infraestructura y servicios creados en esos años.

En 1990, durante la administración presidencial de Salinas de Gortari (1988-1994) cambia la denominación y financiamiento del Programa. Así fue que el IMSS-Solidaridad continuó con un presupuesto federal independiente hasta el 2002 cuando se modifica nuevamente su nombre para dar lugar a lo que hoy se conoce como IMSS-O.

Durante estos años el IMSS-O no tuvo cambios fundamentales en su estrategia de operación. Su Modelo de Atención Integral en Salud supone la conformación de una red de voluntarios encargados de la vigilancia y seguimiento de actividades relacionadas con la promoción a la salud, sobre todo en lo que se refiere al saneamiento básico. Para ello, la conformación de comités de salud y el establecimiento de acuerdos de contraprestación de servicios han caracterizado la operación de unidades médicas rurales que cuentan con financiamiento limitado, que es complementado con la participación de las comunidades.

En este sentido, se apostó por el entrenamiento de personal comunitario y la contratación de

auxiliares de enfermería de las comunidades, lo que ha facilitado la comunicación con el personal médico, sobre todo en el caso de comunidades con altos porcentajes de monolingüismo en lengua indígena. Cabe señalar que mientras el IMSS-Coplamar incluyó desde sus inicios al programa de medicina tradicional, el IMSS-O no presenta una normativa específica en cuanto a las características que deberían adoptar las políticas de educación para la salud dirigidas a población indígena, pues la definición de estas políticas se ha basado sobre lo que se identifica como población rural.

Con estos referentes, resulta claro que además de una falta de definición de lo que debería ser la educación para la salud en las comunidades indígenas, estas instituciones han enfrentado fuertes restricciones presupuestales, en comparación con los servicios disponibles para los trabajadores del estado o de las empresas.

Esto es analizado por Menéndez sobre la base de datos presupuestales, identificando un periodo de 1940 a 1980 que se caracteriza por la “secundarización de la población dedicada a actividades agrícola-ganaderas y en particular del campesinado indígena” y el “dominio continuo de un enfoque curativo al cual son derivados la mayoría de los recursos humanos, materiales y financieros en detrimento de un enfoque preventivo” (1992:180). Después identifica, en las décadas de los ochenta y noventa, un proceso de descentralización inconclusa donde el gasto orientado a la denominada atención primaria y con ello la educación para la salud sigue concentrándose en las áreas rurales, pareciendo develar un incremento de la cobertura de atención en las zonas indígenas, aunque se carezca en estas regiones de una estructura médica resolutive en el resto de los niveles de atención. Este proceso parece profundizarse con la implementación del Componente de Salud del PDHO cuyo gasto per cápita se concentra específicamente en la atención primaria en salud.

Por otra parte, tampoco se puede ignorar la irrupción normativa del enfoque de salud intercultural, cuya implementación se ha visto obstaculizada por la fragmentación del sistema de salud, por las resistencias del mismo sistema hacia la adopción transversal del enfoque, y por las restricciones presupuestales y administrativas que caracterizan la operación de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la SSa federal. Es así que, desde hace al menos diez años, los programas que plantean la educación para la salud como enfoque predominante de la medicina preventiva, incluidos el PDHO, mencionan que cualquier intervención en esta materia tendría que contar con una perspectiva intercultural, sin que por ello se disponga de los recursos administrativos, materiales y humanos para su implementación.

Se trata pues de una inclusión principalmente discursiva que nos remite a Dietz (2011) cuando

explica que la interculturalidad tiene una dimensión funcional a la que se refieren las políticas y otra crítica que permite cuestionar el discurso que puede estar detrás de estos planteamientos. En este caso, la interculturalidad en salud parece convertirse en una gramática de la diversidad, que puede entenderse como una respuesta institucional al desafío del pluralismo de la diversidad y la heterogeneidad etnocultural. En esta lógica, la interculturalidad se convierte en una forma de administrar la diversidad porque el Estado mantiene el monopolio de definir quién es el otro. Se trata entonces de una referencia obligada en los discursos institucionales, de una dádiva gubernamental para la población que es tomada en cuenta en esta gramática.

### **1.3 La operación en Oaxaca del componente de salud del PDHO**

En este apartado se presenta una aproximación a la forma en la que aterriza el componente de salud del PDHO en el estado de Oaxaca, a partir de mi experiencia laboral y en la evaluación de calidad de los servicios a cargo del CIESAS-Occidente de 2010.

En Oaxaca las instituciones responsables de operar el componente de salud del PDHO son los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y el IMSS-O. Para el 2011, los SSO atendían a 57.7% de la población beneficiaria, mientras el IMSS-O y sus módulos urbanos atendían al 42.3%<sup>44</sup>.

La operación del componente requiere de una coordinación intersectorial que asegure la aplicación homogénea de la norma, lo cual se ve obstaculizado al tratarse de instituciones que cuentan con sus propias lógicas administrativas y operativas. Con esto en mente, a continuación se citan algunas problemáticas de coordinación que afectan directamente la operación de los talleres de autocuidado para la salud como la certificación de corresponsabilidades, el sistema de pago de cuotas a las instituciones de salud, la validación de servicios y la definición de las corresponsabilidades.

En cuanto a la certificación, una documentación crucial para las unidades médicas es el formato bimestral de certificación de las corresponsabilidades de las familias (S2), el cual incluye los nombres de las titulares del PDHO de cada localidad y sirve para registrar las inasistencias de las familias a las citas médicas y a los talleres de autocuidado para la salud. Estos formatos se distribuyen y recogen bimestralmente para la captura de los datos que determinan qué familias cumplieron con sus corresponsabilidades para recibir de manera regular sus apoyos. Muchos

---

<sup>44</sup> Esta distribución se calculó con base en el número y ubicación de las unidades médicas de ambas instituciones de acuerdo a la información de los informes de seguimiento operativo disponibles en la página de internet del PHO antes del cambio de administración federal ([www.oportunidades.gob.mx](http://www.oportunidades.gob.mx)).

estados de la república han transitado a un sistema de certificación electrónica que facilita este proceso, pero en Oaxaca más de 80% de las unidades médicas siguen con el proceso tradicional. De este modo, cualquier error en la regionalización de servicios<sup>45</sup> deriva en que toda esta documentación no llegue correctamente a las unidades médicas, lo cual redundaría en que localidades enteras dejen de recibir los apoyos monetarios del Programa por la falta de certificación, generando un sinnúmero de problemáticas operativas entre las instituciones de salud y la población beneficiaria.

Por otro lado, de acuerdo a las reglas de operación del PDHO, el IMSS-O y los SSO reciben de la federación una cuota por cada familia Oportunidades que se encuentre bajo su atención. Sin embargo, a nivel estatal no se hace ninguna rendición de cuentas al respecto, aunque el personal operativo de estas instituciones suele subrayar en todo momento la falta de recursos para la operación del PDHO<sup>46</sup>. De estas observaciones puede asumirse que hay una mala administración y/o desvíos de los recursos, o que la federación calcula recursos insuficientes para la operación del componente de salud en el estado. En mi experiencia una combinación de estos tres factores puede explicar el por qué los centros de salud siempre se encuentren rebasados. Lo anterior tiene relevancia para los talleres de autocuidado, ya que la saturación de los centros de salud es uno de los argumentos que esgrime el personal médico para no integrarse a estas actividades.

El levantamiento de encuestas para la incorporación de familias al PDHO está precedido por un proceso de “validación” en el que las instituciones de salud y educación estatales tienen que manifestar por escrito que cuentan con la capacidad de incrementar y atender el número de familia beneficiarias. Durante los primeros diez años de Oportunidades en Oaxaca, ninguna de estas instituciones argumentó que no se contara con la capacidad de incrementar los servicios, incluyendo en asumir las actividades de educación en salud con la población beneficiaria que el PDHO contempla. Es así como hubo incorporación y ampliación de familias en todos los lugares priorizados por la Coordinación Nacional del Programa, bajo el argumento de que las instituciones de educación y de salud tenían cubierta a la población del todo el estado y que el PDHO no suponía un incremento sustantivo de las actividades que de por sí formaban parte de su responsabilidad.

---

<sup>45</sup> Proceso mediante el cual la Dirección de Planeación de los SSO actualiza las bases de datos y sistemas de información geográfica para establecer qué centros de salud se hacen responsables de un determinado número de localidades y el cual atraviesa múltiples retrasos por la falta de coordinación entre las instituciones.

<sup>46</sup> Este reclamo era constante en los espacios de capacitación, oficinas regionales y unidades médicas con las que tuve posibilidad de interactuar durante mi experiencia laboral.

Otro aspecto problemático en la operación del componente de salud en Oaxaca, tiene que ver con la definición de las actividades que forman parte de las corresponsabilidades de las familias. Según la normatividad del PDHO, las corresponsabilidades en salud de las familias consisten en la asistencia a citas semestrales de seguimiento y citas mensuales de monitoreo a grupos de control; así como la asistencia mensual a los talleres de autocuidado para la salud. Sin embargo, para el personal de las instituciones de salud estas corresponsabilidades se pueden extender a todas las actividades de carácter comunitario que se desprenden de otras estrategias de promoción a la salud, así como a todas las pruebas de detección de enfermedades consideradas en programas o campañas de prevención específicas. De este modo, tanto los SSO como el IMSS-O incluyen en las corresponsabilidades del PDHO todo tipo de actividades, bajo el argumento de que las personas no sólo deben cumplir con asistir a los talleres de autocuidado para la salud, sino cumplir con todo las actividades para la salud que promueven estas instituciones.

El IMSS-O suele incorporar más actividades, toda vez que no ha cambiado su estrategia operativa basada en una estructura de voluntarios que, coordinados por los asistentes rurales, tienen que supervisar casa por casa el cumplimiento de las actividades de saneamiento básico. El PDHO ha producido así a nivel operativo un extraño híbrido que mezcla las actividades del Programa IMSS-O con lo establecido por el componente de salud del PDHO. El IMSS-O es la institución que con mayor regularidad exige como corresponsabilidad la toma de citologías, la planificación familiar e incluso el aseo regular de los espacios públicos de las comunidades<sup>47</sup>.

Estas situaciones generan tensiones entre el personal operativo de la Delegación Estatal del PDHO y el personal de salud. El personal de la Delegación difunde durante las entregas de los apoyos que las corresponsabilidades en salud consisten en la asistencia a citas médicas y talleres de autocuidado, lo cual suele contrastar con el cumplimiento que exige el personal de las instituciones de salud. En esta contradicción, el personal de la Delegación suele presentarse como el que enarbola la veracidad de las reglas de operación, mientras que el personal de salud se convierte en una especie de verdugo que multiplica a placer las corresponsabilidades de las familias.

Esta diversidad de criterios no ha sido exclusiva de Oaxaca; después de algunos años las

---

<sup>47</sup> Estas actividades incluyen el denominado “barrido” mensual de las calles de los municipios, actividad que es una constante en muchas de las comunidades y que se encuentra a cargo exclusivamente de las titulares del Programa, bajo la condición de que si no participan pierden los apoyos. En algunos casos las titulares han logrado eludir estas actividades alegando que no se trata de una actividad obligatoria.

instituciones de salud a nivel federal incluyeron en las reglas de operación del Programa algunas salvedades en las que se pueden solicitar otras actividades como parte de las corresponsabilidades del PDHO:

Si algún integrante de la familia cumple con alguna de las siguientes acciones, se podrá considerar como válida para certificar el cumplimiento de su asistencia al siguiente Taller programado. Acciones: Niño o niña menor de 5 años recuperado de desnutrición. Niño o niña de 5 años recuperado de anemia con base en los niveles de hemoglobina. Diabético o hipertenso que se mantiene 6 meses en control y con parámetros normales según la NOM correspondiente. Mujer con vida sexual activa que inicia un método de planificación familiar de mayor continuidad (Dispositivo Intrauterino, DIU; Implante subdérmico; Oclusión Tubaria Bilateral, OTB). Hombre con vida sexual activa que se realiza la vasectomía. Embarazada que acude a su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación y concluye al menos 5 consultas prenatales y la atención del parto institucional. Embarazada con desnutrición que se recupera durante la gestación. En ausencia de acciones obligatorias de salud en el mes, la certificación se realizará con la asistencia del integrante citado de 15 a 60 años a la sesión del taller comunitario programado para el Autocuidado de la salud. En casos de brotes epidémicos en la localidad (influenza, dengue, diarreas, etcétera) podrá considerarse en la certificación, la participación en las acciones comunitarias emprendidas por el personal de salud (Reglas de Operación PDHO 2012:11).

No obstante, las tensiones entre el personal de salud y el personal de la Delegación del PDHO siguen siendo referencias muy habituales a nivel local, ya que muchas de las actividades que estas reglas consideran opcionales suelen ser obligatorias en la realidad operativa de las unidades de salud.

Cabe señalar también, que hasta 60%<sup>48</sup> de las quejas que se depositan en los buzones<sup>49</sup> de “contraloría social” denuncian errores en la certificación de asistencias en salud<sup>50</sup>, que muy frecuentemente están ligadas con estas actividades extras algunas de las cuales se desarrollan en los mismos talleres de autocuidado y las cuales se consideran parte de las corresponsabilidades.

De este modo, la resolución de quejas y denuncias es otro de los rubros que es necesario abordar para dar cuenta de la operación del componente de salud en Oaxaca. El procedimiento normativo que regula la atención a quejas y denuncias se encuentra fragmentado y se caracteriza más por el envío y recepción de quejas entre las instituciones, que por un flujo que permita la

---

<sup>48</sup> Dato promedio extraído de los Informes de Seguimiento Operativo bimestral del PDHO en Oaxaca correspondientes a los años 2010 y disponibles en la página de Coordinación Nacional del Programa antes del cambio de administración ([www.oportunidades.gob.mx](http://www.oportunidades.gob.mx)).

<sup>49</sup> Buzones móviles que lleva consigo el personal de la Delegación del PDHO en las entregas de apoyo y que se abren cada dos meses con la presencia de representantes de la Secretaría de la Contraloría Estatal, institución que es la responsable de referir las quejas a la institución a la que correspondan.

<sup>50</sup> De acuerdo a las Reglas de operación, las familias deben cumplir con su asistencia a citas médicas preventivas y talleres para que el personal de salud certifique su asistencia y estos registros sean la base de la emisión de los apoyos mensuales de las familias en los que refiere al rubro de “apoyo para la alimentación” del PDHO. Las faltas mensuales derivan en que ese apoyo no sea emitido y son de carácter acumulativo. Cuatro bajas mensuales constitutivas o seis discontinuas derivan en la baja temporal de la familia, periodo en el que se quedan sin todos los apoyos y del que sólo pueden ser “reactivadas” mediante la realización de un “trámite” que puede tardar de seis meses a un año en resolverse.

resolución de conflictos. En muchos casos la población que denuncia lo que se considera alguna irregularidad con la operación del componente de salud, es señalada e incluso victimizada delante de sus comunidades, cuando es el mismo personal de salud que fue denunciado el responsable de desahogar la queja. Lo anterior sucede porque ni el IMSS-O, ni los SSO, tienen el personal y recursos necesarios para darle atención al promedio mensual de ciento cincuenta quejas que recibe el sector. Es así que las quejas llegan a acumularse y su resolución termina siendo tarea del mismo personal que fue denunciado, de modo que sólo aquellas quejas que logran trascender estas dinámicas institucionales, llegan a resolverse de forma más inmediata y con la presencia de personal de supervisión.

Finalmente, se puede decir que la operación del componente requiere de la negociación de cuatro entes institucionales<sup>51</sup> que no cuentan con los canales necesarios para movilizar todas las áreas que involucra la operación del PDHO. Ejemplo de ello es lo referente a la operación de los talleres de autocuidado para la salud en los SSO. Por tratarse de tareas de promoción a la salud, su operación debería estar bajo la supervisión de la Dirección Estatal de Prevención y Promoción a la Salud de los SSO. Dicha responsabilidad se desdibuja frente a la Subdirección del Componente de Salud del PDHO del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) que, a pesar de contar con poco personal, puede plantear diversas recomendaciones basadas en su “autoridad” como ente financiador. Sin embargo, en términos concretos el REPSS carece del nivel jerárquico y administrativo para modificar las acciones de dicha dirección, haciendo que todo dependa de las simpatías o disgustos que haya entre el personal de ambas dependencias. Esto ha permitido que los talleres de autocuidado para la salud en el estado de Oaxaca lleven años siendo tarea de todos y de nadie en la administración estatal de los servicios de salud.

#### **1.4 Los talleres de autocuidado para la salud en Oaxaca: Referencias normativas, referentes metodológicos y recursos materiales**

Los desarrollos de la medicina occidental relacionados con la identificación de la etiología de las enfermedades permitieron la definición e implementación de estrategias que se basaban, por un lado, en la difusión de información sobre las medidas que debería seguir la prevención de enfermedades, mientras que, por otro, planteaban las primeras medidas gubernamentales que iban desde la construcción de drenajes, hasta los primeros intentos de los aparatos estatales por

---

<sup>51</sup> El IMSS-O, los SSO, el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) y la Delegación Estatal PDHO.



organizar un sistema de recolección de desechos.

En 1948 la Organización Mundial para la Salud (OMS) definió a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; declarándola además como un derecho fundamental de las personas, independientemente de cualquier distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El reconocimiento al derecho a la salud trajo consigo el desarrollo de un enfoque de educación para la salud que Martínez Hernaéz identifica como monológico, porque “genera, en el imaginario de los profesionales de la salud, una representación pasiva de los sujetos y los grupos sociales, pues sus saberes y actitudes son considerados legos e inexpertos y sus conductas consecuencias de la falta de información sanitaria adecuada” (2011:177). Desde su perspectiva, estos modelos se han traducido en la proliferación de intervenciones verticales en donde se considera al colectivo de usuarios como sujetos vacíos de conocimientos o como recipientes llenos de prejuicios, supersticiones y errores que los profesionales deben erradicar mediante la información, la persuasión y la comunicación unidireccional.

La educación para la salud ha tenido como objetivo apelar a la racionalidad de los sujetos a partir de un enfoque basado en informar qué conductas de riesgo deben ser evitadas para preservar la salud; planteamientos en los que se reconoce un enfoque desarrollista que concibe a la educación para la salud como un proceso en el que, independientemente de cualquier característica sociocultural, el individuo con la información adecuada hará lo necesario para maximizar su bienestar. Esta concepción deja fuera las desigualdades de clase y género, así como las representaciones simbólicas que convergen en dichas conductas que el modelo salubrista denomina “de riesgo” (Martínez, 2006:179)

Es así que en la segunda mitad del siglo XX se afirma un modelo médico social que posibilitó la consolidación de la epidemiología, la higiene social, la medicina social y la salud pública. Se trató del primer entrecruzamiento de las ciencias médicas con las ciencias sociales. En este encuentro, se produjo una interacción conceptual y práctica entre las ciencias de la educación y de la salud que fundamenta el campo de acción de la educación para la salud (Valadez & Villaseñor, 2004).

Los debates en torno a la definición de educación para la salud muy pronto comenzaron a verse marcados por el acompañamiento y traslape del concepto de promoción a la salud. Las diferencias entre estos planteamientos no quedaron del todo claras hasta que, en 1978, aparece un nuevo paradigma que las engloba dentro de lo que se denominó la atención primaria en salud.

En ese año, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, concluyó con una Declaración que condensó los principios normativos a los que debería ceñirse la atención primaria de los sistemas de salud del mundo con el propósito de establecer a “la salud” como un derecho inalienable de todo ciudadano, bajo el lema de “Salud para todos”.

En este texto se incluye la pertinencia de las actividades de promoción y educación para la salud como ejes de la atención primaria en salud. Al respecto, se considera que la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación y que por consiguiente incluye:

La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos  
La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales (OMS, 1978:2).

En años posteriores, la educación y promoción a la salud se fueron consolidando como estrategias para concretar los objetivos de la Declaración Alma Ata. La promoción se fue definiendo como un enfoque más amplio, donde la educación para la salud se convertía en parte de sus planteamientos.

En 1986 se realizó en Ottawa la primera Conferencia de Promoción a la Salud con la denominación de “Hacia una nueva Salud Pública” donde se define a la promoción a la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él” (OMS, 1986:1). Lo anterior, sin pasar por desapercibido que la promoción a la salud incluye también un amplio espectro de actividades que buscan transformar y/o tomar en cuenta las condiciones sociales, ambientales y económicas que propician la salud.

En lo que se refiere a la educación para la salud, ésta se define como un recurso que apoya a la promoción a la salud, en tanto permite aumentar “las opciones disponibles para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud” (Id.). Esta definición sitúa a la educación para la salud en un campo que no se limita a programas educativos específicos, para conceptualizarla como un proceso de larga duración.

Los talleres de autocuidado para la salud del PDHO se inscriben dentro de esta conceptualización, pues tanto su diseño como sus temáticas promueven el autocuidado para la salud desde una perspectiva individualista donde se supone que con la información adecuada las personas pueden tomar “mejores decisiones” en lo que se refiere a su salud.

Normativamente, los talleres de autocuidado para la salud comenzaron siendo llamados “pláticas de salud”, denominación que aún sigue muy presente a nivel local en Oaxaca donde es más común referirse a la plática que al taller; persistencia que coincide además con las dificultades que se han tenido en el estado, para transitar al modelo de talleres de autocuidado.

Viñao (2006) afirma que las reformas de carácter educativo suelen olvidar que las instituciones cuentan con un conjunto de tradiciones y regularidades institucionales sedimentadas a lo largo del tiempo, de reglas del juego y supuestos compartidos, que no se modifican automáticamente cuando se hacen modificaciones normativas. Esto es precisamente lo que ha ocurrido con la transición de las pláticas a los talleres en Oaxaca.

El cambio normativo que establece la realización de talleres en lugar de pláticas data del 2006, año en el que se modificaron las reglas de operación del PDHO y se editaron algunos materiales que servirían de base para su realización. Este cambio implicaba que se modificaría la metodología expositiva, por un modelo pedagógico más participativo que promoviera el aprendizaje significativo en salud.

Sin embargo, los representantes estatales de las instituciones de salud y responsables de la operación del componente de salud, argumentaron que no había recursos disponibles para la realización de capacitaciones masivas para presentar el cambio de metodología; por lo que difundieron los cambios al personal operativo, a través de sus oficinas regionales y equipos de supervisión.

Es así que el tránsito entre las pláticas, caracterizadas por la exposición unilateral de contenidos, a talleres, que suponía la participación de los beneficiarios, se convirtió en un lento proceso que sigue inconcluso en Oaxaca. En 2007, los SSO organizaron tres días de capacitación en cada jurisdicción sanitaria con el propósito de concretar este proceso, pero el número de temas que abarcan los talleres y las implicaciones que tenía el cambio de metodología resultaron rebasar los alcances de este esfuerzo de capacitación.

Las Reglas de Operación del PDHO además señalaban que los talleres de autocuidado deberían realizarse bajo las siguientes premisas:

Los talleres de capacitación para el autocuidado de la salud están dirigidos a las y los integrantes mayores de 15 años y a los becarios de educación media superior. Mediante la comunicación educativa se promueven cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar

una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo a la población información accesible que considere sus particularidades étnicas y culturales, así como sus valores, usos y costumbres (PDHO, 2006: 14).

Este planteamiento suponía que la implementación de los talleres tomaría en cuenta las características étnicas y culturales de la población beneficiaria, lo cual implica que el personal de salud tendría los recursos metodológicos para realizar esta adaptación, cuestión que ni por asomo fue parte de los esfuerzos de difusión que se realizaron para notificar el cambio de modalidad al personal de salud de las unidades médicas en el estado.

Según la normativa, el personal que puede hacerse cargo de los talleres incluye no sólo a médicos y enfermeras, sino a todo el personal comunitario adscrito a las unidades médicas<sup>52</sup>. Con eso se complejiza aún más el panorama si se tiene en cuenta que los talleres abordan un sinnúmero de temas<sup>53</sup> que requieren, además del conocimiento técnico en salud, de procesos de sensibilización que permitan promover “estilos de vida saludables”, tomando en cuenta las particularidades étnicas, culturales, así como los valores, usos y costumbres a los que hace referencia la norma.

En ese sentido, llama la atención que hasta 2010 se encuentre una referencia explícita a la interculturalidad, cuyos alcances y posibilidades de operar con esta perspectiva no se discuten en ningún documento normativo del Programa, ni refieren a los lineamientos que la Secretaría de Salud pudiera tener a ese respecto:

Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud están dirigidos a los integrantes de 15 a 60 años y a los becarios de educación media superior. Mediante la comunicación educativa se promueven cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo a la población información accesible que considere sus particularidades, tales como, enfoque de género, no discriminación e interculturalidad (PDHO, 2010:6).

Se usan términos que suponen la aplicación de enfoques que no van acompañados de una

---

<sup>52</sup> “La capacitación para el autocuidado de la salud puede ser impartida por personal de salud o por personal comunitario capacitado y supervisado por la unidad de salud, y está dirigida a los integrantes mayores de 15 años de las familias beneficiarias de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida, ampliando y reforzando los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud” (PDHO, 2006.:59).

<sup>53</sup>Según las Reglas de Operación 2012 los temas son: El uso del Complemento Alimenticio; Parasitosis/Ciclo de desparasitación; Alimentación y salud; Infecciones respiratorias agudas (IRA's); Saneamiento básico a nivel familiar; Tuberculosis; Participación social; Hipertensión arterial y diabetes; Adolescencia y sexualidad; Prevención de accidentes; Planificación familiar; Manejo inicial de lesiones; Maternidad sin riesgo; Salud bucal; Embarazo; Enfermedades transmitidas por vectores y alacranismo; Alimentación durante el embarazo y la lactancia; Prevención de las adicciones; Parto y puerperio; Infecciones de transmisión sexual; Cuidados del recién nacido; Prevención de VIH/SIDA; Lactancia materna y alojamiento conjunto; Género y salud; Cáncer de mama y cérvico uterino, toma de Papanicolau y autoexploración mamaria; Violencia intrafamiliar; El menor de un año; Climaterio y menopausia; El mayor de un año; Acciones básicas en caso de desastres; Vacunas; Atención al adulto mayor (vacunas del adulto mayor); Estimulación temprana; Discapacidad; Diarreas y uso del VSO. Se incluyen además otros temas vinculados a la situación epidemiológica local.

explicación metodológica, ni de los recursos materiales y humanos para su operación. Lo anterior coadyuva a que en estados como Oaxaca la operación de los talleres responda más a inercias institucionales que a cualquier modificación, aun sólo discursiva, de la norma.

En 2010 la SSa federal implementó una Estrategia de Fortalecimiento de los Talleres Comunitarios que contenía una vertiente que por primera vez intentaba establecer acciones diferenciadas con respecto a los talleres que se realizaban en comunidades indígenas. A esta vertiente se le denominó Plan de Comunicación Indígena, el cual implicaba la disponibilidad de recursos federales para pilotear en algunas comunidades una estrategia de comunicación que atendiera con especificidad a la población indígena (SSa, 2008).

En esa lógica, los representantes de Oportunidades en el REPSS han financiado entre 2010 y 2012 la elaboración de material audiovisual en lengua materna para siete municipios. Esta estrategia ha implicado además el equipamiento de los centros de salud con materiales de reproducción de material audiovisual, así como la realización de capacitaciones del personal responsable de los talleres en materia de “interculturalidad”. Sin embargo, estas acciones, a pesar de representar un esfuerzo pionero por materializar la norma de los talleres e intentar aterrizar un enfoque intercultural en su operación en comunidades indígenas, aún no son evaluadas en el estado y son todavía una estrategia muy focalizada.

Por otra parte, la transición a talleres también ha implicado una nueva forma de programar los temas y organizar los grupos de trabajo, ya que se deben involucrar a todos los miembros de la familia de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida<sup>54</sup>. Este planteamiento supone que el personal encargado de los talleres tiene las habilidades para trabajar con grupos de mujeres y hombres de todas las edades.

Una vez descritas las limitaciones de los procesos de capacitación, es necesario describir el material que ha servido de referencia para la realización de los talleres; materiales que en muchos casos se han convertido en guías autodidácticas que además incluyen definiciones en torno a lo que se ha concebido como “enfoque participativo” y de “aprendizaje significativo”.

El primer material que se distribuyó para la realización de los talleres de autocuidado fue un paquete de veinticinco rotafolios que se dispersó entre las unidades médicas en el año 2002. Estaban hechos de cartón, con una medida de alrededor de medio metro cuadrado y contenidos en una base desplegable que permitía apoyarlos en cualquier superficie para presentar alrededor de veinte láminas con textos breves y dibujos a blanco negro. Cada rotafolio hacía referencia a

---

<sup>54</sup>La corresponsabilidad de los talleres ahora depende de la participación de todos los integrantes de familia en los talleres y no únicamente de la asistencia de las titulares del Programa.

un tema particular e incluía la realización de algunas actividades sencillas que hacían alusión a cada uno de los primeros veinticinco temas que se incluyeron en las reglas de operación del PDHO.

Estos rotafolios se repartieron en todas las unidades médicas tanto del IMSS-O como de los SSO e iba acompañado de algunos folletos que incluían los contenidos resumidos de cada tema. Adicionalmente, se distribuyó en los SSO una guía de cuidado para la familia que contenía los textos de los rotafolios y algunos comentarios adicionales que podían servir de apoyo para la exposición de los contenidos. A partir de las características de este material puede concluirse que se basaban en una estrategia de comunicación básicamente expositiva.

En 2006, con el cambio de pláticas a talleres, la SSO diseñó y publicó unas guías de trabajo, impresas en tarjetas plastificadas tamaño carta. Estas guías sólo se distribuyeron parcialmente en los centros de salud de los SSO y sirvieron de referencia para notificar los cambios de metodología que implicaba la realización de talleres. Las guías estaban organizadas por bloques de temas en función de grupos de edad y eventos de vida e incluían un manual de capacitación para la formación de los que podrían cumplir la labor de “facilitadores” de los talleres. En este manual se incluía una explicación acerca de lo que se identifica como aprendizaje significativo y metodologías participativas. De igual forma, se describía la utilización de las tarjetas por temas y establecía que cada taller debería realizarse siguiendo la división de actividades propuesta.

Para cada tema se describía una actividad inicial que tenía como propósito identificar los conocimientos previos de los participantes; seguida del análisis de conceptos básicos donde se presentaría información concreta sobre el tema a partir de algunas láminas de los rotafolios<sup>55</sup>. Posterior a ello, se incluían algunas actividades de aplicación enfocadas en organizar dinámicas que permitieran reflexionar sobre lo “expuesto”; para finalmente concluir con una actividad de cierre que pondría en juego algunos de los conceptos analizados. Las tarjetas comprendían treinta y cinco temas y cada tema abarcaba de una a tres sesiones con estas características. Cada sesión se organizaba en función de las etapas descritas y estaba calculada para un tiempo de hora y media de duración.

Como se ha señalado la metodología expuesta estaba sustentada en un enfoque de aprendizaje significativo que se entendía en función de los siguientes elementos:

La meta de todo sistema educativo es lograr que los estudiantes adquieran aprendizajes que puedan aplicarlos en situaciones diversas de su vida cotidiana personal y profesional; es decir que tengan significación o sentido para ellos. A este tipo de aprendizaje se le denomina aprendizaje significativo y consiste en la adquisición de ideas, conceptos y principios, al relacionar la nueva

---

<sup>55</sup> Las guías hacen referencia al uso de los rotafolios como materiales de apoyo de los talleres.

información con los conocimientos existentes en la memoria (SSa, 2006:15).

Además de estas referencias, el manual de capacitación a facilitadores incluye algunas reflexiones sobre las ventajas de abandonar el paradigma de enseñanza tradicional, caracterizado por la difusión de información vertical, para establecer una relación de aprendizaje que parta de cierto reconocimiento de los conocimientos previos de los adultos a los que se dirigen los talleres de autocuidado. De igual forma, incluye un modelo rápido de resolución de conflictos. En un breve apartado enuncia que los talleres deberían adaptarse a las características culturales de las familias beneficiarias, pero no describe cómo se puede realizar dicha adaptación. Finalmente, aunque los treinta y cinco temas incluyen dos temas relacionados con el género (género y salud y violencia intrafamiliar) no se describen las implicaciones y diferencias que supone el manejo de todos los temas de salud con hombres y mujeres de diversas edades.

Por otro lado, el manual de talleres comunitarios del IMSS-O se actualizó a razón de las reglas de operación del PDHO, quedando en su versión más acabada en 2010, como un documento que serviría de base para los Programas de IMSS-O y el PDHO y que contiene treinta y cinco temas abordados desde un enfoque participativo para trascender el carácter expositivo de las pláticas anteriores. El manual de casi doscientas páginas se encuentra dividido por bloques temáticos y señala que una de las referencias para su elaboración son los rotafolios del 2002, cuestión por la que cada sesión incluye el uso de estos materiales. Se incorpora un bloque temático con un par de temas que se denomina como de desarrollo humano y se señala que el objetivo principal de los talleres es:

Lograr que los participantes obtengan aprendizajes que puedan aplicar en situaciones diversas de su vida diaria, que tengan sentido útil para ellos y adquieran ideas, conceptos y principios al relacionar la nueva información con los conocimientos que ya tienen para la solución de los problemas de salud o modificar situaciones que influyen en los estilos de vida (IMSS-O, 2010:2).

Las sesiones de los talleres están divididas en etapas que parten de una exploración de los problemas de salud en la comunidad, para después pasar una actividad de reflexión en relación al tema y concluir con lo que se denomina una “práctica enriquecida” donde el grupo es capaz de compartir y construir nuevos conocimientos en función de lo aprendido.

En lo que se refiere a la definición de su metodología, el manual sostiene que se trata de una metodología participativa que se caracteriza y define por los siguientes elementos:

[La metodología participativa] es un conjunto de pasos que busca fomentar en las personas las diferentes formas de adquirir conocimientos... La metodología de los talleres comunitarios incorpora el uso de diversas técnicas como la animación, comunicación, identificación de problemas, planeación, reflexión, evaluación, y otros, con la finalidad de generar la participación de todos los asistentes. Está compuesta por diferentes actividades como dinámicas de grupo, representaciones, demostraciones, juegos, video, teatro, dibujos y cualquier otro medio que tenga por objetivo generar la participación, el análisis, la reflexión y un cambio de conducta consciente

y duradera en los participantes, que conduzca a una acción para la solución de problemas y para hacer cambios significativos en su actitud a favor de la salud (Ib.:1).

En general, los rotafolios, las guías y los manuales descritos son el material disponible para la realización de los talleres en las unidades médicas. Las deficiencias más grandes suelen estar ligadas a la distribución de rotafolios, cuya utilización sigue incluyéndose en las guías y manuales de los talleres. De igual forma, los SSO no han logrado concretar la distribución de las guías de los talleres, argumentando que la Ssa nunca mandó el material suficiente para las necesidades del estado. Cuestión que no se repite para el caso del IMSS-O, que parece contar con manuales suficientes para su distribución entre todo el personal a cargo de la impartición de talleres. Por otra parte, es también el IMSS-O el que suele contar con una cantidad mínima de material de papelería (cartulinas, pliegos de papel, plastilina, plumones) para la realización de los talleres; mientras los SSO no suelen contar con dichos insumos.

### **1.5 El personal encargado de impartir los talleres de autocuidado para la salud en Oaxaca: Condiciones laborales, jerarquías y procesos de formación**

El sistema de salud mexicano se encuentra estructurado en tres niveles de atención, cada institución que forma parte del sistema cuenta con unidades que corresponden a algún nivel. La operación del IMSS-O y los SSO se compone básicamente de unidades de primer nivel de atención las cuales tienen carácter ambulatorio y suelen ser el primer contacto con el sistema de salud. Están compuestos por uno o más consultorios con servicios de medicina preventiva e incluso pueden incorporar laboratorios, farmacia y centrales de esterilización, así como unidades administrativas. En estas unidades trabajan médicos generales<sup>56</sup>, médicos pasantes y personal técnico de enfermería, basan muchas de sus actividades en la promoción a la salud y medicina preventiva. La operación del componente de salud se ubica en este primer nivel de atención, aunque se señala que el sistema de salud debe incluir mecanismos adecuados para referencia de beneficiarios del segundo y tercer nivel de atención.<sup>57</sup>

Esta investigación se concentra en el personal del primer nivel de atención que opera el

---

<sup>56</sup> Cuentan con estudios de licenciatura o especialidad con estudios de posgrado en medicina familiar o comunitaria.

<sup>57</sup> Por otro lado, las unidades de segundo nivel funcionan en una red hospitalaria, que para el caso del IMSS-O y los SSO se basa en la operación de Hospitales Rurales y Hospitales Básicos Comunitarios que se ubican a nivel regional. Estas unidades incluyen servicios generales de hospitalización y atención básica de urgencias. Finalmente, las unidades de tercer nivel de atención componen una red de hospitales de alta especialidad que cuenta con servicios no disponibles en el segundo nivel de atención y que en Oaxaca sólo se ubican en la capital del estado (Soto, Lutzow & González, 2010:11-12).



PDHO, que se encuentra contratado por diversos regímenes laborales y que pertenece a determinados organigramas jerárquicos en función de la dependencia de salud responsable de su contratación.

En Oaxaca, el IMSS-O y los SSO coordinan una red de 520 unidades médicas rurales y alrededor de 600 centros respectivamente. Esta red de servicios depende administrativamente de Regiones o Jurisdicciones Sanitarias. De este modo, el IMSS-O opera mediante cinco Regiones formadas por equipos zonales de supervisión que abarcan la totalidad del Estado, teniendo la responsabilidad de dar al seguimiento a un determinado número de unidades médicas rurales. Los SSO cuentan a su vez con una infraestructura administrativa más amplia compuesta por seis jurisdicciones que operan con una organización espejo de las oficinas estatales de los SSO.

En el caso de los médicos, la mayoría de plazas para servicio social se concentran en las unidades médicas rurales del IMSS-O. Tanto en los SSO como el IMSS-O los médicos realizan un año de pasantía en el que reciben alrededor de \$500 pesos mensuales por concepto de beca mensual; la pasantía constituye un requerimiento indispensable para que puedan titularse como médicos generales. Las dos instituciones realizan convenios con la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) y la Universidad Regional del Sureste (URSE) y, en el caso de IMSS-O, se mantiene un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que ocupa alrededor de sesenta plazas para sus médicos pasantes. Al respecto, es importante comentar que la UABJO mantiene desde hace décadas un sistema de selección de comunidades que se basa en el promedio de los estudiantes. De modo, que son lo que cuentan con “mejores” promedios los primeros en elegir comunidad, siendo las comunidades más cercanas las primeras en ocuparse, para dejar a las comunidades lejanas como una suerte de “castigo” para los estudiantes con promedios más bajos.

En cuanto a la contratación de médicos generales los SSO mantienen un régimen de contratos temporales y un conjunto de plazas que cuentan con basificación y que en su mayoría se ubican en centros de salud urbanos y conurbados. Por otro lado, el IMSS-O contaba con contrataciones temporales, hasta que durante el 2005, después de un periodo de huelga, se autorizó la basificación parcial del personal médico. Los tabuladores salariales no rebasan los doce mil pesos mensuales para este personal en el caso de las dos instituciones.

En los centros de salud y en las unidades médicas rurales son los médicos los que ostentan la titularidad de los servicios, administrativamente tienen la responsabilidad de supervisar y capacitar a sus auxiliares de enfermería y personal comunitario adscrito a las unidades médicas,

así como mantener actualizados y ajustados a la norma todos los expedientes clínicos de los pacientes. La labor de las médicas y los médicos se encuentra bajo la supervisión de equipos zonales que realizan visitas periódicas a las unidades para realizar “recomendaciones” tendientes a la mejora continua de los servicios. En ese sentido, el IMSS-O cuenta con un sistema de deducciones que penaliza, mediante descuentos directos al salario, errores y omisiones en los casos de muerte materna y negligencias médicas.

Por otro lado, el personal de enfermería sigue otras dinámicas de contratación. Tanto en el IMSS-O como en los SSO se priorizó la contratación de auxiliares provenientes de las comunidades donde se ubicaran las unidades. Anteriormente, sólo se requería de formación secundaria para ser contratado como auxiliar, sobre todo si se trataba de personas provenientes de las unidades y que hablaran la lengua indígena de la región. Estas primeras contrataciones contaban con una basificación de sus plazas casi inmediata y muchas de las personas contratadas hace treinta años, en pleno auge de estos servicios, se encuentran ya en procesos de jubilación. Las nuevas contrataciones requieren ya de educación a nivel preparatoria y cuentan con contratos de carácter temporal, que en contadas ocasiones son susceptibles de basificación. Algunos centros de salud de los SSO, además, sólo cuentan con plazas para pasantes de servicio social de enfermería. Tanto en el IMSS-O como en los SSO los salarios no rebasan los ocho mil pesos mensuales.

En lo que se refiere al personal comunitario, ambas instituciones, el IMSS-O y los SSO, no les concede la categoría de trabajadores porque ello implicaría la exigibilidad de derechos laborales. Es por esta razón que hay personal de estas características que llegan a tener más de diez años de servicio sin contar con ninguna prestación de carácter laboral. El ingreso que reciben mensualmente se eroga bajo el rubro de “gratificación<sup>58</sup>”. El IMSS-O denomina a este personal como asistentes médicos rurales, mientras los SSO los denomina auxiliares de salud. Las responsabilidades de este personal son la atención y seguimiento de la población de las comunidades, sobre todo aquellas que tienen el carácter de beneficiarios del PDHO. Sus actividades se concentran en la promoción a la salud y en el seguimiento básico de universos de control como niños menores de cinco años y mujeres embarazadas. Manejan un cuadro básico de diez medicamentos y su atención se realiza en establecimientos de salud que reciben el nombre de “casas de salud”<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Se trata de un monto de \$500 mensuales que se ha mantenido constante en los últimos siete años.

<sup>59</sup> La construcción y disposición de espacios para las casas de salud corren a cargo de los municipios. Las

La selección de asistentes y auxiliares se realiza con la presencia del personal de salud adscrito a las unidades médicas y se respalda en la elección de candidatos y procesos de votación en las comunidades. Se privilegia la elección de personas que sepan leer y escribir en español, no hay un periodo mínimo o máximo de servicios y usualmente la rotación del personal se asocia con problemas en las comunidades. En muchos municipios de Oaxaca estos servicios llegan a considerarse como “cargos” que forman parte de las responsabilidades comunitarias de su población.

En general, los procesos de formación educativa que caracterizan la situación del personal de salud a cargo de la operación del componente de salud del PDHO en Oaxaca se ubican en dos espacios centrales: La facultad de Medicina de la UABJO y, en menor medida, de la URSE, para el caso de los médicos y las unidades médicas como espacios de formación profesional en el caso del personal de enfermería y el personal comunitario. De este modo, es imprescindible señalar las características e implicaciones que tiene la formación médica en nuestro país en general y en Oaxaca en específico, considerando que el campo médico es un espacio de formación que involucra, no sólo la profesionalización, sino la adquisición de un conocimiento “privilegiado”.

En la Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO apenas hasta el año 2011 y como parte de un convenio con el Programa del Profesorado (PROMEP/SEP) se abrió una plaza parcial para la contratación de una especialista en el área de antropología médica que ha permitido el establecimiento en ciernes de un Departamento de Antropología Médica e Interculturalidad en la Facultad. Antes de esto, los alumnos carecían de cualquier herramienta básica que proporciona la antropología médica para enfrentar sus labores como médicos generales en contextos indígenas; circunstancia que no es exclusiva de la UABJO, pero que es especialmente paradójica para un estado con un alto porcentaje de población indígena como Oaxaca. Al respecto, Roberto Campos señala lo siguiente:

Con cierta rigidez y unilateralidad, las escuelas y facultades de medicina de México, y en general de América Latina, desdeñan, e incluso desconocen, los elementos socioculturales vinculados con la práctica médica cotidiana. Se concede un valor supremo al conocimiento del cuerpo biológico, de su anatomía, su fisiología, su estructura genética y las desviaciones a los patrones físicos de normalidad, olvidándose del cuerpo social y el contexto cultural donde se da la interrelación entre el médico y los enfermos. (2004: 129)

Estos planteamientos resumen las características de la enseñanza de la medicina en México, con respecto a los contextos culturales en donde se desarrollan las relaciones médico-pacientes. En lo que se refiere a los talleres de autocuidado para la salud, esta omisión de los contextos

---

instituciones de salud sólo se encargan del entrenamiento y supervisión del personal comunitario y de la previsión de insumos mínimos para su operación.

sociales se combina con la falta de solidez de la enseñanza de materias relacionadas con la promoción y educación para la salud; toda vez que materias como salud pública, epidemiología y salud preventiva ocupan un espacio muy secundario en la formación y se consideran materias “colchón” que pueden disminuir la presión de las materias de conocimiento clínico que “sí importan”:

Y en este panorama de células y tejidos, órganos y funciones, microbios y parásitos, malestares, y enfermedades, hospitales y centros de salud, como verdaderas islas de las humanidades aparecían algunas (muy pocas) lecciones de psicología médica, introducción a la medicina humanística, historia de la medicina, salud pública. De antropología social ni su sombra; quizá alguna materia optativa de antropología física (Campos, 2004: 130).

Otro elemento que no puede soslayarse es el papel que tiene el año de internado que realizan los estudiantes de medicina y que es previo a su inserción como médicos pasantes en alguna institución pública del primer nivel de atención. Al respecto Consejo y Viasca nos comentan:

El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, ante los conflictos éticos, iatrogenia y mala praxis, el contraste entre estos principios y lo que sucede ante sus ojos en su nuevo cotidiano, puede llegar a ser violento. El alumno, al ingresar a una institución y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y de una profesión que ha idealizado y preconcebido, contra la realidad que se le devela (2005:1).

Esta etapa además de la formación clínica, suele consolidar imaginarios con respecto a las jerarquías que constituyen parte medular de la profesión en donde el especialista se encuentra en la cúspide del prestigio médico y con ello la especialización se vuelve la meta común de cualquier estudiante de medicina. La enfermería tiene una labor secundaria, de menor rango científico y de menor valoración. El cuerpo humano se interpreta como un campo de acción aislado del individuo y de los contextos sociales. Y sobre todo, el ejercicio de la medicina en las instituciones públicas del primer nivel de atención se concibe como la peor suerte con la que puede correr un médico.

De este modo, es posible hablar de lo que Gil (2004) denomina la construcción del ethos médico:

La construcción del ethos médico supone dos ámbitos básicos: el microsocioal propio de la vida privada y el macrosocioal, que corresponde en general a los procesos institucionales. En el primero se recrean aspectos particulares de cada persona; los sujetos tratan de delimitar elementos identificatorios: su territorio, su forma de hablar, sus características físicas, su religión, su pertenencia a un grupo social, por lo tanto, la manera en que se apropia cada grupo social de su cultura y la forma que la reproduce es diferente. Existen en estas formas de apropiación diversas instituciones que atraviesan la vida cotidiana. En el contexto actual en nuestro país dichos atravesamientos tienen que ver principalmente con una ideología dominante marcada por las líneas del mercado internacional y las líneas del consumo mundial (2004:123).

Esta autora aborda las significaciones históricas de la profesión médica en México, en la que el carácter científico de la profesión otorga una superioridad basada no sólo en la

profesionalización y el conocimiento médico en sí, sino en una suerte de posicionamiento social en que ser médico se concibe como una profesión noble y que requiere de sacrificios.

En ese sentido, Campos relata su propia experiencia durante su año de servicio social:

La lección más importante fue dejar de pensar que el médico del pueblo es el “superman” de las comunidades rurales, y bajarle al envanecimiento que la escuela de medicina introyecta en sus estudiantes, que les hace pensar que el médico es el profesionalista más importante del universo en función de sus amplio y profundos conocimientos del cuerpo humano. Que la medicina válida es la nuestra y que los verdaderos saberes sólo proceden de la medicina occidental (2004:131).

La etapa de servicio social es entonces la culminación de un proceso de formación en que la atención en una unidad médica de primer nivel puede consolidar la idea de la superioridad del conocimiento científico. Aunque a la vez puede detonar otros procesos cuando las deficiencias de estos establecimientos de salud colocan a los estudiantes como responsables de resolver problemáticas de salud que rebasan los “superpoderes” de dicho conocimiento. Desafortunadamente, no hay muchos estudios que profundicen con una mirada etnográfica lo que significa para estos médicos su incorporación al servicio social.

Por otro lado, tanto el personal de enfermería como el personal comunitario atraviesan procesos de formación que se ubican principalmente en los espacios de su práctica profesional diaria. Es así que las unidades médicas y las instituciones de salud en general se convierten en escuelas, donde el personal médico encargado va marcando pautas que no tienen que ver sólo con las habilidades de inyectar a una persona o integrar un expediente, sino con asumir la superioridad de la medicina occidental.

Esta situación es especialmente compleja para el personal indígena que labora en sus comunidades de origen, pues genera reacomodos complejos acerca de la forma en la que debe concebirse la salud y los procesos de atención a las enfermedades. Las instituciones llegan a consolidar un nuevo lenguaje relacionado con la salud, no sólo con el manejo de términos médicos, sino con todo lo relacionado con formatos y programas de salud lo cual por supuesto incluye la realización de actividades como los talleres de autocuidado para la salud.

Es así que la práctica en los centros de salud o en las casas de salud, la asesoría del personal médico y los procesos de capacitación de las instituciones se convierten en elementos claves para la formación del personal técnico en enfermería, sobre todo para el caso de aquellos que no cuentan con educación “formal” al respecto. Sin olvidar que estos referentes también proporcionan pautas, lenguajes y saberes para el personal comunitario.

Finalmente, una vez expuestos estos elementos se puede reafirmar que el personal de salud encargado de la organización e impartición de los talleres de autocuidado para la salud, no cuenta

con la formación académica ni con la capacitación, menos con la sensibilización profesional que exige la normatividad del PDHO. Es así como la falta de formación, de materiales y de tiempo para realizar los talleres propicia una constante reinterpretación de la norma, donde el personal de salud se vale de múltiples referentes para la realización de estas actividades. Estas cuestiones y realidades constituyen el punto de partida para el acercamiento a las biografías y prácticas cotidianas del personal de salud en Santa María Chilchotla.

## **CAPÍTULO DOS**

### **EL CONTEXTO Y EL ENTRAMADO LOCAL: RELACIONES, RECURSOS Y VIVENCIAS**

El acercamiento a Santa María Chilchotla como antropóloga en formación no estuvo exento de incertidumbre y confusiones. La primera vez que entendí que tendría que hacer observaciones “etnográficas” de las comunidades que visité, me paralicé. Recordé con terror la Guía Murdock (1989) y el texto de Joseph y Nugent (2002) con respecto a la formación cotidiana del Estado. Llegué a pensar que tendría que pasar años recorriendo el municipio, antes de poder describir todos los bloques y conexiones que configuran sus relaciones políticas y económicas, sus tensiones intracomunitarias y sus articulaciones con otros municipios y antes de poder plantear con coherencia los elementos que se encuentran en disputa en torno a lo que algunos reconocen como la “verdadera cultura mazateca”, las cosas que se dicen, las que se niegan, las que se ocultan, las que veo y las que no me atrevo a indagar, los accidentes geográficos y los misterios de una lengua, que a ratos es palabra y a ratos parece silbido.

Se requería de tiempo para poder describir las tensiones entre las instituciones estatales y las comunitarias, los arreglos, los flujos migratorios y la lucha por el control religioso y el poder político. Durante cada día de mi estancia en campo, las escuelas, las farmacias, las clínicas, las tienditas, las oficinas abandonadas de lo que fue el Instituto Mexicano del Café (INMECAFE) y hasta los cibercafés me colocaban ante una multiplicidad de impresiones y ecos que no tenía idea de cómo ordenar. Estuve inmersa en un estado mental de profunda confusión que no mejoraba cuando a cada paso podía observar camionetas de las Caravanas de la Salud, del Seguro Popular, del PDHO, del INEGI, del INEA, de la CFE, de la Corona, las del pasaje, y de la maquinaria con la que se arreglan los caminos. Todo me remitía a un dinamismo que por momentos me parecía profundamente diverso e inaccesible.

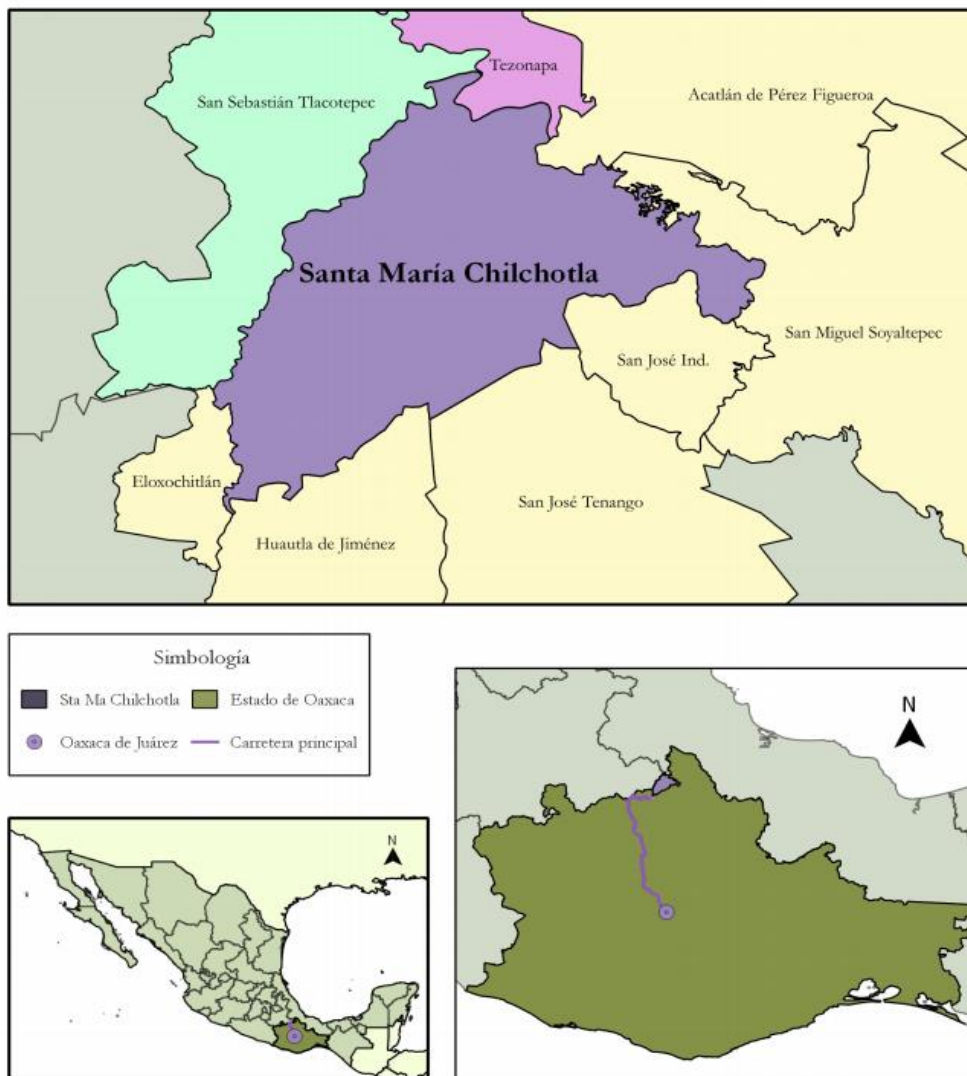
Con esto en mente, el objetivo de este capítulo es presentar al municipio en el que se ha realizado la investigación con todos los desafíos y complejidades que lo caracterizan, para delinear un marco referencial que permita ubicar las singularidades, tensiones y relaciones en las que se ofertan los servicios de salud del municipio, incluyendo a los talleres de autocuidados de la salud.

## 2.1 Santa María Chilchotla

### 2.1.1 Realidad sociodemográfica

Santa María Chilchotla se ubica al norte del Estado de Oaxaca, a 260 km de distancia de la capital, que por lo accidentado del camino se convierte en casi siete horas de traslado por carretera. Se trata de un municipio enclavado en la sierra mazateca que colinda al norte con Tezonapa, Veracruz y con los municipios que abarcan la presa Miguel Alemán; al noreste con Tlacotepec, Veracruz; al sur con Huautla de Jiménez y San José Tenango; y al oeste con Eloxochitlán de Flores Magón.

Mapa 1. Ubicación geográfica de Santa María Chilchotla



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013



Chilchotla es uno de los municipios más grandes de Oaxaca y el más grande de la sierra mazateca con un territorio de 347.02 kilómetros cuadrados que se dividen en 117 localidades reconocidas por el INEGI, de las cuales diez son agencias municipales, diecinueve agencias de policía y treinta congregaciones incluyendo los barrios. Este número de localidades es un dato un tanto inconstante pues cada año una o dos comunidades inician sus gestiones para adquirir el status de localidad, ya sea porque se separan de otra localidad por tensiones de índole político o religioso o porque se generan nuevos asentamientos.

La población total del municipio de acuerdo al último censo 2010 es de 20,584 personas, de las cuales 10,098 son hombres y 10,486 son mujeres (INEGI, 2010). La localidad más grande del municipio es la cabecera municipal con 1642 habitantes, seguida de las localidades de Río Sapo, Río Lodo y San Rafael con más de quinientos habitantes. Las localidades de menor número de habitantes llegan a tener reportados hasta sólo una decena de personas (Id.).

Chilchotla se caracteriza como municipio indígena por el INEGI, a partir de su porcentaje de hablantes de mazateco, que asciende a más del 90% de su población (Id.); con un Índice de Reemplazo Etnolingüístico (IRE)<sup>60</sup> para el 2005 de 1.4619, clasificado como de expansión lenta, lo que manifiesta que no se ha detenido la enseñanza del mazateco a las nuevas generaciones por lo que, para un buen porcentaje de niñas y niños del municipio, el mazateco sigue siendo su primera lengua.

Por otro lado, la mayoría de las actividades económicas del municipio se concentran en el sector agrícola, aunque la otra gran fuente de ingresos está marcada por la migración. Las estadísticas socioeconómicas del municipio retratan a un espacio geográfico en el que se encuentra justificada la intervención de la política y retórica gubernamental relacionada con lo que se denomina “el combate a la pobreza”.

Los índices de marginación que calcula el Consejo Nacional de Población (CONAPO) a nivel localidad reflejan la situación de los servicios públicos disponibles en las viviendas de los habitantes de Chilchotla. Al respecto, 95.96% de las viviendas carecen de agua entubada, mientras 19.71% no cuentan con energía eléctrica y 46.1% tienen piso de tierra<sup>61</sup>. Estos elementos, junto con algunas otras variables sobre los niveles educativos de la población, sitúan a todas las localidades de Chilchotla en un grado alto o muy alto de marginación.

---

<sup>60</sup> El IRE mide la condición de que las nuevas generaciones aprendan a hablar la lengua indígena de sus padres y su cálculo fue financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y disponible en su página de internet. (<http://www.cdi.gob.mx>)

<sup>61</sup> Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Según estos datos, el 40.6% de la población mayor de quince años es analfabeta. En esa materia, los datos del último plan de desarrollo municipal (2008-2011) reportan que las 110 localidades cuentan con servicios educativos de primaria, ya sea por los servicios del CONAFE o por la cobertura del IEEPO, aunque solamente 19 telesecundarias y 3 bachilleratos operan en el municipio.

Por otra parte, las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación CONEVAL (2011) señalan que 93.4% de la población se encuentra en situación de pobreza y más del 70% cae en la categoría de pobreza extrema con ingresos mensuales per cápita que no rebasan los quinientos pesos. En cuanto al Índice de Rezago Social,<sup>62</sup> el último cálculo<sup>63</sup> disponible colocaba a Santa María Chilchotla dentro de los treinta y ocho municipios con más rezago de todo el país.

Por sus características geo-ambientales Chilchotla se divide en tres zonas: La zona alta, la media y la baja<sup>64</sup>. Estas zonas representan relieves y climas que varían notablemente<sup>65</sup> y convierten al municipio en uno de los más biodiversos<sup>66</sup> del estado. Se trata además de zonas que no cuentan con la infraestructura carretera que las conecte adecuadamente, cuestión que dificulta los flujos de intercambio económico al interior del municipio. Las condiciones de pobreza y rezago social no cambian sustancialmente entre zona y zona.

El trabajo de campo se centró en la cabecera municipal y en tres agencias municipales: Una comunidad de la zona alta, una de la zona media y dos de la zona baja. Las cuatro localidades seleccionadas se encuentran catalogadas como de alta y muy alta marginación según las estimaciones del CONAPO.

Si bien la elección de las localidades de trabajo se basó en las características de los servicios de salud, es importante señalar que el abordaje de estas áreas de estudio permite también dar cuenta de la complejidad social y geográfica que caracteriza al municipio.

---

<sup>62</sup>El Índice de Rezago Social es una medida ponderada que resumen cuatro indicadores de carencias sociales (educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda) en un solo índice que tiene como finalidad ordenar a las unidades de observación según sus carencias sociales (CONEVAL, 2011).

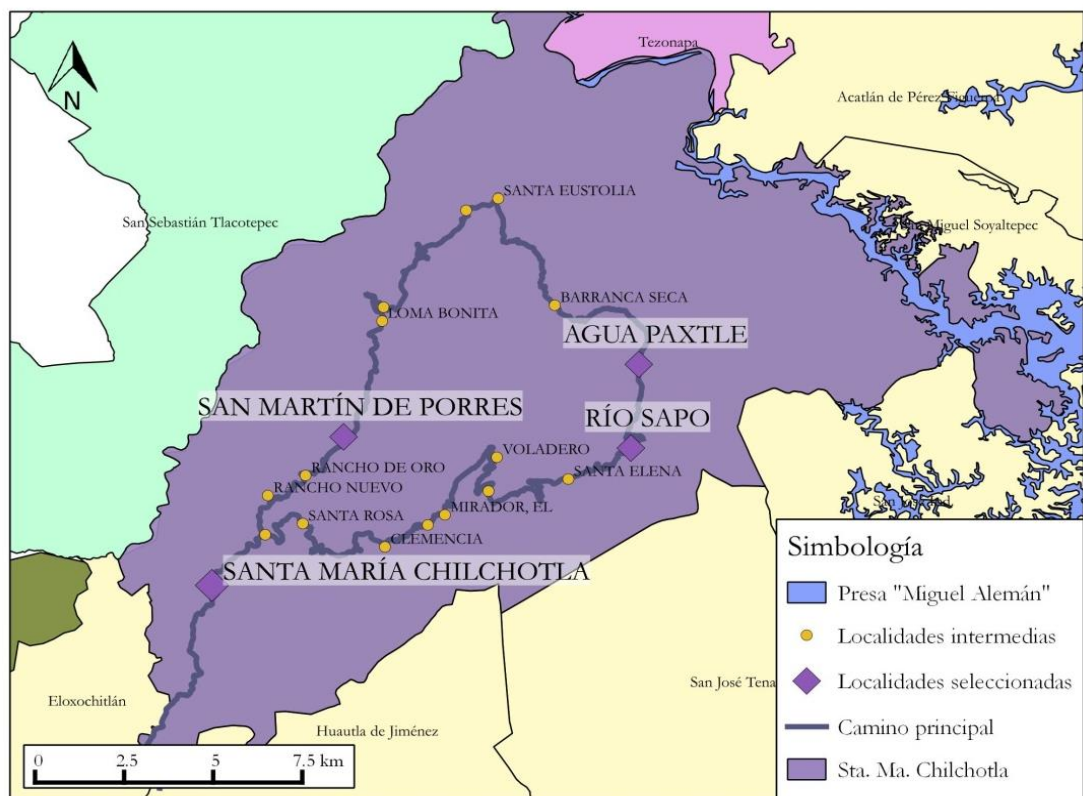
<sup>63</sup> El índice se calculó con información del 2005 y el CONEVAL no ha publicado su actualización para los datos del Censo de 2010.

<sup>64</sup> La zona alta se caracteriza por un clima templado subhúmedo (1350 a 1800 msnm); la zona media por un clima semi-cálido húmedo (850 a 1350 msnm) y la zona baja por un clima cálido húmedo (150 a 850 msnm).

<sup>65</sup> Cabe mencionar que la construcción de la presa Miguel Alemán en 1959 modificó las características climatológicas de la zona.

<sup>66</sup> La Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al ambiente define como biodiversidad a la variabilidad de organismos vivos de cualquier fuente, incluidos, entre otros, los ecosistemas terrestres, marinos y otros ecosistemas acuáticos y los complejos ecológicos de los que forman parte; comprende la diversidad dentro de cada especie, entre las especies y de los ecosistemas. (Artículo 3, Párrafo IV)

Mapa 2. Ubicación de las localidades de trabajo



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013

### 2.1.2 *N da xho*: Una mirada etnográfica

A pesar de que hay un sinnúmero de investigaciones antropológicas de la zona, éstas se han concentrado en el análisis de las consecuencias del gran desplazamiento de personas que implicó la construcción de la presa Miguel Alemán o bien del consumo ritual de hongos alucinógenos, sobre todo en el municipio de Huautla de Jiménez. Sólo se ubicaron tres tesis<sup>67</sup> que abordan temas relacionados con la educación o la medicina tradicional en el municipio de Santa María Chilchotla; estudios que sirvieron de referencia para complementar la información recuperada en entrevistas y observaciones de campo.

Hay dos caminos para llegar a Santa María Chilchotla desde la ciudad de Oaxaca. El primero es tomar una suburban<sup>68</sup> de las que llegan directo a Huautla de Jiménez y bajarse en un cruce

<sup>67</sup> “Los guardianes del tiempo: Una propuesta en el análisis y síntesis del curanderismo mazateco” de Castillo en 1989; “En compañía de los dioses, antropología política: chamanismo mazateco en Oaxaca” de González, en 1991 y “La política social y vida comunitaria. Efectos del programa Oportunidades en dos comunidades mazatecas de Oaxaca (2000-2006)” de Gallardo en 2008.

<sup>68</sup> Desde hace diez años se han ido consolidando empresas de transporte que introdujeron este tipo de vehículos

que la gente conoce como “Puente de Fierro” y de ahí esperar una camioneta de pasaje o taxi colectivo que te traslada en media hora a la cabecera municipal. El otro camino es llegar a la cabecera distrital en el municipio de Teotitlán de Flores Magón y tomar una camioneta de pasaje o bien alcanzar alguna corrida de autobuses que va directamente a Chilchotla procedente de la Ciudad de México o de Tehuacán, Puebla.

El cruce de “Puente de Fierro” sirve de referencia para la colindancia de Chilchotla con tres municipios: San Mateo Yolochochitlán, San Antonio Eloxochitlán y Huautla de Jiménez. Esta colindancia también tiene como referencia la entrada del río Petlapa a Santa María Chilchotla: un espacio que sirvió durante casi veinte años de tiradero de basura de Huautla y del Hospital Rural del IMSS-O ubicado en este municipio. Hace apenas un par de años que se dejaron de verter desechos en este lugar, pero aún sobrevuelan los zopilotes haciendo lo suyo para acelerar la degradación de desechos, mientras el río sigue siendo explotado por el acarreo de arena para la construcción.

Este tiradero representa una de las muchas tensiones que Chilchotla ha tenido con Huautla, esta última siendo la ciudad primada de la región mazateca con la cual históricamente Chilchotla ha tenido relaciones económicas y políticas marcadas por la asimetría, la dependencia y ciertos grados de disputa y hostilidad, reproduciendo relaciones que Aguirre Beltrán conceptualizó de manera magistral en su obra *Regiones de refugio* (1967). Es así como la gente de Chilchotla reivindica como suyas expresiones y símbolos culturales asociadas comúnmente con Huautla, como los “huehuentones” de la fiesta de muertos o el consumo ritual de hongos alucinógenos.

En Chilchotla la lengua mazateca es una presencia viva en cada interacción. En este lugar se puede comprobar que algunas de las variantes lingüísticas del mazateco identificadas por el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) son totalmente inteligibles, toda vez que en este municipio confluyen variantes procedentes de muchos de los municipios vecinos de la zona cuyos hablantes no parecen tener mayores problemas en sus interacciones diarias.

A pesar de no entender el mazateco, pasó poco tiempo antes de que pudiera ubicar algunas palabras. En mis entrevistas, esperaba escuchar la auto-denominación que suele acompañar la definición del pueblo mazateco en cualquier monografía los *ba sbuta animá*<sup>69</sup>; sin embargo había

---

para conectar a las diversas regiones del estado con la capital. Se trata de empresas con poca regulación, en las que son frecuentes los accidentes, pero que posibilitan un flujo constante de personas entre regiones que anteriormente no contaban con transporte diario a la capital.

<sup>69</sup> Vocablo que suele traducirse como “los que trabajan en el monte, gente humilde, de costumbre” (CDI, 2007:6)

más referencias al nombre mazateco de Chilchotla, *N da xhó*<sup>70</sup> y del resto de los nombres de las comunidades que componen el municipio. Es decir, parecía haber más un esfuerzo por diferenciarse a razón del lugar de procedencia, que una autoidentificación con la región o “pueblo mazateco<sup>71</sup>”.

Al seguir los referentes etnográficos disponibles para la zona, fue el texto de Boege el que me otorgó más luz con referencia a los procesos que se podían ver en Chilchotla. Se podría enunciar que la “transformación, readecuación, transacción, destrucción y resistencia... [Pueden permitir] ubicar lo étnico dentro de una situación en la que intervienen, de una manera nueva y amenazante, tanto los aparatos de hegemonía cultural estatal como los privados (sectas religiosas, misiones, radio, televisión etcétera)” (1998:22). Es así como referentes imprescindibles de la cultura mazateca como la ingesta de hongos alucinógenos o la fiesta de muertos son elementos que parecen estar en un constante intercambio con un sinnúmero de prácticas y discursos múltiples de origen diverso, enmarcados por los medios de comunicación, las relaciones económicas y políticas, así como los tremendos flujos de migración que también configuran la realidad sociocultural de Chilchotla.

Por las fechas del trabajo de campo, tuve ocasión de estar presente en las festividades de las fiestas de la última semana de octubre y la primera de noviembre; días que me permitieron ubicar la porosidad de la identidad étnica del municipio. Estas fiestas permiten observar dinámicas que retratan las relaciones económicas, así como las diferencias religiosas e incluso políticas que caracterizan al municipio. La celebración de muertos es la más importante en la región mazateca. La idea central consiste en que los “viejos” regresan al mundo de los vivos a través del baile y la música de aquellos que se visten de viejos para recibirlos. Esta idea del regreso de los antiguos enmarca también el carácter de consejería y las anécdotas que caracterizan las letras de las canciones. Durante una larga semana de desvelo estos grupos de “huehuentones” visitan las casas de la comunidad para bailar y cantar, mientras los anfitriones ofrecen aguardiente, café u algunos otros alimentos para los visitantes. Este intercambio está enmarcado por un profundo agradecimiento por la visita y recibimiento de los grupos; además implica uno de los gastos más fuertes de la temporada.

En la cabecera municipal los grupos de huehuentones se identifican a razón de las familias a

---

<sup>70</sup> Agua Espuma.

<sup>71</sup> Las referencias al pueblo o región mazateca se establecen en función de los hablantes de la lengua que se distribuyen en 27 municipios ubicados entre los estados de Oaxaca y Veracruz, con una población total de 246,198 hablantes en total, 175 mil 970 de los cuales se encuentran en Oaxaca (INEGI 2010).

las que pertenecen, sus canciones, bailes y disfraces son los que les dan prestigio y popularidad. Desde 1982 se estableció un Comité de Promoción y Preservación de la Cultura Indígena, instancia que desde entonces organiza concursos anuales donde se premian a los mejores grupos de huehuentones, buscando que se apeguen lo más posible a los que se considera “auténticamente mazateco” (máscaras de madera, vestimentas, canciones que remitan a historias de las comunidades o a consejos que aborden las problemáticas sociales del municipio<sup>72</sup>). Durante el concurso que pude presenciar incluso un grupo de estudiantes de antropología de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) apoyaba al jurado, como otorgando cierta garantía sobre tal autenticidad.<sup>73</sup>

Sin embargo, por la noche el panorama era distinto. Una gran misa católica antecedió el primer día de salida de los grupos que llenaban toda la cancha municipal y que se encontraban vestidos con máscaras de todo tipo. Las de látex eran de las más populares, sobre todo las de Fidel Castro, que algunos denominaban como de San José y otras tantas que abarcaban toda clase de personajes disponibles en los puestos del mercado municipal. Se trataba pues de un espacio donde la búsqueda de la “autenticidad” parecía ser sustituida por una extraña mezcla de los símbolos “antiguos” con los referentes disponibles en las ciudades.

Durante el culto, los sacerdotes enfatizaron que la esencia de los huehuentones remitía a la creencia de la resurrección del Cristo, de modo que pareciera que sólo se puede conservar la tradición fortaleciendo la pertenencia a la religión católica. La reiteración de este elemento parecía ser explicado por la proliferación de las religiones protestantes en la zona, que se mantienen al margen de estas celebraciones y son profesadas por un 30% de la población del municipio (Plan de Desarrollo Municipal, 2008). Tan sólo en la cabecera municipal hay siete templos dirigidos por personas de la comunidad. Estos grupos no celebran las festividades asociadas con los huehuentones, por lo que no parecía casualidad que todo el discurso de los sacerdotes católicos estuviera enfocado en la importancia de recuperar y perpetuar esta tradición.

En esa materia, los rituales asociados con los fallecimientos, el lavado de manos<sup>74</sup>, los diez días, los cuarenta días, los cabos de años y la celebración del séptimo aniversario están de la

---

<sup>72</sup> Se hace referencia a la importancia de “saber tomar” aguardiente sin excederse, a que las personas que salen a trabajar fuera no se olviden de su pueblo, a la importancia de que los jóvenes estudien, de que se respeten a los muertos y sobre todo se enfatiza que esta celebración es la más grande del municipio y debe perdurar.

<sup>73</sup> Lo anterior nos remite a los argumentos de Marisol de la Cadena (2007) cuando afirma cómo la autenticidad puede convertirse en un referente para la vigilancia y control de quiénes y en qué términos son los autorizados para hablar de la verdadera cultura mazateca.

<sup>74</sup> Cuando se muere un adulto, se busca a unos padrinos, que después de una ceremonia en la que se lavan sus manos, son los responsables de lavar el cuerpo, vestirlo y levantar la cruz de madera que encabezará la peregrinación al panteón que caracteriza cada entierro.

mano con misas, rezaderos y rosarios; ritos que se asocian con el catolicismo y de los que se distancian rotundamente las iglesias cristianas. En éstas últimas, la lengua mazateca sigue siendo el centro de los cantos y lecturas bíblicas, pero todo lo relacionado con la fiesta de muertos se encuentra excluido de sus prácticas. Al respecto, cabe señalar que parece no haber un conflicto directo por estos motivos, aunque muchas de las localidades del municipio se caracterizan por su pertenencia a iglesias protestantes y prevalece cierta latencia de discursos que, disfrazados de ironías y chistes, enmarcan la pluralidad religiosa del municipio.

Estas diferencias no impiden que, año con año, lleguen al municipio camiones procedentes de la ciudad de México que transportan a las personas que vuelven a sus comunidades de origen para acompañar la celebración. Con más de un mes de anticipación, los grupos de música se van preparando, de tal modo que todas las tardes resuenan los tambores anunciando que la fiesta está por llegar. La fiesta es en ese sentido un motor de intercambio y flujo económico para la zona ya que se incrementan la compra y venta de productos; pero también se convierte en un medio en el que se afianzan lazos, no sólo con los parientes fallecidos, sino con los que por la adversidad económica han tenido que migrar a las ciudades.

Chilchotla es un municipio migrante. Su posición geográfica lo convierte en un gran expulsor de mano de obra para los estados de Puebla, Veracruz y la Ciudad de México. Sin embargo, esta movilidad tiene un referente histórico relacionado con la evolución que ha tenido la producción y venta del café en el municipio. El territorio de Chilchotla tuvo una fuerte expansión demográfica a finales del siglo XIX enmarcada por el establecimiento de haciendas cafetaleras. Los pobladores de las zonas aledañas fueron los que migraron a las haciendas para atender la demanda laboral que representaban estos espacios productivos.

Durante el periodo revolucionario, Chilchotla fue una zona mayoritariamente carrancista, lo cual permitió que quienes habían apoyado al movimiento tuvieran mejor acceso a las tierras de las comunidades. El municipio se caracteriza por la propiedad privada, en tanto sólo cinco comunidades cuentan con el carácter de ejido. De este modo, la repartición agraria estuvo enmarcada por la presencia de personas que tuvieron las posibilidades de ir adquiriendo terrenos en la zona. Dichas personas solían provenir de los municipios vecinos, aunque en el caso de la zona baja se distinguen como dueñas de la mayor parte del territorio a dos o tres familias procedentes de Veracruz y de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca.

Es así que, después de la revolución, el cultivo del café siguió siendo la actividad primaria en las tres zonas del municipio y muy pronto la afluencia de peones que trabajaban los terrenos de los grandes propietarios continuó siendo la clave de su poblamiento. Las estrategias de

comercialización y transportación del café representaron también las claves de la consolidación económica de algunas familias de la zona. Esta actividad económica ha determinado una fuerte diferenciación social relacionada con la tenencia de la tierra que ha sobrevivido a lo largo de los años, en tanto la condición de propietario sigue representando la principal fuente de riqueza en el municipio.

En esta lógica, en la cabecera municipal y en las localidades más grandes se fue consolidando una estructura social basada en la presencia, competencia y consolidación de grandes familias cuyo poder radicaba en su posesión de la tierra. De esta manera, los primeros presidentes representaron a estas familias y fueron dándole cierta cohesión al municipio. Destaca la figura de Antonio Avendaño Alba, que estuvo en la presidencia en el periodo de 1957 al 1959 y que se recuerda no sólo como el responsable de la construcción del palacio municipal y la iglesia en la cabecera municipal, sino como la figura que estableció los tequios como una actividad obligatoria, cuyo incumplimiento era sancionado con cárcel y multas económicas. De este personaje se recuerda también que, gracias a sus relaciones con el gobierno del estado, propició la construcción del Centro Coordinador del INI, sin embargo por la falta de acceso carretero se terminó construyendo en ese periodo en Huautla de Jiménez.

En esos años se establece a nivel federal el INMECAFÉ, el cual tuvo una fuerte presencia en Chilchotla hasta 1989; durante treinta años esta institución concentró la compra del café en la zona y ofreció la asesoría técnica para evitar las plagas y mejorar el cultivo del grano. Todavía en la década de los noventa, los grandes propietarios continuaron con la producción y comercialización del café, pero la caída de los precios desplazó a esta actividad como la principal fuente de ingresos de las familias. Las personas que habían logrado preservar cierto patrimonio de las buenas épocas del café, lograron invertir su capital y se han convertido en los pequeños y grandes comerciantes de la zona.

Por otro lado, las familias que basaban su subsistencia en su trabajo como peones, fueron dando cuerpo a las masas de trabajadores que migraron a las ciudades para contar con los ingresos mínimos para la subsistencia de sus familias. Los flujos migratorios cambian según la zona del municipio. En la zona alta se suele migrar a Tehuacán, Puebla y a la Ciudad de México, mientras en la zona baja se migra a Córdoba y Tezonapa, Veracruz; aunque en los últimos diez años esta zona reporta también flujos migratorios temporales a Baja California, Sonora y Sinaloa para desempeñarse como jornaleros agrícolas. En general, se reporta poca migración a los Estados Unidos, aunque este destino también haya sido una opción para algunas familias (Plan Municipal de Desarrollo, 2008:14).



No obstante las crisis recurrentes del café en los años noventa y en el nuevo milenio, la producción y comercialización del café sigue ocupando más del 50% de la actividad agrícola del municipio, mientras el cultivo del frijol y del maíz ocupa un papel secundario, pero central para el autoconsumo de las familias. Esta combinación de cultivos destaca la persistencia del maíz como base alimentaria del municipio y como el referente común de toda la zona mazateca. El café se ha convertido también en un símbolo que identifica al municipio como zona cafetalera y en una presencia cotidiana en las dietas de las familias, al grado que incluso las celebraciones de los primeros días de febrero suelen acompañarse por lo que se denomina la feria del café, que en su momento estuvo auspiciada por el INMECAFE.

A la par de estos procesos, una buena cantidad de profesores de la zona se fueron consolidando como un sector con mejores condiciones económicas que el resto de la población y con cierta influencia política en la zona. Estos profesores tuvieron participaciones diversas en la fractura sindical representada por la creación de la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación (CNTE) en la década de los ochenta y en 2006 protagonizaron fuertes tensiones a razón del surgimiento de la sección 59 como opción para que los niños siguieran recibiendo clases. De este modo, en todo el municipio se cuenta con escuelas de las dos secciones sindicales y se llegó al acuerdo de que los profesores de la sección 22 no podrían abandonar los centros educativos por un tiempo prolongado porque las comunidades podrían ceder el control de los centros educativos a la otra sección sindical.

Por otro lado, las relaciones entre hombres y mujeres atraviesan actualmente un periodo de grandes cambios. A mediados del siglo XX eran todavía frecuentes las uniones matrimoniales en las que los hombres tenían la posibilidad de tener más de una esposa dentro de sus estructuras familiares. Al respecto Boege compartía que un veinte por ciento los hombres tenían más de una mujer, dentro de los cuales estaban “los poderosos locales, presidentes municipales, caciques o bien algunos ancianos ... [con] varias mujeres en las distintas comunidades del municipio” (1998:63), argumentando que la poligamia, pero también la circulación de mujeres entre las comunidades de la región, permitía el fortalecimiento de redes económicas, alianzas por afinidad y el incremento del poder político de las familias.

Sin embargo ahora, sobre todo en las localidades más grandes, donde las mujeres tienen acceso a los servicios educativos, parece prolongarse la edad de las primeras uniones las cuales ya no incluyen la aceptación social de la poligamia y suelen ser precedidas por relaciones de noviazgo que anteriormente no existían.

Hay también un crecimiento notable de las familias con jefatura femenina que, según los datos

del Censo del 2010, asciende al 21.5% del total de hogares del municipio (INEGI, 2010). Muchas de estas familias están constituidas por mujeres jóvenes que se encuentran a cargo de la manutención y crianza de uno o dos hijos, sin la intervención de una pareja; situación que suele estigmatizarlas y colocarlas en desventaja económica.

Por otro lado, sólo las familias con mayores recursos económicos tienen la posibilidad de llevar a cabo el ritual tradicional de la boda mazateca,<sup>75</sup> ya que requiere de una fuerte inversión económica. La mayoría de las uniones se realiza sin estos rituales y se caracteriza por periodos de migración a las ciudades para asegurar el sustento económico de estas jóvenes familias.

En general, las relaciones sociales entre hombres y mujeres siguen siendo inequitativas y redundan en múltiples manifestaciones de violencia contra las mujeres. Recientemente, por la iniciativa del Instituto de la Mujer Oaxaqueña (IMO) del Gobierno del Estado, se ha constituido un Comité en contra de la violencia de las mujeres que agrupa a observadoras de las localidades más grandes del municipio, que tienen la tarea de apoyar la denuncia de casos de violencia contra las mujeres. Durante las entrevistas conocí casos de feminicidios, de violencia de pareja y de violaciones sexuales que nunca tuvieron ninguna repercusión legal. Sin olvidar que muchas mujeres no están en condiciones de decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

Por otra parte, llama también la atención que aunque el acceso al mercado de la prostitución está ligado a la visita de comunidades vecinas o al tránsito más o menos periódico a las ciudades que caracterizan a los flujos migratorios del municipio, hace un par de años, pequeños grupos de mujeres dedicadas a la prostitución y provenientes de los estados de Puebla y Veracruz estuvieron realizando visitas esporádicas a los bares de las comunidades más grandes del municipio. Esta irrupción del comercio sexual en el municipio, viene acompañado también de los rumores sobre aquellas muchachas que cayeron en esos “malos pasos” en las ciudades y que ahora son señaladas y estigmatizadas en sus comunidades de origen.

De este modo, se configura un panorama en el que las mujeres del municipio enfrentan una compleja red de discriminación social en la que son objetivizadas, señaladas, estigmatizadas y violentadas por una estructura social dinámica en la que siguen estando en una posición de subordinación frente a los hombres de la comunidad. Esta afirmación se sustenta y refuerza

---

<sup>75</sup> “Un día antes de la boda, el novio y la novia, por separado en sus respectivas casas se les lava la cabeza la madrina de bautismo de la novia va a la casa del novio a lavarle la cabeza, y en la casa de la novia va la madrina de bautismo del novio a hacer lo mismo con la novia. En la noche anterior se baila en la casa de la novia. Al día siguiente, se realiza la boda por lo civil y religioso, se llega a la casa del novio a comer y bailar” (Plan de Desarrollo Municipal, 2008: 27)

además en las mediciones del Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género<sup>76</sup>, cuyo status para su cálculo del 2000 al 2005 colocan al municipio dentro de las últimas veinte posiciones del estado.

## **2.2 Salud, enfermedad y muerte: Emergencias y dolencias cotidianas**

Una vez descrito un panorama general de las características de Santa María Chilchotla, cabe preguntarse: ¿Qué lugar puede ocupar el desarrollo de talleres de educación para la salud en un municipio donde más del noventa por ciento de su población se encuentra en una situación de pobreza? ¿Qué retos y particularidades tiene la práctica del personal de salud en comunidades con estos niveles de rezago? ¿Qué significados y realidades materiales se encuentran detrás de las palabras pobreza, rezago, carencia y bienestar?

Unas primeras aproximaciones a estos cuestionamientos radican en las experiencias relacionadas con el proceso de salud- enfermedad-atención que marcaron mi estancia en este municipio y que muestran la cara humana de las estadísticas epidemiológicas de las comunidades que visité. Durante el trabajo de campo las carencias en el acceso a los servicios de salud se hicieron presentes de manera dolorosa, pero que a veces parecían tan “normalizadas” por las personas, que parecían haberse convertido en experiencias que, de tan cotidianas, casi dejaban de ser dramáticas. Al respecto, Scheper-Hughes nos recuerda que: “conviene no olvidar: leer, reflexionar y escribir no son nada comparado con el precio que han pagado las personas que han vivido lo que aquí se cuenta” (1997:11), confiando, como ella, en no haberles infringido más violencia en este intento por compartir sus dolencias.

En todos los eventos que estoy por describir estuvieron involucradas personas que llevaban más de cinco años como beneficiarias del PDHO. Se trata de experiencias relacionadas con crisis y defunciones en torno a los temas de cáncer cérvico-uterino, maternidad sin riesgo, parasitosis y la prevención de adicciones que, sobra decir, forman parte de las temáticas de los talleres de autocuidado. La presentación de estos casos sirve de marco de referencia para ir planteando los alcances y límites de los talleres en contextos de fuerte rezago social y en donde la infraestructura en salud presenta graves deficiencias.

---

<sup>76</sup> Este índice que calcula las diferencias de ingreso, esperanza de vida y educación de las mujeres con respecto a los hombres y que representa además el porcentaje que pierde el Índice de Desarrollo Humano general por las diferencias de género.

## 2.2.1 Morbilidad y mortalidad infantil

### Hepatitis

Sólo llevaba dos semanas de trabajo de campo en Chilchotla cuando la muerte de un niño me sacudió. Llegué a Chilchotla en plena semana nacional de vacunación, así que mis primeras actividades consistieron en acompañar a las enfermeras a las escuelas para comenzar a involucrarme con las actividades de la unidad médica. En una de las canchas del pueblo, donde los niños de la primaria y de preescolar habían sido citados para recibir sus vacunas, me encontré con una escena que recuerdo con extrema nitidez.

Llevaba un par de días acompañando a las enfermeras a sus recorridos por la semana nacional de vacunación cuando observé que dos señores se acercaban muy preocupados a la enfermera. Uno de ellos venía sudando y cargaba en su espalda a un niño como de tres años. El niño parecía dormido, estaba muy rojito y su bracitos colgaban sin fuerza alrededor del cuello de su padre. No me acerqué, pues eran mis primeros días y no quería ser intrusiva, pero le pregunté a la enfermera sobre ese señor. Me comentó que venía de una localidad muy lejana, que el niño tenía hepatitis, que unos días antes ya lo había llevado al hospital de Huautla pero que lo habían regresado. Sin embargo, el niño no mejoró y su padre nuevamente hizo el intento de llevarlo a Huautla. Al día siguiente, en una charla informal con el regidor de salud del municipio, me enteré que aquel niño estaba muerto. Aparentemente el hospital se había rehusado a ingresarlo y el niño había muerto en la madrugada en los brazos de su padre (Diario de campo, septiembre de 2012).

¿Cómo explicar el sinsentido de este fallecimiento? No tengo palabras. Sólo decir que la mortalidad infantil es una de las caras más siniestras de la desigualdad social y que por ende es necesario escudriñar en la realidad que posibilita estos fallecimientos. Al paso de los días e indagando sobre la comunidad de origen de este niño, me encontré con relatos diversos que permiten ubicar los aspectos que se encuentran en juego en una desgracia como ésta.

Lo primero que el personal del IMSS dejaba en claro era que la localidad de origen del niño no pertenecía a su universo de atención. Durante mi experiencia laboral y ahora en este acercamiento constaté la intensidad con la que se teje una aciaga competencia entre las instituciones de salud, al grado que parece ser un alivio cuando los muertos son de la otra institución o al menos de otra unidad médica. Esta competencia se constata en las reuniones regionales y estatales donde se comparan indicadores, pero toma el matiz más sombrío cuando se trata de eventos de esta naturaleza. “Son comunidades de la Secretaría, quién sabe cómo está su saneamiento básico y sus censos de vacunación” comentaba el personal del IMSS-O, “ellos

tienen personal para todo y aun así no cumplen con las metas” (Diario de campo, septiembre de 2012).

Estos comentarios muestran no sólo las implicaciones de un sistema de salud fragmentado, sino además ejemplifican las percepciones que hay sobre la disparidad de recursos de los que dispone cada institución y que se confirma al revisar los presupuestos asignados a las instituciones de salud por concepto de atención a beneficiarios del PDHO en donde el IMSS-O recibe hasta 25% menos que los SSO.<sup>77</sup>

Días después, me enteré que la comunidad era atendida por el personal del PAC de los SSO, instancia que se encarga de las tareas relacionadas con el PDHO, pero que además recibía la visita mensual de una Caravana de Salud Tipo 1<sup>78</sup> que tiene dentro de sus funciones la realización de pláticas educativas y acciones de seguimiento a niños con desnutrición y mujeres embarazadas.<sup>79</sup>

En entrevista con el personal de la Caravana de la Salud que atiende la localidad del niño fallecido, el promotor de salud me aseguró que el niño no había fallecido de hepatitis, pues nunca había tenido algún indicio de que se tratara de esa enfermedad y que además vivía en una de las localidades que más participaban en las actividades de saneamiento ambiental: “No era hepatitis, estoy seguro, la comunidad es muy limpia, eso está raro, deberían hacerle la autopsia” (Promotor de caravanas de la salud, 35 años, septiembre de 2012). Para él, el fallecimiento del niño se relacionaba con negligencia del personal del Hospital de Huautla que no había realizado un diagnóstico adecuado la primera vez y que en un segundo momento se rehusó a recibirlo.

De este modo, se pone de manifiesto no sólo la dificultad de acceder a un segundo nivel de atención cuando se trata de emergencias médicas, sino la frecuencia con la que se les niega la atención en el hospital de Huautla, situación que, de acuerdo al regidor de salud de Chilchotla, ocurre comúnmente, se agudiza cuando las personas no hablan español y, sobre todo, no mejora en la atención de los hospitales ubicados en la Ciudad de Oaxaca.

---

<sup>77</sup> Cálculo realizado a partir de las Reglas de Operación del PDHO de los últimos cinco años.

<sup>78</sup> Las caravanas tipo 1 están compuestas por un(a) médico, un(a) auxiliar de enfermería y un(a) promotor de salud.

<sup>79</sup> Desde el 2009 las autoridades estatales del Programa de Caravanas de la Salud (Programa Federal) estuvieron negociando con los SSO para que el personal de las Caravanas se encargara de las actividades relacionadas con el PDHO, lo cual tendría implicaciones presupuestales, pero no se logró esta transferencia de familias porque la mayoría de las localidades asignadas a las caravanas son del ámbito de responsabilidad del PAC, cuyo personal está sindicalizado y amenazó con irse a paro por la intromisión de las Caravanas en sus espacios. La persistencia de la atención de estas dos instancias a nivel local provoca tensiones diversas: El personal del PAC ha sido acusado en diversas ocasiones por no recorrer sus localidades de atención, cuestión que es reforzada por el dicho del personal de Caravanas, que sin embargo no tiene ninguna facultad normativa para señalar los supuestos incumplimientos del personal del PAC.

## **Parasitosis**

Miguel tiene cuatro años y tuvo perforaciones en sus intestinos a causa de los parásitos. Vive en una comunidad a dos horas de la cabecera municipal. Su tío es el auxiliar de salud de su comunidad. Tiene dos hermanos mayores y sus padres, Lucía y Roberto se conocieron cuando trabajaban en Tezonapa, Veracruz. Su madre es de la zona colindante con la presa y su padre de la localidad en la que actualmente viven. Tras la enfermedad de Miguel, su abuela paterna sostenía que Lucía siempre había sido muy descuidada y que por eso Miguel se enfermó. Cuando Miguel se puso mal fue trasladado primero al centro de salud de Agua de Paxtle que se encuentra a dos horas de distancia. La médica lo refirió inmediatamente al hospital de Huautla, pero sus padres se rehusaban a trasladarlo, a pesar de que se disponía de la ambulancia para ello. Se trataba de un viaje de más de cinco horas, pero la gravedad de Miguel y la insistencia de la médica consiguieron que el traslado finalmente ocurriera. Apenas fue revisado en el hospital de Huautla, se tramitó de inmediato su traslado al Hospital de la Niñez en la ciudad de Oaxaca.

Los médicos comentaron con la secretaria del municipio que parte de su intestino ya se encontraba necrosado al momento de la cirugía y que no había esperanza de que sobreviviera a razón de la complejidad de la operación y el grave estado de desnutrición de Miguel: “Sacaba las lombrices por la boca, se va a morir, los médicos me dijeron que no hay nada que hacer“ (secretaria del regidor de salud, Diario de campo, septiembre 2012). Sólo se estaba esperando que el niño falleciera para que el municipio pudiera mandar la ambulancia a recogerlo junto a sus padres. Sin embargo y pese a todo pronóstico, Miguel sobrevivió.

Miguel pasó su etapa de recuperación en la casa de mi madre en Oaxaca. Antes de tener su segunda intervención quirúrgica, pude verlo un par de días y descubrir en sus ganas de vivir lo crucial que es vociferar lo que sucede con los niños en las comunidades de Chilchotla.

### **2.2.2 Muerte materna**

#### **Los bebés que no se cuentan**

Juan y Raquel esperaron más de diez años para tener a su último bebé. Raquel tiene treinta y cinco años y dos hijos de catorce y dieciséis años. Siguiendo las indicaciones del personal de la Unidad Médica Rural de Río Sapo se trasladaron al albergue del Hospital Rural de Huautla en la semana indicada por el personal de salud de la UMR. Sin embargo, la estancia anticipada en el albergue no impidió que al final la bebé de esta pareja naciera sin vida.

Juan acompañó a su esposa en el albergue y al día siguiente del nacimiento tuvo que

encargarse de que le entregaran el cuerpo de su hija. Juan no habla español, pero lo entiende un poco. Estuvo esperando, pero no le entregaban el cuerpecito por lo que finalmente, después de seis horas de espera, decidió regresar a Chilchotla para pedir apoyo al municipio. Era sábado y en el hospital le argumentaron que no se lo podían entregar porque no estaba la trabajadora social. Casualmente, me encontraba en el municipio esperando que me dieran el espacio para realizar una entrevista. La secretaria del municipio me pidió que la acompañara a Huautla para preguntar las razones por las que no le entregaban el bebé a Juan. Nos fuimos en la ambulancia, yo iba sin entender porqué una mujer que se había trasladado a tiempo al hospital, había perdido a su bebé. Juan sonreía tímidamente, aunque presiento que aún no terminaba de asimilar lo que había sucedido.

Después de una hora de “gestionar” que se entregara el cuerpo de la bebé con su respectivo certificado de defunción, se nos pidió que fuéramos al estacionamiento a recogerlo. Cabe mencionar que a pesar de que la bebé llevaba más de doce horas de fallecida, aún no se contaba con un certificado de defunción, detalle que es a todas luces una irregularidad. El residente que redactó el acta mecanografió “sufrimiento fetal”, pero no hubo nadie que explicara a sus padres lo que había sucedido. Raquel seguía internada y Juan sólo quería poder tener la posibilidad de regresar a Río Sapó el cuerpo de su hija para que se le diera la sepultura.

En el estacionamiento un policía llamó a Juan para que firmara unos papeles. En una caja metálica al ras del suelo yacía un paquete blanco de plástico con unas letras. Juan se había quedado petrificado frente a aquel bultito, los minutos se hicieron eternos, entonces le pregunté si prefería que yo lo tomara. Me dijo que sí. Lo envolví con una manta que llevaba por casualidad. De regreso a Chilchotla me fui cargando al bulto de la pequeña delante de la ambulancia con el chofer y Juan. Los cuarenta minutos de recorrido se hicieron los más largos de mi vida, el lenguaje no me alcanzaba para expresar mi tristeza. No dije nada hasta que Juan volteó hacia la ventana y comenzó a llorar muy silenciosamente, con un nudo en la garganta le pedí al chofer que le tradujera a Juan lo mucho que me dolía su pérdida. Juan sólo repetía en castellano “así pasa”. Al llegar a Chilchotla, la travesía de aquella bebé y de su padre apenas había comenzado, ya que tuvo que esperar a que el municipio le entregara una caja de muerto, para después encontrar un transporte que lo llevara a Río Sapó (Diario de campo, septiembre 2012).

En esta historia lo primero que llama la atención es que se trata de una familia que siguió las “indicaciones” de su unidad médica durante varios años. Raquel usó dispositivo por largo tiempo y este embarazo se había dado en un periodo intermedio entre que se le retiró el dispositivo por viejo y que se le colocara otro. Aun si fue inesperado, la noticia del embarazo había sido recibida

con alegría por parte de la pareja. Raquel acudió a todos sus controles de embarazo, se trasladó hasta Huautla para hacerse un par de ultrasonidos, tenía todo preparado, esperaba a una bebé que parecía estar en buen estado de salud. Se trasladó con anticipación al Hospital de Huautla y, aun así, regresaría a Río Sapo cubierta de dolor. Casos como el de ella refuerzan la idea de que en el Hospital de Huautla sólo se van a morir las personas; referencia muy constante en las entrevistas realizadas con la población beneficiaria del PDHO y con las enfermeras de Río Sapo. Ellas manifiestan que cada vez es más difícil convencer a las mujeres y a sus familias de que deben trasladarse a Huautla para la atención de sus partos o de alguna emergencia médica porque se ha creado una percepción de que las personas que se trasladan terminan muriéndose.

La secretaria del Regidor de Salud me dijo que llevaban seiscientas embarazadas en lo que iba del trienio (2010-2012) y que sólo se había reportado una muerte materna a principios de año; una mujer de Río Sapo que no alcanzó a trasladarse para Huautla. También me comentó que alrededor de seis bebés, cuyas madres sí se habían trasladado a tiempo y que llegaron a estar hasta tres días antes de su parto en el albergue., murieron durante el parto.

Santa María Chilchotla es un municipio repetidor de muerte materna en Oaxaca, así que cada embarazada que llega a fallecer trae consigo una “persecución” que pude constatar en diversos momentos. El personal de salud se encuentra aterrorizado con la posibilidad de atender partos en las UMR o en los centros de salud. Todos están priorizando el traslado de las embarazadas en Huautla, de modo que cada embarazo que se reporta en el municipio es clasificado como de alto riesgo. El personal del IMSS-O manifiesta que los casos de muerte materna que se han presentado en sus comunidades de atención han redundado en que el personal médico sea trasladado a otras unidades y que, en los casos en que se encuentren omisiones en los expedientes clínicos, se realizan descuentos a sus nóminas que van de los cien a los ciento cincuenta mil pesos.

Sin embargo, pareciera que nadie cuenta a los bebés muertos, o al menos no forman parte de las estadísticas que ponen de cabeza a todo el sector salud en este momento. Se fomenta toda una política para que las embarazadas se trasladen a Huautla, aunque a todas luces el hospital se encuentra rebasado e incurre en múltiples anomalías con respecto a la atención a mujeres embarazadas y a otras urgencias médicas.



### 2.2.3 Enfermedades crónicas degenerativas

#### Después de muertos, los difuntos

Después de las celebraciones de muertos, me tocó presenciar o tener conocimiento de cuatro velorios en la cabecera municipal. El primero fue de Regina, una señora de sesenta años que había sido detectada con cáncer cervicouterino algunos años antes y que no accedió a recibir tratamiento. Los familiares la llevaron a Huautla y Oaxaca, pero su cáncer ya estaba en etapa terminal y la regresaron a su casa.

La médica me dijo que Regina llegó a la UMR con la pierna derecha totalmente edematizada, de modo que casi no podía caminar. Fue la enfermera la que recordó que se trataba de un caso confirmado de cáncer cervicouterino. La médica la revisó y aprovechó para que la enfermera sintiera cómo era el tacto de una persona con ese problema. Yo no pude imaginar a Regina acostada con su cuerpo convertido en un instrumento didáctico. Tampoco logro asimilar el dolor de esta mujer o las causas que le impidieron atenderse a tiempo y mucho menos la forma en la que habrá asimilado servir de botón de muestra de una enfermedad terminal.

Unos días antes de morir los familiares llegaron a la clínica para ver si la médica podía ir a verla, pero no accedió. Finalmente, cuando Regina falleció, fueron a buscar a la enfermera porque los familiares estaban muy preocupados porque el cuerpo se había hinchado. Sin embargo, la enfermera no fue a ver el cuerpo, me dijo “y yo qué le voy hacer”. En la UMR se responsabilizaba a Regina de no haber querido atenderse a tiempo.

El segundo velorio fue de Rosalinda, una mujer de cincuenta años que había sido detectada con diabetes mellitus y que, a decir de la enfermera, nunca siguió ninguna indicación médica, ni acudía a ninguna clase de control de su enfermedad. Sus familiares cuentan que todavía se tomó un vasito de refresco unas horas antes de morir. Nuevamente, en el decir del personal de salud, la responsabilidad recae directamente en esta mujer de la que no pude averiguar mucho más, pero que es una de las muchas personas que han padecido esta enfermedad en el municipio.

Por otra parte, me narraron los casos de dos hombres de alrededor de cincuenta años que murieron “de alcohol”. La situación de Chilchotla en esa materia merecería un estudio de las particularidades que adquieren los procesos de alcoholización a los que alude Menéndez (1990) en su extensa biografía al respecto. Los hombres de la comunidad se inician muy temprano en el consumo de bebidas alcohólicas y las fiestas de muertos parecen ser espacios de iniciación en ese aspecto. La UMR de Chilchotla reportó al menos cinco fallecimientos de hombres de todas las edades, asociados con la ingesta de bebidas alcohólicas en 2012. Sobre el primero de ellos, el

“Chino”, tan sólo supe que comenzó a beber el 26 de octubre y que para los primeros días de noviembre había muerto a causa de un “hipo” que ya nunca se le quitó. La otra persona fue un señor que, a decir de la gente, “tomaba y se drogaba mucho”. Esta persona había sufrido una fuerte caída y al parecer no aceptó ninguna atención médica, a pesar de que había llegado la ambulancia del municipio para trasladarlo. En el dicho del personal de salud, este fallecimiento era algo que ya se esperaba desde hace mucho tiempo. Las enfermeras también comentaron la constante atención a las personas que se caen en estado de ebriedad y con cierta desesperanza añadieron que eso “nunca va a cambiar”, sobre todo porque los hombres “ni siquiera se paran en los talleres de autocuidado” cuando se abordan esos temas.

### **2.3 Los servicios de salud en Santa María Chilchotla**

Los primeros servicios de salud que atendieron las comunidades del municipio de Santa María Chilchotla dependieron directamente del Centro Coordinador del INI ubicado en Huautla que inició sus funciones en 1968. No fue hasta finales de la década de los ochenta que comenzó la construcción de las Unidades Médicas Rurales del IMSS-O para la atención de los núcleos de población más grandes del municipio. Actualmente, hay siete centros de salud encargados de atender a la población del municipio; además de los servicios de un módulo del PAC y de las Caravanas de la Salud de la Secretaría de Salud que visitan periódicamente algunas de las localidades.

Por las características del componente de salud PDHO y dado que más de 70% de la población del municipio cuenta con el Programa, la operación de estas unidades médicas se enfoca principalmente en la operación de Oportunidades, lo cual dificulta el acceso a los servicios de salud para aquellas personas que no son beneficiarias del PDHO, no porque se niegue la atención, sino porque entre las citas de control y la realización de los talleres, queda muy poco tiempo para la atención a población abierta. Esta exclusión juega un papel clave para que las personas que no reciben los beneficios del Programa se nieguen a participar en acciones de saneamiento ambiental y en otras actividades de promoción de la salud comunitaria.

En cuanto a la cobertura del PDHO, para 2010 el municipio contaba con 4278 familias beneficiarias, lo que representa a más del 60% de la población total. En la Tabla 1 se presenta el número de localidades y familias beneficiarias atendidas por las unidades médicas del municipio durante el 2010.

Tabla 1. Servicios de salud que operan en Santa María Chilchotla <sup>80</sup>

Nombre de la unidad	Localidades atendidas	Familias con Oportunidades
SANTA MARIA CHILCHOTLA	27	978
RIO SAPO	17	692
AGUA DE PAXTLE R 01	4	171
SAN MARTIN DE PORRES	6	216
CARAVANA DIVIDIDA SANTA MARIA CHILCHOTLA	5	99
PLAYA LECUONA (MIGUEL HIDALGO)	3	207
SAN FRANCISCO (SAN FRANCISCO JAVIER)	5	196
SAN MIGUEL NUEVO	10	157
SANTA ROSA	6	205
UM 10 ACATLAN DE PEREZ FIGUEROA (OPORTUNIDADES)	1	132
UM 14 SAN MATEO YOLOXOCHITLAN (PAC)	26	753
UNION HIDALGO, TENANGO	1	98

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Planeación de los SSO, 2010.

Cabe señalar que el número de familias beneficiarias del PDHO se incrementa anualmente mientras que el personal de las unidades médicas no aumenta, ya que a criterio del Sector Salud en Oaxaca las unidades médicas son responsables de todos núcleos poblacionales, independientemente de su pertenencia al PDHO. Esta restricción para la ampliación de recursos materiales y humanos pasa por alto el incremento de actividades que supone la atención de un beneficiario del PDHO de acuerdo a la normativa e incluso pone en entredicho la distribución de los recursos que la federación etiqueta para el IMSS-O y los SSO.

Por otro lado, el municipio se encuentra en plena ampliación de los servicios de salud asociados con el Seguro Popular, por ahora enfocada únicamente en los centros de salud a cargo de los SSO. De acuerdo a la norma, la entrada del Seguro Popular en un centro de salud implica un proceso de certificación en la que se garantiza un mínimo de recursos materiales que permitan la operación del Seguro; además de implicar el registro mensual de consultas y las solicitudes de los medicamentos más utilizados, así como el incremento de las coberturas de atención de los centros de salud. Esto es relevante para Chilchotla donde sólo un centro de salud de la zona baja se hace cargo de los afiliados al Seguro Popular de toda la zona, mientras los afiliados de la zona alta y media acuden a un centro de salud de los SSO ubicado en el municipio de San Mateo Eloxochitlán.

Este panorama de la cobertura institucional deja también entrever la diversidad institucional

<sup>80</sup> El cuadro incluye la información referente a las localidades de Chilchotla a cargo del personal itinerante del PAC que tiene como sede la unidad médica de San Mateo YOLOXOCHITLÁN; además de las dos localidades que por su ubicación geográfica se encuentran bajo la atención de unidades médicas de los municipios limítrofes de Acatlán de Pérez Figueroa y de San José Tenango, respectivamente.

que atraviesa la atención en salud del municipio. No es lo mismo la atención que pueda recibir una población que es visitada una vez por mes por una enfermera del PAC, que la atención que recibe una localidad que se encuentra como sede de alguna unidad médica. Además, aunque se manejen los mismos programas, cada institución cuenta con sus propias dinámicas operativas. Esta diversidad provoca y es reflejo de enormes disparidades que tienen consecuencias concretas en lo que se refiere a las rutas y gastos que realiza la población para recibir atención médica.

El municipio cuenta sólo con atención del primer nivel por lo que cualquier complicación conlleva el traslado al Hospital Rural de Huautla del IMSS-O o al Hospital Aurelio Valdivieso de los SSO en la ciudad de Oaxaca, lo cual hace de los traslados un requerimiento indispensable para la atención oportuna de emergencias médicas; sobre todo, para las localidades más lejanas del municipio, donde los traslados a Huautla pueden implicar hasta seis horas en caminos de terracería, sin contar los lugares sin acceso carretero.

En ese contexto, los caminos se vuelven cruciales para acceder a los servicios de salud. Detrás de cada brecha hay todo un entramado de intereses, gestiones y relaciones que determinan qué localidades se conectan, qué caminos se pavimentan y qué lugares se dejan inaccesibles. Estos asuntos contribuyen y reflejan que, aún dentro del municipio, existe un acceso sumamente diferenciado a los servicios médicos entre localidades. Con eso en cuenta, el par de ambulancias existentes en el municipio y los vehículos particulares disponibles en las localidades se convierten también en espacios de disputa, favoritismos o solidaridad, evidenciando dinámicas ante cada urgencia que resaltan aún más las limitaciones que tienen los servicios de salud en Santa María Chilchotla.

Unos minutos antes de llegar al Palacio Municipal, en un llano cercano, destaca la construcción de dos naves que darían lugar a lo que sería un Hospital Básico Comunitario<sup>81</sup>. Se trata de un completo cascarón que incluso fue pintado con los colores que caracterizaron la construcción de estos hospitales en el sexenio de Ulises Ruiz.

La construcción y equipamiento de hospitales como este ha sido muy cuestionada argumentando que se trataba de construcciones que no estaban respaldadas por el equipamiento y recursos humanos y materiales para su operación, lo cual se confirma para el caso de Chilchotla al observar al edificio totalmente abandonado y en pleno deterioro. La existencia de este cascarón

---

<sup>81</sup> La Secretaría de Salud Federal y los gobiernos de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca han cofinanciado la construcción de Hospitales Básicos Comunitarios en zonas que han considerado estratégicas. Los hospitales suelen no tener capacidad mayor a doce camas, y brindan la atención de consulta externa, urgencias, hospitalización general, atención de partos, laboratorio y ultrasonido (Secretaría de Salud, 2012)

evidencia que la provisión de servicios de salud no responde sólo a criterios de necesidad sino que, detrás de la construcción y equipamiento de cada establecimiento de salud, hay una dinámica de negociaciones políticas que merecen atención.

Durante el trabajo de campo tuve la impresión de que si bien parecían no realizarse gestiones necesarias en relación a la construcción del hospital, la regiduría de salud estaba muy involucrada en facilitar el traslado de personas con urgencias médicas y mujeres embarazadas. El personal de salud de las UMR me señaló que las autoridades del municipio habían descuidado realizar las gestiones necesarias para el equipamiento del hospital u otras acciones relacionadas con equipamiento de unidades médicas. Tras el acercamiento realizado con dicha regiduría fue posible percibir que las tareas de traslado implicaban mucho del tiempo y recursos por lo que, efectivamente, no se dedicaban a otras tareas.

En enero de 2012 la muerte de una embarazada en Santa Elena, una comunidad de la zona baja del municipio, marcó un parteaguas en lo que se refiere a las actividades del municipio en materia de salud. Tras las constantes visitas de personal regional del IMSS-O para verificar las circunstancias que rodearon este fallecimiento, la regiduría de salud convenció al actual presidente municipal de la trascendencia de dar seguimiento a las embarazadas del municipio. Es así como el regidor de su salud y su secretaria se han encargado de los traslados de las embarazadas al Hospital del IMSS-O e incluso han asistido a las casas de aquellas embarazadas que por diversos motivos no quieren trasladarse a Huautla, para realizar una labor de convencimiento en la que nunca antes se había involucrado el personal del municipio.

#### **2.4 Unidades médicas seleccionadas: Universos de atención y recursos disponibles**

Las cuatro unidades médicas en las que se realizó el trabajo de campo forman parte del IMSS-O y de los Servicios de Salud. Por su ubicación geográfica y características de las divisiones administrativas de estas instituciones, cada una depende de unidades administrativas y de supervisión diferentes. Aquí es importante destacar que, si bien estos espacios forman parte de instituciones distintas, todos tendrían que operar el componente de salud del PDHO de acuerdo a las mismas pautas establecidas en sus reglas operativas.

Lo cierto es que hay diferencias sustantivas en la operación y formatos de registro, incluso en las unidades de unidades médicas que pertenecen a una misma institución. Diferencias que pueden ser explicadas por su dependencia administrativa de espacios de supervisión divergentes ya que, según lo observado, la lejanía o cercanía con las sedes de supervisión determina diferencias importantes en el monitoreo de las acciones de las unidades médicas y en los tiempos

de entrega de información.

Tres de las unidades de salud seleccionadas tienen en su universo de atención al menos a diez comunidades del municipio y cada comunidad en cuestión cuenta con una casa de salud. La excepción la marca el centro de salud de Agua de Paxtle, que tiene bajo su atención sólo a cuatro comunidades, ninguna de las cuales tiene casa de salud.

¿Qué implica que estas comunidades tengan o no casas de salud? La existencia de casas de salud implica que hay personal comunitario que requiere del seguimiento y entrenamiento del personal de las unidades médicas y centros de salud. De modo que el personal del centro de salud tiene que coordinar la contratación y la capacitación de asistentes o auxiliares de salud y supervisar las actividades que se realizan en cada casa de salud. Estas actividades suelen estar a cargo principalmente del personal de enfermería. Evidentemente, esto implica que se multiplican las tareas del personal de los centros de salud, pero también que se generan relaciones diferenciadas con cada comunidad en la atención. Además, tanto el IMSS-O como los SSO tienen lineamientos diferentes en relación a las tareas que deben asignarse a cada casa de salud. Es decir, plantean esquemas diferentes de lo que debe ser la participación comunitaria y sus alcances en relación a las metas y prioridades específicas de cada institución. En ambos casos, los talleres de autocuidado están dentro de las actividades que ejerce el personal comunitario de las casas de salud.

#### **2.4.1 Unidad Médica Rural de Santa María Chilchotla**

Durante la década de los ochenta comenzó la construcción de la unidad médica rural de Santa María Chilchotla. Su construcción estuvo precedida de la llegada de Heladio Ramírez López, que ha sido el único gobernador (1986-1992) que ha visitado el municipio. En esta visita se comprometió a concretar la construcción de una unidad médica para la cabecera municipal, hecho que recuerda el expresidente municipal en funciones en ese periodo: “Vinieron gentes de Oaxaca, vinieron muchos aquí en la clínica, con todo el apoyo del Gobernador Heladio... [El] dijo ‘ustedes consiguen el terreno’. Así que comparamos un terreno cooperando nosotros porque no había dinero en ese tiempo” (Expresidente municipal 1987-1989). Así se concretó la construcción de una Unidad Médica Rural que cuenta con un consultorio, una residencia médica, un espacio para la cocina rural comunitaria y un pequeño salón para la realización de los talleres. Actualmente la UMR se hace cargo de 26 comunidades aunque, por errores en la regionalización de los servicios de salud, tienen registrada a la localidad de San Francisco I. Madero que se

encuentra a más de cinco horas de distancia y que recibe su atención médica en el centro de salud de Agua de Paxtle. De igual forma atiende a la comunidad de la Trinidad, aunque sea una localidad que por cercanía geográfica debería ser atendida por el Centro de Salud de San Martín de Porres. Todas las comunidades del ámbito de su atención reciben apoyos del PDHO, sumando un total de 978 familias beneficiarias para el 2010. En teoría la UMR es responsable de la atención de las 4438 personas que habitan dichas comunidades, independientemente de su condición como beneficiarias del PDHO.

Mapa 3. Localidades en atención de la Unidad Médica de Santa María Chilchotla



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013

Desde su entrada en operaciones en 1990, la plantilla del personal no se ha modificado e incluye a un médico(a) titulado, una auxiliar de enfermería de base y otra de sustitución para fines de semana. A lo largo de estos años más de siete médicos y médicas han atendido la zona y solamente una de ellas hablaba mazateco por ser originaria del municipio vecino de San José Tenango. La auxiliar de enfermería de base es originaria del municipio y es la misma desde que la UMR abrió las puertas, al igual que las dos enfermeras que han cubierto en distintos momentos el turno de los fines de semana.

En los espacios de la clínica se realizan faenas frecuentes para el desmonte del terreno, con

la colaboración de los comités de salud de las comunidades que atiende la unidad. Para el tiempo que visité la clínica, se contaba además con el apoyo de una joven contratada por el municipio para el aseo cotidiano de la clínica y para realizar las labores de traducción con la médica de base.

La UMR tiene a su cargo trece casas de salud con sus respectivos asistentes rurales a las que recientemente se añadió la contratación de una asistente rural que apoya las actividades en la cabecera municipal. Al menos la mitad de las y los asistentes rurales tienen más de cinco años desempeñando sus funciones, el resto se han cambiado por diversas razones, ligadas siempre a malos entendidos con las comunidades. El nombramiento de asistentes rurales jóvenes se ha traducido en que muchas de estas personas cumplan forzosamente con el cargo, no asistan con regularidad a la UMR y terminen abandonando el servicio.

Esta Unidad Médica recibe visitas periódicas del personal de supervisión ubicado en Huautla, aunque su unidad administrativa se encuentra ubicada en la Ciudad de Huajuapán. Durante siete años, la atención a estas comunidades se compartía con la visita de equipos itinerantes que se denominaban microrregiones los cuales estaban formados por un promotor de salud y un auxiliar de enfermería y atendían a siete de las comunidades que ahora tiene en su responsabilidad la UMR. A partir del 2012 desaparecen estas brigadas para convertirse en apoyo itinerante a algunas UMR que se consideran prioritarias. De este modo, durante mi visita comenzaron las vistas mensuales de este equipo de trabajo que complementarían las acciones de promoción a la salud de la UMR.

En general, las actividades de la UMR se organizan por días de trabajo. Un día a la semana se dedica a la atención de embarazadas, otro al control nutricional y otro al seguimiento de personas con hipertensión y diabetes. En los días se intercala la realización de consultas semestrales de familias Oportunidades y de atención a población abierta. La vacunación es una actividad permanente y los jueves se destinan a realizar el seguimiento de las actividades de las y los asistentes rurales.

Los talleres de autocuidado para la salud de las familias beneficiarias de la cabecera municipal se programan anualmente en un horario que va de las cuatro a las seis de la tarde. Las beneficiarias se encuentran divididas en grupos, de tal modo que una vez al mes participan en estas actividades. No se programan los temas a abordar en los talleres con anticipación y una vez al año se cita a los jefes de familia a estas actividades. En el caso de los talleres que se realizan en las comunidades con casas de salud, la programación de fechas, horarios y temas corren a cargo de las y los asistentes rurales de cada comunidad sin que la clínica cuente con información al respecto, pues sólo se reporta a la UMR el número de talleres realizados cada mes.



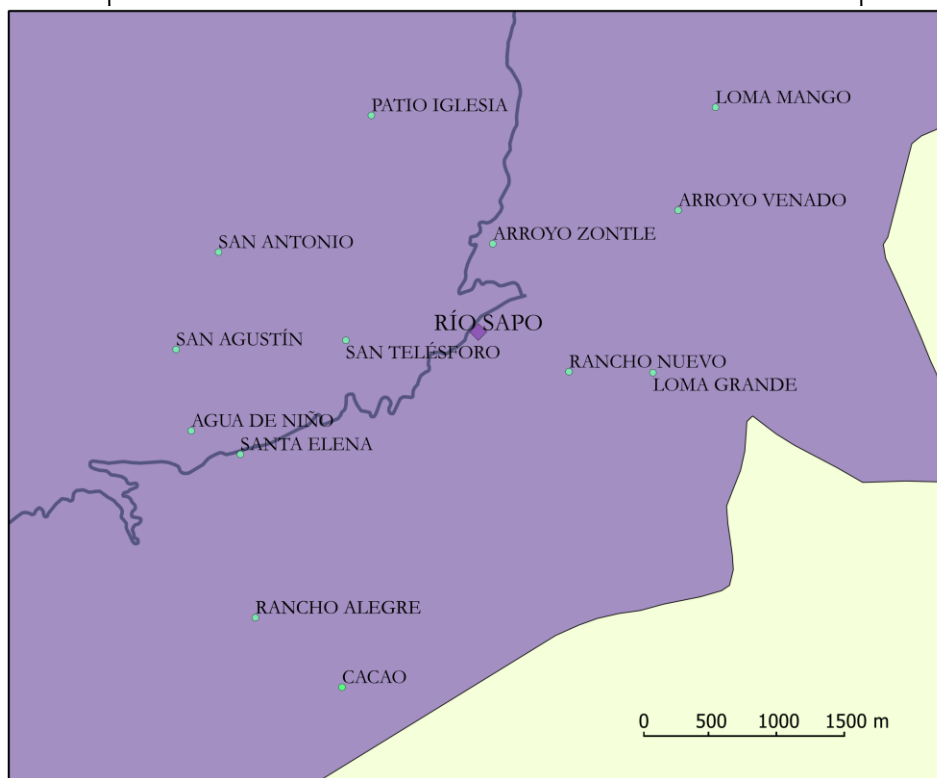
En ese contexto, los talleres han pasado a ser una actividad que tiene una baja prioridad. No son actividades que sean supervisadas, ni monitoreadas a nivel de casas de salud. Las y los asistentes de salud son presionados para entregar censos e información. En lo que respecta a los talleres sólo se monitorea el formato en el que se vacía el cumplimiento de los talleres. Durante mi trabajo de campo, en el mes de octubre, no se realizaron talleres de autocuidado en las comunidades para concretar las labores de los censos de población; para noviembre cada asistente programó sus temas en función de lo que les parecía mejor o más fácil.

#### **2.4.2 Unidad Médica Rural de Río Sapo**

Actualmente la UMR de Río Sapo tiene bajo su atención a 17 comunidades, con un total de 692 familias beneficiarias del PDHO y una población total de 3304 personas. Antes del establecimiento de la UMR a finales de los setenta, se contaba con los servicios de salud del INI. El espacio en el que se ubica la unidad fue donado por el cacique de la comunidad, que en ese periodo cedió los terrenos para la construcción de la UMR y de la escuela primaria. Se trata de una de las comunidades más grandes de Chilchotla que por su ubicación geográfica y la disponibilidad de los caminos suele estar más conectada con Tezonapa, Veracruz.

La Unidad Médica Rural opera desde 1988 y desde sus inicios ha contado con los servicios de dos auxiliares de enfermería de la comunidad que ahora están a pocos años de jubilarse. En estos años, se recuerda a un par de médicos pasantes que atendieron a la unidad y que eran originarios de la zona. En Río Sapo las y los médicos no duran mucho tiempo en servicio. Cuando llegué al trabajo de campo la unidad estaba sin servicios médicos ya que a principios de 2012 se había removido a una doctora que llevaba más de tres años de servicio en la zona, por el caso de una muerte materna. Desde entonces había llegado un médico que en menos de cuatro meses abandonó la unidad. A partir de la muerte materna, el IMSS-O abrió un espacio para un médico de contrato para los fines de semana; espacio que nunca ha logrado cubrirse porque los médicos se arrepienten al ver la distancia y condiciones de transporte de la comunidad.

Mapa 4. Localidades en atención de la Unidad Médica de Río Sapo



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013

La UMR de Río Sapo depende de una zona de supervisión ubicada en la Ciudad de Tuxtepec, aunque su unidad administrativa se encuentre hasta Matías Romero, en la zona del Istmo. Durante mi visita la falta de médico modificaba toda la estrategia operativa de la unidad y eran las actividades de las enfermeras las que se mantenían constantes. En esta unidad las titulares del PDHO se encontraban organizadas en grupos que son atendidos por cada una de las auxiliares de enfermería y por el o la médica en funciones para la implementación de los talleres. Los talleres de autocuidado se realizan de cuatro a seis de la tarde, pero para el mes de diciembre, periodo en el que realicé el trabajo de campo, las enfermeras estuvieron más enfocadas en la organización de lo que sería la programación de talleres para el 2013, al tiempo que trataban de sacar a flote la información que tenían que reportar ese mes.

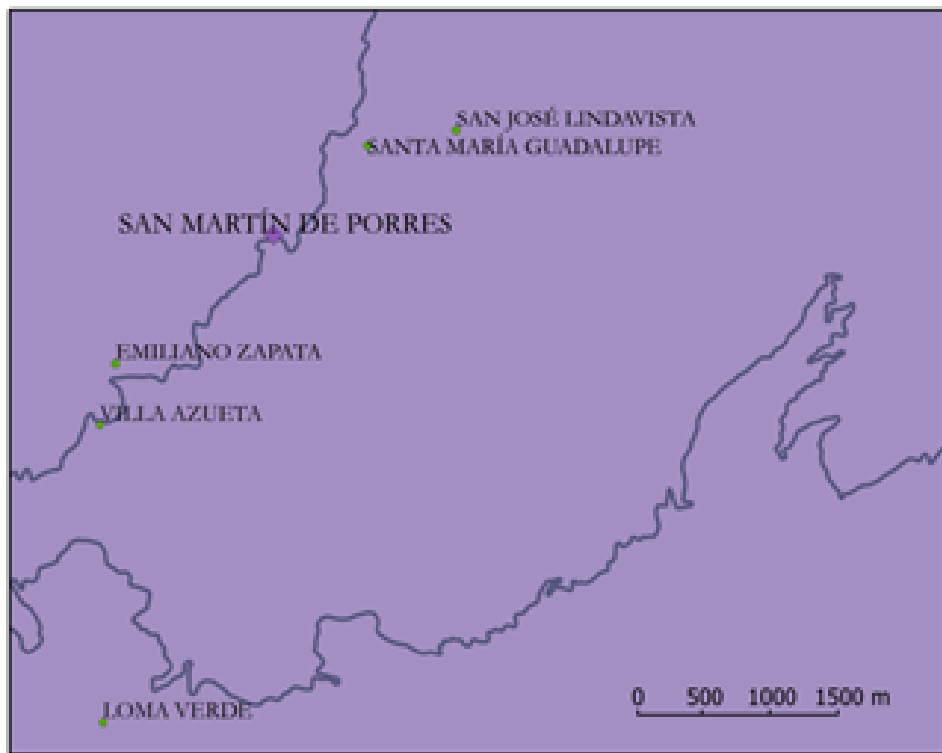
La unidad es responsable de 15 casas de salud con sus respectivos asistentes rurales. Todas las y los asistentes rurales de la zona tienen más de cinco años en servicio y durante el tiempo que estuve en la unidad visitaban semanalmente la UMR. A razón del caso de muerte materna, había visitas periódicas de la Promotora de Acción Comunitaria de la zona de supervisión de Tuxtepec, para la realización de capacitaciones relacionadas con la operación de los talleres. En ese sentido, daba la impresión de que se trataba de actividades que eran priorizadas por encima

de los censos de información, cuestión que también puede ser explicada por los años de experiencia del personal comunitario.

### 2.4.3 Centro de Salud de San Martín de Porres

El Centros de Salud de San Martín de Porres fungía como casa de salud hasta 2005. En ese periodo fue equipado como centro de salud a razón de las gestiones del presidente municipal en turno. Actualmente, tiene bajo su atención a seis localidades con 216 familias beneficiarias del PDHO Oportunidades y con una población total de 938 personas.

Mapa 5. Localidades en atención del Centro de Salud de San Martín de Porres



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013

La plantilla del personal durante los tres primeros años incluyó a un médico de contrato y un auxiliar administrativo, aunque desde el 2010 se autorizó la contratación de una auxiliar de enfermería. Desde el 2005 estos espacios son cubiertos por personal de la región que se ha mantenido en los puestos.

A pesar de que normativamente se establece que sólo se tienen a seis localidades en atención, el centro de salud suele reportar consulta a habitantes de muchas otras comunidades de la región, lo cual multiplica las cargas de trabajo del centro. Las consultas programadas y a población

abierta se realizan toda la semana y los talleres se organizan por grupos las primeras semanas del mes en un horario matutino. En San Martín se trabaja con cuatro grupos de menos de treinta personas que tienen en cuenta los rangos de edad de las beneficiarias. Regularmente se cita a taller los días miércoles a las doce de día. Como se trata de cuatro grupos se tienen sesiones prácticamente cada semana y las actividades sólo son interrumpidas cuando hay que entregar información, dado que la unidad depende administrativamente de la Jurisdicción Sanitaria que tiene su sede en la Ciudad de Oaxaca.

Los talleres se llevan a cabo en la unidad pero no hay un espacio específico para su realización, por lo que se llevan a cabo en la salita de espera o en el patio del centro de salud si no hace mucho calor.

El Centro de Salud tiene a su cargo seis casas de salud con sus respectivas auxiliares. Una vez a la semana las auxiliares de salud reportan sus actividades al centro de salud. En general se trata de casas de salud mejor equipadas que las del IMSS-O, toda vez que algunas cuentan con televisión y reproductor de video para la proyección de material de educación para la salud. Sin embargo, tampoco se realizan revisiones periódicas a los talleres y su monitoreo suele basarse en los formatos de seguimiento del número de talleres realizados por mes.

#### **2.4.4 Centro de Salud de Agua de Paxtle**

El centro de salud de Agua de Paxtle se encuentra en operación desde el 2005, con una plantilla de personal que comprende a un médico pasante, un pasante de enfermería y un auxiliar de enfermería. Tiene bajo su atención a cinco comunidades con un total de 171 familias beneficiarias del PDHO y una población total de 467 personas.

Desde el 2006 se certificó como centro de salud para la atención del Seguro Popular, cuestión que multiplica las cargas de trabajo, en tanto se hace cargo de los asegurados de toda la zona baja del municipio y hasta de localidades circunvecinas de San José Tenango. En teoría, este nivel de atención debería traducirse en una platilla más amplia de personal, pero durante 2008 no se reportaron en el sistema las consultas del Seguro Popular y se canceló la plaza del pasante de enfermería.

Desde inicios de su operación, la comunidad de Agua de Paxtle acordó en asamblea un sistema de cobros de toda la atención médica del Centro de Salud, cuestión que ni la entrada del Seguro Popular modificó y en la que es probable que omisiones en los suministros adecuados de los recursos del Seguro Popular, estén derivando en una presión para que estos cobros sigan

realizándose. Este dinero va directamente a los bolsillos del personal de la unidad y a criterio del personal puede reservarse una parte para el mantenimiento del Centro de Salud.

Mapa 6. Localidades en atención del Centro de Salud de Agua de Paxtle



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos vectoriales disponibles de INEGI 2013.

De esta forma, las actividades del Centro de Salud se basan prioritariamente en la atención a pacientes del Seguro Popular y a consultas Oportunidades, de modo que los talleres se convierten en actividades mensuales de no más de media hora en la que se cita a las beneficiarias por localidad a medio día, de forma que se pueda reportar la realización de actividades, aunque sea la atención de urgencias la prioridad de la unidad. Agua de Paxtle se encuentra a media hora de la UMR de Río Sapo la cual, durante el periodo de mi estancia en campo, no contaba con personal médico por lo que las consultas en Agua de Paxtle se multiplicaban.

## **CAPÍTULO TRES**

# **EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL MÉDICO**

Este capítulo tiene como principal objetivo reconstruir los mundos de vida (Long, 2007) de cuatro personas que se desempeñan como médicos y médicas del primer nivel de atención, para analizar las formas en que desempeñan su labor profesional en el entorno social de Santa María Chilchotla, incluyendo las actividades de educación para la salud en donde una parte importante lo constituyen los talleres de autocuidado para la salud. Se exploran así sus experiencias personales, escolares y profesionales, así como sus discursos en torno a la operación del PDHO y a su propio ejercicio profesional en comunidades indígenas, para entender sus visiones de la población con la que trabajan, sus posicionamientos frente a la promoción y educación para la salud y el alcance y características de su participación en las actividades de los talleres de autocuidado, aportando finalmente un ejemplo de sus prácticas en este ámbito.

Explorar los mundos de vida de las y los médicos es crucial para analizar las formas en la que los talleres se inscriben en la práctica cotidiana de este personal. Para ello, se retoma la conceptualización de Long de mundos de vida definidos como procesos continuos de reordenamiento consciente e inconsciente de acciones, relaciones y experiencias, que incluyen interacciones sociales y la construcción colectiva e individual de significados que se identifican con espacios socio-geográficos específicos, así como con historias particulares de vida (2007:443).

La exposición se concentrará en los médicos y las médicas que se encuentran a cargo de las cuatro unidades médicas seleccionadas para el trabajo de campo. Se trata de personas con experiencias de vida y condiciones laborales muy diversas, lo cual permite dar cuenta de la heterogeneidad de perfiles que caracteriza al personal médico que está a cargo de la operación del primer nivel de atención. La Tabla 2 muestra algunas de esas características entre este personal.

Tabla 2. Perfiles del personal médico adscrito a unidades de primer nivel de atención, municipio de Santa María Chilchotla, 2012

Seudónimo	Procedencia	Edad	Institución	Cargo desempeñado	Tiempo en servicio	Tiempo en la localidad	Formación Universitaria
Diana	San Francisco Telixtlahuaca, Etlá	30	UMR de Santa María Chilchotla	Médica de base	3 años	8 meses	UABJO
Francisco	Agua Ancha, Eloxochitlán, Teotitlán	57	CS de San Martín de Porres	Médico de contrato	28 años	7 años	BUAP
Carlos	Calpulalpan de Méndez, Ixtlán	27	UMR de Río Sapo	Médico de pre-base	2 años	1 mes	UABJO
Luz	Villa de Etlá, Etlá	25	CS Agua de Paxtle	Médica pasante	6 meses	6 meses	UABJO

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados en trabajo de campo.

### 3.1 Diana: La centralidad de la profesión médica

#### 3.1.1 La profesión médica: aprender el oficio

Diana tiene treinta años, siempre viste con ropa médica y sin bata. Usa el cabello recogido, gafas y rara vez sale de la unidad médica, incluso toma sus alimentos al interior de la Unidad Médica Rural (UMR) que está a su cargo. Es así que cada semana, desde que llega el lunes temprano, hasta el viernes en la tarde, prácticamente no sale de su espacio de trabajo.

Acercarme a ella fue un proceso largo, pues además de que siempre estaba en consulta, me costó trabajo dejar claro que no estaba en la unidad para realizar supervisión; percepción que después entendí podía estar motivada por sus experiencias previas de trabajo en otras unidades médicas.<sup>82</sup>

Diana nació en San Francisco Telixtlahuaca, Etlá, Oaxaca, un municipio que se ubica a 30 kilómetros aproximadamente de la capital del estado. Su padre es profesor y su madre se ha dedicado a las labores domésticas y al cuidado de sus hijas. Es la mediana de tres hermanas y estudió cerca de su comunidad hasta el bachillerato. Para estudiar la universidad tuvo que trabajar de tiempo parcial para financiar sus estudios.

Desde su punto de vista, estudiar era el único camino para acceder a mejores oportunidades de vida y de trabajo, considerando que el mercado laboral cercano a su municipio en el pequeño corredor industrial de los Valles Centrales de Oaxaca, se restringe a empleos informales en fábricas manufactureras. Después de terminar su bachillerato, Diana trabajó por un breve periodo en una maquiladora, experiencia que marcó su determinación de seguir estudiando:

<sup>82</sup> Muchos de los detalles que relato fueron compartidos por Diana en charlas informales, pues fue hasta tres semanas después de mi llegada que pude realizar una entrevista semiestructurada con ella.

El primer día que yo entré a trabajar a una maquiladora y me dolió todo mi cuerpecito, dije no quiero estar en esto, yo tengo que terminar de estudiar como sea. Fue ese día cuando me entraron más ganas de estudiar y buscar trabajos por donde sea para terminar de completar lo que me daban para poder terminar la escuela (Diana, 30 años, 3 años como médica en el IMSS Oportunidades, 28 de septiembre de 2012)

Señala que su interés en la medicina comenzó desde el bachillerato y que realizó trabajo de voluntariado en la Cruz Roja, donde adquirió experiencia en la atención de emergencias. Sin embargo, su elección profesional, pero sobre todo su esfuerzo para poder terminar sus estudios, fueron también motivados por un intento de marcar distancia con un rol de género<sup>83</sup> representado por su madre y caracterizado por el ejercicio de la maternidad, la dependencia económica y la realización de tareas domésticas. Así lo recuerda ella:

Yo creo que lo que me empujó fue mi ego porque yo no quería terminar como las demás, no quería terminar como las demás señoras que están en su casa extendiendo la mano para que te den cien pesos para una semana y tener que cuidar diez hijos. No, eso es lo que más odié en la vida... yo no quería ser lo que todo mundo es, yo no quería ser parte de lo mismo, quería salir de eso... Yo creo que es mucho carácter y parte de la formación que te den en tu casa. Mi mamá siempre me decía, no quiero que seas igual que yo. Yo decía: No, nunca lo voy a ser (28 de septiembre de 2012).

De esta manera, ella manifiesta su negativa de ejercer este rol tradicional y la medicina como opción profesional fue la disciplina que más la alejaría de esa vida que describe con rechazo. Tal vez, de manera algo paradójica, su ejercicio profesional consiste en dar servicio a mujeres que viven precisamente estos roles tradicionales. Cuestión que, como veremos más adelante, va influenciando la forma en la que construye la imagen que tiene de las mujeres con las que trabaja.

Diana estudió en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma de Benito Juárez de Oaxaca (UABJO). Su actual práctica profesional se encuentra ligada al primer nivel de atención en una UMR del IMSS-O en Santa María Chilchotla. Al respecto, señala que durante su formación en la universidad, las materias de medicina preventiva, epidemiología y/o salud pública, que pueden considerarse centrales para las actividades que se realizan en unidades de este tipo, eran las menos difíciles y que se consideraban las materias menos “valoradas” en la carrera: “Medicina preventiva era de “colchón”... porque no veías lo que era medicina preventiva en sí, veías un poquito de historia de la medicina...trataban de enseñarnos ciclos de enfermedades y cómo podías romperlos”(5 de noviembre de 2012).

También recuerda que en su proceso de formación en ningún momento se abordó algún

---

<sup>83</sup> El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva, las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan: *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo doméstico (Lamas, 2000: 114)



contenido temático y/o metodología de trabajo sobre la labor que desempeñaría tanto en su servicio social o como médico titulado en el primer nivel de atención. Cuestión que, como veremos más adelante, influye en las formas que adquiere su labor en este nivel pues se trata de la aplicación de conocimientos subordinados y de un ejercicio laboral poco valorado en la profesión médica, pues como bien nos recuerda Caramés:

...el proceso de formación en ciencias de la salud supone igualmente un proceso de construcción ideológico-cultural y no solamente de adquisición de habilidades técnicas, lo que a su vez determina formas de ver y, consecuentemente, de abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención, entre otras: la propia enfermedad, el sujeto enfermo y su cuerpo, así como las relaciones entre el profesional sanitario y el paciente. Al mismo tiempo, dicho proceso de construcción ideológica no se da en el vacío, sino dentro de un contexto social e histórico determinado. (2004:31)

Entendido el proceso de formación en estos términos, el internado se convierte en un periodo clave para quienes entrenan como médicos. Regularmente, se destaca una reiterada referencia a los horarios y cargas de trabajo extenuantes, pero el caso de Diana permite además ilustrar un proceso de internalización de las jerarquías sociales muy presentes en la profesión médica. Pues Diana, al igual que los demás médicos que tuve la posibilidad de conocer, se encuentra dentro de una esfera social común que tiene sus propias reglas y jerarquías. En ese espacio, la formación médica ocupa un lugar imprescindible y el internado un escalón necesario en un proceso de “desensibilización”, al menos en México, que permite a las y los médicos enfrentar la enfermedad y la muerte desde un lugar aséptico, en donde todo parece ser menos doloroso. Del mismo modo, se trata de un proceso en que las y los estudiantes de medicina terminan de procesar las jerarquías que marcarán radicalmente su ejercicio profesional.

En esta lógica, Diana relata que la anestesióloga que estaba a cargo de los internos en el Hospital de Veracruz, donde ella cursó su año de internado, les reiteraba continuamente “ustedes sólo tienen que hablar con los de su nivel, ay de ustedes si los encuentro hablando con los de *Lavatap* o de lavandería” (Diario de campo, 5 de noviembre de 2012). El interno puede ocupar un lugar específico por encima del personal de limpieza, aunque esta posición se invierta frente a las mismas enfermeras, los médicos generales titulados, los médicos residentes y los médicos especialistas que parecen estar en el pináculo de la jerarquía médica. Al respecto, Diana añade: “Para los especialistas, los médicos generales no somos nada. En el hospital un r4 manda al r3, un r3 a un r2 y un r2<sup>84</sup> ya habla contigo. Así es la cadenita.” (Diario de campo, 5 noviembre de 2012).

Después del internado, el servicio social constituye el primer acercamiento de los médicos en

---

<sup>84</sup> Categorización de residentes de acuerdo al tiempo que llevan en el internado.

proceso de egreso de la facultad, a la operación de programas públicos ligados con el primer nivel de atención. Diana insiste en que la escuela no los prepara para lo que viene. Para ella una materia que les ayudaría sería sociología porque “a lo mejor te ayudaría a entender la diversidad de gente que hay, aunque ninguna materia te prepararía para lo que viene...que vienes a sacar todo tu solo y como puedas” (6 de noviembre de 2012).

Su experiencia permite visualizar las implicaciones del servicio social, que no es sólo el primer contacto con la atención a pacientes sin la asesoría de otro médico, sino que también implica la entrada y el ejercicio profesional en un contexto social diferente al propio, donde además se tienen que enfrentar limitaciones severas en cuanto a infraestructura, equipo, medicamentos e insumos y recursos humanos disponibles.

Diana tuvo calificaciones promedio en la facultad por lo cual alcanzó a “escoger comunidad” para realizar su servicio social. Sin embargo, al desconocer los nombres de las localidades en las que se ubican las unidades médicas, Diana escogió una unidad de los SSO que se encontraba en la Jurisdicción 5 de la Mixteca porque la sede de la jurisdicción se encuentra a dos horas de su casa en Telixtlahuaca. Sin embargo, contrario a lo que esperaba, su comunidad se encontraba a casi ocho horas de su municipio.

Diana recuerda que su padre la acompañó al centro de salud en el que hizo su servicio social. Por la lejanía, no quería que se quedara, pero que ella no dudó en que tenía que pasar un año en ese lugar. Comenta que aunque estaba muy lejos y no entendía el mixteco, pronto empezó a acostumbrarse. Para ese periodo (2005-2006), los SSO mantenían un sistema de cuotas donde los pasantes tenían la posibilidad de realizar ciertos cobros por la atención, en función de los acuerdos que la clínica tuviera con la comunidad. Diana recuerda que atendió muchos partos en esa comunidad y bromea: “a quinientos pesos cada uno, juntaba para mi marranito” (Diario de campo, 5 de noviembre de 2012).

Estos cobros que al parecer no eran tan supervisados, refieren a otro aspecto que caracteriza el servicio social: la precariedad de las becas. Cuando Diana realizó su servicio recibía quinientos pesos quincenales, de modo que no parece casual que se incentiven toda clase de cobros y que incluso haya zonas en las que la población tiene que absorber los gastos de alimentación de las y los pasantes.

Esta cuestión complementa las condiciones que caracterizan la etapa del servicio social. Las y los médicos en formación tienen que cubrir espacios donde la gran demanda de servicios se combina con condiciones de pobreza y rezago social, sin una remuneración económica apropiada, ni la orientación sistemática de lo que implica su labor. Se trata de una suerte de

prueba final del temple inquebrantable que se supone requiere ser médica o médico en este país. Esta etapa suele desembocar en la consolidación de la interiorización de las fuertes asimetrías sociales que vive el país y de fuertes estereotipos sobre las personas que viven en situaciones de pobreza en comunidades indígenas y que los y las pasantes deben de atender durante el servicio social.

### **3.1.2 El IMSS-O: El trabajo con población indígena y las políticas institucionales**

Diana afirma que después del servicio social no tenía pensado volver a estar en una unidad de primer nivel; sin embargo, después de ejercer por unos meses en un pequeño consultorio privado donde ganaba muy poco, decidió hacer la solicitud al examen de ingreso para el IMSS-O.

Señala que su primera opción siempre fue el IMSS Régimen Ordinario, pero que cuando se presentó solicitando trabajo, lo primero que le preguntaron era si tenía algún familiar trabajando en el Instituto. En esa búsqueda, ella se enfrentó con la operación de lo que se puede denominar el sistema de “palancas” que caracteriza la entrada a las instituciones de salud:

¡Odio que el gobierno utilice palancas para poderte dar un puesto! Lo que a mí me gustaría es que lancen convocatoria y quede el mejor, pero el mejor preparado, el que más estudios tenga, el que más conocimientos tenga, el que sea más apto para estar en ese puesto. IMSS siempre ha sido mi mejor referencia, tanto laboral a nivel estado es IMSS, pero IMSS-Ordinario, no Oportunidades, porque tiene mejor salario...mejores prestaciones, mejor estabilidad laboral, mejores horarios. Ahí me hubiera gustado entrar por concurso (28 de septiembre de 2012).

Tras esta decepción y luego de enterarse que uno de sus compañeros ingresó al régimen ordinario sólo porque tenía un familiar que trabajaba en el Instituto, sostuvo el examen para el IMSS-O con la esperanza de acceder a una plaza que le permitiera postular a alguna de las especialidades que oferta el IMSS-O y/o prepararse para aprobar el examen nacional de residencias médicas. Diana fue seleccionada, recibió una semana de capacitación, en la que se abordaron las características del Programa IMSS-O. Sobre la ubicación y contextos en los que se ubican las UMR, recuerda que sólo hubo un énfasis en relación a que se trataba en general de comunidades muy lejanas:

Sólo nos dijeron que las comunidades eran muy lejanas, que a lo único que nos íbamos a enfrentar era a la lejanía...”son comunidades lejanas porque somos IMSS-O, hay comunidades que todavía se entra caminando... Ustedes saben si le entran o no” (28 de septiembre de 2012).

Detrás de esta advertencia, se anticipaba un reto que Diana estaba dispuesta a enfrentar porque necesitaba trabajar. Es así que estuvo durante dos años en la UMR de Santiago Ixtayutla. Esta unidad se encuentra a doce horas de la ciudad de Oaxaca y por su lejanía y problemáticas

de salud se ha convertido en un espacio que nadie quiere ocupar. Es por ello que el personal de la Región del IMSS-O da facilidades a las y los médicos que aceptan tomar este espacio: a Diana le ofrecieron así el acceso a una plaza tras dos años de servicio, cuando normalmente el proceso suele durar más de tres años.

Santiago Ixtayutla es un municipio mixteco de la costa oaxaqueña y se volvió un lugar medular en la experiencia laboral de esta médica. Durante su estancia sólo viajaba dos o tres veces al año a la casa de sus padres. Ixtayutla se convirtió en su casa y en el lugar donde vivió las experiencias más duras de su ejercicio profesional hasta la fecha. En ese par de años hubo tres muertes maternas en el municipio y recuerda con nitidez cada una de las condiciones que rodearon estos fallecimientos. Pero más allá de estas tragedias, Diana enfrentó la política que sigue el IMSS-O para estos casos y que fue parte de lo que me compartió en la entrevista.

Cuando se reporta una muerte materna de una mujer cuya atención de primer nivel era responsabilidad de una UMR, el equipo de supervisión comienza una revisión exhaustiva de los expedientes de las mujeres. Los expedientes de Diana salieron sin observaciones, pero el personal del Hospital Rural de Jamiltepec recibió sanciones administrativas que consistían en descuentos que van de los cien a doscientos mil pesos porque se detectaron “omisiones” en la atención. Sin embargo, aun habiendo salido sin reprimendas o sanciones de este proceso, al ser la médica de la unidad del primer nivel se encontraba en una tensión permanente, sobre todo porque Diana piensa que hizo lo necesario y aun así estas mujeres fallecieron de una muerte que no hubiera tenido que ocurrir.

Ella recuerda que el primer fallecimiento sucedió cuando tuvo unos días de descanso y después de haber ella referido a la embarazada al hospital de Jamiltepec, pero que la señora no se trasladó en la semana que se le había indicado. Comenta que la auxiliar de salud de la comunidad le dio seguimiento mientras ella no estaba. La auxiliar detectó que la embarazada tenía presión alta y la acompañó al hospital del Jamiltepec, donde sin embargo, se le negó la atención. La segunda mujer llegó al albergue del hospital de Jamiltepec después de que Diana y su auxiliar habían hecho muchos esfuerzos por convencerla de que era importante de que se atendiera en ese hospital. Sin embargo, el promotor de salud del hospital estuvo insistiendo durante toda una semana de que ella aceptara de que le realizasen la OTB<sup>85</sup>, por lo que, al finalizar una semana de estancia, la embarazada y su esposo se “escaparon” del hospital. La última mujer que murió, falleció mientras Diana hacía su entrega de información en Jamiltepec. Cuando

---

<sup>85</sup> Oclusión Tubaria Bilateral, método anticonceptivo quirúrgico de carácter permanente que se realiza a la mujer.

indagaron, se supo que sus familiares la escondieron por temor a que muriera en el hospital.

Después de estos tres eventos, Diana fue referida dos semanas al hospital de Jamiltepec para recibir capacitación; capacitación que recuerda con un cierto grado de sarcasmo: “¡nombre! ya llegué siendo bien chicha...” (Diario de campo, 5 de noviembre, 2012). Fundamentalmente, considera que fue inútil ya que, por bien capacitado que pueda estar el médico de primer nivel, esto no sirve para salvar las vidas de las mujeres cuando el hospital es el que no tiene el personal necesario para atender emergencias obstétricas las 24 horas del día<sup>86</sup>. Además Diana es crítica del trabajo de los promotores del albergue del mismo hospital, ya que en su opinión no saben cómo retener a las pacientes que con mucho trabajo el personal del primer nivel de atención logra canalizar ahí y no continúan con la labor de convencimiento que se realiza en las unidades de primer nivel.

Por otro lado, señala que un par de meses después del último fallecimiento estuvo en una reunión nacional donde se convocó al personal de las unidades y hospitales rurales de municipios que se reconocían como repetidores de muerte materna en la que la directora nacional del IMSS-O mencionó repetidamente que “todos eran unos inútiles”, lo que le pareció indignante teniendo en cuenta las carencias sistemáticas de recursos humanos y materiales que tienen las unidades médicas y hospitales rurales del IMSS-O. Estos sucesos dejan claro cómo el sistema de salud y en específico el programa IMSS-O trasladan la responsabilidad de las muertes maternas al personal médico que ocupa el escalón más bajo de su jerarquía operativa, de tal forma que se invisibilizan las carencias estructurales del sistema; carencias que son determinantes en este tipo de fallecimientos.

Ante esta situación, Diana asegura que ya no va a atender partos: “ya todas las embarazadas son de alto riesgo y son referidas al hospital, yo no me pienso arriesgar, aunque si ya viene en expulsión, pues ya ni modos” (Diario de campo, 6 de noviembre, 2012). Señala que les cobran las muertes maternas y que este cobro no es sólo monetario, ya que se acompaña por linchamiento y persecución que parece no abandonarlos del todo mientras siguen en el Instituto.

Por otra parte, Diana destaca reiteradamente la situación que percibió viven las mujeres en Ixtayutla y los problemas que ella llegó a tener en la comunidad en su intento de “cambiar las cosas”:

En Ixtayutla decían que yo era mujer y quería alborotar a las señoras. Yo no podía dar muchas opiniones personales a las señoras, porque luego los señores iban, “¿por qué usted dijo que

---

<sup>86</sup> Se trata de una consideración crucial, ya que, para evitar muertes maternas, es indispensable contar con hospitales de segundo nivel que puedan atender estas emergencias de manera resolutiva en cualquier momento (Uribe, Ruiz & Andrade, 2009).

yo no puedo pegarles?”... Llegaban a decirme porqué yo les alborotaba la cabeza con métodos de planificación familiar, cuando era él el que decidía qué se ponía y si se lo ponía... Por ejemplo, allá no caminaban igual, siempre ibas a ver a una pareja pero, el señor siempre iba adelante y ella atrás y cuidado si lo rebasaba porque ella no tenía por qué ir adelante (28 de septiembre de 2012).

Con un poco de imaginación, se logra vislumbrar cómo debe de haber sido su experiencia de joven médica en el contexto de Ixtayutla; siendo una mujer joven, intentando difundir una “manera de vivir” que ella considera correcta, en un lugar donde las relaciones entre hombres y mujeres tienen características para las que Diana no fue mínimamente preparada para enfrentar. Afirma que en Ixtayutla hay desigualdad de género y me comenta que impartió capacitaciones a las beneficiarias del PDHO sobre este tema.

Sin embargo, ni en la Facultad, ni en el IMSS-O le proporcionaron herramientas conceptuales, metodológicas y/o de contenido temático que fueran más allá de la entrega de un manual de capacitación. Es así que cuando le pregunté por las características de estas capacitaciones y sobre sus referentes conceptuales, ella enfatizó que procuraba no alejarse de lo que dijera el manual:

Yo he impartido capacitaciones a mis titulares sobre equidad de género, pero que el Instituto nos lo haya dado a nosotros como parte de una capacitación, no... Me preparé leyendo la información, leyendo el manual, yo sé que no me tengo que salir de ese manual... Hombres y mujeres tenemos las mismas capacidades, a veces [el hecho de que] nosotras como mujeres fingimos demencia o fingimos debilidad es otra cosa (28 de septiembre de 2012).

Como sería de esperarse en una situación de esta naturaleza, ella interpretó el texto de los manuales e intentó aterrizarlo al contexto de Ixtayutla, tomando como base lo que veía en el lugar, pero también lo que le ha implicado ser mujer a lo largo de su vida. Esto se traduce en tensiones conceptuales y vivenciales, que la hicieron adoptar una posición ambigua donde, por un lado, reconoce la existencia de una desigualdad de género profunda pero, al mismo tiempo, afirma que las mujeres a veces también podemos llegar a fingir debilidad porque puede ser ventajoso hacerlo. En el caso de Ixtayutla, le parece que la desigualdad de género redundaba en situaciones que le parecen extremas, inconcebibles, injustificables y hasta desesperantes:

La equidad de género viene siendo eso, tenemos las mismas capacidades... en estas comunidades hay desigualdad de género... no puede decidir ella sobre su persona. Que no pueda decidir la paciente sobre lo que quiere, que a estas alturas de pleno siglo XXI, todavía ella tenga que pedirle permiso al marido para salir a lo mejor a comprar una tortilla, pedirle permiso para utilizar un método de planificación, pedirle permiso para hablar, pedirle permiso para opinar, pedirle permiso hasta para cómo se va a vestir o qué se va a poner... El colmo es que yo tenga que pedirle permiso al marido para trasladar a la paciente, aunque se esté muriendo, aunque ella me esté diciendo ‘sí doctora lléveme’, si el marido dice no, es no... Me he brincado por el arco del triunfo al marido (28 de septiembre de 2012).

La falta de equidad de género en “estas comunidades” la molesta y la indigna. Para ella su trabajo se ha visto obstaculizado por estas situaciones que, en su discurso, parece haber

sobrepasado, a partir de su “autoridad” como médica. Sin embargo, esta molestia no alcanza para que Diana haga referencia a alguna estructura social más amplia que explique la naturaleza y la reproducción de las desigualdades de género, sino que insiste en que la voluntad de las mujeres les puede permitir “sobreponerse”.

De igual forma, su narrativa nos permite entender que para Diana la situación de las mujeres en Ixtayutla es de un anacronismo inconcebible para el siglo XXI, lo que consolida una representación que asocia lo indígena con el “atraso”; un mundo muy alejado del progreso que caracteriza en su visión los espacios en los que ella creció, pero también de la noción de “mujer moderna” que de algún modo ha constituido su aspiración. Una mujer emancipada que no se deja, que no se queda en casa, que deja la maternidad para otro momento. Sus estereotipos acerca de las comunidades indígenas se encuentran muy ligados a su consideración de que las relaciones de género son especialmente violentas y anacrónicas en estos espacios. Al tiempo, ella ha construido a las mujeres que no “rompen los estereotipos” como sujetos pasivos que parecen conformarse con la situación, en vez de emprender la lucha que Diana ha sostenido en su propia vida para lograr ser diferente.

A la par de su percepción de las relaciones de género en Ixtayutla, Diana manifiesta las dificultades que tuvo para comunicarse con la población y la frustración que eso le producía:

Lo más difícil ha sido adaptarme al medio y comprender su dialecto, eso es lo más difícil... Y luego que a mí ni me gusta aprender las lenguas...cuando me ha tocado que me llegue una urgencia cuando no está mi auxiliar, te juro que en ese momento quisiera saber ese pinche dialecto, en ese momento tú quieres entenderle, quieres saber lo que tiene y nomás no... Me ha tocado que en las últimas comunidades era puro mixteco...eran nada más los estudiantes que hablaban español...La única solución que yo le he dado a mis problemas con la lengua es tratar de aprenderme nada más palabras clave...porque la verdad no me agradaría aprender su dialecto (28 de septiembre de 2012).

Como antropóloga en formación y tras las múltiples lecturas y reflexiones en torno a lo que han implicado la desvalorización y la discriminación por lo indígena en este país, su discurso me resultaba profundamente inquietante. Es complicado ver la multiplicidad de aristas que tiene un discurso en el que es explícito el desprecio por las culturas y las lenguas indígenas, pero considero que es indispensable ir más allá de lo evidente. ¿Qué implica para una médica como ella no entender y no poderse comunicar? ¿Qué implica para las y los médicos del primer nivel de atención tener una urgencia y no entender lo que dicen las personas y cómo se comportan? Sin diagnósticos laboratoriales, ni radiografías, ni ultrasonidos, las y los médicos dependen de la descripción de los síntomas para llegar a la aproximación de un diagnóstico.

Diana se considera buena médica, capaz de atender urgencias, confiada en su temple y en sus conocimientos, pero estaba en un lugar en donde todo eso se desplomaba porque no entendía

las formas de ser, los códigos de comportamiento o la lengua de la gente que tenía que atender. En el escenario de la consulta médica, estar sin un traductor cultural y lingüístico hacía que fuera prácticamente imposible lograr conocer lo que estaba sucediendo con el paciente. ¿Qué sucede con los profesionales de la salud, cuando laboran en espacios donde no entienden a sus pacientes y no los pueden ni siquiera escuchar? ¿Qué implicaciones tiene que médicos como Diana no hayan tenido acceso a referente alguno, del contexto sociocultural en donde iban a trabajar? ¿Qué sucede cuando los médicos se encuentran totalmente desprovistos y ajenos a herramientas de interculturalidad en salud y llegan cargados de sus propias construcciones socioculturales y con el modelo biomédico auestas a las comunidades indígenas?

En ese panorama, la vehemencia con la que Diana se expresa no se basa solamente en una representación social hegemónica en la sociedad mexicana en la que lo indígena se subestima y se desprecia, sino en una práctica laboral que la sumergió en un contexto para el que nada o nadie la preparó. Ella no estudió medicina visualizando su trabajo en comunidades indígenas. Estuvo cinco años formándose como médica y trabajar en comunidades indígenas fue su última opción.

Aunque moral y materialmente la discriminación sea uno de los peores rostros de las relaciones sociales, me parece estar frente una estructura social perversa en la que el sistema de salud, incluidas las facultades de medicina, arrojan a las y los médicos a contextos donde tienen que enfrentar situaciones límite, donde los encuentros interculturales se traducen en relaciones donde las y los médicos tienen discursos y prácticas de profundo desprecio por el otro también como un mecanismo de defensa y de supervivencia en un ejercicio cotidiano de su profesión profundamente disociante y disociado de lo que fue su formación y sus expectativas de trabajo.

Después de dos años de trabajar en Ixtayutla, Diana aceptó de inmediato el ofrecimiento de acceder a su plaza en la UMR de Santa María Chilchotla. La unidad se encuentra a cinco horas de Telixtlahuaca, comparado con las once horas de camino hacia Ixtayutla; además de tener a una sola hora de distancia al Hospital Rural de Huautla, mientras que Ixtayutla se encuentra a cuatro horas del hospital más próximo.

Cuando conocí a Diana, llevaba apenas cinco meses en Chilchotla. Como antes mencioné, me fue difícil que entendiera con claridad el propósito que tenía mi estancia en la UMR, ya que para ella, los fantasmas de la supervisión seguían ahí: “en el Instituto todo nos lo cobran, pero nadie sabe lo que es estar aquí...Te cobran todo, brotes y muerte materna, todo. Si hay una defunción por brote, te quitan hoja de mérito por el brote porque se supone que no estás haciendo lo que te tocaba hacer respecto a prevención” (Diario de campo, 24 de octubre de



2012). Estos cobros parecen convertirse en una suerte de “acoso laboral” en la que es preciso cumplir con las metas institucionales y evitar a toda costa cualquier fallecimiento de personas o grupos que se consideran prioritarios, aunque no se cuente ni con el personal, ni con la infraestructura o recursos materiales que apoyen la labor del personal de salud en el primer nivel de atención.

Es importante señalar que las diferencias entre Chilchotla e Ixtayutla son notables en cuanto a la accesibilidad, la tipología de los servicios y el tamaño de su población. Sin embargo, en los registros de las dos UMR coinciden unas categorías, iniciando con “comunidad indígena”. Tras las experiencias compartidas por Diana, fue importante indagar cómo concibe esta categoría conceptual:

Una comunidad indígena es aquella que no tiene los elementos de urbanización. La lengua es importante para clasificarla como indígenas, pero se supone que todos somos indígenas ¿no?...yo creo que todos somos indígenas porque no creo que alguien de sus abuelos hayan sido españoles...Mis abuelos hablaban lengua, pero se perdió. Yo creo que por la cercanía a la ciudad se fue perdiendo y porque además empezó la escuela allá, normal, no bilingüe, en español, en castellano (28 de septiembre de 2012).

En los argumentos de Diana nos encontramos ante una contradicción que no es exclusiva de su discurso, ¿quiénes son los indígenas? ¿Los rezagados, los no urbanizados, los que hablan “dialectos”?, o ¿son/somos todos? La tensión permanente entre ellos y nosotros parece operar en cada interacción que Diana establece en su práctica laboral. Cuestión que de ningún modo me excluía. En esta tensión se situaba su extrañeza ante mi presencia en la clínica. Se supone que los antropólogos estudian las culturas de “esos otros”; por lo tanto, ¿por qué charlaría yo con ella, cuando son los otros los que necesitan ser investigados? Son los otros los que tienen una cultura diferente porque yo, en ese consultorio, en esa entrevista, era una de las suyas, una mujer mestiza y profesionalizada de la ciudad.

Diana define las comunidades indígenas en base a dicotomías muy precisas. Lo indígena como lo rural en comparación con lo no indígena que es lo urbano. Lo indígena como lo atrasado, lo rezagado, lo violento. Pues aunque se refiera al mito fundacional donde todos somos indígenas, su práctica y discurso cotidiano se remite al indio de hoy, con el que tiene que trabajar, con el que no puede comunicarse y cuyas costumbres son incompatibles no sólo con su discurso médico, sino con lo que Diana considera indispensable para vivir: el esfuerzo individual.

Para ella no hay espacio para valorar la diversidad lingüística y cultural, cuando éstas han sido fuentes de sus principales dificultades. De forma que las “comunidades indígenas” la remiten a espacios no urbanizados donde las mujeres no pueden decidir sobre sí mismas y donde la cultura como alteridad y la lengua se configuran como obstáculos.

En esta lógica, Diana enfatiza en su discurso la diferencia lingüística sobre la cultural y reitera así que no es su responsabilidad aprender la lengua de las comunidades, sino que, en todo caso, el IMSS-O debería colocar a los médicos que hablan alguna lengua en las zonas en donde se les requiera.<sup>87</sup>

Hay muchos médicos que son de esta zona y que están en el Programa, pero andan bien disparados, por ejemplo, aquí había médicos que eran de la zona de Jamiltepec y hablaban mixteco y andaban aquí con el mazateco, a lo mejor si hubiera alguien un poquito más inteligente y que te contratara y te dijera a ver tú sabes mixteco, pues te vas a donde hablan mixteco, a lo mejor hay una variante de los que hablan mixteco, pero ya vas un poquito adelantado... Y los que hablábamos español que nos manden a donde ya no esté tan arraigada su lengua (28 de septiembre de 2012).

En Chilchotla, aunque hay un mayor grado de bilingüismo, las personas resintieron notablemente que Diana sólo hablara español porque antes llevaban más de tres años con una médica de San José Tenango que hablaba mazateco, la cual justo unos meses antes había conseguido el traslado a su municipio de origen, dejando vacante el puesto que llegó a cubrir Diana. Con esto en cuenta, el regidor de salud autorizó la contratación de una persona que la apoyara con la traducción, además de encargarse del aseo de la clínica.

En Chilchotla, el trabajo de Diana ha sido cuestionado porque algunas personas la consideran de mal carácter y remarcan que no sabe hablar mazateco. Diana no es una mujer de modales suaves, es sarcástica, habla fuerte, se planta con dureza frente a sus pacientes; en su proceso de formación y en el servicio social aprendió que, en este oficio, la calidez puede muy bien ser sinónimo de debilidad. Cuando está con quien no entiende mucho el español habla lentamente, pero con un tono alto como si las personas tuvieran problemas de audición. Con frecuencia me dice que la gente no la quiere, que voy a escuchar muchas quejas de ella. Efectivamente, cuando entrevisté a las beneficiarias del Programa muchas comentaron que es muy enojona y que se desespera con facilidad.

Al igual que cuando estuvo en Ixtayutla, Diana expresa no tener interés en involucrarse con la gente de la comunidad, más allá de las consultas, por lo que no realiza reuniones informativas con las autoridades, la asamblea o las y los pacientes. Tampoco realiza las acciones de salud preventiva o de educación para la salud, quedando estas tareas en manos de la auxiliar de enfermería. Diana se concentra en sus labores en el consultorio en ese pequeño espacio en el que circunscribe una estancia que espera no dure más de dos años. En más de una ocasión me

---

<sup>87</sup>Es frecuente tanto en el IMSS-O como en los SSO que las y los médicos que hablan alguna lengua indígena no sean ubicados en sus zonas de origen, a menos que el personal gestione su cambio de localidad.

reiteró su interés por hacer su especialidad y no quedarse en Chilchotla.

### **3.1.3 El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades: Confusiones, manipulaciones y flojera**

Otro elemento fundamental en la experiencia laboral de Diana tiene que ver con el manejo operativo del PDHO, sobre todo teniendo en cuenta que más del ochenta por ciento de las actividades que se realizan en las unidades médicas rurales van dirigidas a la población beneficiaria de este programa. Lo primero que es importante destacar es que, como muchos otros trabajadores del IMSS-O, Diana confunde el programa IMSS-O con el PDHO. Esta cuestión no es menor, si tomamos en cuenta que los dos programas se manejan por dependencias federales distintas, que su finalidad y objetivos son diferentes y que las reglas operativas de cada uno, aún si en ciertos ámbitos pueden considerarse complementarias y sinérgicas, mantienen diferencias sustantivas, sobre todo con respecto a la promoción de la salud comunitaria.

El IMSS-O ha mantenido su modelo de atención a la salud comunitaria con un esquema de voluntariado, donde un grupo de personas de la comunidad, que reciben el nombre de “voluntarias de salud”, es coordinado por un/a asistente rural para la realización de visitas domiciliarias periódicas y la elaboración del censo anual de salud. De modo que se supone el cumplimiento permanente de actividades de control y vigilancia para promover el saneamiento básico y prevenir problemas de salud, como contraparte de servicios de salud gratuitos que ofrece el IMSS-O a población que antes se consideraba “abierta” o no-derecho-habiente.

Sin embargo, con la entrada del PDHO, ese esquema dejó de tener un carácter voluntario porque el personal de salud de las UMR comenzó a incluir las tareas de las “voluntarias” en el paquete de corresponsabilidades en salud del PDHO; ante la posibilidad de hacer presión a la población, dado que el personal de salud ha sido el responsable de certificar el cumplimiento de dichas corresponsabilidades.

De este modo, la población que recibe los beneficios del componente de salud del PDHO en las UMR del IMSS-O suele cumplir obligatoriamente tanto con las corresponsabilidades del PDHO como con las acciones que contempla el IMSS-O. Esto genera un constante estire y afloje entre la población, el personal de salud y el personal de la Delegación Estatal del PDHO porque las beneficiarias suelen inconformarse por el cumplimiento obligatorio de tareas adicionales a las señaladas por el personal del PDHO. Cuestión que para el caso de la UMR de Chilchotla parece estar medianamente resuelta toda vez que el personal de enfermería ha llegado a ciertos acuerdos con las beneficiarias, rotando entre todas su participación como voluntarias

por seis meses a cambio de que se exente su participación en los talleres en ese periodo.

Aun así, Diana manifiesta su convicción de que la estructura comunitaria conformada por “voluntarias” no funciona porque no reciben una remuneración para cumplir con lo que señala la normatividad del IMSS-O. Esto nos permite reconocer las consecuencias de trasladar los costos de la supervisión domiciliaria a una estructura comunitaria “voluntaria”, aun cuando el PDHO parece obligar la participación de las beneficiarias en estas tareas.

La estructura comunitaria no funciona porque la estructura comunitaria está hecha por voluntarios de la misma comunidad o de la misma población y obvio que no hacen lo que tú les dices que tienen que hacer porque no les estás pagando... porque no les estás dando una remuneración. Sí, hacen lo que pueden y como lo pueden hacer,... Pero hacen lo que les dices, si les dices hoy, hacen sus visitas, pero si ya no les dices en todo el mes, entonces ya no lo hacen... (28 de septiembre de 2012).

En cuanto a las y los asistentes rurales, Diana considera que su tarea principal son los talleres de autocuidado y que sí tendrían tiempo para organizar la realización de los talleres si tuvieran el “interés” de hacerlo, pero que al final de cuentas, igual que las voluntarias, no realizan sus actividades porque tampoco perciben un salario y nadie los supervisa. Sin embargo y de manera algo contradictoria, cuando Diana repasa lo que este personal tiene que hacer, menciona que los quinientos pesos que reciben mensualmente, no es poco dinero si se piensa en que difícilmente se encuentran trabajos remunerados en las comunidades del municipio.

En lo que respecta al PDHO, Diana me compartió su perspectiva en un desahogo en donde se mezclaron sentimientos de inconformidad, coraje e impotencia al reconocer en la naturaleza de las corresponsabilidades una suerte de control social del que no quisiera ser parte. Diana es una mujer que cree firmemente en el mérito del esfuerzo individual, en una consciencia que te permite hacer y deshacer, donde las estructuras sociales no son más que pretextos para justificar y encubrir la pereza:

¡No tienes porqué venir a la fuerza! ¡No tienen porqué venir a la fuerza! Se supone que tantos años, tantos años con las mismas pláticas, tantos años de que a lo mejor ya sé que fulana se murió por eso y que a lo mejor me va a revisar de eso... Pues, ¡yo solita voy! ¡No necesito que me obliguen! ¡Para qué vas obligada a algo! Qué venga él que quiera venir y que sienta que tenga que venir; él que no, pues, ni modos. Yo no tengo porqué ir a buscarlo a su casa o a decirle ‘te voy a poner falta si no quieres venir’, porque es cómo estarle dando chiche a la gente... ¡Las estás acostumbrando a que la estás obligando a que tiene que venir! (28 de septiembre de 2012)

Para ella, obligar a las personas equivale a infantilizarlas, mientras que la persona que ejerce el papel de obligar a otros, se vuelve la madre que cuida y que supervisa; un rol que afirma detestar. Diana tiene un profundo rechazo a la idea de buscar a las personas y tener que amenazarlas todo el tiempo con ponerles falta. Quizá por eso, ella nunca se hace cargo de registrar las asistencias, aunque en la práctica y de manera indudablemente contradictoria,

tampoco duda en utilizar abiertamente el argumento que pondrá faltas si las personas no cumplen. Su argumentación y su enfoque se basan en la ideología del individualismo y el libre albedrío, en donde las personas tendrían que ejercer responsabilidad y autonomía de una manera fluida y natural. Para Diana, la idea de la enfermedad y la muerte tendría que ser advertencia suficiente para cuidarse, para responsabilizarse de sí mismo y acudir a los servicios de salud, sin ninguna necesidad de ejercer presión o amenazas para que la gente “cumpla”.

En una lógica parecida, derivada del énfasis en la autonomía y responsabilidad individual, remarca que el PDHO sólo consigue “hacer flojas a las personas”; una visión tan generalizada entre el personal de salud en el estado que se vuelve una representación social (Abric, 2001) entre este gremio:

¡Lo único que está haciendo [el PDHO] es a la gente más floja, a que no sea gente productiva! Sí, no, que sea gente que está sentada a esperar a que le llegue su dinero, nada más... A lo mejor y entre toda la gente habrá una que otra que lo complementa con el trabajo que tiene, pero el Programa, si se da cuenta que tú estás mejor económicamente, te lo quita... ¿Entonces qué es lo que pretende el Programa o cuál es el trasfondo del Programa? ¡Seguir teniendo a esa gente agachada y que nada más sea “dame”! Cambiaríamos la perspectiva a inyectarle que, si tú tienes esto ahorita, si tú tienes una cubeta de agua con el Programa vas a tener dos y si sigues echándole ganas vas a tener tres (28 de septiembre de 2012).

Para Diana el PDHO fomenta una actitud de pasividad que limita o evita que las personas tengan iniciativa y sean “productivas”. Además, insinúa que en el PDHO hay un trasfondo intencional de someter a las personas, mantenerlas “agachadas”. Señala que le parece contradictorio que salgan del programa las personas que mejoran sus condiciones económicas, pues le parece que eso “castiga” a los que dejan de necesitar de los apoyos gubernamentales. Trae constantemente a colación una concepción de sentido de iniciativa, autonomía y productividad centrada exclusivamente en el individuo. Lo que no es de extrañar, si recordamos que su lucha por estudiar medicina corresponde a lo que considera un mérito propio, cuestión que la hace sentir en un mundo en donde cualquiera—sin importar las condiciones socioeconómicas, educativas o contextuales en que estén inserto--puede hacer lo que se propone, siempre que se esfuerce lo suficiente.

Otro elemento que caracteriza su visión acerca del PDHO es su certeza de que el programa tiene un trasfondo político. Comenta que las corresponsabilidades facilitan que las personas puedan ser manipuladas bajo la amenaza de perder los apoyos. Señala que también se condicionó el voto al personal de salud y alude a su nueva condición sindical como algo que le permitió ignorar esas advertencias:

El Programa lo utilizan los políticos y saben que mientras tengan a esa gente así la pueden manipular más fácil. Es gente que la van a poder moldear a lo que ellos digan, que si yo les digo “tu vienes hoy, porque si no te quito Oportunidades”, la gente va... El programa lo

maneja el político, quiénes eran los que estaban arriba ahorita, PAN y ahorita quiénes van a estar PRI. Y dicen que el Programa no tiene trasfondo político, ¿Cómo no va a tener?, En las pinches votaciones aquí nos vinieron a decir: “si no votas por el PAN te corremos”, y dije, “estoy sindicalizada, no me corren”. ¡Y sí lo dicen y lo dijeron!, ¿No tiene trasfondo político? (28 de septiembre de 2012)

Para ella, Oportunidades mantendrá esta influencia independientemente del partido que se encuentre en el gobierno federal porque ya tienen a la gente empadronada. Esto alude a la utilización política del PDHO que se hace en tiempos electorales y a su posición como trabajadora frente a esta situación. Para Diana, el PDHO es a todas luces una estrategia de control social que se extiende a sus propios empleados no sindicalizados, de modo que todos pueden ser condicionados: a la población beneficiaria se le puede amenazar con la pérdida de sus apoyos y a los trabajadores con la rescisión de sus contratos.

Uno de los pilares sobre los cuales se ha sostenido la continuidad transexenal del PDHO ha sido precisamente el discurso oficial de que no se le puede utilizar políticamente; toda vez que cuenta con candados institucionales enfocados a garantizar su carácter apartidista. En cada proceso electoral federal o estatal hay periodos de blindaje electoral donde se adelantan las entregas de los apoyos para que ningún candidato pueda presentarse a hacer campaña. Se hacen capacitaciones con autoridades municipales para enfatizar que nadie puede prometer ni ampliaciones del programa, ni amenazar con la pérdida del programa si no se vota por una u otra opción política. Se difunden mensajes de la misma índole con la población beneficiaria.

Sin embargo, durante mi experiencia laboral pude ser testigo de procesos donde se planteaba al personal de la Delegación y a la población beneficiaria de distintos puntos del Estado que votaran por el Partido Acción Nacional (PAN). Como se estila en este país, cada administración contrata nuevo personal de acuerdo a su afiliación política y las contrataciones temporales facilitan que se den intercambios que sobrepasan los preceptos normativos. No obstante, las personas responden de diferentes formas a estas presiones, a las y los beneficiarios se les puede intentar condicionar el voto, pero eso no necesariamente se traduce en una votación masiva por el partido en el poder. El personal que labora en instituciones ligadas al PDHO también tiene espacios de resistencia frente a estas presiones. Al parecer y contrariamente a lo que Diana plantea, la máquina del programa no siempre es tan eficaz, dado que hay respuestas múltiples y diferenciadas hacia las prácticas de condicionamiento político.<sup>88</sup>

Ella enfatiza que el personal relacionado con el Programa a todos los niveles debería ser

---

<sup>88</sup> Este punto es ampliamente discutido por autores como Joseph y Nugent (2002) cuando describen la multiplicidad de formas y arreglos que caracterizan la formación del Estado y sus maneras de operar.

apartidista, aunque considera que nadie estaría dispuesto a cambiar la estructura o normatividad del Programa porque “entregar dinero” permite tener sumisas a las personas:

...Se supone que nosotros somos o deberíamos ser apartidistas y el Programa debería de serlo también... ¿Quién lo debería de manejar? Pues, lo debería de manejar un Programa o un grupo de personas aparte de la política. ¡Ah, no!, pero se sienta el verde lo maneja el verde, se sienta el azul, lo maneja el azul, si entra el amarillo, lo va a manejar el amarillo y a fin de cuentas lo va a seguir manejando la política... Y por eso es que no quieren cambiar las estructuras de su programa, porque los quieren seguir teniendo así como están, ¡sumisos! Si yo no estoy con éste, ya no me va a llegar dinero, si yo no hago esto, ya no me va a llegar dinero (28 de septiembre de 2012).

Finalmente, expresa que para ella sería fundamental que el PDHO incentivara la productividad de las familias, considerando que es muy probable que las reglas vayan a permanecer sin cambios, porque la estructura y características actuales favorecen una dependencia económica que hace más fácil controlar a las y los beneficiarios.

Se trata de un escenario desesperanzador en donde prevalece una perspectiva en la que las y los beneficiarios del programa quedan reducidos a seres manipulables y en la cual se diluye cualquier promesa de “romper el círculo intergeneracional de la pobreza” enarbolado por el PDHO. Al mismo tiempo, queda claro que esta médica sigue formando parte de la operación del IMSS-O y del PDHO a pesar de que se encuentra en desacuerdo con muchas de sus reglas, condiciones y características.

Es así que la única razón que mantiene a Diana en su puesto de médico general en la UMR de Chilchotla es su convencimiento de que se trata de una situación temporal, en tanto sus expectativas son acceder pronto a la especialidad: “Yo le digo a la enfermera, yo no me veo en diez años en lo mismo, yo le estoy apostando a la especialidad de anestesióloga rural... Aunque después del servicio [social yo dije que nunca volvería a [la] clínica... Y, ¿mira dónde estoy?”(Diario de campo, 6 de noviembre de 2012).

#### **3.1.4 Los talleres del PDHO como espacio de afirmación de la superioridad del conocimiento biomédico**

Después del recorrer las experiencias más significativas de su formación como médica y como personal del primer nivel de atención, podemos finalmente explorar la posición de Diana con respecto a los talleres de autocuidado del PDHO.

Al igual que la gran mayoría de sus colegas, Diana no ha recibido ninguna capacitación específica para realizar estas actividades; tampoco tuvo alguna formación durante su carrera de medicina o al iniciar el servicio social en metodologías de aprendizaje significativo, de género o de salud intercultural; aspectos considerados como importantes en las reglas de operación del

PDHO relacionadas con la implementación de los talleres de autocuidado. Lo anterior indica que sus anclajes conceptuales y metodológicos explícitos o implícitos en este campo, tienen entonces que provenir de otras fuentes.

En primer lugar, esta médica considera que, más que formación para dar talleres, se requiere de elementos que permitan proporcionar una suerte de terapia individual o grupal. Señala que no tendrían que ser como las terapias de las psicólogas que ella misma ha llegado a visitar, sino algo diferente, aunque no atina a dar detalles más precisos. Con los temas que tienen que ver con los que ella define como “conocimientos clínicos”, Diana se siente segura y afirma no tener problemas en su manejo con la población. Pero con temas como el de violencia intrafamiliar, considera que se requiere otro tipo de formación que no está relacionada con el manejo pedagógico de los talleres en sí, sino con la “consejería” que se tiene que brindar en las consultas para pacientes que viven estos problemas:

... ..aquí [Chilchotla] han llegado golpeadas, con desgarros vaginales porque el marido llegó borracho y la forzó. Llegan con el ojo morado, llegan moradas de todos lados. El que yo no me fuera de ahí [Ixtayutla] o de aquí [Chilchotla] es porque a lo mejor, dentro de toda la plática, todo lo que yo le he escuchado y todo lo que yo pude ofrecerle, a lo mejor y por ahí se le prende un foquito... Y, a lo mejor, puedo hacer algo por ella... Al escucharla estoy haciendo algo, al escucharla la estoy ayudando, porque ella no se va a quejar con nadie más... Vino a pedir ayuda a lo mejor médica, pero ya dentro de todo al fin de cuentas me tomó como su paño de lágrimas... Y al fin de cuentas te va a contar todo porque sabe que tú eres la persona que no le va a decir a nadie. Te toma como el cura, sabe que tú no le vas a decir a nadie... A lo mejor ella después viene a pedirme ayuda y sabe que yo la voy a ayudar... Nos deberían de enseñar cómo dar una terapia, individual, familiar... cómo puedes ahondar en el problema de las señoras, cómo ayudarlas (28 de septiembre de 2012).

En su relato además, Diana revela la forma en la que ha abordado la problemática de la violencia que viven algunas mujeres con las que trabaja. Hay por lo menos dos puntos que vale la pena resaltar. El primero tiene que ver con el reconocimiento explícito de esta médica de que hay problemáticas que se ven en las consultas y temas que presumiblemente se tratan en los talleres, que se escapan del campo médico y que requieren de otro tipo de herramientas que no derivan de los conocimientos o práctica clínicos. Aunque sea justamente en el espacio del consultorio donde se llegan a vivir situaciones en las que se puede “ayudar” a las pacientes no con instrumental médico, interrogatorios clínicos o exploraciones manuales, sino con escuchar sus desahogos.

El segundo tiene que ver con el reconocimiento de que el espacio de la consulta está protegido por la confidencialidad de la información que las pacientes comparten; confidencialidad que enviste su labor como médica. Sin embargo, no menciona lo que sucede cuando hay “una barrera lingüística” entre ella y sus pacientes, de forma que el requerimiento de un intérprete local



modifica necesariamente la confidencialidad de la consulta.

En cuanto a los talleres, Diana me compartió que sólo se ha involucrado en la impartición de algunos temas, pero que por lo general han sido sus auxiliares de enfermería las que se han hecho cargo de esas actividades. En Ixtayutla, por la cantidad de consulta que realizaba y en Chilchotla, porque señala que durante los seis meses de trabajo en la UMR ha priorizado la consulta, toda vez que le autorizaron una asistente rural que la apoye en las actividades de promoción y la impartición de los talleres. Para Diana, los manuales del IMSS-O son suficientes para darle contenidos a la realización de talleres, aunque enfatiza que además se necesitaría material audiovisual que incluyera imágenes impactantes que “asusten” lo suficiente a la población para que modifique sus conductas en materia de salud:

Por ejemplo, a mí lo que me gusta mucho es, si sé que te estás muriendo por una hemorragia obstétrica, voy y les pongo un pinche video de una atonía uterina y ve cómo te vas a morir, a ver si reaccionas. Si sé que eres diabético, te voy a poner unas fotos de pies diabéticos y [le voy a] decir ‘si no te cuidas, ¡así te vas a poner! Es la forma en la que a lo mejor puedes impactar, ya no tanto de oídas porque si no lo ves no te da miedo, si lo ves te va a dar cus cus y ahí por ahí puedes entrarle a que se va a cuidar más un diabético, así mira cómo se le cayó el pie al señor, se me va a caer a mí (28 de septiembre de 2012).

Estos comentarios son reveladores en cuanto a las perspectivas que Diana tiene sobre el cómo y el porqué de la educación y la promoción para la salud. Su énfasis en la elaboración de advertencias promueve la difusión de mensajes negativos, no propositivos, enfocados a evidenciar lo más gráfica y contundentemente posible las consecuencias negativas de la falta de cuidados o de la mala alimentación. Este planteamiento refleja una posición ideológica donde las personas son responsables de las enfermedades o complicaciones clínicas, como si su voluntad para “cuidarse” fuera libre, incondicionada y sin limitaciones sociales estructurales.

Esta posición desconoce por completo a los factores sistémicos y estructurales que inciden en el estado de salud y enfermedad de las personas; sobre los cuales los individuos no tienen ni control, ni responsabilidad. Tan es así que Diana llega al extremo de referirse a una hemorragia obstétrica como si la responsabilidad de experimentarla recayera en la mujer. Ejemplo totalmente paradójico, si se toma en cuenta que la hemorragia obstétrica es una situación clínica que se escapa de cualquier control personal que no se puede prevenir y cuya resolución se encuentra en la atención clínica adecuada y oportuna; aspectos que son del ámbito de responsabilidad del sistema de salud.

Así, la visión de Diana ignora los planteamientos salubristas de la política gubernamental de la promoción de la salud que suponen perspectivas más integrales, que reconocen la existencia de algunos determinantes sociales. Esta situación no es de extrañar si pensamos en un proceso

de formación enfocado exclusivamente en el ámbito curativo.

Durante mi estancia en la unidad médica, Diana no se involucró en los talleres, hasta que mi presencia en ellos la motivó a acercarse. Había interactuado relativamente poco con el personal comunitario adscrito a la unidad médica, sobre todo en lo que tiene que ver con la impartición de los talleres, hasta que sorpresivamente se presentó en un taller a cargo de la asistente rural adscrita a la localidad sede de la UMR.

Cuando llegó, ya había empezado el taller. Entró en silencio, sin saludar a nadie y luego se quedó sentada en una esquina, revisando el manual de talleres. La asistente continuó con el taller un poco nerviosa, de vez en cuando observaba a la doctora como buscando algún reforzamiento a lo que decía, pero Diana permaneció en silencio sin ofrecer apoyo alguno. Yo me encontraba al otro extremo del salón pero, como ya había estado en algunos de sus talleres antes, la asistente parecía un poco más familiarizada con mi presencia. Unas horas antes, me había compartido que se sentía nerviosa porque era la primera vez que daba el taller de cáncer cérvico-uterino. La asistente trataba de seguir lo que decía la guía, situación que se acentuó visiblemente cuando vio llegar a la médica. Con libro en mano, la asistente trató de responder a las preguntas que hicieron las beneficiarias. Desde mi lugar, sólo alcancé a ver cómo, en diversos momentos, Diana movía la cabeza negativamente, desaprobando las afirmaciones y los comentarios de la asistente, pero sin intervenir. El taller duró hora y media y al terminar, todas, incluyendo a la asistente, se despidieron de la doctora.

No fue hasta el día siguiente, que Diana se presentó durante la reunión quincenal en la que se citan a las y los asistentes adscritos a la unidad médica. Esta reunión suele estar a cargo de la enfermera, pero esta vez Diana intervino. Eran ya casi las cuatro de la tarde de un jueves y Diana no tenía consulta en ese momento. Las y los asistentes llevaban todo la mañana revisando los censos que tenían que entregar a la clínica. Había sido una mañana agotadora porque los registros tenían errores y la enfermera tenía que revisar la documentación de cada asistente. Se trataba de dos hombres y seis mujeres que se hacían cargo de las casas de salud ubicadas en las comunidades de atención de la UMR. Cuatro de ellos ya tenían más de cinco años de servicio y el resto, un joven y tres mujeres, llevaban apenas unos meses como asistentes. Para cuando Diana apareció, el personal comunitario tenía la esperanza de regresar a sus casas por la tarde; sin embargo, ella les dijo que en ese momento se tenían que quedar porque ella les daría una capacitación.

Diana lucía algo molesta y les dijo con firmeza a las y los asistentes que de ahí en adelante, iba a tratar de trabajar cada quince días por lo menos uno de los temas del manual de los talleres comunitarios porque el día anterior había podido escuchar que se estaba dando información

incorrecta en los talleres. Destacó que si ellos no sabían nada, no quería ni imaginarse cómo estaba la población beneficiaria. Con estos comentarios de fondo, comenzó con el tema de cáncer cérvico-uterino y de mama, haciendo reiteradas referencias a los errores que había cometido la asistente el día anterior. Todos y todas lucían cansados y algo nerviosos por las preguntas que comenzó a realizar, la asistente en cuestión parecía algo incómoda porque al final de cuentas la estaba poniendo en evidencia públicamente.

Diana destacó que se concentraría en presentar la información que tenían que transmitir sobre esos temas y que no les iba a enseñar a “jugar” con las señoras porque la parte de dinámicas la podían revisar en su manual o aprender en las capacitaciones que les dan en la supervisión. Es interesante aquí cómo ella denomina “juego” al enfoque participativo que sustenta la metodología de los talleres, y con su advertencia inicial se distancia con claridad de esa perspectiva, subestimando la naturaleza de esta metodología de enseñanza-aprendizaje para generar “conocimiento”, en comparación con la información “técnica” y “científica” de corte médico. Esta última, es la información que considera precisa, seria, importante, superior y la única que merece ser transmitida por ella, con las y los asistentes rurales. Durante su exposición, las y los asistentes escuchan, se miran entre ellos, algunos toman notas. Diana hace unos dibujos en rotafolios blancos para explicar el desarrollo del cáncer cérvico-uterino. Habla con claridad y hace notorio su esfuerzo por tratar de no usar terminología que considera que no entendemos. Al respecto Caramés (2004) nos recuerda que una característica medular del modelo biomédico es “la certeza de que el profesional maneja durante todo el tiempo un lenguaje técnico y aséptico” (:38) cuestión que obliga Diana a esta suerte de traducción que ella evidencia con palabras, gestos y tono de voz, distanciando de esta manera sus saberes de los nuestros.

Yo estaba sentada cerca del escritorio donde la enfermera había terminado de acomodar los censos, así que veo de frente a las y los asistentes y de costado a Diana y a sus rotafolios. Ella no me mira, se concentra en sus explicaciones y en intentar que las y los asistentes participen, expresen sus dudas o al menos afirmen que han entendido lo que les explica.

Al respecto, es importante señalar que la toma de citologías en la unidad se realiza citando a las mujeres de las comunidades con la reiteración de que su inasistencia será reportada y pueden perder sus apoyos de Oportunidades. Es así como, para Diana, el papel del taller es fundamentalmente instrumental a su trabajo clínico: no tiene como propósito convencer a las señoras de hacerse la prueba, sino que las y los asistentes rurales les expliquen a las señoras sobre el proceso que sigue la toma de citologías. Para ella es muy importante que las señoras ya sepan a lo que van porque, cómo se citan masivamente, le parece imposible tomarse el tiempo para

explicarlo a cada una. Cuestión que me queda clara porque he llegado a ver que Diana realiza hasta treinta pruebas de las ocho a la una de la tarde.

Después de explicar lo referente al cáncer cérvico-uterino y la importancia de realizar la prueba para tener diagnósticos tempranos, una de las asistentes le señala que muchas beneficiarias se enojan porque no llegan rápido sus resultados. Diana se sale por la tangente diciendo que sólo llegan rápido los resultados de las personas que necesitan de más estudios. Lo cierto es que las muestras hacen un recorrido muy largo antes de ser analizadas y eso demora la entrega de resultados, hasta más de seis meses.

Posteriormente, Diana comienza a hablar de la autoexploración mamaria. Dibuja el torso y los senos de una mujer, pero de pronto se le ocurre que pase un voluntario para que les pueda explicar cómo se debe de realizar la autoexploración. Nadie quiere ser voluntario, así que Diana escoge a uno de los asistentes rurales varones, el cual lleva poco tiempo en el cargo y que, como muchas y muchos otros jóvenes, es asistente porque así lo acordó su comunidad y no porque sea de su interés involucrarse en estas tareas.

Cuando el joven pasa al frente, Diana le dice “quítate la playera”. Se hace un silencio repentino e incómodo. El joven parece dudar de que la solicitud sea en serio, pero entre risas Diana insiste y les dice a todos los presentes que cómo van a invitar a las señoras a que se hagan la autoexploración, si no saben exactamente cómo hay que hacerla. Parece que el asistente no tiene más remedio que acceder a la solicitud. Además este joven es hijo del agente municipal de su comunidad, lo que de alguna manera lo obliga a cumplir cabalmente con todo lo que se le solicite.

El asistente, profunda y visiblemente apenado con todos los colores en el rostro, comienza a quitarse la playera; la doctora lo ayuda. Con él como modelo involuntario, comienza con la explicación de la observación y movimientos que hay que realizar. Señala en qué consisten las dos fases de la autoexploración mamaria, la inspección basada en la observación frente a un espejo y la palpación. Diana pregunta a las asistentes en qué consiste el paso de la inspección de las mamas, coloca al joven como si estuviera frente a un espejo y va destacando los rasgos que es necesario observar, coloración, forma, simetría, tamaño y las características de la piel. Señala la posición que tienen que tener las manos para la inspección.

Después comienza a explicar los movimientos que tiene que seguir la palpación de las mamas por los cuadrantes que van del esternón a la parte posterior de la axila. Apenas y roza el pecho del joven que mira nervioso para otro lado. Su explicación es impecable, y trata al joven como si realmente se tratara de un maniquí. Les reitera a todos los pasos que se deben seguir y les dicen a modo de chiste “den bien la información porque si no la que queda mal es la doctora”. Después

le dice al joven que se ponga la playera, él obedece y ella comienza a resolver las dudas de las y los asistentes rurales.

El cuerpo de ese joven como recurso didáctico parece dar una lección definitiva a las y los asistentes rurales, mostrando enseñar que se puede hacer un examen clínico si despersonalizamos al cuerpo, superando cualquier pudor si se actúa con la profesionalidad que exige el campo social de la salud. Obviamente, Diana reproduce en este proceso la construcción social del cuerpo humano que hace el modelo biomédico y se la impone a las y los asistentes. Además, utiliza el cuerpo de un varón para detallar procesos preventivos que se han desarrollado para las mujeres, violentando así los códigos socioculturales de género prevalecientes en la comunidad en donde a un hombre nunca se le pediría actuar como mujer; menos, enseñar su cuerpo en público como si fuera un cuerpo de mujer.

Al finalizar esta demostración, Diana puede continuar con su exposición como si no hubiera pasado nada. Comienza a preguntar sobre los pasos que siguen las citologías, nadie responde en un ambiente todavía álgido por la ruptura de los códigos socioculturales prevalecientes; Diana entonces inicia a explicar detalladamente en qué consiste la prueba. Les dice que deben explicar a detalle cómo se van a colocar en la mesa de exploración, que van a usar una bata y en qué consiste la introducción del espejo vaginal y la toma de la muestra por adentro y fuera del cérvix. Después les indica la forma en la que fija las muestras en las laminillas para su análisis en Oaxaca. Destaca que es la única prueba estándar que dice si se tiene o no cáncer, cuestión que ellos deben recalcar con las beneficiarias. Menciona que han llegado señoras “muy chichas” que vienen con resultados de colposcopia de Huautla para no realizarse su citología en la unidad médica; pero enfatiza que ese estudio no sustituye la toma de citologías. Pregunta si saben qué es una colposcopia, nuevamente nadie contesta y Diana les explica reiterando que es una prueba exploratoria que no sirve para la detección; sobre todo si se tiene en cuenta que el cáncer en sus primeras etapas no se observa en una colposcopia. Afirma que tanto la citología como la mastografía son las únicas pruebas que sirven para la detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, respectivamente.

Por otra parte, señala que las actividades del manual de talleres comunitarios no han cambiado y asegura que ellos “ya se las saben al derecho y al revés”; aunque las y los asistentes se miran entre ellos como dudando de tal aseveración. De este modo, enfatiza que sólo le interesa que puedan dar la información correcta y resuelvan las dudas de las señoras. También señala que es importante comprender a las señoras porque, si al asistente le costó tanto quitarse la playera, deben imaginarse lo difícil que es para una señora quedar prácticamente desnuda frente a ella.

Cuenta además el caso de una mujer que murió de cáncer recientemente en Chilchotla y de cómo su citología permitió detectarlo a tiempo aunque después no haya querido recibir tratamiento, razón por la que resalta la importancia de que las y los asistentes comenten a las beneficiarias las consecuencias que puede tener no realizarse la prueba. Comenta además que la prueba no es muy molesta y no toma más de cinco minutos, que lo que es difícil es la costumbre de cómo nos han educado de no querer desnudarnos. Señala también que va a buscar que el municipio le preste un cañón para que se pueda mostrar a las señoras imágenes de cánceres avanzados para que se concienticen de lo que les puede pasar; mostrando abiertamente su intención de poner en práctica sus convicciones ideológicas y sus métodos pedagógicos de cómo hay que hacer educación para la salud.

Finalmente, se despide comentando pausadamente, como cuando se regaña a los niños de la primaria, que es la última vez que ella da el tema y que en las capacitaciones posteriores cada asistente tendrá que preparar un tema para el grupo, para poder retroalimentar lo que haga falta. Reitera que tienen que conocer muy bien su libro porque las señoras sí preguntan y son ellos los que no saben.

La capacitación duró así un poco más de una hora y cuando se despide de mí, me dice “soy muy buena dando clases, ojalá tuviera más tiempo”. Lo cual es cierto en el sentido más literal del término, pues Diana siguió la lógica de la enseñanza más tradicional, una clase de biología, donde los alumnos se quedan absortos y nerviosos ante las explicaciones del docente. Una interacción donde Diana transfiere conocimientos a personas que por principio son consideradas como recipientes vacíos o en todo caso llenos de información equivocada que hay que sustituir.

### **3.1.5 El mundo de vida de Diana y su práctica en los talleres**

La aproximación a la biografía, los discursos y las prácticas de Diana que se han compartido en estas páginas, permiten aproximarnos a su mundo de vida como un proceso que se encuentra profundamente marcado por su condición de médica. Su proceso de formación y práctica como profesional de la salud es fundamental para reconocer cómo se concibe a sí misma y cómo concibe al otro dentro de las complejas relaciones sociales que supone su labor como médica en comunidades indígenas.

Para Diana, ser médica define su posición frente al mundo. Es su profesión la que le ha permitido trascender un rol de género caracterizado por una subordinación a lo masculino y su confinamiento al espacio doméstico; rol al que se opone rotundamente. Ser esposa, madre y

dedicarse a las tareas domésticas no ha representado nunca una opción para ella. Tiene una concepción de la vida en pareja como algo secundario con respecto a sus metas profesionales. Diana se ha resistido a ser una mujer subordinada, ha reinterpretado sus condiciones de género para definirse como médica, antes que otra cosa, lo que permite ilustrar la forma en la que las personas resisten asumir aquellos referentes de género que pueden considerarse dominantes. A este propósito, vale la pena recordar que en la construcción identitaria de género, “las personas no parecen simplemente aceptar o reflejar designaciones normativas. Más bien, sus nociones con respecto a su propia identidad sexual y de género se manifiestan en sus negativas, reinterpretaciones o aceptaciones parciales de los temas dominantes” (Conway, Bourque & Scott, 2000: 24).

Al mismo tiempo, la lucha de Diana por alejarse lo más posible de los roles que concibe como tradicionales se ha traducido en un rechazo declarado por aquellas mujeres que no hacen lo necesario para rebelarse contra esos roles. Califica con dureza a las mujeres que no siguen ese camino y se distancia de ellas de tal modo que no puede ni quiere identificarse con sus dolores, sino sólo interpretar que no hacen lo suficiente para trascender sus dificultades.

Bourdieu nos recuerda que: “Las mujeres siguen *distanciadas entre sí* por unas diferencias económicas y culturales que afectan, además de otras cosas, a su manera objetiva y subjetiva de sufrir y de experimentar la dominación masculina, sin que eso anule todo lo vinculado a la desvalorización del capital simbólico provocada por la feminidad.” (1998:116). Estos argumentos funcionan parcialmente en el caso de Diana, ya que su distancia no sólo social sino emocional de las otras mujeres le ha permitido trabajar en espacios donde existe una profunda discriminación de género y enfrentar y hasta acomodar su propia vulnerabilidad en estos contextos<sup>89</sup>. Aunado a esto, ella anula en sí misma cualquier aspecto, rasgo o actitud asociados tradicionalmente con lo femenino. Ejerce así su autoridad como médico frente a hombres y mujeres de la comunidad, desvinculándose lo más posible de su condición genérica; logrando así evitar la desvalorización del capital simbólico asociado a la feminidad.

La profesión médica es lo que le permite superar su condición de mujer ya que la enviste en una autoridad que la posiciona jerárquicamente como superior frente a los y las demás, aún en espacios donde ser mujer la ubicaría en desventaja. Es así que se uniforma diariamente con ropa

---

<sup>89</sup> Hay que recordar por ejemplo que Diana dejó de dar talleres de equidad de género en Ixtayutla porque fue increpada por los hombres de la comunidad y que, a pesar de la autoridad que ejerce como médica, se abstuvo de continuar con estas actividades porque terminó sintiéndose intimidada y en una posición de vulnerabilidad, laborando en un lugar donde carecía de redes de apoyo y en un contexto donde ser mujer representa una franca desventaja.

médica para enfatizar su estatus social diferenciado y marcar una distancia simbólica con su propia feminidad y no sólo con la población a la que atiende en el consultorio, o con las enfermeras y las y los asistentes rurales que la apoyan.

Diana parece evitar a toda costa cualquier demostración de calidez o ternura en su ejercicio profesional. Para ella, los buenos médicos necesitan sangre fría y ella se enorgullece de tenerla. Su aspiración es además estudiar una especialidad en urgencias y no en las ramas que tradicionalmente se podrían asociar más con el ejercicio de las médicas mujeres, como la ginecología o la pediatría, por considerarse áreas que pueden feminizarse en tanto involucran el cuidado de las mujeres y las y los niños.<sup>90</sup>

Por otra parte, en lo que se refiere a su posicionamiento identitario frente a las comunidades en las que ha trabajado, reconoce su ascendencia indígena porque sus abuelos hablaban zapoteco, pero lo hace contrastando con frecuencia las costumbres de su pueblo con los lugares en los que ha trabajado. Para ella, la cercanía de Telixtlahuaca con la ciudad de Oaxaca y la escolarización “no bilingüe” que ha prevalecido en su comunidad “permitieron” que la lengua se perdiera en su localidad de origen y en su familia. Esto le permite ver su herencia indígena como algo lejano desvinculado de su realidad inmediata, que ahora se sostiene en algunas celebraciones de la comunidad con las que tampoco se identifica plenamente. Puede reconocer la suposición generalizada de que todos los mexicanos tenemos algo de indígenas, pero su identificación de lo “indígena” está anclada a su experiencia laboral en contextos donde ha vivido la diversidad cultural y lingüística como una barrera que le produce una profunda frustración.

Es así que trabajar como médica en Ixtayutla y en Chilchotla la han llevado además a consolidar una representación social de las comunidades indígenas como espacios que se caracterizan por el atraso social, por la violencia hacia las mujeres, por mantener costumbres que dificultan el acceso a un buen estado de salud, donde prevalecen condiciones insalubres y sobre todo donde las personas no se esfuerzan lo suficiente para “salir adelante”.

Con base en estas referencias, Diana construye a las personas con las que trabaja desde un lugar que las ubica en un mundo de vida opuesto al suyo. Reconoce la existencia de relaciones de género desiguales e identifica la prevalencia de la pobreza, pero para ella las personas deberían simple y libremente “reaccionar”, como si para todo se tratara sólo de contar con la voluntad

---

<sup>90</sup> En el caso francés, “en las facultades de medicina, la cuota de las mujeres disminuye a medida que ascendemos en la jerarquía de las especialidades, algunas de las cuales, como la cirugía, les están prácticamente prohibidas, mientras que hay otras, como la pediatría o la ginecología, que les quedan prácticamente reservadas”. (Bourdieu, 1998:113).



para cambiar las cosas.

Long sostiene que los actores sociales suelen tener una concepción propia acerca de la capacidad y el alcance de agencia con la que cuentan los individuos; en el caso de Diana esta concepción está marcada por lo que he denominado la ideología del esfuerzo individual. En el mundo de vida de Diana prevalece la certeza de que la voluntad, la responsabilidad y la determinación individuales son suficientes para trascender cualquier dificultad porque las personas tenemos la capacidad de hacer lo que nos proponamos, siempre que nos esforcemos lo suficiente, como ella lo ha hecho. Lo anterior implica, por ende, que las mujeres, las y los indígenas y/o los pobres deben de ser cómplices de los rezagos y carencias con las que viven por no haberse esforzado lo suficiente para salir del rezago o, por lo menos, por ser individuos cuya pasividad permite que sus derechos sean pisoteados por otros. Diana no puede solidarizarse e identificarse con las personas con las que trabaja, porque la empatía no le permitiría mantener en firme el distanciamiento emocional y social que necesita para poder seguir con estos planteamientos ideológicos que se han vuelto una columna vertebral de su propia vida. O viceversa: sus planteamientos ideológicos están tan arraigados que no le permiten sentir empatía.

Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en el caso de las mujeres que tienen muchos hijos pues le parece inexplicable que sigan teniendo familia cuando no cuentan con los ingresos económicos para sostenerlos. Con ello enfatiza su percepción de que las mujeres pueden decidir libremente cuándo o cuántos hijos tener, desconociendo que las relaciones de poder ligadas al género son profundamente asimétricas y limitan las posibilidades de decisión femenina en el ámbito de la reproducción. Si Diana ha podido revertir los roles tradicionales de género, le parece que todas deben y pueden hacerlo y que, si no lo hacen, es porque en el fondo les gusta sufrir y vivir la “mala vida”.

Bourdieu (1998) describe las dificultades de que la simple toma de conciencia permita a las mujeres revertir su posición de dominadas, describe a fondo cómo las huellas de la dominación permean las estructuras sociales e incluso los cuerpos de las personas; refiere a las formas en las que la dominación se sofisticada, se afina y se adapta. Desde mi perspectiva, la posición de Diana permite ver los rasgos de esa sofisticación. La mujer del siglo XXI tiene derechos, puede ir a la escuela, puede denunciar, puede castellanizarse, puede trabajar; así que si no lo hace es porque le resulta cómodo vivir dependiendo del hombre y no esforzarse lo suficiente.

Diana vive el paradigma de la libertad moderna que puede verificar en su propia historia y que le permite calificar a los demás como seres pasivos que no son conscientes de sí mismos y que no quieren aprovechar los beneficios de la modernidad. Ya Lepovetski nos advertía que en

la actualidad se había logrado “promover a la mujer al rango de la individualidad completa” lo que vuelve a Diana incompatible, “con unos seres atados a códigos de socialización arcaica hechos de silencio, sumisión solapada” (2000: 32).

Es en esa lógica que tenemos que leer la crítica que hace esta médica del PDHO. Diana concibe al PDHO como una estrategia que, con la careta del “combate a la pobreza”, encubre el objetivo de mantener sumisas y dependientes a las personas. Para ella las corresponsabilidades son una forma de manipulación, un mecanismo en el que se ha adiestrado a las y los beneficiarios que hagan, digan o apoyen cualquier cosa con tal de no perder los apoyos del Programa. No reconoce que los y las habitantes indígenas de Chilchotla puedan tener la capacidad o posibilidad de “resistirse” frente a dicha manipulación, de forma que estas personas dado que no quieren “salir adelante por sus propios medios”, se vuelven víctimas pasivas de un Programa que les da un pretexto perfecto para continuar en esa pasividad y dependencia, pues aunque reconoce que sí hay personas que aprovechan los recursos, sostiene que el PDHO castiga a las personas que mejoran sus condiciones económicas retirándoles los apoyos.

Para Diana la falta de esfuerzo y responsabilidad de las personas con las que trabaja, las hacen conformarse con lo que tienen y lo que les da “el gobierno”. En este aspecto, mantiene una posición crítica frente a la estructura gubernamental en la que labora, pero también se posiciona en contra de las y los beneficiarios que no hacen lo necesario para “salir adelante” y dejar de ser sujetos de control y manipulación. Sus nociones de independencia, autonomía y responsabilidad individual configuran a los otros como personas que no hacen lo suficiente por trascender sus dificultades. Esta situación le impide sentir empatía, en tanto considera que no “se esfuerzan” en mejorar y progresar, cuando su propia historia le parece demostrar que sí se puede trascender cualquier dificultad. Para esta médica, la desigualdad de género y la pobreza son elementos que caracterizan a las comunidades indígenas, pero es la lengua un elemento definitorio paradigmático. Sus referencias en torno a la lengua indígena están marcadas por un fuerte desprecio, en tanto que la considera síntoma de atraso y una barrera que ha obstaculizado su trabajo. Le parece que no es responsabilidad del personal de salud conocer las lenguas indígenas y que en todo caso es tarea del sector salud ubicar a las y los médicos que conocen una lengua indígena en sus zonas de origen. Aunque nunca lo declara abiertamente, parece concebir la falta de castellanización como una barrera que impide al acceso a los servicios que caracterizan las zonas urbanas, un lastre que limita el progreso de estas poblaciones.

Long afirma que “la vida social está compuesta de ‘realidades múltiples’, que son construidas y confirmadas sobre todo mediante la experiencia” (2007:11). Es justamente en la cotidianidad

de su trabajo que Diana ha terminado por “aprehender cognitiva, organizacional y emocionalmente las situaciones problemáticas que enfrenta” (Id.); sin embargo, lo ha hecho a partir de discursos y representaciones marcadas por una fuerte desvalorización y rechazo hacia las comunidades indígenas.

Por otro lado, Diana valora su independencia económica y su trabajo constituye su única fuente de ingreso. Estudiar una carrera universitaria requirió de grandes sacrificios económicos, pues su familia ha dependido siempre del ingreso de su padre como profesor. De este modo, durante su formación tuvo que buscar formas de obtener un ingreso extra y a partir del momento en que terminó, no ha dudado en compartir su ingreso con su familia. Ella concibe en su “carácter” la fuerza que permite sobreponerse a cualquier obstáculo y conseguir lo que desea.

Aunque sus ingresos económicos siguen siendo limitados, su profesionalización en el área médica la ubica en una posición social en la que tiene acceso a un ingreso regular y al capital social que supone su profesionalización. Aunque su formación se encuentra en una etapa inconclusa en tanto no ha realizado lo que se considera el paso indispensable para convertirse en un médica “respetada”, la especialización es una meta indiscutible en la carrera de Diana. Ella sigue valorando su experiencia laboral como un sacrificio personal, en la medida en la que no ha podido financiarse un tiempo en el que se dedique exclusivamente a preparar su examen de residencia.

Una vez señalado lo anterior, es posible entender el acercamiento y la práctica de Diana en relación con las actividades de promoción de la salud, especialmente en cuanto a los talleres de autocuidado para la salud; como acciones que definen y reafirman la distancia que ella construye y reconstruye, entre ella, la población beneficiaria de Oportunidades y el resto del personal de salud.

Los talleres de autocuidado son interfaces sociales (Long, 2007) que permiten contrastar los mundos de vida que se ponen en juego cuando Diana se involucra en su realización. Por su posición como titular de la unidad y ya que cuenta con personal de enfermería a su cargo, ella puede decidir si se involucra o no en estas actividades. De acuerdo a la reconstrucción de su mundo de vida, es su profesionalización en el área médica la que más caracteriza las formas en las que ejerce esta capacidad de agencia.

Diana se relaciona cordialmente con el personal de enfermería, les agradece el tiempo extra que dedican a sus labores y admira su conocimiento de la comunidad, pero deja totalmente en sus manos la operación de la estructura comunitaria y de los talleres de autocuidado porque considera claramente que no es su ámbito de intervención y responsabilidad. Ella se concentra

en lo que considera su labor como médica, una labor que para Diana tiene una valoración o un capital simbólico infinitamente superior que el resto de las actividades que se desempeñan en la clínica; una visión que se refuerza a partir de su apreciación del conocimiento clínico como un saber técnico especializado marcado por su científicidad, objetividad, universalidad y neutralidad que lo coloca arriba y afuera de todo contexto sociocultural particular y específico.

En realidad, su repentino interés por capacitar a su personal comunitario pareció estar motivado por mi estancia en la unidad. Fue mi persistencia la que pareció obligarla a voltear los ojos a lo que estaba pasando en los talleres. Es probable que su falta de participación en los talleres y en la organización de las actividades comunitarias sea una característica ya establecida en Diana, más allá de sus cinco meses de permanencia en Chilchotla. Su concentración exclusiva a su labor en consulta deriva probablemente en su convencimiento que la labor del médico es dar consultas y curar, dejando el trabajo de promoción de la salud y prevención de enfermedades al personal de enfermería y a las y los asistentes rurales; en una apreciación de la división social del trabajo en salud claramente jerarquizada<sup>91</sup>.

Como pudo constatarse durante la entrevista y en la observación de la capacitación que impartió, ella concibe al autocuidado para la salud como una toma de conciencia individual, como la resolución o prevención de un problema que también concibe en sus características, causas y factores subyacentes, sólo como individual. La promoción del autocuidado en salud implica entonces una concientización para que las personas cambien sus hábitos que debe ser apoyada con la exposición a información lo suficientemente gráfica e impactante para persuadir a las personas de “no caer en conductas de riesgo”. Este planteamiento es parecido a la lógica que subyace a las imágenes en las cajetillas de cigarros, como descripciones gráficas impactantes que nos exponen a las consecuencias más negativas sobre la salud, con el propósito de que las personas podamos “aprender a cuidarnos” y alejarnos para siempre de los cigarrillos. Esta visión tiende a ignorar el mismo enfoque de promoción y educación a la salud establecido por el propio IMSS-O desde una perspectiva que, al menos discursivamente, parece ser más integral.

Para Diana también es importante no despegarse de los manuales y transmitir la información clínica correcta. Considera que los manuales están hechos al “nivel” del personal de enfermería y comunitario, por lo que basta con basarse en lo que dicen, para tener la suficiente información

---

<sup>91</sup> Cabe aclarar que por normativa se programan treinta consultas de monitoreo al día que más aquellas atenciones no programadas pueden incrementar este número, mientras que para las actividades de promoción y prevención a la salud solo requiere de la entrega de formatos de seguimiento al número de talleres realizados en la unidad y casas de salud.

para la realización de los talleres.

Durante su capacitación al personal comunitario, Diana se concentró en dar “una clase” en la que ella fungía como una docente que tenía el encargo de transmitir sus conocimientos a educandos concebidos como recipientes vacíos. Ella se revistió de este papel desarrollando un tema que conoce muy bien; como la “experta” que sabe y que tiene que enseñar a otros que no comparten ese saber y que necesitan ser instruidos en aspectos básicos de ese conocimiento.

Parece entonces que es el modelo escolar tradicional el primer y más inmediato referente que Diana reproduce. Al respecto Viñao nos recuerda cómo la cultura escolar se conforma de un conjunto de prácticas de enseñanza y de formas escolares que pueden reproducirse en cualquier espacio que implique la transmisión de conocimientos, caracterizándose por ser verticales y adoptar un estilo expositivo (2006:56); como fue precisamente el caso en el taller impartido por Diana. Lo que se vuelve aún más evidente si consideramos que ella no cuenta con formación en otras metodologías de enseñanza-aprendizaje más allá de su propia experiencia escolar, la cual incluye por supuesto los años de formación transcurridos en la Escuela de Medicina.

La distinción que Diana marca entre la información que debe reproducir el personal comunitario y los “juegos” que se incluyen en los manuales, revela también la forma en la que subestima las prácticas de enseñanza relacionadas con el modelo de aprendizaje participativo incluido en los manuales del IMSS-O. Este menosprecio parece minimizar su desconocimiento de cualquier técnica de enseñanza y sensibilización normativamente asociada al diseño de los talleres, en tanto sus conocimientos en el área médica parecen estar por encima de tales referentes metodológicos y conceptuales.

Es justamente la formación en medicina otro referente que interviene de una manera muy poderosa en la clase impartida por Diana. La descripción detallada de los órganos que componen el sistema reproductor femenino convierte a su capacitación en una clase de anatomía en la que las y los asistentes no sólo aprenden sobre el cáncer, sino que se tienen que familiarizar con una forma de ver el cuerpo humano muy propia del sistema biomédico. Al pedir al joven que se quite la playera para mostrar en qué consiste la autoexploración, Diana impuso la visión médica de que el cuerpo debe de separarse de la identidad de la persona, lo que para ella permite superar pudores y entender y atender a la enfermedad como una entidad ajena al sujeto que la padece. Es así que tiene lugar lo que Caramés reconoce como “las influencias y consecuencias que el poder del discurso biomédico posee, de cara a influir y modelar un determinado tipo de formación y de práctica” (2004: 35), convirtiendo al cuerpo en una entidad aséptica y neutra sobre la que se puede intervenir.

Esta médica enseña que hay que autoexplorarse como si el propio cuerpo no nos perteneciera, autoescindirnos buscando irregularidades significativas para el diagnóstico clínico. Sostiene que eso es lo que deben aprender las y los asistentes rurales y eso es lo que deben transmitir a las beneficiarias del Programa. Se debe aprender que un seno, es sólo un pedazo de carne neutro, libre de valoraciones y pudores.

Diana no se equivoca cuando dice que es buena maestra, ya que ella domina y logra transmitir los referentes del modelo biomédico en el que fue entrenada, dando sentido y contenido a su enseñanza. Su propio proceso de formación trasciende la universidad y los espacios hospitalarios del internado para consolidarse en estos tres años de práctica laboral, internalizando una forma de ver su ejercicio profesional, las interacciones sociales con sus pacientes, la enfermedad y, sobre todo, el cuerpo, que se ha vuelto una parte fundamental de su mundo de vida. Es evidente que esta concepción y visión implica un proceso de construcción ideológico-cultural que va mucho más allá que la simple adquisición de conocimientos y habilidades técnicas; tratándose de un proceso que abarca el cuerpo, a la persona enferma y a la misma enfermedad, incluyendo a las interacciones entre médicos y pacientes (Caramés, 2004)<sup>92</sup>.

Finalmente, en sus actos y en sus formas de imponer la visión médica, la clase de Diana se vuelve un escenario en donde desplegar su poder, como médica y “docente”. No es tanto que ella desconozca que en Chilchotla, como en otras comunidades indígenas, existen códigos socioculturales diferentes con relación a la forma en que se vive la corporeidad y las implicaciones de la desnudez y el contacto físico, sino que esos códigos se vuelven irrelevantes no sólo desde la visión biomédica impuesta por ella, sino desde el posicionamiento de poder en donde Diana se coloca a sí misma.

Cuando ella explora el cuerpo del joven, en ese acto no sólo se vuelven irrelevantes el nombre, la historia, los códigos culturales, la lengua o la condición genérica del joven, sino que se anula la condición genérica estructuralmente subordinada de Diana como mujer, para quedarse ella sólo con su identidad hegemónica de médica y de docente. Su acto, entonces, no es sólo un esfuerzo por transmitir a las y los asistentes rurales que el cuerpo puede concebirse como una entidad despersonalizada y fundamentalmente orgánica, sino es también una afirmación de

---

<sup>92</sup> “...el proceso de formación en ciencias de la salud supone igualmente un proceso de construcción ideológico-cultural y no solamente de adquisición de habilidades técnicas, lo que a su vez determina formas de ver y, consecuentemente, de abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención, entre otras: la propia enfermedad, el sujeto enfermo y su cuerpo, así como las relaciones entre el profesional sanitario y el paciente” (Ibid. 31).

poder, donde ella como médica puede tener libre acceso a ese cuerpo y convertir el ámbito aparentemente aséptico, pero privado del examen clínico, en un recurso didáctico desplegado en público.

En esta demostración Diana nos permite entender cómo el cuerpo puede convertirse en un espacio sociocultural a través de prácticas y significados que pueden entenderse en los términos de Csordas (1994) como un complejo proceso material de interacción social, proceso donde ella consolida una identidad hegemónica frente a las y los asistentes rurales a través de su condición profesional. Esto nos remite a Lauretis cuando especifica cómo las personas se encuentran inmersas en “varias clases interconectadas de relaciones sociales, relaciones de trabajo, de clase, de raza, y de sexo-género: lo que vemos no son dos esferas de la realidad social, sino dos (o tres) conjuntos de relaciones sociales” (1989:14); de tal modo que una sola persona puede ocupar posiciones jerárquicas diferenciadas a partir de la naturaleza de estas relaciones. Es así como, aun si frente a supervisores o médicos especialistas Diana se convierte en un sujeto subordinado, en el taller--especialmente en ese taller—se convierte en una portadora hegemónica del conocimiento médico y en una médica mujer que detiene el poder frente a las y los asistentes, sin importar su condición genérica.

### **3.2 Francisco, profesión médica y prestigio**

#### **3.2.1 El sacrificio de la escolarización**

Francisco tiene 57 años y nació en San Antonio Eloxochitlán. Era el menor de cinco hermanos y sólo tuvo acceso a la escuela porque su madre lo ingresó a un orfanatorio de monjas en la ciudad de Puebla. Poco antes de cumplir los cinco años, sus hermanos mayores se lo llevaron a Teotitlán del Camino a cuatro horas de distancia de su localidad de origen, donde, junto con ellos, fue empleado como mozo para que sus patrones pudieran enviarlo a la escuela a cambio de su trabajo. Sin embargo, su corta edad le impidió realizar ambas cosas y después de unos meses lo regresaron a su comunidad porque no podía ir a la escuela por las cargas de trabajo.

Su madre buscó nuevas alternativas y decidió mandarlo a un orfanato en Puebla. Sus hermanas mayores se desempeñaban como trabajadoras domésticas en la ciudad. Para facilitar su ingreso, argumentaron falsamente que su padre había fallecido. Fue así que Francisco pudo estudiar la primaria y la secundaria, pero a costa de separarse de manera abrupta de su familia a una edad donde la cercanía, la protección y el afecto son fundamentales. Periodo en el cual también menciona que olvidó su lengua materna por la imposibilidad de comunicarse con otros

niños en su idioma:

A los seis años entré como niño huérfano sin papá para que me pudieran aceptar, esa institución está en Puebla y era de monjas... Y ahí fue donde perdí mi mazateco, ahí fue donde se me olvidó todo, no había con quien comunicarme en mazateco... Sí, era puro español... Seis años estuve encerrado (Francisco, 57 años, 6 años como médico de los SSO, 21 de septiembre de 2012).

Francisco relata con tristeza cómo fueron los primeros días en aquel lugar. Señala que había una monja que se encargaba de disciplinarlos y que los castigos físicos eran muy habituales. Comenta que el día en que ingresó, la monja golpeó a un niño delante de todos y él pensó con un enorme temor y una inseguridad aún más grande, “y ahora, dónde caí...” (21 de septiembre de 2012). El temor a ser castigado y el instinto de sobrevivencia lo hicieron mantenerse siempre dentro de las reglas del orfanato y muy pronto se insertó en las actividades relacionadas con el culto religioso, a veces como monaguillo y otras como parte del coro de la iglesia, de tal modo que sus maestros le sugirieron desde entonces seguir la carrera eclesiástica.

Mientras cursaba la secundaria y gracias a su buena conducta, Francisco obtuvo el permiso para salir del orfanato para trabajar por las tardes en un taller mecánico. Así comenzó a contar con un pequeño ingreso, lo cual le daba un poco más de autonomía y seguridad en la vida diaria.

El orfanato sólo alojaba a los niños hasta que culminaran la secundaria, de modo que, al terminar este ciclo, tuvo que salirse y buscar trabajo para cubrir sus gastos. Afortunadamente, en ese momento la situación económica de sus padres había mejorado gracias a que su madre había puesto la primera tienda de su comunidad y, con las ganancias, había comenzado a comprar terrenos para que su padre organizara la siembra de café. De este modo, con su trabajo y el apoyo de sus padres, Francisco siguió con sus estudios. Cada periodo vacacional volvía a su comunidad y trabajaba con su familia en la cosecha del café para tener suficientes ahorros con qué mantenerse durante el siguiente periodo escolar.

El médico relata que no tiene idea de cómo lograba estudiar y hacer tareas porque no tenía tiempo entre las clases y su trabajo. A pesar de estos obstáculos significativos, Francisco terminó la preparatoria y decidió estudiar medicina; una carrera larga que por sus horarios y cargas de trabajo no le daría la posibilidad de trabajar y estudiar al mismo tiempo; situación difícil de sostener por las condiciones económicas en las que se encontraba.

Francisco recuerda que durante la secundaria, en una de sus esporádicas visitas a su comunidad, contrajo paperas y tuvo que caminar seis horas para llegar a unos servicios médicos. Relata que este encuentro con la enfermedad y la falta de acceso a servicios médicos, pero sobre todo su contacto con el médico que lo curó fue una experiencia definitoria para su inclinación



hacia la medicina. Así lo recuerda:

Desde que era yo pequeño pensaba en eso, estaba yo en el orfanatorio y yo veía llegar a los médicos muy limpios, el hecho de vestir blanco y mi relación con la iglesia, con dios, pues también quise ayudar a los que sufren. Yo cuando me enfermé me sentí muy mal, yo vi al médico cuando me curó... Cuando el médico nos da confianza, se entrega al paciente de una manera que le da energía... es parte de la terapia que lleva a curarse uno y yo quería ser como él... ya estaba yo en la secundaria y él me preguntó que yo qué quería estudiar, que dónde estaba, que qué hacía, que a qué me dedicaba, pues yo sí hablaba español y podía comunicarme con él ...y dije que quería ser igual que él y me dijo échale ganas y ya me fui con esa idea. (21 de septiembre de 2012)

Comparte que aquel médico se sorprendió de que hablara tan bien el español y que por eso pudo tener aquella conversación que marcó su elección profesional. Afortunadamente, para cuando terminó la preparatoria, los padres de Francisco tenían mayores ingresos y pudieron apoyarlo con los gastos de la carrera de medicina, aun limitadamente.

De este modo, Francisco ingresó al curso propedéutico de un año en la Universidad Autónoma de Puebla para después aprobar el examen de admisión, mientras muchos de sus compañeros quedaron fuera. Regresó a su comunidad con la alegría de haber sido aceptado y se puso a trabajar en la tienda para llevar lo necesario para regresar a comenzar los cursos del primer año. Durante su formación universitaria, Francisco se concentró en obtener las mejores calificaciones posibles y comenta que incluso en el internado sus compañeros lo acusaban de “barbero” porque no se separaba de los especialistas. Hizo su internado en un hospital de Sinaloa y recuerda que los internos que venían de otros estados mantenían una fuerte competencia con los internos locales.

Señala que ningún maestro le planteó la posibilidad de trabajar en el medio rural y que las materias relacionadas con medicina preventiva les daban un respiro, con respecto al resto de materias que sí se consideraban difíciles. Así lo comenta: “No hubo nadie que me encaminara, que me dijera ‘vete a tu pueblo, regrésate y da la consulta ahí’” (21 de septiembre de 2012).

Francisco prestó su servicio social en una unidad familiar del ISSSTE en la zona de la presa Miguel Alemán del estado de Veracruz porque su promedio le permitió elegir tanto la institución como la comunidad. Para él, sus logros escolares fueron muy importantes y me estuvo mostrando orgulloso su cardex con calificaciones, mientras me comentaba lo siguiente: “En el servicio fue lo mismo. Por promedio, van escogiendo conforme van pasando los promedios, si vas mal pues es directo te vas acá y si quieres porque es el único lugar que hay... a mí me dieron a escoger y tomé una clínica del ISSSTE” (21 de septiembre de 2012).

Cabe señalar que desde esa época las unidades médicas del ISSSTE solían estar mejor equipadas y sólo se hacen cargo de la consulta externa a los trabajadores empadronados. Su

unidad atendía exclusivamente a trabajadores de la Comisión del Papaloapan, sin que se realizaran labores algunas de promoción y educación para la salud: “El ISSSTE como que se cierra mucho, en el IMSS-O se hacen labores de saneamiento básico, en el ISSSTE no se hace eso. A mí nunca me pidieron talleres, pláticas, ni visitas domiciliarias” (21 de septiembre de 2012).

Estos comentarios ponen de manifiesto las grandes diferencias entre las distintas instituciones de salud, en donde por ejemplo, los servicios de salud para los trabajadores de la economía formal con derecho-habienencia a ISSSTE o IMSS-Régimen Ordinario, proporcionan casi exclusivamente atención curativa con pocos o ningún servicio de medicina preventiva o de educación para la salud.

Cuando Francisco terminó la carrera, ni siquiera pensó en la posibilidad de estudiar una especialidad, era momento de trabajar. Relata que durante un par de meses se topó con su falta de “palancas” para asegurar su contratación en alguna institución de salud:

Quando terminé la carrera... ahí, ¡venía otro problema! ¿Dónde voy a trabajar? Y ahora, ¿qué voy hacer y a dónde voy a trabajar? Se te cierran las puertas y, ¿dónde? Estuve yendo a IMSS-COPLAMAR de aquél entonces, no había plazas, Y es que como en la ciudad si no tienes conocidos no puedes colocarte...pasando como un mes, pensé qué hago ahora, no puedo regresarme a mi pueblo (21 de septiembre de 2012).

Finalmente dos meses después, logró un contrato en el IMSS Régimen Ordinario porque unos médicos conocidos le avisaron de la apertura de plazas en el estado de Guerrero. En cuanto recibió la llamada de sus conocidos, pidió dinero prestado para trasladarse a la Ciudad de Acapulco. Cuando llegó, le indicaron que su contratación sería inmediata, siempre y cuando se trasladara ese mismo día a la Unidad Médica Familiar que estaba disponible cerca de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán. De este modo, se fue a su unidad con lo que traía puesto y luego pidió unos días para regresar por sus pertenencias.

Él llegó como encargado a una unidad de dos núcleos básicos, donde se atendía a trabajadores en consulta externa y no se realizaban actividades de medicina preventiva. Estuvo tres años en esta unidad y prácticamente no regresó a su comunidad por la lejanía, hasta que lo promovieron para un cambio de unidad anexa a la presa del Infiernillo en Guerrero, porque en la unidad en la que estaba no tenía basificación y en el Infiernillo ya contaría con ese beneficio. Una vez que le hicieron la propuesta, regresó un par de semanas a su comunidad para pensarlo, pues comenta que muchos médicos le rehuían a esa unidad por el clima y las cargas de trabajo.

### 3.2.2 La llegada a Santa María Chilchotla

Durante el trayecto a su comunidad, Francisco se encontró a un viejo conocido de sus padres que, al conversar, le sugirió irse como médico particular al municipio vecino de Santa María Chilchotla, argumentando que no había médicos en la zona. Ante esta disyuntiva, Francisco decidió en ese momento tomarle la palabra a aquel conocido y poner su consultorio para brindar servicio particular en la cabecera municipal y comunidades aledañas de Santa María Chilchotla.

Proceso que así recuerda:

Me encontré un señor de acá y me dijo ‘necesitamos un médico’. Me dijo ‘tú eres de por acá’. Y ahí estaba el secretario del gobierno municipal de Chilchotla y conocía a mis papás y me dijeron ‘véngase para acá’...Y cuando acabó mi contrato, me vine para acá...me rentaron un cuartito y ahí puse mi consultorio en el 85...Era el único, no había IMSS, ni el hospital en Huautla, apenas lo estaban construyendo y mis pacientes me los llevaba a Tehuacán, era terracería de aquí hasta Teotitlán...Para ir a visitar a un paciente o un parto, pues en caballo y como era de rancho, yo sabía montar... Primero me quería regresar, pero a donde yo había renunciado. Y me tuve que aguantar y ya, poco a poco, me fue llegando más consulta y ya a los cuatro años...fui médico legista del ayuntamiento como quince años (21 de septiembre de 2012).

Un par de años después, con la construcción de las clínicas del IMSS-O en el municipio, su consulta disminuyó. No obstante, para ese momento Francisco ya se había casado y prefirió quedarse en la comunidad, antes de buscar opciones de trabajo fuera del municipio. Es así que, además de su consultorio particular, aceptó encargarse de la realización de las autopsias en la región para contar con ingresos extra.

Hace diez años, invitaron a Francisco a trabajar en la Secretaría de Salud para atender una unidad médica de Puebla que colinda con la región mazateca. Sin embargo, se trataba de jornadas itinerantes que pudo realizar sólo durante un año por una antigua lesión que tiene en la rodilla. De modo que terminó regresando a su consultorio en Chilchotla. No fue hasta el 2006 que Francisco ingresa propiamente a los SSO como médico de contrato del Centro de Salud de San Martín de Porres que se encuentra a treinta minutos de la cabecera municipal, su contratación tuvo como antecedente la invitación de su cuñado que era el presidente municipal en ese periodo. El tránsito de la práctica particular a la operación de los programas en una institución pública no fue nada sencillo según relata:

Se me hizo muy pesado, pesadísimos, los talleres...la información...ya iba yo el tercero o cuarto mes y decía ya no... Y no me daban mi sueldo, era septiembre...hasta diciembre. Ya había pedido prestado, lo que no me gustaba es ir a Oaxaca y gastar y hasta la fecha hay que ir a Oaxaca a entregar información y tengo que irme un día antes, si me voy el mero día no me daría tiempo... Hay que ir a entregar información departamento por departamento, como diez espacios (21 de septiembre de 2012).

Además de la carga burocrática que implica ser médico de primer nivel en una institución pública como los SSO, Francisco tuvo que aprender a involucrarse en actividades de promoción

de la salud. Al respecto, le pregunté si había recibido alguna capacitación para aterrizar los programas de los SSO, incluido el componente de salud del PDHO. Al igual que el resto del personal de salud entrevistado, Francisco no recibió ninguna capacitación específica sino que fue aprendiendo en la práctica: “Yo fui aprendiendo conforme la marcha, conforme me iban pidiendo las cosas” (21 de septiembre de 2012).

Señala que una de las mayores dificultades para él ha sido la entrega de información, cuestión que es comprensible toda vez que se trata de la única actividad que es monitoreada con mayor regularidad. Las entregas de información se realizan de manera personal en la sede de la jurisdicción de la que dependa el centro de salud, lo cual para él implica trasladarse mensualmente seis horas a la ciudad de Oaxaca para el cumplimiento de esta tarea. Pone énfasis en que estas entregas mensuales conllevan mucho tiempo, no sólo por su elaboración, sino por los cambios constantes de los formatos de entrega:

Y en la jurisdicción a cada rato están cambiando formatos, ahora sale este, ahora te lo vamos a cambiar por este, ahí está su guía y léanlo y para la próxima me lo traen, el próximo mes, este ya no se va a entregar así, ahora me lo traen... Todo lo he aprendido conforme va pasando el tiempo (21 de septiembre de 2012).

Es así que Francisco se ocupa de atender con prioridad las tareas que son supervisadas por la jurisdicción sanitaria, aunque ello le implique atender trámites administrativos con los que no estaba familiarizado. Para médicos como él, cuya experiencia profesional estuvo en buena parte en el ámbito privado, ingresar a una unidad médica de los SSO los coloca frente a un mar de papeleo administrativo y en una jerarquía donde las y los médicos de las unidades de primer nivel son el último eslabón de una larga cadena de mando. La situación la expresa de la siguiente manera: “No me gustó entrar a los Servicios de Salud porque tenía un patrón, me había acostumbrado a estar solo, mucho papeleo... lo que no sabes lo inventas, la cosa es que cuadre” (21 de septiembre de 2012).

En algún momento estuvo tentado a renunciar, pero no lo hizo porque su horario de trabajo en el centro de salud le permitía continuar con su práctica particular por las tardes y fines de semana. Además, muy pronto aprendió a resolver los problemas con las entregas de información, toda vez que cuadrar la información es una de las habilidades que el personal de salud termina desarrollando para dar fluidez al caos de “formatería” al que tiene que dar desahogo.

A diferencia de muchos otros médicos, Francisco no tuvo que enfrentarse a la experiencia de la “otredad” en una comunidad radicalmente diferente a su lugar de origen. Francisco llevaba ya más de veinte años en Chilchotla, ejerciendo su práctica médica antes de su ingreso al Centro de Salud. Además, se trata de comunidades cuyas características socioculturales son semejantes a

las de su municipio de origen pues, aunque declara haber perdido su lengua, Francisco se autoadscribe como mazateco.

Sin embargo, para Francisco esta pertenencia no está libre de tensiones. Al respecto, me compartió una experiencia que tuvo durante su formación universitaria. Un compañero lo llamó “indio” de manera despectiva para insultarlo, aunque en ese entorno social inmediato (la escuela de medicina) apelar a su mérito escolar pareció ser argumento suficiente para anular esa condición de aparente inferioridad. Así lo relata:

En una ocasión me dijeron este (pausa) ‘indio’... Esteeeee, uno de los compañeros... ‘indio’. Entonces, le digo, yo le dije ‘sí está bien, yo soy indio’, y le digo: ‘Pero tú ¿qué promedios tienes? Mira tú promedio y mi promedio... ¿Cuántas materias debes? Y cómo íbamos a pelearnos, los compañeros le dijeron, “a ver, contéstale”. Y ya los propios compañeros me defendieron, “será muy indio, pero te supera y también con los golpes te va a dar así que cálmate ya”... Ahí nada más fue cuando se me dijo eso, “indio” y fue cuando, fue como Benito Juárez que se fijaran en su promedio (21 de septiembre de 2012).

Esta experiencia nos permite entonces preguntar hasta dónde la ausencia del mazateco en la práctica médica de este doctor, conlleva que su escolarización y sucesiva profesionalización lo haya “desindianizado” lo suficiente para marcar una distancia identitaria con las personas que sí hablan mazateco. En el curso de mi interacción con él, me percaté que Francisco en realidad sí entiende el mazateco aun cuando parece no manifestarlo abiertamente en sus relaciones con la población beneficiaria del PDHO. Cuestión que parece no replicarse en otros contextos de interacción social, ya que algunas personas de Chilchotla me comentaron que en fiestas y reuniones no tiene mayores dificultades en entender y hasta expresarse en mazateco. Es así cómo esta negación, alejamiento o falta de uso de la lengua en el espacio de las interacciones en la clínica, nos permite ver una forma muy efectiva en la que su profesión funciona para poner distancia con sus referentes étnicos.

Esta situación nos remite al estudio De la Cadena (2007) que presenta cómo en el Cusco, Perú, se van formando y entretejiendo estratos sociales jerárquicos que van definiéndose a partir de un origen común: el indígena, y de un interés también común, alejarse de lo indio o desindianizarse a través de la educación y el ascenso social que ésta supone. También en el caso de Francisco la escuela y la formación profesional juegan un papel trascendental, en tanto le permiten apartarse de lo indio -identificado como iliterato, no educado, no profesionalizado, irremediamente pobre y ubicado en el escalón más bajo de la estratificación social tanto al interior como fuera de su comunidad de origen- y aproximarse a una identidad nacional mestizada en donde el ascenso social es posible como resultado de la educación y el esfuerzo personal; esto, independientemente o a pesar del origen indio.

La referencia que Francisco hace en su narración a Benito Juárez remite también a una historia de éxito personal que está muy presente en Oaxaca. El indio huérfano que se sacrifica y se educa para llegar a ser presidente de la república (y, en el proceso, se desindianiza), es un referente lo suficientemente poderoso para poder asumir que cualquier persona indígena puede vencer la adversidad. Francisco comparte esta visión que además se complementa si vemos en su bilingüismo parcial una forma de consolidar el distanciamiento con lo indio que su profesionalización supone.

### **3.2.3 El Programa Oportunidades: Flojeras y exigencias**

La perspectiva de Francisco en relación al PDHO nuevamente nos remite a su supuesto efecto que parece identificar con mayor frecuencia el personal médico: la flojera. En su narrativa, incluye referencias a una falta de “productividad” que se relaciona con el abandono de las actividades agrícolas en el municipio y la creciente dependencia de las personas a los programas públicos de asistencia:

Es un programa que favorece a las familias que sí saben administrar ese recurso... Hay personas que sí administran, pero hay familias en las que, sobre todo los hombres, ya se acostumbraron a ese recurso y se ha visto que hay familias que nada más se dedican a ese Programa. Ya no hay peones como antes había, nada más están esperando Procampo u Oportunidades u otro programa... Si les dan láminas, las venden... El recurso que se les apoya es para educación y alimentación y no lo ocupan para eso. Por un lado está bien, pero por otro lado están perjudicando. Ya no hay gente que se dedique al campo, a la cosecha del café... el café tiene mercado... si abandonan el campo, ¿qué van a comer?... Son familias numerosas acá, con cinco niños ¿cuánto no reciben? (21 de septiembre de 2012).

Este médico apela a la cosecha y comercialización del café como una opción económica viable en un contexto donde en realidad la mayoría de las familias no cuenta con terrenos propios y donde sólo se pueden ganar setenta pesos el día como peones al jornal. Asume que los subsidios son la causa del abandono del campo, incluso el Procampo que se supone una estrategia en el sentido inverso. Influenciado por su propia historia familiar, para él, el café es la clave para acceder a mejores niveles de vida. Sus padres son productores y comerciantes de café y se consolidaron como tales en un tiempo donde los programas de gobierno apoyaban a la producción y comercialización, no a que hicieran transferencias en efectivo. Se trata de una familia exitosa en ese ámbito, aun cuando no contaba con terrenos propios cuando inició su producción de café. Para él, su éxito personal y el de su familia demuestran que nada es imposible cuando las personas se esfuerzan por “salir adelante”, paradigma que es lo suficientemente poderoso cuando se toma en cuenta que se trata de una familia indígena. De manera parecida a Diana, pero con argumentos que incluyen además a su familia indígena como ejemplo del

“éxito”, la narrativa de Francisco enfatiza que no hay motivos para que las y los beneficiarios del PDHO no salgan adelante. En esa lógica, sugiere también que los apoyos deberían ser en especie para evitar malgastar los recursos, sobre todo en la compra de bebidas alcohólicas.

En lo que respecta al componente de salud del PDHO, Francisco señala que el programa debería exigir más a las familias para asegurar que se realicen actividades de salud comunitaria, así como las relacionadas con la obligatoriedad de cuidarse haciéndose por ejemplo las pruebas de citologías:

¡No vamos a tener una comunidad o pueblo sano si no se participa! Pero aquí tenemos que estarlas engañando... ‘te voy a poner falta, si no lo haces’... [Por ejemplo,] en las citologías. ¿Cómo vamos a evitar las enfermedades si las personas no quieren? ¿Cómo vamos a cumplir con los porcentajes de [las acciones de salud de] la comunidad, si las pocas personas que se animan lo hacen obligadas porque tienen el Programa Oportunidades? ¡Deberíamos de ser más exigentes en ese aspecto! Deberían de ponerse más duros. (21 de septiembre de 2012)

Francisco expresa un argumento que ha estado en el centro de las contiendas en la operación del componente de salud del PDHO, entre la coordinación y los operadores del mismo PDHO, por un lado, y las instituciones y operadores de los servicios de salud, por el otro. El sector salud pretende ampliar las corresponsabilidades de las familias para incluir todas las actividades de prevención y promoción a la salud contenidas en sus propios programas; por ejemplo, en lo que se refiere a las actividades de saneamiento básico a nivel comunitario. En esa lógica, Francisco parece decir que, ampliando las corresponsabilidades y modificando las reglas del programa, se podría ahorrar el tiempo que ahora se pierde en convencer o en sensibilizar a las personas.

Por otro lado, las reglas de operación del PDHO han mantenido un planteamiento ambiguo en torno a las actividades que pueden ser consideradas parte de las corresponsabilidades de las familias beneficiarias, dando lugar a una multiplicidad de interpretaciones por parte del personal de salud involucrado en la operación del Programa. Esta cuestión es ejemplificada en la siguiente experiencia que relata Francisco:

Sedesol<sup>93</sup> dice una cosa y Salud dice otra cosa. Se contradicen... Salud les dijo que tendrían que barrer la comunidad... ¿Qué dijo una señora? ‘¡No, no es obligatorio! Sedesol nos dijo que no es obligatorio barrer y, ¡no tienen porque ponernos falta!’... Va y nos acusa a Sedesol y Sedesol les dice ‘no, no están obligados a barrer’. Me manda a mi equipo zonal... y les dije pues, ‘es que no quieren hacer nada’. Y me dijeron: ‘No, doctor, no se meta usted en estas broncas. ‘Es que ustedes dicen una cosa u otra, hay que ponerles una falta para que vayan escarmentando’. ‘No, no, Sedesol dice que no...’ Los del IMSS sí los obligan, pero acá esta

---

<sup>93</sup> El médico hace referencia al personal de la Delegación Estatal del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, dependiente de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que funciona como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social. Este personal tiene como funciones realizar los trámites relacionados con la incorporación de familias y el mantenimiento de los datos del padrón nacional de beneficiarios. Así como del acompañamiento a las entregas de apoyos y capacitaciones breves con la población beneficiaria en torno al funcionamiento del PDHO, así como los derechos y obligaciones de las familias beneficiarias.

gente no se deja...Y al final ganó la señora, barrer es voluntario, no obligatorio. Deben de coordinarse Salud y Sedesol (21 de septiembre de 2012).

Este conflicto sobre el barrido y otras actividades consideradas de saneamiento no ha sido exclusivo de esta comunidad. Se trata de una referencia reiterada en la operación local del PDHO; en cada espacio se resuelve de distintos modos. En este caso, la queja de la beneficiaria se resuelve a su favor, toda vez que el equipo zonal encargado de la supervisión del centro de salud le recomendó al médico no hacer este tipo de planteamientos a las beneficiarias para evitar problemas con Sedesol.

Sin embargo, hay comunidades e instituciones como el IMSS-O en las que el arreglo en torno a actividades como el barrido de las calles es precisamente el opuesto, estableciéndose como una obligación más para las beneficiarias de Oportunidades. Tan sólo en la cabecera municipal, las beneficiarias barren las calles una vez al mes y su participación se considera parte de las corresponsabilidades del PDHO.

La disparidad de criterios acerca de lo que debe considerarse un obligación de las titulares del Programa, genera una operación heterogénea del Programa en lo que se refiere a las corresponsabilidades en salud de las familias, a razón de la relación del personal de salud con la comunidad, la institución de salud que opere el componente, el personal del PDHO-Sedesol que visite las comunidades e incluso el personal de supervisión que atienda quejas como las que relata Francisco.

Más allá de este conflicto, en el relato de este médico también es posible observar una insistencia en la necesidad de “exigir” más a las beneficiarias del programa, lo que deriva en un discurso específico sobre la naturaleza que debe adquirir la autoridad del Estado frente a los individuos en materia de salud; no cualquier individuo, sino aquellos que viven en localidades rurales, que son indígenas y se caracterizan por ser pobres. Para Francisco, el IMSS-O exige más y las personas se quejan menos, motivo por el que me comenta: “A veces yo pienso que entre más los tratan mal como que [más] se conforman, que cuando los trata uno bonito, más se quejan” (21 de septiembre de 2012). Sugiere que “tratar bonito” parece ser una estrategia mal pagada, porque es la “mano dura” la que parece funcionar con este tipo de población. Se trata pues de un posicionamiento que concibe a las personas con las que trabaja no sólo como “no productivas” o “flojas”, sino como “aprovechadas”; como individuos descarrilados que hay que encaminar con dureza, gente que “no se deja”, aun cuando las tareas de saneamiento ambiental son “buenas” para la comunidad.

Francisco concibe la autoridad como un recurso que debería aplicarse sin consentimientos,



su propia vida da fe de que esa dureza da resultados, sus padres renunciaron a él, a pesar de lo que puede significar un orfanato, pero hicieron lo que ellos consideraron fuera mejor para lograr trascender las dificultades. De modo que el PDHO pareciera consolidarse como un padre blando que deja demasiado sueltas las riendas de sus hijos.

### **3.2.4 Los talleres del PDHO como espacio de proyección política**

En lo que se refiere a los talleres de autocuidado para la salud, Francisco ha sido el encargado de impartirlos, al menos durante los tres primeros años de su trabajo en San Martín de Porres. Señala que en sus inicios el centro de salud sólo contaba con un auxiliar administrativo que colaboraba con el médico en los registros de información y en las tareas de traducción con las familias beneficiarias tanto en las consultas como en los talleres. Hace tres años, esa distribución de tareas se ha modificado con la contratación de una auxiliar de enfermería, que desde entonces imparte los talleres a la población monolingüe, mientras Francisco se hace cargo de los grupos de mujeres que hablan castellano. Sin embargo, según él ni con el ingreso de la auxiliar de enfermería se tiene tiempo suficiente para los talleres. Sostiene que los talleres y otras actividades le “restan tiempo” a las consultas, las cuales, implícitamente, se siguen visualizando como la tarea más importante que un médico debe de desempeñar en un centro de salud de primer nivel:

Nos quitan mucho tiempo los talleres, lo de saneamiento ambiental, las visitas domiciliarias, nada más con lo de patio limpio... Ni hacemos bien una cosa, ni otra...no se le da la atención a las personas porque nuestro tiempo está medido porque no nada más hacemos consulta externa, sino además mucho papeleo, lleva mucho tiempo...máximo diez a quince minutos por paciente. (21 de septiembre de 2012)

Como se observa, los talleres se perciben como una multiplicación de las cargas de trabajo de los centros de salud y se convierten en acciones que deben programarse anticipadamente para intentar organizar la vida laboral al interior del centro de salud. Las actividades de cada unidad médica parecen reacomodarse constantemente para cumplir con las diversas metas institucionales, aunque, como bien reconoce Francisco, se termine haciendo todo en tiempos tan breves que no se puede brindar la calidad de la atención que supone la normativa de los programas. Sin embargo y a diferencia de Diana, Francisco no se niega a concebir a los talleres como parte de su trabajo como médico.

Conocí a Francisco en 2009 cuando yo todavía laboraba en la Delegación del PDHO. En ese entonces, visité la comunidad de San Martín de Porres, junto con personal de los SSO para revisar lo concerniente a la impartición de los talleres en una localidad de su cobertura. Dicha localidad se había dividido por conflictos políticos y religiosos, por lo que una de las partes

solicitaba que se aprobara la contratación de una asistente de salud adicional. A partir de esa fecha, Francisco me llamaba con regularidad cuando tenía problemas con los formatos de certificación de la asistencia de alguna de las comunidades que se encuentran en el área de influencia del centro de salud.

Durante el trabajo de campo, me presenté nuevamente con Francisco y aunque le expliqué que en mi papel como estudiante de antropología ya no mantenía ninguna relación con el PDHO, por momentos me pareció que creía que seguía trabajando con la delegación estatal. Le comenté la finalidad de mis entrevistas y mi interés por estar presente en alguno de los talleres de autocuidado que se imparten en el centro de salud. Francisco me dijo con entusiasmo que tenía la idea de realizar en tiempos cortos un taller para todos los beneficiarios de la comunidad, aprovechando que la gente se reuniría por el cambio de autoridades.

Cuando lo estaba visitando para que me diera la fecha, llegó el agente municipal para preguntarle algo con referencia a las faenas que realizan cada quince días los hombres de la localidad. Inmediatamente Francisco aprovechó para reiterarle al agente que le interesaba que el día del cambio de autoridades se pudiera impartir un taller con las y los beneficiarios del PDHO, sobre todo considerando que sólo alrededor de diez familias no cuentan con el programa. Reiteraba su solicitud, toda vez que la presencia de alguien (yo) parecía enfatizar la importancia de realizar dicha actividad.

Llegó la fecha señalada y acudí a la comunidad. El taller se realizaría en el espacio destinado a las asambleas, un pequeño patio techado que se encontraba lleno de sillas de acuerdo a la ocasión. Al frente, se encontraba una mesa con sillas a modo de presidium y un equipo de sonido por el que se seguía convocando a las personas a presentarse a la asamblea. Muy pronto el espacio se ocupó, las mujeres beneficiarias se acomodaron en las sillas, mientras los hombres se quedaron parados a los costados del corredor.

Llegué con el médico y me invitó a pasar con él al presidium. Eran siete lugares, cuatro dispuestos para las autoridades locales, dos destinados al médico y la enfermera y uno adicional que, en ese momento, entendí estaba destinado para mí. El médico se dirigió a las personas señalando que se realizaría el taller, me presentó y después, en voz baja y para mi sorpresa me dijo, “licenciada, ¿qué tema quiere dar usted?” (Diario de campo, 17 de noviembre de 2012). Sobra decir que era lo que menos me esperaba, pero que no tuve más remedio que aceptar y elegir un tema. De pronto, me acordé de cuando trabajaba en el Programa y, como en ese entonces, me tocó impartir un tema en condiciones que en nada se parecían a lo planteado en un manual. “Violencia intrafamiliar”, le contesté. Entonces se paró y me presentó a la

comunidad. A razón de mi propia convicción de que lo único que se posee es la experiencia propia, y sin claridad sobre mis propias expectativas con relación a la finalidad de estos talleres, me dispuse a compartir la violencia que viví en mi familia, el alcoholismo de mi padre y las repercusiones que han tenido esas situaciones en mi vida adulta.

Después de ello, me propuse invitar a las personas a tomarse unos minutos para pensar en sus propias historias y en cómo podríamos cambiar el rumbo. Yo misma no tengo ninguna ruta específica y la propia investigación me ha planteado múltiples dudas sobre la forma que deberían adoptar estos talleres; sobre todo en temas como este que han afectado directamente mi propia vida. Sin embargo, se trató de un momento en el que las circunstancias me colocaban ante la obligación de decir algo y, como sostengo en la Introducción, al final de cuentas las personas que por alguna razón asumen el papel de “capacitadores”, terminamos hablando consciente o inconscientemente de lo que hemos experimentado en nuestras propias vidas.

Más allá de mi intervención, esa ocasión fue reveladora porque me di cuenta que, para Francisco, los talleres no eran sólo un espacio de educación para la salud, sino que podían convertirse en escenarios en los que él podía afianzar o reafirmar su posición política en la comunidad. En este caso, Francisco organizó un taller estilo asamblea en el que podía abarcar los temas que consideraba prioritarios. Para este taller, además del tema de violencia intrafamiliar, eligió los temas de prevención de adicciones y planificación familiar. Francisco comentó los objetivos del taller y agradeció a todos su presencia. Sin embargo, su participación se centró sólo en dar mensajes generales sobre la importancia de prevenir adicciones y planificar en pareja el número y espaciamiento de los hijos. No realizó una exposición de un tema en específico, solo coordinó el orden de las participaciones, pues fue la enfermera la encargada de presentar los temas. Francisco era el maestro de ceremonias, pero también quien dirigía la orquesta durante su participación en un evento fundamental para la vida política de la pequeña comunidad: la elección de autoridades locales.

Para este escenario, no sólo aprovechó el cambio de autoridades para que la población asistiera, sino que incluso invitó a algunos grupos de alumnos de la secundaria y el bachillerato de la comunidad. Es así que me fui percatando, de que se trataba de un evento organizado para poderse proyectar hacia el exterior y consolidar su liderazgo en la comunidad. Después de su participación, Francisco dio por terminado el taller y se ausentó de la asamblea mientras los presentes elegían a las nuevas autoridades para regresar al presidium cuando llegó el momento de elegir al comité de salud. En esos vaivenes, me percaté de cómo Francisco maneja las formalidades con las que se tiene que dirigir a la comunidad, los momentos para participar, los

momentos para guardar silencio; era claro que incluso mi presencia reforzaba en la comunidad una imagen que deseaba proyectar: Francisco se preocupaba por la salud de la comunidad y estaba haciendo tan bien su trabajo, que incluso gente de fuera participaba en sus eventos.

Durante la elección del comité de salud además pude percatarme de que Francisco sí entendía el mazateco, pues aunque la enfermera le insistía en cambiar algunas de las propuestas de la comunidad, él parecía ir interviniendo en español a su propio ritmo, sin la necesidad de la traducción de ella. La elección duró casi cuarenta minutos, hubo muchas participaciones, risas y hasta algunos exabruptos, que alguien que no entendiera el mazateco, como yo, no podría descifrar con claridad. Sin embargo, Francisco a veces hasta me explicaba en voz baja lo que estaba pasando.

En ese sentido, es necesario tener en cuenta que Francisco ya era conocido por la comunidad por sus casi veinte años de servicio particular en la cabecera municipal, sobre todo teniendo en cuenta que San Martín se encuentra muy cerca de Chilchotla. Su familia política, además, forma parte de la descendencia de Antonino Avendaño que durante los años treinta del siglo XX ocupó el cargo de presidente municipal y es recordado como uno de los principales caciques de la región. Es así que el papel de Francisco como el primer médico que atendió la cabecera municipal, se consolidó cuando pasó a formar parte de una de las familias más importantes de la comunidad, de modo que en diferentes momentos ha buscado espacios en la vida política del municipio, llegando incluso a participar en el comité que gestionó la construcción de otra escuela secundaria en la cabecera municipal.

Todos estos elementos permiten consolidar mi percepción de que aquel taller en asamblea comunitaria no sólo buscaba aprovechar el espacio de reunión para fines educativos, sino que además se había convertido en un espacio privilegiado para la consolidación de la imagen pública de Francisco en la comunidad. Un pequeño eslabón de muchas actividades relacionadas con la salud que al hacerse públicas pueden consolidar su liderazgo a nivel comunitario.

### **3.2.5 El mundo de vida de Francisco y su práctica en los talleres**

Después de haber presentado los aspectos más significativos que conforman el mundo de vida de Francisco, podemos ubicar lo trascendental que ha sido para él estudiar medicina. Se concibe a sí mismo como una persona que logró estudiar medicina en un tiempo en que, para gente procedente de estas localidades, hacerlo parecía prácticamente imposible. Él puede asumirse como indígena mazateco, pero su profesionalización es clave para entender las formas en las que

se relaciona marcando distancia con las personas de Santa María Chilchotla. En esa lógica, el caso de Francisco parece estar acorde a lo que señala Julián Caballero en relación a que cuando los médicos son de origen indígena, el tipo de formación que reciben en las universidades provoca que descalifiquen cualquier conocimiento médico tradicional por considerarlo como “no científico” (1998: 102).

Para éste médico, un programa como el PDHO impide que se reproduzcan historias de éxito como las de su familia porque las personas abusan de los apoyos y se hacen perezosas. Esta posición, sin embargo, parece contradictoria, en tanto el PDHO está elaborado sobre una base compensatoria que tiene como eje fundamental la entrega de becas educativas encaminadas, al menos normativamente, a promover la permanencia de los niños en la escuela. Apoyos que, de existir en esa época, quizá hubieran hecho más fácil el recorrido por la escolarización para Francisco, pero que desde su perspectiva promueven justamente lo opuesto.

Este posicionamiento puede remitirnos a autores como Bauman (2000) que describe los argumentos en los que se basaban las recientes protestas norteamericanas en contra de las acciones afirmativas que apoyaban el sistema de cuotas para el ingreso a la universidad de estudiantes afroamericanos y latinos. El autor enfatiza que eran precisamente algunos grupos de profesionales afroamericanos y latinos los que parecían ser más críticos ante estas medidas: “si ellos “llegaron”, los demás también pueden hacerlo, si alguno no lo hizo es porque no se esforzó lo suficiente. Quienes lo lograron, por lo tanto, lo hicieron gracias a que lo intentaron como debían” (2000:95).

El análisis de Bauman permite además encontrar un paralelo con el sentimiento de desconfianza que tiene Francisco en relación a la forma en que las personas pueden aprovecharse de las facilidades que otorgan los Programas y volverse dependientes, antes de dirigir sus esfuerzos a mejorar sus condiciones de vida. Al respecto, este autor describe cómo la lógica del éxito individual permite que las personas que lograron superar la adversidad sin apoyos gubernamentales, vean con recelo cualquier programa de carácter compensatorio:

...sus compañeros de destino más pobres deben ser observados con sospecha y desdén; hace falta, sobre todo, exigir la eliminación de “privilegios”, de ese irritante recordatorio que señala un “triumfo” logrado con ayuda. Quienes llegaron a la cima ya no necesitan las muletas del Estado; es más: están ansiosos por deshacerse de ellas (Ib.:96)

Esta sospecha efectivamente se encuentra presente en los planteamientos de Francisco, al cual nadie puede hablarle de pobreza y marginación porque su infancia y juventud estuvieron marcadas por esas experiencias. Es por eso que no puede solidarizarse con las personas que enfrentan estas situaciones en el presente porque, para él, no están haciendo lo necesario para

trascender esas dificultades en la soledad de sus esfuerzos individuales y/o en el seno de sus colectivos familiares.

De esta forma, las ayudas gubernamentales parecen desdibujar el halo de heroísmo de quien ha podido hacerlo sin esos apoyos; un demérito que obstaculiza que las personas, que ahora cuentan con esos recursos, se esfuercen lo suficiente. En esa lógica, Francisco invisibiliza el contexto económico de la región, el sistema de tenencia de la tierra, la caída de los precios del café y su acaparamiento, pues lo único real parece ser el esfuerzo de su familia; personas que a pesar de su circunstancia y sin una herencia de por medio lograron consolidarse como unos de los comerciantes y productores de café más prolíferos de la región.

Toda vez que en el imaginario de Francisco su pertenencia a una comunidad y a una familia indígena pobres parece ser un obstáculo que se supera a través de la escolarización, su uso ambiguo de la lengua y la distancia que pone entre él y la población beneficiaria, parece reflejar y consolidar un proceso de “desindianización” que supone ya un éxito en sí mismo, en tanto lo posiciona como gente de razón (Bonfil 2009:46). Como señala Eugenia Vargas en su estudio sobre los internados indígenas, los jóvenes que se encuentran separados por años de su vida familiar y comunitaria terminan reconociendo la escolarización como un medio fundamental para el progreso, pero también pueden llegar a “considerar su lengua y su cultura como impedimento para este progreso” (2004:178).

Es así que, aunque Francisco conoce y comparte muchas de las reglas sociales y costumbres de la comunidad, este conocimiento parece utilizarse de manera instrumental para fortalecer su liderazgo en la comunidad. Se encuentra ausente un sentimiento de pertenencia étnica que implique cualquier revaloración de los saberes indígenas, sobre todo en materia de salud, donde cualquier estrategia que no pertenezca al modelo biomédico parece ratificar el atraso e ignorancia de la población.

A partir de estos elementos del mundo de vida de Francisco se puede entender cómo los talleres de autocuidado para la salud se convierten en interfaces sociales (Long, 2007) donde este médico puede desplegar sus propias aspiraciones e intereses. Su pertenencia étnica, su profesionalización y su condición de género le permiten utilizar los talleres para consolidar su liderazgo en la comunidad y contar con la proyección pública que se requiere para acceder a cargos en la administración municipal. Como hombre mazateco profesionalizado, aprovecha su conocimiento de la dinámica cultural de la comunidad para proyectar su imagen a nivel público y consolidar así su liderazgo; a la vez se distancia de la comunidad en el discurso o en sus propias prácticas, cuando asume su rol de médico desde un peldaño jerárquico.

También se esfuerza por conseguir que su centro de salud cuente con más recursos y obtenga la certificación del Seguro Popular no sólo porque busca el bienestar de la población que atiende sino también porque estos beneficios pueden ser entendidos como aciertos de su gestión. Para Long los actores utilizan los recursos a su alcance para “enrolar a otros en sus proyectos, de vender sus autoimágenes” (2007: 342) y al respecto Francisco hace lo propio para inscribir su proyecto en una interfaz social como los talleres planeada en otros términos por el PDHO.

Este médico se enfoca a cumplir los procedimientos que son supervisados por la Jurisdicción Sanitaria y darles a conocer sus actividades en materia de promoción porque, aunque su inserción en los SSO le implique la realización de labores administrativas a las que no estaba acostumbrado, seguir en el centro de salud parece permitirle allanar el camino para una carrera política. Lo que tiene aún más sentido si se considera la fuerte competencia política que hay en Chilchotla y el modo en el que el acceso a la salud se ha convertido en un referente indispensable para cualquier grupo que intente acceder a la administración municipal.

Así que los talleres pueden convertirse en una interfaz social que le permite visibilizarse políticamente, utilizando el discurso sobre la promoción a la salud como un referente poderoso para destacar su compromiso con el bienestar del pueblo. Durante el taller-asamblea dejó que fuera la enfermera la que explicara los temas, dejando públicamente en claro su autoridad y también que sus conocimientos rebasan estos mensajes. Al mismo tiempo, evitó con cuidado entrar en controversias con la población y aceptó la designación del Comité de Salud. Se trataba de un proceso con el que estaba familiarizado por su condición étnica y en el cual la distancia que su profesionalización implica, parecía diluirse cuando dejaba claro que sabía cuándo intervenir y cuándo hacerse a un lado. En ese momento y casi de un modo que puede calificarse como estratégico, Francisco podría ser alguien que, no por estar profesionalizado, se encontraba ajeno a las reglas y formas de organización de la comunidad.

### **3.3 Carlos, “el recién llegado”**

#### **3.3.1 Un médico para Río Sapo**

Carlos tiene 27 años y es originario de Calpulalpam de Méndez; llegó a la UMR de Río Sapo a la semana siguiente de mi arribo a la comunidad. Estaba sorprendido de las horas que tardó en llegar a la comunidad desde la ciudad de Oaxaca, me presenté con él y al cabo de un par de días tuve oportunidad de entrevistarlo.

Apenas se supo que él había llegado, mucha gente abarrotó la consulta ya que la comunidad

llevaba para ese momento casi mes y medio sin médico. El último médico apenas estuvo cuatro meses en la zona y pidió su cambio de inmediato. La gente me da muy malas referencias sobre el médico que se fue, más de tres personas me dijeron “no nos tocaba, él no quería estar aquí” (Diario de campo, 21 de noviembre de 2012). Para mí fue sorprendente encontrarme con las implicaciones de este planteamiento, por lo que exploré a que se referían con “tocar”. Descubrí entonces que hay una palabra en mazateco para describir la sensación que el médico transmitía en su trato con los pacientes: *chóo lé*, que implica un sentimiento de asco que impide acercarte a algo o alguien. Después, en charlas con la enfermera pude saber que el médico se quejaba de que todos tenían hongos en la piel, de modo que quizá esa impresión lo hacía limitar todo contacto con las personas; rechazo que las personas identificaron de inmediato y que no dudaron en compartirme en reiteradas ocasiones. Se trataba de un médico cuya historia desconozco, pero que hizo todo lo posible por conseguir su cambio de unidad.

Antes de él, la unidad estuvo a cargo de una médica por casi tres años. Las referencias de las personas en torno al trabajo de esta mujer siempre destacan que visitaba todas las comunidades a su cargo y que trataba con amabilidad a las personas. Lo curioso fue que esta médica aceptó un cambio de unidad, a sólo un par de meses de una muerte materna. Las enfermeras y algunas beneficiarias recuerdan que la investigación que realizó el IMSS-O a consecuencia de esa muerte fue muy difícil para ella, sobre todo porque se detectó en el expediente de la mujer que falleció que la fecha de referencia al Hospital de Huautla había sido tardía y se le fincaron responsabilidades administrativas por ello. Ese cambio de unidad no fue casual y respondió a la persecución institucional de la que fue objeto esta médica.

Ante la inestabilidad del personal médico durante el último año, las enfermeras, el personal comunitario e incluso las y los beneficiarios del PDHO se habían llegado a habituar a la falta de personal médico y algunos se trasladaban directamente al Centro de Salud de Agua de Paxtle, que se encuentra a treinta minutos de Río Sapo y que es además donde se recibe atención médica cubierta por el Seguro Popular.

Carlos llegó a cubrir la unidad de Río Sapo con la esperanza de que aceptar este lugar que nadie quería, le permitiera acelerar el proceso para la obtención de su plaza en el Instituto. Hasta entonces, había estado como médico cubre-vacaciones en la región de Tlaxiaco del IMSS-O, por lo que sus estancias en otras UMR no habían rebasado los seis meses.

Al reconstruir su acercamiento a la medicina, me comenta que se decidió a estudiar esta carrera porque siempre le gustaron las ciencias naturales. Su padre ha sido trabajador de la Comisión Federal de Electricidad y parece no haber tenido dificultades en apoyarlo



económicamente. Carlos señala que le gusta mucho su profesión, pero no comenta nada específico sobre las razones que lo llevaron a estudiar medicina. Señala que en un evento de la Exporienta<sup>94</sup> hizo una pequeña evaluación psicométrica que le indicó que tenía aptitudes para las ciencias naturales y que dentro de las carreras posibles se hallaba medicina.

Estudió su educación básica y media-superior en Calpulalpam y cuando llegó el momento de realizar los exámenes de admisión a las universidades, le pidió a su padre que le sacara ficha para hacer examen en la UABJO. Carlos comenta que no tenía segunda opción y que simplemente se enfocó en aprobar el examen.

Cuando recuerda su educación universitaria, me comparte el comentario de un profesor que se le quedó impreso y que le ha hecho eco en su actual actividad laboral:

...un doctor nos decía que había la medicina de los grandes libros, las medicinas de los grandes hospitales y la medicina de a de veras que es la que estamos haciendo aquí. O sea aquí no tienes nada y aquí tus conocimientos valen oro. (Carlos, 27 años, 2 años, Médico de prebase en IMSS-O, 11 de diciembre de 2012).

Carlos considera que las limitaciones materiales de las unidades de primer nivel ponen a prueba los conocimientos adquiridos durante la universidad, pero destaca que, a excepción de ese profesor, todos los demás se concentraron en prepararlo para un ejercicio profesional donde se asume que todo tendría que estar a disposición del médico para ejercer su práctica clínica:

Pues prácticamente la medicina es ciencia, todos los catedráticos de la carrera siempre se enfocaban a lo novedoso... Los últimos adelantos de la ciencia, entonces en esa forma, en la mayor parte de materias nosotros lo veíamos en el aspecto un poco más de avance. Te enseñan, te hablan, te platican de casos clínicos donde tienes todo a la mano, lo que no sucede aquí... Son cosas que cuando llegas a un medio rural te sorprende y en ocasiones cuando tienes contacto con primer nivel te quedas solo y ahí te das cuenta que la medicina que más te saca de apuros es la clínica. (11 de diciembre de 2012).

En sus palabras—y en la experiencia que sus palabras reflejan--se ilustra una contradicción entre la formación recibida, enfocada al ámbito clínico-hospitalario y la labor en unidades de primer nivel de atención, donde los recursos materiales disponibles son escasos. Por otro lado, su énfasis en el carácter de ciencia de la medicina y la asociación de la ciencia con lo “novedoso”, trae también a la luz una concepción implícita de opuestos: el “atraso” ligado al ejercicio de la medicina en el primer nivel de atención.

Carlos hizo su servicio social en una comunidad chinanteca perteneciente al distrito de Tuxtepec. En la carrera tuvo un promedio intermedio por lo que comenta que sólo alcanzó a elegir la Jurisdicción de Tuxtepec porque además se tiene que pasar muy rápido a elegir

---

<sup>94</sup> Eventos organizados por el Gobierno del Estado para ofertar las opciones de educación superior disponibles en la entidad.

comunidad. De su experiencia recuerda algunos aspectos que es necesario profundizar:

Cuando llegas a la comunidad, tienes una depresión que yo creo que todos pasamos... de estar todo el tiempo en la escuela...o en el hospital rodeado de especialistas, de compañeros, a estar en una comunidad, en una clínica donde mucha gente no habla ni siquiera español, donde no puedes comunicarte, donde no puedes platicar con alguien que tenga los mismos intereses que tú, es un poco difícil (11 de diciembre de 2012).

La experiencia del servicio resulta ser, para muchos, el primer contacto con una realidad ajena a los cinco años de formación previa. Se trata de un encuentro intercultural ampliamente analizado por la antropología (Aguirre Beltrán, 1995; Campos, 2004; Mendoza, 2012) desde la perspectiva de los usuarios de los servicios, pero que pocas veces remite a las perspectivas de un actor -el pasante o el médico titulado- cuyos saberes e historias también se ponen en juego.

Al respecto, Albó discute las consecuencias de estos primeros encuentros, describiendo las características que adopta el encuentro médico cuando cada interlocutor ignora la situación y supuestos del otro, colocando al médico frente a bloqueos profundos que suelen redundar en la subvaloración del mundo del paciente, sobre todo cuando se trata de espacios históricamente discriminados como es el caso de contextos indígenas (2004: 69).

Es así que el encuentro de Carlos está marcado por la distancia que percibe entre los espacios en los que socializaba durante su etapa de estudiante e internado y una comunidad, donde asegura no podía comunicarse, no sólo por las barreras lingüísticas sino porque es un contexto donde no se comparten las mismas visiones o los “mismos intereses”. De este modo, hace hincapié en una distancia construida a partir del proceso de escolarización y de formación en la carrera de medicina.

Esa distancia redundaba no sólo en un proceso evidente de diferenciación social que conlleva la formación universitaria, sobre todo en carreras como medicina, sino que además consolida mecanismos de discriminación asociados con los estereotipos que forman parte del imaginario nacional con respecto a las comunidades indígenas. De modo que la escolarización, la formación en la carrera y el internado parecen agudizar la distancia que los médicos pasantes experimentan con la gente local, al llegar a sus comunidades de trabajo.

Carlos comenta que fue acostumbrándose a la comunidad y que, en ese proceso, ayudó que, en un par de semanas, llegara también la enfermera pasante al centro de salud. Recuerda también que durante ese periodo sus padres lo siguieron apoyando económicamente porque la beca era insuficiente. No me comentó que se realizaran cobros extras en el centro de salud, pero me señaló que una persona de la comunidad les ayudaba con la alimentación:

...Yo era médico pasa-hambres porque prácticamente, 500 pesos quincenales, aunque mis papás siempre me apoyaron en subsidiarme y todo eso, tanto en la carrera como en el servicio

social... Un poco la beca que te dan no sirve para nada, la señora nos adoptó...y prácticamente nos daba de comer gratis (11 de diciembre de 2012).<sup>95</sup>

Por lo demás, Carlos parece no haber enfrentado mayores complicaciones durante su servicio porque la atención de emergencias podía realizarse en Tuxtepec que se encontraba sólo a hora y media de la comunidad.

Cuando terminó el servicio social, Carlos estuvo sin empleo casi seis meses y aprovechó para titularse, al tiempo que hizo el intento de ingresar al Seguro Popular. Comenta que estuvo un par de semanas en proceso de evaluación para ingresar como gestor médico, pero que el proceso pareció ser una simple simulación:

Me preguntó si yo tenía algún familiar trabajando en el Seguro Popular y ahí fue cuando me dio mala espina... Resulta que nos capacitaron a cuatro y después supimos que desde el principio ya tenían el espacio cubierto, solamente era para taparle el ojo al macho. Está mal que te estén capacitando cuando ellos ya saben quién va a quedar (11 de diciembre de 2012).

A Carlos le pareció muy indignante que le hubieran hecho perder su tiempo cuando ya sabían a quién le darían el puesto. De modo que recurrió al IMSS-O, institución que parece estar al final de la lista de prioridades de los médicos titulados, pero cuyos procesos de selección parecen ser más transparentes que en otras instituciones más demandadas. Participó en el proceso de selección porque le parecía imposible continuar dependiendo económicamente de sus padres, aunque su expectativa es presentar el examen nacional de residencias médicas. Recuerda que antes del examen de ingreso al IMSS-O se advierte a los médicos que sólo pueden aplicar el examen una sola vez y que, de no pasar, no podrían postular nuevamente para su ingreso.

Para Carlos este proceso de selección es más justo porque, aunque hay competencia, todos parecen tener las mismas posibilidades de aprobar los exámenes: “Eran como 150 médicos aspirantes, había 38 plazas vacantes y ahí sí, había de todos estratos sociales, clases, razas y complejiones, de todas edades, de todo pues... Hicieron examen psicométrico, de laboratorio y de conocimientos...” (11 de diciembre de 2012).

Carlos pasó el examen, fue admitido al Programa y fue asignado a la Región del IMSS-O ubicada en Tlaxiaco como médico cubre-vacaciones de contrato. Estuvo en dos comunidades cercanas a Tlaxiaco antes de aceptar la Unidad Médica Rural de Río Sapo, donde ya se le ofreció una contratación de pre-base<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Nuevamente, es posible observar aquí la forma en que ciertos costos de los servicios que tendrían que ser totalmente gratuitos, terminan siendo absorbidos de una u otra forma por la población de las comunidades. Al respecto, Menéndez (1992) sostiene que muchas de las estrategias implementadas por el estado mexicano en el primer nivel de atención buscan abaratar los costos de una atención de por sí ya de segunda categoría.

<sup>96</sup> Contratación que asume que en un año más de servicio se puede postular a la obtención de base definitiva.

### 3.3.2 Comunidades indígenas: ¿abrirse o cerrarse al progreso?

Carlos señala que, desde su servicio social, sólo le ha tocado trabajar en comunidades indígenas. Cuando le pido que me comparta cómo puede definirse una comunidad indígena, bromea conmigo, diciendo que los antropólogos siempre te hacen caer en trampas cuando hablan de esos temas; me dijo que conocía a un par de antropólogos y que nunca se les da gusto. Insistía en que poníamos trampas en que los entrevistados siempre terminan pareciendo gente que discrimina a los indígenas. Aun así, Carlos intenta responderme:

Yo creo que en una comunidad indígena hay menos involucramiento con las personas de fuera, se involucran menos y se cierran, no te dejan penetrar a su cultura, se cierran más. Obviamente en una ciudad no sucede... En la comunidad indígena tienen un rezago educativo importante.. Hay más atraso en cuestión de la salud... aparte de que hay más pobreza, aunque quizá también en las ciudades hay lugares con pobreza en donde es igual o peor que estar en un ambiente rural... Hay menos medidas higiénicas porque me he dado cuenta y el rezago socioeconómico, el rezago tecnológico... La verdad, te voy a ser sincero: la palabra indígena no sé qué tanto conlleve la definición de indígena. Pues yo creo que lo indígena es por la raíz, de hecho también yo soy indígena, pero en realidad no sé qué es lo que conlleve... Calpulalpam es una comunidad indígena por las raíces no muy mezcladas por decirlo así, con la raza española... Cuando yo estaba en la Secretaría o aquí mismo y te dicen 'es indígena' o 'no es indígena'... yo la verdad a todos los oaxaqueños los consideramos indígenas, todos, parejos, por la raíz... (11 de diciembre de 2012).

Ser o no ser indígena remite a Carlos a una cultura más cerrada que la urbana, al rezago socioeconómico, a las brechas educativas y tecnológicas, a la pobreza; aun reconociendo que estos rasgos sociales, culturales y económicos no son sólo exclusivos del medio rural sino también se pueden encontrar en el medio urbano. También lo remite al pensamiento de una raíz común, y a rasgos más biologistas que tienden a “racializar la diferencia cultural” (de la Cadena, 2007).

Finalmente, también lo hace pensar en un sistema de clasificación gubernamental. Carlos habló conmigo largo rato al respecto. Decía que era la primera vez que hablaba del tema, que no sabía que conllevaba la pregunta, que se sentía raro al hablar de eso. Insistió en decirme que los antropólogos siempre hacen preguntas difíciles que llevan a respuestas en las que “uno nunca queda bien, en las que te hacen dudar de todo” (11 de diciembre de 2012).

Carlos habla mucho de su pueblo, Calpulalpam, declara sus raíces indígenas, pero insiste que no es tan cerrado como Río Sapo, Chilchotla:

Hay comunidades indígenas que son cerradas y otras que no tanto... Hay algunas que ya son más conscientes y aceptan más los consejos que les dan los maestros, a los médicos que les enseñan cómo cuidarse... Son comunidades indígenas donde persiste más esa cerrazón, son las que no han podido avanzar... Yo creo que la cerrazón o el atraso de ese tipo está más en los lugares alejados... no sé si estamos cerrados porque estamos alejados o estamos alejados porque estamos cerrados (11 de diciembre de 2012).

La cerrazón a la que alude Carlos le permite resolver su propia pertenencia a una comunidad

indígena, separando a su comunidad de los lugares en donde ha trabajado y le permite explicarme y explicarse porqué en su municipio no prevalecen las condiciones de pobreza y rezago que han caracterizado a otras comunidades.

Señala que durante su servicio social se enteró que una parte de la comunidad no estaba de acuerdo con la pavimentación del tramo carretero que los conectaría con mayor rapidez a la Ciudad de Tuxtepec. Esto le pareció un ejemplo de cómo algunas comunidades indígenas se “cerraban” y con ello impedían que mejoraran sus condiciones socioeconómicas.

En relación al PDHO, él sólo enfatizó que se trataba de becas educativas, donde se exige que las personas cumplan con talleres y citas programadas. Esta explicación libre de mayores molestias tiene que ver con su experiencia profesional. Ni en su servicio social ni en los meses que estuvo cubriendo unidades en Tlaxiaco, Carlos estuvo frente a comunidades que tuvieran a cargo casas de salud, o que sus familias en atención de Oportunidades rebasaran las trescientas. Se trataba pues de unidades sin tanta demanda de servicios, con núcleos poblacionales que no rebasaran lo dispuesto en la normatividad y en los que un auxiliar de enfermería y un médico podían cubrir más fácilmente la mayoría de las actividades y programas que opera el IMSS-O. Sin dejar de lado que, si casi toda la población era beneficiaria del PDHO, se podían realizar las actividades comunitarias sobre la base de su pertenencia a estos beneficios, sin que hubiera un número significativo de población que se resistiera a participar alegando que no contaba con el PDHO.

Adicionalmente, en estas unidades médicas la atención de segundo nivel se encontraba a menos de dos horas de distancia, por lo que Carlos parece no haber tenido mayores problemas ni con Oportunidades ni con la referencia de pacientes. De modo que para él, el PDHO constituye un buen apoyo para las familias. Adicionalmente menciona que, al menos durante su servicio social, cuando había personas que se inconformaban con alguna falta, los refería a la autoridad municipal:

Y siempre llegaban y decían, ‘¿por qué me pusieron falta? Pero pues yo les decía ‘usted faltó y hágale como pueda’. Lo bueno es que yo me llevaba bien con el agente municipal, estaba yo bien parado (risa) así que les decía, ‘pues, vaya a platicar con don Hilario’. (11 de diciembre de 2012).

En su narrativa, señala la existencia de una alianza con las autoridades municipales durante su servicio social que le permitió sobrellevar las relaciones comunitarias evitando conflictos, en tanto trasladaba cualquier controversia sobre las corresponsabilidades a otro ámbito de discusión.

Durante su primera semana en Río Sapo se notó esa disposición por conocer a las autoridades

y las familias beneficiarias de la comunidad. Recorría las calles e interactuaba con la gente de un modo amable. Manifestaba mucha curiosidad por conocer las costumbres y dinámicas de la zona. Carlos tiene un carácter amistoso y parece no tener dificultades para relacionarse con personas nuevas, pronto lo vi charlando con los maestros de la comunidad, bromeando con sus pacientes o con el personal de enfermería. Está impresionado con la distancia que se tiene que recorrer para llegar a Río Sapo, pero en definitiva tiene un estilo de trabajo que parece ser menos autoritario que el de Diana o Francisco, sobre todo en lo que se refiere a su interacción con las personas.

### **3.3.3 Los talleres del PDHO como un espacio educativo de temas no controversiales**

Poco después de que Carlos asumió su puesto en la UMR de Río Sapo, le autorizaron las dos semanas de vacaciones que le correspondían por su primer año de servicio en el IMSS-O. De modo que no tuvo oportunidad de asistir a algún taller de autocuidado que estuviera a su cargo. Sin embargo, Carlos me compartió lo que había sido su experiencia en ese ámbito durante su servicio social y su trabajo en Tlaxiaco. Señala que en estos años no ha recibido ninguna capacitación para dar talleres y que sólo ha intentado poner en práctica las estrategias que le parecían más apropiadas y dinámicas, valiéndose de herramientas que recuerda de los profesores que tuvo a lo largo de su formación escolar:

Yo copiaba a algunos maestros que me gustaba cómo daban sus clases yo trataba de imitar... Tú calificas a tus maestros, 'este es bueno, este es malo, este más o menos'. Te identificas con alguien que te gusta la forma en que enseña. A mí, en mi opinión, me gustaban muchos los maestros que eran alegres, activos en sus pláticas, porque de repente les gustaba hacerte reír, que te despiertan, que te preguntan, que te pasan al frente, que se ríen a veces con todos, que te cuentan un chiste, que hace amena la plática... (11 de diciembre de 2012).

Carlos manifiesta con claridad que se valió de estos referentes para impartir los talleres de autocuidado, enfatiza nuevamente cómo, ante la falta de formación específica para realizar tareas que suponen relaciones de enseñanza-aprendizaje, el primer recurso suele ser la propia experiencia escolar. En su primera experiencia de impartir talleres durante el servicio social, se basó en los listados de temas que venían en los formatos de registro porque el centro de salud no contaba con guías o manuales de apoyo, ni tampoco con materiales de papelería o equipo para proyectar:

En un principio no tenía nada y tenía que hacer mis rotafolios... En la clínica había pocos rotafolios muy pocos, ya todos viejos y llenos de agua, todos estaban horribles y hasta el espiral que tienen ya estaban llenos de sarro. Entonces yo compraba rotafolios y los pegaba y así les iba explicando, poniendo dibujos en hojas blancas (11 de diciembre de 2012).

Señala que consiguió un proyector en la escuela secundaria para poder elaborar diapositivas y presentarlas en los talleres. Recuerda por ejemplo las diapositivas que elaboró en relación al cáncer cérvico-uterino:

Ahí en el pueblo y en muchos pueblos de Oaxaca, yo creo que la mayor parte, incluso en la ciudad, las mujeres no se realizan el Papanicolaou, la citología, la visualización porque como cualquier persona ¿no?, da un poco de pudor que nos revisen nuestros genitales. Yo decía 'cómo le hago' y busqué diapositivas de casos fuertes, de los más horribles que pueda haber y este, hice una presentación, le eché un rollo a la gente, a los señores de porqué era necesario y todo lo que les iba a pasar a las señoras, un choro mareador...El primer mes hice como 50 citologías (11 de diciembre de 2012).

Carlos señala al “pudor” como la causa que impide que las mujeres se realicen el Papanicolaou. Comienza diciendo que este pudor no es exclusivo de los “pueblos de Oaxaca” sino que todos podemos sentir este pudor cuando revisan nuestros genitales. Sin embargo, al igual que Diana considera que infundir el miedo suficiente puede ser una ‘buena’ estrategia pedagógica para hacer que las mujeres “superen” estos pudores y sus maridos se convenzan sobre la necesidad de que las señoras se realicen las pruebas aun con un médico varón a cargo de la clínica. Desde su punto de vista, su estrategia fue exitosa porque muchas mujeres acudieron a realizarse el Papanicolaou, sobre todo porque en el centro de salud no se consideraba la realización de la prueba dentro de las corresponsabilidades de las beneficiarias del PDHO.

Nuevamente en la representación de este médico, las nociones de educación para la salud se ligan a la habilidad de persuasión, donde los recursos visuales parecen ser un poderoso incentivo para que las personas modifiquen sus conductas o se realicen pruebas para las que el pudor representa un obstáculo. Carlos asocia abiertamente los talleres con la posibilidad de convencer a los pacientes a realizarse una u otra prueba, al tiempo que indica que son una buena oportunidad para “educar” a los pacientes para que puedan comunicar con mayor claridad su sintomatología en el encuentro médico-paciente:

Yo prefería dar las pláticas porque cuando ves a los pacientes por primera vez... no ubican ni dónde les duele ni qué es lo que tienen y es un poco más difícil emitir un diagnóstico. Entonces, [fue] cuando me di cuenta de los errores que había en nosotros en la forma de educar a los pacientes, y entonces dije, 'pues tengo que actuar'. Entonces siempre tuve muy buena respuesta de la gente (11 de diciembre de 2012).

Este médico identifica a los talleres como un espacio que puede ser básicamente instrumental para facilitar la relación con los pacientes en las consultas clínicas; práctica que implícitamente se sigue refiriendo como el centro del ejercicio de la práctica médica en el primer nivel de atención.

A diferencia de otros médicos que no quieren realizar los talleres porque consideran que no

son parte de su ejercicio de la profesión, Carlos se siente satisfecho con los talleres que realizó en el centro de salud donde cursó su servicio social. Al mismo tiempo, también estuvo señalando cuáles eran los grupos con los que deseaba trabajar: las personas que están susceptibles a cambiar, siendo la edad un factor clave que él identificó para transformar estilos de vida:

Yo siempre prefiero darles las pláticas a las señoras más jóvenes porque ellas entienden más el español, son más flexibles que las señoras [mayores]. Yo creo [que] las señoras de 60 años para arriba, les diga y les repitas cada ocho días, ya no cambian su forma de ser. Pero en pacientes menores de 50 años la respuesta era diferente y te pregunta [ba] n. (11 de diciembre de 2012).

En cuanto a la elección de los temas de los talleres, Carlos me comparte los criterios que han condicionado los temas elegidos; señala que ha preferido no involucrarse en temas que él considera de carácter ‘moral’. Desde su perspectiva, su labor es transmitir los conocimientos de los que está completamente seguro y en los que no hay lugar a controversias éticas de ningún tipo:

Los temas de violencia intrafamiliar o género y salud estaban en el cuadro pero la verdad no me consideré preparado para dar temas un poco ‘morales’, o cómo se podría decirlo lo de moralismo... Me suenan un poco difíciles porque siento que de ahí depende mucho del punto de vista... Yo pienso que estaba bien esto, yo les digo que está bien y si yo pienso que está mal, les puedo decir que está mal y así más o menos. Pero a mí me gustaba dar puntos de vista que ya estaban, a mí me gustaba dar puntos de vista donde ya hubiera bases, que ya estuviera escrito... En temas morales como por ejemplo violencia intrafamiliar yo no sabía o estaba preparado en qué decirles, yo sé que la violencia es mala, yo sé que es malo, pero: ¿Cómo, cómo se enfoca una plática de ese tipo? No sabía cómo empezar la plática, más cuando no tienes esa preparación como que dudas y los que están enfrente dicen ¿Sabe o no sabe? En los talleres, yo me iba con los temas que más dominaba (11 de diciembre de 2012).

Carlos manifiesta la seguridad que le proporciona impartir los temas que domina, sobre la certeza de que el conocimiento “ya escrito” le evita entrar en temáticas que considera sujetas a posibles controversias, pero que en realidad más bien parece que evita porque son temas menos técnicos y siente que no se encuentra suficientemente preparado; toda vez que hacerlo, pone en juego no solamente sus opiniones al respecto, sino que la gente puede poner en duda sus conocimientos. Sin embargo, al profundizar un poco más, Carlos sí planteó que hay temas frente a los cuales ha evitado involucrarse no sólo porque no los maneja bien a nivel técnico, sino porque es difícil emitir una opinión cuando hay múltiples puntos de vista:

Yo evitaba el tema de aborto, ¿no? Porque hay quien diría pues el aborto terapéutico es bueno, hay quien diga que no porque se enoja Dios, o hay quien diga no porque son actos inmorales. Y yo puedo decir no, porque es malo, porque se mata el producto y la madre sufre, pero son temas en los que entras en cuestionamientos y eso prefería evitarlo... Yo me abocaba mucho a temas médicos, del ámbito médico. Es malo medicamente por esto y por esto y medicamente es bueno por... Bueno, yo lo acepto cuando una mujer es violada, pero yo no me metía en temas en donde me dijeran ¿y usted doctor cree que está bien o está mal?... Hay como que decía yo no, pues es que, por mis conocimientos médicos o por mi formación médica, yo les puedo decir, bueno por ejemplo cuando, una persona fue violada ¿no? (11 de diciembre de 2012).



En otras palabras, para Carlos los talleres tienen que cubrir temas en donde su conocimiento especializado no se pone en juego: temas médicos, temas que no son controversiales, en los que él se sienta seguro de opinar y de explicar, en donde no hay incertidumbre sobre las respuestas correctas. Nuevamente, el conocimiento clínico se evidencia como un conocimiento “técnico”, un conocimiento que no se cuestiona, un conocimiento claro, preciso, objetivo e indudable, un saber además que no se comparte masivamente: “De allí la ecuación ciencia=verdad, invocada como la matriz de todo conocer y de todo proceder”, nos recuerda Menéndez (1992:43). Así, cualquier tema que pudiera alejarse de esa ecuación parece incomodar a Carlos.

### **3.3.4 El mundo de vida de Carlos y su práctica en los talleres**

Carlos se concibe a sí mismo como un médico perteneciente a una comunidad indígena que ha sabido proyectarse hacia el exterior; en otras palabras, una comunidad indígena que se considera “moderna” y que se contrapone inevitablemente a las comunidades indígenas “atrasadas” donde se ha desempeñado como médico. En ese sentido, ve su profesionalización como un proceso normal en su familia y en su pueblo, como un camino ya trazado en el que contó con el apoyo económico de su familia y que no pareció representar un sacrificio en esos términos.

Asocia las comunidades indígenas que se mantienen en condiciones de pobreza con una “cerrazón frente “al progreso”, un argumento que ha plagado los discursos institucionales que han abordado “lo indígena” como un lastre, concibiendo a los indígenas como personas que se niegan a acceder al progreso y a la modernidad por un apego “irracional” a costumbres, actividades económicas y organizaciones sociales ligadas a otro tiempo. Como nos recuerda Villoro, “el indio es no sólo el elemento alejado, sino el de inferior condición social; su separación significa miseria y servidumbre” (1996:212). Pero el indio que se abre al mundo parece redimirse, accediendo así, mediante su esfuerzo, a los beneficios de la profesionalización, del trabajo, del bienestar.

Sin embargo, la posición de Carlos no está exenta de contradicciones pues cuando le planteo el asunto del cierre de la mina en Calpulalpan<sup>97</sup> como un posible asunto de “cerrazón frente al progreso”, me contesta rotundamente que eso “es diferente, porque la mina sí era dañina para la población” (11 de diciembre de 2012).

Quizá lo más importante en relación a su posicionamiento identitario radica en las dificultades

---

<sup>97</sup> Su municipio lleva años entablando acciones de resistencia contra la reapertura de un complejo minero, que aunque podría considerarse una fuente de empleos, trae consigo afectaciones ambientales a las comunidades.

que tuvo para hablarme de lo que considera una comunidad indígena. Su comunidad y su historia familiar parecen ejemplificar para él cómo un municipio indígena puede salir de la marginación, siempre que quiera abrirse a los beneficios de la así llamada modernidad. Su pueblo, por lo menos en su imaginario, parece ser indígena sin ser marginado porque ellos sí han tenido la voluntad de acceder a los servicios básicos. Argumento que para Carlos explica las diferencias entre su comunidad y el resto de los lugares en los que ha trabajado y que ignora cualquier referencia a procesos históricos diferenciados o en todo caso a las omisiones gubernamentales.

A pesar de esta concepción, Carlos parece sentirse cómodo conociendo a las personas y costumbres de las comunidades en las que trabaja, busca adaptarse, conversar, ubicar y establecer redes de apoyo con el personal educativo y con las autoridades municipales. Su condición de género parece también contribuir a su desenvolvimiento ágil en la comunidad. Carlos está consciente del reconocimiento público del que puede gozar un médico en las poblaciones en las que trabaja y parece no tener mayores dificultades en moverse a gusto y socializar por las calles y con la gente de la comunidad. Afirma que prefiere no ejercer su oficio en su pueblo porque sabe que un médico termina enterándose de todo lo que pasa en la comunidad por lo que él prefiere mantenerse al margen y trabajar en otro lado, donde su posición como médico pueda alcanzar algún grado de distancia e imparcialidad, no estando ligada o identificada con sus lazos familiares y comunitarios.

En general, parece conocer las formas en las que puede adaptarse a la vida comunitaria de los lugares en los que trabaja y, ante todo, sabe evitar conflictos con respecto a las faltas de Oportunidades o cualquier otro tema que pueda traer tensión a su práctica en las unidades médicas. Por su proceso de formación en el área médica, confía en que su dominio del conocimiento científico puede eximirlo de entrar en controversias con la población, siempre que se enfoque en difundir y recomendar sólo aquellas alternativas de tratamiento y prevención de enfermedades que se encuentren validadas científicamente. Durante su experiencia laboral no ha tenido dificultades con sus pacientes, ni complicaciones con la atención a partos, aunque Río Sapo es el primer lugar que se encuentra realmente alejado de servicios médicos de segundo nivel.

Con esos elementos del mundo de vida de Carlos se puede entender cómo ha utilizado su capacidad de agencia en relación a los talleres. Aunque no tuve ocasión de estar presente en sus talleres, durante la entrevista, este médico compartió información clave con respecto a su desempeño en estas actividades.

Su formación como médico parece ser la dimensión decisiva en relación a cómo piensa la

educación para la salud, en general y los talleres de autocuidado, en específico. Para él, hay que educar a los pacientes para que sean más concretos al momento de compartir su sintomatología y para promover la realización de pruebas como el Papanicolaou. Considera que hay que presentar imágenes impactantes e información que asuste a las personas para que aprendan a cuidar de su salud. De manera parecida al caso de Diana, esta perspectiva puede explicarse si pensamos en el modelo biomédico como un referente que tiende a individualizar las causas de las enfermedades y a responsabilizar a las personas por su surgir.

Carlos fue también muy enfático al señalar que prefiere no involucrarse en temas que considera de carácter moral. Desde su perspectiva, su labor es transmitir los conocimientos de los que está completamente seguro y en los que no hay lugar a controversias por la certeza que proporciona el carácter científico y aparentemente infalible de dichos conocimientos. Esto ejemplifica cómo la formación médica en asuntos meramente clínicos puede implicar que las y los médicos se resistan a impartir los temas de los talleres que no cuenten con el anclaje aparentemente objetivo, neutral y aséptico del conocimiento médico, como es el caso del tema de violencia intrafamiliar.

En cuanto a la forma en la que Carlos imparte los talleres comenta que, aunque no conoce las metodologías de enseñanza-aprendizaje en las que se basa el manual, opta por recurrir a los estilos de enseñanza que le resultaban más interesantes en su vida de estudiante. Esto nos remite a Rockwell cuando afirma que “Las formas de enseñanza también se reproducen en la vida escolar cotidiana. La imitación, no siempre consciente, de los maestros que se tuvieron en la propia experiencia escolar explica en parte la repetición de prácticas de generación a generación” (1997:29).

### **3.4 Luz y su servicio social**

#### **3.4.1 Ser pasante en Agua de Paxtle**

Luz es la última de las médicas entrevistadas en Chilchotla. Tiene 25 años y es médica pasante del centro de salud de Agua de Paxtle. La conocí cuando acompañé a Estela, la secretaria del regidor de salud del municipio, al centro de salud de Agua de Paxtle. Cada dos meses, una Caravana de Salud del tipo III<sup>98</sup> visita la comunidad de San Martín de Porres con la finalidad de

---

<sup>98</sup> Es una unidad médica móvil con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. Este tipo de unidad móvil está

realizar ultrasonidos a las mujeres embarazadas de la zona. Para esta visita, el centro de salud de Paxtle refirió a dos embarazadas a la Caravana, las cuales habían sido trasladadas por la ambulancia esa misma mañana.

Yo acompañaba a la secretaria para ver si por fin podía concretar la entrevista con ella durante el camino. Estela iba a ir con las embarazadas de vuelta a su comunidad, dado que ningún familiar las había acompañado y las habían dejado trasladarse solas a San Martín. Tenía la intención de ir a Agua de Paxtle para hablar con los familiares de estas mujeres para que no volvieran a trasladarse solas, pues el municipio ha establecido que ningún paciente se puede trasladar en las ambulancias sin un familiar responsable.<sup>99</sup>

En ese trayecto no sólo logré entrevistarla, sino que además conocí a dos mujeres que serían claves para la experiencia de Luz como pasante de medicina. Se trataba de dos chicas, Marisol de 21 años y Lucía de 15, las cuales iban a su primer ultrasonido durante el último mes de sus respectivos embarazos. Ambas pensaban tener a sus bebés en este centro de salud, pero Luz consideró que se trataba de casos de alto riesgo y quería tener al menos un ultrasonido para saber cómo procedían sus embarazos. Según sus cálculos les faltaban de tres a cuatro semanas para que ambas dieran a luz. Durante las consultas en la Caravana, la lectura de los ultrasonidos salió normal y sólo en el caso de la joven de quince años se detectó que tenía bajo peso para las semanas de gestación.

El trayecto de San Martín de Porres a Agua de Paxtle es de un poco más de tres horas en terracería. Durante el camino, ni Marisol ni Lucía parecieron tener algún problema, pero apenas veinte minutos después de llegar al centro de salud de Paxtle, una de ellas, Marisol de 21 años, comenzó su trabajo de parto. Estela, la secretaria del regidor y yo no nos enteramos de inmediato del parto de Marisol porque después de dejarlas en Agua de Paxtle nos fuimos a una localidad cercana donde Estela quería visitar a una mujer embarazada que no quería trasladarse al hospital de Huautla. Fue hasta que regresamos a Agua de Paxtle que nos avisaron que Marisol ya estaba teniendo a su bebé.

La primera vez que vi a Luz fue aquella tarde. El centro de salud tenía mucha gente esperando consulta, le insistí a Estela en que no nos fuéramos hasta que nos aseguraran que no necesitaban

---

conformado por un médico/a general, un odontólogo/a, un enfermero/a y un promotor/a de la salud-chófer. ([www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx))

<sup>99</sup> Este acuerdo se tomó porque durante los primeros meses en que la regiduría de salud se hizo cargo de los traslados de las embarazadas, tanto Estela como el regidor llegaron a quedarse en el hospital e incluso tuvieron que comprar implementos para los bebés, en ausencia de los familiares responsables.

trasladar a Marisol o a su hijo al hospital. Después de veinte minutos de espera, Luz abrió la puerta del consultorio: Se le veía pálida y abrumada. Marisol y su bebé estaban en la pequeña habitación que funciona como sala de expulsión. En el consultorio, una pareja de adolescentes que no aparentaban más de quince años estaban cuidando a su hijito, un pequeño de dos años que había llegado con un ataque convulsivo al mismo tiempo que Luz atendía a Marisol.

Luz estaba tan pálida no sólo porque tenía dos situaciones graves en sus manos, sino porque además Marisol había tenido presión alta durante el parto y seguía sin estabilizarse. Tardó unos minutos en decidir el traslado al hospital de Huautla. Los traslados fueron necesarios porque Marisol seguía con presión alta y su bebé era prematura; y porque el niño de dos años había tenido diferentes episodios convulsivos después de una caída y tenía que ser revisado con urgencia por un especialista.

Luz llenó rápidamente a máquina las hojas de referencia de sus pacientes; lucía nerviosa y atareada. Intenté ayudar en lo que se podía, la madre de Marisol tuvo que consentir al traslado pero ella no quería acompañarla a Huautla. Fue difícil tratar de informarle acerca de lo que estaba pasando, pues la única que podía ir traduciendo era la misma Marisol. Ahí, en medio de toda la escena, compartí el temor, por no decir el pánico, que posiblemente llegó a sentir Luz. Pues de todas y todos los que estábamos presentes, sólo Luz podía decir lo que era mejor para que estas personas sobrevivieran. El traslado duró más de cinco horas hasta Huautla, pero todas y todos llegaron bien y lograron reponerse en salud.

Antes de irme, me despedí de Luz, le dije rápidamente quién era y porqué estaba ahí. Le comenté que en unas semanas regresaría y sólo le deseé suerte. A mi regreso a Paxtle unas semanas después, Luz me permitió quedarme con ella en el centro de salud, toda vez que el agente municipal consideró que era el mejor lugar para hospedarme durante los quince días que permanecí en Agua de Paxtle. En esos días conversamos mucho, cuando tuve intención de grabar una entrevista más estructurada, me dijo que a esas alturas ya me había dicho todo de ella. Lo entendí y no insistí en grabarla, pues Luz ya me había compartido gran parte de su historia, así como las complejidades de ser médica pasante.

Luz es la menor de una familia de cinco hermanos. Nació en Etlá y fue uno de sus hermanos que la motivó a estudiar medicina cuando terminó el bachillerato. Su hermano comenzó a estudiar la carrera pero no pudo terminarla porque no aguantó las prácticas en el hospital y, en lugar, se fue a trabajar a los Estados Unidos. Cuando Luz terminó su bachillerato, este mismo hermano le ofreció apoyarla económicamente para que estudiara medicina en la UABJO, de modo que no tuvo que preocuparse por sus gastos en ese periodo. Sin embargo, mientras

estudiaba un evento marcó definitivamente su elección profesional.

Al finalizar el tercer año, cuando estaba a punto de comenzar sus guardias en hospital, su madre murió de una extraña enfermedad autoinmune que no pudo ser diagnosticada hasta después de su muerte. Luz recuerda con mucha tristeza la ruta que siguió su madre. Para ella, lo más terrible fue que los médicos no se ponían de acuerdo sobre el diagnóstico y tratamiento. Después de su muerte, Luz creyó que nunca podría volver a estar en un hospital, pero con mucho dolor logró cubrir una guardia más y siguió así con su formación.

Desafortunadamente, a esta gran pérdida le siguieron el fallecimiento de su abuelo a causa de un cáncer de estómago, el de su abuela por una insuficiencia renal y el de su tía por una deficiencia cardíaca. Todas las enfermedades de estos familiares implicaron largos, dolorosos y costosos tratamientos. Sin embargo, estas pérdidas terminaron por convencerla de terminar la carrera, deseo que se refuerza ahora que uno de sus sobrinos ha sido diagnosticado con una probable leucemia. Ella considera que ser médica le ha permitido conocer a especialistas que pueden apoyar a su sobrino, pero sobre todo le permite comunicarse con los médicos en sus propios términos; comunicación que, desde su punto de vista, incrementa las posibilidades de sobrevivencia de su sobrino.

Luz señala que le fue muy bien en su internado en el Hospital de Salina Cruz (Oaxaca) porque estuvo muy cercana a los médicos especialistas. Trabajaba más allá de los horarios establecidos y siempre estaba al tanto de lo que se tenía que hacer. Señala que durante ese año comenzó a tener problemas con las enfermeras porque al parecer no la tomaban en serio. Luz luce muy joven, habla con un tono muy bajo y tiene un porte algo tímido. Me comentó que las enfermeras con frecuencia la ignoraban o le encargaban tareas que los médicos asignaban a ellas. Esta situación continuó hasta que uno de los especialistas se dio cuenta y reprendió a una de las enfermeras diciéndole, según lo que relata Luz, “que se acostumbraran, que ella era médico y tenían que respetarla” (Diario de campo, 21 de diciembre de 2012). Esta experiencia nos remite a Roberto Castro cuando sostiene que siempre está en juego:

...el predominio de un grupo-la profesión médica- sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer los esquemas dominantes de la percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo (2010: 58).

Lo vivido por Luz denota cómo parte de la formación del internado consiste en asumir un rol de liderazgo por ser médica en formación, donde es preciso sobreponerse a las enfermeras. Este juego por dejar clara la autoridad médica para ella no fue fácil y tuvo repercusiones en su

primera experiencia de servicio social.

Luz tenía muy buen promedio, lo que, hace un par de años, le permitió elegir una UMR del IMSS-O ubicada en Santa Rosa de Lima, una comunidad ubicada casi a pie de carretera a cuarenta minutos del hospital de Jamiltepec. Sin embargo, sólo estuvo un par de meses en esta UMR antes de renunciar porque no pudo “lidiar” con la enfermera. Me comenta que se trataba de una enfermera de base originaria de la comunidad que tenía más de veinte años de servicios en la UMR y que se la pasó cuestionando sus diagnósticos y los medicamentos que prescribía. En su apreciación, la enfermera se creía dueña de la unidad y poco a poco estuvo poniendo en su contra a la comunidad, al dudar todo el tiempo de su capacidad como médica, por lo que prefirió irse en lugar de pasar un año entero peleando con ella. Es así que, una tarde sin discutir más, se despidió de la enfermera y ya nunca regresó.

Luz perdió así su año de servicio social y ante su segundo intento recibió el “castigo” de ser asignada a Agua de Paxtle. Señala que los SSO cuentan con un grupo de comunidades en las que sólo mandan a médicos que están cursando su servicio social por segunda ocasión: Lugares remotos y complicados que estos pasantes no están en posibilidad de rechazar. A pesar de ello, Luz estaba determinada en terminar su carrera y aceptó esta asignación. Dice que en muchos momentos se arrepintió de haber tomado la decisión de irse de la UMR de Santa Rosa, que sus profesores se sorprendían de lo que había hecho porque la consideraban muy buena estudiante, pero que ahora sólo le quedaba aguantar el año de servicio.

Es así que, cuando la conocí, Luz estaba contando los días que le restaban para cumplir con su año de servicio. Comenta que la primera vez que llegó a Paxtle iba acompañada de su padre y que él se quedó inquieto por la lejanía de la localidad, pero que a su vez le dio cierta tranquilidad el hecho de que le parecieron muy buenas las personas con las que pudo platicar mientras la acompañaba en sus primeros días.

Me comparte que, para ella, todos los oaxaqueños teníamos algo de indígenas y que a estas comunidades lo que les afecta es la lejanía. Luz ha intentado visitar las cuatro comunidades con las que trabaja y a través de ella conocí muchos detalles de Agua de Paxtle, tanto de sus costumbres como de su organización política. Dice que ha intentado aprenderse algunas palabras en mazateco, pero que cada día acaba muy cansada. Se ha sentido bien recibida en las comunidades y con frecuencias las personas le dejan fruta para agradecerle sus atenciones. Señala que los apoyos de los programas sociales gubernamentales son muy importantes en lugares donde para tener un ingreso se tiene que migrar a la ciudad. No comprende porque no se pueden comercializar los productos que se siembran en la comunidad, pero dice que esas actividades

permiten que las personas puedan tener comida todos los días.

Para ella sólo hay una situación que le ha parecido indignante en cuanto a las costumbres de la comunidad: la violencia que viven las mujeres. Luz alertó hace unos meses a la autoridad municipal sobre el caso de Lucía, una menor de quince años que parecía estar siendo abusada por su padrastro. Comenta que la llevó a la clínica para saber si estaba embarazada y que fue el padrastro quien le dio santo y seña de las fechas de sus ciclos menstruales y de los días que llevaba de retraso. Sin embargo, en el municipio no se investigó la situación y Luz continuó con el seguimiento del embarazo de Lucía sin tener alternativas para denunciar lo que sucedía.

Lucía vive en una comunidad que se encuentra a treinta minutos de camino a Agua de Paxtle. Empezó con su trabajo de parto una mañana a finales de noviembre, pero no fue trasladada al centro de salud hasta el día siguiente. Llegó a la clínica retorciéndose como si tuviera un ataque convulsivo, Luz estaba muy alarmada porque no había cursado con presión alta durante los meses previos y no entendía el estado en el que llegaba. Decidió trasladarla de inmediato al hospital de Tezonapa, Veracruz. Durante el trayecto, Luz entendió que Lucía no tenía convulsiones, sino que estaba teniendo un episodio nervioso por la imposibilidad de asimilar que estaba por tener un hijo. Me comparte que lloraba y gritaba y se rasguñaba el estómago y que no dejaba de gritarle a su padrastro que la ayudara, que arreglara lo que estaba pasando. Luz tenía la esperanza de que los psicólogos del hospital se dieran cuenta y pudieran detonar alguna acción legal, pero no pasó nada. Lucía tuvo su hija por cesárea y dos días después fue trasladada por su padrastro de regreso a su comunidad.

Luz y yo exploramos las formas en las que se podría denunciar lo que estaba pasando con Lucía, pero no logramos atinar en lo que sería mejor para ella. Sobre todo porque Lucía argumentaba que el padre de su hija era un joven que trabajaba en Veracruz y no había forma en la que se pudiera lograr una denuncia de su parte que no estuviera mediada por un largo proceso de acompañamiento psicológico que le permitiera reconocer lo que estaba sucediendo en su casa.

Luz muy pronto se sintió intimidada por el padrastro de Lucía, sobre todo porque el señor se había enterado que ella lo había reportado al municipio. Justo antes de concluir el trabajo de campo, me compartió que probablemente este señor iba a ser un caso confirmado de tuberculosis que tendría que estar atendiendo de forma regular. Hoy, tanto Luz como yo concluimos nuestra estancia en Agua de Paxtle, pero Lucía sigue ahí, sin haber recibido apoyo alguno.

Más allá de esta dolorosa experiencia, Luz intenta comunicarse con sus pacientes a través de la joven contratada por el municipio para servir como intérprete y realizar el aseo de la unidad.



La escucho explicar calmadamente la forma en la que deben ingerir sus medicamentos y la explicación que les da sobre sus diagnósticos. Es paciente y sólo se desespera cuando les explica a las madres jóvenes sobre el cuidado que requieren sus niños pequeños. Cuando le pregunto el porqué, me comparte que ha insistido mucho en que los niños se presenten aseados a sus consultas, no por ella, sino porque considera que si en su año de servicio logra que las madres cuiden esos aspectos, habrá sembrado un pequeño cambio en la comunidad y los niños se enfermarán menos. Percibe algunos avances en las comunidades obtenidos con su paciencia, tenacidad y gentileza, pero siente que no servirán de mucho si el pasante que llegue no se dedica a darles continuidad.

Este centro de salud concentra casi todas sus acciones en la atención a beneficiarios del Seguro Popular ya que, aunque tenga relativamente pocas familias con el PDHO, su ámbito de atención en lo que se refiere al Seguro es mucho más amplio, pues incluso llegan personas de algunas localidades de San José Tenango.

En el ejercicio de su práctica clínica, me llamó la atención que todos los días acudieran adultos mayores a su vacunación de influenza y que las personas con hipertensión y diabetes estuvieran asistiendo a sus controles con mayor regularidad, que las otras unidades que visité. Luz parecía tener mucha paciencia con las personas mayores, un rasgo de su carácter que quizá había sido reforzado por los procesos traumáticos que vivió recientemente con sus abuelos y porque también su padre es ya un hombre de casi setenta años.

Después de su experiencia previa con la enfermera de la UMR de Santa Rosa de Lima, Luz evita tener desencuentros con el enfermero de Paxtle. En muchas ocasiones, él parece ejercer el liderazgo en el centro de salud, aunque observo que, a la hora de tomar decisiones, Luz se va ganando su respeto en función de que ha logrado resolver muchas emergencias en los meses que lleva en la comunidad. Ella intenta orientar al enfermero y han construido una relación en la que cada quien sabe lo que tiene que hacer. Luz tiene muchos libros en su espacio porque dice que aprovecha cualquier tiempo libre estudiar para su examen de residencias médicas, pero que además esos libros la han sacado de apuros frente a algunos casos que se le han presentado.

En Paxtle, la asamblea comunitaria ha establecido un sistema de cobros por consulta y por atención en este centro; cuotas que constituyen un sobresueldo para el enfermero y la pasante y un fondo administrado por el Comité de Salud para el mantenimiento y equipamiento de la unidad. Luz parece no estar tan de acuerdo con esos cobros, pero señala que lo ha dejado pasar porque ya no quiere entrar en más controversias y sólo desea terminar su año de servicio sin mayores contratiempos.

### 3.4.2 Los talleres como espacio educativo de temas muy puntuales

Luz supo desde un principio que yo estaba en el centro de salud para ver los talleres de autocuidado. Esta actividad había estado a cargo del enfermero, hasta que en una ocasión tuve la oportunidad de ver un taller impartido por ella. Los talleres estaban programados por localidad y se realizaban a finales de mes a la una de la tarde. Luz llevaba ya cinco horas continuas de consulta cuando salió con un rotafolio del Seguro Popular para impartir el taller de enfermedades diarreicas.

La unidad no cuenta con un espacio para la realización de los talleres, así que se imparten en el pequeño jardín que funciona como sala de espera y no todas las mujeres alcanzan sillas. Luz repartió sobres de alcohol en gel que sobraron tras la campaña de influenza. Les pidió a todas que los abrieran y siguieran sus indicaciones para saber cómo se hacía el lavado correcto de las manos. Destacó que debían usar agua y jabón y enfatizó que debían lavarse antes de preparar y/o consumir alimentos y después de ir al baño. Les pidió a todas las asistentes que repitieran los movimientos que ella realizaba con el alcohol. Las personas, entre risas, hicieron lo que la doctora estaba indicando. En una charla que no llevó más de quince minutos, Luz señaló los síntomas de la deshidratación y las acciones que debían de seguirse para su atención en el hogar, así como las señales de alarma que indican cuándo es necesaria la atención médica.

A pesar de que más de la mitad del grupo de beneficiarias que asistieron al taller no hablaban español, Luz no pidió apoyo con la traducción al mazateco de lo que había estado diciendo porque asumió que los mensajes habían sido tan breves que no requerían de traducción. Es así que, en un abrir y cerrar de ojos, terminó su taller para continuar con la consulta por tres horas más. Cuando hablamos al respecto, me comentó que ella sólo busca transmitir información muy puntual que pueda evitar problemas de salud en el futuro. No conoce las guías de los talleres, ni sus metodologías, tanto ella como el enfermero se apoyan en unos rotafolios que les entregaron por parte del Seguro Popular.

En ningún momento recibió capacitación para impartir talleres, no había escuchado nunca el concepto de “salud intercultural” y en las pocas intervenciones que tuvo en impartirlos, buscó promover acciones muy específicas en la comunidad. Unos meses antes, presentó en un taller información relacionada con el cáncer cérvico-uterino y ese mismo día inició con una jornada de toma de citologías, actividad que no se había realizado en el centro de salud durante sus seis años de operación y que al parecer no fue condicionada por la asistencia a Oportunidades.

### 3.4.3 El mundo de vida de Luz y su práctica en los talleres

Una vez descrito el proceso que atravesaba Luz cuando la conocí, se puede decir que su mundo de vida está profundamente marcado por el compromiso de terminar su servicio social. Se trata de un pendiente que tenía que concluir a pesar de las enormes dificultades de encargarse del centro de salud de Agua de Paxtle. Ella se visualiza como una médica en formación. Aspira contar con los conocimientos y carácter necesarios para realizar una especialidad, pero espera que siempre pueda explicar con claridad los diagnósticos a sus pacientes. Se encuentra en un proceso crucial de su formación como médica donde intenta mediar su sensibilidad y empatía por sus pacientes con la dureza que le enseñaron que se requiere en el ejercicio de la medicina pero que a ella como persona le cuesta asumir.

Como mujer, destaca su papel de hija menor y la forma en la que su profesión se acopla con el papel de cuidadora que ha ejercido siempre en su familia, al tiempo que le resulta difícil mediar su sensibilidad con un rasgo que no se encuentra bien valorado en la formación y práctica médica. Intenta procesar la violencia que viven las mujeres con las que trabaja a partir de su papel protector, aunque no en pocos casos ha tenido que mediar con la vulnerabilidad que implica su propio ejercicio profesional como mujer, en un contexto donde serlo, comúnmente redundaba en procesos de discriminación, exclusión social y violencia. Es así que se encuentra en un estado de profunda confusión, donde le resulta complicado darle sentido a las formas que adquieren las relaciones entre hombres y mujeres en la comunidad donde trabaja.

En Agua de Paxtle reconoce rasgos de la vida comunitaria de Etna, su comunidad de origen. La lengua, el paisaje, las prácticas curativas y las personas en general le producen una curiosidad que parece no estar mediada por una desvalorización hacia lo indígena, sino por una confusión acerca de lo que debería ser la labor del personal médico en contextos como los de Agua de Paxtle. Es así que el mundo de vida de Luz parece estar en constante reconfiguración en un proceso marcado por profundos reacomodos. Se trata de una joven pasante que busca dar sentido a las experiencias dolorosas que vive todos los días, sin desprenderse de la sensibilidad y empatía que tiene por el otro; por su carácter sensible y a razón de sus recientes pérdidas familiares. Ella no logra—o tal vez ni quiere—desprenderse de una identificación y empatía profunda con el sujeto que padece la enfermedad; quizá porque padeció las implicaciones de esta escisión cuando sus familiares recibían la atención médica.

Al respecto, se encuentra en una tensión permanente, al hallarse inmersa en un proceso de formación profesional que le exige, como nos señala Caramés, un distanciamiento emocional del

paciente; aunque sus experiencias familiares le han permitido vivir cómo “el paciente es situado dentro del escenario de la intervención en una posición de vulnerabilidad” (2004:38) cuando el personal médico no es sensible a sus necesidades y considera su conocimiento como algo infalible.

El caso de Luz permite a la vez observar cómo algunos rasgos asociados tradicionalmente con la construcción social de las mujeres, como la sensibilidad y la empatía, resultan contradictorios y hasta antagónicos con los valores demandados por su profesión, lo que la lleva a cuestionarse todo el tiempo sobre su necesidad de ser “fuerte, firme” y al mismo tiempo no olvidarse de que sus pacientes merecen recibir calidez y paciencia por parte del personal médico. Es así que sin formación estructurada al respecto, recurre todos los días a su intuición para brindar consejería individual a cada uno de sus pacientes; expresando una empatía, sensibilidad y preocupación genuina que no vi en el caso de ninguno de los médicos encargados de las clínicas visitadas anteriormente.

En ella es posible ver en su máxima expresión el juego de cercanía y extrañeza que se le pide al antropólogo (Krotz, 2004), pero llevado al punto en donde la vida y la muerte están en juego todo el tiempo. Yo esperaría que la calidez, la empatía y la fortaleza no fueran incompatibles. Sin embargo, tanto el sistema de salud como la formación universitaria en medicina en Oaxaca parecer estar orientados a la fabricación en serie de médicos insensibilizados que terminan convenciéndose de que la lejanía emocional de los pacientes y de las localidades donde les toca ejercer su profesión es un rasgo intrínseco y necesario para dar la atención y sobrevivir en el entorno local.

Con estos elementos del mundo de vida de Luz, se puede entender que los talleres se ubiquen en un papel secundario. El centro de salud se encuentra totalmente rebasado por el nivel de consulta del Seguro Popular, convirtiendo a su servicio social en un proceso de formación donde las actividades de promoción de la salud se desdibujan ante la urgencia de atender la consulta. Las largas jornadas de trabajo han dejado a los talleres en un segundo plano, Luz se ha dedicado a diagnosticar, recetar, canalizar y aconsejar a sus pacientes, intentando mediar su sensibilidad con el pragmatismo y la inmediatez que su profesión le reclama; en consultas que llegan a rebasar la media hora que resulta un tiempo muy largo para una actividad que en este nivel no llega a rebasar ni los quince minutos. Sin embargo, este papel secundario que les asigna a los talleres, deriva más de una situación estructural de sobrecarga en el trabajo clínico cotidiano, que de un posicionamiento explícito de ella como integrante de un gremio profesional que considera que las acciones de educación para la salud son acciones menores, de (casi) exclusiva competencia

de enfermeras y personal comunitario.

### 3.5 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres

Lo primero que se destaca en la práctica del personal médico de Chilchotla en relación con los talleres es que tiene una fuerte capacidad de agencia en torno a su participación en la implementación de los mismos, porque médicos y médicas cuentan con personal de enfermería y comunitario en el que pueden apoyarse, toda vez que normativamente estas actividades pueden estar a cargo de cualquiera de estas figuras y el personal médico, como responsable de las unidades o centros de salud, puede limitarse a dar seguimiento. El amplio margen de acción que tiene este personal incluso puede redundar en el deslinde completo de estas actividades, como en el caso de Diana.

Una vez que se han reconstruido las características de los mundos de vida del personal médico y que ha sido posible ubicar su práctica en relación con los talleres de autocuidado para la salud, es posible analizar comparativamente las adaptaciones, formas y significados que adquieren los talleres, concebidos como interfaces sociales. Con esta intención, retomo las dimensiones que sirvieron de pauta para la reconstrucción de los mundos de vida como ejes analíticos que permiten ir definiendo los pesos y contradicciones que permean sus prácticas en los talleres. Lo anterior permite contrastar las distintas dimensiones que se ponen en juego cuando las y los médicos establecen relaciones de enseñanza-aprendizaje con una diversidad de “otros” (asistentes rurales, comuneros, mujeres adultas beneficiarias y/u otros beneficiarios) en el marco de los talleres.<sup>100</sup>

#### 1) La escolarización y los procesos de formación y práctica profesional

Un referente fundamental en los mundos de vida de los cuatro médicos es su formación y práctica profesional en medicina. Se trata de un eje constituyente en sus percepciones e

---

<sup>100</sup> Es necesario clarificar que para Long (2007) el análisis de las interfaces sociales requiere del acercamiento a los mundos de vida de todos los actores sociales que se encuentran en dichas interfaces; pero que, por los alcances de esta investigación, se ha privilegiado la aproximación al personal de salud como actores cuyas experiencias se encuentran menos documentadas en la investigación antropológica. Esta decisión metodológica implica que hay actores sociales cuyos mundos de vida no están aquí reconstruidos, pero que no por ello son omitidos del análisis, toda vez que la reconstrucción de los mundos de vida del personal médico pone en evidencia a la centralidad que adquiere la “otredad” (léase, los y las beneficiarias del PDHO, pero también en el caso de Diana, los y las asistentes rurales) en sus imágenes, representaciones, discursos y vivencias. Este énfasis problematiza a los talleres como espacios de encuentro en el que los mundos de vida de los actores sociales suponen un movimiento constante entre lo que suponemos del otro y de nosotros mismos, al momento de asumir el papel de educadores para la salud.

interacciones cotidianas y que por tanto es definitivo para entender su práctica con relación a los talleres en los siguientes aspectos.

En primer lugar, el predominio de las jerarquías que se establecen en la profesión médica les permite a las y los médicos delegar la gran mayoría de estas actividades a su personal subordinado, auxiliares de salud y personal comunitario, por considerarlas de una categoría inferior en la jerarquización de actividades de los centros de salud y con respecto a la consulta clínica que sólo ellos pueden realizar en los centros de salud.

Alguna vez Diana bromeaba conmigo mientras hacía su papeleo, “les estoy saliendo muy cara como para estar haciendo papeles” (Diario de campo, 21 de diciembre de 2012). Esta broma destaca que una formación en un ámbito superior como la medicina clínica, no debería ser desperdiciado en tareas administrativas o en tareas que el personal de enfermería o comunitario pueden realizar, como es el caso de los talleres. Quizá también por ello, cuando Diana se involucra en los talleres, no lo hace directamente con la población beneficiaria de Oportunidades, sino con los asistentes rurales, enfatizando así su jerarquía en relación a las actividades en las que debe o no involucrarse en su condición de médica.

En segundo lugar, estar socializados en el modelo biomédico que establece la superioridad a toda prueba del conocimiento científico y la subordinación de otros saberes (Caramés, 2004), parece también invisibilizar la carencia de procesos de formación en relación a la metodología de enseñanza-aprendizaje en la que se basan normativamente los talleres. Estas carencias, sin embargo, no son interpretadas como problemáticas porque cada uno de ellos confía en que sus conocimientos técnicos clínicos les bastan para transmitir la información “correcta” a la población.

Así se entiende cómo en los temas que Diana impartió, al ser clasificados por ella como de carácter médico, considerara insignificante cualquier alusión a la metodología que deberían seguir los talleres cuando se replicaran con las señoras, pues para ella lo relevante es “transmitir” la información correcta desde el punto de vista científico, proceso que en tanto se basa en información precisa e indiscutible, parece no requerir de ninguna formación adicional para su difusión.

En tercer lugar, el modelo biomédico, al establecer la responsabilidad individual de los padecimientos y de mantenerse sano<sup>101</sup>, parece ser determinante en la visión de médicos como

---

<sup>101</sup> “Rasgo también asociado al carácter individualista de [la]... práctica [clínica]. Tanto a nivel causal, como de éxito o no terapéutico, la problemática se centra en la responsabilidad del sujeto que sufre la enfermedad, dado que el modelo enfatiza un tipo de atención individualizada” (Caramés, 2004:42).

Diana y Carlos en relación a la pertinencia de “asustar” lo suficiente a la población para hacerla evitar conductas de riesgo o promover la realización de pruebas como las citologías; definiendo así su perspectiva en relación a lo que debe ser la educación para la salud. Lo anterior se ve reforzado si tenemos en cuenta que la formación universitaria de los profesionales médicos privilegia los denominados “programas clínicos” por encima de cualquier materia relacionada con la promoción a la salud, en tanto su centralidad es el ámbito curativo de las enfermedades; ámbito en el cual “«lo biológico» se constituye en el principio único explicativo del problema de salud que se enfrenta; esto origina que lo biológico sea no solamente un principio explicativo, sino también de intervención” (Caramés, 2004:42).

Es así que si dejamos de lado las indudables cargas de trabajo y el personal insuficiente, las narrativas del personal médico permiten entender que, en general, los talleres son actividades poco valoradas porque los médicos son formados para la atención clínica y la atención primaria está ausente y/o subvalorada en los procesos de formación. Esta cuestión se agudiza si tenemos en cuenta que la práctica laboral del primer de nivel de atención en instituciones como los SSO o el IMSS-O se percibe como un fracaso en relación con las jerarquías sociales, profesionales y laborales propias de su profesión.

En resumen se puede decir que, aunque las y los médicos gozan de flexibilidad en relación a su involucramiento con los talleres de autocuidado, los temas ahí tratados y las metodologías de enseñanza-aprendizaje ahí adoptadas cuando lo hacen, están profundamente influenciados por su formación y su ejercicio profesional en la medicina. Tanto sus prácticas como su indiferencia se encuentran fuertemente influenciadas por sus procesos de formación y práctica profesional cuyo eje articulador es no sólo la formación e interiorización del modelo biomédico, sino su difusión como modelo hegemónico en las concepciones y prácticas de salud de la población en general (Ménendez, 1992).

## 2) El ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas

Una segunda dimensión relevante para entender cómo y hasta qué punto el personal médico decide o no involucrarse en los talleres y las formas que adoptan sus intervenciones cuando sí lo hacen, tienen que ver con las representaciones sociales acerca de lo indígena que el personal médico tiende a adoptar en las comunidades en donde labora; representaciones que están mediadas por la heterogeneidad de las historias de sus propias adscripciones identitarias.

Diana y Luz representan dos extremos para ejemplificar cómo un proceso de inserción profesional en comunidades indígenas desde la profesión médica suele derivar en la

consolidación de representaciones, discursos y prácticas de profunda desvalorización, desprecio y discriminación hacia el otro identificado con lo indígena.

Diana, ya como médica titulada, relata que en su servicio social vivió un proceso en el que, desde su visión, aprendió que las comunidades indígenas son espacios caracterizados por la violencia, la marginación, la ignorancia, la renuencia, el atraso y donde no hay esperanza de cambiar nada en materia de salud porque las personas están “aferradas” a modos de vivir que ella concibe como arcaicos y antihigiénicos. Diana consolidó en estos lugares el proceso de desensibilización que todo médico parece requerir para ser exitoso y, con la barrera lingüística como cortina, aprendió también a distanciarse y aislarse de la vida comunitaria, rechazando por principio todo lo que se refiere a “lo indígena” como algo que en el fondo prefiere despreciar en tanto la atemoriza. Es así que ahora en Chilchotla no hace más que quedarse en el espacio de la UMR y concentrarse ahí en cumplir con lo que considera como “su penitencia”: ese castigo que tienen que cumplir las y los médicos que necesitan ponerse a trabajar inmediatamente y no cuentan con los recursos para financiar su preparación para aprobar su examen de residencias, que es en todo caso la única meta que se considera digna en la profesión médica.

Por otra parte, tenemos a Luz que apenas transita la ruta y que al igual que Diana se ha enfrentado a lo que implica el trabajo en una comunidad con mucha demanda de consulta, con múltiples problemas y emergencias de salud; donde además es difícil comunicarse con sus pacientes, no sólo por la barrera lingüística, sino porque se trata de un espacio sociocultural distinto al suyo. El trecho que separa a Diana de Luz, nos permite imaginarnos en qué puede consistir ese proceso en el que las y los médicos aprenden no sólo a desensibilizarse ante el sufrimiento de las personas, sino donde el desprecio por lo indígena aflora, se reproduce y se afianza con una fuerza y seducción que me parecieron muy evidentes en mi proceso de formación profesional como antropóloga.

Tras el trabajo de campo me atrevo a afirmar que este desprecio puede concebirse como una estrategia que da sentido a sus experiencias; una estrategia anclada en un discurso histórico vigente sobre el indio como “flojo, primitivo, ignorante, si acaso pintoresco, pero siempre el lastre que nos impide ser el país que deberíamos ser” (Bonfil 2009:45). Estos discursos suelen retumbar en la vida profesional diaria de Diana, sobre todo cuando se ve rebasada en las cargas de trabajo y su frustración sube de tono. Situación que también nos remite a Long cuando afirma que su definición de agencia humana también implica reconocer que “los individuos y grupos sociales son ‘capaces para conocer’ y ‘hábiles para hacer’, dentro de los límites de información y recursos que tienen y las incertidumbres que encaran” (2007:63).



Luz se resiste, desahogarse con la antropóloga parece serle útil. Sin embargo, en su sufrimiento y en su llanto contenido entendí la dureza con la que Diana se expresa de las comunidades indígenas. Quizá por eso durante mi acompañamiento a Luz mi gran temor es reencontrarme en unos años a una médica que haya perdido la empatía y sensibilidad con la que ahora se dirigía a sus pacientes.

Con estas referencias podemos entender un poco más porqué Diana ha preferido no involucrarse en los talleres, recordando que en Ixtayutla impartió algunos, pero que muy pronto las quejas de las familias la llevaron a dejar de darlos; sobre todo porque, de acuerdo a su representación, esas personas, los indígenas, simplemente “no quieren cambiar”; por lo que su intervención en estas actividades resulta inútil y, a todos los efectos, una pérdida de tiempo.

Por otra parte está Luz, que aún no cae en tal rechazo y desesperanza y se dedica a promover acciones muy concretas en los talleres, sobre todo concentrándose en que los niños de sus comunidades de trabajo se enfermen menos. Sin embargo, en su práctica ya comienza a aflorar una percepción que asocia lo indígena con la falta de higiene y cuidado de los niños y que, con el pasar del tiempo, bien se podría convertirse en una representación social consolidada en ella.

El caso de Carlos nos remite a una persona que se auto-adscribe como indígena y que por ende, para poderse diferenciar y distanciarse--como dicta su ámbito profesional --de las comunidades y de la gente con las que labora, recurriendo a la representación social de la comunidad indígena “cerrada” como una explicación que parece darle un sentido a los altos niveles de rezago social de Chilchotla y al porqué la población con la que trabaja no se deja guiar por lo que establecen los programas de salud.

La representación social de la comunidad indígena cerrada tiene historia en la antropología, empezando con autores como Wolf que hace más de cincuenta años (1957) conceptualizó la distinción entre comunidades cerradas y comunidades abiertas, a partir de su delimitación territorial hacia fuera y el grado de institucionalización de sus elementos internos. De este carácter "cerrado" hacia fuera se desprende esa noción de autoaislamiento voluntario frente a influencias externas a las que parece referir este médico, que para él se traduce en rezago y marginación.

Por otra parte, Francisco, al ser originario de un municipio mazateco vecino y llevar muchos años de práctica en la región se ubica frente a la comunidad con la que labora de una forma muy distinta a los demás médicos. En lugar de renegar su identidad indígena, parece utilizar su pertenencia étnica en conjunto con las redes familiares, el estatus y ascenso social que su profesionalización le aporta en el espacio local, para ir afianzando una carrera política que lo

lleve a ocupar algún puesto en la administración municipal, aunque la competencia política en el municipio no facilite esas pretensiones.

Lo cierto es que ni en Francisco ni en Carlos me encontré con un discurso declarado de rechazo o desprecio por lo indígena, sino con un matiz en el que se apela a la posibilidad del “indio profesionalizado” que ellos mismos representan, como la redención del atraso. En relación a ello autores como Julián Caballero afirman que dado que los currículos universitarios no toman en cuenta las características del mundo de los estudiantes indígenas, permiten que “al egresar de las instituciones educativas que los formó, adopten una actitud contraria a la de sus pueblos, es decir en sus discursos reflejan una mentalidad blanca y occidentalizada al rechazar lo suyo” (1998:103). Reflexión en la que podemos ubicar ese discurso sobre la educación y el progreso que ambos médicos sostienen.

Ambos refieren que las comunidades indígenas pueden “progresar” en tanto se abran al progreso como si se tratara de un acto voluntario, de modo que cualquier condición de pobreza puede explicarse por un esfuerzo insuficiente, por una cerrazón, en tanto su profesionalización da constancia de que cuando se quiere, se puede.

Es de esta forma que las y los médicos conciben al “otro” en razón de su propia experiencia, procedencia y profesionalización, nuevamente ésta última es la que parece profundizar las contradicciones que enfrentan en su práctica laboral en estos espacios:

Con cierta rigidez y unilateralidad, las escuelas y facultades de medicina de México, y en general de América Latina, desdeñan, e incluso desconocen, los elementos socioculturales vinculados con la práctica médica cotidiana. Se concede un valor supremo al conocimiento del cuerpo biológico, de su anatomía, su fisiología, su estructura genética y las desviaciones a los patrones físicos de normalidad, olvidándose del cuerpo social y el contexto cultural donde se da la interrelación entre el médico y los enfermos (Campos, 2004: 129).

Es así que este proceso de formación en el que se suele ignorar cualquier discusión en torno a las características socioculturales en las que desarrollan su práctica médica parece producir lógicas en las que las y los médicos dan sentido a las emergencias y problemas de salud de las comunidades indígenas a partir de discursos y representaciones sociales en los que las personas parecen ser responsables de no elegir el progreso y permanecer anclados a situaciones de profunda marginación.

Estos aspectos ejercen una influencia determinante en las formas que toman los talleres porque pueden implicar una renuncia a intentar estrategias educativas que, al menos discursivamente, apunten a mejorar la salud de la comunidad. Aunque, por otro lado, también puede llevar a médicos indígenas como Francisco a valerse de su pertenencia étnica para organizar los talleres en espacios como una asamblea de cambio de autoridades.

### 3) El género vivido

La pertenencia genérica y las relaciones de género presentes en los mundos de vida del personal médico también se convierten en una dimensión sustantiva para la forma en la que asumen su práctica en relación a los talleres de autocuidado.

Lo primero que puede señalarse es lo relativo a los espacios en que médicas y médicos ejercen su liderazgo en sus comunidades de trabajo. Aunque dentro de la jerarquía médica este personal ocupa el eslabón más bajo al no ser especialista, lo cierto es, que a nivel comunitario y en la unidad médica, sí ocupan una posición de liderazgo y autoridad que todos ellos comparten, pero que hombres y mujeres desempeñan de manera disímil.

Tanto Francisco como Carlos, apoyados en distintos grados en su pertenencia étnica, parecen asumir su liderazgo como médicos no sólo dentro sino fuera del espacio de la clínica; mientras Diana y Luz parecen concentrar esa influencia dentro del espacio de la unidad médica. Diferencia en la que no se pueden dejar de lado las reflexiones que hace Bourdieu cuando señala que hay una “especie de *agorafobia socialmente impuesta* que puede sobrevivir largo tiempo a la abolición de las prohibiciones más visibles y que conduce a las mujeres a excluirse voluntariamente del *ágora*” (1998:27). Además, hay que tomar en cuenta que, para estas médicas, ejercer su profesión en contextos donde las mujeres viven cotidianamente procesos de vulnerabilidad ligados a su condición de mujer, las coloca en posiciones donde el temor y la incertidumbre sobre su propia seguridad puede multiplicar la agorafobia a la que alude este autor.

Por su pertenencia étnica, por sus redes familiares adquiridas a través del matrimonio, pero también por su masculinidad, Francisco puede realizar los talleres en una esfera enteramente pública como una asamblea de cambio de autoridades, aprovechándose de esta interface para promover sus propios proyectos políticos; situación en que no me es posible imaginar las médicas, las cuales evitan intervenir en cualquier espacio público. Así, para Francisco, su género y su pertenencia étnica y familiar se traducen en que pueda convertir una interfaz social concebida desde un programa gubernamental, como un espacio idóneo para proyectar su imagen pública e incrementar su capital político. De una manera distinta, Carlos también se siente perfectamente a gusto en los espacios públicos de Río Sapo, caminando por las calles, platicando con la gente e interactuando con maestros, autoridades y la cocinera del único comedor del pueblo desde el primer día que llegó a la comunidad.

Diana, por otro lado, aun siendo una médica que impone con su presencia y ejerce autoridad, lo hace siempre y sólo en el espacio de la clínica, de la cual sólo sale para subirse a una camioneta cuando sale de Chilchotla. Luz ejerce su práctica de médico pasante visitando las comunidades

de adscripción de su unidad, pero sólo camina en espacios públicos acompañada por su traductora y lo hace exclusivamente para visitar a sus pacientes, no para ocasiones sociales.

Otro aspecto importante de la dimensión de género se da con referencia a la problemática de la violencia que padecen las mujeres a mano de sus parejas. Aunque los cuatro reconocen que las mujeres viven violencia en los contextos en los que trabajan, cada uno tiene su propia intervención al respecto. Francisco decidió programar el tema de violencia intrafamiliar en su taller-asamblea, pero no lo impartió él, evitando así posicionarse en relación a esa problemática delante de los hombres y mujeres de la comunidad. Carlos simplemente evita cualquier taller cuyo tema considere controversial, como el de violencia contra las mujeres. Diana parece haber cesado en su intento de impartir talleres en esa materia cuando fue increpada por dar estos temas por los señores de Ixtayutla, su primera comunidad de trabajo como médica del IMSS-O. Mientras Luz no se ha involucrado en la realización de los talleres a menos que sea para brindar información muy puntual de medidas de prevención e higiene.

Sin embargo, Diana y Luz sí refieren que en consulta aconsejan a las mujeres que enfrentan la violencia de sus parejas en casos que pueden llegar a ser sumamente estremecedores de violencia física y sexual. Para Diana este proceso de identificación se encuentra fracturado porque ha concluido que las mujeres son cómplices de dichas situaciones, por no hacer lo necesario para salir de las relaciones que las oprimen, mientras Luz se encuentra en el proceso de dar sentido a esa clase de experiencias. Carlos y Francisco, por otro lado, me comentaron que simplemente no intervienen en estos asuntos para evitar tener problemas en la comunidad.

Finalmente, es necesario señalar que en todos los casos la profesión médica representa una frontera que separa al personal médico de las personas con las que trabajan, independientemente de su condición de género. Esto permite entender que “los mismos ejes que separan y distinguen a los hombres de las mujeres... atraviesan también a las categorías de género, produciendo entre ellas distinciones y gradaciones internas” (Ortner & Whitehead, 2000:143). Cuestión que también es descrita por Lamas cuando afirma que “aunque la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y las mujeres con otro estatus” (2000: 121).

#### 4) Ideología del esfuerzo individual

Una cuarta dimensión que atraviesa los mundos de vida del personal médico y que tiene repercusiones en su participación e implementación de los talleres de autocuidados se encuentra la ideología del esfuerzo personal; ideología entendida como un sistema de praxis significada

(Williams, 1988), en donde sus experiencias de éxito a partir del esfuerzo individual se resignifican y convergen en la representación social del esfuerzo como el único medio legítimo para llegar al éxito y del fracaso, en este caso representado por las personas con menores ingresos, como el resultado inevitable de la pereza individual. En los mundos de vida del personal médico hubo una alusión constante al esfuerzo como una dimensión ideológica que enmarca la visión que tienen de sí mismos en contraste con la visión que prevalece entre ellos con respecto a los “otros”, o sea, a las personas que atienden en consulta y a las que se dirigen los talleres.

En los mundos de vida del personal médico hubo una alusión constante al esfuerzo como una dimensión ideológica que enmarca la visión que tienen de sí mismos en contraste con la visión que prevalece entre ellos con respecto a los “otros”, o sea, a las personas que atienden en consulta y a las que se dirigen los talleres. Las referencias al esfuerzo, al éxito y a la pereza parecen remitirnos a los planteamientos de Long (2007) en torno a que los actores sociales que forman parte de interfaces sociales asumen una posición en relación a la capacidad de agencia que es necesario dilucidar. Hay que recordar aquí que:

“todos los actores operan -de modo más implícito que explícito- con creencias sobre la agencia; esto es, articulan nociones acerca de unidades actuantes relevantes y los tipos de “capacidad de conocer” y “capacidad de hacer” que tienen *vis à vis* el mundo en que viven. Esto plantea la pregunta de cómo las percepciones de las acciones y agencia de otros delinean la conducta propia (Long, 2007, 110)

Este aspecto es medular porque el personal médico parece compartir una creencia básica en torno a la capacidad que tienen las personas para actuar sobre sus circunstancias. Con sus vidas como ejemplo, tres de estos médicos consideran que no hay obstáculo que no pueda vencerse sobre la base del esfuerzo individual y es a partir de esta noción que puede visualizar a los otros acusándolos de pereza, por no superar sus condiciones de pobreza.

Pero, ¿de dónde proviene esta seguridad sobre la libertad de agencia que tienen las personas? Bourdieu (2001) aborda la forma en la que instituciones como la escuela permiten reproducir nociones en torno al éxito basada en el esfuerzo personal, de modo que tanto el éxito como el fracaso escolar pueden considerarse resultado de la inteligencia y la aplicación individual, de modo que todos, los que triunfan y los que no, pueden apelar a ese argumento y así cerrar el mecanismo de reproducción social. Esta visión puede reforzarse una vez que se han analizado las características de la medicina como campo social. En esta lógica, las personas que estudian, que logran trascender las dificultades y educarse parecen concebir un mundo donde:

Tener más, en la exclusividad, ya no es un privilegio deshumanizante e inauténtico de los demás y de sí mismos, sino un derecho inalienable. Derecho que conquistaron con su esfuerzo, con el coraje de correr riesgos... Si los otros -esos envidiosos- no tienen, es porque son incapaces y perezosos, a lo que se agrega, todavía, un mal agradecimiento injustificable frente a sus “gestos

de generosidad” Y dado que los oprimidos son “malagradecidos y envidiosos”, son siempre vistos como enemigos potenciales a quienes se debe observar y vigilar (Freire, 1994:61)

Es así que el éxito ligado al esfuerzo y el fracaso ligado a la flojera se consolidan como fórmulas discursivas para ocultar formas de dominación ancladas en procesos históricos específicos; discursos que han madurado en el liberalismo político y económico y que cristalizan una noción del individuo como actor que, sobre la base de sus propias acciones, puede verificar las dulzuras del éxito, la profesionalización, el salario y las comodidades de la vida moderna (Bauman, 1999).

Es así que el "éxito", que se constituye como el lugar al que se llega "superándose uno mismo", se convierte en una fuente de diferenciación donde la lucha y sacrificio se convierten ahora en esfuerzos individuales y no en una lucha colectiva por modificar estructuras de largo alcance. Cualquier sueño emancipador o revolucionario es ridículo, en tanto las personas, incluso las y los beneficiarios con los que trabaja el personal médico, pueden salir de cualquier dificultad que le presente la vida. Por ese mismo motivo, ninguno de ellos parece valorar su trabajo en las comunidades en tanto no son lo suficientemente exitosos por no ser especialistas, o en el caso de Francisco, por no tener todavía un cargo público.

Para autores que reflexionan sobre los fundamentos y características de la modernidad y posmodernidad, estas concepciones se derivan de “un proceso de individuación desintegrante, donde la sociedad ha promovido que cada persona se desarrolle en sus capacidades e intereses, pero sin promover a la vez el sentimiento de pertenencia comunitaria indispensable para la salud efectiva” (Girola, 2005:160). En este sentido, resulta comprensible que la visión que el personal médico tiene de la educación y promoción a la salud se basa en la creencia de que las personas deben racionalmente elegir lo que es mejor para ellas y así evitar problemas de salud. De forma que las metodologías, los talleres y la consejería podrían concentrarse específicamente en una difusión de las consecuencias de tener tal o cual padecimiento; porque al final todos y todas somos libres de optar por nuestro “autocuidado”. Es así que en las sociedades inmersas en las promesas de la posmodernidad parece consolidarse un paradigma donde la libertad, el esfuerzo y el éxito puede pulverizar cualquier dificultad estructural, como nos recuerda con atino Lepovetsky:

Salto delante de la lógica individualista: el derecho a la libertad, en teoría ilimitado pero hasta entonces circunscrito a lo económico, a lo político, al saber, se instala en lacostumbres y en lo cotidiano. Vivir libremente sin represiones, escoger íntegramente el modo de existencia de cada uno: he aquí el hecho social y cultural más significativo de nuestro tiempo, la aspiración y el derecho más legítimo a los ojos de nuestros contemporáneos (2000:8)

# CAPÍTULO CUATRO

## EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Este capítulo tiene como objetivo analizar la práctica del personal de enfermería en los talleres de autocuidado para la salud, a la luz de una reconstrucción de sus mundos de vida. Esta aproximación a los mundos de vida de este personal se basa en el análisis de sus biografías, con énfasis en sus experiencias, discursos y prácticas en torno al trabajo en unidades de primer nivel de atención con beneficiarias (os) del PDHO en el municipio de Santa María Chilchotla.

Las y los auxiliares de enfermería que laboran en las cuatro unidades médicas en las que se realizó el trabajo de campo cuentan con una formación y antigüedad diversa, sobre todo porque hace veinte años la contratación de auxiliares planteaba una escolaridad máxima de secundaria, requisito que se ha modificado a largo de los años. En la actualidad las y los auxiliares de enfermería deben contar con bachillerato y con formación o experiencia en el ámbito de la salud. Para los estudios de caso, se eligieron a tres auxiliares a las que se pudo observar en al menos una de sus intervenciones en los talleres de autocuidado.

Tabla 3. Perfiles del personal de enfermería, Santa María Chilchotla, 2013

Seudónimo	Procedencia	Edad	Localidad	Cargo desempeñado	Antigüedad en el cargo	Formación	Médico a cargo de la Unidad
Carmen	Santa María Chilchotla, Teotitlán de Flores Magón	49	Santa María Chilchotla	Auxiliar de enfermería	22 años	Escuela técnica de enfermería de la Secretaría de Salud en el DF	Diana, médica de base
Cecilia	Huautla, Teotitlán de Flores Magón	30	San Martín de Porres	Auxiliar de enfermería	3 años	Escuela técnica de enfermería privada en Tehuacán	Francisco, médico de contrato
Mario	Tuxtepec, Tuxtepec	24	Agua de Paxtle	Auxiliar de enfermería (contrato)	2 años	Especialidad Técnica en enfermería en el CONALEP de Tuxtepec	Luz, médica pasante

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados en el trabajo de campo.

## 4.1 Carmen: Trabajo, comunidad y familia

### 4.1.1 Historia de vida

Carmen tiene 48 años y tiene más de veinte años como auxiliar de enfermería en la UMR de Santa María Chilchotla. Me alojó en su casa durante mi estancia en Chilchotla y durante casi un mes pude compartir con ella su vida cotidiana. Muchas de nuestras charlas fueron informales y sólo después de un par de semanas hubo una grabadora de por medio.

Carmen proviene de una familia extensa muy grande y su padre es una figura trascendental en su historia; una figura compleja a la que ama profundamente, pero que a la vez cuestiona:

Mi papá se puede decir que era machista, tuvo tres mujeres. La segunda fue mi mamá...cada esposa tuvo muchos hijos. [Algunos fallecieron], unos de bebés y otros ya estando grandes de tosferina y sarampión porque antes no había vacunas. Mi papá fue de los primeros pobladores porque fue de los primeros que tuvo tienda. Iban por mercancía hasta Tezonapa con bestias...fuimos una familia numerosa (Carmen, 49 años, 22 años como auxiliar de enfermería en UMR, 16 de noviembre de 2012).

Para Carmen es difícil aceptar que su padre tuviera más de una esposa y con timidez me comparte el calificativo de “machista” en un intento de explicar una compleja estructura familiar. Si bien las estructuras de parentesco de la región mazateca han sido abordadas y explicadas en textos como los de Boege (1998), lo cierto es que sólo las personas que han vivido al interior de estructuras familiares semejantes pueden compartir el sentimiento de ambigüedad y conflicto ante una costumbre que, en la actualidad, parece perder vigorosidad en Chilchotla. Como se relató en el segundo capítulo, en menos de tres generaciones la poligamia ha perdido su lugar como sistema de parentesco predominante en las élites locales, cuestión que atraviesa directamente la vida de Carmen y su familia. A ella le parece que la poligamia resulta ser una situación injusta para las mujeres y ahora que sus padres ya no se encuentran con vida se permite ser más crítica al respecto, sobre todo frente a mí, pues parece asumir que repruebo este tipo de organización familiar.

Relata que su padre fue uno de los primeros comerciantes de la cabecera municipal, actividad que le permitió adquirir propiedades para el cultivo del café y consolidó a su familia como una de las más influyentes de la comunidad y a él lo llevó a ser presidente municipal en la década de los cincuenta. Sólo algunos de sus hermanos mayores tuvieron la posibilidad de estudiar y cuando llegó su momento de cursar la secundaria, no hubo alguna alternativa con la que su padre estuviera de acuerdo, por lo que durante un par de años sólo tomó un taller en su comunidad para aprender a inyectar:

Había un internado en Tenango y yo quería ir, pero me decían a qué vas a ir allá, mira a tú prima, la embarazaron allá...era lejos y luego me dijo mi papá luego las mujeres se casan y se



van, pero a mí me gustaba mucho la escuela, estuve un año en un taller con unos maestros, había diferentes clases...y ahí aprendí a inyectar (16 de noviembre de 2012).

A Carmen le gustaba la escuela, pero para su padre era una pérdida de tiempo que las mujeres estudiaran porque se iban a casar, sin olvidar que reconocía como peligro que las mujeres “quedaran embarazadas” cuando se encontraban lejos de la vigilancia familiar. Así que las dificultades para que Carmen estudiara no eran sólo económicas, sino que se basaban en la creencia tradicional de que los gastos que se hicieran para pagar los estudios de una hija representaban una pérdida, en tanto su destino era casarse y abandonar la casa paterna; situación que no sólo corresponde a una visión del rol tradicional de las mujeres como encargadas de las labores domésticas y del cuidado y crianza de los niños, sino que se reforzaba con la organización patrilocal de la región en la que, según Boege (1998), la circulación de las mujeres implicaba su traslado a la casa de los suegros y con ello la transferencia de su fuerza laboral a la casa del novio.

Sin embargo, Carmen estaba resuelta a estudiar y decidió migrar a la ciudad de México para seguir estudiando y, al mismo tiempo, trabajar como empleada doméstica en casas donde fue recomendada por sus hermanas mayores, que ya llevaban algunos años trabajando en la ciudad. Sin embargo, según lo relata, en la ciudad tampoco era tan sencillo continuar con sus estudios:

Mi primer trabajo era cuidar una ancianita...fue cuando le dije a la patrona que yo quería estudiar, no me lo permitió. A la siguiente no se lo pedí, ahí la señora me quería mucho, no salía yo, decía que las oaxaqueñas son muy trabajadoras, yo sí era muy trabajadora, no descansaba, planchaba, cocinaba, lavaba todo... Luego me tocó con una maestra y luego con otra y yo le dije que quería estudiar, entonces cursé un año de primaria para adultos, sólo para emparejarme con los otros porque yo venía del sistema bilingüe. Ya de ahí me inscribí a la secundaria para trabajadores... de ahí me embaracé...descansé un año ya no pude ir por mi bebé, pero en cuanto creció un poco terminé la secundaria y realicé mis estudios para auxiliar de enfermería (16 de noviembre de 2012).

Estos procesos de migración a la Ciudad de México son muy reiterados entre las mujeres del municipio. En las historias acerca de sus empleos como trabajadoras domésticas son comunes las referencias acerca de salarios muy bajos y jornadas extenuantes. Para Carmen el trabajo en la ciudad representaba la posibilidad de estudiar, aunque muchas de sus patronas no estuvieron de acuerdo con esta idea. Recuerda que le decían que las oaxaqueñas eran “muy trabajadoras”, pero reconoce que no se trataba de ningún halago gratuito porque ella trabajaba desde las seis de la mañana hasta las doce de la noche y el día que le daban de descanso, ni siquiera salía de su cuarto. Señala que en esos trabajos no se puede “flojear” porque hay necesidad y es muy fácil que te echen (Diario de campo, 14 de noviembre de 2012).

Carmen cambió de trabajo hasta que encontró un lugar donde le dieron permiso de estudiar por las tardes. Logró ingresar a una escuela para trabajadores, pero tuvo que cursar un año de

primaria por venir de una primaria bilingüe. Para ella este año fue necesario porque no tenía los mismos conocimientos que las personas que estudiaban la primaria en la ciudad, sobre todo porque su profesor les “hablaba todo el tiempo en mazateco”. Aseveración que parece reafirmar no sólo lo central que fue para ella la escolarización, sino cómo concebía en la castellanización la garantía de un mejor nivel educativo.<sup>102</sup>

Carmen pudo continuar con su educación secundaria, hasta que le tocó enfrentar su papel como madre soltera. La maternidad aparece en su historia como un tránsito sumamente difícil, pero la escolarización siguió representando para ella el mejor camino para “salir adelante”. Desde su embarazo comenzó a trabajar como empleada doméstica con la familia de uno de sus hermanos que ya radicaba en la Ciudad de México. No recibía ningún salario, pero tenía la posibilidad de que la apoyaran con el cuidado de su hija para que continuara con sus estudios, proceso que así relata:

Yo quería tener preparación, me gustaba ir a la escuela... cómo iba a sostener a mi hija... Terminé la secundaria y me dijo mi cuñada ‘métete a la escuela de enfermería’, ‘no voy a poder’, decía... Siempre tuve buenas calificaciones, aunque fuera yo analfabeta, o no hablara casi español... Yo sí tenía buena memoria porque cuando nos ponían examen yo siempre tenía buenas calificaciones. Siempre me gustó [sic] matemáticas, mi maestro decía ‘tú deberías estudiar matemáticas’, pero yo decía ‘qué voy [a] hacer, ya teniendo a mi hija’...Entonces pasé mi examen para enfermería...las clases eran de 7 a 3... Pero pues yo trabajaba con mi hermano, no estaba de gratis...lo hacía en la noche...Ni me acostaba bien, así me echaba con todo y zapatos...Ahí sí sufrí porque no podía comprar nada, no me alcanzaba...tenía que guardar para le leche y los pasajes, fue así que terminé mi curso de enfermería (16 de noviembre de 2012).

Este esfuerzo es trascendental para la vida de Carmen pues definió que estudiar la carrera técnica en enfermería podía ser una vía para tener un ingreso que le permitiera sostener a su pequeña familia. Sin embargo, al principio no le bastó el título de auxiliar de enfermería para encontrar trabajo como enfermera y pasó un par de años trabajando en una maquiladora. Este trabajo le permitía contar con ingresos, rentaba un cuarto cerca de la maquiladora, pero a su pesar tenía que dejar a su hija al cuidado de una vecina en la que no confiaba del todo. En ese periodo hizo examen un par de veces para ingresar al IMSS régimen ordinario en la Ciudad de México. En la primera oportunidad reprobó el examen de conocimientos y en la segunda lo aprobó, pero reprobó el psicométrico. Estaba esperando una tercera oportunidad para aprobar ambas evaluaciones, cuando un acontecimiento en su comunidad cambió su historia.

---

<sup>102</sup> Se trata de una representación social ampliamente compartida en México y analizada por autores como Bertely (1997) en su trabajo con migrantes indígenas.

#### 4.1.2 Veinte años de trabajo en el IMSS-O

En 1982, uno de sus hermanos mayores se convirtió en presidente municipal y logró gestionar la construcción de una UMR del entonces llamado IMSS-Coplamar. En una asamblea comunitaria, su madre la propuso como una de las candidatas para ocupar el puesto de auxiliar de enfermería en esta unidad. Carmen aceptó gustosa y según lo relata esperó un par de años a que se concretaran las obras de construcción, antes de que comenzara el proceso de contratación:

Me presenté con el médico coordinador y ya me dijo, ‘qué bueno que estudiaste enfermería porque así vas apoyar a tu pueblo...vas ayudar a traducir al médico y está muy bien porque tú estás castellanizada, pues vete a trabajar en la ciudad y luego te llamamos pero pues ésta es tu carta de aceptación’. En dos ocasiones me llamaron y ya en la tercera ya... Éramos dos, la de mejor calificación se quedaba de base y la de menor calificación se quedaba de 08<sup>103</sup>... tuve mejor calificación porque yo ya tenía conocimientos (16 de noviembre de 2012).

Después de ocho años fuera de su comunidad, Carmen regresó con la esperanza de ejercer su profesión y contar con el apoyo de su madre para el cuidado de su hija. En cuanto a la capacitación, señala que cuando ingresó le enseñaron el Modelo de Atención Integral a la Salud del IMSS-Coplamar, con énfasis en el esquema de pláticas para la salud que contemplaba: “... todo [lo] de prevención, cómo formar comité y el modelo de atención comunitaria... Nos capacitaron para dar pláticas, exposiciones, rotafolios, lluvia de ideas, sociodramas” (Nov 2012). Capacitación inicial que, a diferencia del resto del personal entrevistado, parece haber abarcado a profundidad lo relacionado con las pláticas educativas. Recuerda también que los primeros médicos con los que trabajó le enseñaron cómo deberían organizarse las actividades de la clínica y además le permitieron irse familiarizando con la atención de partos. Sin embargo, desde ese entonces no recuerda haber tenido una capacitación específica en relación a la impartición de pláticas o talleres. Señala que se han actualizado los manuales y que ha recibido indicaciones en torno a esas modificaciones pero que, en los catorce años de operación del PDHO en Chilchotla, ha basado la implementación de los talleres en su lectura del manual de talleres comunitarios.

En relación con ello, comenta que siempre ha tenido que adecuar el contenido de los talleres a lo que va considerando más pertinente para la población de su comunidad:

Las guías yo las he adecuado como le he ido entendiendo. No los llevo tal como dicen porque no le veo este beneficio de darles tal como dice. Entonces yo los adecuaba de manera que ellos entendi[er]an, anteriormente de los talleres yo les daba sociodramas, entonces, ahí sentí que les dieron más importancia porque a la vez se divertían, hablábamos de planificación familiar y hacíamos como que una eres el esposo y otra la mujer (16 de noviembre de 2012).

De esta forma, Carmen ha ido adaptando los talleres de acuerdo a las técnicas que le parecían

---

<sup>103</sup> Enfermera de sustitución o de fines de semana.

más efectivas para que las personas se involucraran. Señala que en veinte años nunca recibió la visita de algún supervisor durante sus talleres y que a veces los médicos ni se involucraban en las actividades que organizaba. Recuerda que hace unos años organizó una demostración de alimentos preparados con soya en la cancha municipal como una de las actividades de los talleres y que el médico de su unidad ni se tomó el tiempo para estar presente.

En general, percibí cierto desencanto en ella con relación a las actividades de los talleres, no sólo por la falta de involucramiento del personal médico, sino también porque alrededor del setenta por ciento de las mujeres beneficiarias del PDHO tienen cinco años o más en el Programa y Carmen manifiesta que las titulares ya están fastidiadas de escuchar una y otra vez los mismos temas. Esta repetición de temas parece ser una de las debilidades de la estrategia de talleres, sobre todo porque no hay un monitoreo de los temas que se repiten con mayor frecuencia, ni material que permita abordar los mismos temas con distintas actividades para romper la monotonía que Carmen describe.

En veinte años de servicio, Carmen ha podido atestiguar los cambios de los programas y de las prioridades y recursos que se han destinado a cada uno de ellos. Recuerda que hace algunos años se había priorizado la realización de huertos familiares y que incluso se repartieron semillas de hortalizas; mientras que en otro momento se hizo énfasis en la elaboración de alimentos con la implementación del Programa de Servicio de Atención Integral a la Salud (SAIS). La UMR tiene las huellas de esos intentos institucionales, pues se encuentran los maceteros de concreto destinados a los huertos y se cuenta con la estufa lorena que era la base del centro de recuperación nutricional incluido en la estrategia del SAIS.

En tantos años de trabajo, dos han sido las tareas que sí han tenido continuidad en los programas institucionales y que a Carmen le han implicado más tiempo y esfuerzo: Las campañas de vacunación y las campañas de planificación familiar. Ella ingresó al IMSS-O en el momento en que estos dos planteamientos eran prioritarios. Su labor en torno a estas campañas le ha permitido conocer a detalle las localidades que la UMR ha tenido en su ámbito de influencia e incluso ha llegado a ubicar con mucha precisión las historias de las personas con las que ha trabajado.

En lo que se refiere a las campañas de vacunación, mi periodo de trabajo de campo coincidió con la tercera semana nacional de vacunación y me permitió observar el tiempo que se invierte en estas actividades. Para Carmen estas actividades son medulares y me relata cómo han cambiado las cosas con referencia a su propia historia:

En mi infancia yo nunca supe de una clínica, recuerdo que nos llegaban a vacunar, una vez me llegaron a vacunar a la escuela pero nunca supe de dónde venía esa persona. A mis hermanitas más chicas sí les dio tosferina y sarampión. A toditos, toditos nos dio sarampión: Estábamos tirados por aquí y por allá...a todos nos dio, no estábamos vacunados. Una de mis primas murió por sarampión, mi tío fue con unas flores a recoger nuestras costras y contagió a sus hijos para que les diera la enfermedad, pero ellos se pusieron muy graves y mi prima murió (16 de noviembre de 2012).

En un principio yo no entendía porque Carmen se esmeraba tanto en cubrir al cien por ciento la vacunación de las localidades, pero su experiencia con estas enfermedades me dieron pistas al respecto. Con más de veinte hermanas y hermanos, también tuvo hermanos que murieron de pequeños por enfermedades que podían evitarse con vacunas. Además, se tiene que tomar en cuenta que, durante la décadas de los sesenta y setenta, hubo fuertes brotes de sarampión que costaron la vida de muchas niñas y niños.

Durante las semanas nacionales de vacunación, Carmen pasaba las noches haciendo sus registros, para comenzar el día a las seis de la mañana para visitar cada comunidad. Actualmente, el PDHO ha facilitado que se cite a las familias de las localidades en algún punto de reunión para realizar la vacunación<sup>104</sup>, pero ella recuerda que en sus primeros años de servicio las personas escondían a sus niños y los recorridos se realizaban casa por casa.

Para Carmen es muy significativo que, desde que opera la UMR, no se haya vuelto a dar un solo caso de sarampión; resultado que pone de manifiesto la importancia de un esfuerzo que la enorgullece y que motiva su empeño porque ningún niño se quede sin vacunar, aunque hacerlo implique horas extras de trabajo.

Por otra parte y en lo que se refiere a las campañas de planificación familiar, Carmen mantiene una posición que es necesario analizar. Ella comenzó su labor como enfermera en un periodo donde la planificación representaba una de las metas institucionales más importantes del IMSS-O. En esta etapa la información y difusión de los métodos anticonceptivos parecían menos importantes que registrar el número de mujeres que se encontraban en control con algún método anticonceptivo, sobre todo si era de carácter definitivo.

Carmen recuerda que convenció a muchas mujeres de las localidades y de la cabecera municipal para que se les realizara la salpingoclasia en el Hospital de Huautla. Señala que conseguía las camionetas con el municipio y que se concentró en llevar a las mujeres mayores de 35 años que ya tenían más de cinco hijos. Recuerda también que en veinte años sólo un hombre

---

<sup>104</sup> El PDHO ha facilitado que las personas mantengan una relación más directa con las unidades médicas y/o casas de salud, ya que cualquier actividad asociada con las clínicas, incluso la vacunación, puede ser considerada parte de las obligaciones de las y los beneficiarios de Oportunidades.

se ha hecho la vasectomía; añade que por “machismo” nadie más se ha querido operar y que incluso el señor que se realizó la operación hizo todo lo posible para que nadie se enterara (Diario de campo, 14 de noviembre de 2012). Este elemento nos habla de cómo se construye la masculinidad de los hombres de la comunidad en relación a la planificación familiar, así como del papel que ejerce Carmen al momento de resguardar el secreto de esta persona en relación a su operación con el resto de la comunidad.

Cabe también preguntarse cómo Carmen convenció a las mujeres de operarse. Cuando visité una de las localidades más lejanas que llegó a pertenecer al ámbito de atención de la UMR de Chilchotla, conocí a un señor que me comentó que él había atendido los diez partos de su esposa y que hubiera querido tener otro hijo, pero que Carmen lo convenció hace quince años de que “diera permiso” para que su esposa se operara. Aquel señor me dijo que al principio no quería que operaran a su mujer porque sabía que podía tener más hijos y a él no le daba miedo atenderla en sus partos, pero que la enfermera le aseguró que el IMSS le pagaría doscientos pesos por dejar que la operaran; sonriendo me dijo, “aún estoy esperando ese dinero”. (Diario de campo, 15 de noviembre de 2012). Desafortunadamente, no me fue posible preguntar a su esposa cómo recordaba aquella negociación, donde pareciera que lo menos importante fue su decisión al respecto. Esa mujer se encontraba entre lo que su esposo consideraba correcto y lo que el IMSS-O planteaba como prioritario, una posición en la que parecía no tener muchas opciones.

Carmen se valió de este tipo de estrategias para conseguir que las mujeres se operaran y, siendo originaria de la comunidad, pareció entender que no se trataba de convencer a las mujeres, sino de dar los argumentos necesarios para obtener el permiso de sus esposos. Ella aprovechó su conocimiento de las relaciones de género de la comunidad para establecer esta clase de negociaciones con los maridos, pues le parecía válido cualquier recurso para que las mujeres se operaran. Su interés en la planificación familiar ha estado fuertemente influenciado por las metas y discursos institucionales, pero también por su propia historia familiar, dado que su madre tuvo más de diez hijos con múltiples complicaciones y pérdidas que, para Carmen, pudieron ser evitadas si su madre hubiera tenido la posibilidad de planificar.

Esta enfermera comenta que en los últimos años les siguen exigiendo metas sobre el número de mujeres en edad reproductiva que son usuarias de algún método anticonceptivo, pero que a la vez han comenzado a señalarles que la planificación no debe ser forzada porque eso implica una violación de los derechos humanos. Comenta que en las reuniones mensuales les han hablado de lo que es el “consentimiento informado”, pero que eso hace aún más difícil convencer a las mujeres, sobre todo cuando no hay una coordinación adecuada con el Hospital

de Huautla para que se continúe con dicha labor:

Ahora con lo de los derechos humanos por ejemplo de planificación familiar, dicen que la decisión debe de ser [de ella], que no se debe de presionar, de obligar, que debe de tener una decisión propia. Pero a mí me ponen metas y ahí no respetamos lo que es la consejería, los pasos. Qué tengo que explicarle, qué tengo que escuchar su sentir, su manera de pensar, qué tengo que respetar su manera de pensar, qué tengo que aceptar si dice no. Pero qué pasa si yo le estoy diciendo y le estoy diciendo...y va al hospital, pero regresa sin método. Allá en hospital tienen personal, una trabajadora social que nada más se dedica a eso y habla mazateco y no la pudo convencer, me la avienta otra vez, y yo no la pude convencer acá, ni allá, no la vas a cambiar de idea, se cierran y no y no. Unas todavía me dicen: 'ahora que regrese [a casa desde el hospital]', pero hay unas que no (Nov 2012).

En ese sentido, es posible notar que para Carmen todo el asunto de la consejería es una pérdida de tiempo para el caso de las mujeres que califica como renuentes y también un proceso totalmente contradictorio con respecto a la velocidad con la que exigen que se cumplan las metas institucionales. Es así que Carmen reconoce que puede violentar los derechos humanos de las mujeres si las presiona para que planifiquen, pero también expresa la presión que recibe ella, al tener que lograr las metas planteadas por las supervisiones.

Al respecto, autores como Cervantes señalan cómo el personal de salud en su calidad de prestadores de servicios terminan reproduciendo “la intencionalidad de los programas regulatorios de la fecundidad mediante la utilización de procedimientos de cooptación, la puesta en operación de mecanismos de persuasión y el cumplimiento de pago de cuotas implícitas por parte de las usuarias” (1999:380), toda vez que tienen como primera responsabilidad el cumplimiento de metas institucionales impuestas por el sector salud a nivel estatal y nacional.

Ante este panorama es posible aproximarse a los significados que Carmen teje en torno a las mujeres de su comunidad. Significados que están influenciados por programas como el IMSS-O y el PDHO que colocan a las mujeres indígenas y pobres como sujetos cuyas prácticas reproductivas hay que controlar; además de estar influenciados por las propias relaciones de género que ella y el resto de las mujeres viven en la comunidad.

En muchos sentidos, Carmen no ha desempeñado un rol tradicional de género: Hizo un largo recorrido para estudiar, ejerció su maternidad sin una pareja durante muchos años, cuenta con un trabajo muy demandante pero asalariado y no depende económicamente de su actual pareja. De este modo, aunque Carmen ha llegado a ser agredida física y emocionalmente por su actual pareja, ve en su trabajo la posibilidad de sobrellevar mejor esta difícil situación, con respecto a todas las mujeres de su comunidad que viven esta clase de violencia y además dependen económicamente de sus esposos.

En las charlas informales que compartí con ella, Carmen reconoce la situación de violencia

y desigualdad que enfrentan las mujeres con las que trabaja, pero quizá lo doloroso de su propia situación hace que se concentre más en su papel como la enfermera que registra las asistencias y vacuna a los niños, que como una mujer que podría jugar un lugar importante para revertir la violencia que viven muchas mujeres de su comunidad.

También es necesario enfatizar la clase de liderazgo que Carmen tiene en su comunidad después de veinte años de servicio, posición que se refuerza si tomamos en cuenta que forma parte de una familia que ha contado con cierta influencia en Chilchotla. Se trata de una larga trayectoria de fungir como traductora entre la población y el médico o la médica en turno de la UMR, pero también una posición que la ha convertido en intermediaria (de la Peña, 1995) entre dos programas federales como el IMSS-O y el PDHO y la población de su comunidad.

Estas circunstancias le han permitido asumir un liderazgo en donde su labor como enfermera y su identidad como mujer mazateca se ponen en juego todo el tiempo. La pareja de Carmen trabaja en un periódico local y alguna vez la fotografió pelando guasmole<sup>105</sup> y sin avisarle publicó la foto bajo el título de “mujer mazateca preparando guasmole”; ella se ríe al recordar este título con una extrañeza que parece provenir de no reconocerse en esa frase. Cuando tuvo oportunidad me enseñó cómo se prepara este platillo con mucho entusiasmo; pero podría asegurar que hubiera preferido una foto donde saliera vestida de enfermera bajo el título de “enfermera mazateca del IMSS-O”.

En charlas informales, Carmen me reiteró la importancia que tenía comunicarse en mazateco, pero este interés se basaba más en que considera su lengua una herramienta fundamental para su trabajo que por alguna referencia étnica específica. Se trata del medio que le permite tener la proximidad con la que denomina “su gente”, en un juego de palabras en que se considera parte de la comunidad, pero a la vez se distancia diciendo “mi gente” con un halo de autoridad. Parece ser su posición como enfermera de la comunidad la que tiene un peso fundamental para la forma en la que concibe a los demás. Carmen se interesa por “su gente” y está convencida de que las recomendaciones y programas de salud establecen lo que es mejor para su población. Cuestiona la falta de personal, de tiempo para realizar las actividades, pero considera que su labor como enfermera es fundamental para el bien de su comunidad.

Carmen se autoadscribe como mazateca, pero reconoce en una comunidad indígena y en este caso en “su comunidad”, no sólo el espacio en que una lengua, la comida y las celebraciones prevalecen en la cotidianeidad, sino un espacio en el que hay falta de higiene y poca participación

---

<sup>105</sup> Fruto sobre el que se basa una de las comidas más tradicionales del municipio y que lleva un largo proceso de preparación.



en las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, como es el caso, por ejemplo, del saneamiento comunitario. Para ella en su comunidad también prevalecen costumbres para la atención y prevención de enfermedades que pertenecen a un tiempo donde no había más opciones para la atención médica. Lo que denomina medicina tradicional incluye recursos que a veces recomienda, pero que en su mayoría condena, por ser contrarios a las indicaciones de la medicina que promueve el sistema de salud al que pertenece:

Cuando nos enfermábamos nos curaban con medicina tradicional, ellos nos curaban con remedios caseros, a mi mamá la buscaban mucho porque curaba la faringitis. Cuando teníamos fiebre nos echaba aguardiente o aceite y así nos curaba. Mi papá cazaba víboras y guardaba su aceite y le ponía unos hilos como de cáñamo y vendía para la tosferina, según para prevenir, ellos decían así, pero quién sabe (16 de noviembre de 2012).

Carmen reconoce que la gente solía acudir a su madre para curarse las anginas y recuerda que utilizaba remedios diversos para las enfermedades de ella y sus hermanas y hermanos. Conoce el uso de algunas hierbas y musgos para malestares diversos, pero le parece que se utilizaban remedios dañinos y peligrosos, como comerse las entrañas frescas de un ratón para curar la tosferina. Al comentarme este tipo de remedios, señala que ahora sabe que eso no estaba bien porque podían enfermarse más, pero que eso era en lo que la gente creía en ese tiempo (Diario de campo, 20 de octubre de 2012). Así que parece no valorar los saberes tradicionales, sino considerarlos el resultado de la falta de servicios médicos.

Carmen ubica con claridad cuándo comenzaron a recibir las visitas del personal de salud y enfatiza la importancia de tareas de promoción a la salud. En todo momento se refiere al antes y al ahora, como espacios temporales que demuestran cómo, aunque lentamente, se va mejorando:

Al principio cuando éramos chicos tomábamos agua sin hervir, no era agua tratada, hasta muchos años después, yo ya estando en primaria empezaron hacer visitas domiciliarias, yo no me acuerdo de donde venía ese personal, pero le dijeron a mi papá “tienen que hacer su letrina”, tenía como nueve años... a mi papá sí lo convencieron, él no era renuente, porque luego empezaron a acarrear tierra... A partir de esa fecha, también nos dijeron que tenía[mos] que hervir el agua. (16 de noviembre de 2012)

Ella le concede una importancia trascendental a la salud comunitaria, pero reconoce que el personal médico muy pocas veces se interesa en apoyar y participar en estas actividades. Como el personal no se involucra, Carmen insiste con las personas de la comunidad que no tienen que esperar que alguien de fuera les diga qué hacer si entre ellos se pueden entender en mazateco:

Primeramente el personal debe trabajar para un mismo fin y se le ponga atención a lo que es salud comunitaria, ir a visitar, ver letrinas. Si los médicos nos ayudan a promover, entonces nosotras nos sentimos apoyadas. Porque luego pensamos en nuestra gente, como somos de la misma comunidad y les estamos pidiendo que cambie su estilo de vida, que hagan otro... Como le digo a mi gente, les puedo seguir diciendo, tenemos veinte años de estarles diciendo lo mismo y no queremos cambiar, ¿queremos que alguien de fuera nos diga?, ¿por qué vamos

a esperar que gente de fuera nos lo diga? Si nosotros nos entendemos, yo les hablo en mazateco, les hablo en nuestra lengua. Entonces ¿qué es lo que queremos? (16 de noviembre de 2012).

En este relato, Carmen permite observar las dos tensiones que atraviesan su trabajo en materia de promoción a la salud comunitaria: por un lado, enfrentar que el personal médico se deslinda de estas actividades y, por otro, que la población no tome tan en serio sus recomendaciones, por no ser respaldadas por la intervención de un médico. Ella comparte que cuando habla con las personas de su comunidad apela a su origen y cultura común, al pertenecer a la misma comunidad, a su conocimiento del mazateco, como referentes que deberían bastar para que las personas cambiaran sus hábitos, sin la intervención de “alguien de fuera”, aunque también reconoce que sería fundamental que las o los médicos se involucraran.

Aunque sí ha habido médicos que le echan ganas y nos dicen vamos a hacer tal visita, vamos a ver tal señora... Pero como ya son basificados, ya no quieren hacer esas actividades. Todo nos los dejan, y ha habido a los que he tenido que jalar. A la primera no quiere, a la segunda no quiere, ‘acompañeme, por favor’ y ya vamos. La doctora que tengo es muy buena onda pero me gustaría que hiciera su asamblea, pero no. Igual la doctora que estuvo, no estaba en las asambleas. Para mi es importante cuando los médicos te ayudan... Entonces, nos sentimos apoyados (16 de noviembre de 2012).

Ese interés en que las y los médicos se involucren en las asambleas tiene que ver con la perspectiva que Carmen guarda de lo que considera la salud de su comunidad, ya que para ella la participación de las personas en las tareas de promoción y prevención a la salud es central. Señala que en algunos casos el personal médico sí ha participado con ella en la realización de vistas domiciliarias, pero siempre ha sido ella la que pide ser acompañada. Destaca también la basificación del personal médico como una característica que termina de alejar a las y los médicos de las actividades comunitarias y también de los talleres de autocuidado.

Carmen no lo dice abiertamente, pero la realización de las actividades de salud comunitaria o salud preventiva como están planeadas, requeriría de horas extras de trabajo o bien de personal adicional. El desinterés por parte del personal médico de involucrarse en estas actividades se combina con una plantilla de personal a toda vista insuficiente. Destaca también que las últimas dos médicas con las que ha trabajado, se han rehusado a organizar alguna asamblea para tomar acuerdos con la comunidad. Esta omisión es ilustrativa en varios sentidos, primero por enfatizar que el personal médico no está interesado en la toma de acuerdos con la comunidad, ya sea porque considera su estancia pasajera o porque quiere limitarse a las tareas de dar consulta; pero también podría estar relacionado a que estas mujeres no han querido asumir su liderazgo como médicas en la esfera pública de la comunidad por las razones ya discutidas por Bourdieu (2000) en relación a la *agorafobia* femenina como construcción social de las diferencias de género y de la

dominación masculina.

#### 4.1.3 El Programa Oportunidades: “Hacerse flojito”

Carmen recuerda cómo fue la llegada del PDHO al municipio, sobre todo en lo que se refiere al incremento de la “participación” de las mujeres en las actividades de la clínica.

Antes de Oportunidades sólo iban a consulta abierta y ya se les citaba para después y él que se preocupaba venía y él que no, no. Volvían a aparecer hasta que estaban enfermos otra vez. Al principio cuando ya nos dieron la lista de tales personas se van a beneficiar, pues ya les informábamos y les decíamos que tienen que cumplir con pláticas, consultas. Antes del programa ya había mujeres que apoyaban, ya hacíamos trabajo de faenas. Sólo participaban ciertas mujeres las que llegaban a la clínica y ya iban las señoras y llevaban sus escobas, las que eran activas. Y ya cuando les informamos que iban a ser beneficiarias de un programa más se jalaron (16 de noviembre de 2012).

Comenta que al principio fue notable la participación de las mujeres en las actividades de la clínica, pero reprueba que sólo participaran para no perder los apoyos del PDHO.

Entre comillas, la gente se beneficia ¿no? Pero a la vez flojea la gente. Si quitan el programa, la gente deja de ir a la clínica, deja de cuidarse, se abandona. Luego decimos: ¿Si quitaran el programa de Oportunidades? Como que la gente sólo le ve el signo de pesos, no que realmente le preocupe su salud porque sólo asisten para que no les pongan falta. Ahorita poco a poco han entendido, han modificado poco, han mejorado sus viviendas, ya visten, ya calzan. Con mucho esfuerzo, con mucho trabajo, pero aun así no, como que a la gente no le preocupa hacer su propio trabajo para que tengan dinerito. Ya a nadie le preocupa sembrar, todo lo compran. Antes nuestros antepasados no compraban maíz, no compraban frijón porque lo sembraban, pero ahorita como que nos estamos haciendo flojitos. Para mí que la gente se está volviendo muy flojita, están esperanzados a ese apoyo económico. Nadie quiere trabajar, nadie quiere sembrar milpa, ya mucha gente dejó de comer lo que se comía antes (16 de noviembre de 2012).

Este énfasis en la “flojera” que propicia el Programa es recurrente, sobre todo en lo que se refiere a la siembra de autoconsumo. Es algo que, al parecer, se comparte entre el personal médico y el personal de enfermería en donde nuevamente se califica a las personas por una suerte de decisión individual que ignora por completo los cambios que ha tenido la estructura agrícola del municipio y las condiciones de tenencia de la tierra, sin dejar de lado los cambios en las políticas, programas y procesos de producción y comercialización campesina.

Por otro lado, Carmen señala que muchas personas son beneficiarias del Programa, aunque desde su perspectiva no se encuentren dentro de los más “pobres de los pobres”, aludiendo a una inconformidad bastante generalizada entre el personal de salud que opera en estas comunidades rurales e indígenas:

Es que el programa no lo aplican como debe de ser. Se dijo desde el principio que el programa de Progresá Oportunidades era para la más pobre de los pobres pero ¿por qué no se ha manejado así? La gente beneficiada no es la más pobre de los pobres. Ya no son familias con Oportunidades, son personas con Oportunidades. Este programa no se ha respetado como tal como vienen en las reglas de quiénes son los que se deben beneficiar y nuestra misma autoridad o líderes, tienen carro, tienen tiendas y tienen el programa (16 de noviembre de 2012).

Comparado con otros programas, el PDHO cuenta con un diseño que reduce los “errores de inclusión” tan acusados por los evaluadores de política pública. Sin embargo, a nivel local es muy común que el personal de salud señale que hay personas que necesitan el programa y carecen de sus beneficios y que, por otro, se encuentran registradas otras que no lo requieren. Este elemento es tal vez el que más complica las interacciones entre el personal de salud con la población beneficiaria, pues todo el tiempo se parece estar evaluando quién realmente necesita el programa y quién no, quién supera la condición de pobreza y quién se queda anclado a ella<sup>106</sup>. Es así que, aunque globalmente el PDHO tiene un margen mínimo de errores de inclusión y de exclusión, lo cierto es que a nivel local una sola familia que caiga en ese margen de error es entendida como una “injusticia” que genera múltiples tensiones, dentro de las cuales podemos inscribir el discurso de Carmen en torno a la falta de cumplimiento de los preceptos básicos del Programa.

Por otra parte, en lo que se refiere a los talleres, Carmen describe los que se supone deberían ser los cambios entre las pláticas y los talleres, pero manifiesta que enfrenta dificultades para implementarlos:

Los talleres ya no son pláticas ¿no? Ahí los talleres te dicen: tú vas hacer esto; pero a veces con la lengua materna se nos dificulta un poquito poner en práctica, que viene una partecita así. Y como tengo varias analfabetas que no hacen nada, los que ya saben leer los ponemos por grupo. Ya no es pura exposición, es la participación de gente que den su punto de vista que hablen, comenten, que comenten entre ellos sus experiencias. Se me dificultaba que captaran porque la mayoría no sabe leer y no podían. Dan sus puntos de vista, sus experiencias y hasta ahí (16 de noviembre de 2012).

Es curioso que Carmen enfatice al analfabetismo como la principal dificultad de implementar los talleres, cuando en su diseño están pensados en un esquema participativo que permita que la comunicación oral se vuelva el centro. No obstante, para Carmen los analfabetos no sólo no saben leer, sino que son ignorantes en general, por ejemplo, no saben nada sobre los temas de salud y lo único que pueden hacer es dar sus puntos de vista y experiencias, pero no más. De este modo, el analfabetismo se presenta como una barrera para una mujer que, a pesar de que

---

<sup>106</sup> La operatividad de los procesos de selección de familias al PDHO se basa en cuestionarios que las y los encuestadores del Programa deben realizar durante sus visitas domiciliarias. Visitas que, en teoría, deberían abarcar el 100% de las casas de las localidades que hayan sido seleccionadas por la Coordinación Nacional del Programa. Sin embargo, en mi experiencia en la operatividad del PDHO, la escasa contratación de personal provocaba que los encuestadores se concentraran en encuestar los núcleos de población menos dispersos, dejando fuera a personas de los núcleos más aislados y dispersos que bien podrían ser susceptibles a recibir los apoyos del Programa. En esta lógica, las primeras personas que son encuestadas pueden pertenecer a las familias que viven en los núcleos de población más concentrados y cuyas condiciones socioeconómicas sean mejores en comparación con las familias que viven en zonas más dispersas y cuyas casas pudieron ser no visitadas. Lo anterior sin tomar en cuenta, el caso de las personas que son encuestadas en viviendas de comunidades donde se alojan en los momentos de la siembra y que no manifiestan durante la aplicación de los cuestionarios que tienen casa en mejores condiciones en la cabecera municipal.

domina el mazateco, parece situar a los talleres en un ejercicio educativo escolar tradicional, donde no saber leer es un obstáculo que anula las capacidades de las personas para desenvolverse.

Actualmente, Carmen no se involucra de manera tan directa en los talleres porque desde hace seis meses cuenta con el apoyo de una asistente rural que atiende la localidad sede de la UMR. Sin embargo, durante el periodo del trabajo de campo, la asistente estuvo encargada de una capacitación para las beneficiarias “voluntarias” que realizarían el censo anual de población, de modo que Carmen tuvo que impartir talleres durante mi presencia.

Desde hace un par de años Carmen programa dos talleres anuales para los esposos de las beneficiarias. Las reglas de operación del PDHO plantean desde hace más de cinco años que los talleres deben de programarse por grupos de edad y eventos de vida, y que por ende deben incluir a las y los beneficiarios del programa mayores de quince años. Carmen señala que ha sido muy complicado involucrar a los hombres en los talleres porque no asisten, aunque se les ponga falta y no reciban el monto completo de sus apoyos. Comparte también que antes de los talleres ya había platicado con los hombres de la comunidad sobre salud reproductiva porque las mujeres no hablaban de ello con sus parejas:

Anteriormente sí trabajé con los señores hablándoles de lo que son las cuestiones reproductivas. ¿Por qué? Por la necesidad de las mujeres, pues no tienen esa conciencia de decirles a sus maridos. Cuando empezó el programa de prevención de cáncer cérvico-uterino empezamos a llamar a los hombres y dábamos los temas, les llamábamos a la gente y ya dábamos nuestras pláticas (16 de noviembre de 2012).

Es así que una mujer mazateca, investida de su papel como enfermera que finalmente le confiere autoridad, ha tenido que hablar de salud reproductiva con los hombres de su comunidad, en un contexto caracterizado por relaciones donde las decisiones en materia de salud reproductiva siguen en muchos casos siendo prerrogativa masculina.

#### **4.1.4 Planificación familiar: un taller dirigido a los beneficiarios**

Carmen impartió uno de los talleres anuales que programa para los esposos de las beneficiarias cuando yo estaba en trabajo de campo en la localidad, por lo que tuve la ocasión de presenciarlo. Ella estaba apurada terminando sus registros de vacunación e hizo esperar diez minutos al grupo de varones que llegó puntualmente al aula de la que dispone la UMR para la realización de los talleres.

Recién había pasado la semana nacional de vacunación y Carmen estaba exhausta, pero tenía que completar sus registros. Es así que la realización del taller se volvió una actividad totalmente

secundaria para ella. Esto me permitió corroborar que, como en el caso de los médicos, los auxiliares de enfermería dan prioridad a la entrega mensual de los registros de información, sobre todo en el caso de vacunación, que es una tarea permanente en los centros salud y cien por ciento a cargo del personal de enfermería.

Cuando Carmen llegó al aula, los asistentes al taller ya estaban algo desesperados por su demora y extrañados de mi presencia. Sólo se encontraban seis hombres de mediana edad, de los veinte que se había citado para esa fecha. Carmen saludó con familiaridad al grupo y con manual en mano comenzó a impartir el taller en mazateco<sup>107</sup>. Después de saludarse, Carmen me pidió que me presentara con los beneficiarios. Mientras tanto, ella repasaba el manual y rápidamente iba descartando aquellas actividades que parecía no tener sentido desarrollar en este caso. Durante el taller que no duró más de una hora, sólo alcancé a escuchar algunas palabras en español como “Oportunidades”, “OTB”, “planificación”, “método”, “pastillas” e “implante”, entre otras.

Carmen inició el taller preguntando a los hombres sobre el taller anterior. Ellos sólo murmuraron entre ellos, hasta que alguien se animó a hablar sobre la sesión anterior, diciendo que trataron el tema de las relaciones en pareja. Durante el tiempo que estuve en la unidad noté que no había un registro claro de los temas que se iban tratando con cada grupo y que muchas veces eran los grupos lo que le recordaban al personal qué tema habían revisado, para evitar repetirlo.

Como con anterioridad había revisado la guía de los talleres, me resultó fácil identificar la forma en la que Carmen iba adaptando las actividades. La guía señala que los asistentes del taller deben pararse y realizar algunos ejercicios que les permitan relajarse lo suficiente para construir relaciones de mayor confianza y menor resistencia al hablar sobre planificación familiar. Como a ella no le parece que tal ejercicio de relajación pueda realizarse en este caso, Carmen le comenta al grupo que es bueno salir con la pareja como se hacía antes, como cuando andan de novios, que eso es bueno para ambos y les sirve para purificar los pulmones y para estirar los músculos.

En la comunidad, el “noviazgo” es una forma de relacionarse relativamente nueva que adopta distintos matices por los procesos de migración temporal y por el acceso a redes sociales fomentadas por el uso creciente del internet entre los jóvenes. No obstante, ella alude a una concepción del noviazgo que no es parte de la vivencia común en Chilchotla donde la migración separa a las parejas recién formadas y los encuentros suelen darse sólo en ocasión de las fiestas

---

<sup>107</sup> Razón por la que mi descripción se basa en las observaciones registradas en el diario de campo y en la traducción de la grabación del audio del taller.

y los bailes.

Después de esa recomendación, Carmen comienza a preguntar: “¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conocen? ¿Cómo les ha ayudado el Programa, creen que están mejor?- Ustedes deben de saber porque ya llevan años en el Programa-” (Traducción del mazateco del audio grabado en el taller, 23 de noviembre de 2012).

Las respuestas de los señores parecen coincidir en que el PDHO es un gran apoyo y que sólo se deben de tener dos o tres niños porque crecen mejor y tienen más oportunidades de salir adelante. Cuando revisé la traducción de estas grabaciones no me dejó de parecer curiosa la pregunta que hizo Carmen sobre el Programa y las respuestas de los señores en torno a su agradecimiento y el número de hijos que se deben tener. Se trata de respuestas automáticas con las que me he topado siempre que pregunto sobre el PDHO a los beneficiarios. Respuestas que pueden obedecer a cierta alienación producida por años de estar escuchando las bondades del Programa, pero que en su reiteración no dejan de parecerme un discurso aprendido en el que las y los beneficiarios dicen lo que se espera que digan. Son además respuestas construidas de acuerdo a la lógica cultural de la reciprocidad que supone en este agradecimiento una forma de corresponder a los apoyos recibidos (Mauss, 2009), toda vez que en comunidades como Chilchotla está presente ese principio de ayuda mutua al que refiere Maldonado (2001) en sus acercamientos etnográficos a los espacios comunitarios oaxaqueños.

Posteriormente, Carmen los invitó a seguir hablando y les pidió que mencionaran los métodos que conocen. Con algo de timidez, los señores comenzaron a enlistar salpingoclasia, OTB, DIU, pastilla y condón. Uno de los señores de mayor edad comentó en mazateco que sólo conoce la operación a la mujer como único método anticonceptivo. Como respuesta, otro señor señala que también hay una operación para los hombres.

Carmen reitera “ustedes como hombres no saben cómo se lastiman las mujeres... A la mujer se le puede hacer hasta tres cesáreas como máximo, y la edad máxima es de 34 años, si no, ya es embarazo de alto riesgo. Los hombres no sufren tanto como las mujeres si se operan, pero todo esto es cuestión de que se platique en pareja, por eso es bueno salir a pasear por las tardes”. (Traducción del mazateco del audio grabado en el taller, 23 de noviembre de 2012).

Después de este comentario, Carmen escribió en un rotafolio el nombre de cada método para explicar brevemente en qué consiste. Cuando llega el momento de hablar de vasectomía los señores se rieron y yo no evito intervenir preguntando si alguien se animaba a hacérsela. Los señores siguieron riendo, pero es hasta el momento de revisar audios y traducciones que entiendo que mi pregunta me posicionó del lado de Carmen, en tanto pareció que compartía su interés

por convencer a los señores sobre que era bueno operarse e incluso asumiendo, como ella, que si no lo hacen es porque en el fondo no comprenden el dolor de las mujeres.

A partir de la explicación de los métodos, Carmen insistió una y otra vez en que los hombres deben hacer conciencia sobre lo que sufren las mujeres en los embarazos y en los partos y en lo costoso que es mantener y cuidar a un niño. Enfatizó además que ahora, como nada se siembra, todo tiene que ser comprado y eso hace más caro tener muchos hijos. Para finalizar el taller, Carmen comentó que todo lo que se aprende en los talleres hay que explicárselo a los hijos para que sepan lo importante que es cuidarse, protegerse y planear para evitar embarazos no deseados e infecciones, sin olvidar la importancia de tener una sola pareja y usar los métodos anticonceptivos.

Carmen fue muy insistente en decir que los hombres no saben lo que las mujeres sufren, ese fue el argumento que guió toda su exposición, aunque después me comentara que sólo uno de esos señores necesitaba saber del tema porque él y su esposa no estaban registrados como una pareja usuaria de un método de planificación familiar, pero que las esposas de los cinco restantes ya se habían hecho la OTB.

Otro elemento importante tiene que ver con que no asistiera ni la mitad de los beneficiarios convocados, a pesar de que su ausencia se traduciría en un descuento en los apoyos mensuales que percibe la familiar, cuestión por la que Carmen sólo programa una vez al año talleres dirigidos a los beneficiarios, a fin de no perjudicar a las familias con la acumulación de faltas. Ella comenta que muchos no cumplen porque están trabajando pero que, a muchos otros, simplemente no les interesa asistir. La falta de asistencia de los hombres a los talleres puede también estar motivada en la forma en la que se ha consolidado una representación de que, al ser las mujeres las que reciben los apoyos económicos, son ellas las que deben cumplir con todas las actividades a la que convoque el PDHO, incluidos por supuesto los talleres. Esta falta de participación ha sido abordada por López y Salles cuando señalan que, a pesar de que las reglas de operación aluden a la participación de todos los miembros de la familia, son las mujeres las que realizan todas las actividades con las clínicas y que “son también las titulares las responsables de gestionar las constancias cuando los miembros de la familia están ausentes por alguna razón y no puedan asistir a los servicios de salud o de educación, o cuando la titular trabaja, entre otros motivos” (2006:136).



#### **4.1.5 El mundo de vida de Carmen y su práctica en los talleres**

Durante mi experiencia laboral en el PDHO, me resultaba paradójico que la Delegación recibiera reiteradas quejas de las y los beneficiarios de Oportunidades en relación con el trabajo del personal de enfermería originario de las comunidades; toda vez que llegué a pensar que este personal, al conocer las costumbres y lengua de las comunidades, podría tener menos dificultades para operar el componente de salud del PDHO.

Sin embargo, hasta que conocí a Carmen pude entender las particularidades que implica esta posición. Aunque el personal médico ostenta la titularidad administrativa de las unidades médicas, el personal de enfermería de las comunidades puede tener una influencia importante en las decisiones y actividades que se realizan, aún más cuando se trata de personal de la comunidad que habla la lengua del lugar y que, como en el caso de Carmen, lleva hasta veinte años de servicio.

Estos años de servicio han convertido el ejercicio laboral de Carmen en la columna vertebral de su mundo de vida. Ser enfermera es la materialización de un sueño que le requirió muchos sacrificios. Ella no sólo hizo lo necesario para terminar su educación secundaria, sino que además consiguió estudiar una carrera técnica, que nunca pensó que podría ejercer en su propia comunidad. A pesar de provenir de una familia importante, ser mujer y madre soltera la colocaba en una situación de desventaja que logró revertir demostrando que desempeñaba su trabajo en la unidad médica con entrega y responsabilidad, de forma que el reconocimiento que ahora tiene en su comunidad proviene más de la dedicación y esmero con el que se ha entregado a su labor en la clínica, que de sus redes familiares.

Carmen no es una mujer convencional, su historia evidencia lo complicado que es insertarse en su comunidad como una mujer profesionalizada que no depende económicamente de nadie. En la literatura los análisis sobre liderazgos indígenas de las mujeres destacan el apoyo o redes familiares como un referente que posibilita su profesionalización (Méndez, 2004:3). Sin embargo, aunque la familia de Carmen representó un aspecto clave para ser considerada como candidata para ser enfermera en la UMR, lo cierto es que estudiar fue un camino que recorrió con poco apoyo de sus familiares.

En muchos sentidos, Carmen ejemplifica la política que siguieron en el IMSS-Coplamar sobre la base de los planteamientos del INI en torno a la pertinencia de contratar y capacitar a personal de la comunidad para brindar servicios básicos de salud (Aguirre Beltrán, 1988:12), asumiendo que esta contratación facilitaría la adopción de medidas sanitarias por parte de la población y

reduciría los costos de operación del Instituto o del mismo IMSS-Coplamar. Es así que se contrataron a cientos de auxiliares de enfermería suponiendo que se convertirían en “agentes de cambio de su propia gente” (Camus, 1997:159). Esta posición ha colocado a Carmen como una intermediaria cultural, en los términos que discute de la Peña (1995), en tanto ha tenido la función de traducir el discurso, los objetivos y las metas operativas de una institución gubernamental a su comunidad de origen. Para dicho autor esta posición puede derivar en la consolidación de una intermediación de carácter político, cuando las personas utilizan su posición para encabezar proyectos de reivindicación étnica o de apoyo a políticas gubernamentales, llegando a “representar” a su comunidad en diversas instancias al interior y exterior de su comunidad. Sin embargo, esta transición no se vislumbra ni por asomo en la vida de Carmen. Esto puede muy bien estar relacionado con la exclusión de las mujeres de la vida política de su comunidad, pero también con las fuertes cargas de trabajo que circunscriben el ámbito de acción de Carmen a la clínica.

Además, para ella las labores de gestión y asambleas comunitarias debería realizarlas el personal médico, rehusándose a apropiarse de los espacios públicos en los que podría tener alguna clase de proyección política. De manera parecida a los casos de Diana y Luz, esta resistencia bien puede estar motivada por lo discutido por Bourdieu (2000) en relación con la auto-exclusión que manifiestan las mujeres en el *ágora* pública, lo cual además nos permite contrastar su caso con el del médico Francisco, quien abiertamente utiliza a los talleres como espacio de proyección mientras Carmen, con veinte años de servicio en la comunidad, parece estar exclusivamente enfocada a cumplir con las cargas de trabajo de la UMR.

Por otra parte, es importante señalar que Carmen parece haber internalizado muchos de los principios del IMSS-O, sobre todo porque está convencida de que la salud de su comunidad, concebida desde este ámbito institucional, es una meta por la que su labor y trabajo arduo tiene sentido. Por este motivo, los programas de planificación familiar y de vacunación la han llevado a implementar toda clase de estrategias para su concreción. Sólo así se puede entender que, en los inicios de su ejercicio como enfermera, estuviera dispuesta a pagar viajes especiales para trasladar a Huautla a las mujeres para que se realizaran la OTB o que caminara por horas para completar la vacunación de las comunidades que estaban en el radio de influencia de su unidad.

Estas experiencias la enorgullecen porque considera que ha contribuido a que “su gente” viva mejor. Aunque identifica que los cambios han sido graduales, el contraste en el acceso a servicios médicos que vivió durante su niñez, en relación a la situación actual del municipio, reviste de importancia las horas extras que ha dedicado a cumplir con las tareas que promueve el IMSS-O.

Parece confiar en los lineamientos de los programas de su institución y aunque sea crítica en relación a la falta de personal, continua tratando de alcanzar las “metas” que establece el Instituto, aunque eso le implique que dos o más días de la semana pase hasta más de doce horas en la UMR.

Por otro lado, ni los esfuerzos por la salud de su comunidad ni su autoadscripción como mujer mazateca han implicado o conllevado una revaloración de los saberes médicos tradicionales, en tanto parece ser que considera “mejor” para su comunidad el desplazamiento de esos saberes. Sobre todo porque suele identificar la presencia de esos saberes con la carencia de servicios de salud, tomándolos como estrategias, a veces inverosímiles<sup>108</sup>, que adoptaba la gente cuando no tenía servicios médicos a los cuales recurrir. Ella se reconoce como mazateca y como mazateca parece buscar el bien de su comunidad, trabajando de más, conociendo a detalle los nombres e historias de la población y desplazando saberes que considera propios de una etapa donde los servicios médicos no habían llegado a su pueblo.

Autores como Manuela Camus señalan que la posición de profesional indígena y con ello el posible papel como intermediador entre una cultura dominante y una subordinada, produce profundos cuestionamientos en lo que se podría denominar identidad étnica, de donde se derivan diferentes acomodados en cuyos extremos se encuentra por un lado la asimilación del discurso nacional y por otro la reivindicación étnica, pero que en ningún caso se trata de procesos lineales o acabados (1997:181). Carmen ilustra este proceso en diferentes momentos, como cuando añora la dieta antigua basada en los productos de su comunidad, la “dieta de las abuelas”, al tiempo que rechaza cualquier estrategia de atención a la salud que no se encuentre validada por la institución a la que pertenece. O cuando se refiere con emoción a la fiesta de muertos o se enorgullece de su lengua, sin que ello aminore su decepción cuando las personas de la comunidad son “renuentes” en relación a las actividades que promueve el IMSS-O. O al recordar con cierta nostalgia cuando los usos y costumbres permitían la elección de autoridades que pertenecían a cualquier estrato social:

La gente hacía sus tequios a cambio de nada, los presidentes municipales no recibían pago. La gente podía ser analfabeta; con dinero, sin dinero, podía llegar a ser presidente. Eran usos y costumbre ahí, al contrario decían no voy a poder, y ahora quieren, ellos se anotan porque ahí se sabe que hay dinero (16 de noviembre de 2012)

Lo anterior nos permite entender que en el caso de los trabajadores de la salud originarios de

---

<sup>108</sup> Tomando en cuenta el desconcierto con el que me compartió que uno de los remedios que utilizaba su madre para la atención de la tosferina era comer las entrañas recién extraídas de un ratón de campo, destacando que entonces no se sabía la cantidad de enfermedades que esa ingesta podría implicar.

las comunidades, el distanciamiento con su identidad étnica puede provenir de las características de programas institucionales como el PDHO que reducen a las poblaciones indígenas a conglomerados de personas “pobres” sobre las cuales hay que intervenir porque no saben cuidar de su salud.

Ella tiene un trato amable y hasta tierno, trata con dulzura a las y los niños y a la gente mayor, de cuando en cuando me cuenta como ayudó a nacer a tal o cual joven, tiene una memoria prodigiosa y la ves todo el día de arriba para abajo, con su uniforme muy limpio y el cabello muy amarrado. Brinda casi toda su atención en mazateco, bromea y “regaña” en su lengua, aunque con frecuencia es posible entender lo que dice por el lenguaje en el que se ha socializado desde que trabaja en la clínica. “Planificación, Oportunidades, falta, asistencia, cáncer, vacuna, renuente”, son palabras que aparecen con frecuencia en su interacción con las y los pacientes.

Estas palabras revelan la influencia que han tenido para ella los códigos institucionales, sobre todo porque tampoco duda en calificar duramente a las personas que se resisten a cumplir con las disposiciones de la unidad y defender la centralidad de asistir a la unidad médica antes de recurrir a cualquier alternativa que pueda considerarse como tradicional.

En las UMRs me topé con mucha frecuencia con el calificativo de personas “renuentes”. Ser renuente define a cualquier persona que se rehúse a realizar cualquier actividad planteada por la clínica, ya sea de carácter individual o comunitario. Así tenemos a las renuentes que no quieren barrer, a los renuentes que no quieren construir su letrina, a las renuentes que no quieren realizarse sus citologías y quizá las peores son las renuentes que no quieren planificar, cuestión que se agrava para el caso de las mujeres que, encima de esta reticencia, se niegan a tener a sus hijos en el hospital.

Con estos elementos del mundo de vida de Carmen, se pueden analizar aspectos claves en lo que se refiere a su práctica en los talleres. Una de las actividades de las que Carmen ha sido responsable durante estos años ha sido precisamente la implementación de estos talleres con las beneficiarias del PDHO, sobre todo porque hasta hace unos meses no contaba con personal comunitario para delegar la realización de estas actividades y porque su arraigo a la comunidad y la confianza que tiene en su institución le permiten confiar en que los talleres pueden beneficiar a su población.

Ella manifiesta que con anterioridad ponía especial esmero en estas acciones pues en el marco de los talleres solía motivar a las personas a realizar actividades para poner en práctica lo aprendido ahí. Cuando llegué a la comunidad, había por todas partes costales improvisados como depósitos públicos de basura. Después me enteré que se trataba de una actividad que Carmen

había promovido en los talleres de saneamiento ambiental de principios de 2012 y que su promoción incluyó no sólo su elaboración y colocación, sino su vaciado y mantenimiento.

También me comenta que hace un par de años intentó coordinarse con el Programa de Educación Inicial del CONAFE, para que aprovecharan el espacio de los talleres para hacer su intervención educativa con las y los beneficiarios del PDHO, pero señala que como las sesiones de educación inicial son semanales, las beneficiarias comenzaron a quejarse de que no tenían tiempo para asistir; por lo que Carmen decidió dar por terminado ese intento de coordinación. En otras ocasiones ha invitado a grupos de Alcohólicos Anónimos a platicar con las señoras.

Estas iniciativas evidencian las formas que adquiere la agencia de Carmen en relación con los talleres, en tanto ha llegado a incluir a actores sociales adicionales a estas interfaces sociales, cuya normativa no contempla esta clase de adaptaciones. Esto no deja de lado que las y los beneficiarios no acepten siempre dichas adaptaciones: Las mujeres han aceptado elaborar costales para la basura, pero pueden rechazar trabajar con Educación Inicial. Aunque lo central es ver las formas que adquieren estas interfaces desde el mundo de vida de Carmen, un actor social del que ahora sabemos más y con el que podemos visualizar las expectativas, desazones y confusiones que se generan en estas prácticas.

Carmen manifiesta que ahora ya no se siente tan motivada para trabajar con los talleres, sobre todo cuando ya tiene el apoyo de una asistente rural que ha absorbido esas tareas. Además señala que la mayoría de las beneficiarias ya tienen más de cinco años asistiendo a esas actividades y que con frecuencia le comentan que se trata de temas repetidos y de cosas que ellas ya saben.

Durante sus años de experiencia, Carmen ha percibido que las y los médicos con los que ha trabajado se interesan muy poco en el desarrollo de los talleres, de modo que después de tanto tiempo ella también ha perdido el interés, ya que al parecer ha sido la única que había intentado revitalizar estas actividades en su comunidad. En su archivo fotográfico pude ver una multitud de imágenes que dan cuenta de degustaciones de comida con soya, de sociodramas y de periódicos murales que constituyen la memoria de un entusiasmo que parece haberse diluido en la rutina y con el paso de los años.

Al preguntarle si ha desarrollado e impartido todos los temas que se incluyen en las reglas de operación del PDHO, Carmen me comenta que no todos ya que sólo ha impartido los que considera que están asociados con alguna actividad que es monitoreada por algún otro programa específico del IMSS-O o con problemas de salud que padece la comunidad: vacunación, planificación familiar, embarazo saludable, nutrición, saneamiento básico. Por ejemplo, no recuerda haber impartido temas como género y salud o violencia intrafamiliar. Carmen reconoce

la violencia que viven las mujeres de su comunidad, se identifica, se ve reflejada en el sufrimiento que atraviesan, pero señala que no ha contado con ninguna formación institucional que facilite el tratamiento de temas de género con sus beneficiarias y tampoco en relación de los talleres de autocuidado en específico.

En relación a su trabajo con los hombres de la comunidad, señala que en diferentes momentos ha intentado involucrarlos en las actividades; aún más desde que recientemente la normatividad de los talleres comunitarios incluyó el concepto de línea de vida, referencia con la Carmen parece familiarizada y que implica que se deben programar talleres por edad, sexo y evento de vida. Sin embargo, ella no ha recibido ninguna clase de capacitación que la oriente sobre las estrategias que deberían seguir los talleres dirigidos a los varones. Es desde esta carencia y desde su mundo de vida, que se puede entender que sus esfuerzos de educación para la salud dirigidos a los hombres se encuentren plagados por la resignación hacia su poco o nulo interés de asistir. Carmen intenta sensibilizar a los hombres sobre el sufrimiento de las mujeres, sin ninguna clase de recurso metodológico o conceptual que ayude a su labor. Esto convierte su intervención en una suerte de renuncia, pues la derrota se encuentra anticipada ya que está implícita la sentencia de que los hombres no van a cambiar porque no pueden entender el sufrimiento de las mujeres.

Finalmente, otro aspecto clave en los talleres que implementa Carmen es su énfasis en las dificultades que enfrenta para impartir estas actividades a personas que no saben leer y escribir. Este asunto parece extraño si pensamos en que Carmen domina el mazateco y la metodología de los talleres pone en el centro la comunicación oral; pero que nos remite a la centralidad que ha tenido la escolaridad en el mundo de vida de esta enfermera. Para ella la educación es el medio por excelencia para tener un buen trabajo, para no ser pobre, ni necesitado, para cuidar la salud, para planificar la familia. Por lo que tampoco extraña que hace un par de años y otra vez usando como foro a los talleres, haya invitado al personal del Instituto de Educación para los Adultos para ofertar sus servicios con las beneficiarias de Oportunidades.

## **4.2 Cecilia, la enfermera de Huautla**

### **4.2.1 Ser enfermera: compromiso y esfuerzo**

Cecilia tiene treinta años y trabaja en el Centro de Salud de San Martín de Porres como auxiliar de enfermería desde hace tres años. Ella es originaria de Huautla, donde estudió hasta el bachillerato. Señala que logró estudiar la carrera de técnica en enfermería en la Ciudad de Tehuacán, gracias al apoyo de uno de sus hermanos:

Cuando terminé el bachillerato por falta de recursos, mis padres me dijeron, 'ya no tenemos dinero para darte una carrera'... Pero el menor de mis hermanos me dijo... 'si tú quieres estudiar yo no sé cómo le hago, pero te echo la mano, elige una escuela' Y elegí. A la vez daba miedo porque nos pedían cosas, uniformes de diferentes prácticas... Pero mi hermano dijo 'pues, está carita' la escuela, la colegiatura y tenemos que pagar todo... Pero, pues, no importa. A ver de dónde saco, pero tú te me vas. Los primeros tres meses vas a estar de prueba, me traes tus comprobantes, tus boletas de cómo vas de calificaciones'... Vieron mis calificaciones de que sí le echaba ganas (Cecilia, 30 años, 3 años como auxiliar de enfermería en UMR, 5 de noviembre de 2012)

Es así que después de los dieciocho años y para complementar el gasto, Cecilia se dedicó a trabajar dos años vendiendo uniformes, experiencia que reconoce le facilitó desenvolverse hablando en público; cualidad que le parece muy importante para el caso de los talleres de autocuidado para la salud:

...Puse un negocio con mi hermano para vender ropa del COBAO... llegó el tiempo de tener que hablar con los padres de familia...enfrente de todos los padres de familia y dije cómo le voy hacer...de ahí pierdes el miedo. Al inicio de las prácticas nos mandaron a un centro de salud que es como aquí, de primer nivel. Ahí sí empecé a dar mis talleres...a hacerle promoción a los anticonceptivos (5 de noviembre de 2012).

Sin embargo, después de terminar su carrera técnica, Cecilia no encontró trabajo como enfermera de manera inmediata y me relata todo el camino que tuvo que recorrer antes de ser contratada. Este recorrido enseña cómo su formación escolar pareció ser sólo el primer paso en una serie de requisitos y condiciones establecidos por las instituciones para ejercer su carrera:

Yo no trabajé luego, luego en eso. No sé a qué se deba pero te cierran las puertas, me tardé igual dos años., En la Secretaría o el IMSS me decían, 'luego te das la vuelta'. No sé a qué se deba que te cierran mucho las puertas, más entre paisanos. Entré al IFE y ahí estuve seis meses y ya con ese dinero fui a la Secretaría. Yo dije en algún lado tiene que haber espacio. Yo decía así se me vaya todo lo que esté ganando, Dios mío, ¿por qué no me abres una puerta?, un espacio para mí...Hasta que me dijeron 'pues, ahora vas a presentar un examen'. Nos tenían ahí todo el día y nos decían 'si no pasas hoy, pasarás mañana'. Fui al sindicato también porque una de mis tías se jubiló y esa plaza iba a quedar vacante y me la iba a ceder, pero no sé qué pasó. Los delegados me decían: 'te presentas en quince días', luego en un mes. Me dijeron que la plaza se estaba predeterminando. Pero ya me aceptaron mis papeles y, terminando en el IFE ya me vine para acá (5 de noviembre de 2012).

Lo cierto es que, después de tres años en una unidad de primer nivel, Cecilia espera ahora conseguir trabajo en una institución hospitalaria porque prefiere un trabajo en el que pueda poner más en práctica sus conocimientos de enfermería, pues considera que en el centro de salud el trabajo es demasiado administrativo. "Yo creo que aquí es más papelería que la atención que realmente brindamos, porque estamos más tiempo diciendo 'espera, tengo que registrarte'... Pero así tiene que ser" (5 de noviembre de 2012). Cuestión que clarifica que su interés va más ligado a la práctica de la enfermería clínica que a la salud comunitaria, la cual en todo caso, parece ser la prioridad del centro de salud.

Cecilia habla mazateco y considera que una comunidad es indígena en tanto sea monolingüe,

ya que el bilingüismo las va transformando en comunidades rurales: “Indígena, sería donde nada más se hablara el mazateco ¿no? Desde mi punto de ver, eso sería...una comunidad rural es como bilingüe” (5 de noviembre de 2012). Esta concepción de lo que es una comunidad indígena nos remite a la castellanización como un elemento de “desindianización” y a la “ruralidad” como un espacio en el que pareciera ser más sencillo el acceso a servicios y con ello al “progreso”. Lo que hace sentido si pensamos en Huautla como un lugar que puede diferenciarse de Chilchotla justamente en el grado de monolingüismo de la población; además de que es el municipio que históricamente se ha caracterizado por ser económica y políticamente dominante en la región. Esta cuestión nos remite al análisis de Aguirre Beltrán (1991) en relación con las características de las zonas de refugio como espacios en los que se articula[ba]n jerarquías regionales que subordina[ba]n muchas a poblaciones a centros de influencia, que para el caso de la zona mazateca sigue siendo representado hoy en día por Huautla.

Cuando Cecilia me hablaba de sus actividades en la clínica, me comentó que ella atendía a la gente conforme fuera llegando, mencionando explícitamente que no le gustaba ser racista. Ella fue la única persona de las entrevistadas que me habló de racismo, sin que yo llegara a introducir el término. Cuando le pregunté a qué se refería con racismo me comentó:

El racismo es escoger, por decir porque estés güerita o estés morenita o chinita. Eso sería el racismo... Yo digo que aquí sí hay racismo, me parece muy difícil a veces pero sí. Por ejemplo, el recibirte, por decir, es que luego del primer contacto ve la gente como es, cómo te vistes y hay unos que sí se socializan y hay otros que te dicen no. Es que ésta viene de ciudad, no va a comer frijoles, o no te va a acompañar, qué será. Porque aquí lo más tradicional que comen es los quelites, es que te dicen no tengo comida, y tú dices no importa, así comas chilitos, frijoles, para mí eso es lo mejor (5 de noviembre de 2012).

En su ejemplo, ella se concibe como una persona que es percibida como alguien de fuera, aunque hable mazateco y venga de un municipio vecino. Lo anterior presenta un paralelo interesante con lo señalado en referencia a las relaciones intercomunitarias entre Huautla y Chilchotla, donde no sólo se trata de ser de fuera, sino de diferenciarse dentro de jerarquías sociales regionales en las que venir de Huautla implica también cierta superioridad frente a la población de Chilchotla con la que trabaja. Esta diferenciación puede o no apoyarse en el color de piel, pero en el caso de Cecilia se agudiza por su apariencia (pues su color de piel es más claro) y por el bilingüismo que para ella representa el gran salto entre una comunidad que es indígena y otra que deja de serlo. Es así como enfatiza que procura no ser racista, ante su percepción de que, en Chilchotla, se le trata como alguien de ciudad. Su concepción acerca del racismo refiere no sólo a la discriminación que se realiza a razón de características fenotípicas, sino a la que se origina a razón de las diferencias económicas:



No me gusta ni trato de ser racista, ni decir este tiene más, o este tiene menos. No, así como vayan llegando y es lo que le digo al doctor: ¿Sabe qué? Mejor conforme van llegando se les brinda la atención, porque hay unos que a veces así son, pues que no, a lo mejor porque yo tengo un poquito más o me vestí más o menos ahorita, pues me va a pasar rápido ¿no? No, y es lo que le digo yo (5 de noviembre de 2012).

Cecilia enfatiza su interés por brindar un trato igualitario en el centro de salud para evitar dar preferencia a las personas que tienen o aparentan tener mayores recursos económicos, pues para ella el “racismo” es algo que debe estar fuera de su ámbito de trabajo. Esto, aunque en la dinámica diaria la población haga distinciones que ella califica como racistas.

#### **4.2.2 El Programa Oportunidades: Desacuerdos y más hijos**

En lo que se refiere a su percepción en torno al PDHO, Cecilia, al igual que el resto del personal de salud, insiste en que la entrega de recursos económicos ha propiciado el abandono del campo:

Ahorita ya se ha perdido mucho la cosecha de frijol, maíz. Se supone que ese programa les dan para que se solventara un poquito en cuestión de alimentación, pero ¿qué es lo que hacen muchos ahora? Pues, dicen, pues ‘para qué trabajo si de todos modos le llega a mi esposa...’ Y ya no es como antes, porque antes se cosechaba mucho lo que es maíz, frijol, ellos lo cultivaban pues y ahorita cómo verás no hay frijol no hay maíz. No sé qué pase con ese tipo de personas, en vez de que ellos dijeran, me llega un poquito, pero yo le pongo un poquito más de interés. Yo digo que nada más lo ven como un lado fácil las personas (5 de noviembre de 2012).

Para Cecilia las personas deberían poner el empeño necesario para aprovechar el programa y no volverse flojos y dependientes. Nuevamente, la lógica del trabajo y el esfuerzo aparecen como valores que deberían ser propiciados y promovidos por los programas gubernamentales, toda vez que las personas tienen esa “tendencia” a ver “el lado fácil” y aprovecharse de los apoyos gubernamentales, en lugar de “aprovecharlos” como se debe.

Para evitar este aparente desvío de recursos, Cecilia plantea la pertinencia de que Oportunidades les diera los apoyos sólo a las personas que “trabajaran” para “merecer” el recurso. Ella enfatiza la importancia del trabajo en el campo, pero al igual que el resto del personal entrevistado, omite la situación de aquéllos que no cuentan con terrenos propios para el cultivo o cualquier otra referencia a las dificultades asociadas a las actividades económicas campesinas:

No puedo decir que se les quite el programa porque hay personas que sí o sea, sí ameritan ese recurso. Pero por una parte también flojea la gente. Estaría bien así como un trueque: Das algo y yo te doy a cambio algo; o sea, cultivas y te doy más ingreso. Pero estás viendo que sí, está trabajando. Es como yo le digo a mis hermanos, me dicen: ‘necesito que me prestes algo de dinerito porque ahorita no tengo’. Y yo les digo: ‘Si veo que tú no tomas y que veo que estás trabajando, cuenta con mi apoyo. Pero si veo que estás sentado, estás tomando y no haces nada, pues búscate a alguien que te mantenga, porque yo estoy trabajando. Pero si veo que le estás echando ganas y veo que más o menos ahí vas y es a tu beneficio, no estás dañando

tu salud, cuenta con todo mi apoyo incondicionalmente. Pero si veo que no haces cosas, yo no voy andar ahí. Yo me estoy gastando trabajando, esforzándome, evitándome algunas cosas a veces para que tú llegues y me dices pues, dámelo. Pues, ¡no!’ (5 de noviembre de 2012).

Cecilia señala el caso de su familia para ejemplificarme que un apoyo económico no debe entregarse a menos que la persona haga lo necesario para merecerlo, destacando que los programas deberían reproducir un esquema semejante donde los beneficiarios demuestren que no están “flojeando”. Este ejemplo revela una concepción en la que se asume que nada de lo que se entrega gratuitamente, es aprovechado correctamente. Por ende, al igual que con su hermano, las y los beneficiarios del PDHO “deberían” demostrar que han cambiado y/o que son trabajadores, para merecer la ayuda del hermano mayor o del gobierno.

En una lógica parecida, Cecilia también está convencida que el PDHO fomenta que las personas tengan más hijos; planteamiento que es recurrente entre el personal de salud. Este elemento es sumamente relevante porque aunque esta aseveración no tiene sustento estadístico,<sup>109</sup> la insistencia en este argumento apunta a que las personas hacen un cálculo estrictamente utilitarista en el que la finalidad última es obtener transferencias monetarias mayores por parte del Programa. La visión es que todos y todas parecen acomodarse plácidamente en la lógica de Oportunidades, flojeando y teniendo más hijos, mientras el personal de salud se esfuerza para que las personas cuiden de su salud y planifiquen la familia. Este supuesto conflicto confronta y distancia al personal de la población beneficiaria, pues desde su perspectiva, el PDHO parece “hacérselas demasiado fácil”, mientras el personal ha tenido que esforzarse para llegar a trabajar en los centros de salud:

Lo que me ha tocado y a la vez estoy inconforme del Programa que luego las señoras se dedican a hacer más hijos. Para ellas es como un negocio: entre más niñas tengan, mucho mejor le van a llegar. Así lo veían desde el inicio, yo creo, del Programa. Y luego les decíamos ‘no, pues planifica’; o sea, tenemos que batallar mucho. Ellas contestan, ‘no, es que mi marido no quiere, pues como me llega el recurso...’; y los señores dirán, ‘pues le llega a mi esposa el recurso ¿no? Para qué trabajo’ (5 de noviembre de 2012).

Es así que Cecilia trabaja en un escenario en donde los programas de salud hacen énfasis en la reducción de la natalidad, mientras el PDHO, desde su imaginario, incentiva exactamente lo contrario. De este modo, ella se visualiza trabajando contracorriente en un escenario donde las personas tienen hijos para tener más dinero del Gobierno. Estos argumentos permean la forma en que Cecilia aborda los talleres de autocuidado para la salud.

---

<sup>109</sup> Las evaluaciones cuantitativas del Programa no han apuntado a un incremento de la natalidad entre las familias beneficiarias.

### 4.2.3 Cecilia y su participación en el taller-asamblea

Para Cecilia, los talleres pueden cumplir con su propósito—que para ella es transmitir información—siempre que el personal se enfoque en ello y las personas participen. Lo anterior, aunque en las reglas de operación del PDHO los talleres plantean unos objetivos que apuestan no sólo a informar, sino a fomentar lo que denominan una “cultura del autocuidado”:

Los talleres tienen propósito informativo...sí, funcionan...Yo creo que depende de nosotros y de las señoras que haya un poquito de participación... Yo creo que si tenemos interés nosotros y le damos esa prioridad de informarles el propósito de porqué lo estamos haciendo, sí hay una buena información.... (5 de noviembre de 2012).

Asimismo, reconoce que no ha recibido capacitación para dar los talleres y que en ningún momento la han visitado para retroalimentar sus actividades en estos espacios:

[Necesito] recibir la capacitación en sí porque nadie en ninguna vez me ha dicho ‘sabes qué te falta esto en la forma en la los estás llevando a cabo.’ O sea, sí me gustaría recibir una capacitación tal cual debe de ser, porque igual y yo digo, sí lo hago bien. Igual y no, y me falte algo de complementar, más que nada, y reforzar (5 de noviembre de 2012).

Comenta que trata de combinar su exposición con ejemplos para hacer más “dinámico” el taller y aunque le corresponde dar los talleres a la mitad de los grupos en los que se encuentra dividida la población beneficiaria de Oportunidades, también hace la labor de traducción en los casos que el médico del centro de salud imparte los talleres a los grupos que tienen personas que sólo entienden el mazateco:

Primero empieza el doctor como que en español y luego ya les doy yo. Más o menos así, como qué por decir la deshidratación, porqué y cómo surge... Y ya les pongo un poquito de más de ejemplos, por decir: agarro un algodón que estamos compuestos más de agua que de carne y yo le tiendo a exprimir y como quedamos sin agua es un ejemplo que yo les doy. Trato de [que sea] un poquito más teórico y práctico pues (5 de noviembre de 2012).

Para Cecilia, los talleres son muy importantes en tanto se convierten en espacios que también le permiten convencer a las titulares del PDHO a realizarse pruebas para las citologías. En otras palabras, son vistos como espacios instrumentales para lograr metas institucionales que son más monitoreadas como el caso de las citologías. Ella comenta que antes de su llegada, no se había reportado una sola citología en el centro de salud. Fue su insistencia con las señoras la que permitió que se fueran convenciendo de la importancia de esta prueba; sobre todo porque ella no está segura de que se pueda poner inasistencia en Oportunidades porque las señoras no se realicen su citología, por lo que ha decidido, junto con el médico, que sea voluntario y que no tenga el carácter obligatorio que se establece en otras unidades médicas:

Yo trato de meterme en los talleres, enfocarme y decirles porqué nos interesa mucho de que se lleguen a tomar la citología: ‘hasta ustedes se sentirían bien porque en su mente luego pesa algo que te dice estoy bien o estoy mal, tengo infección o no tengo infección.’ Les digo: ‘la cosa es que ustedes se la lleguen a tomar cada año.’ La primera barrera fue que como utilizan

los espejos de fierro no quisieron. 'No', dijeron, 'queremos de plástico y desechable'. Adelante, hicimos todo lo posible. Llegaron cien, me mandaron a capacitar porque sinceramente no sabía yo, ¿cómo voy hacer algo que yo no sé? Ahora yo tomo las citologías. Es voluntaria la toma; ha sido mi duda ¿le puedo poner falta? Le digo yo a las señoras, 'evítenme hacer cosas que no quiero hacer.' Yo las entiendo, somos mujeres. Dicen que hace como cinco años llegaron los enfermeros, ya hicieron el taller y terminando de dar el taller les dijeron: "Tú y tu te quedas, porque van a pasar a hacer sus estudios de Papanicolaou", y si no querían se les ponía su falta (5 de noviembre de 2012).

Es así que esta enfermera, aun teniendo la posibilidad de obligar a las personas a realizarse las citologías, ha optado por tratar de informar y convencer a las mujeres de la comunidad. Cuestión que no tiene del todo claro, en tanto llega a pedir mi opinión al respecto, a lo que yo contesto que efectivamente me parece preferible "informar" y "sensibilizar" antes que recurrir al recurso de la obligatoriedad al que con tanta facilidad se recurre en otros centros de salud.

Cecilia pone interés en los talleres e implementa actividades que no se encuentran sugeridas en los manuales, pero que para ella resultan propicias para informar a las titulares sobre los temas que considera importantes. Durante el mes anterior a mi llegada trabajaron el tema de violencia intrafamiliar y organizó la elaboración de cuatro grandes periódicos murales con imágenes y textos en relación al tema. Los periódicos murales estaban exhibidos en la pequeña sala de espera del centro de salud, tenían recortes y hojas bond donde las beneficiarias relataban o reflexionaban acerca de la violencia en el ámbito familiar, otros tantos señalaban los tipos de violencia a los que se aluden en el manual de los talleres. Las hojas estaban escritas a computadora y Cecilia me comenta que las señoras se organizaron en equipo para hacerlas, que fue mucho trabajo pero se siente satisfecha con el resultado. Señala que los cuatro grupos con los que se trabajan los talleres se esmeraron en hacer el mejor periódico mural, que las mismas señoras cooperaron para los materiales y que cuando el equipo de supervisión visitó el centro de salud las felicitó por la iniciativa.

Al paso de los días pude asistir a uno de los talleres en los que Cecilia participó. Fue el taller que el médico Francisco organizó en la asamblea de cambio de autoridades y que tenía como objetivo que también los hombres de la comunidad conocieran los temas que se trabajaban con las beneficiarias del PDHO. Como he relatado antes, en este taller se abordarían los temas de violencia intrafamiliar, prevención de adicciones y planificación familiar. El médico coordinó las participaciones en el taller, pero fue Cecilia la encargada de exponer la información relativa a los temas; para ello, la enfermera organizó la participación de algunas jóvenes de la secundaria y titulares del Programa para apoyar su exposición.

Las mujeres de la comunidad estaban sentadas en el espacio techado en el que se realizan las asambleas, mientras los hombres se encontraban parados a los costados y tres grupos de alumnos

estaban parados al fondo. Cecilia se expresaba con soltura frente a la población. Hablaba en mazateco e iba intercalando algunas explicaciones en español. Se concentró básicamente en el tema de planificación, su mazateco tenía la entonación de Huautla pero las personas parecían no tener mayores dificultades en entenderle y ella parecía bastante cómoda dirigiéndose a la asamblea.

Después de presentarse y agradecer la presencia de la gente, comenzó a realizar preguntas sobre los tipos de métodos anticonceptivos que existen. Mientras la escuchaba, recordé que en días anteriores durante mi entrevista con ella, me había señalado que las titulares ya sabían mucho de los temas de los talleres pero que eran los hombres los que necesitaban saber más, sobre todo en lo que se refiere al tema de planificación familiar:

Aquí los hombres son como más machistas, te van a decir: ‘Si a mi mujer le vas a prohibir a que tengas hijos, es que no es mujer, es que quiere decir o que tienen otra persona y por eso se va poner el dispositivo; o sea que tiene más parejas. Difícil que vengan los hombres eh...tenemos planeado...darles una capacitación en sí a todos los habitantes de acá (5 de noviembre de 2012).

Cecilia califica como “más machistas” a los hombres de esta comunidad, en tanto parecen sugerir que la utilización de métodos anticonceptivos inhibe la maternidad que se concibe como la función principal de las mujeres, al tiempo que sugieren la posibilidad de que las mujeres puedan ser infieles a sus maridos, al usar métodos anticonceptivos; situación con la que los hombres parecen perder el control sobre las mujeres, el ejercicio de su sexualidad y sus cuerpos, en múltiples sentidos. No obstante, en la percepción de esta enfermera hay también implícita una comparación, donde estos hombres parecen ser “más” machistas que otros, quizá comparándolos con los hombres de Huautla, quizá de Tehuacán u otros espacios en los que ha socializado, pero siempre colocando a los hombres mazatecos de San Martín como más machistas.

En el taller, Cecilia organizó que algunas titulares fueran respondiendo las preguntas que ella planteaba a toda la asamblea. Las mujeres y jóvenes que participaron dieron sus explicaciones con mucha seguridad y claridad, todas hablaron en español, en lo que parecía ser una demostración que iba dirigida a que la asamblea y yo como invitada de fuera reconociéramos que las mujeres sabían de lo que estaban hablando. Después de cada participación, Cecilia traducía al mazateco las explicaciones e insistía en la importancia de planificar la familia.

Al respecto sugirió lo siguiente: “Hagan esto en su casa cuando lleguen. Usen un globo que tengan, ya sea de su niño o compren uno, y pónganle agua hasta que se llene y vaciéndolo, y vuélvano a repetir, y así hasta repetirlo como cinco veces y verán cómo se rompe. Así puede

pasarle a la mujer si tiene muchos hijos” (Traducción del mazateco del audio grabado en el taller, Nov 2012). Después de este ejemplo, la enfermera definió como embarazo de “alto riesgo” a aquel que pone en peligro a la mujer, reiterando que las mujeres se lastiman mucho en el embarazo y cuando tienen a sus hijos, por lo que es muy importante dejar que pase el tiempo y permitir que los niños crezcan antes de volver a embarazarse.

Posteriormente, señaló en qué consisten los métodos de planificación definitivos y enfatizó que estas decisiones deben tomarse en pareja. Entonces, desde el fondo de la cancha, un hombre señaló en mazateco “la única que se debe operar es la mujer”. Cecilia responde de inmediato que esas decisiones se toman en pareja y señala nuevamente los métodos, destacando que se debe platicar en pareja para poder saber cuál método usar.

Ella comentó en seguida que la gente más grande que ya no puede embarazarse debe ser portavoz de estos mensajes. Mientras estaba hablando, un señor intervino diciendo que eso ya lo saben las señoras, a lo que Cecilia respondió que se trata de información que todos “deben” saber para que puedan hablar de eso en pareja. Ante esta participación una señora como de cincuenta años dijo “nosotras ya entendemos de lo que se nos habla aquí” y sería mejor que los jóvenes participaran. En el fondo un alumno de la secundaria dice como en broma que ya no se deberían tener tantos hijos por la “crisis”.

Para proseguir con su participación, Cecilia pidió a unas jóvenes de la secundaria que explicaran la utilización de la “pastilla del día siguiente”. Las estudiantes expusieron en español todos los pormenores del uso de la pastilla; información que después fue traducida al mazateco por Cecilia. Después señaló en español que no estaba haciendo “publicidad” de la pastilla, pero que era importante que los jóvenes supieran que se puede evitar embarazos no deseados. Por esta razón, finalizó su intervención invitando a los jóvenes a pasar a la clínica para que se les diera más información, sobre todo porque es una pastilla que también produce alteraciones en el cuerpo de la mujer y no puede usarse de forma regular.

Después de alrededor de treinta y cinco minutos de participación, Cecilia le dejó el micrófono al médico, quien cerró el taller enfatizando algunos mensajes, mientras ella tomaba lista de la mujeres que habían estado presentes. Una vez terminado el taller, la asamblea realizó la elección de autoridades y no fue hasta el nombramiento del comité de salud<sup>110</sup>, una hora después, que el médico y la enfermera volvieron a ocupar el presidium de la asamblea. Fue entonces cuando

---

<sup>110</sup> El comité de salud es una instancia municipal contemplada en la normatividad de los SSO y del IMSS-O que tiene el objetivo de promover junto con la clínica actividades de saneamiento básico, llevar registros y gestionar con las autoridades municipales los apoyos que requieran las unidades.

Cecilia entró en una franca desesperación porque le parecía que la comunidad estaba tomando a broma la elección del comité. Al parecer la elección de cargos en la asamblea había comenzado por los cargos más sobresalientes, como agente municipal y policías, para terminar con la elección del comité de salud. Para ese momento, el alcalde municipal, que estaba al frente de la organización de la asamblea, preguntó a quiénes se proponían para formar parte de este comité.

Entonces los hombres y mujeres presentes en la asamblea comenzaron a proponer a señores, al parecer, mayores de cincuenta años, para estas actividades. Las personas estaban ya relajadas y se reían, parecía que decían un nombre u otro, sin mayor cuidado. Ante este aparente relajamiento, Cecilia le pedía continuamente al médico que interviniera para evitar que se eligieran a personas que no supieran leer y escribir o que por su edad ya no pudieran cumplir con las funciones del comité, tareas que desde la perspectiva de Cecilia merecían mucha atención y no tomarse a juego, por lo que antes de terminar el nombramiento del comité optó por irse al centro de salud visiblemente enfadada.

#### **4.2.4 El mundo de vida de Cecilia y su práctica en los talleres**

Cecilia se concibe a sí misma como una mujer decidida y trabajadora. Estudiar representó un esfuerzo notable para ella y para sus hermanos e hizo todo lo necesario para obtener un empleo en el que ejerciera la carrera por la que inclinó sus intereses. Antes de cursar la carrera técnica, hasta probó a trabajar como ayudante de enfermera en el hospital de Huautla para no arriesgarse a tomar una decisión equivocada al respecto. Aprecia mucho su trabajo pues, a pesar de que ha trabajado en otras actividades (vendiendo ropa con su padre o como trabajadora del IFE), ha hecho todo lo necesario para ejercer su carrera. Pasa toda la semana en la comunidad, a pesar de que Huautla no está a más de dos horas de camino. Se esmera en cumplir con este empleo porque considera que le da la experiencia necesaria para ingresar al ámbito hospitalario en cuanto se presente una oportunidad.

Aunque se autoindentifica como mazateca y domina la lengua, venir de Huautla le permite enfatizar las diferencias que tiene con la población y las dificultades que enfrenta para que las personas cumplan con los planteamientos de la clínica. Su perspectiva al respecto permite ejemplificar el matiz que pueden adoptar las relaciones entre dos poblaciones que, a pesar de pertenecer a una misma región étnica, forman parte de espacios sociales que históricamente han experimentado profundas asimetrías en la detención del poder político y económico regional.

Ya Boege compartía con respecto a la región mazateca que:

Los distintos municipios y comunidades agrarias con variantes dialectales de la misma lengua, son , por ejemplo, parte de una misma identidad contradictoria; también lo son las diferencias de sexo y edad vinculadas a las distintas actividades sociales y políticas; o bien los distintos grupos sociales que tienen diferentes oficios; o las clases sociales inmersas en el grupo étnico (1988:21).

En este orden de ideas, referencias al racismo de la comunidad consolidan a ella como una persona de ciudad, una “güerita” a la que la gente no le ofrece frijoles porque piensa que los va a rechazar. Es un proceso de identificación en la que su percepción la coloca inevitablemente en un peldaño superior de la jerarquía social, pero también en un sitio desde el que procura no establecer las mismas diferencias con la población. Lo anterior implica una suerte de renuncia de su poder para discriminar basado en su carácter benevolente, pero no necesariamente en el derecho de las personas a no ser discriminados.

Por otra parte, Cecilia no se siente identificada con las costumbres y formas organizativas de la comunidad. Durante la asamblea comunitaria que describí, resulta claro que para ella las actividades de salud deberían ser prioritarias y le molesta que la población parezca no tomarse en serio la elección del comité de salud y le parece doblemente frustrante que el médico de su unidad no haga lo necesario para convencer a la comunidad de la pertinencia de tomar con seriedad dichos aspectos. Incluso podría decir que como el médico de la unidad está familiarizado con los referentes de la comunidad, Cecilia parece sentir que es ella la única sensata en un escenario donde nadie parece estar dispuesto a otorgar al comité de salud la importancia que debería tener. Tensiones que nos permite referirnos a Barth cuando analiza cómo “la estratificación está basada simplemente en una noción de escalas y en el reconocimiento de un nivel egocéntrico de ‘gente que es igual a nosotros’, versus aquella gente más selecta o más vulgar, respectivamente” (1976:34), dado que aunque Cecilia se reconoce como mazateca, la comunidad e incluso el médico con el que trabaja parecen no “entender” las cosas que ella alcanza ver desde una posición más próxima al mundo de las ciudades.

También para Cecilia el esfuerzo y el trabajo son un eje medular en su mundo de vida y es sobre la base de esos valores que califica a las personas que reciben los beneficios del PDHO:

Pues Oportunidades es una oportunidad que a ellos se les brinda les dan muchas facilidades de muchas cosas: becan a sus hijos, les dan salud, les dan papilla; cosa que antes no existía, bueno al menos a mí no me tocó. Les digo, ‘antes lavabas un par de tus calcetas y al día siguiente tenías que ponértelas, pero ahorita no.’ Veo que las muchachitas ahí están y les llegan más [a] las niñas que [a los niños y yo les digo, ‘es un grandísimo apoyo el que a ustedes les dan, si no lo saben valorar y estudiar a lo máximo ahorita, ahora...’, sí que son flojas, con el perdón de la palabra (5 de noviembre de 2012).

Es así que no concibe al PDHO como un derecho, sino como un apoyo que las personas pueden desperdiciar o pueden aprovechar con alevosía teniendo muchos hijos. En todo caso,



son apoyos que ella no recibió y dado que su historia es exitosa, no habría excusas para que las personas que sí cuentan con estos beneficios no salgan adelante. Sobre todo en el caso de las mujeres que, dado que reciben más apoyos, deberían valorar esa diferencia para estudiar y seguir el camino de la escolarización, como una ruta que, desde su experiencia, permite convertirse en una mujer independiente. De modo que, ahora, todo parece depender de la voluntad que tengan las personas, pues la mesa parece estar dispuesta para asegurar su ascenso social, con lo que el fracaso sólo podría tener una explicación: la flojera.

Desde el mundo de vida de Cecilia, cualquiera que no esté haciendo lo que ella califica como ‘suficiente’ cae en la categoría de floja(o). Aseveraciones que nos remiten a un país donde nada es imposible si te esfuerzas lo suficiente, donde el gobierno te apoya y tú puedes hacer la diferencia. En este mundo, “...el pobre deja de ser un signo social y se convierte en señal de improductividad... Los pobres ya no son motivos de escándalo, sino de repulsión y abandono”, nos recuerda Gallardo (2002:66). Es así que aunque el estado establezca programas que plantean la pertinencia de los apoyos para una población considerada en desventaja, la percepción del personal de salud es que estos apoyos fomentan la flojera y la improductividad, de lo que subyace una percepción acerca de que no se necesita ningún apoyo porque el propio esfuerzo habla de nosotros mismos.

Una vez descritas las particularidades del mundo de vida de Cecilia, es posible entender que para ella todas las actividades del centro de salud, incluidos los talleres, deben realizarse lo mejor posible, pues su trabajo es una prioridad en su vida y hacer las cosas bien es un paradigma que guía sus acciones; quizá por ello fue la persona que más insistió en que necesita capacitación para dar los talleres, al recordar que sólo cuenta con rotafolios desactualizados para impartirlos y no tiene un recurso adicional para estudiar o guiar su práctica.

Para ella, las habilidades de comunicación son muy importantes. Es así como se refiere a su experiencia en ventas como una práctica que le permitió reforzar sus capacidades para exponer y convencer a las personas al hacer promoción a la salud. Puede desconocer las metodologías de enseñanza- aprendizaje de los talleres, pero recurre a estas experiencias laborales en donde tuvo que ejercitar sus habilidades comunicativas para desarrollar sus actividades. Habla con claridad en mazateco, aunque las diferencias de entonación propias de Huautla parecen incrementar su autoridad frente a la población beneficiaria. Realiza con facilidad sus traducciones del mazateco al español y viceversa y reconoce en esta habilidad lingüística una cualidad clave para su desempeño profesional, más que para alguna clase de reivindicación étnica o sentimiento de cercanía con su población de trabajo.

Por otro lado, la comunicación en mazateco no garantiza fluidez en todos los espacios de interacción social. A pesar de esta habilidad y de ser originaria de Huautla, en su participación en el taller-asamblea su condición de mujer enfermera redujo su influencia, frente a la autoridad de un médico como Francisco el cual, aunque afirma no conocer la lengua de la comunidad, sabe que puede ignorar las sugerencias de la enfermera, utilizando su autoridad y jerarquía superior como médico.

Durante su exposición frente a la comunidad, recurrió al apoyo de adultas jóvenes y estudiantes de la secundaria para que presentaran información en una dinámica que resaltaba patrones escolares muy marcados. Al mismo tiempo, Cecilia estuvo también buscando evidenciar frente a la asamblea que ella cumple con esmero su trabajo, ya que la activa participación y el buen desenvolvimiento de estas personas se convirtieron en evidencias de sus aprendizajes y por ende, una evidencia pública de su buen desempeño como enfermera.

### **4.3 Mario, la enfermería como oficio masculino**

#### **4.3.1 Su tránsito hacia la enfermería**

Mario tiene un par de años trabajando en Agua de Paxtle. Tiene 24 años y nació en Tuxtepec, después de que su familia había emigrado a esa ciudad proveniente del municipio chinanteco de Ojitlán. Hace seis años egresó del CONALEP como técnico en enfermería; para acreditar su carrera técnica realizó su servicio social en un centro de salud ubicado en la región del Istmo. Mario tenía planeado estudiar medicina y le pareció que elegir la formación de enfermero lo prepararía para aprobar el examen de admisión.

Durante su servicio estuvo en un centro de salud de los SSO que, según relata, fue una experiencia que le permitió conocer la organización y actividades de una unidad de primer nivel de atención, sobre todo porque como pasante tenía que quedarse tiempo completo en la unidad:

En el servicio ya aprendí mucho más. O sea a mí me dejaron todo. Me dejaban 2 o 3 días a la semana y se iban porque todos eran de contrato y me dejaban solo, yo de pasante estuve dando consulta (Mario, 24 años, 2 años como auxiliar de enfermería en CS, 17 de diciembre de 2012).

Después de su año de servicio, Mario realizó los exámenes de admisión para las facultades de medicina tanto en la Universidad Veracruzana como en la UABJO, pero no los aprobó. Entonces buscó empleo y, como en principio no encontró nada relacionado con su formación técnica, ingresó a una carnicería de un centro comercial donde estuvo laborando casi un año.

Sin embargo, a sus veinte años, no dejó de buscar opciones para trabajar en el área de la salud,

hasta que en 2010 aceptaron sus papeles en los SSO. Realizó los exámenes de evaluación y los aprobó. Su contratación no demoraría ni un mes porque aceptó irse a una comunidad que usualmente nadie acepta: Agua de Paxtle, Chilchotla. Esta comunidad es considerada como una de las más complicadas por su lejanía y cargas de trabajo, así que le ofrecieron que su contratación, si aguantaba el tiempo suficiente, podría ser considerada para basificación. Este ofrecimiento lo animó a aceptar el trabajo: “Yo no sabía dónde quedaba eso [Agua de Paxtle], me la aventé, [a]hora sí que me la rifé” (17 de diciembre de 2012).

La posibilidad de obtener su basificación mantiene a Mario en Agua de Paxtle, pues sabe que una vez contando con la base será más fácil negociar un cambio de unidad médica, sobre todo porque confía en que tiene el apoyo de personas que pueden recomendarlo: “Sólo me quedo aquí dos o tres años y ya pido mi cambio...y ya lo tengo planeado y tengo gente que me apoya” (17 de diciembre de 2012). El enfermero parece conocer bien los mecanismos para la obtención de una base en los SSO y, sobre todo, lo importante que es tener a alguien que respalde su basificación, de modo que confía en que su estancia en Agua de Paxtle tenga la recompensa que espera.

La plaza de contrato que llegó a cubrir Mario en 2010 se abrió a razón del incremento de la población usuaria del Seguro Popular. A su llegada, el centro de salud contaba con una enfermera y un médico pasante. Contrario a lo que se esperaría, su llegada no representó una reducción de las cargas de trabajo, sino que trajo consigo una serie de conflictos que es importante describir:

Entré a la clínica y era un desastre... no sabía por dónde empezar... había telarañas, no había expedientes, ni tarjeteros...no había nada pues... era una cochinateda... la enfermera era muy “así” como que no le gustaba que la mandaran... No había nada en el Centro de Salud y yo le dije al médico, ‘pues vamos a pedir al municipio...’ Pero el médico dijo, ‘ahí no dan nada...’ Era un médico, no sé... Un médico que creo que dejó de estudiar, era gay... yo no me llevaba con él, pues... La supervisora como era su amiguísima no le decía nada... Estuve a punto de llegar a ¡ya pues! [Su gesto refiere a que estuvo a punto de llegar a los golpes] porque no lo aguantaba, y la enfermera estaba con él pues porque se la jalaba, la traían contra mí... Ya con el otro doctor congeniábamos bien, porque él sí, era hombre” (17 de diciembre de 2012).

El relato de Mario permite analizar el carácter que pueden adquirir las relaciones al interior de un centro de salud, como un espacio de trabajo donde el conflicto y las tensiones inciden en la distribución de tareas relacionadas con la operación de los programas. El enfermero recuerda que en ese tiempo él se hizo cargo de la vacunación y los talleres de autocuidado, como “su territorio” de trabajo, mientras que el personal pasante (médico y enfermera) realizaba todo lo que se refería a la integración de expedientes y atención de familias en control y consultas (17 de diciembre de 2012). Sin embargo, el conflicto llegó a tal punto que no se realizaron los registros electrónicos de consultas que pedía el Seguro Popular para mantener el espacio para un pasante

de enfermería, razón por la que el centro de salud se quedó sólo con los espacios autorizados para un médico pasante y para el puesto de auxiliar de enfermería de contrato que ocupa Mario.

Adicionalmente, el carácter de este conflicto pone de manifiesto la asociación que hace Mario entre el ejercicio de una masculinidad tradicional y la profesión médica, de modo que pareciera que la preferencia homosexual del pasante estuvo poniendo en entredicho su capacidad para ejercer su oficio, a partir de una supuesta falta de liderazgo que no le permitía solicitar apoyos al municipio y poner en “orden” el centro de salud. Ya que, como bien señala Butler (1999), parece no haber nada peor para el orden heterosexual que caracteriza las normas de género aceptadas, que un hombre se rebaje a la condición subordinada de un sujeto feminizado.

Después de este primer año que Mario describe como “tormentoso”, los pasantes se fueron de la comunidad y él recibió al siguiente médico con el que pareció congeniar, sobre todo porque, según sus palabras, el sí era un hombre y por lo tanto parecía compartir no sólo los códigos de masculinidad hegemónicos en la clínica y en la comunidad, sino también su misma lógica de trabajo. Actualmente, Mario comparte el centro de salud con Luz una joven pasante, con la que parece mantener una relación algo distante; pero con la que ha mantenido una división de tareas clara y funcional para ambos. Él se encarga de los talleres de autocuidado para la salud, mientras la pasante se hace cargo de los universos de control y consultas a pacientes y de seguimiento a sanos. En realidad, en el ámbito curativo, tanto la médica pasante como el enfermero realizan consultas cuando se trata de asuntos de baja complejidad. Es común que los casos más graves los atiendan juntos.

El hecho de que el enfermero se permita dar consulta, es algo que no se repite en ninguna otra de las unidades médicas visitadas. Esto parece responder a su antiguo interés por estudiar medicina; además que responde a las necesidades de la localidad ya que, cuando la médica pasante no se encuentra, el enfermero es lo más cercano a un médico que las personas hallarán en kilómetros, situación que lo ha llevado a atender un sinnúmero de emergencias y partos sin contar con la formación para ello. No obstante, cuando le pregunto sobre si aún quiere estudiar medicina me contesta: “Ya dejé por la paz lo de estudiar medicina, mejor ya estudiaré enfermería cuando tenga mi homologación” (17 de diciembre de 2012). Por otro lado, el hecho de que la médica pasante le permita dar consultas denota que, de alguna manera, ella no ha podido o querido establecer su autoridad como la única médica de la clínica.

### 4.3.2 Agua de Paxtle, entre el chisme y el Programa Oportunidades

Otro aspecto importante de señalar es que, a diferencia del resto de las unidades médicas visitadas, Agua de Paxtle no cuenta con personal que hable mazateco y que apenas hace seis meses el municipio autorizó la contratación de una joven que se hace cargo de las labores de limpieza del centro de salud, al tiempo que cumple como traductora en las consultas médicas, pero no en los talleres. En relación a ello, Mario relata cómo ha sido su interacción con la población de las comunidades que atiende el centro de salud:

Si estoy en una consulta y estoy con una señora que no habla español, entonces voy afuera y le digo a un señor, ‘venga señor, ayúdame.’ Pero no se puede dar una buena consulta porque el señor es su vecino y va andar de chismoso y por eso aquí no se puede dar una buena atención. Mientras tú no entiendas el mazateco, no vas a poder saber qué tienen las personas. Hay señoras grandes que sí dicen bien que tienen y ahí si les puedes dar bien el medicamento (17 de diciembre de 2012).

En ese sentido, Mario reconoce las dificultades de brindar una buena atención cuando no se entiende el mazateco; destaca el papel que pueden jugar las o los traductores en la intermediación entre el personal y la población. El enfermero ve en esta intermediación un factor negativo en tanto reconoce en el chisme no sólo una práctica recurrente en la población, sino el principal obstáculo para que las personas se desarrollen: “Esta gente no quiere salir adelante, esta gente no busca desarrollarse más, esta gente está muy hundida y hay mucho chisme y aquí se entera uno hasta de lo que no, unos vienen a consulta y te cuentan otra cosa”, me compartió un día (17 de diciembre de 2012). Él identifica en el chisme un elemento que impide que las personas avancen, parece ser testigo de un juego de intrigas y envidias que hacen que la gente no “salga adelante”.

De esta forma concibe el espacio del centro de salud no sólo como el sitio donde se brinda la atención médica, sino como el lugar en el que confluye la población para circular rumores en un juego constante de intrigas y envidias de los que el enfermero parece ser testigo pero termina volviéndose partícipe. Es a través de estos rumores que Mario se entera para qué ocupan los apoyos de Oportunidades algunas familias:

[En Oportunidades] está la señora que es alcohólica se compra sus diez, veinte chelas con sus doscientos pesos y bien borracha y ya toda la gente me dice que por qué no le digo que deje de tomar. Pero ese tipo de gente ya no hace caso, y si les dices te mandan a volar, me ha tocado varias veces. Y ahí está el señor que también es un alcohólico y que toma hasta más no poder y no utiliza el Programa para el bienestar y yo lo he sabido porque yo me llevo bien con la gente y me cuentan todo, y ya me dicen, ‘está tomando’ o que piden fiado en la tienda (17 de diciembre de 2012).

En este relato Mario no sólo hace referencia a la imposibilidad de que las personas dejen de beber a razón de su consejo, sino que engloba también una certeza acerca de una posición que

le permite “saber todo” lo que sucede en la comunidad. Cabe recordar que Agua de Paxtle no rebasa las trescientas familias, lo que sin duda hace más sencillo que las personas estén al tanto de qué es lo que compran las familias con los recursos del PDHO. Sin embargo, se puede también decir que, en estos dos años de trabajo, Mario ha logrado insertarse en la vida comunitaria de tal modo que puede tomar parte haciendo presión para evitar que las y los beneficiarios del Programa gasten sus apoyos en bebidas alcohólicas. Estas referencias en torno a la mala administración de las transferencias monetarias del PDHO por parte de los beneficiarios, aluden a otra representación social del manejo y uso del Programa a nivel local que es ampliamente compartida entre el personal de salud.

Cabe mencionar que mi estancia en Paxtle coincidió con las celebraciones de la navidad, el año nuevo y con la inauguración de un pequeño tramo carretero, por lo que las alusiones de Mario al abuso del alcohol pueden también estar sesgadas por el ambiente de fiesta que se vivía cuando lo entrevisté. Por otro lado, pude observar que Mario participaba y convivía en estas festividades, sin olvidar que con frecuencia asiste a los bailes organizados en las comunidades vecinas. Es así que el enfermero se ha apropiado de espacios de socialización y convivencia en los que parece sentirse cómodo, de forma que no parece tan difícil que espere un par de años en Paxtle para obtener su basificación.

Mario mantiene una posición ambivalente frente a lo que significa pertenecer a una comunidad indígena, sus padres nacieron en Ojitlán y hablan chinanteco, pero considera que este pueblo sí ha podido desarrollarse “porque comercian” y que en Paxtle los chismes y la envidia parecen evitar que la gente avance. Comenta que entiende la lengua de sus padres y que eso le ayudó durante su servicio social, pues la comunidad en la que trabajó hablaban una variante del chinanteco. Señala que no aprendió a hablarlo bien, pero que durante su servicio fue importante para que pudiera entender lo que decían las personas de la comunidad:

Lo que pasa que mis papás son de Ojitlán y ellos saben hablar dialecto...yo no sé hablar dialecto. Yo los escucho hablar dialecto, pero no hablar con nosotros... Pero fíjate que nunca aprendí, lo (titubea) entiendo pero no lo hablo mucho... En el servicio entendía más o menos lo que me pedían en su lengua (17 de diciembre de 2012).

Comenta que cuando era niño no estaba interesado en aprenderlo, pero que el servicio le permitió entender lo importante que podía ser saber una lengua en el ámbito de un centro de salud. Al respecto, carezco de elementos para saber si habla o no el chinanteco, pues cabe la posibilidad de que no haya reconocido conmigo su bilingüismo, temiendo que se interpretara como símbolo de retraso.

Mario reconoce que tanto Ojitlán como Agua de Paxtle son comunidades indígenas, pero en

su visión presentan diferencias considerables que él subraya, construyendo una otredad para Agua de Paxtle, marcada finalmente por el “atraso” y la falta de “desarrollo”:

[En Paxtle]La gente no quiere salir adelante, la gente no busca cómo le diré, no busca más. Hay mucho chisme... Ojitlán es un lugar ya más, cómo te diré, más grande, más gente, es así como Tezonapa o como Chilchotla pero más chico. Hay negocios, hay farmacias, la gente trabaja en el campo, la pesca, la ganadería, el maíz, hay más pues, y aquí no, aquí nada más con lo que te da Oportunidades (17 de diciembre de 2012).

Para Mario, en Paxtle las personas no buscan otras opciones de trabajo y se quedan con lo que les da el PDHO, cuestión que en su visión no ocurre en Ojitlán donde parece identificar un sinnúmero de actividades económicas. Es así que el calificativo de grande o pequeño está relacionado con lo más urbano y lo más rural; y con la forma en la que la población se esfuerza o no se esfuerza por no depender únicamente de los apoyos gubernamentales. Argumento que nos remite nuevamente a cómo el personal de salud construye siempre una otredad negativa, más atrasada, de menor desarrollo y progreso, de menores esfuerzos para salir adelante y de una mayor pasividad, para sus localidades de trabajo, en comparación con sus comunidades de origen.

Lo anterior se da independientemente de la propia afiliación étnica del personal; afiliación que de toda forma, cuando se reconoce, se tiende a presentar como disminuida.

Estas representaciones de sus lugares de origen y también de sus propias historias de vida, en las que el trabajo y la búsqueda de opciones parecen ser una constante, acomunan a todo el personal de salud, como una característica transversal que rebasa las diferencias estructurales entre médicos y personal de enfermería e incluye hasta el personal comunitario. En otras palabras, estamos frente a una distancia que el personal de salud siempre establece con “los otros” y que se encuentra basada en dicotomías de urbano vs rural, progreso vs atraso y esfuerzo vs pasividad/flojera, las cuales puede encontrarse o no mediadas explícitamente por la categoría de indígena.

En relación a la medicina y remedios tradicionales de la comunidad, Mario muestra una especial curiosidad en tanto ha vivido experiencias diversas en el centro de salud:

Para bajar la fiebre los bañan con agua de cempaxúchitl... yo nunca he escuchado que el cempaxúchitl sirva para eso hasta donde yo sé. La albahaca también la usan para bajar la fiebre o para el espanto; el de mi papá es el de alcohol con el Vaporub, se unta y luego ya se bañaba cuando teníamos temperatura. Ese es un remedio bueno para mí porque yo lo viví y sí, se nos bajaba la fiebre, aunque no sé la fundamentación de eso, dijera, pero tiene que haber... (17 de diciembre de 2012).

En este fragmento él comparte algunos de los remedios con los que las personas de Paxtle atienden la fiebre, contrastando el remedio utilizado por su padre, como uno en el que sí puede

confiar, en tanto era efectivo para su familia. Sin embargo, inmediatamente después de compartirlo conmigo me señala que si funciona es porque seguramente tiene alguna “fundamentación”, con lo que parece enfatizar que si algún remedio funciona es porque hay una explicación “científica” que lo sustente, aun cuando él no la conozca.

#### **4.3.3 Mario y su taller de enfermedades diarreicas**

Mario recuerda su servicio social como el periodo en el que más aprendió sobre la organización administrativa y las actividades que hay que desarrollar en un centro de salud. Recuerda que los primeros talleres que impartió fueron en esa época:

Me decía el médico, ‘vas a dar unos talleres comunitarios’, yo no sabía. Yo me lo aventé, pero nadie me dijo nada. Yo no sabía qué era un taller, nadie me dijo nada y me lo aventé. Dije, ‘pues, vamos a hablar de cáncer cérvico-uterino’. Nada más con rotafolios de esos viejitos aprendí. De ahí empecé a dar temas. Nunca me han dicho, ‘te vamos a enseñar a dar talleres’ o como se dan... Me dan los libros pero yo no creo que sea lo mismo. Lo que yo no sabía, pues la enfermera tenía ahí sus libros con todos los temas y me ponía a estudiar, una o dos horas antes, me ponía a leer (17 de diciembre de 2012).

Como ha quedado claro con el resto del personal de salud, se aprende a impartir talleres en la práctica, a partir de los materiales que se encuentren disponibles en las unidades y que se convierten en guías autodidactas. Mario señala con algo de enfado que hasta la fecha nadie le ha enseñado cómo impartir un taller y que ha sido él el que ha buscado los referentes para implementarlos. Dice que procura ser dinámico y bromear con las señoras:

Yo más que nada a veces relajero con ellas para que no se duerman, no sé. Busco algún..., no sé, por ejemplo estoy dando el tema lo de infecciones respiratorias agudas, ahorita saco el tema ese y para que no se duerman me echo un chascarrillo, por ejemplo, ‘usted señora, luego me trae sus hijos llenos de aceite’, me dijo que llena a sus hijos de aceite para que se les baje la fiebre, pero eso no sirve, ¿aceite? ¿Qué lo va a echar al sartén o qué? (17 de diciembre de 2012).

Sin embargo, en la broma de Mario otra vez va implícito un desprecio, por no decir rechazo, por una práctica de autoatención muy generalizada en el municipio, que son las friegas de alcohol y aceite para bajar la fiebre. De igual forma, para Mario el hecho que las señoras reciban sus pláticas no garantiza que pongan en práctica lo que se les aconseja. Señala con contundencia que la mitad de las familias que recibe el programa destina los recursos para artículos que van en contra de lo que plantea el PDHO:

Las señoras vienen a sus pláticas, pero no las pone[n] en práctica...está de la fregada su casa y no la atienden, puede haber unas cosas tiraditas pero todo está de cabeza...Aquí con lo que te da Oportunidades vives dos meses... de un cien por ciento de las personas que tiene Oportunidades... un cincuenta por ciento utiliza el Programa Oportunidades para su alimentación, su educación y sus necesidades y otro cincuenta por ciento lo utiliza para el alcohol...para las Sabritas para algo que no, no pues (17 de diciembre de 2012).



La contundencia de su afirmación nos permite entender que, para él, los talleres no logran cumplir su cometido en tanto al menos la mitad de las y los beneficiarios no seguirá sus recomendaciones. Su énfasis en que las señoras no atienden sus casas, nos permite pensar en el rol que las mujeres deberían cumplir dentro de sus hogares para cumplir cabalmente con las metas del PDHO; además que nos deja entrever cómo el propio Mario participa en esta visión del rol de las mujeres beneficiarias. En cuanto a los temas de los talleres, Mario señala que ha impartido con más frecuencia los relacionados con los problemas de salud que más presentan los niños en las cuatro comunidades que atiende el centro de salud. Al mismo tiempo, destaca que con la presencia de la médica pasante, ella se ha encargado de impartir el taller de cáncer cérvico-uterino para animar a las señoras a realizarse el Papanicolaou:

Aquí se da lo de infecciones diarreicas e infecciones de respiraciones agudas y ahorita lo que me interesó mucho porque está la doctora es el de Papanicolaou. Nadie había hecho Papanicolaou aquí, sólo como cuatro cuando estuvo una doctora. Y entonces le digo a la doctora, 'las voy a citar algún día porque con usted van a tener más confianza.' Y ya la doctora empezó a hacerlo. Porque yo tengo esa forma de convencimiento de la gente pero como que no pues, porque la gente, yo sé que no va a querer, con unas señoras he tomado citologías, pero con otras no (17 de diciembre de 2012).

Mario asume que las mujeres se realizarán las pruebas siempre que sea la médica la que hable del tema y tome las muestras, pues aunque reconoce que él puede convencer a la gente, asume que ella tendrá más facilidades para abordar esas temáticas por ser mujer. Llama también la atención que no se haya impuesto el carácter de obligatoriedad a estas actividades y que se esté optando por intentar convencer a las mujeres beneficiarias de participar por su propia voluntad. Al mismo tiempo, se observa que hay muchos temas que simplemente no se han impartido porque los talleres en Paxtle, como en el resto de las unidades visitadas, dependen de la programación que realiza el personal de salud de acuerdo a sus afinidades personales, de forma que parecen elegirse sólo los temas que parecen menos complejos o en todo caso aquellos que puedan ser útiles para el trabajo de la clínica como programar las tomas del Papanicolaou.

Otro aspecto que Mario señala es que en este par de años no ha entendido la lógica que sigue la programación de los talleres. Comenta que hace unos meses la supervisora le indicó que la programación no era correcta, pero que nadie le ha sabido explicar cómo debe realizarse correctamente:

Es una de las situaciones que no entiendo, porque tengo que programar. Donde estaba antes, se hacía por sector... aquí lo quise hacer igual y sólo ponía las citas de los talleres y las citas de las familias cada seis meses. Ahora para dar platica a los jóvenes a los hombres... ¿a qué horas voy a dar eso? ¿Cómo le hago si no me apoyan?... Ya mejor sólo pongo citas sólo para las titulares mayores de 18 años. Pero vino una doctora de atención médica y dijo que estaba mal y pregunté y pregunté cómo se hace a las unidades que conozco. Pero dicen que los tengo

que hacer por grupos de edad, pero hasta ahorita no entiendo cómo debo hacer eso. Y no me explicaron o sea lo leí y no lo entiendo tampoco... Yo entiendo que son importantes los temas, pero el problema es la programación (17 de diciembre de 2012).

La preocupación de Mario no dejaba de recordarme las dificultades que el personal de salud enfrenta al tratar de aterrizar estas tareas. Si estas dificultades se enfrentan en la tarea de programar las actividades, qué decir de cualquier referencia a la metodología que deberían seguir los talleres y de la que Mario, como muchos otros, no sabía absolutamente nada.

Durante mi estancia en el centro de salud pude presenciar un par de talleres impartidos por el enfermero con el tema de enfermedades diarreicas. El centro de salud no cuenta con espacio para la realización de talleres, así que las mujeres se sientan en el pequeño patio que funciona como sala de espera. La programación de los talleres se realiza por comunidad y sólo se cita a las titulares del PDHO. Las señoras suelen acomodar sus sillas buscando la sombra en filas donde el capacitador se coloca al frente como en un aula de clases. Mario utilizaba los rotafolios proporcionados por el Seguro Popular, son mucho más recientes y no presentan los contenidos en el orden de las guías distribuidas por los SSO en 2006.

En el taller, Mario comenzó haciéndole preguntas a las señoras sobre cómo podrían evitar los contagios de la tos y les repartió cubrebocas a las señoras, diciéndoles que era algo que podían utilizar si tenían gripa para no contagiar a sus familias. Repartió también algunos sobres de alcohol en gel para que lo usaran en sus casas para lavarse las manos. Se trataba de recursos que les habían llegado de más con la epidemia de influenza y la médica pasante le había pedido que se entregaran a las familias, explicándoles cómo podían utilizarlos.

Las señoras se reían y tomaban las cosas que les entregaba el enfermero, algunas las guardaron en sus bolsas, otras abrieron los paquetes. Después de una breve explicación de cómo se usaba el cubrebocas y el alcohol en gel, comenzó a presentar el tema de enfermedades diarreicas. El taller duró cuarenta minutos, los rotafolios servían de guía para la exposición de Mario. Señalaba las causas de las diarreas y la atención que deberían recibir en casa. Enfatizó la importancia de llevar a los niños a consulta, sobre todo ante lo que les presentó como señales de alarma. Esta referencia a las actividades del hogar como algo que deben hacer los adultos y sobre todo las mujeres, enfatiza su visión de quienes son, desde su visión, las responsables del cuidado y limpieza del hogar.

Mario no usó ningún término que pudiera considerarse técnico, adoptando un lenguaje coloquial y todo el tiempo refiriéndose a situaciones o a experiencias que ha vivido en la propia comunidad. Sobre el agua, comentó que como sabe que a algunas personas no les gusta el agua

hervida y si les gusta el agua cruda, les pedía que utilizaran unas gotas de cloro antes de beberla. Les pidió pensar en que el agua que baja de la montaña viene arrastrando mucha tierra y que puede llevar hasta animales muertos que pueden enfermar a la población. Refirió la limpieza que debe seguir la preparación de los alimentos y, dentro de los muchos mensajes, señaló que “no hay que mandar a los niños chiquitos a lavar los trastes porque cuando te das cuenta todavía tienen pegado un pedazo de sopa, al momento de usarlos hay que volverlos a enjuagar, que hay que vigilar a los niños para que no coman tierra” (Grabación del taller, 21 de diciembre de 2012).

Finalmente, para concluir el taller, Mario les comentó que durante su visita a Tierra Colorada--la localidad de donde provenían las mujeres asistentes al taller--encontró que muchas casas todavía no tenían letrina y que eso era muy peligroso. Enfatizó que era muy importante cuidarse porque ya hace diez años habían padecido lo que era el cólera y no creía que nadie quisiera volver a sufrir esa enfermedad.

#### **4.3.4 El mundo de vida de Mario y su práctica en los talleres**

Mario se concibe así mismo como un hombre que ejerce la enfermería, aunque tendría todo para ser un médico. Incluso cuando se refiere a las tres ocasiones en las que hizo su examen para ingresar a la universidad manifiesta cierta incredulidad con respecto a no haber pasado los exámenes. Eligió estudiar el bachillerato en el CONALEP para contar con una formación técnica que facilitara su ingreso a la facultad de medicina. Con ello, deja en claro que estudiar enfermería no era algo que tuviera en sus planes y que su carrera técnica era sólo un medio para lograr su aspiración de ser médico.

Sin embargo, Mario parece siempre anticipar los pasos que da, es persistente y una vez que consideró suficientes sus intentos por aprobar los exámenes de ingreso a diversas facultades de medicina, hizo lo necesario para ingresar a los SSO, aprovechando su certificación técnica en enfermería y las recomendaciones que recibió por parte del centro de salud donde realizó su servicio social.

Considera que la decisión de irse a Paxtle fue la acertada porque muy pronto estará basificado y podrá hacer lo necesario para estudiar la licenciatura en enfermería, con un trabajo seguro. Para él, un par de años en la comunidad valen la “pena” porque sabe que tener una base en los SSO es complicado y no piensa perder su espacio.

Más allá de los problemas que pudieran derivarse de mudarse a una comunidad como Agua de Paxtle viniendo de un contexto urbano como el de Tuxtepec, lo verdaderamente

problemático para Mario fue adaptarse al estilo de trabajo que había en el centro de salud. Describe con enojo su relación con el primer médico pasante con el que estuvo, con el que pareció no congeniar en lo absoluto, sobre todo porque era gay, preferencia que parecía estar muy lejana de los estándares de masculinidad que en su opinión tendría que cumplir un médico.

Quizá este conflicto marque una de las tensiones más importantes del mundo de vida de Mario, pues ser enfermero no sólo es ubicarse en una posición que de acuerdo al campo médico se encuentra subordinada, sino que además se trata de una profesión feminizada, que pareciera que un hombre no podría tener como aspiración en sí misma. Sin embargo, las identidades se construyen en múltiples intersecciones (Creenshaw, 1991), como nos lo recuerda Salguero:

Los hombres negocian su postura todo el tiempo, por lo que [su identidad] cambia constantemente a través de las diferentes situaciones en las que se encuentren. La experiencia de vivirse como hombre y construir una identidad como esposo, padre, y/o trabajador en un ámbito laboral implica diferentes maneras de estar en el mundo; a través de las relaciones con los demás, en las complejas redes de participación y mediante la negociación de significados es como construyen una identidad particular (2008:248).

Es así como Mario ha hecho lo necesario para adaptarse y quizá por eso se esforzó tanto por diferenciarse de aquel pasante, cuya vida le parecía un desastre y sobre el cual me comparte sus rasgos más negativos: que trataba mal a la gente, que padecía un desorden mental, que no gestionaba nada con las autoridades. Detalles que en todo momento parecen ir reafirmando la propia identidad sexual masculina de Mario, su propia capacidad de liderazgo y autoridad y su lucidez. Es por ello que no pudo relajarse hasta que llegó al centro de salud un médico que sí era hombre. Es entonces cuando la camaradería y la complicidad parecieron facilitar las cosas.

En un estudio exploratorio Hernández Rodríguez (2011) nos permite acercarnos a la vida de los enfermeros en un ambiente hospitalario, proporcionando claves que pueden ser medulares para entender la configuración del mundo de vida de Mario. El autor sostiene que pese a las desventajas que pueden enfrentar los hombres por estar en una profesión tradicionalmente relacionada con las mujeres, y lo que ello conlleva en relación a la puesta en duda de sus preferencias heterosexuales, los enfermeros han sabido aprovechar su “dividendo patriarcal”<sup>111</sup> para consolidar jerarquías dentro del ejercicio de la enfermería, donde los imaginarios sobre la fortaleza física y/o liderazgo de los hombres, en relación con las mujeres, pueden ser un referente crucial para que ocupen puestos que se piensa que las mujeres no pueden desempeñar. Lo anterior, sin olvidar las relaciones que tejen con el personal masculino, con el que aparentemente

---

<sup>111</sup> Se trata de una aproximación teórica que abarca el conjunto de ventajas que de manera acumulada ostentan los hombres en relación a las mujeres y que en el ámbito laboral pueden traducirse como mejores salarios y oportunidades de ascenso (Connell, 1995).

suele reducirse la subordinación que puede manifestarse con las enfermeras: “En el caso de los enfermeros, al ocupar un espacio sexuado que “no les corresponde”, enfrentan sanciones sociales, según el régimen de género establecido; pero, el hecho de ser varones también los privilegia por encima de esa sanción social” (Hernández, 2011: 210).

Es así que podemos entender cómo Mario asume un liderazgo en el centro de salud, aprovechando que su contratación es más permanente en relación a las pasantías de los médicos y que, en estos tres años, la falta de personal médico en la zona ha facilitado que brinde consulta abierta a la población y atienda partos, consolidando su imagen como *shineski*<sup>112</sup> en la comunidad. Esto parece haberle proporcionado la posibilidad de marcar su propio ritmo de trabajo, independientemente del personal médico.

Con estos referentes como telón de fondo, Mario se ha insertado en una comunidad que considera que se mantiene en el atraso porque la gente se ocupa más del chisme que de buscar opciones para vivir sin depender de un Programa como Oportunidades. Sin embargo, muchos de los chismes a los que hace referencia tienen que ver con la mala utilización de los recursos del PDHO, lo que pone de manifiesto cómo el enfermero termina formando parte de esta red de rumores, ya que las personas parecen acudir a él para que tome represalias contra estas personas.

Además, el enfermero está en la posibilidad de poner inasistencias a las familias, lo que puede lograr que pierdan los apoyos, sobre todo si se comunica que las personas están usando el recurso para gastos aparentemente sancionados socialmente, como la compra de bebidas alcohólicas.

Con estos elementos del mundo de vida de Mario, se puede ubicar su práctica de los talleres como actividades que ha tenido que realizar porque no tiene a quien delegarlas, pero que no son para nada prioritarias para él, en tanto prefiere hacerse cargo de la consulta de padecimientos de baja complejidad en el centro de salud.

Mario señala con enfado que hasta la fecha nadie le ha explicado cómo se hace un taller y que incluso tiene dudas sobre la forma en la que se tienen que programar estas actividades siguiendo la línea y eventos de vida como referentes. Es por eso que él, siendo un hombre muy práctico, se ha concentrado en dar temas en los que parece no haber mayores tensiones como la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, dejando fuera a todos aquéllos que le parecen de mayor complejidad. Proporciona charlas breves teniendo como referencia los rotafolios del Seguro Popular, los programa y reporta una vez al mes y, en general, no pone especial cuidado en su realización.

---

<sup>112</sup> Vocablo en mazateco que hace referencia a la gente que cura con medicinas y en la que parece no haber diferenciación entre médico u enfermero.

#### 4.4 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres

La reconstrucción de los mundos de vida de Carmen, Cecilia y Mario nos pone en contacto con la heterogeneidad que caracteriza al personal que ocupa los espacios de auxiliar de enfermería, tanto del IMSS-O como de los SSO. En este apartado se presentan las dimensiones en las que se basó la reconstrucción de estos mundos de vida como ejes analíticos que permitan analizar las formas que adquiere su agencia en relación a los talleres de autocuidado de la salud.

A diferencia del personal médico, las y los auxiliares de enfermería tienen menos opciones para delegar la realización de los talleres por lo que se ven más obligados a involucrarse en su impartición. Sin embargo, cuentan con ciertos márgenes de agencia, sobre todo en relación con la programación de los temas, el tiempo que duran los talleres, e incluso si pueden participar otros actores sociales en estas interfaces.

##### 1) La escolarización y los procesos de formación y práctica profesional

A pesar de que el personal entrevistado cuenta sólo con uno o dos años de especialización técnica escolarizada en enfermería, se puede afirmar que sus procesos de formación se han consolidado en su práctica en las unidades y centros de salud. En estos procesos y dada las fuertes cargas administrativas, han terminado por otorgar un papel secundario a la realización de los talleres por debajo de aquellas actividades que son monitoreadas con mayor regularidad por parte de los equipos de supervisión jurisdiccionales o regionales. Esto ha permitido que los tres auxiliares conviertan a los talleres en un medio para promover acciones que sí serán monitoreadas como las tomas del Papanicolau.

A este propósito, Caramés señala que los sistemas sanitarios suelen privilegiar el establecimiento “de ‘rutinas’ muy establecidas y diferenciadas que obedecen a una orientación de la atención de tipo eficiente, que obliga a la realización de controles mecánicos fijos que den cumplida cuenta de los estándares preestablecidos de calidad y eficacia dentro de la organización” (2004:42). Lo anterior da sentido a que el personal de enfermería privilegie la realización de tareas administrativas que son supervisadas constantemente y que, en todo caso, utilicen la interfaz de los talleres para promover otras actividades más supervisadas.

Se trata además de tareas para las que no se encuentran capacitados y donde recurren a estrategias muy puntuales para dar cumplimiento a las actividades, prevaleciendo ciertas formas escolares en lo que se refiere a los pases de lista y la exposición vertical de contenidos. La adopción de formas escolares permite entender porque, para Carmen, resulta tan problemático

que las personas que asisten a los talleres no sepan leer y escribir ya que en la visión escolar, no estar alfabetizado se traduce en un pobre “desempeño” de las y los beneficiarios concebidos como educandos en la forma más tradicional del término.

En general, Carmen y Cecilia parecen demostrar un mayor interés, en tanto han intentado ser “creativas” al momento de implementar los talleres, aunque en ningún caso se piensa en ellos como espacios de enseñanza-aprendizaje que puedan tener repercusiones a largo plazo en los términos que establece la normatividad. Esto es particularmente cierto para Carmen que, a lo largo de los años, ha terminado por ver en estas actividades un requisito monótono, tanto para ella como para las beneficiarias del PDHO, las cuales por más de diez años han recibido los mismos temas en las distintas modalidades que esta enfermera ha tenido que implementar.

Además, cabe señalar que la intervención del personal de enfermería en los talleres también se encuentra motivada o limitada por el interés que manifiesta el personal médico para dar seguimiento a este tipo de tareas, pues la interacción con las y los médicos parece también ser decisiva no sólo en su proceso de formación como auxiliares de enfermería, sino también en la selección de las actividades que se consideran prioritarias.

La pérdida de interés de Carmen parece haberse profundizado por la falta de involucramiento de las y los médicos de su unidad en sus esfuerzos por dinamizar las actividades de los talleres. Cecilia, por otro lado, parece competir de cierta manera con Francisco para hacer mejor los talleres que él; cuando participa en la traducción de los talleres que el médico realiza, incluso amplía la información con ejemplos que resultan más didácticos para ella. Mientras Mario, que ha tenido la responsabilidad absoluta de impartir los talleres porque Luz (la médica pasante) se ha concentrado exclusivamente en atender la numerosa consulta del centro de salud, los ha convertido en charlas de no más de media hora, que por su brevedad, pueden permitirle ayudar a la pasante con la consulta; siendo ésta la actividad que realmente le gusta desempeñar, más allá de su título o cargo laboral.

## 2) El ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas

Otro elemento importante para entender la práctica en los talleres del personal de enfermería tiene que ver con su posicionamiento identitario en relación a las comunidades en las que trabajan. Carmen, con veinte años de servicio y originaria de la comunidad, nos permite conocer las características que puede adoptar el ejercicio de la intermediación en las instituciones de salud y nos aproxima con ello al ejercicio profesional de auxiliares de enfermería que fueron contratadas durante el auge de los servicios del IMSS-O con la vieja consigna del indigenismo

en relación a “ayudar a sus comunidades” mediante su ejercicio como enfermeras. Esta enfermera ha realizado los talleres y el resto de las actividades establecidas por los programas que opera su institución confiando en que su trabajo, muchas veces extenuante, tiene sentido porque mejora las condiciones de vida de su comunidad. Eso explica porque, durante casi diez años, Carmen programó y realizó los talleres de cuatro a seis de la tarde, aunque eso implicara no contar con un horario para la comida, pues el horario de consulta siempre ha sido de nueve a cuatro de la tarde y ella en todo momento ha sido la encargada de sacar expedientes y tomar signos vitales a los pacientes.

Carmen se siente orgullosa de poder brindar toda su atención en mazateco y comenta que las personas no tienen “pretexto” de decir que no entienden el español porque ella siempre ha realizado todas sus intervenciones en mazateco, sobre todo en el caso de los talleres, donde no se explica porque las personas no mejoran el autocuidado para la salud, cuando ella imparte todo en su idioma, a diferencia de otras unidades que desde su visión no cuentan con este beneficio al no contar con personal bilingüe.

Por otro lado, tanto Cecilia como Mario, habiendo sido contratados recientemente por los SSO llegan a las comunidades provenientes de otros espacios y se distancian de las comunidades indígenas donde trabajan desde diferentes ángulos. La pertenencia indígena para ellos parece develar nociones antagónicas de progreso-atraso, urbano-rural y esfuerzo-pasividad en la que las y los beneficiarios del PDHO forman parte del lado negativo de la dicotomía. Lo anterior les impide pensar en los talleres como actividades que realmente puedan promover mejoras en comunidades que consideran que viven en condiciones de rezago porque las personas no hacen lo necesario para superarlas; convirtiendo a los talleres en interfaces donde no se pueden promover cambios de larga duración, porque para ellos las comunidades indígenas se resisten voluntariamente a acceder a los beneficios del autocuidado para la salud.

Mario proveniente de un espacio urbano, pero con fuertes lazos con una comunidad indígena chinanteca, ve en Agua de Paxtle a una comunidad donde el chisme y la falta de búsqueda de opciones productivas mantiene a la gente sumida en la marginación, por lo que no invierte demasiado tiempo en aconsejar a la gente, ni en los talleres, porque parece tener una certeza de que las cosas no van a cambiar. Cabe señalar que, quizá por eso, este enfermero no recurre al auxilio de un intérprete cuando realiza sus talleres, aunque para el caso de la consulta, sí solicita de este apoyo.

Cecilia, aunque nacida en Huautla y hablante del mazateco, no se considera una mujer indígena, para ella el bilingüismo le permite salir de esa condición que identifica con cierto rezago



educativo y bajos ingresos. Esta noción, aunada con el prestigio y jerarquía social que le son asignados por provenir de Huautla, marcan una distancia definitiva con las personas con las que trabaja. Durante los talleres, Cecilia hace un despliegue de sus habilidades lingüísticas y de su facilidad para hablar en público, pero parece que tales recursos afirman su distanciamiento con la población. Busca implementar los talleres con profesionalismo y es creativa, pero aparte de la lengua, parece dejar claro en todo momento que no comparte en absoluto la forma en la que pueden ver la vida las personas de la comunidad.

### 3) El género vivido

En lo que se refiere a las experiencias ligadas al género, es importante decir que tanto para Carmen como para Cecilia, estudiar la carrera técnica de enfermería representó enormes sacrificios, mientras que para Mario esta fue una elección en la que la enfermería nunca representó un fin en sí mismo. Sobre todo porque el imaginario de la enfermería está ligado a lo femenino y para Mario su interés en las Ciencias de la Salud se sostenía en su aspiración de ser médico. Diferencia que parece basarse no sólo en que los padres de Mario podían solventar mejor los gastos de una carrera universitaria, sino en esa profunda distinción en la que su aspiración tendría que estar ligada a la medicina y no a la enfermería por ser una carrera feminizada y por ende subordinada. Lo que Bourdieu describe de la siguiente forma:

El mundo de trabajo está,... repleto de pequeños compartimientos profesionales (servicio de hospital, oficina ministerial, etc.) que funcionan como unas cuasifamilias en las que el jefe de servicio, casi siempre un hombre, ejerce una autoridad paternalista, basada en la envoltura afectiva o la seducción, y, a la vez sobrecargado de trabajo y asumiendo todo lo que ocurre en la institución, ofrece una protección generalizada a un personal subalterno fundamentalmente femenino (enfermeras, asistentes, secretarias), lo que estimula una integración y asimilación intensa, a veces patológica, en la institución y en aquello que la encarna. Pero estas posibilidades objetivas se encuentran también de manera muy concreta y tangible no sólo en todos los signos de la jerarquía en la división del trabajo (médico/enfermera, jefe/secretaria, etc.) sino también en todas las manifestaciones visibles de las diferencias entre los sexos (actitud, vestuario, peinado), y, en un sentido más amplio, en los detalles, aparentemente insignificantes, de los comportamientos cotidianos cargados de innumerables e imperceptibles llamadas al orden (1998:77).

Es así que podemos entender porque para Cecilia y Carmen la enfermería representa un sueño materializado, mientras que para Mario es una suerte de premio de consolación, en tanto no logró convertirse en médico. Las auxiliares parecen haber concretado una aspiración que es socialmente aceptada, en tanto las convierte en lo que Montecino denomina como “madres públicas” haciendo referencia a “aquellas mujeres que a través de sus oficios realizan la reproducción social: maestras, enfermeras, doctoras, trabajadoras sociales etc.” (1996:194). Referencia que en consecuencia también reafirma el malestar que puede sentir Mario al no

haberse convertido médico y quedar sumido en esta posición fuertemente feminizada.

Quizá por esta diferencia tanto Carmen como Cecilia parecen haber invertido más tiempo y esfuerzo en la realización de los talleres, mientras que para Mario resulta más sencillo cumplir mínimamente con la actividad y regresar a lo que siempre ha aspirado hacer, la consulta clínica. Es interesante remarcar aquí que, aun si se trata de una aspiración fallida en cuanto a formación profesional, reconocimiento oficial o cargo en la clínica, Mario ha logrado *de facto* poder entrar en el ejercicio de la medicina, aun si sólo por la puerta trasera y en el espacio restringido de la localidad, ya que afuera, no tiene ningún reconocimiento. Y Luz, la médica pasante que rehúye de confrontaciones, permite que esta situación anómala perdure, en parte porque seguramente el enfermero le ayuda a manejar la enorme carga de trabajo de la clínica pero, también, porque la correlación de fuerzas entre ellos está profundamente mediada por el género.

La condición de género también parece tener implicaciones en los contenidos de la consejería que proporcionan Carmen y Cecilia durante los talleres. Ellas hacen más alusiones a las características que tienen las relaciones de género en las comunidades y sus implicaciones para las decisiones y problemas de salud en materia de salud reproductiva, mientras que Mario me compartió que le parece mejor limitarse a dar la consulta, antes de intentar aconsejar o intervenir cuando es testigo de manifestaciones de violencia contra las mujeres.

Este posicionamiento de Mario quedó muy claro cuando le recomendaba a Luz que no se metiera en problemas tratando de aconsejar o intervenir en los casos de violencia contra las mujeres que detectaba durante las consultas y en su vida diaria en la comunidad. También se evidenció cuando Mario me compartió que, con la llegada de esta médica, en los talleres se han promovido actividades que durante su estancia previa en la comunidad no había querido realizar, como la toma de citologías, porque siempre consideró que, como hombre, las mujeres de la comunidad no aceptarían que él les hablara de esos temas. Es así como Mario prefiere hablar de temas que aparentemente no tengan implicaciones sexuales, como la prevención y atención de enfermedades diarreicas o respiratorias o la alimentación saludable. Tampoco quiere abordar temas que pudieran cuestionar las relaciones asimétricas de hombres y mujeres en la comunidad, pues durante sus tres años de servicio estuvo ausente en su programación incluso el tema de planificación familiar.

#### 4) La ideología del esfuerzo individual

Un elemento que comparten los tres auxiliares entre sí y con el personal médico es la ideología del esfuerzo; no sólo como algo que ha sido central en sus vidas, sino a través de la cual

construyen su percepción de la otredad en el entorno local donde laboran. Todos comparten la representación de que las y los beneficiarios del PDHO son personas que no se esfuerzan lo suficiente para “salir adelante”. En su percepción de que los individuos tienen una capacidad ilimitada de ejercer agencia siempre que se empeñen lo suficiente, las y los beneficiarios parecen ser individuos que desperdician los apoyos que reciben por parte del PDHO. Este personal, cuyas historias están marcadas por la constancia y esfuerzo por escolarizarse y ejercer su profesión, no deja de ver a las y los beneficiarios de Oportunidades como seres que se han hecho pasivos y perezosos por los apoyos de este Programa.

En el contexto de estas tensiones, Camus nos recuerda que: “los educados son el reconocimiento implícito de una población más amplia de “no educados”, de los excluidos del sistema por unas diferencias étnicas, que son diferencias culturales y socioeconómicas a la vez. Ellos son el verdadero problema, el cuerpo incómodo que obliga a la formación de intermediarios” (1997:185). Con esta afirmación, la autora nos permite reflexionar sobre el papel de intermediación que este personal desempeña, develando el verdadero problema que parece incomodarles, la presencia de cientos de beneficiarios de un programa público a los que hay que atender porque no se han esforzado como ellos para vencer la adversidad.

Esta percepción aparece de manera crucial al momento de implementar los talleres pues sus discursos en estas actividades están plagados de referencias sobre lo importante que es “salir adelante”, “aprovechar bien los recursos del Programa”, “ser responsables”, “planificar la vida” y “esforzarse”. Se apela pues a una racionalidad individual y al voluntarismo en donde resulta ilógico que las personas no hagan lo necesario para “vivir mejor”, sobre todo cuando tienen frente a ellos a hombres y mujeres (las y el enfermero) cuyo sacrificio se ha traducido en que no requieran ninguna “dádiva” gubernamental para contar con los ingresos necesarios para sostenerse económicamente. Se trata de discursos que llaman a la gente a tomar acción, a dejar la pasividad y la flojera y a que aprecien los beneficios de las clínicas y de contar con espacios como los talleres para aprender sobre la salud. Estas arengas en todo momento parecen asumir y develar que si las personas no cuidan de su salud es porque simplemente no quieren hacerlo y que si viven en la pobreza es porque no trabajan lo suficiente

# CAPÍTULO CINCO

## EXPERIENCIAS, SABERES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL COMUNITARIO

Este capítulo tiene como objetivo analizar los discursos y las prácticas del personal comunitario con respecto a las actividades que desarrollan en la educación para la salud, en particular, en los talleres de autocuidado para la salud; a la luz de la reconstrucción de sus mundos de vida. Con este propósito se presentan las biografías de este personal, con énfasis en sus experiencias y representaciones en torno a su trabajo con el PDHO en las casas de salud de sus comunidades.

El personal comunitario tiene la responsabilidad de realizar los talleres de autocuidado en sus casas de salud y reportar mensualmente sus listas de asistencia, registros censales y cualquier otra información que sea requerida por el personal de salud de sus instituciones de referencia. Estas entregas, junto con algunas reuniones semanales o quincenales que se programan en las unidades médicas, implican traslados que, para el caso del personal entrevistado, van de cuarenta minutos a dos horas a pie, o un poco menos de tiempo si hay disponibilidad de transporte y de dinero extra para solventar el gasto.

Para la reconstrucción de los mundos de vida se ha considerado a tres asistentes rurales del IMSS-O que ya cuentan con una experiencia considerable en el cargo y con las que pude tener una aproximación más cercana a sus historias y prácticas en torno a los talleres de autocuidado (véase Tabla 4).

Tabla 4. Perfil del personal comunitario, Santa María Chilchotla, 2013

Seudónimo	Procedencia	Edad	Localidad	Adscripción	Cargo desempeñado	Antigüedad en el cargo
Francisca	Loma Grande, Chilchotla	47	Loma Grande	Unidad Médica Rural de Río Sapo atendida por Carlos, el médico de contrato que sólo llevaba un par de semanas en la comunidad.	Asistentes médicos Rurales	8 años
Carolina	Loma Mango, Chilchotla	49	Loma Mango			12 años
Mariana	Veracruz	40	Loma Larga			10 años

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados en trabajo de campo.

## 5.1 Francisca y el oficio de la salud

### 5.1.1 La escuela y el servicio religioso

Francisca tiene cuarenta y siete años. Es originaria de la localidad de Loma Grande, Chilchotla y pertenece a una de las familias que emigraron desde Huautla durante la década de los cincuenta y que contaban con más terrenos en la comunidad. Francisca es la menor de cinco hermanos y señala que sus padres la mandaron a la escuela a Río Sapo, pero que la escuela tenía características que dificultaron su aprendizaje. Así lo recuerda:

Estudí primaria en Río Sapo. Yo me fui hasta sexto grado, mi maestro hablaba mexicano y yo hablo mazateco, yo nada más le escuchaba con fuerza para entender..., Eso le digo a los chamacos ahora: toda la gente sabe hablar español, ¿por qué no le echan las ganas? Yo me siento que ahora es más fácil, todos hablan castellano, antes no tenemos libros, cómo vamos a estudiar, puro cuaderno. Nunca tengo un libro, es lo que yo le digo a mis sobrinos: ustedes ya tienen su libro y todavía no saben. Ya no fui a la secundaria por lo económico, porque ahí en la ciudad se paga y empezó a enfermar mi papá (Francisca, 47 años, 10 de asistente de salud, Loma Grande, 7 de diciembre de 2012).

En su narrativa prevalece una visión muy difundida en contextos indígenas con respecto al sentido y el valor de la educación: ir a la escuela sirve para aprender a leer, escribir y hablar el castellano, como el medio indispensable para desenvolverse con el mundo hegemónico de afuera, tanto como individuos así como integrantes del colectivo comunitario. Cuestiones que refieren a cómo la escolarización se ha concebido como un medio para proyectarse al exterior con los recursos necesarios para acceder a los beneficios del “progreso” que ofrece la cultura nacional. (Bertely, 1997).

Además, hace una clara comparación entre los tiempos de enormes carencias cuando le tocó ir a la escuela y las “facilidades” que tienen los niños y adolescentes de hoy en el ambiente escolar; entre las cuales está el tener acceso a libros para estudiar. En esta comparación entre “antes” y “ahora”, entre su niñez y adolescencia y la niñez y adolescencia de hoy, Francisca considera que las facilidades y ventajas de “hoy están siendo desperdiciadas por los niños y jóvenes de su comunidad. Comenta que ella tenía que trabajar en casa antes y después de llegar de la escuela y que sólo llevaba algunas frutas para comer en la escuela, mientras que los niños y jóvenes de ahora ya no tienen que trabajar tanto como antes. Señala que hubiera querido seguir estudiando pero que en ese entonces no había escuela en la comunidad más allá de la primaria y que su familia no contaba con los recursos económicos para que ella se fuera a la ciudad, por lo que tuvo que quedarse en casa a cuidar a su padre que en esa época comenzó a tener problemas de salud. Las comparaciones que hace Francisca de la educación de hoy con la de su tiempo parten del supuesto que la castellanización es un elemento de “modernización” indispensable para el

porvenir de las personas indígenas y de sus entornos comunitarios; su crítica a las nuevas generaciones implica que éstas no aprovechan bien estas herramientas. Destaca también su participación en el trabajo del campo y de la casa como actividades que ya no representan una carga para las nuevas generaciones.

Los padres de Francisca murieron hace un par de años pero son una referencia constante en la narrativa de esta mujer, sobre todo cuando refiere con un cierto grado de nostalgia el modo en que su madre cultivaba toda clase de hortalizas y árboles frutales, en contraste con las personas que hoy en día ya no tienen esa iniciativa, a pesar de que la tierra sigue siendo muy fértil. Es sobre esta percepción que descansa su visión acerca de que sus contemporáneos y las personas más jóvenes de su comunidad no se esfuerzan lo suficiente para contar con una dieta variada, a partir de sus cultivos de traspatio.

Cuando Francisca cumplió los diecinueve años, el sacerdote que se hacía cargo de la parroquia de la comunidad le planteó a su padre que ella podría convertirse en catequista siempre que pudiera asistir a un curso de cinco meses en la ciudad de Oaxaca:

Ahí nos dijeron que cómo hizo dios, pero no se me quedaba en la cabeza...Nos explicaron todo que el arbolito, que la serpiente, que los mandamientos, que las iglesias...Después el párroco de Río Sapo echó la voluntad para que aprendamos más, era hippie, tenía el cabello largo y cafecito...Éramos como doscientos mujeres. Cuando regresamos, empezamos a dar las pláticas, de la primera comunión, de la creación del mundo, que no tumbáramos los árboles, [que es la verdad que dicen los ancianos (7 de diciembre de 2012)].

Ella recuerda agradecida a aquel sacerdote porque con su apoyo pudo ingresar al curso en Oaxaca, donde terminó de aprender el castellano. Destaca que al final del periodo de aprendizaje de cinco meses, sólo quedaron cincuenta muchachas porque muchas fueron expulsadas por no seguir las reglas del convento, pero que ella cumplió con todo porque era una gran oportunidad para aprender. Después de aquella experiencia, Francisca comenzó a encargarse de impartir el catecismo a los niños de su comunidad y en 1997 asistió en Huautla a los talleres para promotores populares de salud promovidos por una asociación civil católica denominada Centro de Apoyo a las Misiones Indígenas:<sup>113</sup>

Luego otro padre me dijo - ¿tú sí, conoces los naturistas? Como platicó con mi papá y mi mamá, me dijo, 'pues, si quieres ir a la Providencia pues yo te llevo'... Y ahí una doctora me capacitó como naturista, y ya me recibí de cinco módulos y me mandaron medicamento de

---

<sup>113</sup>El presidente de la Comisión Episcopal para Indígenas, Mons. Bartolomé Carrasco dio paso en 1980 a la Pastoral Indígena, la cual considera como sujetos activos a las mismas comunidades. En ella, se plantea que las comunidades, ayudadas por sus servidores pastorales, retomen sus culturas, sus valores, su mundo mítico-simbólico, para reafirmar su identidad y participar activamente dentro de la Iglesia y de la sociedad mexicana. La Pastoral Indígena se piensa como llevada a cabo por indígenas para los indígenas. A principios de 1988, cuando era presidente de la Comisión Episcopal para Indígenas Mons. José A. Llaguno Farías, la Conferencia del Episcopado Mexicano publica los Fundamentos Teológicos de la Pastoral Indígena de México, que fueron conocidos como los FUTEPI (fuente <http://cenami.org/>).

patente de México...Y todo lo que aprendí lo hice...hasta que se lastimó mi pie...pero ya la gente me venía a buscar (7 de diciembre de 2012).

Es así que Francisca se dedicó por más de cinco años en la década de los noventa a trabajar en las comunidades de la región, enseñando a preparar algunos medicamentos, que ella denomina naturistas, sobre la base de plantas y costumbres de la zona. Hasta que se lastimó y decidió dejar estas actividades, aunque la gente la seguía buscando.

### **5.1.2 La labor como asistente rural y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**

En los años noventa, cuando llegó el PDHO a su comunidad, el IMSS-O autorizó la selección de un asistente rural de salud que pudiera hacerse cargo de las pláticas y dependiera de la UMR de Río Sapo. Durante un año, un hermano de Francisca cumplió con este cargo, pero lo dejó porque no tenía tiempo por su trabajo en el campo.

En una de las visitas del personal de la Microrregión<sup>114</sup> a Loma Larga, el promotor de salud visitó la casa de Francisca y observó el diploma que la acreditaba como promotora popular de salud y decidió unilateralmente que ella sería la siguiente asistente rural. Francisca señala que ella no quería ser asistente porque en ese momento no era beneficiaria del PDHO, por lo que no creyó que las beneficiarias la aceptarían.

Sin embargo, al parecer las beneficiarias no se negaron y un par de años después, cuando hubo ampliación del PDHO, Francisca quedó como beneficiaria. Ella percibe esta incorporación como un “gratificación” de su labor en la clínica; sobre todo porque no es madre de familia, requisito que ella pensaba indispensable. Es posible que la encuesta del PDHO para determinar si su hogar cumplía o no los requisitos de afiliación, haya determinado que sí se cumplían los requerimientos para estar en el Programa porque ella se hacía cargo de la manutención y cuidado de sus padres, que para ese tiempo ya eran ancianos.

Francisca dice que antes pensaba en formar una familia, pero que con todo lo que ha visto prefiere su independencia porque nadie le dice qué hacer, ni le pide cuentas sobre sus horarios. Para ella, un esposo implica puros problemas y me menciona los casos de las asistentes rurales que han tenido que dejar el cargo porque sus esposos no les dan permiso de andar en las actividades de la clínica. Estar en “lo de salud” le ha permitido conocer experiencias que no

---

<sup>114</sup> En esos años la comunidad era visitada mensualmente por personal de una Microrregión que estaba compuesta por una enfermera y un promotor de salud, cuyas responsabilidades consistían en el registro de peso y talla de la población, la impartición de pláticas de salud y coordinar el trabajo con las y los asistentes rurales de quince comunidades de la zona.

quisiera repetir, pues valora la independencia que tiene trabajando sus terrenos y desempeñando el cargo de asistente rural:

...más felices andamos así porque podemos andar donde quiera, nadie nos va a regañar o a decir. Además a la edad que tenemos no nos pueden engañar, más chiquitas ahí sí hay problemas porque no sabemos ni donde nos vamos a meter...Que me pegó, que se emborrachó. Dice que la gente está feliz cuando se casa, pero luego es más peor que cuando estaban con sus papás...Cuando morimos, morimos, no nos vamos a llevar a ningún esposo, morimos solas, muchos dicen que más feliz cuando se casa uno. No, puro problema, y más cuando entre de salud y ya ahí he visto de todo, que más quiero buscar...por eso yo ya no pienso en eso (7 de diciembre de 2012).

Las referencias a la soledad que hace Francisca manifiestan una certeza de que las parejas tienen problemas que es mejor evitar; su resistencia a la vida en pareja proviene de lo que ha visto desde su posición como asistente rural, pero también de que su padre le reiterara siempre que nadie la debería de tratar mal. Ella comenta que nunca vio maltrato entre sus padres y que por eso no estaría dispuesta a vivir algo semejante.

No obstante, su experiencia más cercana en relación a la violencia contra las mujeres es sumamente dolorosa. Recuerda que una de sus hermanas mayores desapareció con su marido en Córdoba después de tener a sus gemelas y no saben nada de ella desde hace treinta años. Para ella y su familia esta desaparición obedece a la violencia que vivía con su esposo, por lo que han llegado a pensar que su hermana ya está muerta. Esta terrible ausencia, junto con lo que todos los días observa en relación con la situación que viven las mujeres en su municipio, parecen haberla desencantado de la vida en pareja; pero sobre todo le permiten apreciar su tiempo libre, su facilidad para viajar y hacer lo que su trabajo requiera.

Es una mujer sonriente y muy activa, vive en la casa que habitó siempre con sus padres, al lado de otra de sus hermanas y su cuñado. Su casa está llena de árboles frutales y su terreno de siembra se encuentra a cuarenta minutos a pie. Es un lugar muy verde y con mucha agua; tuvo ocasión de verla cuidar amorosamente a sus gallinas, mientras dos perros y un gato le seguían los pasos. En la entrada de su casa un altar con imágenes religiosas, las fotos de sus padres y los diplomas que certifican su labor en la iglesia y en el IMSS-O parecen dar cuenta de los ejes de su mundo de vida.

Sobre el PDHO, Francisca manifiesta que puede ser un apoyo para la gente que, como ella, trata de ahorrar e invertir los recursos. Su papel como beneficiaria y como asistente rural de salud la coloca en una posición en la que puede convertirse en botón de muestra de lo que debe ser una “buena beneficiaria” y en el que puede aconsejar a “su gente” sobre la utilización que deben tener los recursos:



Lo bueno del Programa es que sí me están apoyando, aunque no mucho, pero sí me están apoyando. Le digo a mi gente que hay que apoyar al Programa y también ahorrar un poco. Que compren animales para criar para que tengan y responden, ‘Ay, no tengo terreno, ay donde lo voy a dejar y no tengo nada.’ Siempre hablan de eso. Aunque sea un pedacito hay que sembrar algo, algo donde no lleve tiempo para que dé fruto... Aprovechen siembren plátano para vender, si alguien les da para chapear pues ahí tienen dinero, lo mismo que si quieres vender lo que te da la tierra, pues ahí tendrán un poco más de dinero y es para ti. Por eso ahorita la gente ya está sembrando. Sabe que hay gente que quiere comprar aunque no mucho, o para cambiar también se puede. Sí da, la tierra sí está viva, pero si nosotros no lo aprovechamos, quién te va a decir ‘aquí está.’ (7 de diciembre de 2012).

Francisca señala la importancia de buscar alternativas para aprovechar el recurso de Oportunidades. Aunque señala la insistencia de la gente en referencia a la falta de tierra, enfatiza que siempre se puede hacer algo, que siempre hay un producto que intercambiar o que se puede “chapear” el terreno de otra persona para tener un ingreso. En esta visión es posible notar que para Francisca no hay excusas para no aprovechar cualquier alternativa para cultivar alimentos para el autoconsumo y mejorar la dieta, incrementar los ingresos y mejorar así las condiciones de vida. Las recomendaciones que le hace a “su gente” parecen mostrar la centralidad que tiene el cultivo de la tierra, los productos naturales y su papel como asistente, pues de inmediato comienza también a relatarme los problemas de salud que enfrenta la comunidad y el esfuerzo que le ha implicado convencer a las personas sobre cómo mejorar la alimentación, la salud y el saneamiento básico:

Los problemas que tengo sería el de alimentación, saneamiento... Sí tienen letrina pero [con] pozo de tierra, nada más [son] algunos que ya tienen su letrina de piso, otros que ponen palos así (atravesados)... Antes como quiera, no les importaba, que tal si de repente se cae para dentro (risa)... Me ha costado mucho decirle a la gente, piensan que si tienes letrina es porque eres rico o no sé, pero les digo que no, no somos ricos (7 de diciembre de 2012).

En los problemas que ella refiere, destaca que reconoce como una resistencia de la población el hacer una letrina para no parecer “ricos”. Lo que pone en juego la categoría de pobres y ricos como una dicotomía en la que el PDHO parece exigir la prevalencia de la pobreza para obtener y conservar el Programa, al tiempo que las instituciones de salud exigen hábitos que la gente asocia con mejorar sus condiciones de vida y, por ende, con la riqueza; como es el caso de tener letrinas. Sobre la alimentación, comenta que las mayores dificultades que ha tenido consisten en hacer entender a las personas la importancia de incluir a su dieta diaria la carne, pues dice que las personas le argumentan que no son “tigres para comer carne todos los días”. Este elemento revela cómo el fomento de ciertos menús considerados saludables por las instituciones de salud, promueve el consumo de alimentos y porciones diarias que resultan ajenas a los hábitos alimenticios de las comunidades, además de tener costos prohibitivos y no estar fácilmente disponibles.

Frente a estas dificultades para trabajar y convencer a la gente y la mínima gratificación económica que percibe, una pregunta obvia que surge es: ¿qué es que la podría estar motivando para que siga como promotora de salud de su comunidad?

Decimos con los compañeros, ¿por qué no nos salimos? Pero nuestro pueblo se chinga ahí solito, pero quién va decir yo... Pero si volvemos a pedir cooperación nos chingan... Luego que porqué los asistentes andan pidiendo dinero... Ya me iba a salir, pero pobrecita nuestra gente, ¿a dónde va ir si ya nos tiene confianza? (7 de diciembre de 2012).

El fragmento anterior nos permite identificar que entre los motivos por los que Francisca sigue trabajando voluntariamente como asistente, está su percepción de las necesidades de su pueblo en este ámbito, su disposición de seguir trabajando de manera gratuita dando servicio a su comunidad, el reconocimiento de que no es fácil que otras personas las quieran substituir y la confianza que su gente ya le tiene a ella después de ocho años de desempeñar esa función.

Además, Francisca alude a algunas de las principales problemáticas que enfrentan las y los asistentes con relación a la gratificación insignificante que reciben, por un lado, y las múltiples y demandantes actividades que tienen que realizar sin apoyos, por el otro. Muchos asistentes recurren a la solicitud de cooperaciones para sacar copias, ayudarse con los traslados y/o comprar material para los talleres de autocuidado. Estas cooperaciones, si son denunciadas por la población con el personal de la UMR o de la supervisión, son sancionadas, llegando hasta el punto de la destitución del cargo, según la gravedad del caso.

Francisca argumenta que en esas circunstancias nadie va aceptar tomar su lugar si ella lo abandona. Así, a pesar de las dificultades, considera que ayuda a su comunidad y que eso justifica su esfuerzo. En relación con ello, es necesario recordar que la unidad médica de la que depende la casa de salud de Loma Grande es Río Sapo, que para el tiempo de la entrevista se encontraba sin personal médico. A este respecto, Francisca expresó su esperanza que ahora sí, el siguiente médico cumpla con lo que a ella le parece fundamental:

Necesitamos un médico amable, cariñoso, que te venga a visitar... cualquiera que tenga el cariño de las pacientes... que nos de explicación bien, que nos pregunte, que si no le entendemos, nos diga... El doctor que nos apoye, que nos diga que es lo que no entendemos... Pero no nos dicen... No le gusta aquí la sierra o no le gusta trabajar o no le gusta cómo vivimos, qué comemos... Aquí es la sierra, es otro rollo que la ciudad. (7 de diciembre de 2012).

Para ella no importa si el médico es hombre o mujer o si habla mazateco, lo fundamental es su disposición con la población y el compromiso de apoyar y atender las dudas del personal comunitario. Concluye que el personal se va rápido porque no le gusta la sierra, porque todo es diferente de la ciudad, porque rechazan cómo viven, cómo comen y, me atrevería a añadir, hasta cómo sueñan en Chilchotla.

### 5.1.3 ¿Quién es el indígena?

Cuando en la entrevista llegó el momento de preguntar cómo es una comunidad indígena, Francisca con la simpatía que la caracteriza me respondió:

Esa palabra yo también quiero preguntarle, porque a mí en Huautla, cuando tuvimos unos talleres de los párrocos...y dicen que son sobre los indígenas... Y otros nos dicen que, 'porque nos llaman indígenas...que qué quiere decir indígena, que los indios son otra gente...' Porque dicen que se pronuncia indígena, pero como yo no sé, no tengo más estudios... Yo no sé lo que quiere decir, "los indígenas". Pero, lo que me comentaron, que lo que es un indio es otra gente, que es más morenos y gordos y así...Otra raza dicen que son los indios...yo no sé lo que significa que es indígena. Los sacerdotes dicen que los indígenas es que nunca se pierde la cultura realmente hasta cuando te mueres (7 de diciembre de 2012).

Es así que la respuesta de Francisca otra vez identifica al indio como "el otro" pero lo hace poniendo en juego dos categorías, cuyo significado parece contradictorio y en donde además aparece la influencia ideológica de la Pastoral Indígena de la Iglesia católica en la que fue formada. Por un lado, el indio como una raza atrasada, morena y gorda y, por otro, el indígena que resurge como un referente cultural. Una distinción que parece permitir separarse del indio como una raza inferior y revalorarse como indígena, rebautizarse en una categoría que a los ojos de esos sacerdotes ya no contenía una carga peyorativa; aunque para Francisca esto no dejara de representar algo sumamente confuso:

Todos hablamos el mazateco, todos son indígenas... el día de todos los santos es indígena. ¿Somos indígenas porque somos mexicanos? ¿Por qué? ¿Todos los de Oaxaca son indígenas? Un sacerdote que es de Tehuacán, de Puebla también le pregunté, '¿por qué, padre, dicen también que somos indígenas?...- ¿No todos somos indígenas?- [respondió] ¿Pero dónde nació? Porque somos de la raíz, a poco no tienen la misma historia, una leyenda? (7 de diciembre de 2012).

Como se aprecia, Francisca se ha dedicado a preguntar sobre este tema a todos los actores con los que el tema se hace presente, sobre todo aquellos que ella considera "ilustrados", "educados", obteniendo toda clase de respuestas: todos somos, yo no soy, ustedes son e incluso hubo quién le comentó que ni ella, ni su hermana eran indígenas porque tenían la piel clara. Ahora el acertijo estaba de mi lado, qué podría responder al cuestionamiento de Francisca. Muchas personas habían tratado ya de categorizarla, de diferenciarla del resto, qué podía aportar yo a ese cúmulo de experiencias y respuestas previas que Francisca compartía. Traté de contestar dando algunas referencias históricas de cómo se ha conceptualizado al indio o al indígena en México, pero en el diálogo ella me seguía sorprendiendo haciendo referencias al periodo antes de la llegada de los españoles, a la forma en la que su padre le contaba que sus antepasados habían venido de Veracruz y muchos elementos en el que se iba complejizando la posibilidad de dar una respuesta unívoca a esta pregunta, pues ese diálogo en sí mismo evidenciaba la

multiplicidad de significados que se ponían en juego. Al final, lo que me quedaba claro era que después de tantos años indagando, Francisca concebía lo indio o lo indígena como categorías nebulosas, cuyo significado “verdadero” debería ser explicado por alguien de fuera y no desde un referente comunitario.

Francisca ha sido intermediaria cultural desde muchos ángulos, reinterpretando el catecismo católico, consolidándose como promotora naturista y desde hace ocho años como asistente rural de salud. Su trabajo en el ámbito de la salud permite explorar el modo en que acomoda, reacomoda y asimila sus múltiples referentes para desempeñar su actual labor con el IMSS-O:

Aquí curaban de naturistas, mi mamá usaba guaco para la calambre...si tiene dolor de panza, le mezclan aguardiente...y cuando tienen diarrea, se le da camote de conejo... si siente que tienen lombrices, se les da te de epazote...Cuando yo tenía como cinco años vino un doctor de Temascal en donde estaba la supervisión del INI, llegó a darnos ese que parece como leche blanca, con ese se toma para los bichos, cuando ya tomábamos parece que estábamos borrachos...Yo no tomo ningún medicina hasta ahora (7 de diciembre de 2012).

Francisca recuerda que el medicamento que le dieron para la desparasitación le provocó muchos malestares y que todos los niños de su comunidad que tomaron aquella leche blanca tuvieron que regresar lentamente a su localidad porque parecía que andaban “borrachos”. Experiencia remota y desconcertante en la que Francisca basa su desconfianza en los medicamentos de las instituciones públicas de salud, pero al mismo tiempo identifica que en el caso de padecimientos graves la falta de servicios médicos implicaba recorrer largas distancias: “Antes no hay doctor ni nada, puro sufrir, si había una enfermedad grave tenía que ir hasta Tezonapa.” (7 de diciembre de 2012).

Su trabajo como promotora de salud en la Iglesia la llevó a difundir la elaboración de medicamentos con plantas medicinales basados en los conocimientos de las comunidades en relación con la atención de enfermedades; cuestiones que nunca le fueron ajenas porque su madre era la persona de la comunidad que, antes que ella, se dedicaba a curar mezclando sus saberes tradicionales con las indicaciones de un médico naturista. Es así que Francisca no hace referencias a los nombres de medicina indígena o medicina tradicional, sino que engloba todos los modelos alternativos con los que se ha familiarizado como “medicina naturista”:

Decía mi mamá...como yo no tengo dinero para comprar medicamento, por eso siembro mis cosas, para naturista. Ella nos curaba, su mamá de ella, y nos curaba, también venía un doctor de Tuxtepec que era naturista (7 de diciembre de 2012).

Una experiencia significativa que inauguró su labor en el área de la salud ocurrió cuando cumplió 17 años. Como la suya era una familia donde las mujeres se dedicaban a curar, ella comenzó a interesarse en estas actividades y las personas comenzaron a identificarla como

alguien que podía curar:

Un doctor que vivía aquí y era de Monterrey me enseñó como inyectar con una naranja; así un día me vino a buscar una señora para que fuera a inyectar a su mamá para el calambre, yo no creí que fuera parto y ya vi que la señora está gorda...y ya en el suelo su sábana y su cobija...-¿qué está pasando señora?- Ni mi mamá, ni mi hermana me explicó cómo nace bebé, pero no estaban...Sólo mi abuelita me había dicho, ‘si te va a tocar un día, si una señora no sabe cómo salir su bebé, búscale un paño y amárrale.’ Así le hice, y la señora rapidito se puso de rodillas y luego ya se cayó el bebé y luego le puse una inyección para la placenta y luego ya llegó el doctor, ‘¿qué haces, pero si apenas te había enseñado a inyectar?’...Hasta la señora me regaló a su bebé y yo le dije no, yo tengo miedo, qué me va a decir mi familia (7 de diciembre de 2012).

Atender este parto y el cuidado de su padre que para ese entonces había tenido una crisis diabética fueron aspectos decisivos para lo que ha sido el papel de Francisca en su comunidad, una posición en la que ha representado a diferentes instituciones que han conjuntado y, al mismo tiempo, confrontado sus saberes y referentes comunitarios; dando lugar a que en su práctica como asistente rural se pueda observar una reproducción de los discursos en torno a la salud del IMSS-O, al tiempo en que siguen presentes recomendaciones sobre el uso de plantas y alternativas de atención a la salud que pueden considerarse tradicionales.

En relación a ello, los aportes de Zolla (1986) definen el “modelo real de atención” como aquel proceso caracterizado por la mezcla de diferentes tradiciones terapéuticas insertas en lo que se reconoce como la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica. Sincretismo que caracteriza las prácticas médicas de actores sociales como Francisca, cuyos mundos de vida se hallan atravesados por su dedicación al ámbito de la salud a través de referentes múltiples.

#### **5.1.4 Los talleres de autocuidado como práctica escolar**

Francisca lleva ocho años impartiendo los talleres en un espacio techado que se encuentra a un costado de la casa de salud. Comenta que cuando fue nombrada asistente, le entregaron un paquete de libros que sería su referencia para la implementación de estas actividades:

Lo primero que hicieron los doctores [y] las enfermeras [fue que] nos dieron un paquete de libros ya ahí viene para dar talleres. Y como nosotros no entendemos, ni el doctor nos explicó... Ya me fui leyendo y, de lo mismo que ya tengo en mi cabeza nada más les estoy sacando, que sea la verdad... No vaya a decir la gente que soy chismosa, pues papelito habla (7 de diciembre de 2012).

Ella destaca que nadie le explicó cómo dar los talleres y que se ha concentrado en leer sus libros para que siempre haya un fundamento en la información que le va compartiendo a la gente de su comunidad. Señala que un par de veces los han citado a capacitación a Tuxtepec, pero que no les han entregado material impreso que puedan consultar después y que reciben información

contradictoria con respecto a quiénes son los responsables de elaborar algunos formatos institucionales: “Nos dijeron ahí en Tuxtepec que nosotros no debemos rellenar los papeles, pero nosotros los rellenamos, porque nosotros estamos sacando la cabeza” (Nov 2012). Francisca pone en evidencia la falta de claridad en cuanto a las atribuciones y responsabilidades en el llenado y la actualización de los registros de los documentos que certifican la asistencia al PDHO, en donde parece no estar claro si deben ser ellos o el personal de la UMR los responsables de su llenado. En esta controversia Francisca está a favor de asumir la responsabilidad del registro porque son los asistentes los que programan y realizan los talleres de autocuidado. Esta última cuestión no es trivial, considerando que al final de cuentas los registros avalan la entrega de los recursos del PDHO cuando se trata de certificación de asistencias.

Por otro lado, esta asistente también nos muestra el panorama complejo y hasta complicado que implica la elección de temas que le toca impartir en los talleres. Me comenta que recientemente le han informado que se deben impartir los talleres por grupo de edad y por sexo, cuestión que le ha implicado diversos retos, algunos de los cuales me compartió:

A los señores ya les estoy dando de embarazo y de planificación... No se enojan, nada más me escuchan, pero yo quiero la respuesta de qué les gusta y qué no les gusta. Yo siento que a los hombres no les gustan porque dicen, ‘¿Por qué nos está diciendo [a nosotros]?’ Pero yo ya sé que les voy a contestar: que es por bien por [sic] ellos, si su bebé nace bien están contentos; si se muere o se muere su mujer pues no... Ya les puse a los hombres un paño, una piedra algo que pesa, ya se cansó, se cansa rapidito y la mujer ¿A poco un ratito se pone a su bebé? ¡Nueve meses carga a su bebé! Si quieren trabajar con el Programa Oportunidades, van duro... De plano digan si no quieren, ¿no? (7 de diciembre de 2012).

En su relato, Francisca describe una actividad que de manera ingeniosa ella estuvo impulsando con los hombres en los talleres de Embarazo y de Planificación familiar: Cargar pesado con el propósito de mostrar lo que significa para las mujeres estar embarazadas. En su relato parece que los hombres han aceptado acudir—si no participar—a los talleres cuando se les convoca; aunque señala que permanecieron callados. Asimismo, Francisca destaca que les dejó claro a los señores que las mujeres trabajan muy duramente:

Ya les puse cuánto trabajo hace la mujer y cuánto el hombre. ‘No’, dicen, ‘nosotros los hombres sufrimos mucho, todo el día trabajamos y que la mujer nada más está en la sombra, en la casa.’ Les digo: ‘¿Quién te dijo eso?’ Y contestan: ‘Pues, nosotros decimos.’ Y ya les di su tallercito. Les dije: ‘En su cuadernito, anótenme cuánto trabajo hace su mujer y cuánto los hombres... Cuando una mujer está en su casa hace mucho trabajo y los hombres regresan de su trabajo y ya descansan o van a la tienda a divertirse. Regresan, quieren comer, quieren cenar.’ Y les puse al revés: ‘hay señoras que quieren andar en la calle y pobrecito el hombre, va al campo y no le hacen comida.’ (7 de diciembre de 2012).

La actividad que Francisca relata se encuentra incluida en el tema Género y Salud del manual

de talleres comunitarios del IMSS-O. Su interpretación de esta actividad es interesante y novedosa, ya que pone en juego las tensiones que pueden presentarse no sólo en relación a las mujeres que trabajan “más” que los hombres, sino de aquéllas que no cumplen con las responsabilidades que se supone son propias de su condición de mujeres en la comunidad. Esta innovación por parte de Francisca con respecto a lo que plantea la guía, le permite asumir una posición de neutralidad objetiva y ecuánime frente a su grupo de beneficiarios varones, lo cual le da una mayor autoridad con ellos. Que ella ejerza autoridad, de por sí se refleja en su capacidad de convocatoria con ellos.

Francisca procede con su relato y me comparte sus representaciones en cuanto a los conflictos prevalecientes en su comunidad en referencia a las relaciones de género y las razones posibles subyacentes a estos conflictos:

Yo les digo, ‘dicen que hay mujer que no hizo nada, como anda en la calle...hay mujeres que luego me dicen cómo ustedes se molestan...’ De violencia, ahí vienen los problemas familiares: Hay mujeres que no quieren hacer nada y hay hombres que no quieren hacer nada de la comida, con sus niños peleaban, nada más a unos tratan con cariño, a otros no, no. Me dicen, ‘¿cómo lo sabes?’ ¡Si los conozco! Tengo televisión y estoy vigilando, porque yo sé lo que está pasando y ya más que ahora que en la tele pasa con Rocío (7 de diciembre de 2012).

El diagnóstico que hace ella de las causas que generan la violencia al interior de las familias es revelador en múltiples sentidos. En primer lugar y retomando de alguna manera la visión de la complementariedad y reciprocidad en los roles de género que, según ciertos autores (véase, por ejemplo, Julián Caballero, 2002), prevalecen en las familias indígenas oaxaqueñas, Francisca identifica que un desequilibrio o incumplimiento de las actividades que son responsabilidad específica de hombres o de mujeres deriva en conflictos, donde los niños terminan padeciendo las mayores consecuencias. En esta visión nuevamente prevalece la posibilidad de que ella se posicione como un juez imparcial por encima de las partes y, con eso, asuma y mantenga un papel de autoridad no controversial, tanto con las mujeres como con los hombres de su comunidad.

En segundo lugar, Francisca revela sus fuentes de información o conocimiento de las dinámicas familiares de su comunidad. Ella cumple con el papel de “vigilante” que tanto el PDHO como el IMSS-O le atribuyen; un papel de control y vigilancia que ha interiorizado, que le otorga poder en la comunidad a partir de su responsabilidad de llenar los registros de asistencia para el PDHO (Sesia, 2001) y que cumple estando atenta a todo lo que sucede en diversos espacios de la vida comunitaria. La segunda fuente importante de información es la televisión, con sus programas mediáticos que conductores realizan sobre los asuntos y las dinámicas familiares que, del ámbito de lo privado, la televisión expone públicamente para alimentar y

satisfacer el morbo de los televidentes. Según Francisca, este programa le permite tener una mejor visión de lo que sucede en las familias; a nosotros nos permite entender la influencia que las cadenas televisivas tienen en relación con la difusión de una particular interpretación de lo que son los derechos de las mujeres.<sup>115</sup> Influencia que no es menor, en tanto más de una mujer en Chilchotla se refirió a estos programas relacionándolos con el derecho de las mujeres de vivir sin violencia.

Otro tema que Francisca ha considerado medular en la educación de la salud que ella promueve a través de los talleres, ha sido el de prevención de adicciones. Menciona que es un asunto que le preocupa y que comenzó a trabajarlo con las beneficiarias y con los adolescentes el año pasado motivada por lo que observó que sucedía con unos jóvenes de su comunidad:

El año pasado ya fumaban, inhalaban *thinner*... Son varios chamacos que los vi acá en la loma... Ya cerca de Todos Santos me encontré otra vez a cuatro jóvenes en la loma. Tengo un sobrino que va junto con ellos, va en la secundaria y ya huele con ellos... Llego donde tenemos la casa de salud, ahí estaban... Es gente de Río Sapo y buscan a los chamaquitos y los chamaquitos piensan qué es cigarro, de “ese” cigarro. Por eso les di el taller sobre la droga (7 de diciembre de 2012).

Ella afirma que este taller tuvo resultados porque los jóvenes de Río Sapo ya no llegan a fumar marihuana o inhalar *thinner* con los jóvenes de su comunidad, aunque le parece que las autoridades de Río Sapo deberían intervenir en el asunto. Comenta también que hizo un taller con las señoras para que estuvieran al tanto de lo que sucedía con sus hijos:

Ya parece que los chamaquitos parece que ya se les está quitando, no se juntan con ellos y casi ya no vienen. También les empecé a dar su taller a las señoras que cuiden a su hijo, y más peor si va a pasar algo, sigue la droga y hasta las niñas van agarrar también. Porque dicen que así pasó en Río Sapo el año pasado, por eso pasa eso que dicen violación, pues ya no sabes lo que estás haciendo, porque ya la cabeza esta “loca” (7 de diciembre de 2012).

En este fragmento Francisca revela los peligros que para ella son inherentes al consumo de drogas y la percepción de que Río Sapo—la comunidad vecina más grande y por lo tanto identificada comparativamente como la fuente del problema—es un lugar en el que ya están presentes los problemas de la ciudad. Su perspectiva reconoce en la inserción de las niñas al consumo de drogas como un asunto doblemente peligroso, en tanto la violación se configura como un fenómeno que aparecerá siempre que los hombres pierdan la cabeza por cualquier sustancia.

En lo referente al taller en el que pude estar presente, Francisca me adelantó que algunas de

---

<sup>115</sup> Cabe señalar que estos programas televisivos utilizan discursivamente una reivindicación acerca del derecho a la mujer a no ser violentada, al tiempo que la responsabilizan de no “abrir los ojos” y hacer lo necesario para hacer valer eses derecho. De modo que al final, siguen favoreciendo los roles tradicionales de género al lucrar, en una suerte de circo romano, con las manifestaciones de violencia más explícitas y brutales en contra de la mujer.



las beneficiarias fueron a buscarla para que les ayudara con lo que les había dejado de tarea en la sesión anterior:

Ayer me vino [a buscar] una persona que va a participar [en] su taller sobre el diagnóstico de salud, que no le queda la cabeza, dice: ‘Tenemos la duda, no entendemos lo que dicen los papeles.’ Ya la apoyé en mazateco, ‘ustedes van a sacar la cabeza como le entienden.’ Dijeron, ‘pero no sabemos qué cosa es, la palabra diagnóstico.’ ‘¿Qué no le entienden?’, yo le dije, ‘yo quiero más experiencia para ustedes, cómo le dicen, cómo le piensan, casi no le entendemos porque cuando yo tengo un síntoma, yo soy paciente tú me vas a decir cómo te sientes...pues así me pasa a mí, luego no entiendo, pero apóyeme también.’ Se nos gasta mucho el cerebro, los doctores piensan que somos igual, que estudiamos (7 de diciembre de 2012).

Las dudas de Francisca y de las beneficiarias me permitieron prever que este taller resultaría especialmente confuso para todas. Francisca me dijo que les había dejado de “tarea” una de las actividades que se incluye en el manual para revisarlo en esta sesión. Me comenta que no era una actividad sencilla, pero que quería que las beneficiarias vieran que los talleres eran difíciles y que ella pasa mucho tiempo leyendo para poder entender. Durante la consulta de las beneficiarias, Francisca insistió en que le interesaba que ellas manifestaran lo que entendían como diagnóstico, poniendo como ejemplo que el diagnóstico puede ser lo que el médico interpreta cuando el paciente enlista sus síntomas. Al final, me compartió que para ella también era difícil entender porque los manuales parecen estar hechos para personas que estudiaron, “como si ellas fueran iguales que los médicos”.

Este argumento permite recordar a Freire cuando enuncia que los oprimidos “terminan por convencerse de su ‘incapacidad’. Hablan de sí mismos como los que no saben y del profesional como quien sabe y a quien deben escuchar” (2005:65). Francisca ubica a ella y a las personas de su comunidad como las personas que no saben, en contraste con las que sí estudiaron como personas que ostentan conocimiento, sabiduría y entendimiento; cuando en realidad resulta bastante clara la falta de pertinencia de los manuales.

Durante el trabajo de campo pude constatar que el personal que realmente se ocupaba de leer los manuales, las guías o cualquier otro material para dar los talleres, era el comunitario; lectura que, sin la capacitación y la sensibilización que la normatividad señala, se convierte en un ejercicio complejo, laborioso, demandante y, a veces, hasta desesperante para ellos.

A diferencia del resto de los talleres a los que asistí, Francisca maneja unos libros de contabilidad donde se encuentran los nombres de las beneficiarias y antes de cada taller todas pasan a firmar a la casa de salud, para después ubicarse en el espacio techado donde se realiza la actividad. El proceso demora un poco más de media hora: cada señora pasa, Francisca busca su nombre y firma o pone su huella con el cojín de tinta que la asistente dispone para ello. Durante este pase de lista, algunas señoras intentan justificar la falta de otras, pero Francisca insiste en

mazateco que cualquier permiso se lo tienen que pedir directamente. Este pase de lista, aunque es tardado, le permite a Francisca que cualquier controversia que se origine por alguna falta en su certificación de asistencia del PDHO pueda ser aclarada mediante la revisión de estos libros.

Aquella tarde, después de terminar de pasar asistencia, Francisca y yo nos ubicamos en el espacio destinado para la realización del taller. Alrededor de treinta y cinco señoras se dieron cita en este lugar, sus sillas estaban acomodadas como en un aula y un tablón sobre una base servía de mesa para que la asistente pusiera sus manuales y el rotafolio. Las mujeres me miraban con curiosidad, hasta que Francisca me presentó en mazateco a las titulares<sup>116</sup>. Después, me pidió que me presentara con ella, yo les comenté el propósito de mi visita y Francisca tradujo al mazateco mis palabras, agregando algunos detalles que es importante analizar:

Ella quiere decir que quiere ver nuestro taller, que si nos está ayudando y cómo nos ayuda el Programa Oportunidades. A eso es lo que viene ella. Por eso, yo les decía prepárense, porque de repente van a llegar a vernos. Yo creo que ella lo va a escribir por eso está haciendo las entrevistas y pues qué le vamos a hacer porque la gente de gobierno cuando ya estudian, cuando ya terminan, ya los mandan a los lugares porque ella está estudiando la escuela y después las mandan. Ella viene a ver la plática, que cómo los doy, que cómo se dan los talleres. Y es lo único que viene a hacer, no va a decir nada, nada más viene a ver, pero si le quieren decir algo, se lo pueden preguntar. Si ustedes quieren, ella también les va a poder decir que no tiene nada de malo que ustedes pregunten, porque yo ya le dije como doy mis talleres y de cómo estamos trabajando, de quiénes son los que trabajan y porqué hay varios que no cumplen. (Traducción del mazateco, 7 de diciembre de 2012)

Francisca me presenta como una “persona estudiada” que tiene la encomienda del Gobierno de escribir y “supervisar” cómo se imparten los talleres. Mi presentación le daba credibilidad a los comentarios de la asistente en relación a que algún día alguien llegaría a vigilar lo que sucede con el PDHO. En estos años, nadie había acompañado la realización de los talleres, por lo que mi presencia y el que yo no participara activamente en la sesión, parecía confirmar esa advertencia.

Después de esta presentación, se dio inicio a las actividades del taller. Francisca pidió a los equipos que pasaran a presentar su información. Cada grupo presentó sus esfuerzos por explicar lo que significa el “diagnóstico de salud”. Se trataba de un enunciado indescifrable contenido en el manual que cada grupo interpretó de distinto modo, sin que ni Francisca ni, menos, yo, pudiéramos adivinar con claridad lo que se esperaba de aquella actividad. En el manual, el tema parece tener el propósito de generar una reflexión para que la comunidad identifique los

---

<sup>116</sup> Los talleres de Francisca siempre se desarrollan en mazateco, por lo que los detalles que presentan a continuación se basan en observaciones registradas en el diario de campo y en la traducción posterior de la grabación de audio del taller.

problemas de salud más recurrentes. En el taller anterior, Francisca había organizado a los equipos y les había dictado las preguntas para que expusieran en esta sesión<sup>117</sup>.

Todos los equipos dieron lectura a un rotafolio de papel bond blanco con las preguntas y respuestas escritas con plumón en español, para después hacer breves explicaciones en mazateco. Las preguntas eran: ¿Qué entendemos por diagnóstico de salud?, ¿por qué es importante participar en la elaboración de un diagnóstico de salud?, ¿qué esperamos del diagnóstico de salud?, ¿qué nos interesa conocer?, ¿qué alternativas de solución propongo? y ¿qué puedo hacer para mejorar la salud de mi comunidad?

Cuando el primer grupo se animó a pasar, Francisca les pidió que pasaran al frente todas las titulares que formaron parte del equipo, pero no todas quisieron pasar. La señora de mayor edad del grupo se quejó diciendo que ella no debería pasar porque le habían dicho que nada más iban a pasar las que tienen hijos. Esta mujer estuvo desplegando así una práctica de micro-resistencia (Scott, 1985), sobre la base de su interpretación de quiénes deben de tener mayor responsabilidad de cumplir con las obligaciones impuestas por el PDHO. Al mismo tiempo, se me hace revelador que, durante el desarrollo del taller, nadie de las asistentes llegó a cuestionar la temática del taller o la actividad en sí misma, por más absurda o incomprensible que pareciera. Ni la misma Francisca lo hizo, ya que estuvo adjudicando las confusiones que se generaban en torno al tema, a la falta de escolarización de ella y de las beneficiarias y no a una falla del manual o de su interpretación de lo que el manual dice que habría que hacer.

Ante la controversia suscitada por aquella mujer mayor, Francisca señaló que tenían que pasar todas pero la señora insistió en que no pasaría porque no tenía hijos y señaló a otra mujer diciendo que ella le había dicho que no tenía que hacer nada. Durante unos minutos siguió la controversia, hasta que una de las señoras simplemente comenzó la exposición diciendo que esperaba que entendieran lo que ellas encontraron qué era el diagnóstico de salud.

Para el primer equipo el diagnóstico de salud es lo que los médicos hacen cuando las personas asisten a consulta y comentan qué es lo que les duele. La señora que da lectura a este enunciado agrega en mazateco que hay enfermedades que tienen curación y otras que no, pero que ellas ya saben más o menos de qué enfermedad puede tratarse porque les dan las pláticas. Con respecto

---

<sup>117</sup> Este taller muestra muchas de las dinámicas sociales complejas y contradictorias que pueden darse en estos espacios. En particular, refleja las tensiones, contradicciones y cargas de trabajo que implica un nuevo modelo de enseñanza-aprendizaje identificado por esta asistente rural como un modelo donde la gente tiene de manera algo contradictoria, “la obligación de participar más”. Por estas razones, se describe con todos sus detalles.

a la pregunta de por qué es importante participar en la elaboración de un diagnóstico de salud, otra de las señoras del equipo lee “es importante porque de ahí nos damos cuenta si existen enfermedades que uno no lo sabe, es importante por no tener enfermedades”. Al traducir al mazateco la señora agregó que el “diagnóstico” es importante para saber si tenemos una enfermedad y poder buscar qué hacer con nuestro cuerpo para ayudarlo.

En lo que se refiere a la pregunta de “¿qué esperamos del diagnóstico de salud?”, otra beneficiaria leyó en castellano: “esperamos que el resultado sea positivo” y en mazateco agregó que es como cuando nos sacan sangre y esperamos si sale bien o mal. Sobre la pregunta de “¿qué nos interesa conocer?”, otra mujer leyó “interesa ver cuando una persona está muy enferma” y agregó en mazateco que cuando sean casos graves, se le tiene que avisar a la asistente para ayudar a la gente porque al final de cuentas ella tiene las funciones de un médico porque puede ayudar a la gente. Comentario que nos muestra el papel y la autoridad que ejerce Francisca en su comunidad.

Para responder al cuestionamiento “¿qué alternativas de solución se proponen?”, otra mujer lee: “proponemos cuidar nuestra vida ser más cuidadosos en enfermedades fuera de la ciudad para no contagiarnos enfermedades peligrosas por ejemplo como el sida o infecciones.” Aseveración que muestra cómo la ciudad se percibe como una fuente externa de contagio y peligro. La misma beneficiaria lee la siguiente pregunta con la respuesta correspondiente “¿qué puedo hacer para mejorar la salud de mi comunidad?” “Es importante mejorar la salud de adolescentes porque se dañan drogándose, siendo un alto riesgo de salud se dañan ellos mismos por eso es necesario cuidar nuestra comunidad”. Respuesta a la que agregó en mazateco que es importante decirles a los hijos lo que está pasando ahora, cómo descomponen su vida los niños, por lo que es bueno que ellos vinieran a los talleres, así como los hombres y las mujeres. Con este mensaje, concluyó la exposición de este equipo.

Antes de pasar al siguiente equipo, Francisca preguntó a las beneficiarias si estaba bien o mal lo que habían dicho las señoras, pero nadie añadió algo al respecto por lo que pasó al frente el siguiente grupo de señoras. Los siguientes equipos expusieron con argumentos similares al primero, identificando al diagnóstico de salud como la enfermedad que padece una persona y lo importante que es el diagnóstico “para saber si tenemos enfermedades”.

Se comentó que es importante conocer las necesidades de la comunidad para prevenir enfermedades y que como soluciones se proponían que no se abandonaran las comunidades y que deben ser visitadas más seguido por el personal de salud. Al terminar uno de los equipos, Francisca les preguntó si todas habían hecho el trabajo o nada más una, a lo que contestaron que

todas habían trabajado, porque ellas sí se entendían y porque sabían que es importante recoger la basura.

Uno de los equipos sostuvo una larga controversia para determinar quién iba a leer el rotafolio. Convencieron a una de las señoras que tenía dificultades para leer pero, ante la insistencia de sus compañeras, leyó entrecortadamente las primeras tres respuestas.

Después de esta lectura, tardaron unos minutos en decidir quién continuaría leyendo, hasta que otra señora comenzó a hacerlo. Leyó que es importante conocer las enfermedades que diagnostica el médico, que es importante conocer las necesidades de la comunidad y que proponen organizar y participar en los talleres con el comité de salud. Para terminar, una de las mujeres del equipo preguntó a las demás si habían entendido, a lo que otra agregó que como su equipo era pequeño, no sabían si lo habían hecho bien.

El último equipo comentó que hicieron las cosas como las entendieron porque en su grupo no había muchas que supieran “*castid?*” y que no sabían si estaba bien o mal lo que habían hecho. En mazateco enfatizaron que si se tiene una enfermedad, no hay que esconderse y se tiene que decir al médico. Con respecto al resto de las preguntas destacó su insistencia en que hay que conocer las enfermedades de la comunidad para saber si están cumpliendo, o si hacen como hacen los niños y nada más se quedan ahí y no se les dice a la gente si nos pasa algo; por lo que sugirieron que hay que aprender lo que están enseñando los asistentes para saber cómo hacer las cosas, porque luego se olvida y no se cumple. Este equipo en particular parecía entender que las personas que no acuden a los servicios médicos cuando tienen alguna molestia están incumpliendo con los requisitos y las corresponsabilidades que exige el PDHO, por lo que para ellas este tema tenía el propósito de insistir en que acudir al médico es obligatorio.

En lo que se refiere a la importancia de conocer las necesidades de la comunidad, las señoras comentaron que hay que participar en los talleres y hacer lo que el Comité de Salud diga para mejorar la salud de la comunidad: quemar la basura, tener la casa limpia, hacer la limpieza diariamente y hervir agua, entre otras cosas. Otra señora agregó que, para hacer un diagnóstico, hay que ver cuáles son las enfermedades de hombres y mujeres para saber quiénes se están muriendo más. Dentro de las enfermedades más comunes de las mujeres las señoras mencionaron: cáncer de mama, hemorragia, diabetes, presión baja y presión alta, enfatizando que las mujeres tienen más enfermedades, lo cual posiblemente obedece al énfasis que hace el PDHO a que sean básicamente ellas las que están siempre pendientes de sus citas de control y para no perder los apoyos.

Finalmente, otra persona concluyó la exposición en mazateco diciendo que era lo único que

sabían y preguntando en español si estaba bien lo que dijeron porque ella saben muy poco. Después de las exposiciones, Francisca comentó en español que algunos asistentes rurales adscritos a la UMR de Río Sapo viajaron recientemente a Tuxtepec para recibir una capacitación sobre talleres comunitarios y diagnóstico participativo de salud. Comentó que no todos los asistentes rurales sabían hablar español y que la capacitación duró cuatro días. Agregó que el tema de diagnóstico estaba muy difícil y complicado y que las asistentes recibieron su taller sobre ese tema en español.

Señaló que estaba bien que las señoras “dieran” el tema porque así conocen más las enfermedades y, aunque las beneficiarias saben poco, su exposición les permitió saber de las enfermedades y que quizá con eso se cuidarían más. Continuó diciendo que lo mejor era que ellas expusieran los temas, cerrando su intervención en español con una frase muy elocuente: “Si ellas le echan las ganas, no se van a morir”. Este enunciado condensa la visión de la salud que se promueve desde el ámbito institucional, donde morir o no depende de echarle ganas; una imagen tan potente que desvanece cualquier dificultad que la gente pueda tener en el acceso o en la calidad de los servicios que recibe.

Posteriormente, durante media hora Francisca expuso en español y mazateco las láminas del rotafolio del tema de alimentación saludable durante el embarazo. Ella eligió este tema porque la semana anterior al taller, la promotora de acción comunitaria dependiente de la Supervisión del programa IMSS-O, tuvo una capacitación con el personal comunitario en Río Sapo e insistió en que se tenía que dar este tema. En el último año, la promotora ha acudido por lo menos cada mes a platicar con el personal comunitario por el caso de una muerte materna que se dio en una comunidad atendida por la UMR, lo que ha permitido que las y los asistentes de esta unidad tengan un espacio de retroalimentación más o menos constante, a pesar de la falta de personal médico en su unidad.

Durante su exposición, Francisca preguntó en dónde estaba la mujer embarazada que recientemente se había ido a vivir con su esposo a la comunidad. Me aclaró que se trataba de una joven mujer que había llegado a vivir ahí con su esposo, pero que procedía de una localidad que estaba bajo la jurisdicción de los SSO. Francisca quería expresar públicamente su preocupación acerca de que esta mujer no cumpliera con su control prenatal en Río Sapo. Enseguida enfatizó también que ahora la función que cumple la partera, Sebastiana (una mujer de ochenta años que estaba presente en el taller), es la de visitar a las embarazadas y entregar sus reportes al doctor.

Estas declaraciones parecían estar encaminadas a que la comunidad y yo tuviéramos clara la

prioridad que tenía el seguimiento a las mujeres embarazadas y que no estaba ya permitido que Sebastiana atendiera partos. Estas afirmaciones resumen la política que tiene el IMSS-O en la actualidad en su coordinación con las parteras, a las que, al menos en este municipio, se les tiene prohibida la atención de cualquier parto, bajo el argumento de que de ocuparse de ellos se les retiraría el apoyo económico que reciben de la institución.

Es así que Francisca fue desarrollando la exposición de las láminas del taller, ampliando la información en mazateco y haciendo aclaraciones como la anterior en español, que parecían ir dirigidas a mí. Su guía eran los cortos enunciados que contienen las láminas del rotafolio, así como su interpretación de los dibujos, con los cuales todas participaban adivinando a qué alimento hacían referencia.

### **5.1.5 El mundo de vida de Francisca y su práctica en los talleres**

Francisca se concibe a sí misma como una mujer independiente que tiene la voluntad y el compromiso de ayudar a su pueblo. Ella obtiene sus ingresos de la siembra de café y maíz en los terrenos que le fueron heredados por su padre, recursos que complementa con los apoyos del PDHO y la gratificación que obtiene de su labor como asistente rural. Su trabajo como asistente es el eje sobre el cual organiza sus actividades cotidianas.

Como se ha podido ver, su mundo de vida ha estado marcado por su dedicación al ámbito de la salud, sus referentes múltiples parecen condicionar una posición ambigua cuando se trata de elegir la medicina naturista y la medicina de las instituciones como el IMSS-O. Ella se emociona citando toda clase de plantas medicinales, hablándome de la importancia de sembrar nuestros alimentos, de recordar los cuentos de los viejos de su comunidad; pero al mismo tiempo la puedo ver advirtiéndole a la partera que debe convencer a las mujeres de trasladarse a Huautla para la atención de sus partos.

Para ella la escolarización es fundamental, lamenta profundamente no haber continuado con sus estudios, contrasta constantemente su situación con la de los jóvenes y niños de su comunidad y le parece que éstos no aprovechan los beneficios que, considera, ahora se tienen. Maestros castellanizados, tiempo para dedicarse a la escuela, acceso a otros niveles educativos sin necesidad de migrar y algo que parece ser definitivo para ella, ahora se cuenta con libros gratuitos para estudiar.

Su inteligencia y perspicacia la han llevado a cuestionar categorías con las que identifica a su comunidad, a su gente y a su persona; lo cierto es que entre más escucha, más parece convencerse

de que el “indio”, el “indígena” es un mote artificial que alguien de fuera se inventó. A pesar de que su formación eclesiástica podría hacernos pensar que se trata de una mujer rígida y de certezas espirituales, lo cierto es que también cuestiona el texto evangélico, reinterpretándolo del modo que considera correcto, llevando una vida de acuerdo a sus propios principios éticos. Está ávida de aprender y en su contacto con el personal médico e incluso conmigo no deja de plantear dudas y buscar explicaciones acerca de los manuales de los talleres y los formatos de registro que le son requeridos por la UMR.

Sobre las personas de la comunidad, tiene mucho que decir, le desespera que no siembren, que no críen animales, que no cuiden su salud. Todo el tiempo contrasta la vida de sus padres con las prácticas de sus contemporáneos. Sin embargo, parece no identificar que sus padres eran una de las parejas con mayor influencia económica en la comunidad, que tenían tierras, que podían contratar peones. Estas diferencias sustanciales están invisibilizadas por Francisca, que concibe a las personas que dependen de los apoyos del PDHO como sujetos pasivos que no tienen la visión proactiva que ella heredó de sus padres.

Con estos elementos de su mundo de vida podemos entender porque en su práctica en los talleres, le parece fundamental contar con libros o manuales en los que basarse. Para Francisca, la impartición de los talleres es una práctica escolar. Con sus pocos años de permanencia en el sistema escolar institucionalizado, ella parece reproducir una idea de la escuela profundamente tradicional y sumamente apegada a las conceptualizaciones de Rockwell (1997). Aquí vemos la fuerza que tiene la escuela como un referente material y simbólico que, de acuerdo a Viñao (2006), tiene la tendencia a replicarse en cualquier espacio que implique relaciones de enseñanza aprendizaje. Sin olvidar que sus años como asistente rural también han consolidado un proceso de formación profesional en el área médica, en el que ha sabido conjuntar sus saberes previos con los referentes de los Programas de la UMR, para privilegiar ciertos contenidos en la implementación de los talleres.

Francisca, fiel a su manual y confiada en que contiene saberes y actividades que deben ser reproducidas para mejorar las condiciones de vida de las y los beneficiarios de su comunidad, hace lo posible por seguir al pie de la letra lo dictado en él, aunque lo que ahí se enuncia le parezca a veces incomprensible. Apoyándose en su liderazgo comunitario y en su prerrogativa de poner las asistencias de Oportunidades, parece conseguir que las beneficiarias hagan toda suerte de malabares para tratar de dar cumplimiento a las actividades incluidas en los diferentes temas que los manuales abarcan. La dinámica de exposición en la que estuve presente está de algún modo sugerida por el manual y se reforzó por la experiencia que tuvo Francisca durante



una capacitación que recibió en Tuxtepec donde las y los asistentes rurales exponían los contenidos frente al grupo.

Recordé entonces el sinnúmero de capacitaciones que consideran la exposición grupal como una actividad que vuelve “más dinámico” el proceso de enseñanza-aprendizaje; pero que pierde sentido cuando lo que se va a exponer no está precedido por algunos referentes de comprensión compartida entre el grupo, que guíen el trabajo. Así que nuevamente las formas escolares tradicionales señaladas por Viñao (2006) permearon una actividad que, aunque requirió la participación de las beneficiarias, adoptó también un carácter tradicionalmente expositivo. Este fue precisamente el caso del tema “diagnóstico de salud”, pues las exposiciones se convirtieron en una tarea tortuosa, de la que no logro entender ningún propósito claro que no sea el de demostrar que las cosas de la clínica no son sólo difíciles, sino tremendamente tediosas.

Sin embargo, tanto Francisca como las beneficiarias cumplieron, hicieron lo que indica el manual que es lo que, a fin de cuentas, parece importar pues, aunque Francisca esté atenta a los problemas de salud de su comunidad, aunque pueda reconocer que la violencia que se ejerce al interior de las familias, las adicciones o la mala nutrición son problemas reales, concretos y relevantes en su comunidad, los manuales parecen convertirse en un rígido recetario cuyo seguimiento tiene esta clase de resultados cuando no están acompañados de procesos de sensibilización y capacitación sobre los temas y sobre las metodologías que debería guiar su práctica. Se podría pensar que esta actividad podía estar motivada también por mi presencia en la comunidad, pero es importante destacar que Francisca había dejado la tarea de preparar sus exposiciones un mes antes de mi llegada a Río Sapo.

En términos generales, su taller, lleno de recursos y prácticas tradicionales como el pase de lista, la formación tipo aula, la noción de “tarea”, el tipo de discurso expositivo e incluso el comportamiento de las beneficiarias como educandos, remitía en todo momento a un esquema de escuela tradicional, donde Francisca se esforzaba por cumplir a cabalidad con su papel como docente.

Otro referente importante en la práctica de Francisca radica en sus experiencias ligadas al género. Ella se ha resistido a asumir un rol tradicional en su comunidad, ha renunciado a la vida en pareja porque no quiere reproducir ninguna de las dolorosas experiencias de las que ha sido testigo en su comunidad. Así, utiliza los foros de los talleres para aconsejar a las mujeres sobre su visión sobre el ejercicio de derechos; visión que se encuentra alimentada por sus experiencias de vida, pero también por discursos televisivos en los que la violencia de las mujeres termina concibiéndose como responsabilidad de las mujeres que la permiten.

De igual forma, los talleres de Francisca también se convierten en espacios en los que invita a las personas a realizar las actividades que para ella permiten salir de una condición de pobreza. No pierde ocasión para señalar que es importante que intenten sembrar en sus traspatios cualquier producto que pueda mejorar su alimentación o que les permita intercambiar otros productos con otras personas de la comunidad; les pide que críen animales; los invita a que salgan a vender y que no se queden en casa. Tiene la certeza de que, hacerlo, les permitiría “salir adelante” como ella.

## **5.2 Carolina, esfuerzo y trabajo en salud**

### **5.2.1 Historia de vida**

Carolina tiene 49 años y nació en Río Sapo. Su padre era peón de uno de los caciques de la comunidad, mientras su madre se desempeñaba como cocinera en casa de dicha familia. Tuvo cinco hermanos y cuando tenía siete años, le ofrecieron a sus padres llevársela a trabajar a la casa que tenía esta familia en la ciudad de México. De principio le emocionó la idea, aunque ya estando en México lloró tanto todos los días, que terminaron regresándola con su mamá. Estos arreglos en los que las niñas se trasladan a trabajar como empleadas domésticas en la ciudad siguen vigentes en todo el municipio, sobre todo cuando los padres no pueden hacerse cargo de su manutención y ven en su inserción laboral, regularmente no remunerada, los medios para que otra familia se encargue de estos gastos.

Carolina señala que no quiso ir a la escuela cuando era niña, aunque en los últimos años se ha esforzado por terminar de cursar la primaria en el programa del Instituto de Educación para los Adultos (INEA):

Mis padres sí me mandaron a la escuela pero yo no les hice caso, yo fui la que no quiso ir a la escuela. Y ahora pues sí me preocupa la escuela porque sí se me dificulta mucho. Ahora sí ya sé medio escribir, así como pide muchos papeles pues ahí le entro, sí sé leer, con lo poquito que sé leer me defiendo ahora. Mi mano sí escribe, pero lo único que me cuesta es saber qué letra lleva. Como trabajaba y terminaba yo como a las doce o una el quehacer, ya no iba yo a la escuela. Ahora según ya me están enseñando y ya ando en la escuela de INEA. Ya hice examen, y eso que no me están enseñando la letra, pero sí, ya me dieron mi certificado, mi examen sí salió bien, no sé cómo le hice, pero lo hice (Carolina, 49 años, 12 años de asistente de salud, Loma Mango, 10 de diciembre de 2012)

En su relato llama la atención cómo, a pesar de las cargas de trabajo que describe, se responsabiliza a sí misma de su deserción escolar. No cuestiona o reconoce las causas estructurales que le impidieron continuar con sus estudios, argumentando que fue por falta de interés que desobedeció a sus padres. Asimismo su actual esfuerzo por estudiar refleja su interés por cumplir con sus actividades como asistente, pero también una cierta incredulidad sobre

lograr los pasos que va dando para certificar su primaria como una mujer adulta.

A partir de los quince años, Carolina comenzó a trabajar como trabajadora doméstica en Tehuacán y Orizaba, ciudades de las que iba y venía según la disponibilidad de trabajo. Hace veinte años, durante una de sus estancias en Orizaba, conoció a su esposo. Ella tiene dos hijos y recuerda con dolor lo difícil que fueron sus partos y cómo la advertencia de que si se volvía a embarazar podría morir, llevó a su pareja y a ella a tomar una decisión que la enorgullece:

En los partos tiraba yo sangre, después no sabía que hacían ellos, ya cuando abría yo los ojos estaba chillando el bebé y ya después yo también... Con el segundo también pasó así... Entonces el doctor le dijo a mi esposo que si me volvía a embarazar me moriría y ya mi esposo entendió. Me cuidé así, así nada más, camas separadas por siempre, yo me dormía nada más con el bebé, ya cuando los niños crecieron, cada quien tenía su cama. Por eso ya no tuve más hijo, prefiero darle de comer más a mis hijos que a más, por eso nada más tuve dos y no más (10 de diciembre de 2012).

Esta decisión representa un aspecto fundamental en el mundo de vida de Carolina porque el entendimiento de su esposo representa una prueba de solidaridad y cariño que ella atesora en todo momento. Cuando me compartió esta decisión, le pregunté por qué no optaron por un método de planificación familiar, a lo que me señaló que ellos saben que ningún método es totalmente seguro y que su vida es más importante.

### **5.2.2 El IMSS-O y el PDHO: Catorce años de servicio**

Carolina es beneficiaria del PDHO desde 1998 y antes de ser nombrada como asistente rural desempeñó por varios años el papel de vocal del PDHO. Como asistente lleva ya cerca de doce años; comenta que no se ha cambiado, porque nadie quiere el cargo ya que es muy pesado:

Yo, he tenido Oportunidades, desde que estaba Progresas, desde ahí me empezaron a dar pláticas. De Progresas fui primero vocal y anduve y anduve, todavía era Progresas cuando yo entré de asistente aquí. Tengo 12 años de asistente... Yo cumplo y todo, yo ayudo en la clínica cuando no está nadie, si no está el doctor yo le ayudo. Vengo yo porque mi marido no es celoso. Ni yo, ni él (10 de diciembre de 2012).

Durante mi estancia en la UMR de Río Sapo, Carolina abría la unidad médica cuando las enfermeras acudían a la entrega de información e avisaba a las personas que todavía no llegaba el doctor que iba a atender la unidad. A decir de las enfermeras, ella es de las asistentes “más cumplidas” pues elabora bien sus registros y es la que tiene mayor disponibilidad de tiempo para realizar las actividades que programa la UMR:

Los otros voluntarios no les hacen caso...nada más al trancazo hacen sus papeles. Por eso digo yo, que no puedo hacer nada más al trancazo los papeles, no va a quedar bien. Yo sí, hago mis papeles con calma, aunque sea todo un día pero lo hago (Nov 2012).

Una de las referencias constantes del personal comunitario es el tiempo que requieren los

registros de información que solicitan en la clínica, sobre todo los censos poblacionales anuales y los registros mensuales de embarazadas y niños con desnutrición; pero Carolina parece dedicar mucho de su tiempo a entregar la información como se solicita. También hay que recordar que su énfasis en relación a que su marido no es celoso, está relacionado con las dificultades que han tenido algunas de sus compañeras con sus parejas y que en algunos casos han derivado en el abandono del cargo. La labor como asistente implica mucho trabajo y una remuneración económica casi ridícula, por lo que las parejas suelen cuestionar las constantes salidas de sus esposas, toda vez que prevalecen relaciones en las que se asume que el lugar de la mujer está en su casa y la infidelidad femenina constituye la peor amenaza que enfrentan los hombres cuando ella se desplazan hacia espacios públicos.

En cuanto a la capacitación que ha recibido Carolina en estos años de servicio, señala que ha sido el personal de la UMR el que la ha enseñado cuestiones básicas de enfermería:

A mí me gusta mucho lo que me enseñan aquí, inyectar a la gente... Sí, me gusta el suero pero me agarra nervio y lo único que le digo a la gente que tengo que buscar la vena, y que si tienen buena vena, bien. Si no, se revienta o se hace bola. Lo que nos dicen que no hay que poner como quiera el suero a la gente que se desmaya. Es peligroso. No es porque no quiera poner, que tal y le vaya a pasar algo a la persona. Ya los doctores que estuvieron primero, ya me enseñaron también; y otro me enseñaba como se vacunaban las piernas de los niños. Y así también aprendimos entre nosotros, hasta aún tengo la marca aquí (10 de diciembre de 2012).

Durante mi estancia en Río Sapo escuché con frecuencia que una de las solicitudes regulares de las personas a los servicios médicos consiste en que les pongan suero intravenoso; una práctica que se considera que da fuerza a las personas que se sienten cansadas, independientemente de cuál sea su padecimiento. Por esta razón, el personal de salud y comunitario llegan a atender dichas solicitudes, a veces incluso con un pago por un servicio que pareciera considerarse particular. Solicitud que parece tener su fundamento en referentes conceptuales indígenas tradicionales relacionados con el cuerpo humano, la salud y las enfermedades.

Por otro lado, con doce años como beneficiaria del PDHO, Carolina comparte lo que ha significado el programa para su familia:

Está bien que el Gobierno nos mande dinero. Yo ya no tengo hijos y lo que me mandan es para comprar jitomates, cebolla y lo que usa uno pues, y guardar un poco. Yo tengo mi "tiendita", vendo aguardiente, cerveza, azúcar y un poquito de medicamentos, que sí resulta. Antes cuando yo tenía mis niños y les llegaba, yo lo guardaba porque pedían que cartulina y no sé qué tanto... aparte le hacía falta un tenis o cualquier ropa que pedían los maestros... más aparte lo que era de nosotros porque no nos alcanzaba (10 de diciembre de 2012).

Aunque Carolina reconoce la utilidad que han tenido los recursos del PDHO y destaca cómo fueron aprovechados por su familia, considera que no todos lo han hecho, ya que varias familias

no optan por la crianza de animales o no gastan sus recursos para mejorar la alimentación de sus familias:

Algunos siguen estando igual. Hay algunos que piden cosas fiadas y luego van a pagar ese [con] ese dinero. 'Cómprale fruta o lechita aunque sea una vez a la semana', les digo, 'los niños por eso se desmayan si no están alimentados.' Yo tengo pollos, cochinos y de ahí saca uno. Hay algunas señoras que dicen, 'no nos alcanza el dinero'. Les digo que porque tienen muchos hijos. Ahorita ya quieren planificar, antes les di un consejo personal (10 de diciembre de 2012).

Sus señalamientos en relación a la planificación familiar remiten a su papel de asistente rural. Carolina no puede evitar señalar las problemáticas de salud como aspectos que develan que las acciones promovidas por el PDHO no siempre son cumplidas por las personas de su comunidad, lo cual para ella implica un desaprovechamiento del programa que la mayoría del personal entrevistado concibe como responsabilidad exclusiva de las personas que se niegan a concretar los lineamientos de Oportunidades:

Hay uno que tiene mal su baño, su letrina pues. Tienen su "pozo negro" porque nada más hacen hoyo y no le ponen siquiera una tablita para sentarse ahí, y yo le digo, 'un día te vas dentro.'. Donde haya un charco de agua, hay que quitarlo: Eso es saneamiento, le digo; hay que hervir el agua, eso es saneamiento. Es que "ellos" no saben que es saneamiento, ahí va incluido todo, su vacuna. Les digo, 'y tienen Programa' y esas familias son las que más están enfermas, pero mejor se enojan que porque uno le dice tanto: 'Ustedes no tienen por qué fijarse en los otros, tienen que fijarse en su casa porque es de ustedes, un día los van a venir a investigar y ¿qué van a decir ustedes?' (10 de diciembre de 2012)

Su recordatorio de que algún día "alguien" llegará a investigar, parece enfatizar su propio papel como agente de control, vigilancia y seguimiento de las actividades de salud, pues su advertencia consolida esa percepción de que toda la población beneficiaria se encuentra supervisada por el "ojo" vigilante del PDHO como aparato y como sistema. Lo anterior refleja que Carolina parece haber interiorizado y aceptado las principales reglas del programa, difundiendo entre las y los beneficiarios su certeza sobre la existencia de unos mecanismos de vigilancia y seguimiento permanentes, que no dejan de tener paralelos con las técnicas de coerción del poder descritas por Foucault en relación al *Panóptico* como un espacio en el que se concibe un aparato disciplinario perfecto que concentraría en una sola mirada donde "un punto central sería a la vez fuente de luz que iluminara todo, y lugar de convergencia para todo lo que debe ser sabido: ojo perfecto al cual nada se sustrae y centro hacia el cual están vueltas todas las miradas"(2002:106)

### 5.2.3 Carolina y su taller de planificación familiar

Carolina tiene muy presente que hace un par de años les explicaron que se pasaría de un esquema de pláticas a otro de talleres. Señala que lo más difícil para ella ha sido la programación de temas y la utilización de la guía de los talleres comunitarios:

Pues nada más, nosotros, así como nos decían, así íbamos dando el taller, porque antes le decían plática. Antes le dábamos a toda la gente, pero ya cambió después, ya subió a 63 personas, antes tenía yo 49, nada más. Hago de tres grupos de 16 o 17; doy tres talleres, los separo por edad. A los señores les doy también, aunque ahora no. Ahora nos dicen que en el carnet se anota sólo la conclusión del taller. Cómo le vamos a hacer, cuando ellos ya sabían que les íbamos a poner falta (10 de diciembre de 2012).

La confusión que señala tiene que ver con la regularidad con la que se deben realizar los talleres y su certificación, lo que en mi experiencia de trabajo en el mismo PDHO representa desde hace muchos años un problema en todo el estado. La transición de pláticas a talleres suponía que cada tema se abordaría en su totalidad en dos o tres sesiones; cuestión que se ha interpretado de modos diversos. Para algunos, eso ha implicado que se deberían realizar todas las sesiones, a veces programadas en un solo mes, para certificar la asistencia mensual; para otros, cada sesión podría programarse como el taller del mes y avalaría su asistencia, aunque el tema se diera por concluido en dos o tres meses. En este panorama, Carolina tenía la intención de poner falta a los hombres que no acudieron a una de las sesiones que programó, pero recibió la indicación de que sólo se pondría falta u asistencia cuando se diera por concluido el tema.

Es así que la programación de temas y la división de los grupos por edad, sexo y evento de vida se convierte en una tarea confusa, al no quedar claro cuándo se realiza la certificación de la asistencia; lo cual finalmente parece ser el aspecto fundamental de su realización, pues para Carolina sólo la obligatoriedad como técnica de coerción puede garantizar la asistencia de los grupos citados. Otro aspecto que parece confundirla es la duración que deben tener los talleres:

Sí, hay señoras que de plano no tienen hijos, y se les da la plática aparte. Ahí es donde se confunde uno, donde tienen niños de 10 años y adolescentes, y es ahí nada más donde cuesta trabajo. Pero ahora ya cambió, nos dieron una guía y trae mucho, no te tienes que acabar la hojita para ese mismo taller. No sé cuándo es que tienes que acabar una plática, pero ahí trae planificación familiar. Luego nos dice la gente porqué nos está dando esto y esto, se tarda uno; pero les digo que así nos explicaron. Hago lo que venga aquí y no es porque yo quiera, a fuerza tengo que dar esto. Y me dicen las señoras, ‘es que tú eres mala, tú no te llevas bien conmigo.’ Y les digo que no es por eso, es por algo, y no es por ponerle alguna falta, yo no gano nada si estás cumpliendo derecho todo. Lo que a nosotros nos dicen, nosotros lo hacemos (10 de diciembre de 2012).

El manual de los talleres comunitarios incluye tantas actividades por tema, que resulta difícil para Carolina saber hasta dónde terminar la sesión. Ella trata de cumplir con lo que dice el

manual, pero manifiesta que las señoras la cuestionan sobre el tiempo que demoran las actividades, a lo que ella les responde que sólo cumple con las indicaciones que le dan. Su argumento en relación a que no gana nada cuando las personas cumplen, es discutible cuando pensamos en el poder que Carolina acumula y ejerce cuando se encuentra al frente de actividades como los talleres y que, con la inclusión de los varones, puede consolidarla como figura de autoridad frente a ellos también. Sobre todo porque, en su caso, ésta influencia con la población la ha convertido, a lo largo de sus doce años de servicio como asistente rural, en una figura de control y seguimiento del PDHO cuya autoridad no ha sido mayormente cuestionada porque hasta la fecha nadie ha solicitado un cambio de asistente y las beneficiarias parecen confiar en la imparcialidad y juicio de Carolina cuando “hace cumplir” las reglas del Programa.

Comenta también que las señoras manifiestan que, aunque ahora sean talleres, son los mismos temas, por lo que menciona que ha tenido que acostumbrar a las señoras a lo que parece ser una nueva modalidad de aprendizaje que, al no ser explicada a profundidad al personal comunitario, termina convirtiendo a los talleres en sesiones interminables que tienen que impartirse y certificarse porque así son las órdenes del PDHO:

Las mujeres dicen, ‘es el mismo, es el mismo. Nos aburrimos, ¡si nada más estamos sentados y no estamos haciendo nada!’ Yo les digo a las mujeres, ‘hablen, qué es lo que piensan.’ Ya les voy acostumbrando a que hablen y que dibujen, para que se les quite el sueño. Les hablo en castellano y luego en mazateco porque hay algunos que no entienden, pero hay uno que dura dos horas. Antes usábamos rotafolio, aunque ya medio lo vuelvo agarrar otra vez porque ahí dice, pues. Ya están medio viejitos, pero se ven todavía sus letras (10 de diciembre de 2012).

Los manuales y guías, tanto del IMSS-O como de la Secretaría de Salud, siguen haciendo referencia al uso de los rotafolios como recursos que facilitan la exposición de contenidos durante los talleres; aunque dichos materiales no se han actualizado desde el año 2000 y sólo algunas unidades y casas de salud siguen contando con ellos. En este caso, la casa de salud a cargo de Carolina es la única de las unidades y casas de salud visitadas que conserva la mayor parte de los rotafolios en buen estado.

En cuanto a las capacitaciones que ha recibido para dar los talleres, Carolina señala los espacios en los que ha recibido algún entrenamiento en los últimos años:

A mí me mandaron a un taller en Huatulco, Puebla, y en Oaxaca también. En julio fui a Oaxaca a un taller que se llama administración saludable, está más rudo porque hay que darles a las señoras y a los niños que están desnutridos. Tenía que darles a las señoras ocho talleres normales. Hay niños con desnutrición aunque dice el doctor que uno ya va mejorando (10 de diciembre de 2012).

Ella ha asistido con regularidad a las capacitaciones que el IMSS-O ha organizado a nivel regional y estatal: Con doce años de experiencia, ha asistido a esas reuniones casi cada dos años.

Esta regularidad obedece principalmente a que no tiene conflictos con su pareja para estar viajando y al reconocimiento del personal de salud, ya que con frecuencia la proponen para participar en capacitaciones en relación con programas adicionales de seguimiento, como es el caso del taller de administración saludable al que hace referencia. Vale la pena mencionar que, en su mayoría, parece tratarse de programas de talleres cuya implementación y resultados no suelen ser monitoreados y que, en el caso mencionado, implicaba la realización de ocho talleres de seguimiento a las madres con hijos en estado de desnutrición; talleres que nunca fueron realizados como tales.

En cuanto a los temas que Carolina prefiere impartir se encuentran los de planificación familiar, saneamiento básico y violencia intrafamiliar:

A mí me gusta la de planificación familiar y la de..., todo lo de saneamiento pues, y la de violencia familiar; ese me gusta también. Y así lo doy como dice el papel, aunque la gente dice, 'a nosotros nadie nos va a venir a decir.' Ahí pues, en el barrio de nosotros hay hombres que le pegan a sus mujeres. Yo les aconsejo, que planifiquen para que no tengan hijos, hay uno que tiene hasta 12 ya. 'Sí, su marido se enoja de que ustedes estén planificando, pero pues ustedes deben de cuidar su cuerpo, a tu marido no le va a pasar nada, la que se va a enfermar eres tú,' [les digo]. Sus maridos son celosos y no quieren que la[s] revisen. Nosotros ya sabemos cómo vivimos, ahora es diferente, antes, antes; pero ahora nosotras las mujeres ya no nos vamos a dejar... Por tonta si se deja uno, nosotras también tenemos derechos de defendernos. 'Ustedes como hombre, qué consejo le van a dar a sus hijos que están chiquitos, y que le están pegando a su mamá, ¿qué le van a decir cuando crezca, 'mi papá hizo lo mismo, yo también hago lo mismo?'' Eso es violencia, pegarle a una mujer o a un hijo. 'Nosotros ya sabemos cómo le hacemos, mejor de una vez ya las matamos', me dicen. De nada sirve que vinieron a plática si van hacer así, no tiene que ser así, yo sí les digo, porque sé pues como son. Yo me defiendo sobre los señores que les hace así a sus señoras. Yo hago lo que me dice la clínica y no lo que yo quiera (10 de diciembre de 2012).

Carolina relata el tipo de comentarios que recibe al momento de impartir los temas de planificación familiar y de violencia intrafamiliar y la forma en la que responde a los planteamientos de los varones que asisten a los talleres. Cuando los señores parecen ser más contundentes con respecto a su derecho de ejercer violencia sobre sus esposas, Carolina, en lugar de reclamar su autoridad como persona que al mismo tiempo se desempeña como agente del programa, alude más bien a una autoridad superior, la autoridad que tiene la clínica, el PDHO o el sistema sobre ellos, en su carácter de beneficiarios cautivos del PDHO. Se apoya en el seguimiento puntual a los manuales y a las indicaciones de la clínica para insistir en que no son planteamientos que a ella se le ocurren, sino las indicaciones que sigue como parte de su trabajo.

Carolina insiste en que las mujeres deben planificar, aunque sus esposos se opongan, porque son ellas las que se pueden enfermar. Describe que las mujeres ahora tenemos derechos, asumiendo que si no los defendemos es porque somos tontas, argumento que traslada la responsabilidad de padecer la violencia a las mujeres que son víctimas de la misma. Carolina



insiste en la pertinencia de planificar pues, aunque reconozca la existencia común de los celos y la violencia ejercida por los esposos, las mujeres deben aprender a defenderse para trascender esas dificultades, pues ahora ya tienen derechos. Sin embargo, no queda claro si para estas mujeres planificar se pueda convertir algún día en una decisión autónoma o simplemente se encuentran atrapadas entre la autoridad que ejercen sobre sus cuerpos sus esposos y la autoridad que ejercen programas como el PDHO, a través de las instituciones de salud y sus operadores.

En este caso, tuve la oportunidad de estar presente en el taller de planificación familiar que Carolina decidió impartir a toda la población beneficiaria de su localidad. Aunque no me lo dijo directamente, me pareció que decidió citar a todos con el propósito de mi visita, pues me señaló que, en doce años de servicio como asistente, nadie la había acompañado a la impartición de un taller. Por el número de personas citadas, el taller no se podía realizar en la pequeña casa de salud y Carolina les pidió a las y los beneficiarios que sacaran las sillas de la casa de salud para acomodarlas en la cancha de básquetbol techada de la comunidad. Acomodaron las sillas en filas tipo “escuelita” y Carolina comenzó a impartir el taller con su manual en mano, alrededor de las doce del día. Con los lentes para leer puestos, Carolina revisaba el texto del manual para después ir ajustando las actividades, de acuerdo al número de participantes en el taller.

La primera actividad incluida en el taller consistió en que el grupo realizara una serie de ejercicios de estiramiento, que según el manual tienen el propósito de relajar a las personas y generar un ambiente que permita a los participantes abordar el tema de planificación con mayor confianza. Lo cierto es que se trataba de un grupo de sesenta y cinco personas de edades diversas, cuarenta y cinco mujeres y quince hombres, de por sí un número de personas que rebasa por mucho lo indicado en el manual que utiliza Carolina, en el que se enfatiza que los grupos no deben ser de más de treinta y cinco personas.

No obstante eso, después de que Carolina me presentó con el grupo, nos pidió a todos incluyéndome a mí que comenzáramos a dar vueltas alrededor de la cancha, para después ir indicando en mazateco los ejercicios que teníamos que ir realizando. Todos nos mirábamos y yo me sentía algo apenada y desconcertada, sentimientos que parecían ser compartidos por algunas de las personas que ahí estaban reunidas. Posterior a ello y en seguimiento al manual, Carolina comenzó a solicitar que cada uno de los participantes se presentara con el resto. Muy pronto las personas comenzaron a decir sus nombres, pero no dirigiéndose al grupo, sino a mí ya que era la única persona desconocida. Primero, algunas personas me miraban desde lejos en algún punto del enorme círculo que habíamos formado, hasta que una señora se animó a acercarse a mí a darme la mano. Gesto que se repitió para el resto de las personas; yo me sentía agradecida, pero

esa sola actividad llevó alrededor de cuarenta minutos.

Posteriormente, Carolina formó equipos de ocho personas. Para integrar los numeró a todas las personas del uno al ocho, para que los que tuvieran el mismo número se agruparan. En seguimiento a su guía, entregó a cada equipo cuatro preguntas que tendrían que discutirse grupalmente, para que después un representante de cada equipo comentara las respuestas a las preguntas al total del grupo. Yo formé parte de un equipo y, después de quince minutos, una persona de cada grupo comenzó a comentar cómo habían contestado las preguntas que giraban en torno al número de hijos que se tenían o se hubieran deseado tener.

Después de la breve exposición de los ocho equipos, Carolina realizó una dinámica que se incluye en la guía que consiste en colocar tarjetas con los nombres de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos para que las personas se agrupen en función de los métodos que utilizan. Las mujeres se iban acomodando, yo no dejaba de pensar el modo en que esta actividad exhibía públicamente algo que yo considero privado y confidencial que es la elección de algún método anticonceptivo; pero también dejaba claro que mujeres no se encontraban en control prenatal. Para el momento de esta actividad y ya después de cerca de hora y media de estar de pie, las personas mayores y algunos hombres comenzaron a sentarse; mientras el resto intentaba ir respondiendo a las solicitudes de Carolina.

Después de esta actividad, Carolina le pidió al grupo que se sentara y colocó una mesa al frente del grupo, donde dos señoras comenzaron a darle lectura a las láminas del rotafolio de planificación familiar, para después traducir el contenido al mazateco. Ella intervenía de cuando en cuando para ampliar información y en diversos momentos volteaba a verme con la finalidad de que yo validara el énfasis sobre lo importante que era planificar y tener pocos hijos, por lo difícil que resulta su manutención y cuidado. Su insistencia en este aspecto parecía recordar en todo momento que se puede tener una familia pequeña y que su propia historia era prueba de ello. Es así como Carolina cubrió el total de las actividades del taller en más de tres horas de trabajo, para después firmar cada uno de los carnets de los participantes.

#### **5.2.4 El mundo de vida de Carolina y su práctica en los talleres**

Carolina se concibe así misma como una mujer responsable y trabajadora. Su cargo como asistente rural la llena de satisfacciones aunque, después de la última muerte materna en una comunidad vecina, se encuentra muy asustada con el tema de las embarazadas. Como no ha habido personal médico en su unidad, ha acompañado a las embarazadas al centro de salud de

Agua de Paxtle, llena de preocupación de que algo malo les suceda. Una experiencia fundamental en su mundo de vida es el nacimiento de sus dos hijos, pues estuvo a punto de morir y eso paradójicamente le permitió tener una familia pequeña y facilitar su inserción en las actividades relacionadas con el PDHO.

Su papel como asistente es muy reconocido en su comunidad, Loma Mango, y también en Río Sapo, pues cuando así se requiere pasa algunas horas a la semana en la unidad para cubrir las ausencias del personal o para ayudar en la integración de los registros de información. Ella se reconoce como mazateca, se emociona hablando de las costumbres de su comunidad, dice que siempre se ha sentido más cómoda hablando en su lengua y que se siente muy feliz de no tener que haber migrado nuevamente a la ciudad. Sin embargo, su papel como asistente rural le hace ver a las personas que no siguen las indicaciones de las unidades de salud como personas que no quieren salir adelante y atrasan a la comunidad. Su comunidad se ubica en el camino que comunica Río Sapo con Río Lodo, que se encuentra a la orilla de la presa Temazcal y que sirve como punto de traslado para Tuxtepec. Por este motivo, Carolina señala que su comunidad podría estar mucho “mejor” si las personas se esforzaran por salir adelante.

Carolina parece haber adoptado el discurso promovido por el PDHO con respecto a que favorece la igualdad de oportunidades, permitiendo que las y los beneficiarios accedan a mejores niveles de vida, siempre que sigan al pie de la letra sus normas y consejos. Esto puede además complementarse con lo que señala Long, cuando explica cómo “las terminologías usadas en el discurso de la intervención, incluyendo la descripción de los encuentros directos entre las partes interventoras y los beneficiarios, está teñida por la noción de que hay un tráfico de regalos o donaciones procedentes del exterior” (2007:80). De modo que esta asistente reconoce las virtudes y apoyos del Programa, responsabilizando a las personas de su éxito o fracaso en relación con su objetivo de terminar con la pobreza.

Con estos elementos del mundo de vida de Carolina es posible analizar la forma que adquiere su práctica en los talleres. Ella junto con Francisca, es de las pocas asistentes que observé intentando cumplir al pie de la letra con los lineamientos de programación de talleres y seguimiento a los manuales; pero su esfuerzo y confusión me confirmó que, aun cuando el personal tenga toda la intención de hacer los talleres, la falta de seguimiento y capacitación convierte los talleres en una maraña confusa de actividades que por ratos parecen indescifrables e incomprensibles.

Para Carolina la escolarización es un proceso de vida que considera fundamental. Se responsabiliza a sí misma de no haberse esforzado lo suficiente para concretar sus estudios

básicos cuando era joven. Eso explica porque en los últimos años ha buscado continuar con sus estudios en el INEA, sobre todo porque considera que, hacerlo, le ha facilitado realizar las actividades de seguimiento que requiere la UMR. Durante estos años, se ha formado como profesional de la salud en la unidad y su disponibilidad de horario y cercanía geográfica le han permitido acudir a la clínica dos o tres veces por semana y aprender el teje y manejo administrativo de la unidad.

En sus años de servicio, primero como vocal del PDHO y luego como asistente rural del IMSS-O, ha consolidado un liderazgo en su comunidad que parece permitirle que las y los beneficiarios se presten a toda suerte de peripecias para intentar cumplir con el manual. Aunque al final nadie sepa con certeza qué lógica, qué propósito siguen todos esos gestos y lecturas; entrando en una monotonía, donde el entusiasmo de Carolina no basta para quebrar el sin sentido de esas actividades y esos manuales.

El caso de Carolina, más que ninguna otra asistente rural, nos acerca a la figura de una “intermediaria cultural” que, en los términos de De la Peña (1995), se encuentra en la posición de traducir el discurso institucional a su realidad local. Se trata de una figura que termina contando con el pleno reconocimiento de su comunidad por esta labor, pues las personas parecen confiar en que sus interpretaciones acerca del PDHO son las correctas, lo que fortalece su autoridad como una figura de control y vigilancia del mismo a nivel local. En las palabras de Scott podemos decir que “la mayoría de los subordinados consienten y obedecen no porque hayan internalizado las normas de los dominantes, sino porque, habiendo una estructura de vigilan, recompensas y castigos, consideran más prudente consentir” (2000:228). Lo que puede explicar porque las y los beneficiarios de Oportunidades, a los que se les puede entender en esta posición de subordinación en esta comunidad, suelen mostrar su aceptación a las tareas que Carolina promueve en los talleres, en tanto su capacidad para registrar las inasistencias parecen persuadirlos de hacer algo distinto.

Cabe señalar también que para Long, las interfaces sociales como los talleres “no son asuntos de una ocasión; implican interacciones a lo largo del tiempo durante las cuales las percepciones de los actores pueden cambiar y sus metas pueden desviarse o pueden redefinirse” (2007:141); por lo que quizá los cambios que Carolina está por implementar al momento de impartir talleres para los hombres, pueden redefinir con el tiempo esta posición de liderazgo que percibí durante el trabajo de campo.

Así se puede ver en el género otro eje de análisis clave para entender la práctica de Carolina en los talleres. Sobre la base de su experiencia, ella suele insistir con las beneficiarias del PDHO

que asuntos como los de la planificación familiar dependen de que las mujeres hagan a comprender a sus parejas que es “mejor” tener menos hijos. Dado que ella como mujer de la comunidad logró un buen entendimiento con su esposo en ese aspecto, no ve porque las demás parejas no puedan llegar al mismo acuerdo. Así que durante su taller es muy insistente en destacar la importancia de planificar la familia, sin hacer referencia a las dificultades que pueden enfrentar las mujeres al momento de negociar estas cuestiones con sus parejas. Esta tendencia se profundiza cuando se analiza que el enfoque del manual para el tratamiento de este tema en particular también se basa en una visión en que las decisiones reproductivas parecen basarse en una racionalidad individual, donde sólo es necesario informar y hacer consciente a la población para que asuma con responsabilidad sus decisiones reproductivas.

Finalmente, se encuentra el eje de la ideología del esfuerzo individual, como un referente que marca el discurso de Carolina en los talleres. En una suerte de regaño intermitente, ella insiste con las y los beneficiarios de su comunidad sobre la importancia de esforzarse para salir adelante. Esta visión es incluso compartida por alguna de las beneficiarias que, al finalizar el taller, me compartieron que en Loma Mango todos podrían vivir muy bien si la gente no fuera floja y aprovechara los apoyos del Programa.

### **5.3 Mariana: La obligatoriedad del cargo**

#### **5.3.1 Venir de afuera**

Mariana tiene 48 años y lleva viviendo más de veinte años en Loma Larga, Chilchotla. Nació en Temaxcalapan, una localidad del municipio de Zongolica en el estado de Veracruz. Habla y entiende el náhuatl, aunque migró con su madre a la ciudad de Orizaba cuando apenas tenía seis años. Mariana señala que migró a la ciudad junto con sus cinco hermanos y que su madre se vio obligada a emplearla a ella y su hermano mayor para poder sostener a su familia:

Mi papá tomaba mucho, y era malo, malito, pues. Le pegaba mucho a mi mamá y se divorciaron y mi mamá nos llevó para la ciudad y allá trabajó ella. Tenía 6 u 8 años, no podía lavar los trastes, me subían en un banquito para alcanzar el lavadero, yo solita me la pasaba ahí. Yo no sabía si yo iba a ganar o no, pero ahí me daban todo, calzado, ropa, comida. Sí me regañaban cuando no lavaba bien los trastes, cuando se me quebraba un plato, un vaso. (Mariana, 48 años, 10 años como asistente de salud, Loma Larga, (14 de diciembre de 2012).

Recuerda su primer trabajo como un periodo muy difícil porque su madre tardó en visitarla y llegó a creer que nunca la volvería a ver, hasta que un buen día su madre llegó a visitarla y Mariana suplicó no separarse más de ella:

Así pasó el tiempo hasta que un día llegó mi mamá. ¡Asu, qué alegría me dio! Ya no la dejé ir sola, ‘ahora sí, me voy contigo yo ya no aguanto aquí. La señora así me trata, yo ya me voy a

ir contigo.' Y mi mamá dijo que sí y la señora dijo que me quedara, pero yo ya me fui con mi mamá (14 de diciembre de 2012).

No obstante, Mariana no pudo vivir mucho tiempo más con su madre, porque pronto otra señora llegó a pedirla para que trabajara y su madre accedió; y así trabajó algunos años con esta señora. Esta mujer sí la llevaba a visitar a su madre y le pagaba un pequeño salario en efectivo, por lo que comenta que no era tan mala su situación en esa casa.

Mariana no asistió a la escuela hasta los doce años, cuando otra de las mujeres con las que trabajó, decidió inscribirla y hacerse cargo de los gastos relacionados con sus estudios:

La señora me pregunta si yo sé leer: ¿No vas a la escuela?' Pero ya esa vez ya tenía como doce años, ¿a poco no te sabes leer? ¿No te gustaría ir a la escuela?' 'Sí, quiero ir pero no sé si voy a poder.' 'Si quieres yo te apunto, ¿tienes acta de nacimiento? Voy hablar con tu mamá y con el maestro.' Hasta me dio gusto de que yo iba ir a la escuela. Me apuntó, no alcancé el turno de la mañana, estaba en turno nocturno de siete a nueve de la noche, me dijo, 'no te preocupes yo te voy a ir a traer.' Ya después el otro año me pasó al turno a la mañana porque ella se apuró a apuntarme. Mis compañeras eran puras muchachas grandes, ya en la mañana eran niñas y ahí me daba pena porque yo era la más grande y todas eran chiquitas las demás (14 de diciembre de 2012).

Después de estar trabajando tres años con esta mujer que la enviaba a la escuela, pasó a trabajar con una maestra que le estuvo dando clases en su casa por la tarde durante un año. Al cabo de este tiempo, regresó a vivir con su madre y comenzó a asistir nuevamente a la escuela por las mañanas, mientras se ocupaba como trabajadora doméstica por las tardes. De este modo, Mariana llegó hasta el quinto grado de primaria. Señala que no siguió adelante porque en ese periodo conoció a su esposo y se fue a vivir con él a su comunidad de origen, Loma Larga, Chilchotla.

Ella pensó que al fin su vida sería un poco más sencilla y feliz, que formaría una familia y que no viviría lo que padeció cuando niña. Sin embargo, la vida de Mariana en esta comunidad ha estado marcada por el alcoholismo de su esposo y por la muerte temprana de dos de sus hijos:

Tuve diez hijos, tengo nueve y se me murió uno de quince días de nacido. Quién sabe qué le pasó, a lo mejor le dio calentura, nada más lloraba y lloraba y lloraba y no le hice caso. Como a mi esposo también le gusta tomar, él no estaba, se iba así para el centro. Trabajaba y según que se va a cobrar y llega más de media noche bien borracho y yo ahí acostada, recién aliviada, pues yo tampoco sabía qué hacer con el bebé. Y antes yo no me daba valor por yo misma para hablar, pedir auxilio, pedir un apoyo porque mi hijo está enfermo. Estaba yo nada más en mi casa ahí, y yo siempre esperaba a él, que él viera lo que estaba pasando con él bebé y no decía nada.-Ahí se va a componer, como es bebé no sabemos qué le vamos a dar hasta que un día pues ya no aguantó. El bebé se me murió, murió. Otro bebé se me murió de parto (14 de diciembre de 2012).

El relato de Mariana refleja no sólo la dolorosa pérdida de dos hijos, sino también la falta de iniciativa, compromiso y cuidados de su esposo; además de su alcoholismo. Refleja además, la falta de confianza que ella tenía de pedir ayuda en una pequeña comunidad desconocida, sin

familiares ni redes de apoyo cerca y en la cual, como señala, no se podía comunicar más que con un par de personas que hablaban castellano: “Me sentía yo sola no podía yo platicar con nadie, si pasaba una mujer no podía yo hablar con ella porque habla idioma, en su dialecto. No, pues, así me pasó” (14 de diciembre de 2012). De modo que Mariana además de enfrentar la violencia que vivía al lado su pareja, comenzó a vivir en una comunidad con la que no mantenía ningún lazo de solidaridad y en la que tampoco era aceptada del todo por ser una mujer de fuera. Sin olvidar que se encontraba lejos de su familia sin vínculos de afecto, protección, solidaridad o apoyo.

### **5.3.2 Cumplir con el cargo: Los requisitos locales del PDHO**

Cuando el PDHO llegó a Loma Larga, la gente de la comunidad la propuso como asistente rural de salud porque sabía hablar, leer y escribir el castellano. No pudo rechazar el cargo, porque de algún modo constituía una tarea obligatoria para terminar de integrarse y ser aceptada en la comunidad:

Quería una asistente que sepa leer y hablar español porque allá abajo tienen trabajo las enfermeras y no se dan abasto y así fue como me nombraron. Esa vez esta niña estaba chiquita y yo tenía mi niño de un año y medio. Cómo le voy hacer y ya nadie quería y ya dijeron va a ser Mariana y yo dije no, mis niños, quién me los va a atender, están chiquitos nada más. Me dijeron, ‘no va a pasar nada, nada más vas a ir a capacitarte medio día, te vas temprano y ya medio día ya está aquí.’ Yo pensaba, no voy a poder porque yo no tengo mucho estudio. Yo tenía miedo porque yo pensaba que era de medicina, medicamentos, las pláticas, mucha lectura, no voy a poder (14 de diciembre de 2012).

Como se observa, no hubo argumento posible que ella esgrimiera que hiciera cambiar la decisión de la gente de la comunidad en torno a su participación como asistente de salud. Su esposo tampoco estaba de acuerdo y sigue sin estarlo, pero en diez años ninguna persona de la comunidad ha querido ocupar el cargo de asistente. Así que su esposo ha tenido que aceptar el trabajo de Mariana en la clínica, aunque su labor se ha convertido en estos años en una fuente de conflicto y desconfianza entre la pareja.

En cuanto a la capacitación que ha recibido en estos diez años, ésta ha consistido en el seguimiento y recomendaciones que puede darle el personal de salud de la UMR, pues sólo ha podido ir en un par de ocasiones a las reuniones que se organizan esporádicamente en la ciudad de Tuxtepec. De modo que, a decir de Mariana, ella es la que ha tenido que acercarse a la unidad para aprender sobre las actividades que realiza como asistente. Loma Larga se encuentra a cuarenta minutos de distancia de Río Sapo, la sede de la UMR, recorrido que se hace básicamente a pie porque muy pocas camionetas circulan por esa comunidad: “Me enseñaron a inyectar, a

buscar expedientes de los pacientes a y aprenderme los medicamentos. Me decían que cuando daban sus pláticas yo tenía que ir, cuando vacunaban también para ver cómo le hacían” (14 de diciembre de 2012).

Sin embargo, como en el caso del resto del personal comunitario con el que tuve oportunidad de conversar, Mariana comentaba que nunca la habían acompañado a impartir alguna plática, aunque recuerda que en la clínica siempre han sido muy insistentes con los temas que se tenían que impartir:

Primero di de saneamiento básico, que tenían que recoger toda su basura, su agua hervida, hacer sus letrinas, que quemaran su basura. No chapeaban el solar, no usaban pabellón, y entonces pues a mí me daban la orden de que yo tenía que dar esa plática (14 de diciembre de 2012).

Mariana habla de las órdenes de la clínica con un extremo cansancio. Durante la charla percibo que su labor como asistente ha sido una carga enorme que nunca tuvo oportunidad de rechazar. Ella ha visto su labor como asistente como un trabajo que ha complicado más su relación con su pareja y como una responsabilidad que sólo puede abandonar si alguien más acepta el cargo.

Recientemente, Mariana tuvo una cirugía y no guardó el reposo necesario por andar recorriendo el camino de su comunidad a la unidad médica para entregar los reportes que le solicitan, pues aunque solicitó permiso para ausentarse, señala que al mes ya le estaban pidiendo que cumpliera con sus actividades:

Ya me operaron la primera vez, pero no me quedé bien porque no me cuidé; luego, luego yo empecé a caminar por mi cargo. Iba yo, cualquier cosa que me llamaban ya tenía yo que ir a la clínica. Dos meses pedí permiso, pero no me cuidé. La doctora que estaba, me dijo que ya tenía que yo asistir a la clínica y atender aquí a la gente, y un día que me doy un azotón por acá abajo me caí sobre la raíz de un palo y quedé peor (14 de diciembre de 2012).

Por este motivo, actualmente ha solicitado al personal de enfermería que su hija mayor se quede con el cargo, pues considera que ella ya no puede trabajar más, aunque le quiten el programa, pues no sólo se encuentra cansada, sino que requiere de otra cirugía a la brevedad. En este sentido, ha convencido a su hija soltera más joven para proponerse como asistente, de modo que al dejar nominalmente su responsabilidad, ella pueda darle seguimiento a las actividades, en lo que su hija va aprendiendo el oficio.

Por otro lado, cabe destacar que Mariana no habla mazateco, aunque comenta que después de tantos años lo entiende bien, de modo que siempre ha requerido que las titulares que hablan castellano la apoyen en la traducción de los talleres; apoyo que menciona dejará de ser necesario ahora que su hija asuma el cargo: “Me traducían las titulares que saben hablar español, ahora me lo siguen traduciendo. Pero ahora mi hija ya sabe de los dos, ya ella ya no va a ocupar que le



traduzcan, ella solita va a trabajar” (14 de diciembre de 2012).

Por otra parte, Mariana señala que el Programa le ha permitido aprender algunas cosas y mejorar su propia vivienda., pero que esa situación no se repite con el resto de familias de la comunidad:

A mí me ha ido bien con el programa porque ya aprendí a hacer mis niños un poco mejor. Lo que yo no sabía antes, ahora ya lo sé, hervir el agua, cómo alimentar los niños, lo de la salud de los hijos, además mejoré un poquito mi casa. Pero los demás, están igual, yo los veo igual, porque en vez de que se compren sus trastecitos lo ocupan para otra cosas como refrescos... Porque no piensan, aunque platique uno con ellos no nos creen no nos ponen atención, no les importa (14 de diciembre de 2012).

Yo insistí preguntando si podía identificar algún cambio, pero su respuesta fue contundente en que la comunidad no había cambiado en nada, incluso cuando ha dedicado los últimos diez años a un cargo que se encuentra pensado en propiciar cambios en materia de salud. Para Mariana dichos cambios son imposibles porque las personas no tienen interés en cambiar.

Se trata de una visión escéptica que se encuentra fuertemente asociada con la posición ambigua que Mariana ejerce en su comunidad donde, a pesar de estar investida de una responsabilidad que implica las tareas de control y vigilancia del PDHO, su labor se encuentra permanente cuestionada impidiéndole ejercer autoridad y liderazgo al respecto. Durante sus diez años de servicio, esta cuestión parece haber enmarcado una relación tensa y conflictiva, donde las beneficiarias del PDHO cuestionan permanentemente los mensajes y procedimientos de Mariana, sin permitirle abandonar el cargo. Frente a estas actitudes, ha respondido realizando múltiples adaptaciones a las interfaces que supone el Programa.

### 5.3.3 El último taller

Teniendo en cuenta la posición desempoderada de Mariana en la comunidad, es posible entender porque esta asistente simplemente ha evitado impartir aquellos temas que parecen cuestionar la forma en que las mujeres de la comunidad cuidan a sus hijos:

“No he dado el tema de alimentación, ese no, porque, porque, porque casi no lo di, ese. Lo di y si lo voy dar, van a decir las mujeres, pues [que] ellas ya saben, ya saben cómo atender su familia, cómo atender sus niños, es lo que me van a decir. O si yo, les voy a decir dale esto y esto, así deben de hacer y así se hace eso, luego se molestan, ‘a poco tú me vas a decir cómo le voy a atender mi’jo’. Nomás una vez, intenté dar esa platica, pero así las que me traducen me dijeron, no, que así no les gusta, y hasta ahí no más. Ya no volví a darle” (14 de diciembre de 2012).

Ante esta situación, es importante cuestionarse hasta dónde las “adaptaciones” que cada unidad médica y casa de salud genera en torno a los talleres pueden considerarse puntos de fractura donde el PDHO parece reconstituirse, sobre todo cuando un tema que constituye uno

de los pilares del Oportunidades no se ha impartido en los doce años que tiene la población con el programa.

Mariana ejemplifica uno de los dos extremos del contexto que ocupan las relaciones entre el personal comunitario y la población en la realización de los talleres; contexto profundamente inmerso en complejas relaciones de poder. En su caso, su condición de mujer de fuera la ha colocado en una situación de profunda subordinación con respecto a la población, lo cual primero la orilló a aceptar un cargo en el que no tenía ningún interés, ni antecedentes propios para ocuparlo y, después, la ha hecho abstenerse de cualquier confrontación posible con las mujeres beneficiarias del PDHO en la localidad.

Mariana no imparte los temas que considera podrían generar fricciones, al cuestionar indirectamente las prácticas de cuidado que ejercen las mujeres de la comunidad con sus hijos. Este no ha sido el único tema que ha evitado impartir en los talleres:

El de prevención de adicciones lo di una vez nada más; el de violencia intrafamiliar no lo di nunca, pues porque van a decir que porqué les estoy dando esa plática, se pueden enojar los hombres por eso no lo di. Sí hay mucha violencia, sí hay, pero yo no lo di (14 de diciembre de 2012).

Cuando Mariana afirma la existencia y prevalencia de la violencia que hay en la comunidad, me comparte lo doloroso que ha sido vivir con una pareja que la violenta a ella misma. Cuando me confía esto, no contiene las lágrimas y entiendo que nadie ha apoyado a esta mujer para procesar y superar esta relación tan dolorosa. Entiendo también que resulta paradójico que, aunado a ello, Mariana tuviera que impartir estos talleres para los cuales no sólo no ha recibido la más mínima formación, sino que tratan problemáticas que son dolorosamente cercanas a su propia vivencia y, por lo tanto, están muy lejos de haber sido procesadas en lo personal, menos en el ámbito de lo colectivo. Su único recurso sigue siendo el omnipresente manual, que parece ser lo único que siempre tiene el personal comunitario a su disposición.

La entrevista con Mariana fue previa al taller en el que estaría presente en su comunidad. Después de la larga entrevista, pareció entender que yo no tenía el propósito de evaluar su trabajo en los talleres, por lo que en vez de dar el taller, se concentró en informar a las señoras que a partir del próximo año sería su hija la asistente rural. Recogió las cartillas para preparar la programación de talleres para el próximo año y respiró profundo como diciendo “es la última vez que tengo que estar frente a ustedes”.

En esos breves minutos pude observar la dinámica que seguían las interacciones de Mariana con las beneficiarias. Ella permanecía muy atenta, casi cuidadosa, a lo que las señoras iban diciendo, incluso a lo que murmuraban entre ellas, mientras le pedía a su hija que le tradujera

cuando les respondía.

### 5.3.4 El mundo de vida de Mariana y su práctica en los talleres

Mariana quiere estar sana. Desea irse con sus hijos mayores que viven en Veracruz y recuperarse allá de la operación que necesita. Está cansada, lleva toda una vida trabajando porque alguien más lo considera imprescindible. Cuando era niña, porque su madre no tenía manera de hacerse cargo de su manutención, en la clínica porque la comunidad de su esposo decidió que era obligatorio.

Su mundo de vida está marcado profundamente por una relación de pareja que podemos denominar interétnica que la condujo a habitar una comunidad que nunca ha reconocido como propia y cuyas costumbres y lengua conoce por obligación, aunque no sienta la más mínima identificación con ella. Como nos recuerda Vargas:

En el ámbito de las relaciones interétnicas la identidad étnica se define por oposición a otra(s) identidad (es). Los procesos de inclusión y exclusión de los sujetos a un grupo étnico se basa en concepciones etnocéntricas de *sí* y de los *otros*, en autodefiniciones que presuponen la existencia de un sistema de valores subyacentes a partir del cual los miembros de un grupo se conciben a sí mismos y se representan por diferenciación de los “otros”, y con base en ello los grupos establecen sus propias categorías significativas en la vida social y se organiza el comportamiento de los agentes (1994:40).

Con esto en mente, podemos identificar en las relaciones de Mariana y la comunidad una tensión permanente en la que se juegan y se reafirman continuamente diferenciaciones en donde ella siempre ha tenido que asumir un papel de subordinación y en donde las consecuencias personales para ella se han tornado casi siempre negativas. En su papel como asistente, como persona que sabe leer y escribir y ha vivido en la ciudad, Mariana se puede concebir como en una jerarquía superior que la diferencia de la comunidad. Tal vez por eso afirma que sólo ella ha sabido aprovechar los apoyos del PDHO, que sólo ella ha aprendido algo, que sólo ella ha cambiado; en contraste con el resto de las personas de la comunidad. Sin embargo, lo que prevalece es una relación en donde las mujeres de la comunidad la han sometido a sus decisiones y necesidades, imponiéndole durante diez años una labor que nunca quiso y que no disfrutó. Un papel en el que no ha podido ejercer autoridad y por el cual ha padecido vejaciones en lo personal, con su pareja y dentro de su familia, en el interior de la comunidad y en las relaciones con sus superiores inmediatos en la clínica.

Aunque la categoría de indio o indígena no está presente en su discurso, la distinción y comparaciones que Mariana realiza entre ella y las otras mujeres parecen estar profundamente influenciadas por la hostilidad con la que fue recibida por la familia de su esposo, por la

indiferencia aproximándose al rechazo a la que se enfrentó en la comunidad, y por las dificultades que ha tenido para comunicarse en mazateco. Su condición de mujer de fuera la ha mantenido subordinada a la comunidad, pues en la jerarquía local ella no es nadie. Así que la autoridad que su puesto le podría dar y en la cual a veces parece tener algún atisbo de reconocimiento, no es compartida en lo más mínimo por la población con la que trabaja. Su posición en la comunidad nos remite a Barth cuando afirma que “Existen grupos activamente rechazados por la comunidad anfitriona a causa de ciertas conductas o características que son condenadas de modo positivo, aunque a menudo puedan ser consideradas útiles de algún modo específico y práctico” (1976:38). Aplicada a la persona, esta reflexión nos permite entender cómo Mariana no ha sido aceptada por la comunidad de su esposo, al tiempo que su escolarización ha sido útil para designarla como asistente rural, en los términos que demanda el PDHO.

La práctica de Mariana en los talleres ha estado condicionada por estos referentes contextuales. En su mundo de vida, los talleres se construyen como actividades que tiene que realizar, aunque no quiera. Le implican la necesidad de traductores y de agudizar su entendimiento del mazateco para no dejarse, para responderles a las señoras cuando quieran ofenderla o poner en duda sus indicaciones. La elección de los temas se ha basado en sus consideraciones acerca de los rubros en los que no entrara en controversia con las mujeres de la comunidad. Ella no se complica con las dificultades de programar por grupo de edad o evento de vida, ni reconoce las diferencias entre plática o taller. Es así como, durante diez años, ha citado a las beneficiarias en dos o tres grupos mensualmente.

Mariana ha estado atrapada durante diez años como asistente rural, curiosamente es una enfermedad la que le está dando la posibilidad de abandonar su labor y su vida fuera de la comunidad. No sin dejar un legado a su hija, a la que sí le gustan las actividades relacionadas con la clínica y la que sí es aceptada por la comunidad como mazateca, pues habla la lengua y ha vivido siempre en Loma Larga.

#### **5.4 Adaptaciones, formas y significados en la práctica de los talleres**

Durante el trabajo de campo estuve en contacto con casi veinte personas que trabajaban como personal comunitario para el IMSS-O y los SSO. Las tres personas que decidí incluir en este capítulo son sólo una muestra de la gran diversidad de situaciones que caracteriza los mundos de vida de este personal.

La primera diferencia que me encontré con este personal tiene que ver con los años de

servicio que tenga el personal. En las UMR de Chilchotla y Río Sapo más de la mitad de las y los asistentes tienen más de ocho años de servicio. Hombres y mujeres de las comunidades han ejercido este papel, consolidando cierto liderazgo en sus comunidades a tal grado que en algunos lugares se ha tenido que promover el cambio de la o el asistente porque se toma atribuciones que rebasan las funciones que establecen las instituciones de salud. Un ejemplo de este liderazgo es el caso de un hombre que durante el trabajo de campo ostentaba el cargo de agente municipal, responsable de la tienda CONASUPO, presidente del comité de la Iglesia y asistente rural de salud, siendo reconocido como una autoridad que tiene aspiraciones de llegar al cabildo municipal.

Por otro lado, se encuentra el personal comunitario que lleva menos de dos años en servicio y que suelen ser personas más jóvenes que se ven obligadas a participar como asistentes o auxiliares por presiones de sus comunidades; obligación que suele implicar una falta de cumplimiento con las actividades que se coordinan desde las unidades médicas y una rotación de personal que impide tener el seguimiento que supone la operación de las casas de salud. Cuando nadie quiere ser voluntario en las comunidades para participar como asistentes o auxiliares, el personal de las unidades médicas suele dejar a las comunidades la responsabilidad de elegir a alguien, con la amenaza de que si no hay personal comunitario elegido, se pueden perder los apoyos del PDHO. Es por ello que las comunidades realizan asambleas donde nombran a los jóvenes que han concluido la secundaria o bachillerato para cumplir con el cargo, con la obligatoriedad que implica un cargo comunitario.

En este ámbito también pueden caer personas que, aunque no siendo jóvenes, carezcan de algún poder de negociación en la comunidad y, por su posición de vulnerabilidad, se vean obligadas no sólo a aceptar el cargo, sino a permanecer en él durante tiempos muy largos, como es el caso de Mariana. Aquí podemos ver que no es sólo la corta edad en sí o la falta de experiencia la que obliga a una persona a aceptar el cargo como un servicio comunitario, sino también relaciones de poder profundamente asimétricas en donde hay personas que no van a poder negarse, independientemente de la edad que tengan.

En general, ante el poco tiempo para dar seguimiento a las labores del personal comunitario, las asistentes y auxiliares tienen muchas dificultades para concretar las acciones que se les solicitan, pero es curiosamente este vacío el que en muchos casos multiplica su capacidad de agencia en el espacio de sus casas de salud. Los talleres de autocuidado no se dan en un vacío, sino son parte de un conjunto de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en donde el personal comunitario está involucrado con ciertos grados importantes

de responsabilidad.

Asimismo, los talleres como una actividad ejemplar de la educación para la salud se dan en un contexto comunitario donde los actores sociales directa o indirectamente involucrados—mujeres beneficiarias, varones, adolescentes, autoridades locales y personal comunitario—están inmiscuidos y son parte de relaciones de poder, como personas y como colectivos, como hombres y como mujeres, como personas de la comunidad o como personas de afuera.

Todo lo anterior se traduce en microcosmos complejos y muy diversos, en los cuales impartir los talleres de autocuidado está sujeto a múltiples variables, adaptaciones y hasta negociaciones abiertas o implícitas. Como en el caso de los talleres únicamente se solicita un registro mensual que indica el número y temas impartidos, cada asistente puede tomar decisiones (o ser orillada a tomar decisiones) en torno a los temas y formas de los talleres e incluso sobre su realización, siempre que reporten su ejecución de acuerdo a la normativa.

Para la reconstrucción de los mundos de vida elegí a tres mujeres cuya labor como asistentes rurales depende administrativamente de la misma unidad médica rural en Río Sapo y todas con más de ocho años en servicio, con el propósito de poder comparar el papel que pueden ejercer en las comunidades asistentes con estas características, para contrastar sus mundos de vida y analizar la práctica de los talleres de personas que han tenido esta responsabilidad por largos periodos. De forma que a continuación se presentan las dimensiones en las que se basó la reconstrucción de estos mundos de vida y que sirven de ejes de análisis para entender las formas que adquieren los talleres de autocuidado para la salud.

#### 1) La escolarización y los procesos de formación y práctica profesional

La reconstrucción de los mundos de vida de Francisca, Carolina y Mariana ilustra las dificultades que atravesaron las asistentes rurales para poder concretar algunos años de escuela. Al mismo tiempo, se subraya la forma en la que ese capital escolar les ha permitido desempeñarse como asistentes rurales, accediendo a una formación en salud que está fuertemente diferenciada por la naturaleza de las relaciones que tejen con sus centros de salud: Francisca consolidando y mediando sus saberes como promotora naturista, Carolina consolidándose como auxiliar administrativa en la clínica y Mariana permaneciendo ausente de la unidad por largos periodos y entregando apenas los controles de seguimiento mensual requeridos en la UMR. Al final, todas, por sus años de experiencia, se encuentran familiarizadas con algunos términos médicos básicos, con los procedimientos administrativos y con los Programas que son priorizados por el personal de la clínica.

Francisca y Carolina suelen dedicar buena parte de su tiempo a estudiar los manuales y realizar la documentación que les solicita la UMR y tratan de dar todos los temas, siguiendo meticulosamente lo que describe el manual. Ellas visitan con más frecuencia la unidad, acuden a las capacitaciones a las que son convocadas a nivel regional, interactúan con el resto del personal comunitario y comparten experiencias. Mariana, por otro lado, se mantiene ajena a estas prácticas, triste, como esperando el momento en el que podrá deshacerse de un cargo que ha sido para ella precisamente eso: una carga.

Por otra parte, los talleres de Francisca y Carolina permiten observar el peso que tiene esta profesionalización en el ámbito de la salud, pues dominan mucha de la terminología y planteamientos de los Programas. Finalmente, es su corta pero significativa experiencia escolar la que parece tener más peso al momento de implementar los talleres de autocuidado, ya que, tanto en las prácticas de pase de lista como en la presentación de contenidos, e incluso en la adopción de dinámicas que pudieran considerarse participativas como la exposición por equipos, replican un modelo de enseñanza-aprendizaje tradicional donde ellas se convierten en docentes y las beneficiarias y beneficiarios en alumnos a los que hay que controlar, cuestionar y hasta dejarles “tareas” para que repasen los contenidos revisados.

## 2) El ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas

En los casos de Francisca y Carolina, queda claro su papel de “intermediarias culturales” (de la Peña, 1995), en tanto su contratación está marcada por la intención de que el personal comunitario pueda facilitar que la población de sus comunidades adopte los estilos de vida promovidos por las instituciones de salud, asignándoles una “función de agentes de cambio” (Vargas, 1994:49). Este papel implica, en los casos de ellas dos, ocupar un lugar estratégico desde donde pueden ejercer liderazgos diferenciados en sus comunidades.

Es así que el personal comunitario ejerce un papel profundamente marcado por su posición de intermediarios entre los discursos institucionales y sus comunidades pero que además, en palabras de García también “se ha hablado de ellos como agentes facilitadores de salud pero, junto a esto, de modernización, de “concientización”, de “valorización de lo propio” o de justicia social” (2004:156). Proyectos en los que podemos inscribir los discursos de Carolina y Francisca en relación con su vocación de apoyo al desarrollo de sus comunidades.

En esa lógica, el poder e influencia que ejercen Carolina y Francisca en sus comunidades pueden referirnos a las reflexiones que realiza Long en torno al poder que ejercen los actores sociales en el ámbito de interfaces sociales como los talleres:

...el forjar un espacio de maniobra implica cierto grado de consentimiento, cierto grado de negociación y un cierto grado de poder – no necesariamente poder almacenado en alguna posición económica o política, sino la posibilidad de control, de prerrogativa, de cierto grado de autoridad y capacidad de acción, sea en el escenario o tras bambalinas, por momentos fugaces o por periodos largos (2007:341).

Esta comprensión fluida del poder permite también ubicar el caso de Mariana, que aún con veinte años en la comunidad, nunca ha sido considerada parte de la misma, desdibujando la influencia y autoridad que implica el papel de asistente rural y enmarcando también que ella se limite hacer lo mínimo indispensable para cumplir con su labor como asistente.

Es así como en su práctica en los talleres, Carolina y Francisca parecen tener mayor capacidad de agencia para programar temas e implementar las actividades y adecuaciones que hacen a los talleres, mientras Mariana prácticamente ha excluido aquellos temas que considera pueden cuestionar las prácticas de las mujeres de su comunidad en torno al cuidado y crianza infantil.

### 3) El género vivido

Como se ha señalado, tanto Francisca como Carolina han desempeñado un papel de intermediarias culturales en sus comunidades, pero su vocación y trabajo en las comunidades no logran traducirse en lo que de la Peña (1996) denomina intermediación política, por las restricciones que tienen las mujeres en relación a acceso al poder político en sus comunidades. Su influencia y liderazgo parecen ser tolerados mientras se circunscriban al ámbito de la clínica y la casa de salud, como lugares que la operación local del PDHO ha terminado por consolidar como espacios fuertemente feminizados.

Mariana, por otro lado, al ser percibida como una esposa que siendo de fuera tiene que ganarse el respeto de la comunidad y adaptarse a sus dinámicas, ni siquiera cuenta con algún reconocimiento por su labor en la clínica o en la comunidad, en tanto se considera que sólo está cumpliendo con su responsabilidad. Aunque estas tres mujeres cumplan con actividades de intermediación que en el caso de los hombres pueden traducirse en la consolidación de liderazgos políticos, sus condiciones y relaciones de género parecen anular por completo esas posibilidades.

Para estas tres mujeres sus experiencias y representaciones en torno a las relaciones de género marcan profundamente su práctica en los talleres. Francisca ha renunciado a tener una vida en pareja porque afirma que su labor en el ámbito de la salud la ha llevado a conocer las formas que adquieren las dinámicas de pareja en su comunidad, compara su independencia y tranquilidad y la considera una mejor opción de vida, con relación a lo que observa a su alrededor. Durante los talleres, Francisca parece ser la testigo de lo que pasa en su comunidad, usa ejemplos de lo que



ha visto, se apoya en referentes televisivos para “defender” los derechos de las mujeres, aconseja, regaña y se consolida como una líder moral, cuyos juicios parecen ser tomados en serio por la población, sobre todo cuando tiene la posibilidad de poner faltas en las asistencias a los talleres del PDHO, incluyendo con los varones.

Por otro lado, Carolina se siente apoyada y respetada por su pareja, por lo que sostiene su práctica en los talleres en una certeza de que las mujeres podemos defender nuestros derechos, que no debemos dejarnos. En su trabajo con los hombres se apoya en su papel de asistente para cuestionar su comportamiento hacia las mujeres, esa posición parece disminuir la asimetría de poder marcada por su condición de género, por ello alude todo el tiempo a que lo que ella promueve, no proviene de ella misma, sino se trata de actividades y consejos del Programa. Así, haciendo, trata de consolidar la percepción general de que es portavoz de una autoridad superior a todos ellos, hombres y mujeres por igual: la autoridad del PDHO.

En contraste, el caso de Mariana pone en la mesa la situación del personal comunitario cuyas vidas de pareja están marcadas por la violencia, durante el trabajo de campo más de una mujer se vio obligada a renunciar a su cargo como asistente por esta razón. Cuando siguen en el cargo, que en el caso de Mariana es por la presión de la comunidad y no por gusto, los temas de género y salud y el de violencia intrafamiliar pueden simplemente desaparecer de la programación, por ser temas profundamente difíciles, incómodos y hasta dolorosos de tratar en lo colectivo pero aún más, en lo personal.

#### 4) La ideología del esfuerzo individual

Estas mujeres comparten la visión de que Oportunidades permite mejorar las condiciones económicas de las familias siempre que las personas quieran “aprovechar” los recursos para lo que se “debe”. Cada una de ellas ejemplifica cómo ellas sí han aprovechado los apoyos del Programa, señalando que, si el resto de las personas de la comunidad no “mejoran” económicamente, es porque no quieren hacerlo, no buscan alternativas para incrementar su ingreso, se atienen a lo que recibirán de Oportunidades y/o no saben administrarlo.

A pesar de ser ellas mismas beneficiarias del PDHO, comparten una visión de que la agencia individual permite trascender cualquier dificultad, pues incluso llegan a responsabilizarse por no haber tenido el suficiente empeño para seguir estudiando. En sus relatos apenas mencionan alguna clase de dificultad estructural que haya verdaderamente limitado sus decisiones o que limite las posibilidades de las personas en sus comunidades. Aunque a veces señalen las

dificultades de acceso a servicios de salud de segundo nivel, en su discurso prevalece la representación de que las personas estarán sanas, siempre que hagan lo que les dicten en las instituciones de salud.

Estas narrativas se reproducen en su práctica en los talleres, pues cuando Francisca y Carolina se dirigen a los beneficiarios suelen hacer comentarios y recomendaciones de esta naturaleza, aludiendo a la centralidad del esfuerzo y la responsabilidad individual para salir adelante con la ayuda del Programa. Esto, a excepción de Mariana que, por su historia en la comunidad, me manifiesta en privado su total escepticismo a que las personas de las comunidades vayan a seguir alguna recomendación que se haga en los talleres en relación al autocuidado para la salud y el saneamiento básico.

## CONSIDERACIONES FINALES

Uno de los principales retos que enfrentó esta investigación fue la escasez de estudios que aborden los discursos y prácticas del personal de salud desde sus propias historias de vida, sus propios posicionamientos y sus propias narrativas. Es por ello que en las consideraciones finales de esta investigación es indispensable incluir una reflexión en torno al andamiaje teórico que permitió reconstruir los mundos de vida de este personal, para después recapitular los principales hallazgos del proyecto de acuerdo con los objetivos de investigación.

### **Las interfaces sociales y los mundos de vida como categorías analíticas**

En el planteamiento de la investigación ya estaba implícito que se buscaría retomar un enfoque teórico centrado en el actor. Se buscaban analizar los talleres de autocuidado para la salud del PDHO, a partir de una exploración de los saberes, discursos y experiencias del personal de salud. Con este objetivo en mente, las conceptualizaciones de Norman Long (2007) fueron las que más coincidieron con esta intención.

El concepto de interfaz social me permitió ubicar a los talleres como “puntos críticos de intersección entre distintos campos sociales, dominios o mundos de vida, donde se encuentran las discontinuidades sociales por diferencias en valores, intereses sociales y poder” (Long, 2007: 327). La noción de interfaz social, en los términos de Long, enfatiza la naturaleza de los encuentros entre actores sociales que cumplen con una tarea institucional y los receptores de esta intervención. Preocupado por evidenciar que las intervenciones de agencias públicas y privadas en materia de desarrollo producen efectos divergentes en su operación local, este autor presenta una propuesta teórico-metodológica encaminada a ilustrar cómo el personal institucional interpreta y opera las tareas que le son asignadas administrativamente, afirmando que “su conducta no sólo es influida por sus experiencias administrativas, sino por sus experiencias en otros dominios, de manera que las biografías y las experiencias obtenidas de contextos sociales diferentes alimentan y forman las acciones de los oficiales estatales” (Ib.:105).

Con este abordaje, Long introduce el concepto de “mundo de vida” como una categoría fundamental para aproximarse a las formas “no planeadas” que adquiere la intervención en materia de desarrollo, advirtiendo que las interfaces diseñadas por estas instancias siempre suponen el encuentro de los mundos de vida de diversos actores sociales. Esta propuesta analítica me permitió ubicar al personal de salud como un actor social cuyos mundos de vida podrían ser sustantivos al momento de analizar las formas que adquieren los talleres de

autocuidado para la salud a nivel local.

Por los alcances de la investigación se eligió sólo al personal de salud para realizar este acercamiento, procurando incluir en la reconstrucción de sus mundos de vida sus representaciones en torno a la población con la que interactúan en los talleres. Lo anterior, sin hacer a un lado que los talleres son espacios de interacción y recordando a Menéndez cuando advierte que en las investigaciones centradas en el actor “no debemos reducir la realidad a ese actor, sino incluir a todos los actores significativos que intervienen en el campo específico donde transaccionan la realidad” (1992:321). Lo que me llevó a tener siempre presente que la práctica del personal de salud se encuentra en interacción permanente con la población beneficiaria del PDHO, cuyos mundos de vida también requieren ser explorados por la investigación social.

Es así que se planteó la reconstrucción de los mundos de vida del personal de salud como un medio para aproximarse a la heterogeneidad, dinámicas y tensiones que atraviesan y condicionan su capacidad de agencia en relación con la implementación de los talleres de autocuidado para la salud del PDHO en contextos indígenas; tomando en cuenta que este personal tampoco es un actor social homogéneo y que por lo tanto sus márgenes de agencia respecto a los talleres son igualmente diversos.

Long, sin embargo, proporciona pocas pistas acerca de cómo reconstruirlos o explorarlos, aunque presenta la centralidad de reconocer las características de los mundos de vida de los actores sociales implicados en tal o cual interfaz. Así surgió la disyuntiva de por dónde y con base en qué reconstruir estos mundos de vida, para conectarlos posteriormente con la práctica de los talleres. Para este autor los mundos de vida deben considerarse mundos sociales “vividos” que no deben concebirse como “telones de fondo” para las prácticas, sino como procesos dinámicos, constantes, compuestos de interacciones y significados, pero también de experiencias, relaciones y contextos que pueden ser constantemente reinterpretados. Esta definición permite entender que las prácticas en torno a una interfaz periódica como la de los talleres, terminan también formando parte de estos mundos.

Así se ha optado por incluir dimensiones y discusiones conceptuales que den cuenta de las características estructurales que pueden incidir en las formas que adquiere la agencia del personal de salud en relación a los talleres de autocuidado. En esa lógica, los abordajes de 1) la escolarización y los procesos de formación y práctica profesional, 2) el ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas, 3) el género vivido y 4) la ideología del esfuerzo individual permitieron ilustrar las tensiones que atraviesan los mundos de vida del personal de salud; para poder reconstruir estos mundos de vida sobre la base de sus propias experiencias, posiciones y

narrativas y después convertir estas dimensiones en ejes de análisis que ayudaran a comprender las formas que adquieren los talleres de autocuidado para la salud. A nivel teórico esto ha implicado mantener una tensión constante entre la agencia y la estructura que permitiera reconocer los márgenes de acción de las personas, sin descuidar la descripción de los condicionantes estructurales que van moldeando sus prácticas y los significados que dan a esas prácticas.

### **Referentes, arreglos y contradicciones en la práctica de los talleres de autocuidado**

El objetivo principal de la investigación consistió en analizar las formas que adquieren los talleres a la luz de los mundos de vida del personal de salud. Con este propósito se planteó el acercamiento a diez personas, quienes desde sus ámbitos profesionales o comunitarios permitieron iluminar los procesos e influencias que enmarcan su capacidad de agencia. Esta aproximación fue precedida de una amplia descripción del entramado institucional del sistema de salud y del PDHO y el contexto social de Santa María Chilchotla, como los marcos en los que se inscribe este personal y su labor en la educación para la salud, culminando con la realización de los talleres.

Con base en esos elementos se presentó una reconstrucción de los mundos de vida de cuatro médicos, tres auxiliares de salud y tres asistentes rurales, que permitieron reconocer la heterogeneidad de experiencias de vida, saberes y anclajes conceptuales, valorativos y metodológicos que influyen y caracterizan las formas que adquieren los talleres de autocuidado para la salud en Santa María Chilchotla.

El primer hallazgo importante de la investigación es que todo el personal cuenta con diversos grados de agencia en relación con los talleres de autocuidado, de acuerdo con su condición de médicos, auxiliares de enfermería o de personal comunitario. Como era de esperarse, en la práctica fueron las y los médicos quienes contaron con un mayor margen de acción en relación con involucrarse o no en la realización de los talleres, toda vez que cuentan con la autoridad y con el personal para delegar estas actividades. De igual forma, es importante señalar que cuando intervienen en los talleres tienen la posibilidad de hacer toda clase de adaptaciones a la forma y contenidos de éstos, llegando incluso a inscribir sus proyectos personales, como en el caso del taller asamblea llevado a cabo en San Martín de Porres.

Por otra parte, a pesar de ser el personal que ha recibido menor información y capacitación sobre los contenidos y la metodología de los talleres, parece ser el que más seguro se encuentra de la pertinencia de los manuales y, sobre todo, de sus propias habilidades para impartir los

temas. Esto contrasta con el personal de enfermería que reconoce con mayor contundencia la necesidad de capacitación y seguimiento que requeriría para implementar los talleres de la manera más correcta y apropiada.

Las y los auxiliares de enfermería cuentan con un menor margen de agencia para involucrarse o no en los talleres. Su intervención es más constante, aunque los tiempos que invierten están determinados por la realización de otras actividades que se consideran más urgentes, como la vacunación, el cotejo de información censal e incluso la consulta, en el caso del centro de salud de Agua de Paxtle. En esa lógica, las formas y contenidos que adquieren los talleres pueden implicar tiempos muy reducidos o bien apuntar a la concreción de actividades que forman parte de las metas institucionales del sector salud, como la toma de citologías. Se trata también del personal que parece realizar más adaptaciones al momento de impartir sus talleres; a veces optan por la realización de actividades que no están incluidas en los manuales pero que les parecen pertinentes pedagógicamente, como la elaboración de periódicos murales; o bien promueven la “aplicabilidad” de los conocimientos que se difunden en los talleres, con la elaboración y mantenimiento de cestos de basura públicos que mejoren el saneamiento a nivel comunitario.

El personal de enfermería cuenta también con la posibilidad de programar toda clase de actividades en lugar de los talleres e incluso de involucrar a otros actores en su implementación, según sus relaciones sociales y antigüedad en la comunidad, pero también atendiendo a las resistencias que pueda tener la población beneficiaria. Destaca en ello la participación de grupos de Alcohólicos Anónimos o los intentos de generar sinergias con los programas de Educación Inicial y de Educación para los Adultos en el caso de Santa María Chilchotla.

Por otro lado, el personal comunitario cuenta con menos margen de acción en torno a realizar o no los talleres. Las actividades se llevan a cabo cada mes, aunque la programación de temas y la organización de los grupos de trabajo parecen quedar a su elección personal. Su grado de involucramiento en los talleres está condicionado por el tiempo que lleven ejerciendo el cargo, el personal con mayor antigüedad parece dedicar más esfuerzo en su realización, mientras que las personas más jóvenes, que en su mayoría no decidieron voluntariamente ejercer su papel como asistentes o auxiliares, suelen dedicarles menos tiempo. Al respecto parecen ser fundamentales las relaciones que el personal mantenga con la población beneficiaria, pues eso juega un papel importante en determinar la elección temática e incluso en dar la posibilidad de sustituir los talleres por alguna otra actividad, como convivios o la participación en algún otro evento de la comunidad.

Un rasgo que caracteriza la agencia de este personal en los talleres es un mayor seguimiento

a los manuales y rotafolios disponibles. Al respecto, hay un reconocimiento puntual de la falta de capacitación y nulo acompañamiento a los talleres por parte del personal que supervisa las acciones de las asistentes rurales, por lo que estos materiales se vuelven indispensables en su implementación, aunque a veces no sean comprendidos del todo y no sea sencillo adecuar las actividades propuestas a las características de sus comunidades de trabajo.

En términos generales, la reconstrucción de los mundos de vida del personal permitió también identificar las dimensiones, tensiones y experiencias que resultan medulares para condicionar su posicionamiento en los talleres y con ello moldear las formas que adquieren estas interfaces sociales. Lo anterior, siguiendo a Long cuando nos comparte que los actores sociales siempre poseen por un lado, la “capacidad de conocer” en tanto que las experiencias y deseos son reflexionadamente interpretados e interiorizados (de modo inconsciente o consciente) y, por otro, la capacidad de manejar tanto habilidades relevantes como acceso a recursos materiales y no materiales” (2007:108). Esto me ha llevado a intentar “identificar y caracterizar las diferentes prácticas, estrategias y razonamientos del actor, las condiciones en que surgen, la manera en que se entrelazan, su viabilidad o efectividad para resolver problemas específicos y sus amplias ramificaciones sociales” a través de los ejes analíticos que a continuación se describen (Ib.:56).

### **1) La escolarización y los procesos de formación y práctica profesional**

Como se analizó en la reconstrucción de los mundos de vida del personal de salud, su profesionalización en el área médica o en el campo de la salud es crucial para entender las formas que adquieren los talleres de autocuidado. Lo anterior enfatiza lo que el mismo Long decía sobre que cualquier descripción etnográfica de los mundos de vida de los actores debe, en primera instancia, “explorar el mundo cognitivo de los individuos involucrados” (2007:351).

En las médicas y médicos, su certidumbre sobre la infalibilidad del conocimiento médico les hace ignorar su falta de capacitación en lo que se refiere a las metodologías de enseñanza-aprendizaje en las que se basan los talleres. De igual forma, parece condicionar que se consideren actividades secundarias que tienden a delegarse al resto del personal y que, en todo caso, pueden utilizarse para promover actividades que pueden facilitar la consulta o la realización de citologías. En este personal parece ser decisivo el periodo de formación en el que se encuentra, toda vez que la médica pasante parecía ser más receptiva a repensar la importancia de educación para la salud, mientras el personal de mayor experiencia parece haber consolidado una representación acerca de su carácter secundario e incluso una suerte de resignación en torno a la inutilidad de intentar modificar conductas de riesgo o promover el autocuidado para la salud en sus

comunidades de trabajo.

En el caso del personal de enfermería, su experiencia en el primer nivel de atención parece permitirles reconocer la importancia de las actividades de educación para la salud. Su formación es de carácter técnico pero, según la disponibilidad de servicios, llega a adiestrarse en la práctica en la atención de urgencias y partos. Finalmente, en el caso del personal comunitario llama la atención que, a pesar de tratarse de personal cuya escolarización suele no rebasar la educación secundaria, sus años de experiencia y práctica profesional les permiten adoptar terminología y evocar a la autoridad médica cuando promueven mensajes de salud en el contexto local.

Todo el personal parece compartir una visión promovida por el modelo biomédico que responsabiliza y hasta culpabiliza al paciente de sus problemas de salud, convirtiendo a los talleres en una suerte de consejería que no apunta a ninguna condición estructural y que se enfoca en tratar de cambiar conductas individuales, desde una posición en la que se busca “asustar” lo suficiente a la población para que evite conductas de riesgo o en todo caso apelar a la pérdida de los apoyos si no se cumple con las actividades de autocuidado.

Esto no debería de sorprendernos al reconocer cómo la construcción y perpetuación del modelo biomédico no se modifican por la entrada en vigor de alguna reforma institucional encaminada a priorizar la prevención y el autocuidado para la salud, toda vez que se halla fundada en “un proceso, dentro del cual se ha producido el establecimiento de un ‘conjunto de relaciones’ entre dichos elementos o premisas, instituciones y prácticas, así como la sistematización de sus relaciones” (Caramés, 2004: 35). Este proceso parece naturalizar que actividades como los talleres de autocuidado para la salud no sean en lo absoluto una estrategia prioritaria para el personal de salud; esta cuestión se agudiza en tanto se carece de procesos de capacitación, formación y/o sensibilización específica para su implementación.

En todo el personal parece estar muy presente que un espacio de educación para la salud tiene que reproducir las relaciones de enseñanza-aprendizaje caracterizadas por técnicas docentes típicas de la escuela tradicional. Todos parecen interpretar que fomentar la participación de las y los beneficiarios implica que sean ellos los que expongan los contenidos de los talleres, bajo esas mismas premisas. Ante la declarada falta de capacitación sobre la metodología de enseñanza-aprendizaje en el que se basa la normatividad de los talleres, el personal de salud parece referirse a su propia experiencia escolar que, en todos los casos, los remite inevitablemente a formas escolares tradicionales, donde se imponen estructuras de asistencia y puntualidad<sup>118</sup> y la

---

<sup>118</sup> Cuestión que se ve reforzada por el carácter obligatorio de los talleres de autocuidado para la continuidad de los apoyos del Programa.



exposición vertical de contenidos. Al respecto, Rockwell nos permite reflexionar sobre cómo la escuela tiende a rebasar sus fronteras, destacando cómo “el contenido de la experiencia escolar subyace en las formas de transmitir el conocimiento, en la organización misma de las actividades de enseñanza y en las relaciones institucionales que sustentan el proceso escolar” (1997:13).

Estas reflexiones, no por ser situadas en el caso de los maestros, pierden sentido cuando se exploran las formas que adquieren los talleres, toda vez que la misma autora señala la forma en la que “las pautas, relaciones y costumbres características de la escuela se proyectan hacia el entorno social inmediato, ampliando así el ámbito formativo de la institución hacia los contextos de la familia, trabajo y vida civil” (Ib.:20). Es así que, en mi experiencia, en los talleres de autocuidado para la salud fue posible constatar esa estructura típica de las relaciones de enseñanza-aprendizaje en nuestro país a la que Rockwell describe como totalmente asimétrica, donde el docente, en este caso el personal de salud, “inicia, dirige, controla, comenta, da turnos; a la vez exige y aprueba o desaprueba la respuesta verbal o no verbal de los alumnos” (Ib.:23).

En los talleres aparece el educador que describe Freire “como su agente indiscutible, como su sujeto real, cuya tarea indeclinable es “llenar” a los educandos con los contenidos de su narración” (2005:77). De modo que el personal de salud, enfrenta a los beneficiarios “como su antinomia necesaria. Reconoce la razón de su existencia en la absolutización de la ignorancia de estos últimos” (Ib.:79). En ese hecho radica su papel como alienador de la ignorancia y es su condición de profesionales de la salud la que parece reforzar las posiciones fijas e invariables a las que nos refiere Freire: “Será siempre el que sabe, en tanto los educandos serán siempre los que no saben” (Id.), negando cualquier otra posibilidad para los procesos de enseñanza-aprendizaje en materia de salud.

## **2) El ejercicio profesional en salud en comunidades indígenas**

Por otro lado, en lo que se refiere a la distancia que establece el personal de salud con la población en función de su labor como profesionales de la salud, es importantes decir que aún las personas que se identifican como mazatecas se valen de su posición en los centros de salud para diferenciarse de la población con la que trabajan, privilegiando el seguimiento puntual de los lineamientos de los programas de salud, antes de articular cualquier clase de reivindicación étnica. Ya Camus nos hablaba en referencia a ello, retomando las palabras de un maestro bilingüe en cuanto a esas diferenciaciones y distanciamientos:

El hecho de hablar el castellano, de saber leer y escribir, así como vestir igual que los mestizos resultan obligados por todas las relaciones que establecen con la sociedad nacional, es entonces

cuando los indígenas llegamos a crear nuestros propios indios al interior del municipio llegamos a pensar que las personas que solamente hablan la lengua indígenas usan la ropa de colores brillantes y comen tortillas son más indios que nosotros los bilingües. (1997:177).

Es así que el personal de salud que se autoascribe como indígena se refiere asimismo como un indígena que sí se ha superado y que en la medida que promueva las actividades de salud de las instituciones de salud coadyuva a un progreso que es posible, en los términos que sus mismas historias ejemplifican.

Por otra parte, el personal que proviene o ha tenido contacto con otras poblaciones indígenas contrasta las condiciones de las comunidades de Chilchotla, caracterizándolas siempre como espacios de un mayor rezago que explican, otra vez, como resultado de cerrazón ante el progreso. Lo anterior puede dar lugar a diversos acomodamientos con la población dependiendo de las jerarquías sociales en las que cada quien es inmerso ya que, al contrario de lo que pasa con los médicos, para las asistentes rurales venir de otra comunidad puede traducirse en una neutralización del ejercicio de poder que implica poner las asistencias de Oportunidades.

Finalmente, las personas que provienen de contextos más mestizos parecen tener una mayor tendencia a reproducir actitudes de desprecio y discriminación para calificar las condiciones de vida de las comunidades indígenas donde laboran.

En todos los casos, se trata de aspectos que son determinantes para las formas y contenidos de los talleres y hasta para la decisión de simplemente no involucrarse en las actividades.

### **3) El género vivido**

En el caso del personal médico, fue notable reconocer cómo las mujeres parecen no ejercer el liderazgo derivado de su condición hegemónica de médicas, en los espacios públicos de la comunidad. Este punto parece influir en que no vean en los talleres un espacio idóneo para afianzar sus lazos con la comunidad o proyectar su imagen y las bondades de su gestión. Situación que no se repite para los médicos varones, quienes parecen sentirse más cómodos ocupando una posición de poder volcada hacia el exterior y estableciendo relaciones con otros actores sociales con influencia como las autoridades municipales, aun cuando lleven poco tiempo en las comunidades. Estos aspectos permiten que su involucramiento en los talleres sí pueda asumirse como un medio para darse a conocer y robustecer sus relaciones con la población.

Dentro del personal médico, hombres y mujeres parecen tener un entendimiento diferenciado acerca de la violencia que viven las mujeres en la comunidad, problema frente al cual las médicas fueron mucho más críticas durante las entrevistas, mientras los hombres buscaron no ahondar en la problemática e incluso llegaron a declarar que en los talleres preferían no desarrollar estos

temas, por su carácter controversial. No obstante e independientemente del género, ninguno ve en la violencia o desigualdad de género una problemática de carácter estructural, reduciendo el fenómeno a una cuestión de decisiones individuales.

En el caso del personal de enfermería, las relaciones de género son igualmente sustantivas; mientras las mujeres ven en su ejercicio profesional la cristalización de una aspiración por escolarizarse, el joven enfermero reconoce en su labor un demérito que lo aleja de la condición de médico a la que siempre aspiró, motivo por el que quizá este último privilegia la atención curativa a la población, dejando a los talleres como una actividad a la que dedica el mínimo de tiempo y esfuerzo, reproduciendo así la misma visión que comparten los médicos al respecto. Esta situación no se repite en el caso de las enfermeras en tanto le dan importancia a los talleres e intentan distintas estrategias para mejorar su implementación.

En lo que se refiere a sus representaciones en torno a las relaciones de género de las comunidades en las que trabajan, las enfermeras fueron mucho más puntuales en reconocer la violencia y subordinación que viven las mujeres indígenas; mientras el enfermero apenas y tocó el tema e incluso ha pedido a la médica pasante de su centro de salud que evite meterse en problemas cuando trata de intervenir en situaciones en las que las mujeres son agredidas por sus parejas.

En el caso del personal comunitario, las mujeres parecen ejercer un liderazgo limitado a las actividades de salud, en contraste con algunos hombres cuyos casos no fueron abordados a profundidad en la investigación pero que, con los mismos años de servicio comunitario, ya han tenido acceso a cargos como agentes municipales.

Del mismo modo, las relaciones de pareja del personal comunitario suelen condicionar su involucramiento en las actividades de los centros de salud ya que muchas mujeres terminan renunciando a los cargos porque sus parejas no están de acuerdo con su ejercicio laboral. Es sobre sus experiencias de vida que basan la elección de los temas que abordan en las sesiones, evitando o potenciando su papel de consejeras en el camino de tratar de revertir la violencia que viven las mujeres de sus comunidades.

En general, un punto recurrente entre las mujeres entrevistadas que parecen no vivir situaciones de violencia con sus parejas, tiene que ver con concebir en las otras mujeres una facultad para salir por medio del ejercicio de su voluntad de cualquier relación donde vivan violencia, lo que nos remite a Bourdieu cuando afirma que las mujeres terminan aplicando a cualquier situación y sobre todo a “las relaciones de poder en las que están atrapadas, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder y que se

explican en las oposiciones fundadoras del orden simbólico” (1998:49). Incluso el reconocimiento de esta violencia termina colocando en las mujeres la responsabilidad de terminar con esta violencia.

#### **4) La ideología del esfuerzo individual**

Hay ciertas representaciones y discursos que estuvieron presentes en los mundos de vida de todo el personal de salud. Todos parecen explicar su escolarización, condiciones económicas y estatus laboral a través de una reconstrucción de su esfuerzo y empeño individual, en una capacidad de agencia absoluta que le permite a las personas vencer cualquier adversidad. Sus historias todo el tiempo son contrastadas con la población beneficiaria del PDHO, a quienes se ve como personas que no se esfuerzan lo suficiente a pesar de los apoyos del gobierno. En ningún caso se hicieron alusiones a alguna clase de determinante estructural para explicar las condiciones socioeconómicas que prevalecen en los espacios en donde laboran. Todo el tiempo prevaleció la representación en los centros de salud y unidades médicas del PDHO como un programa que fomenta la flojera y estimula la falta de productividad. En el mundo de vida de todos los actores sociales entrevistados, Chilchotla parecía ser un lugar en donde las actividades económicas del campo, la ganadería y/o el comercio podrían terminar con la pobreza de los habitantes, siempre que éstos estuvieran dispuestos a esforzarse lo suficiente para “salir adelante”.

Freire nos comparte cómo el oprimido escolarizado fácilmente se transforma en opresor de otro, pues se consolida en ellos “una visión individualista. Su adherencia al opresor no les posibilita la conciencia de sí como personas, ni su conciencia como clase oprimida” (2005:44). Las explicaciones del personal de salud en torno a la pasividad de la población beneficiaria, de su falta de compromiso y esfuerzo, nos refieren también al “economismo” predominante señalado por Quintana en relación con la tendencia de las personas a criticar la “base no racional de muchas sociedades, argumentando que sus actores no son conscientes del principio de escasez, que tienen un pensamiento mágico ya que creen que los bienes pueden emerger de la nada, sin sacrificios y sin costos” (2004:191).

En esa misma lógica, Girola (2005) nos comparte cómo cuando:

Las clases medias y altas, si consideran que su posición laboral está más o menos asegurada, pueden aceptar una política de flexibilización y meritocracia, que individualice sus posibilidades, ya que pueden pensar que es un medio de destacar y distinguirse de acuerdo con los valores aceptados en nuestra sociedad que enfatizan el éxito, sobre todo el económico. (2005:284)

Esta consideración tiene mucha pertinencia al momento en que el personal de salud reivindica sus propias historias de éxito cuando no había apoyos gubernamentales como el PDHO;

aludiendo implícita o explícitamente a que, si ellos pudieron sin ayuda y con esfuerzo, programas como el PDHO no pueden ser valorados porque no fomentan dicho sacrificio y dan becas por el simple hecho de ser “pobres”. Es así que, en sus discursos, los beneficiarios parecieran revestirse del papel de “asistidos” que ya Freire discutía cuando afirmaba que a los oprimidos “se les trataba como “meros marginados”, que discrepan de la fisonomía general de la sociedad. Esta es buena, organizada y justa. Los oprimidos son la patología de las sociedades sanas, que precisan por esto mismo ajustarlos a ella, transformando sus mentalidades de hombres ‘ineptos y perezosos”’ (2005:81).

Lo anterior refuerza que la educación para la salud (y con ello los talleres de autocuidado para la salud), cuando se implementa, esté marcada por un subtexto en el que constantemente se alude a la importancia de valorar los recursos del Programa y ver en el autocuidado de la salud una forma de esfuerzo que los puede hacer “realmente” merecedores de estos apoyos.

### **Límites y alcances de los talleres de autocuidado para la salud**

Finalmente, la práctica de los talleres en Santa María Chilchotla se encuentra inserta en condiciones socioeconómicas e institucionales específicas que no pueden excluirse del análisis. Lo anterior, en un esfuerzo por mostrar cómo los talleres concebidos como interfaces sociales deben también entenderse como “procesos organizativos estratégicos e interpretativos que pueden influir- y ellos mismos ser influidos por el contexto más amplio de poder y la acción social” (Long 2007:64).

Con este propósito, la descripción del entramado institucional en la que se sustenta la operación de los talleres, y que se ha descrito a profundidad en el primer capítulo, resulta clave para entender cómo los talleres se han convertido en tareas que parecen estar sostenidas en una suerte de caos administrativo, donde el personal de salud se ve obligado a operar el componente de salud del PDHO sin la capacitación ni los recursos materiales necesarios para ello.

Esta situación se ve reforzada en municipios como Santa María Chilchotla, donde confluyen múltiples estrategias del primer nivel de atención totalmente desarticuladas entre sí y que, como se describió ampliamente en el segundo capítulo, no se encuentran apoyadas por un fácil acceso a la atención de segundo nivel.

Al respecto, ya Menéndez (1992) describía la facilidad con la que se adjudica a la falta de educación para la salud la prevalencia de diversos padecimientos en las zonas rurales, cuando al hacer un análisis detallado lo que se revela es una falta de cobertura de los servicios de salud.

Este señalamiento se vuelve muy pertinente para un municipio como Chilchotla, donde el personal de salud insiste en que la falta de educación en salud es causada por la necesidad de la gente que no quiere aprender, sin visibilizar ninguna de las deficiencias existentes en las estrategias institucionales y con ello disimulando también que muchos de los problemas de salud de la comunidad también se multiplican y profundizan ante la falta de cobertura real de los servicios de salud.

Caramés describe que la burocratización la profesionalización en salud en Latinoamérica se ha caracterizado por consolidar sistemas sanitarios que operan estrategias de atención primaria donde no se incluyen:

Interrelaciones entre lo que vive la persona que requiere atención, lo que es en sus diferentes estatus y roles sociales, y lo que padece; el enfermo y su dolencia son etiquetados numéricamente, a efectos de elaborar informes estadísticos, reduciéndolos de esta forma como usuarios del sistema, a un caso, a una variable, a un simple dato numérico «código de barra “x” (2004:42).

En esa lógica, hay que destacar que los programas de salud en México y el componente de salud del PDHO han priorizado una planeación basada en el cumplimiento de metas institucionales que no por ser deseables y congruentes con los compromisos de los planes nacionales e internacionales, se apoyan en un reforzamiento eficiente de las estructuras operativas de las instituciones de salud.

Es así como a nivel local el personal de salud se ve presionado a cumplir y sobre todo a “registrar” más acciones, sin contar con los apoyos financieros, materiales y humanos adicionales para su implementación. Cuestión que Cervantes apunta de la siguiente manera:

El problema, sin embargo, no debe ser reducido a uno de buena o mala voluntad por parte de los individuos que prestan los servicios; el problema no es sólo que haya médicos, enfermeros y trabajadores sociales que sean buenos o malos profesionales que sean buenos malos profesionistas. Aun con el mejor de los entrenamientos y con la mejor de las actitudes, los prestadores de servicios se encuentran insertos en instituciones que tienen reglas y procedimientos, agendas previamente definidas, formas-más o menos eficientes-de control sobre los individuos y sus actividades, disposiciones generales y específicas que permiten la vigilancia de la acción y sus directrices; en instituciones burocráticas (1999:381).

Finalmente, no se puede dejar de señalar que el abordaje de la medicina preventiva y, en este caso, de la educación para la salud como una de sus herramientas fundamentales, también puede remitirnos al esfuerzo de los estados por racionalizar y ordenar a la sociedad. Aquí no podemos olvidarnos del concepto de bio-poder elaborado por Foucault (1977) cuando reconoce en la salud pública un medio de control y regulación de la vida social. Desde esta perspectiva, el interés por la higiene y la planificación familiar han sido elementos fundamentales para la circulación del poder a través de los cuerpos. A ese respecto Nichter discute:

Como forma de manipulación, las prácticas individuales de reducción del daño son promovidas por distintos grupos de interés para desviar la atención de los factores colectivos de riesgo que afecta la salud de la población entera... se puede provocar que la responsabilidad de cuidarse recaiga en los individuos, convocados a monitorear su salud y adoptar un estilo de vida sano” (2006:110)

Es así que el análisis de la educación para la salud también tiene que pasar por la reflexión acerca de la invención de la población como una categoría social que nos remite a un cuerpo múltiple que es necesario dirigir y regular, a través de las instituciones públicas y la internalización de normas de comportamiento. De este modo, si la biomedicina es producto de la vida social y la imaginación cultural (Martínez, 2011:39), la educación para la salud también se puede entender como una construcción que se deriva de sus planteamientos y eso tiene implicaciones que es necesario señalar. Toda vez que, como se ha mostrado, detrás del conocimiento sobre el autocuidado para la salud también hay creencias, valores y prácticas que, no por ser institucionalizadas, pierden su carácter de constructos socio-culturales profundamente ideologizados.

La ideologización de la educación para la salud se agudiza si tomamos en cuenta lo que señala Menéndez (1992) cuando argumenta que con frecuencia se asocian las altas tasas de enfermedades no transmisibles con la pertenencia a un grupo indígena, convirtiendo a la diversidad cultural en la fuente de los problemas de salud pública y agudizando una representación de lo indio como lo que necesita ser intervenido.

Por todo lo anterior, es necesario mantener una perspectiva que permita dimensionar con claridad las causas de los rezagos en materia de salud y así cuestionar la pertinencia de los programas de medicina preventiva y educación para la salud en esas zonas. Al respecto, esta investigación ha buscado lo que en palabras de Long sería ilustrar “los eslabones entre los pequeños mundos de los actores locales y los fenómenos globales y actores en gran escala, y el papel decisivo desempeñado por formas diversas y a menudo contradictorias de acción humana y conciencia social en la fabricación del desarrollo” (2007:4). Las formas que toman los talleres de autocuidado del PDHO, desde los mundos de vida del personal de salud, ponen en evidencia las complejidades y contradicciones de los programas de educación para la salud a nivel local, lo que resulta doblemente sustantivo cuando, como en el caso de estos talleres, se hayan inscritos en un Programa como Oportunidades, que en las últimas décadas se ha consolidado como la principal estrategia de combate a la pobreza en México.

# BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Aceves, J. E. (coord.). (1996). *Historia oral ensayos y aportes de investigación*. Seminario de historia oral y enfoque biográfico. México: Ediciones Casa Chata CIESAS.
- Aguilar, L. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguirre, G. (1991). *Obra antropológica, IX. Regiones de refugio: El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamérica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguirre, G. (1995). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alatorre, J., Careaga, G., Jusidman, C., Salles, V., Talamante, C. & Townsend, J. (1997). *Las mujeres en la pobreza*. México: Gimtrap/El Colegio de México.
- Albó, X. (2004). *Interculturalidad y salud*. En: Fernández Juárez, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en américa latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 31-52). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Alliaud, A. *La experiencia escolar de maestros "inexpertos" Biografías, trayectorias y práctica profesional*, Revista Iberoamericana de Educación, No 34 (3), edición de internet, sección de los lectores, noviembre de 2004, <http://www.rioei.org/deloslectores/784Alliaud.PDF>, consultada 4 de marzo de 2012.
- Bidaseca, K. (2002). *Nómades sin tierra de hombres y mujeres poblando León Rougés en tiempos de zafra y migraciones*. Tesis de Maestría. Argentina, Buenos Aires.
- Arechiga, H. & Bribiesca, L. (eds.). (2000). *Un siglo de ciencias de la salud en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Banco Mundial. Edición de internet. <Http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>, Consultada 6 de marzo 2012
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. En: *La organización social de las diferencias culturales*, (pp. 9-49). México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (1999). *Trabajo, consumismos y nuevos pobres*. España: Gedisa Editorial.
- Bertely, M. (1997). *Historias familiares, escolarización e iniciativa cultural yalalteca*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), Vol. XXVII, No. 3, 9-31.
- Boege, E. (1998). *Los mazatecos ante la nación: contradicciones de la identidad étnica con el México actual*. México: Siglo XXI Editores.



- Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. España: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. España: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). Capital cultural, escuela y espacio. México: Siglo XXI Editores.
- Brachet, V. (2010). Salud y seguridad social, 1917-2008: ¿Quién decide? En: Méndez, J.L. (coord.). Desigualdad social, Los grandes problemas de México V13. (pp. 344-376) México: El Colegio de México.
- Butler, J. (1999). El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. México: Editorial Paidós.
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández, G. (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas (pp. 129-151). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Campos, R. (2010). "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI", en Revista de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 27, No. 1, 114-122.
- Camus, M. Los profesionistas indígenas y el poder de la piratería cultural, VII (8), edición de internet, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13870807> consultada 3 de marzo.
- Caramés, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En Fernández, G. (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas (pp. 65-74). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Castel, R. (1997). Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Argentina: Editorial. Paidós.
- Castellanos, A. (1994). Asimilación y diferenciación de los indios en México. Revista Estudios sociológicos, Vol. 12, No. 34 (ENE-ABR), 1994, 101-119.
- Castillo, A. (2006). El desarrollo de recursos humanos en salud: un hito en construcción. Gaceta Médica de Costa Rica, 2, 1-11.
- Castillo, J. (1989). "Los guardianes del tiempo" Una propuesta en el análisis y síntesis del curanderismo mazateco. Tesis de licenciatura en antropología social. México: UAM-I.
- Castoriadis, C. (2001). Figuras de lo pensable (Las encrucijadas del laberinto). México: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza. México: CRIM-UNAM.

- Castro, R., & López, A. (coords.). (2010). Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Uruguay: Universidad de la República Oriental y México: CRIM-UNAM.
- Celma, M. & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, No. 9, 119-136.
- Cervantes, A. (1999). VIII. Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una respuesta analítica. En García, B. (coord.). *Mujer, género y población en México*. (363-472). México: El Colegio de México.
- Chávez, M. L. (2010). Familias, escolarización e identidad étnica entre profesionistas nahuas y tenek en la ciudad de San Luis Potosí. Tesis inédita de Maestría. CIESAS: Guadalajara.
- Cohen, E. & Franco, R. (2006). *Transparencia con corresponsabilidad: Una mirada latinoamericana*. México: FLACSO México.
- CONEVAL. Medición de la pobreza a nivel municipal 2010 a escala municipal. Recuperado de [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion\\_municipios.es.do](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion_municipios.es.do), Consultada 5 de marzo de 2012.
- Connel, R. (1997). Masculinidad/es. Poder y crisis. En Valdéz, T. y Olavarría, J. (eds.). *La organización social de la masculinidad*. (pp. 31-48). Chile: ISIS Ediciones de Mujeres – FLACSO.
- Consejo, C. & Viesca, C. (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista de Medicina, IMSS* 2005; 43 (1): 1-3.
- Conway, J., Bourque, S. & Scott, J. (2000). El concepto de género, En L. Marta (comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia social*. (pp. 9-40). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Csordas, J. T. (1994). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- de la Cadena, M. (2007). *Formaciones de indianidad: articulaciones raciales, mestizaje y Nación en América Latina*. Colombia: Envión.
- de la Paz, M. & Salles, V. (2006). *El programa Oportunidades examinado desde el género*. México: Editorial Sextante.
- de la Peña, G. (1994). La cultura política mexicana. Reflexiones desde la antropología. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. VI, No. (17), 153-166.
- de la Peña, G. (1995). La ciudadanía étnica y la construcción de los indios en el México contemporáneo. *Revista internacional de filosofía política*, No 6, 116-140.

- de Lauretis, T. (1996). "La tecnología del género" (traducción de Bach, A.M.& Roulet, M., título original: Technologies of Gender. EssaysonTheory, Film and Fiction, Reino Unido: Macmillan Press, 1989, 1-30), en Revista Mora No. 2, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. 6-34.
- Devereux, G. (1985). De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento México: Siglo XXI Editores.
- Dietz, G. (2011). Interculturalidad y educación intercultural en México: Un Análisis de los discursos nacionales e internacionales en su impacto en los modelos educativos mexicanos. México: SEP.
- Duschatzky, S. (comp.). (2000). Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad. Argentina: Editorial Paidós.
- Fabian, J. (1983). Time and the Other. How anthropology makes its object. Estados Unidos: Columbia University Press.
- Fernández, A. M. (2011). Prejuicios y estereotipos. Refranes, chistes y acertijos, reproductores y transgresores. Revista de Antropología Experimental, 11, 317-328.
- Fernández, J. (1996). Las carreras de medicina en México. Revista Perfiles Educativos, vol. XVIII, No. 73, julio-sept, 1-33.
- Finkler, K. (1992). "El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder". En Campos, R. (comp.). La Antropología Médica en México 2. (pp. 202-224). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Foucault, M. (1999). Estrategias de poder, Obras esenciales Vol. II. México: Paidós.
- Foucault, M. (2002). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. 1a, ed. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2005). Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. España: Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (2005). Pedagogía del Oprimido. México: Siglo XXI Editores.
- Freyermuth, G. (2003). Las mujeres de humo: morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: Miguel Ángel Porrúa y CIESAS.
- Gallardo, E. D. (2008). Política social y vida comunitaria. Efectos del programa Oportunidades en dos comunidades mazatecas de Oaxaca (2000-2006). Tesis de maestría. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- García, J. (2003). Tras el Sentido Perdido de la Medicina: Un ensayo a la luz de la ética sobre la desaparición del sujeto en el trabajo en salud. Guatemala: Avansco.

- García, J. E. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. *Desacatos*, 39, 89-104.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. España: Amorrortu Editores.
- Gil, V. (2004). *Éthos médico, las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México: UAM- Xochimilco.
- Girola, L. (2005). *Anatomía e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*. México: Anthropos.
- González, E. (2002). *Mediación interétnica y escolarización: Actores, escenarios y propuestas de escolaridad étnica en la región mixe*. Tesina, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM.
- González, O. (1991). *En compañía de los dioses, antropología política: Chamanismo mazateco en Oaxaca, México*. Tesis de licenciatura en antropología social. México: UAM.
- González, J. L. (2009). Medicina, antropología y política en la formación del médico. *Revista de humanidades*, Vol. 8, No. 2, 129-146.
- González, M. & Escobar, A. (2012). *Pobreza, transferencias condicionadas y sociedad*. México: Publicaciones Casa Chata CIESAS.
- González, M. (2006). *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*. México: Ediciones Casa Chata CIESAS.
- Grindle, M. S. (1977). *Bureaucrats, politicians and peasants in México*. California: Universidad de California Press.
- Guillermo, J. & Stern, C. (2001). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actos sociales*. México: El Colegio de México.
- H. Ayuntamiento de Santa María Chilchotla. *El plan para el desarrollo integral, sustentable y pluricultural del municipio de Santa María Chilchotla*. Diciembre de 2005, [http://www.cdi.gob.mx/planes\\_desarrollo/oaxaca/48\\_santa\\_maria\\_chilchotla.pdf](http://www.cdi.gob.mx/planes_desarrollo/oaxaca/48_santa_maria_chilchotla.pdf), consultada el 4 de marzo de 2012.
- Habermas, J. (1990). *Teoría de la acción comunicativa II*. Argentina: Taurus.
- Hagene, T. (2010). Prácticas políticas cotidianas en un pueblo originario del Distrito Federal: el papel de los chismes y rumores. *Revista Nueva Antropología*, XXIII Julio-Diciembre, 35-57.
- Hall, S. (2010). *Trayectorias y problemáticas en estudios culturales. Sin garantías*. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.

- Hamel, R. E. (1999). Conflicto entre lenguas, discursos y culturas en el México indígena: ¿la apropiación de lo ajeno y la enajenación de lo propio?, En K. R. Úrsula: Lo propio y lo ajeno. (pp. 153-190). México: Plaza y Valdés Ed.
- Haraway, D. J. (1991). Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. España: Ediciones Cátedra.
- Hernández, R. (2007). “Aquí nadie te hace el feo...” Aproximaciones a la dimensión fenomenológica de la exclusión social los jóvenes de Chimalhuacán, México. Tesis inédita de maestría. México: CIESAS.
- Hernández, A. (2011). Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. Revista de Estudios de Género. La ventana, Julio-Sin mes, 210-241.
- Hernández, C., Dickinson, M. E. & Fernández, M. A. (coords.). (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 51(1), 11-14.
- Hevia de la Jara, F. J. (2007). El Programa Oportunidades y la construcción de ciudadanía. Ejercicio y protección de derechos en un programa de transferencias condicionadas en México. Tesis inédita de doctorado. México: CIESAS.
- IIDH. Declaración y programa de acción de la conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. (2001, Durban, Sudáfrica). IIDH.
- IMSS. (1989). Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. México: IMSS.
- IMSS. (2010) Manual para realizar talleres comunitarios. México: IMSS
- IMSS. Informe de los servicios personales en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Capítulo II remuneraciones y prestaciones del personal en activo. Edición de internet. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=2044737](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=2044737)
- INEGI. 2013. Marco Geoestadístico versión 6.0, Edición de internet [http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/m\\_geoestadistico.aspx](http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/m_geoestadistico.aspx)
- Jiménez, I. (1998). Capital cultural, escuela y espacio social. México: Siglo XXI Editores.
- Joseph, G.M. & Nugent, D. (coords.). (2002). Aspectos cotidianos de la formación del Estado. La revolución y la negociación del mundo en el México moderno. México: Ediciones Era.
- Julián Caballero, J. (1998). El profesional indio y su identidad comunitaria. Una reflexión desde dentro. En Hernández Díaz, J. (coord.) las imágenes del indio en Oaxaca. (pp. 95-109), Oaxaca: Instituto Oaxaqueño de las Culturas y UABJO.

- Julián, J. (2002). "Educación y cultura. Formación comunitaria en Tlazoyaltepec y Huitepec, Oaxaca". México: CIESAS
- Krotz, E. (2004). La otredad cultural entre utopía y ciencia. México: Fondo de Cultura Económica
- Lamas, M. (2000). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Lara, R. M. (1994). Medicina y cultura hacia la formación integral del profesional de la salud. México: Plaza y Valdés Editores.
- Lerín, S. (2004). Interculturalidad y salud: Recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. Desacatos, volumen. 15-16, (pp. 111-125). - <http://www.ciesas.edu.mx/desacatos/15-16%20Indexado/2%20Esquinas%201.pdf>, consultada 4 de marzo de 2012.
- Ley General de Salud, (2014). [En línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Lipovetsky, G. (2003). La era del vacío. España: Editorial Anagrama.
- Llanes, R. (2010). Reseña de "Ethnicity, Inc." de John L. Comaroff y Jean Comaroff. Alteridades, vol. 20, No. 40, 163-166.
- Long, N. (2007). Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. México: CIESAS y Colegio de San Luis.
- López, J. (2004). Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En Fernández Juárez G. (coord.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas (pp. 153-168). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- López, O. (2010). Que nuestras vidas hablen. Historias de vida de maestras y maestros indígenas tének y nahuas de san Luis Potosí. México: Colegio de San Luis.
- Lozoya, X. (1989). La medicina tradicional en México: Experiencia del programa IMSS-Coplamar (1982-1987). México: IMSS.
- Lozoya, X., & Zolla, C. (1986). La medicina invisible: Introducción al estudio de la medicina tradicional en México. México: Folios Editores.
- Machado M., H. (1991). Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque. Revista Educación Médica y Salud (OPS); 25(1):28-36
- Maldonado, B. (2003). La comunidad indígena. Edición virtual En: [http://www.antorcha.net/biblioteca\\_virtual/politica/comunalidad/comunalidad.html](http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/politica/comunalidad/comunalidad.html), consultada 6 de noviembre de 2012.

- Martínez, Á. (2011). *Antropología médica, Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Anthropos.
- Martinez, C. (1996). *Who defines indigenous: Identities, developments, intellectuals, and the state in the Northern Mexico*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Mauss, M. 2009. *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz Editores.
- McLaren, P. (2003). *Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación*. México: Siglo XXI Editores y UNAM.
- Méndez, G. *Mujeres indígenas profesionales: imaginarios sociales e identidades de género*. Simposio Género, educación y comunicación entre los pueblos indios de México: viejos problemas, nuevas miradas, México, 9 de octubre de 2007.
- Mendoza, Z. (2012). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Cópala*. México: UNAM.
- Menéndez, E (1992). *Achiquemos el Estado mientras la muerte está*. En A. Jorge, A. Alberto y T. Jaime. (Coordinadores). *El nuevo estado mexicano: IV Estado y Sociedad*. (pp. 177-206). México: Editorial Patria.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* Revista: *Alteridades*, 7, 71-83.
- Menéndez, E. (1998). *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. *Revista Estudios Sociológicos* 16 (46):37-67.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. España: Edicions Bellatera.
- Menéndez, E. (2005). *Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales*. *Revista Salud colectiva [online]* vol.1, No.2, 195-223. Consultada 6 de noviembre de 2012.
- Menéndez, E. (2012). *Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos olvidos*. *Revista Cuadernos de Antropología Social* 35, 29–53.
- Menéndez, E. *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Ponencia presentada; 30 de abril al 7 de mayo 1998. Edición de internet, <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%C3%93nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>, consultada 6 de marzo 2012.

- Meneses, S. (2004). *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas*, Tesis inédita de maestría. México: CIESAS-Sureste.
- Modena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México: Ediciones Casa Chata CIESAS.
- Montecino, S. (1996). *Identidades de género en América Latina: mestizajes, sacrificios, y simultaneidades*, *Debate Feminista* 7-14, 187-200.
- Moore, H. L. (1991). *Antropología y feminismo*. España: Ediciones Catedra.
- Moreno, E. (1982). *Sociología histórica de las Instituciones de salud en México*. México: Colección Salud y Seguridad Social IMSS.
- Murdock, G., Ford, C., Hudson, A., Kennedy, R., Simmons, L.& Whiting, J. (1989). *Guía para la clasificación de los datos culturales*. México: Instituto Indigenista Nacional de Guatemala y oficina de Ciencias Sociales de la unión Panamericana.
- Nichter, M. (2006). *Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica*. *Desacatos*, (20), 109-134.
- OIT. (1989). *Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. 2a. ed. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2007. 106.
- Olvera, M. T. (1998). *Entre las políticas de población y el respeto a la decisión individual: Una visión antropológica. Análisis del programa de planificación familiar en los altos de Chiapas*. Tesis de licenciatura en antropología. México: Universidad Autónoma de Chiapas.
- OMS. (1946). *Official records of the World Health Organization*, No. 2, pp. 100.
- OMS. (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de la salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*.
- OMS. (2005). *Qué es un sistema de salud?* Edición de internet, <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, Consultada 7 de noviembre 2012.
- OMS. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública*. OMS. Salud y bienestar social de Canadá, asociación canadiense de salud pública. Ontario, Canadá, noviembre de 1986.
- OMS. *Declaración de México hacia una mayor equidad. Quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud hacia una mayor equidad*. OMS/OPS. México, 5-9 Junio 2000.



- OMS. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. OMS. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991.
- OMS. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI. OMS, Yakarta, República de Indonesia, 21-25 de julio de 1997.
- OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra, Suiza: OMS, 1990.
- OMS. Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988.
- ONU. (2006). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas. Edición de internet, [http://iidh-webserver.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDH/12\\_2011/6845.pdf](http://iidh-webserver.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDH/12_2011/6845.pdf), consultada 3 de marzo 2012.
- OPS. (1993). Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud, Edición de internet, [http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Salud\\_de\\_pueblos\\_indigenas\\_\\_OPS.pdf](http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Salud_de_pueblos_indigenas__OPS.pdf), consultada 7 de noviembre de 2012.
- Ordoñez, G. M. (2002). La política social y el combate a la pobreza en México, México: Colección Alternativas.
- Parsons, T. (1961). La estructura de la acción social. España: Ediciones Guadarrama.
- PDHO. Evaluación específica de la calidad de los servicios que ofrece el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 27 de agosto de 2007, [http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2007/oportunidades\\_2007\\_avance\\_calidad\\_servicios.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2007/oportunidades_2007_avance_calidad_servicios.pdf) , consultada 4 de marzo de 2012
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2011. [http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas\\_de\\_operacion\\_2011](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas_de_operacion_2011)
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2010. [http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/2010\\_](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/2010_)
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2009. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/2009oo>
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2008. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/2008OO>

- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2007. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/200700>
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2006. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/200600>
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2005. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/200500>
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2004. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/200400>
- PDHO. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/200300>
- Peña, F. & León, B. (coord.). (2010). *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*. México: Ediciones Eón.
- Pérez, J. E. (1998). *Caciquismo, economía y educación en la mazateca baja, Oaxaca*. Tesis de licenciatura. México: UAM.
- Pérez, A. M. (2009). De la recurrente tensión entre el individualismo y la ciudadanía: algunas reflexiones desde la modernidad tardía. *Kairos: Revista de Temas Sociales* 23:4.
- Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista antropología social*, 9, 127 – 158.
- Quintana, H. L. Antropología y economía: El "economismo" como cultura. *Revista Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales No. 24 - Universidad Nacional de Jujuy, San Salvador de Jujuy, edición de internet*, [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-81042004000200009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042004000200009&lng=es&nrm=iso). Consultada 6 de noviembre de 2012.
- Quintar, E. B. (2006). *El Cuidado de enfermería: la construcción de espacios relacionales en la formación y práctica de la profesión*. Tesis inédita de maestría. México: CIESAS.
- Rockwell E. (1996). “la dinámica cultural en la escuela”. En: Álvarez, A. (ed.): *Hacia un currículum cultural: La vigencia de Vygotski en la educación*. (pp. 21-38). España: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Rockwell, E. (1995). *La escuela cotidiana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Saldivar, E. (2008). *Prácticas cotidianas del estado. Una etnografía del indigenismo*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Salguero, M. G. (2008). Ni todo el poder ni todo el dominio: Identidad en los varones, un proceso de negociación entre la vida laboral y familiar. En Rodríguez, J.C. & Uribe, G.

- (coords.). Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres. (pp. 247-268), México: Plaza y Valdés Editores.
- Samour, H. (1998). Aspectos ideológicos del paradigma neoliberal. Revista Realidad No. 66, Noviembre-Diciembre, 603-617.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. Revista Cubana Salud Pública 33 (2).
- Scheper, N. (1997). La muerte sin llanto, violencia y vida cotidiana en Brasil. México: Ariel.
- Scott, J. (2000). Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos. México: Ediciones Era.
- Sen, A. K. (1979). Sobre la desigualdad económica. España: Editorial Crítica.
- Sesia, P. (2001). "Aquí la PROGRESA está muy dura": Estado, negociación e identidad entre familias indígenas rurales. Desacatos, (8), 109-128.
- SSa. (2006). Talleres comunitarios para el cuidado de la salud. Guías Didácticas. Oportunidades.
- SSa. (2008). Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud. Manual para la Elaboración del Plan de Comunicación Indígena. México.
- SSa. (2012). Tipos de unidades de atención médica. Edición de internet, [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/1er\\_taller\\_planeqm/8\\_Mtro.\\_Luis\\_Martxnez\\_Lixvano.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/1er_taller_planeqm/8_Mtro._Luis_Martxnez_Lixvano.pdf), consultada 4 de marzo 2012
- SSa. DGPLADES. "Competencias interculturales para el personal de salud". Consulta en línea, [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/09\\_Competencias\\_Interculturales\\_Personal\\_salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/09_Competencias_Interculturales_Personal_salud.pdf) Consultada 4 de marzo 2012
- SSa. Interculturalidad en Salud, Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/descargas/intercultural/Libro%20Interculturalidad%20en%20Salud%2020.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural/Libro%20Interculturalidad%20en%20Salud%2020.pdf) Consultada 6 de marzo 2012
- SSa. Modelo operativo de promoción de la salud. Disponible en <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>.
- SSa. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, México. El 19 de enero de 2004. Fe de erratas D.O.F. 28-I-2004.
- SSO. Regionalización operativa de Servicios de Salud, Oaxaca de 2010.
- Suaste, R. (1993). Permanencia del sistema curativo chamánico, en una zona de reacomodo informal en la mazateca baja. Tesis inédita de licenciatura. México: UAM.

- Uribe, J. (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. España: Ministerio de Cultura.
- Uribe, P., Ruiz, C. & Morales, E. (2009) "La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades". En: Freyermuth, G. & Sesia, P. (coords.). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (pp. 55-67). CIESAS, CPMS-México e Instituto Nacional de las Mujeres.
- Valadez, I., Villaseñor, M. & Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo de 2004, 43-48.
- Vargas, M. E. (1994). Educación e ideología. Constitución de una categoría de intermediarios en la comunicación interétnica. El caso de los maestros bilingües tarascos. (1964-1982). México: Ediciones Casa Chata CIESAS.
- Vasilachis, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. España: Gedisa.
- Villoro, L. (1996). *Los grandes momentos del indigenismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Viñao, A. (2006). *Sistemas educativos, culturas escolares y reformas*. España: Morata.
- Williams, R. (1988). «Ideología» en *Marxismo y literatura*. España: Península.
- Wolf, E. R. (1957). "Closed corporate peasant communities in Mesoamerica and Central Java". *South-Western Journal of Anthropology* 1 n: 1 - 18.
- Zentella, A. P. (2010). *Alcances del Programa Oportunidades en los cambios y las continuidades de género y de generación San José Independencia Oaxaca Tesis inédita de maestría*. México: CIESAS Pacífico-Sur.