



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

*Logros, fracasos y desafíos: el Programa Oportunidades y la salud en la
Chinantla, Oaxaca*

Trabajo terminal

que para acreditar la unidad de enseñanza aprendizaje de

Seminario de Investigación y obtener el título de

LICENCIADO(A) EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Katia Aeby

(Matrícula: 200 326 709)

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Paola Sesia

Asesores: Dra. Ana Paula de Teresa

Dra. Graciela Freyermuth

México, DF

Septiembre 2004



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Logros, fracasos y desafíos: el Programa Oportunidades y la salud en la Chinantla, Oaxaca

Trabajo terminal

que para acreditar la unidad de enseñanza aprendizaje de

Seminario de Investigación y obtener el título de

LICENCIADO(A) EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Katia Aeby

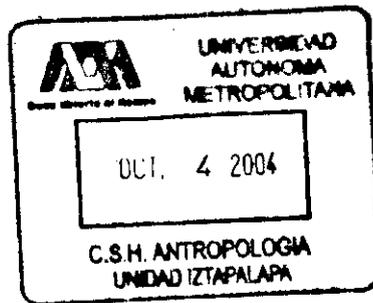
(Matrícula: 200 326 709)

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Paola Sesia

Asesores: Dra. Ana Paula de Teresa

Dra. Graciela Freyermuth



México, DF

Leonardo Lytania

Septiembre 2004

Índice

Introducción	3
Capítulo I: El contexto global y nacional del tema de estudio	10
1. De los programas productivos para el campo a los programas de asistencia social	10
2. Algunas problemáticas del sector salud	13
3. Las políticas de salud internacionales	36
4. El Oportunidades: Programa de Desarrollo Humano	25
Capítulo II: El contexto regional y local del Oportunidades	33
5. La región de la Chinantla	33
6. La crisis del café	34
7. La localidad de San Lucas Arroyo Palomo	36
8. El IMSS-Oportunidades	41
9. La organización del Oportunidades en San Lucas	47
10. Las mujeres y los cargos de Oportunidades	52
11. <i>“Ese dinero que ganamos, nomás lo entregamos a ella”</i> : la cooperación	55
12. Los otros recursos de salud	58
13. El perfil epidemiológico: morbilidad y mortalidad general	60
Capítulo III: La salud preventiva	69
14. <i>“El gobierno dice que uno debe de obedecer”</i> : pláticas educativas y citas médicas	70
15. <i>“Hay algunos que cumplen y algunos que no”</i> : formas de resistencia y negociaciones	74
16. <i>“La gente que no está con Oportunidades, ni quiere ir a la clínica”</i> : cita prenatal	79
17. Concepciones y prácticas del embarazo, parto y puerperio	82
18. <i>“Fuimos las que estamos en el programa”</i> : detección del cáncer cérvico-uterino	91
19. El SIDA	97
20. Vacunaciones	99
Capítulo IV: El saneamiento ambiental básico	103
21. <i>“Ponemos faltas si tienen las casas sucias; si tienen su casa sucia, pues ni modo”</i> : corresponsabilidad y saneamiento	104

22. “No le da diarrea porque toma agua hervida”: concepciones de las enfermedades gastro-intestinales	110
23. “...Si en su casa quieren tener un cochinerero, pues que lo tengan”: desacuerdos entre el personal del Oportunidades e IMSS-Oportunidades	117
 Capítulo V: La alimentación y nutrición	121
24. “Enseñan muchas cosas, cómo es cuando una está embarazada, qué tiene que comer”: la dieta durante el embarazo	125
25. “A los niños debemos de alimentarlos bien con las papillas”: la lactancia y el suplemento alimenticio para los bebés	133
26. “Si no come, dicen, allí se va a enfermar el niño”: alimentación de los niños menores de cinco años	139
27. “Es poquito 300 pesos”: el recurso para alimentación	142
 Capítulo VI: La planificación familiar	145
28. “Dicen que hay que usar dispositivo, hay que usar método”: perspectivas sobre los métodos anticonceptivos	145
29. “Cuesta por planificar a la familia”: métodos anticonceptivos y atención médica.....	153
30. “Sabemos nosotros cuidarnos”: el método natural y la valoración de la familia pequeña	155
 Capítulo VII: La atención médica	158
31. “El medicamento nos hace mucha falta”: desabasto en el IMSS-Oportunidades	158
32. “De nada sirve que está el gobierno y no funciona”: corresponsabilidad	162
33. “Si no sana con el médico, es que tiene espanto”: algunas dinámicas y concepciones locales en la búsqueda de atención	165
 Conclusiones	172
Mapas	179
Bibliografía	181

Introducción

La presente tesis se base en una investigación de campo realizada entre septiembre y noviembre de 2002 y mayo y junio de 2003 en la comunidad chinanteca de San Lucas Arroyo Palomo¹, Valle Nacional, Oaxaca. El principal objetivo de este estudio consiste en entender los múltiples y complejos impactos que genera el programa gubernamental Oportunidades en esa localidad a partir de las percepciones y prácticas de los lugareños en las vertientes de salud y alimentación del mismo². La elección de esta temática resultó en parte por mi interés en la antropología médica y antropología aplicada y de manera más decisiva por darme cuenta en mi primer estancia en la localidad de la fuerte presencia del programa y de las modificaciones y adaptaciones considerables que implica para la vida cotidiana de las madres de familia. Estas circunstancias me permitieron entonces enfocar mi interés personal hacia una acción de gobierno concreta en el ámbito de la política social a nivel nacional, ámbito además en el cual confluyen las preocupaciones alrededor de la salud-enfermedad y el acceso insuficiente a la atención médica por parte de la población local.

Cómo es de esperarse con cualquier programa implementado de manera vertical y en este caso bajo la ideología neoliberal, el Oportunidades conlleva repuestas locales diversas y presenta singularidades según las significaciones, interpretaciones e intereses de los diferentes actores involucrados en su aplicación. Hablar, en este sentido, de lo local o de la comunidad, no implica de ninguna manera pensar en percepciones y opiniones homogéneas en relación con un programa que viene desde fuera y arriba. A pesar de que los miembros de San Lucas enfrentan condiciones de vida similares y comparten los mismos rasgos culturales –notablemente el idioma chinanteco– no existe *una sola* visión del mundo, ni *una sola* manera de actuar frente a la salud y enfermedad, ni necesariamente se comparte una actitud solidaria entre los lugareños para defender, por ejemplo, una causa en común. Hablar de comunidad tampoco significa pensar en una entidad cerrada y aislada de los procesos políticos, económicos y sociales externos que influyen fuertemente en la vida cotidiana de sus miembros.

Partiendo, entonces, de los supuestos anteriores donde la comunidad se percibe como un conjunto social heterogéneo, abierto y dinámico, se trata aquí de entender cómo se entreteje y articula lo micro con lo macro, las múltiples percepciones *locales* con las políticas sociales y de

¹ De aquí en adelante usaré la abreviación “San Lucas”, denominación común de la localidad en la zona.

² Por razones de tiempo y extensión no incluyo la dimensión de la educación que representa la tercera vertiente.

salud nacionales y *globales*, en base a las líneas de acción del Oportunidades en la comunidad de San Lucas. En el ámbito de las políticas de salud creo que el estudio de lo micro puede presentar una aportación valiosa para formular propuestas concretas enfocadas a mejorar la calidad de programas sociales como el Oportunidades en beneficio de la población que lo recibe y que por las estructuras de poder queda a menudo muy alejada de la toma de decisiones. Así, la pluralidad de perspectivas en relación con el programa a nivel local nos lleva a tomar en cuenta tanto *logros* como *fracasos* del mismo, según la perspectiva adoptada, lo que permitirá formular algunos *desafíos* que enfrenta el Oportunidades y la política social en general hoy en día.

Enfocar el análisis desde la pluralidad de voces en relación con la presencia del Oportunidades en San Lucas, permite a la vez evitar interpretaciones unilaterales respecto a porqué actúan o piensan las personas cómo lo hacen en relación con las líneas de acción del programa. Los factores que influyen en las prácticas que observé y las percepciones que me transmitieron los lugareños son múltiples, y de ninguna manera pueden ser reducidos a la dimensión de la cultura que nos gusta tanto resaltar a los antropólogos. Así, en relación con los numerosos programas de salud que han fracasado en los llamados países “en desarrollo” ha sido muy fácil argumentar para los países “desarrollados” –notablemente las agencias internacionales de desarrollo- que los objetivos no se lograron por cuestiones o “barreras” culturales, minimizando de esta manera factores económicos, políticos y sociales que influyen fuertemente en el éxito o el fracaso de cualquier programa de desarrollo. Considero que los últimos factores son tan importantes como las perspectivas culturalistas en la búsqueda de entender los fenómenos alrededor de la salud y enfermedad. Incluso, en el caso del Oportunidades en San Lucas creo que la desigualdad en el acceso a los recursos y las estructuras de poder locales y nacionales son fundamentales para interpretar qué significa este programa para la población local.

En este sentido, afirmar, por ejemplo, que la cultura impide la “modernización” o el “desarrollo” de las comunidades indígenas en el país se refiere en primer instancia a una estrategia política y no a una realidad comprobada. Las creencias no son tan arraigadas como algunos quisieran pensar a veces, sino adquieren permanentemente nuevos sentidos y significados conforme pasa el tiempo y se van entretrejiendo con otras creencias, notablemente las occidentales, si hablamos de las poblaciones indígenas. Este fenómeno se refleja claramente en el ámbito de la salud donde se entrelazan continuamente concepciones y prácticas tradicionales o

populares con las occidentales. En el contexto de San Lucas, las últimas se ven impulsadas, en parte, por el Oportunidades y desde años anteriores por el actualmente llamado IMSS-Oportunidades que estableció una clínica en Arroyo de Banco, una localidad vecina, a finales de los setenta en el marco del entonces denominado programa IMSS-COPLAMAR. Por cierto, esos entrelazamientos entre concepciones occidentales y tradicionales-populares suelen ser a veces armoniosos y otras contradictorios pero de ninguna manera puede sostenerse que los elementos de un universo cultural excluyan a los de otro, tomando en cuenta, además, la dimensión del individuo que interpreta y significa al mundo que lo rodea.

En el marco del objetivo general, es decir el estudio tanto de los significados y valores, como de las prácticas y estrategias de la población de San Lucas en relación con las vertientes de salud y alimentación del Oportunidades, surgen diversas cuestiones centrales. Entre ellas figura el tema de la participación comunitaria en la atención primaria de la salud, a la luz de la verticalidad y las reglas de corresponsabilidad del programa. Estas reglas, como veremos, influyen de manera pertinente tanto en las visiones locales sobre el Oportunidades, como en la realización de las actividades de salud estipuladas. Al respecto, la división entre beneficiarias y no beneficiarias del programa en la localidad nos da indicaciones valiosas para entender el alcance y las contradicciones que implica el manejo de reglas coercitivas para promover acciones preventivas a cambio de un apoyo monetario que no todas las familias perciben. Otra problemática se refiere al vínculo confuso y contradictorio que existe entre el Oportunidades y el programa IMSS-Oportunidades, dentro de cuyas estructuras opera el primero en la zona de San Lucas. ¿Cuál es la línea divisoria entre un programa y otro? ¿Qué tensiones existen y qué intereses están en juego a nivel interinstitucional y entre los actores que intervienen en los dos programas incluyendo a las titulares?

En otra dimensión, me interesa analizar cómo se articulan las creencias, los saberes y las prácticas preventivas y curativas locales con la presencia del Oportunidades e IMSS-Oportunidades, donde tendrá particular importancia la teoría humoral en el aspecto de la búsqueda de equilibrio entre el individuo y su entorno social y ambiental, así como en la noción de frío-caliente. Por su parte, se plantea la pregunta sobre la medida en que las actividades predominantemente preventivas del Oportunidades responden en la actualidad al panorama epidemiológico emergente en las zonas rurales y/o marginadas del país. Me refiero a la presencia

de una gradual transición epidemiológica –de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas- dentro de la población campesina. En este sentido, son notorias las tensiones que crea la atención médica deficiente –incluso de primer nivel- para población abierta al interior de los hogares de San Lucas.

El presente trabajo se organizó en base a las principales líneas de acción del Oportunidades, considerando tanto el diseño del programa como el énfasis puesto por la población de San Lucas en ciertas temáticas, que obviamente fueron sesgadas en parte por mis preguntas en el trabajo de campo. Los capítulos I y II son introductorios, en el sentido en que presentan el contexto político, social, económico y regional *macro* (I) y *micro* (II) del programa Oportunidades en la localidad de San Lucas. De esta manera, considero en el primero la política social en México -que se deriva de las políticas neoliberales impulsadas desde los años ochenta- y las implicaciones que tiene para las zonas rurales, así como problemáticas relacionadas con el sector salud nacional. También retomo el debate sobre la atención primaria de la salud *selectiva* frente a la *comprehensive*, muy presente sobre todo en los años setenta y ochenta a nivel internacional, que es relevante para entender la ideología política y económica implícita en el actual programa Oportunidades. Finalmente, presento las reglas de operación del último.

El segundo capítulo se refiere al contexto local del Oportunidades en San Lucas, ya que describo primero a grandes rasgos las características de la región de la Chinantla en el Estado de Oaxaca y la crisis del café que afecta drásticamente a esta zona que es cafetalera. Luego presento características generales de la localidad basadas en la etnografía. Después, describo la labor del IMSS-Oportunidades en la zona -actividades predominantemente preventivas que coinciden en gran parte con las acciones del Oportunidades- hablo de la organización del Oportunidades a nivel local, tomando en cuenta la cuestión de género y la problemática de la “cooperación”, y, por último, considero el perfil epidemiológico de la zona al cual supuestamente responden tanto el Oportunidades como el IMSS-Oportunidades por medio de sus acciones.

Los capítulos III a VII están estructurados según las diversas actividades que impulsa el personal del Oportunidades en la localidad. Bajo el término de salud preventiva, analizo el tema de las pláticas educativas en salud y las citas médicas obligatorias del programa. Pongo un énfasis especial en la salud materna, considerando las citas prenatales en la clínica y las concepciones y dinámicas locales respecto al embarazo/parto/puerperio, ya que el programa

resalta esta dimensión de la salud. Además, discuto las visiones respecto a la aplicación del papanicolaou y, en menor medida, el tema de las vacunaciones que ya tiene una larga trayectoria en la zona. Al tema del saneamiento básico, por su parte, dedico un capítulo entero (IV) porque este ámbito preventivo de la salud destaca fuertemente en los testimonios de los lugareños por la presión que ha ejercido el personal del IMSS-Oportunidades y Oportunidades en la realización de las tareas correspondientes.

El capítulo V se refiere a un aspecto fundamental en el diseño del programa, es decir la alimentación y nutrición, que de hecho forma una de las tres vertientes del Oportunidades, en conjunto con la salud y la educación. Aquí, hablo de las percepciones y prácticas respecto al consumo del suplemento alimenticio que distribuye el programa para las mujeres embarazadas y lactantes y los bebés, así como de los alimentos que se comen o deberían de comer durante el embarazo/parto/puerperio según las madres de familia y para los niños menores de cinco años. También considero brevemente el impacto del recurso monetario del Oportunidades en la alimentación cotidiana.

La planificación familiar que se analiza en el capítulo VI, representa la segunda dimensión fuertemente destacada en relación con el Oportunidades y el IMSS-Oportunidades por las madres y los padres de familia, en conjunto con el saneamiento básico. Por lo mismo, incluyo este ámbito de la salud en el presente trabajo, a pesar de que no pude distinguir claramente cuál es el impacto del Oportunidades en el uso de los métodos anticonceptivos que ha sido -y sigue siendo- fuertemente impulsado por el IMSS-Oportunidades.

En el último capítulo discuto las problemáticas que se presentan a nivel local respecto a la atención médica deficiente que promueve el gobierno para población abierta, a partir de las experiencias de la gente en San Lucas y en relación con sus visiones del Oportunidades. En todos los capítulos anteriores sobresalen las actividades preventivas, acento puesto por el mismo diseño del programa. Sin embargo, en las percepciones locales el aspecto curativo de la salud es muy importante, por las consecuencias considerables que conlleva la falta de atención médica oportuna en caso de enfermedades graves y de larga duración. De esta manera, me dirijo en este capítulo también a las diversas dinámicas locales en la búsqueda de atención tomando en cuenta las acciones del Oportunidades e IMSS-Oportunidades en ese ámbito.

En la dimensión metodológica, registré las perspectivas de los principales involucrados en el Oportunidades respecto a las actividades preventivas promovidas, a través de entrevistas semi-estructuradas y pláticas informales, además de llevar un diario de campo y aplicar la observación participativa. El principal vínculo que establece el programa a nivel local es con las madres de familia ya que ellas son las *titulares* o, en mucho menor número, las *no titulares* del último. Por lo tanto, pasé la mayoría de mi tiempo en San Lucas platicando con las señoras en sus casas, mientras echaban tortilla, atendían a sus hijos chiquitos o estaban descansando un rato fuera de sus casas. El grupo de mujeres con quienes tuve contacto regular abarcó a madres de 22 a 45 años, mientras con las señoras más grandes se presentó la limitante del idioma chinanteco que nunca llegué a entender. Por esas dificultades de comunicación, no incluí en este trabajo testimonios del grupo de edad femenino mayor a los 45 años. Asimismo, en diversas situaciones el idioma me restringió el acceso a información valiosa, ya que los lugareños entre sí nunca hablan español, por lo cual también pasé momentos sin entender de qué se trataban las conversaciones cuando no se dirigían exclusivamente a mí.

Otra fuente de información importante consistió en las entrevistas con el personal médico y paramédico del IMSS-Oportunidades que se encarga de llevar a cabo las actividades del Oportunidades en San Lucas. Es decir, el médico pasante de la clínica, las enfermeras y los auxiliares de salud, además del personal específicamente designado por el programa, que consiste en vocales a nivel local, el enlace del programa en el municipio y los encargados de la oficina regional del Oportunidades en otra localidad del municipio.

En menor medida realicé también entrevistas con los padres de familia para incluir sus visiones sobre el Oportunidades y la salud/enfermedad. Sin embargo, los datos recopilados se restringen a hombres entre 40 y 50 años ya que muchos jóvenes están trabajando en el Norte y de por sí es más difícil encontrar a los hombres en sus hogares durante el día ya que se dedican al campo u a otras actividades laborales o cargos y trabajos comunitarios. Además, como mujer, por cierto, el mundo de las mujeres en el trabajo de campo fue para mí mucho más accesible que el de los hombres. No obstante, las conversaciones realizadas con los padres de familia fueron muy valiosas y esclarecedoras para la temática bajo estudio.

Para abarcar, por su parte, la dimensión tradicional o popular de la salud/enfermedad y su articulación con el programa entrevisté a algunos curanderos y parteras, para así complementar los relatos de las madres y los padres de familia en ese ámbito. Platiqué igualmente con los dos

médicos particulares que trabajan en Arroyo de Banco, lo que me permitió incluir perspectivas desde la biomedicina tanto en relación con las acciones gubernamentales de salud en la zona, como en vínculo con las percepciones y dinámicas locales de la salud, enfermedad y atención.

Los datos epidemiológicos sobre la zona los recopilé en los archivos almacenados en la clínica del IMSS-Oportunidades en Arroyo de Banco y en el Centro de Salud de la cabecera municipal. Esta información me permitió detectar la incidencia de las enfermedades presentes en la zona y mostrar cambios en el perfil epidemiológico por medio de la disminución o el aumento de los padecimientos transmisibles y no transmisibles, a lo largo de los años y a la luz de las actividades preventivas realizadas desde la clínica y por el Oportunidades. Además -por medio de una encuesta epidemiológica socio-cultural que realicé en 30 hogares durante el mes de junio de 2003- obtuve información sobre la presencia de enfermedades específicas en este periodo determinado del año, y las dinámicas en la búsqueda de atención.

Agradecimientos

Los miembros de la comunidad San Lucas Arroyo Palomo son los protagonistas de esta investigación. Sin su paciencia y disposición en contestarme un sinnúmero de preguntas, su hospitalidad y amabilidad durante mi estancia de casi 5 meses en total no se hubiera realizado la presente tesis. Ana Paula de Teresa dirigió el proyecto de investigación en el municipio de Valle Nacional titulado “Medio ambiente, economía campesina y sistemas productivos en la Chinantla, Oaxaca”, y siguió de cerca el proceso del trabajo de campo y la redacción de la tesis, proporcionando siempre consejos teóricos y metodológicos muy valiosos. Paola Sesia fue mi directora de tesis y por medio de numerosos diálogos – que disfruté mucho- enriqueció el marco teórico y el análisis de los datos etnográficos de manera considerable. Victor Rodas estuvo presente en cada momento del proyecto, compartiendo mis inquietudes y avances. Con el equipo de investigación Luz María Bravo, Frida Jacobo, Valeria Rebolledo, Clara Nava, Yolanda Millán, Tania Serrano, José Luis Lezama, Montserrat Romero, Lidia González, Flor-María Romero, José Manuel Escalante, Gilberto Hernández y Pati Legarreta compartí las experiencias de la estancia en campo, un fructífero trabajo en grupo y aprecio su amistad. La Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa representó el marco institucional de la investigación y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) apoyó la realización de la tesis por medio de una beca que me fue otorgada para el periodo 2003-2004. Graciela Freyermuth se tomó el tiempo de leer y comentar el trabajo. A mis padres, Monique y André Aeby y mi hermano Marc, les agradezco su constante apoyo durante mis estudios y la estancia en México.

Capítulo I: El contexto global y nacional del tema de estudio

De los programas productivos para el campo a los programas de asistencia social

En el transcurso de los años ochenta, bajo la premisa de las *políticas de ajuste*, el Estado se retira poco a poco de sus actividades en el sector agrícola para así encaminar la apertura comercial y la competitividad a nivel internacional, proyecto que culmina en el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá en 1994. Asimismo, en el marco de esta ideología neoliberal se trata en transferir al sector privado un conjunto amplio de actividades que antes se realizaban por el sector público (De Teresa, 1994: 20). En el sector rural, esto se ve reflejado en el cierre de instituciones gubernamentales y la reducción de los recursos públicos al sector, tanto como en la reducción de los subsidios a los campesinos (Appendini, 2001: 101-102).

La desincorporación de las instituciones destinadas al apoyo del sector agropecuario inicia con las reformas a los organismos públicos a finales de los ochenta. Banrural se retira y deja de ser una fuente importante de financiamiento para el campo; se sustituye en apariencia por el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), que sin embargo da créditos mucho menores que cubren nada más el costo de los fertilizantes, mientras Banrural cubría insumos y costos de labores. En el mismo proceso, se privatizan gradualmente instituciones y paraestatales como la aseguradora agrícola Anagsa, Tabamex, Inmecafé, Fertimex, Pronase y Albamex, lo que tiene consecuencias graves para los pequeños productores que quedan sin protección del Estado en los procesos productivos y de comercialización de sus productos (Appendini, 2001: 220-222). Los recursos obtenidos por la venta de las empresas estatales se destinan en parte al combate de la pobreza por medio del PRONASOL. Asimismo, muchas de las acciones de este programa sustituyen a las realizadas anteriormente por instituciones gubernamentales que se vieron reducidas o desaparecieron (Oehmichen, 1998: 53).

Entre 1990 y 1994 opera el Programa Nacional de Modernización del Campo que trata de forma diferencial a los productores, según su ingreso y potencial productivo. A los productores rentables, les da crédito la Banca comercial, a los productores potenciales Banrural, reorganizado, y para los productores marginales o de bajo ingreso y bajos niveles de productividad se establece el programa de PRONASOL que tiene como objetivo declarado promover e inducir alternativas

de producción. De esta manera, la política social incluyente y redistributiva se ve sustituida por otra más restringida y focalizada hacia sectores específicos (Oehmichen, 1998: 51).

En las zonas rurales el PRONASOL se constituye en dos vertientes, una productiva y la otra de gasto social, separando de esta forma los apoyos productivos de los apoyos al bienestar social. En el ámbito productivo, se establecieron los Fondos Regionales de Solidaridad (FRS), que, según Oehmichen, “*abrieron espacios de interlocución entre organizaciones y representantes gubernamentales; y propiciaron procesos de organización regionales*”, articulándose con los Comités de Solidaridad a nivel local (idem: 57). De esta forma, se buscó la movilización y participación de la población, donde, sin embargo, la toma de decisión de las organizaciones populares fue limitada por el manejo centralizado de la normatividad. Además, el apoyo no se dirigía con preferencia a los más necesitados, ya que los proyectos no sólo tenían que ser productivos, sino también rentables, autosostenibles, con recuperaciones de corto plazo y contar con un amplio espectro de beneficiarios. Finalmente, a la luz del reducido monto de los recursos asignados, el impacto de los FRS en el combate de la pobreza fue insignificante (idem: 57.58).

El enfoque neoliberal del gobierno de Salinas de Gortari (1988-1994), implica la desaparición de los subsidios directos a la producción, la liberalización de los mercados de insumos y productos, la reorganización del crédito y la liberalización del mercado de tierras (Appendini, 2001: 218-19). Se trata de integrar la economía a la globalización y “modernizar” a los productores pequeños pero a partir de un apoyo mínimo al sector rural. En este contexto, también se instaura en 1993 el Procampo, un programa de gobierno que apoya a los campesinos a partir de un apoyo monetario por hectárea sembrada de maíz. A diferencia del Programa Nacional de Modernización del Campo, el Procampo da subsidios de manera indistinta al tipo de productor. En la actualidad este programa sigue vigente en las zonas rurales de México.

Durante el sexenio de Zedillo Ponce de León (1994-2000) se cancela el PRONASOL, el gasto público se reduce nuevamente y aparece el programa “Alianza para el Bienestar”, donde a diferencia del PRONASOL se abandona la promoción participativa de la población. Asimismo, el Estado busca superar la pobreza por medio de un “nuevo federalismo” que significa descentralizar los recursos y las funciones para el desarrollo social de las instituciones gubernamentales hacia los gobiernos y municipios de los estados (Oehmichen, 1998: 60-61). De esta manera, las actividades en el ámbito de la política social se reducen a acciones asistenciales e

individualizadas “*que no requieren de la participación organizada de la población beneficiaria*” y que “*se refieren a la entrega de despensas de productos básicos a familias de escasos recursos, distribución de desayunos escolares, entrega de vales canjeables por tortillas y leche, y becas*” (Oehmichen, 1998: 61). Finalmente, es a partir de 1997 que inicia el programa Progresas que nos interesa aquí y con el cual, según Appendini, se logra instrumentar criterios de “eficiencia” en cuanto a sus objetivos de impacto y administración (2001: 241).

Un aspecto ideológico importante de la política social, es el desplazamiento del reconocimiento de los derechos sociales, hacia el combate a la pobreza (Laurell, 1999: 240). En este sentido, representa la contraparte de la política económica neoliberal que excluye a los agentes “ineficientes”. En el ámbito rural, esto significa la exclusión de los campesinos “pobres” de la política agropecuaria (Appendini, 2001, De Teresa, 1996), que por este medio se ven sometidos a la beneficencia pública a partir de programas asistenciales. Esta nueva política social se refleja precisamente en la implementación de programas asistenciales para los pobres (PRONASOL, Progresas) lo cual requiere de una definición precisa de quién se considera pobre y quién no, ya que los recursos a distribuir son escasos. Por lo tanto el Estado requiere de mecanismos bien definidos para identificar a los más necesitados. Sin embargo, menciona Laurell, la focalización de los pobres es paradójica en vista de la extensión de la pobreza, ya que la mayoría requiere del programa o del subsidio. Por lo tanto, la focalización no se hace en función de las necesidades sociales sino en función del techo presupuestal fijado por la política fiscal restrictiva (1999: 249), lo que invierte la problemática y hace necesaria una selección de los hogares “marginados” en términos de los recursos disponibles.

La política social neoliberal se caracteriza por ser individualista, antisolidaria y dinámica. Considera que el mercado es el mejor asignador de recursos para generar el crecimiento económico y el bienestar social. Esto implica que el bienestar social es una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado. Así que la satisfacción de las necesidades sociales debe resolverse en la familia o en el mercado. En este contexto, el papel del Estado se reduce a ofrecer los servicios o beneficios que el sector privado no puede o no quiere cubrir, que son principalmente la educación y la salud, proporcionando un mínimo de servicios a los comprobadamente pobres (Laurell, 1999: 242).

Algunas problemáticas del sector salud

A consecuencias de los recortes presupuestales en amplios sectores públicos en las últimas dos décadas, se ha visto afectado de manera drástica el sector salud mexicano.¹ En este contexto, queremos mencionar en este apartado algunos de los problemas de equidad, calidad y eficiencia que están afectando el sistema de salud nacional. Hasta la fecha, el sector salud no ha logrado incluir dentro de la seguridad social a todos los mexicanos, por lo cual los servicios de atención a población abierta siguen cubriendo a una parte considerable de la población. Esta situación, no obstante, tiene por consecuencia que “(...) unos y otros servicios empalmen su cobertura en algunos medios al tiempo que persisten importantes lagunas de atención en otros. De ahí la necesidad de procurar una mejor coordinación sectorial” (Zedillo, 1996: 12). Las zonas rurales, en este contexto, enfrentan a menudo no sólo la falta de coordinación - notablemente entre los servicios estatales, los del IMSS para población abierta y los de la Secretaría de Salud- sino también la ausencia o distribución desigual de los servicios de salud (idem: 13). Así nos señala Miranda-Ocampo que el acceso a los servicios de salud dentro de la misma población abierta es desigual ya que la mayor oferta de servicios se presenta en las regiones con menor población abierta, en el norte del país, mientras la mayor demanda se tiene en el sur (1993: 582). En la carencia en el acceso a los cuidados de salud influyen, según el Banco Mundial, los siguientes factores: a) el aislamiento geográfico, b) la mala calidad en la atención, la carencia de personal capacitado y la falta de medicamentos básicos y suministros en muchas zonas rurales, c) barreras culturales y d) un sistema pobre de referencias que impide el acceso a la atención secundaria y terciaria (Banco Mundial, 1995: 4).

En relación con la calidad de atención, Zedillo indica que “(...) no existen mecanismos interconstruidos en la operación cotidiana de los servicios que midan la satisfacción de los usuarios, mucho menos que los vinculen a los intereses de los prestadores de los servicios.” (1996: 11). Uno de los problemas de calidad de atención, representa el desabasto de medicamentos presente a nivel nacional, sobre todo en el IMSS y el ISSSTE, donde -según el subsecretario de Innovación y Calidad de la SSA, E. Ruelas Barajas -“a pesar de que se ha alcanzado un nivel de abastecimiento de 90 por ciento, cada año aproximadamente un millón de personas no reciben los medicamentos que les recetan (...)” (La Jornada, 10-10-2003: 45). La

¹ En 2002 el gasto total en salud en México representó 5.8 por ciento del PIB, porcentaje menor al promedio de América Latina que es de 6.1 por ciento (Salud: México 2002: 16)

población más afectada por el subabasto de medicamentos, no obstante, es la población abierta; es decir, la que no está asegurada. Al respecto, Leyva-Flores et al., por ejemplo, demostraron que las regiones con mayor índice de pobreza presentan menor acceso gratuito a los medicamentos (1998). Por su lado, Reséndez et al. (2000), que estudiaron la disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la SSA en Tamaulipas, descubrieron que ninguna de las unidades visitadas contaban con todos los medicamentos básicos que deberían de tener para satisfacer las necesidades de la población que atienden. Además, las unidades con menor número de consultas tuvieron una mayor probabilidad de no contar con medicamentos (2000: 305). Esto nos puede indicar que la falta de medicamentos a menudo lleva a los usuarios de las instituciones oficiales de salud a buscar otras alternativas de atención médica y/o recurrir a la automedicación (Leyva-Flores et al., 1998). Reséndez et al. concluyen que el acceso deficiente a medicamentos esenciales en algunas unidades de primer nivel *“tiene sus orígenes en la insuficiencia de recursos públicos –que afecta sobre todo la población no asegurada-, pero también se debe a deficiencias en la planeación, adquisición, almacenamiento y, sobre todo, distribución de estos insumos.”* (2000: 307). Así, considerando las deficiencias en el acceso a los servicios de salud en general, muchas familias se ven obligadas a pagar para satisfacer sus necesidades de salud. De hecho, más 50% del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo, lo que significa que *“entre dos y tres millones de hogares mexicanos [han] incurrido en gastos catastróficos por motivos de salud en el último año”* (Secretaría de Salud 2002: 19).

Otro factor en la mala calidad de atención, percibida por los usuarios, representa el largo tiempo de espera. Al respecto, nos menciona E. Ruelas Barajas, que por lo menos en 2 mil unidades médicas del país todavía no se alcanza el estándar requerido en el tiempo de espera para la atención de pacientes, que debería ser de menos de 20 minutos (La Jornada, 10-10-2003: 45). Otros dos elementos claves en la percepción de la mala calidad de atención tanto en instituciones públicas como privadas, son los tiempos cortos de consulta y el nulo efecto de los medicamentos, según un estudio realizado por Ramírez-Sánchez et al. (1998: 7), en base a la información de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), realizada en 1994. El problema de la mala atención se ha señalado también específicamente en los servicios de salud institucionales en las áreas rurales del país, lo que a la vez ha llevado en ciertos casos a la no utilización de dichos servicios (Sánchez-Pérez et al., 1997: 9). Los aspectos técnicos en la percepción de la mala atención por parte de los usuarios se refieren, según el análisis de la ENSA-II por Ramírez-Sánchez et al., a la

insuficiente capacitación de los médicos; la sustitución de los mismos por pasantes de medicina; los diagnósticos inadecuados o equivocados y la no resolución del problema de salud, entre otros (1998: 10). Los mismos autores indican que los motivos de la mala calidad “(...) *podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional, como a) la distribución de las cargas de trabajo; b) la insuficiencia de personal; c) la organización interna, y d) la asistencia de personal.*” (idem.: 11).

Por su parte, el Banco Mundial señala que las deficiencias en la calidad –considerando también factores como el maltrato o la burocracia excesiva- “*están relacionadas con problemas en la infraestructura, con el personal de salud involucrado en proporcionar los servicios y con la falta de administradores*” (1995: 5). Según el mismo reporte del Banco Mundial, las instalaciones para la salud se encuentran en muy malas condiciones debido a fondos insuficientes para mantenimiento básico, falta de personal, e impedimentos en la supervisión y el manejo (idem: 5).

Asimismo, es importante enfatizar en el marco del presente trabajo la falta de personal médico y paramédico calificado en las zonas rurales del país, problema que afecta de manera general a la población rural en los países en desarrollo (Conferencia de Alma Ata, 1978). Al respecto, nos señalan Frenk et al. (1999) que la expansión desmesurada de personal médico en México, desde la década de los setenta, no se refleja en una mejor distribución geográfica de los mismos y en las ciudades se concentran miles de médicos desempleados o subempleados. Así lo confirma también el informe de la SSA *Salud: México 2002* donde se señala la desigualdad entre las entidades federativas en el rubro de médicos por habitantes y en relación con el número de camas en los hospitales (2002: 16).

En relación con la eficiencia del sistema de salud nacional, el Banco Mundial propone la descentralización: “*Se puede lograr una mayor eficiencia al descentralizar las funciones de manejo y presupuestarias hacia los estados y al transferir responsabilidades hacia las jurisdicciones de salud*” (1995: 6). Así, los elementos que limitan la eficiencia en el gasto del sector salud son principalmente a) propensión a acciones costosas; b) centralización en la toma de decisiones y en la distribución de los recursos, c) carencia de herramientas para el manejo financiero tanto en el nivel central como local y d) dificultades en la disponibilidad de los recursos, en medicamentos y suministros médicos, mantenimiento y personal bien capacitado (idem: 7). De manera muy similar, Zedillo considera en su propuesta de reforma del sector salud

que el centralismo limita la eficiencia del sistema e implica principalmente las siguientes problemáticas: 1) Baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos, 2) Definición poca precisa de responsabilidades, 3) Burocratismo que entorpece las acciones y los procesos y 4) Inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados (1996: 13).

Las políticas de salud internacionales

Como aludimos arriba, la salud en el contexto neoliberal se considera como una responsabilidad privada, por lo cual los individuos deben de resolver sus necesidades de salud en la familia o, a partir de formas de prepago, garantizar su acceso al mercado de servicios. Bajo esta premisa, el Estado ya no tiene entonces la obligación de garantizar el bienestar de la sociedad y la salud ya no representa un *derecho* sino una mera responsabilidad personal donde el Estado interviene de manera muy limitada. De esta manera lo plantea claramente el conocido Informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* (1993), donde destaca ,según Werner, que “*los valores no están en la salud en sí misma sino en sus aportes a la economía*”, con propuestas que van encaminadas “*hacia la “autosuficiencia” de la familia, teniendo como objetivo la eficientización de los servicios de salud a través de la privatización de éstos*” (Werner, 1998: 19-20).

En otras palabras, según Laurell y López, de este planteamiento se desprenden dos grandes vertientes para la política de salud: “*la mercantilización de la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud, y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para quienes son comprobadamente pobres*” (Laurell, 1999: 243). En este sentido, el Informe del Banco Mundial (1993) presenta los lineamientos fundamentales de las políticas neoliberales en el sector salud que deben de adoptar los gobiernos en países en desarrollo, lineamientos que se reflejan hasta la actualidad en programas de asistencia social como el Oportunidades y que proponen tres ejes de trabajo principales:

“Primero, los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. Es fundamental formular políticas de crecimiento (...) que aseguren el aumento de los ingresos de los pobres. También es esencial incrementar las inversiones en educación, especialmente para las niñas. Segundo, el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que

contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres. (...) Tercero, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado (...) (Banco Mundial, 1993: iii).

De esta manera, la promoción de un paquete básico de servicios clínicos para la población que vive en condiciones de pobreza, propuesta por el Banco Mundial, se basa en un cálculo de costo-eficacia, donde se trata de disminuir la mayor parte de la carga global de morbilidad al menor costo posible. Los datos epidemiológicos a nivel mundial indican que el 50% de la carga de morbilidad se refiere a enfermedades transmisibles, desórdenes nutricionales y causas maternas y perinatales (1993: 67), donde las mujeres y los niños menores de cinco años representan la población más afectada. Por lo tanto, para alcanzar mayor eficacia en la disminución de la carga de morbilidad las políticas de salud deben de “focalizarse” hacia las enfermedades transmisibles, especialmente en las mujeres y los niños, a partir de “*un conjunto mínimo de (...) servicios [que] incluiría atención a niños enfermos, planificación familiar, atención prenatal y en el parto, y tratamiento de la tuberculosis y las ETS [enfermedades de transmisión sexual]*” (idem: 6). Esto, no obstante, significa para países como México un desplazamiento considerable del gasto en salud, es decir, de las intervenciones menos eficaces en función de los costos (atención de tercer nivel) a programas básicos de salud pública (idem: 6).

Así, según la ideología neoliberal manifestada por el Banco Mundial, “*la prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza*” (idem.: 5). Por cierto, lo más eficaz para mejorar el estado de salud de la población que vive en condiciones de pobreza sería elevar su nivel de ingresos (idem.: 7), pero ya que esto implica un cambio de las estructuras económicas y de poder mucho más amplio, lo más indicado para los gobiernos en la esfera de la política social a corto plazo es entonces incrementar las acciones en salud pública y promover un paquete básico de servicios clínicos.

Otra propuesta central del Banco Mundial respecto a las reformas en las políticas de salud, mencionada en los ejes de trabajo principales, se refiere a la dimensión de género, donde según el Informe los gobiernos deben de

“ampliar las oportunidades de escolaridad básica, especialmente para las niñas, debido a que el modo en que las familias, y sobre todo las madres, usan la

información y los recursos financieros para conformar sus decisiones en materia de dieta alimentaria, fecundidad, atención médica y otros aspectos de sus vidas tiene una influencia poderosa en la salud de cada miembro de la unidad familiar” (idem: 6).

La sugerencia del Banco Mundial de ofrecer un conjunto esencial de servicios de salud se inscribe bajo el concepto de la *atención primaria selectiva de la salud* (APSS) en contraste con lo que se conoce como *atención primaria comprehensiva de la salud* (APCS). Sobre todo durante la década de los ochenta, en respuesta a las propuestas formuladas en la conferencia de Alma Ata - organizada por la OMS y UNICEF en 1978-, surgió un fuerte debate entre estos dos enfoques de la atención primaria de la salud. El resultado de esta discusión desembocó en el predominio de la APSS en los programas de salud diseñados para los países en desarrollo, como se ilustra actualmente en los lineamientos del Oportunidades que presentaré más adelante.

En Alma Ata se definió la atención primaria bajo el principio de la *salud para todos en el año 2000* de la siguiente manera:

“La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, 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 autoresponsabilidad 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 entre 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.” (en Arroyo Acevedo, 1990: 25-26).

La ideología de la APCS promovida en la conferencia de Alma Ata, surge en parte por no dar resultados satisfactorios el modelo curativo, hospitalario e individualista promovido sobre todo en las grandes urbes durante las décadas después de la Segunda Guerra Mundial. Este modelo resultó ser demasiado costoso para incluir a la población rural marginada y además no consideraba atacar las principales enfermedades que padece este conjunto poblacional; es decir, los padecimientos infecciosos por saneamiento insuficiente, falta de agua potable, escasez de comida etc. Además, en las décadas de los cincuenta y sesenta los programas de atención

primaria que se enfocaban hacia esas problemáticas eran “verticales”. Es decir, pagados y dirigidos por gente externa a la población focalizada y organizados de arriba hacia abajo, sin articulación con otros programas. Por tales motivos, según Mull (1990: 30-31), la mayoría de esos programas fueron fracasos.

A nivel ideológico el énfasis en la atención primaria de la salud significó lo siguiente en palabras de Crawford:

“the new ideology argues that individuals, if they take appropriate actions, if they, in other words, adopt life-styles which avoid unhealthy behavior, may prevent most diseases”, lo que implica “a health promotion strategy which calls upon the individual to become more responsible for his or her own health rather than to rely on ineffective medical services.” (1977: 665).

De esta manera, la ineficacia del modelo biomédico y sus costos excesivos llevaron gradualmente a una concepción donde se hace responsable a los individuos sobre su estado de salud. Esta ideología persiste en el contexto neoliberal –aunque ya no en respuesta a las deficiencias del modelo biomédico sino vinculada a un modelo económico de ajustes estructurales y reducción del gasto público.

Navarro (1984), por su parte, critica el hecho de que agencias como la OMS – notablemente en la Declaración de Alma Ata- a menudo han despolitizado sus intervenciones en salud, presentándolas como intervenciones tecnológicas, a pesar de tener un contenido profundamente político. Además, el mismo autor considera que la problemática no está en cambiar las prioridades dentro del sector salud para lograr la salud para todos, como se sugiere en Alma Ata, sino en cambiar las estructuras económicas, políticas y sociales a nivel global, por lo cual es necesario tomar en cuenta las relaciones de poder más amplias (1984: 169). En el mismo sentido opina Morgan, diciendo que el hecho de excluir la salud del ámbito político, está ideológicamente relacionado con intereses de los que controlan las políticas de salud. Así, minimizando los efectos de la crisis económica, se traslada el peso de la pobreza y enfermedad de las relaciones económicas desiguales a nivel global a los gobiernos empobrecidos, argumentando que la salud mejorará si sólo hacen el esfuerzo suficiente (1989: 240-241). Finalmente, esta ideología significa entonces para los ciudadanos hacerse responsables de su salud, ya que los gobiernos muestran cada vez menos interés en garantizar la seguridad social.

La APCS como se postuló en Alma Ata, trata, según Rifkin y Walt, de apoyar un proceso de desarrollo por medio del cual la gente mejora tanto sus vidas como sus estilos de vida a partir

de la buena salud (1986: 560). Una de las grandes metas de la APCS consiste en proporcionar atención médica para todos a través de una red de consultas y servicios y una red de canalización que abarca de los promotores de salud a nivel local hasta el hospital, con la supervisión y dirección de profesionales de la salud y administradores centralizados (Mull, 1990: 33). Dentro de este marco, el prerequisite indispensable –y a la vez más difícil de conseguir, según la misma autora- para lograr una APS exitosa, es una infraestructura que consiste no sólo en recursos materiales sino también en personal capacitados (1990: 37). Los promotores de salud locales, en este sentido, juegan un papel primordial para llevar los servicios de atención primaria a sus comunidades y representan el vínculo de las últimas con los servicios clínicos de salud. Sin embargo, se ha señalado en muchas ocasiones el adiestramiento insuficiente de los promotores comunitarios de salud que ha impedido mejorar la salud de la población focalizada. Así, nos dicen Berman et al. en relación con una evaluación de programas de gran escala para capacitar a promotores comunitarios de salud:

“Training in these programs is often done by local paramedics with little or no experience and minimal preparation. Training, supplying, and supervising thousands or tens of thousands of CHWs [Community Health Workers] strains the limited resources of many countries. The result is CHWs with low knowledge and skill levels and without the means to perform their limited tasks satisfactorily” (Berman et al., 1987: 451).

Obviamente, el hecho de proporcionar servicios de salud básicos por medio de promotores comunitarios de salud no sólo está ligado con la idea de incluir a la mayor cantidad de personas dentro del sistema de salud, sino también con minimizar los costos. De esta forma, una de las conclusiones de Berman et al. en relación con dichos programas de CHW es la siguiente: *“Their strength has been in extending services and controlling cost. Their weakness has been in providing a mix of tasks of limited efficacy and in poor quality of care”* (1987: 457).

Otros autores han enfatizado la importancia de promover en primer instancia una infraestructura de salud adecuada para llevar la atención primaria a toda la población de manera exitosa, como nos indica Taylor en el contexto de la conferencia en Alma Ata: *“Primary health care cannot be effective unless a strong infrastructure is designed specifically to support community-based activities”* (1978: 66). En otra ocasión el mismo autor, en conjunto con Jolly, señala que las evaluaciones de la OMS han demostrado que los programas de inmunización (EPI) y de rehidratación oral (ORT) han tenido más alcance en regiones donde existía una buena

infraestructura de salud (1988). Por su parte, Smith y Bryant sostienen que la mejor forma de promover la atención primaria es a partir de la infraestructura de salud a nivel de distrito (1988).

A principios de los ochenta, la UNICEF presenta un informe sobre “El estado de los niños en el mundo” que habla de una “revolución de la supervivencia del niño”. Este informe se vuelve el fundamento del enfoque selectivo en la atención primaria de la salud hasta la fecha. Básicamente, la propuesta de la UNICEF se refiere a un paquete prioritario de intervenciones en salud conocido como GOBI-FFF, por las iniciales de los siete puntos en inglés. Es decir: 1. Growth monitoring (manejo del crecimiento), 2. Oral Rehydration Therapy (terapia de rehidratación oral), 3. Breastfeeding (amamantamiento), 4. Immunization (inmunización), 5. Family Planning (planificación familiar), 6. Food supplements (suplementos alimenticios) y 7. Female literacy (alfabetización femenina). De esta manera, la UNICEF acepta la atención primaria vertical, bajo los siguientes argumentos que la sustentan:

“(1) Financial and human resources for primary health care in poor countries are scarce and growing scarcer (...). (2) Simple, low cost, widely accessible technologies for saving children’s lives exist. (3) Means for popularizing these technologies at low cost also exist. (4) Therefore GOBI should be implemented as a priority now.” (Wisner, 1988: 963).

Bajo las mismas consideraciones que fundamentan el GOBI, surgen en la década de los ochenta las intervenciones dirigidas específicamente hacia los niños en los países en desarrollo, donde se habla de “child survival”, concepto que abarca la terapia de rehidratación oral, control de enfermedades diarreicas, inmunizaciones, control de infecciones respiratorias agudas y de la malaria y programas nutricionales. Sin embargo, según Gadowski et al. (1990), las intervenciones de este tipo han tenido un impacto restringido –aunque significativo- en la mortalidad de los niños a gran escala, debido al acceso limitado a los servicios, el adiestramiento inadecuado de los auxiliares de salud, la falta de coordinación con otros programas y la falta de aceptación a nivel comunitario, entre otras razones.

El enfoque de la APSS, que se refleja actualmente de forma muy clara en la postura del Banco Mundial, ha recibido muchas críticas, notablemente por su énfasis en cálculos de costo-eficacia -es decir, tratar de mejorar el estado de salud de la mayor cantidad de individuos al costo más reducido- y porque no toma en cuenta la organización a nivel comunitario para que la gente

“focalizada” se encargue de sus problemas. Además, los programas selectivos en general sólo abarcan a un grupo específico de la población, por ejemplo las mujeres y los niños, y excluyen a otros sectores (hombres, ancianos). Rifkin y Walt señalan al respecto, que a diferencia de la APCS, basada en estrategias que tratan de entender y mejorar los factores sociales, políticos y económicos que finalmente influyen en la mejora del estado de salud, la APSS implementa una serie de tecnologías médicas desde “arriba”, sin tomar suficientemente en cuenta cuestiones de infraestructura, actitudes y percepciones (Rifkin y Walt, 1986: 562).

Por su parte, Walsh, en relación con numerosos fracasos registrados de programas selectivos, llega a la conclusión que la falta de impacto de los últimos se debe probablemente al reconocimiento inadecuado de la importancia de involucrar a la comunidad a nivel político. A la vez, sin embargo, esta autora atribuye cierto valor positivo al uso de la tecnología en las intervenciones en salud, argumentando que gracias a la última han mejorado en muchos casos las condiciones de vida de la gente (1988). Por su parte, Newell considera que los objetivos y resultados de programas verticales son sólo de corto plazo y apoyan a menudo la distribución existente de recursos que incrementa a la vez las relaciones de dependencia (1988: 904-905). Otras críticas que se han hecho a la APSS son: el hecho de que no promueve la medicina curativa que necesita y solicita la gente, ignora las necesidades de otros segmentos de la población y no toma en cuenta factores culturales (Mull, 1990: 40-41). Mientras, así, algunos autores (Newell, 1988; Rifkin y Walt, 1986) consideran que la APCS y la APSS son irreconciliables, Walsh (1988) y Warren (1988), argumentan que tanto un enfoque como otro es aceptable. En este sentido, el desarrollo de la tecnología (APSS) es tan importante como la investigación de los procesos de desarrollo (APCS) y las dos dimensiones pueden llevarse a cabo en conjunto (Warren, 1988). En otra dimensión, la misma autora indica que el campo de acción de la APSS se ha ido ampliando a través del tiempo: de un enfoque unidimensional considerando enfermedades individuales al papel de sectores como la educación (caso del Oportunidades) y la agricultura (1988).

Un punto central de la atención primaria en general lo constituye la participación comunitaria. Según Morgan, la última se promovió por agencias de desarrollo como parte de un marco político e ideológico internacional que buscó mejorar la salud en los ámbitos rurales, sin promover, no obstante, cambios en las estructuras políticas y económicas básicas (1989: 240).

Por su parte, proponer la participación comunitaria y autoayuda para realizar la atención primaria también significó evitar de cuestionar el papel del Estado en este ámbito de la salud y por consiguiente evitar de reconocer el asunto de la equidad (Wisner, 1988: 968) Asimismo, en muchas ocasiones se ha ignorado el énfasis en la participación comunitaria por miedo a protestas masivas (idem.)

En el caso mexicano, la participación comunitaria se reduce principalmente en contar con alguna integrante de la comunidad para distribuir servicios básicos de salud y métodos anticonceptivos y en la realización de trabajos colectivos a cambio de servicios de salud (Castro-Pérez, 1993, 378). De manera general, en el contexto de los países latinoamericanos, se ha comprobado que en la mayoría de los programas de salud la participación comunitaria queda en un nivel puramente simbólico y no lleva a mejoras en las condiciones de vida de la población focalizada. Así lo resume Ugalde:

“The experience in Latin America, with the exception perhaps of Cuba and Nicaragua, is that community participation has failed to improve the quality of life of the majority. On the contrary, the evidence suggests that community participation has produced additional exploitation of the poor by extracting free labor, it has contributed to the cultural deprivation of the poor, and has contributed to political violence by the ousting and suppression of leader and the destruction of grass.root organizations”. (1985: 43).

Según el mismo autor, estos fracasos se deben a dos supuestos falsos en la promoción de la participación comunitaria, 1) la creencia de que los valores tradicionales de los pobres impiden mejoras en el ámbito de la salud y 2) la idea que la gente “tradicional” no sabe organizarse (idem: 46-47; véase también Schwartz, 1981). Por cierto, estas dos suposiciones justifican en el fondo la introducción del principio de la participación comunitaria a partir de formas de organización *externas* a las locales, a pesar de que las formas tradicionales de organización comunitaria son a menudo ideales y compatibles con los programas de desarrollo. Pero ya que la mayoría de los programas de salud que promueven la participación comunitaria se implementan entonces desde arriba, tanto en el contexto de la APCS y la APSS, el poder de decisión a nivel comunitario es muy restringido y se limita a menudo a la elección de los promotores de salud y trabajadores voluntarios, así como la selección de los miembros del comité de salud. Fuera de esto las comunidades no tienen ningún poder político, ni administrativo, ni financiero en el diseño, implementación y/o evaluación de estos programas (idem: 48). En el mismo sentido que Ugalde,

Mull considera que en realidad nunca se ha tratado de implementar la participación comunitaria de manera significativa en la mayoría del mundo en desarrollo (1990: 42).

Lo anterior se debe en parte a que el concepto “participación” no significa de ninguna manera lo mismo para *los de arriba* como para *los de abajo*, y menos en el contexto neoliberal, como señala Werner:

“Para los de arriba, participación equivale a mayor eficiencia en el control social, mientras que para los de abajo el término indica la forma en que las gentes buscan tener mayor control sobre sus vidas y su salud mediante la equidad. La mayoría de los programas “participativos” están estructurados piramidalmente, de tal modo que los que están arriba de esta pirámide son los encargados de tomar las decisiones, mientras que los de abajo –la comunidad– son los que tienen que pagar las consecuencias de estas decisiones. Esta es la versión de participación que se impulsa en el neoliberalismo.” (1998: 15).

En este sentido, en la mayoría de los programas gubernamentales, o incluso extra-gubernamentales, que promueven la participación comunitaria, la toma de decisiones respecto al diseño del programa no se realiza a nivel local. Esto tiene por consecuencia, en palabras de Menéndez y coincidiendo con Werner, que *“gran parte del tipo de participación social en la cual los sujetos y pequeños grupos gastan su vida, es realizada para enfrentar las consecuencias impuestas a sus vidas cotidianas por actores e instituciones ajenos a su comunidad local” (1998: 71).*

Tanto Werner (1998) como Ugalde (1985) concluyen que finalmente la participación comunitaria no se otorga, ni puede ser organizada por los gobiernos o agencias internacionales, ya que representa una actividad política que se gana por medio de la lucha.

Los conceptos como “paquete esencial de servicios de salud”, “atención primaria selectiva de la salud” versus “comprehensiva” y “participación comunitaria” son fundamentales para entender la forma de operar vertical de los programas de asistencia social neoliberales y sus impactos múltiples y complejos a nivel local. Es en este contexto político-económico e ideológico que debemos de ubicar al programa Oportunidades cuyo diseño vamos a presentar a continuación con un énfasis en sus vertientes “salud” y “alimentación” que nos interesan en el presente trabajo.

El Oportunidades: Programa de Desarrollo Humano

El programa Oportunidades empieza sus actividades a nivel nacional en 1997, mientras que en el estado de Oaxaca arranca hasta diciembre de 1998. Inicialmente operaba bajo el nombre de *Progresas, Programa de Educación, Salud y Alimentación* que posteriormente se transformó en *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* en 2002. Sigue abarcando las tres vertientes educación, salud y alimentación y busca vincularse también con otras acciones y programas públicos. Para los fines del presente trabajo, consideraremos principalmente las dimensiones de salud y alimentación.

Es un programa interinstitucional e intersectorial en cuya operación y ejecución participan en el nivel federal las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL), de Educación Pública y de Salud, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social y se inscribe en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que corresponde al gobierno de Vicente Fox Quesada.

Desde sus inicios en 1997, el gobierno pasado y el actual han impulsado la extensión de la cobertura del programa a nivel nacional. Para tal fin, han sido necesarias diversas modificaciones en sus reglas de operación a través de los años. En la propuesta para el presupuesto del año 2004, el gobierno federal prevé integrar a unas 750 mil familias más, con lo que se estaría atendiendo a 5 millones de familias en el país y sería el programa con mayor cobertura de América Latina en materia de asistencia social (La Jornada, 10.10.2003: 10).

El Oportunidades se implementa actualmente en localidades rurales como urbanas. Para la selección de las primeras se toman en cuenta el nivel de marginación, con base en los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), mientras que para las segundas se da un proceso de focalización geográfica, donde se seleccionan en primera instancia las ciudades medias del país (Diario Oficial, 2002: 33).

Las tres vertientes de educación, salud y alimentación están estrechamente vinculadas, ya que se considera en los lineamientos del programa que:

“[U]n mayor nivel de educación mejora el uso de los servicios y la atención de la salud porque favorece una mejor comprensión de la importancia de las medidas preventivas de salud e higiene. Asimismo, la salud en los niños propicia un mejor rendimiento en la escuela al favorecer la continua asistencia escolar y un mayor nivel de atención en el aula. Un buen estado nutricional es fundamental para el desarrollo y el ejercicio de las capacidades de aprendizaje de las personas. En correspondencia, un mayor nivel de escolaridad repercute sobre el estado nutricional, ya que puede favorecer la adopción de patrones alimentarios

adecuados, así como el acceso a oportunidades de trabajo mejor remunerado.”
(Diario Oficial, 2002.: 7)

De esta forma, se pretende superar las condiciones de la pobreza a través del “desarrollo humano” y no la creación de fuentes de empleo, ya que esto implicaría modificar las estructuras económicas, políticas y sociales más amplias que generan la pobreza.

El Oportunidades, que se inscribe claramente dentro de la política social neoliberal, concentra sus esfuerzos en el combate de la pobreza para de esta manera “(...) romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza.” (ibid.: 6). La última se define en términos de los recursos disponibles para satisfacer las necesidades alimenticias básicas, generados por el ingreso monetario mensual per cápita de las personas mayores de 15 años de los hogares. Este ingreso se compara con el precio de la Canasta Normativa Alimentaria definida por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), multiplicado por un factor de 1.34 que incluye un mínimo para gastos no alimentarios. A partir de este indicador,

“(...) se considera que los hogares con ingresos inferiores al costo de la canasta alimentaria son en principio similares a los hogares que viven en pobreza extrema, mientras que los hogares con ingresos monetarios iguales o superiores al costo de la canasta de referencia son semejantes a los que no se encuentran en dicha condición, creándose dos grupos.” (ibid.: 38).

Sin embargo, el Oportunidades está diseñado para atender no a los pobres extremos sino a los pobres “recuperables”, es decir que tienen ciertas posibilidades de salir de la pobreza. Esto se refleja, por ejemplo, en la elección de las localidades propensas a ser beneficiarias del programa; estas deben de contar con servicios de salud cercanos. Por su parte, las becas escolares se dan a partir del tercer año de primaria, lo que excluye igualmente a los pobres extremos.

Una vez seleccionadas las localidades, los hogares beneficiarios se identifican mediante un censo, que precisamente toma en cuenta las condiciones socio-económicas para poder definir si entran dentro del grupo de beneficiarios y son, por lo tanto, sujetos a recibir el apoyo monetario por parte del programa. El recurso se entrega bimestralmente y de manera individual a las madres de familia que son las titulares del programa; consiste en un apoyo para alimentación y becas y útiles escolares.

Tanto la inclusión al programa por medio de censo, como la entrega individual del apoyo monetario, indican la no consideración de la estructura organizativa comunitaria en la

implementación del programa en las localidades rurales indígenas (Sesia, 2002). La misma aplicación del censo conlleva la problemática de posibles omisiones de hogares igualmente necesitados, como se ha destacado en diversas evaluaciones externas del programa (Escobar et al. 2002; IFPRI; 2000). Esta exclusión arbitraria puede resultar por no estar ningún miembro del hogar presente en el momento del censo o porque la casa se encuentra alejada del núcleo del poblado, entre otras razones. La exclusión de hogares a nivel comunitario puede generar una división social entre familias beneficiarias y familias no beneficiarias del Oportunidades, que se refleja por ejemplo en la ausencia de los que no tienen el programa en los trabajos comunitarios relacionados con el programa.

La entrega del recurso monetario a las madres de familia y la articulación del programa en general hacia ellas, se debe a la percepción de la desigualdad entre hombres y mujeres y su papel en el hogar:

“Es lamentable constatar que (...) las mujeres sufren, desde temprana edad, mayores niveles de marginación y exclusión de la vida social y productiva”, y “la mujer juega un papel central en la procuración del bienestar familiar y en especial, en la salud y en el buen desarrollo de sus hijos.” (Informe Progresá, 1997: 18-20).

Así se planteó y justificó la focalización del programa hacia las mujeres en el momento de implementarlo en 1997. En este sentido, el Oportunidades busca empoderar a las mujeres, por ejemplo a través de las becas mayores que proporciona a las niñas a partir de la secundaria. A la vez, se delega a las mujeres tanto la responsabilidad en la administración del recurso, como en la buena salud de los miembros de la familia, con el fin de fortalecer su posición y poder en la toma de decisiones en el seno familiar.

En lo que concierne las vertientes salud y nutrición del programa, estas incluyen concretamente cuatro puntos:

- * *“Proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial de Servicios de Salud;*
- * *Prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación mediante la entrega de suplementos alimenticios;*
- * *Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene; y*
- * *Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.”* (Diario Oficial, 2002: 12).

De este planteamiento se desprende claramente un enfoque hacia la dimensión preventiva y sanitaria de la salud y enfermedad, a pesar de que se propone, con el último punto, incrementar los servicios públicos de atención médica. De hecho, los lineamientos del programa destacan en primer término la dimensión de la *salud* y no de la *enfermedad*, lo que indica entonces desde un principio el enfoque hacia las medidas preventivas y sanitarias que se refieren a mantener el estado de salud y no directamente a curar la enfermedad. Es a la luz de los costos muy elevados para promover atención de segundo y tercer nivel, que el programa se ve imposibilitado de ofrecer estos servicios de atención médica. Además, el sector salud sufre desde hace años de presupuestos insuficientes y deficiencias en la cobertura real de salud a nivel nacional, reflejadas en la falta de personal médico en las zonas rurales y el subabasto de medicamentos en las clínicas. Por lo tanto, los pacientes que requieran atención de segundo o tercer nivel deberán ser referidos a otros servicios, como por ejemplo el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad, Cirugía Extramuros, brigadas médicas especializadas o la red de hospitales. Para la población abierta que corresponde al ámbito geográfico del IMSS, “(...) *la atención de segundo nivel quedará circunscrita a la atención del parto, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y a las urgencias médicas reales hasta la estabilización del paciente, para su referencia a otra institución*” pero “(...) *dicha atención se hará conforme a la normatividad de las instituciones de salud y no será parte de los beneficios del Programa.*” (ibid.: 53).

El paquete básico de servicios de salud, se proporciona a todos los miembros de la familia de la titular y consiste en las siguientes acciones preventivas: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido, vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil, vacunación, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario a las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, prevención de accidentes y primeros auxilios en lesiones iniciales, prevención y detección del cáncer cérvico-uterino (Diario oficial, 2002: 49-53).

En este contexto, el Oportunidades promueve citas médicas obligatorias que forman parte del principio de corresponsabilidad del programa. Es decir que, para recibir el apoyo monetario, las titulares y sus familias tienen que cumplir con las citas médicas programadas, aunque no presenten ningún síntoma de enfermedad. La frecuencia de las citas médicas al año depende de la

edad de la persona; se revisan de forma más frecuente a los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

En articulación con el paquete básico de salud y las citas médicas obligatorias, el programa promueve la comunicación educativa y promoción de la salud que se da mensualmente en forma de plática a nivel comunitario. Estas pláticas forman también parte del principio de corresponsabilidad, en conjunto con las citas médicas, pero son únicamente obligatorias para las titulares y los estudiantes de nivel medio superior que reciben becas del Oportunidades. Abarcan 35 temas (*cuadro 1*) que se articulan con el paquete básico de servicios de salud ofrecido y consideran las dimensiones de salud y nutrición, principalmente enfocadas hacia las mujeres y niños menores de cinco años.

Cuadro 1: Temas de las pláticas educativas

1. Suplemento alimenticio	19. Parasitosis
2. Alimentación y salud	20. Infecciones respiratorias agudas
3. Saneamiento básico	21. Tuberculosis pulmonar
4. Participación social	22. Hipertensión y diabetes
5. Adolescencia y sexualidad	23. Prevención de accidentes
6. Planificación familiar	24. Manejo inicial de lesiones
7. Maternidad sin riesgos	25. Salud bucal
8. Embarazo	26. Padecimientos transmitidos por vectores
9. Alimentación durante el embarazo y la lactancia	27. Prevención de adicciones
10. Parto y puerperio	28. Infecciones de transmisión sexual
11. El recién nacido	29. VIH/SIDA
12. Lactancia materna	30. Género y salud
13. Cáncer de mama y cérvico uterino	31. Violencia intrafamiliar
14. El menor de un año	32. Climaterio y menopausia
15. El mayor de un año	33. Acciones básicas en caso de desastres
16. Vacunas	34. Atención al adulto mayor

17. Diarreas	35. Discapacidad
18. Vida suero oral	

Se considera que los padres de familia también deberían de asistir a las pláticas educativas pero su inasistencia no tiene ningún efecto negativo sobre la certificación de asistencia de las titulares beneficiarias (Diario Oficial, 2002: 54).

En la dimensión de la alimentación, el programa da también un énfasis especial en el control de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como de los niños menores de cinco años, a partir de suplementos alimenticios y la educación alimentario-nutricional (ibid.: 12). La entrega gratuita del suplemento alimenticio tiene por objetivo “[P]revenir y atender la desnutrición materno-infantil y disminuir la prevalencia de anemia y las deficiencias de micronutrientos.” (ibid.: 60). Idealmente, el suplemento debe ser ingerido diariamente en dosis de 44 gramos preparado en forma de papilla para los niños y de 52 gramos en forma de bebida para las mujeres. Lo reciben las niñas y niños de entre 4 meses y 23 meses de edad; las niñas y niños de entre 2 y 5 años que presenten algún grado de desnutrición y las mujeres embarazadas o en lactancia, por un periodo hasta un año. La Secretaría de Salud, el IMSS y los servicios estatales de salud se hacen cargo de supervisar el abasto y la entrega adecuados del suplemento alimenticios (ibid.: 61). Los niños y las mujeres embarazadas y en lactancia que reciben el suplemento alimenticio deben de asistir mensualmente a control de nutrición con el personal de salud o voluntarios capacitados de la comunidad (ibid.: 21).

El apoyo económico para alimentación en el año 2003 se remonta a 155 pesos mensuales por familia y debe ser destinado al mejoramiento del bienestar familiar, en especial la alimentación de los hijos y para su aprovechamiento escolar (ibid.: 13). Las becas educativas se dan a partir del tercer año de primaria hasta el último año de la educación media superior y aumentan con cada año escolar. En la primaria, las niñas y los niños recibieron en el 2002 mensualmente entre \$ 95 en tercer año y la cantidad incrementa anualmente hasta llegar a \$ 195 en sexto. En la secundaria las niñas empiezan a recibir más que los niños, es decir \$ 300 en el primer grado, \$ 330 en el segundo y \$ 365 en el tercero, mientras los niños cobran \$ 285, \$ 300 y \$ 315 respectivamente. La diferencia en las becas por sexo es todavía más notable en el nivel

medio superior, donde las mujeres reciben \$ 545 en el primer año, \$ 585 en el segundo y \$ 620 en el tercero y los hombres \$ 475, \$510 y \$540 respectivamente (ibid.: 14).

El monto máximo que una familia puede recibir mensualmente por concepto de apoyos educativos y alimentarios es de \$890, en el caso de familias sin becarios en educación media superior y de hasta \$1510 cuando en la familia hay jóvenes becarios de nivel medio superior. Si se rebasa este monto, las becas se ajustan proporcionalmente (ibid.: 57). Los apoyos pueden recibirse hasta tres años y después de este periodo se vuelve a aplicar el censo socio-económico en los hogares para evaluar si siguen necesitando el apoyo; de esta forma la familia es “recertificada”, en el caso de que no hayan mejorado sus condiciones de vida. Sin embargo, el apoyo alimenticio también puede suspenderse si la familia beneficiaria no cumple con las responsabilidades del componente salud, es decir las citas médicas programadas o la comunicación educativa. Si en dos ocasiones consecutivos la titular no asiste a recibir los apoyos monetarios o con cuatro meses consecutivos de faltas que tenga, o seis meses dentro de un año, se le suspende el apoyo, entre otras razones que no vamos a enumerar aquí por ser muy específicas (ibid.: 23). Asimismo las becas escolares pueden ser sujetas a suspensión definitiva si el alumno reprueba por ejemplo dos veces el mismo año escolar.

Las autoridades municipales intervienen en la aplicación del programa, en la medida en que verifican el acceso a los servicios de educación y salud de las zonas de atención identificadas por Oportunidades, así como designan al personal que sirve de apoyo y enlace para dar seguimiento a la operación del programa a nivel local. El enlace representa el vínculo entre el programa y las familias beneficiarias de las localidades del municipio y tiene además la función de facilitar la logística operativa (ibid.: 14). Este cargo debe de estar integrado en la estructura de la presidencia municipal, ya que funciona bajo el presupuesto de la misma.

A nivel local se nombra a un comité de promoción comunitaria que consiste en por lo menos una vocal de salud y una de educación, así como una de control y vigilancia. Este comité reemplaza a la anterior promotora comunitaria de Oportunidades. Los cargos son voluntarios, no implican ninguna remuneración y tienen una duración de máximo tres años (ibid.: 42). Según el reglamento interno de estos comités, la vocal de salud tiene la función de:

- * Promover la importancia de acudir a las citas médicas y pláticas educativas a la unidad de salud y aplicar las medidas preventivas que el personal de salud recomienda.
- * Revisar conjuntamente con las titulares beneficiarias el formato de registro de asistencia a los servicios de salud y orientarlas para que lo presenten a la unidad de salud que les corresponda.
- * Orientar a las titulares para que utilicen correctamente los apoyos que el Programa les otorga y consuman los suplementos alimenticios y papillas que el personal de salud les entregue.

La vocal de educación vigila la inscripción y la asistencia diaria de los niños a la escuela y apoya a las titulares en el llenado y recolección de los formatos de educación que Oportunidades les solicite, mientras la vocal de control y vigilancia tiene como tarea, vigilar el manejo transparente de los recursos que se captan en el comité.

Capítulo II: El contexto regional y local del Oportunidades

La región de la Chinantla

La Chinantla está ubicada en el noreste del estado de Oaxaca, a 100 km aproximadamente de la Ciudad de Oaxaca y extendiéndose sobre las laderas de la Sierra Juárez y la cuenca del Papaloapan, con una superficie estimada de 4596 km² (459,367 hectáreas). La región chinanteca conforma una unidad lingüística –donde se distinguen cinco macrovariantes del idioma chinanteco- y una unidad territorial, donde el grupo chinanteco se ha mantenido desde la época prehispánica hasta hoy. Actualmente, la Chinantla conforma 14 municipios que se ubican en los distritos de Tuxtepec, Choapam, Ixtlán y Cuicatlán y abarcan 258 localidades en total. Su población es de 124, 301 habitantes de los cuales 79.6% son hablantes del chinanteco. El número de habitantes, sitúa a los chinantecos en el cuarto lugar de los grupos étnicos de Oaxaca.¹

Las cadenas montañosas y los numerosos ríos representan las fronteras naturales de la zona y separan el área chinanteca de los grupos étnicos vecinos: Hacia el norte, la Chinantla limita con la región mazateca, al este colinda con Tuxtepec y el estado de Veracruz, al sur-sureste está separada por una cadena montañosa con la región zapoteca del Istmo y con la cuicateca en lo alto de la Sierra Juárez (de Teresa, 2002).

La zona se caracteriza por un clima tropical húmedo, que se manifiesta en una gran riqueza ecológica con selvas altas, medianas y bajas, bosques mesófilos de montaña y bosques de pinos y encinos. Abarca la tercera zona selvática de México después de la Lacandona y los Chimalapas, con un 11% de la selva tropical húmeda que se conserva en el territorio mexicano. El terreno montañoso representa el 60% de la zona, mientras los 40% restantes abarcan extensas planicies. Se registra para la región la mayor precipitación pluvial después de Tabasco, con un índice de 1000 a 4000 mm y una temperatura media anual entre 16° y 21° C. En todo el territorio existen fuertes variaciones de altitud, que vacilan entre 80 y 1200 metros sobre el nivel del mar y con algunas cumbres que alcanzan hasta 2500 msnm. Los fuertes cambios de altitud generan diversos tipos de climas que van desde templado en la sierra alta, hasta cálido húmedo en el sureste que se caracteriza por planicies aluviales con altitudes menores a 200 msnm. Durante todo

¹ INEGI, censo de población y vivienda, 2000.

el año, las neblinas son frecuentes sobre el bosque mesófilo de montaña que marca la frontera entre la zona baja y la alta (de Teresa, 2002; Pardo, 1995).

Relacionado con las diferencias geocológicas la región está dividida en tres zonas: la zona baja, que se ubica en la cuenca del Papaloapan a menos de 400 metros de altitud, la Chinantla media situada entre los 400 y 1000 metros de altura y la Chinantla alta en la Sierra Juárez que abarca la zona desde los 1000 metros de altitud. La zona baja está conformada por los municipios de San Lucas Ojitlán, San José Chiltepec, Santa María Jacatepec, Ayotzintepec, San Juan Lalana y Santiago Jocotepec. La zona media abarca los municipios de San Juan Bautista Valle Nacional, San Felipe Usila, San Juan Bautista Tlacoatzintepec, San Pedro Sochiapam y San Juan Petlapa. Por último, la parte alta incluye a San Pedro Yolox, San Juan Quiotepec y Santiago Comaltepec.

Los principales cultivos de la Chinantla son el maíz, frijol y la yuca para el autoconsumo y el café, chile, hule, caña de azúcar y la vainilla para el intercambio comercial. En la zona baja las actividades productivas destinadas al mercado se concentran en el cultivo de la caña de azúcar, el hule y el chile, mientras que en la zona alta se explotan los recursos forestales. El café representa el segundo cultivo más importante de la región y la principal fuente de ingresos para los productores. Sin embargo, con la creciente devaluación del precio del café en la última década, los productores se ven obligados a buscar alternativas productivas y actividades no agrícolas u optan por la migración, principalmente hacia el Norte y los Estados Unidos (de Teresa, 1999).

La crisis del café

La crisis del café representa un elemento determinante para entender las condiciones de vida hoy en día en las zonas cafetaleras del país como la Chinantla, por lo cual vamos a señalar brevemente sus momentos más importantes.

Durante los años setenta la paraestatal INMECAFÉ da un fuerte impulso a la producción de café en el país, ya que la situación económica era favorable por el auge petrolero; crece el gasto público y se hacen grandes inversiones al campo. Esta institución gubernamental para la promoción, la producción y la comercialización del fruto, operó hasta su cierre entre 1989 y

1992, como representante ante la Organización Internacional del Café. Funcionó bajo una ideología paternalista, buscando de organizar a los productores y representando una alternativa al coyotaje. Introdujo variedades mejoradas del café, se formaron semilleros, se regalaban pesetillas, instrumentaba asistencia técnica y capacitación de forma gratuita y daba créditos con un sistema de anticipos a cuenta de cosecha; con pagos de remanentes después de la cosecha (Sesia, 2002; Tejera, 2002).

El INMECAFÉ llegó a comprar hasta el 70% de la producción nacional del café; el Estado regulaba el precio del producto y lo exportaba. Por lo tanto, representaba un mercado seguro para los productores e ingresos más o menos estables. En la comunidad de San Lucas Arroyo Palomo los cafecultores relatan que en su auge, cuando “tenía precio el café” lo vendían hasta en 24 pesos el kilo y les permitió, en los años ochenta, construir las primeras casas de concreto en la comunidad y comprar en mayores cantidades productos comercializados.

Sin embargo, con la reformas a las instituciones del campo en 1989, mencionadas arriba, se empieza a transferir las funciones de INMECAFÉ a la iniciativa privada, de forma gradual en un plazo de año y medio. Para todavía empeorar la situación de los pequeños productores de café, el cierre de la institución coincide con la deregulación del mercado internacional del café: se rompe el convenio internacional del café y cae el precio del producto de manera catastrófica, provocando una crisis para las economías cafetaleras locales. A partir de 1999, con el desplome del precio del fruto, la crisis se intensifica nuevamente (Sesia, 2002; Tejera, 2002) y actualmente, el precio del café queda muy bajo. En la zona cafetalera de Valle Nacional, municipio del cual forma parte la comunidad de San Lucas Arroyo Palomo, el café en este año 2003, se vendió en aproximadamente cinco pesos el kilo. Como consecuencia de la crisis prolongada – los precios en el mercado son los más bajos de los últimos cien años (Cárdenas, 2001; Ponte, 2002) - muchos productores están dejando sus cultivos de café y optan por la migración como única opción a corto plazo, para sustituir los ingresos obtenidos anteriormente por la venta de café. En San Lucas Arroyo Palomo fue la crisis a partir de 1999, que llevó a muchos productores, padres de familia, a dejar su familia y la comunidad para tomar el camino hacia los Estados Unidos. Es en este contexto que - a parte de los ingresos por la migración - los subsidios del programa de Oportunidades vienen a jugar un papel crucial en la supervivencia de las familias campesinas productoras de café.

La localidad de San Lucas Arroyo Palomo

San Lucas cuenta con 574 habitantes, de los cuales 30 estaban fuera en el año 2002 principalmente por motivos laborales. De esta población, aproximadamente el 40% habla solo chinanteco, mientras el 60% es bilingüe.² La agencia municipal de San Lucas forma parte del municipio de Valle Nacional en el distrito de Tuxtepec y es una de las 44 comunidades que constituyen el municipio. Se ubica en la zona baja de la Chinantla por su altura de 310 msnm. La comunidad se sitúa en una ladera y está rodeada por monte de selva secundaria. La vegetación está rica en árboles frutales; abundan los plátanos durante todo el año y las naranjas por temporada. Varios arroyos abastecen a la población con agua durante todo el año. Las lluvias son frecuentes en todas las épocas del año; sin embargo, durante los meses de marzo hasta mayo, llega a ser más seco el clima y en diciembre y enero las temperaturas son más bajas que en el resto del año. Con la cabecera municipal de Valle Nacional la localidad está comunicada por terracería, desde hace unos siete años, a 30 minutos de distancia en camioneta. La localidad vecina Arroyo de Banco queda sobre el mismo camino, entre San Lucas y la cabecera municipal - a unos 15 minutos de la comunidad en camioneta. El pasaje a Valle Nacional cuesta 20 pesos (2003) de ida y vuelta y la mitad para Arroyo de Banco.

Según los relatos de los ancianos, muchas familias llegaron a poblar San Lucas, a consecuencia de una inundación que ocurrió en San Pedro Tlatepusco, municipio de Usila, en 1928; pero parece que ya había gente viviendo en este sitio desde tiempos anteriores. Las primeras casas se construyeron en la parte baja del poblado y hasta la fecha se están incrementando en dirección del monte, por falta de solares en el actual núcleo del poblado. En la década de los cuarenta se dotó de tierras al poblado vecino Arroyo de Banco, mientras San Lucas recibió el estatus de ejido sólo en 1953. La dotación anterior de Arroyo de Banco tuvo por consecuencia que muchas familias de San Lucas se quedaron sin tierras de cultivo lo que provocó la migración masiva hacia otras comunidades de la región, notablemente Arroyo Frijol, Vega del Sol, Pueblo Viejo y San José Mano Marqués. Así, de las aproximadamente 100 familias que vivían en San Lucas quedaron sólo 24.

El ejido de San Lucas cuenta con un anexo, Cerro Santo Domingo, que se ubica a casi 1000 msnm y está comunicado por vereda a una distancia de hora y media caminando. Esta localidad está conformada por 12 casas con 77 habitantes en total, de los cuales 16 estaban fuera

en 2002. Su población mantiene vínculos de parentesco muy estrechos con la comunidad de San Lucas. La autoridad del ejido consiste en el cargo de presidente, secretario y tesorero que forman el comisariado ejidal, más el consejo de vigilancia que también implica un presidente, secretario y tesorero. Los cargos son de tres años de duración y consisten en tratar todos los asuntos relacionados a la tenencia de la tierra, tanto como organizar el trabajo comunitario y encargarse de las 22 vacas del ejido.

Al trabajo comunitario – la fatiga – se recurre para construir obras públicas, como el puente, la carretera (terracería) o la agencia municipal, limpiar el potrero del comisariado ejidal, mantener la parcela escolar, chapear los espacios públicos, limpiar el camino de Arroyo de Banco a San Lucas, hacer la brecha en la colindancia con los ejidos vecinos y preparar la fiesta religiosa de Arroyo Palomo el 17 y 18 de octubre. Participan todos los hombres mayores de 18 años – tanto ejidatarios como hijos de ejidatarios – y los que no pueden participar tienen que pagar una multa de 50 pesos. Las mujeres no se aceptan para hacer la fatiga, sólo a las que son viudas; a las esposas de los migrantes se les cobra la multa. Estas últimas tampoco están autorizadas a participar en las asambleas, por lo cual se cobra otra multa de 50 pesos, penalizando así a los migrantes.

Alrededor de 1940 San Lucas adquirió el estatus de agencia municipal, lo que implica los cargos de agente municipal, suplente, secretario, comandante y policías - de un año de duración. Estas autoridades están encargadas de los asuntos relacionados con la estructura política y organizacional municipal, por ejemplo, el manejo de cuestiones legales o la construcción de obras públicas comunitarias.

La comunidad cuenta con luz eléctrica en todos los hogares, excepto tres que se ubican en la loma, y alumbrado público. El agua de manantial llega a las casas por mangueras y prácticamente todas las casas cuentan con letrina. No hay servicio de teléfono pero a partir de 1997 algunos empezaron a tener televisión a pesar de que no llegue la señal; se ven películas en vídeo. Los refrigeradores también se están haciendo más comunes desde hace unos años, gracias al dinero que llega por los migrantes. Asimismo, la construcción de casas de concreto está reemplazando gradualmente a las casas de jonote y palma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, se ha mantenido la cocina en la construcción tradicional.

² Encuesta a autoridades 2002, UAM-I.

San Lucas cuenta con educación inicial, preescolar y la primaria federal. La maestra de la inicial es bilingüe y se queda en la comunidad entre semana, mientras la encargada de la preescolar habla español únicamente, así como los cuatro maestros de la primaria que viven todos en Valle Nacional. En las tardes, la maestra de la inicial imparte un curso de tejido, donde asisten niñas, muchachas y madres de familia. Para seguir con sus estudios, los jóvenes acuden a las comunidades vecinas de San Juan Palantla y Arroyo de Banco que cuentan con telesecundarias, o van hasta Valle Nacional, donde además se proporciona educación media superior. Actualmente, cuatro jóvenes de la comunidad están inscritos en este nivel. Existe un comité de la escuela que representa el vínculo entre los maestros y los padres de familia y que está encargado, por ejemplo, de hacer el protocolo en las reuniones de los maestros con los padres de familia, gestionar en conjunto con los maestros los fondos para comprar uniformes y material escolar, organizar la fatiga para chapear la parcela escolar e ir a comprar el material escolar en Tuxtepec. La escuela además cuenta con una casa donde pueden quedarse los maestros.

En la comunidad se construyeron a parte de los edificios de la escuela, un salón ejidal y la agencia municipal en el 2002 -que no se terminó por falta de recursos- y el puente sobre el arroyo a la entrada del poblado. Además hay una cancha de basketball, una iglesia y un templo protestante. Casi el 100% de San Lucas es católico, únicamente cuatro familias acuden al templo protestante que forma parte del grupo pentecostés *Fraternidad de las Iglesias de Dios* y cuenta con un pastor; este movimiento religioso entró en 1978.

La residencia en San Lucas es patrilocal y es muy común, si el espacio lo permite, que varios hijos con sus familias nucleares construyan su casa en el solar del padre o incluso compartan el hogar con el mismo. Sin embargo, el ideal es construir una casa propia para cada familia nuclear, en cuanto la situación económica y la disposición del espacio físico lo permitan. Únicamente el varón menor se queda a menudo a vivir con su familia nuclear en casa de los padres, para hacerse cargo de ellos. Tradicionalmente, los padres de un joven van a pedir a la novia seis o siete veces, las primeras cinco o seis veces con la pura palabra, mientras la última - y definitiva - ofrecen la comida, la cerveza y el refresco para las dos familias que de esta manera forman alianza. Cuando los hijos ya son novios, con el consentimiento de los padres, sólo se va a pedir a la novia tres o cuatro veces. La mayoría de los matrimonios se forman al interior de la localidad, mientras es muy común también que se busque a mujeres de comunidades vecinas como San Juan Palantla, Arroyo de Banco o San Felipe de León para así extender y fortalecer los

lazos parentales hacia el exterior de la localidad. Asimismo el parentesco virtual, a través del compadrazgo, contribuye a la conformación de una amplia red social - al interior y con el exterior de la comunidad - basada en una serie de derechos y obligaciones. En la zona se forman compadrazgos en el bautizo, la primera comunión, la confirmación, la boda y al terminar los ciclos escolares, por ejemplo al fin de la preescolar, de la primaria y de la secundaria. Al ser madrina/padrino en el bautizo, idealmente se vuelve a ser madrina/padrino en los sacramentos consiguientes de la iglesia católica.

Respecto al abasto de la despensa, está funcionando en la localidad una tienda de CONASUPO, así como otras cuatro tiendas y una cantina-tienda que venden productos para el abasto, como maíz, frijoles, huevos, azúcar, aceite, pan, leche nido, galletas, refrescos, jabón, entre otras cosas. Pero la mayor parte de las compras básicas se realiza en Valle Nacional.

Los principales cultivos en San Lucas son el maíz y el frijol para el autoconsumo y el café para el intercambio comercial. En este sentido, el trabajo familiar constituye la unidad productiva. Se siembran el maíz blanco, el amarillo y el negro, a partir de la roza, tumba y quema; la mayoría de las milpas quedan en terrenos inclinados. La gran parte de las tierras son de temporal y en la zona del anexo Cerro Santo Domingo, en las laderas de los arroyos, hay tierra húmeda para la siembra del tonamil.

Con la drástica caída del precio del café, se han buscado alternativas de comercialización en la producción de vainilla, mamey, cacao y la palma camedor que sin embargo presentan fuertes limitantes y son proyectos a largo plazo. El café se empezó a cultivar en Arroyo Palomo en la década de los setenta con el apoyo de INMECAFÉ. Todas las familias cuentan con cafetales pero el precio que tiene este producto actualmente en el mercado ya no hace rentable su explotación y el trabajo invertido en el mantenimiento y la cosecha del café han disminuido mucho en los últimos años, a nivel tanto local como regional. Existe un comité productivo para el café y los productores también están integrados a la Unión de Ejidos de Valle Nacional. En el 2001 el estado concedió un apoyo de 900 pesos por hectárea, por medio del Programa Emergente para el Café. Además sigue funcionando el programa Alianza para el Campo que apoya a los productores para reemplazar los viejos cafetales por nuevos.

El cultivo de la vainilla es delicado por ser sujeto a plagas que disminuyen la producción considerablemente, mientras que para el cacao no hay mercado y para la palma camedor hace falta financiamiento. Por su lado, la planta del mamey tarda muchos años en dar un volumen

considerable de frutas. Se han formado comités para la producción del mamey, la vainilla y la palma camedor mientras que el comité productivo para el cacao se disolvió por la falta de mercado de este producto. Desde 1994, la mayoría de las familias percibe anualmente un apoyo monetario por parte del programa Procampo que remonta a unos 800 pesos por hectárea de cultivo de maíz.

A nivel comunitario e intracomunitario la venta de verduras y frutas en pequeñas cantidades, a los que no todos tienen acceso, es común: se venden por ejemplo ejotes, chayotes, yuca, xinicuil, tepejilote, chinene, hojas de pozol y de plátano y coco entre otros, y entran también periódicamente coyotes para comprar por ejemplo naranjas, mandarinas o caña de azúcar. Además, algunos siembran chile, cebollín, tomatín y alguna hierba aromática para guisar como la hierbabuena y a parte se recolectan frutas, como el nanche, papaya, cacao, granada, pomela, xinicuil, coco, limón, por ejemplo, y hierbas silvestres como la huele de noche, hierbamora o quelite de venado que tienen un contenido micronutritivo muy alto. Para el consumo también se buscan hongos y se pescan caracoles, pececitos y camarones de río y se cazan animales del monte, como el armadillo, tepescuincle, mazate, tejón o jabalí que, sin embargo, por la sobreexplotación ya son muy escasos en la zona.

Los cafecultores relatan que se dejaron varios cultivos cuando el precio del café estaba alto (24 pesos el kilo) porque permitía comprar los productos en el mercado. Sin embargo, ahora con la crisis del café, aparece nuevamente la tendencia o el repliegue hacia la diversificación de los cultivos para el autoconsumo: *“Como ya no hay café tenemos que trabajar como anteriormente”*, comenta Regina³ de 39 años que se acuerda como su padre, que vive en el Cerro Santo Domingo, hacía cal, producía panela y tepache con la caña de azúcar, velas y miel con los panales de abejas y vendía pollos, guajolotes y cochinos. Últimamente, los marranos se han vuelto a introducir en la comunidad; con la entrada de los programas de salud se habían dejado de criar durante un tiempo y ahora tienen que mantenerlos amarrados en el traspatio de la casa.

Otra alternativa para generar ingresos que sustituyen la venta del café es el jornaleo agrícola dentro de la comunidad o para los ejidatarios de la comunidad vecina Arroyo de Banco, ya que ellos tienen una parte de sus tierras en las laderas que colindan con San Lucas. Además, pagan 70 pesos el jornal, de 8 a 16 horas y disparan a parte el refresco y la cerveza, mientras que al interior de la comunidad, sólo pagan 50 pesos el jornal, sin comida o refresco y trabajando de 8

³ Todos los nombres de los informantes citados de aquí en adelante son seudónimos.

a 17 horas. También es común la labor de albañil o ayudante de albañil a nivel comunitario, ya que se están construyendo muchas casas de concreto. Trabaja además un carpintero en la comunidad y cinco personas tienen máquinas de coser y dos de ellas trabajan por encargos.

Sin embargo, ni las actividades enumeradas, ni los subsidios de Procampo, Oportunidades o el Programa Emergente para el Café, representan ingresos suficientes para atenuar la crisis del café que afecta de forma drástica la economía local. Por lo tanto, desde hace tres o cuatro años, la migración hacia diferentes entidades de Estados Unidos está en fuerte incremento. Se han ido en su mayoría – y siguen yéndose cada vez más, gracias a las redes organizadas de migración en la zona – padres de familia y jóvenes solteros. Las muchachas solteras, trabajan por temporadas en ciudades cercanas del estado de Veracruz, en Tuxtepec, la Ciudad de Oaxaca o en el Distrito Federal y, por lo general, vuelven a la comunidad para casarse.

El IMSS-Oportunidades

Las dos instituciones de salud que manejan el programa de Oportunidades en la zona de San Lucas, son la Secretaría de Salud (SSA), que cuenta con un Centro de Salud en la cabecera municipal y un hospital regional en Tuxtepec, y el programa de IMSS-Oportunidades que opera dentro de las estructuras del IMSS Régimen Ordinario. La localidad de San Lucas está circunscrita a la clínica del IMSS-Oportunidades en la comunidad vecina de Arroyo de Banco la cual representa por lo tanto el vínculo entre las familias de San Lucas y el programa Oportunidades en sus vertientes salud y nutrición. Aquí nos interesa detallar específicamente las actividades del IMSS-Oportunidades en la zona, y el estrecho y confuso lazo de esta institución con el programa Oportunidades.

A partir de finales de la década de los setenta, el IMSS amplía su campo de acción hacia las zonas rurales con el programa IMSS-COPLAMAR dirigido a la población abierta y es en este contexto que se construye la clínica en Arroyo de Banco en 1979. La población abierta incluye al conjunto de personas que no es derecho-habiente dentro del Sistema Nacional de Seguridad Social conformado principalmente por el IMSS y el ISSSTE y en menor medida por otras instituciones como la SEDENA, la Marina o PEMEX. Según el censo del INEGI en 2000, para San Lucas sólo el 7% de su población contaba con la derechohabiencia a un servicio de salud en ese año; 1% perteneciendo al régimen del IMSS y los 6% restantes al ISSSTE. Entonces casi la

totalidad de la población era y sigue siendo población “abierta” integrada al programa de IMSS-COPLAMAR, después llamado IMSS-Solidaridad y ahora IMSS-Oportunidades.

Desde décadas anteriores al programa de IMSS-COPLAMAR, el Estado, a través de la Secretaría de Salud, estaba realizando acciones preventivas, sanitarias y de atención médica dirigidas a la población abierta en el país. A nivel del municipio de Valle Nacional, se fundó en 1975 el Centro de Salud en la cabecera, mientras anteriormente entraban brigadas a vacunar a la población. Así, el programa de IMSS-COPLAMAR llegó a incrementar la cobertura de salud para la población rural-indígena mexicana, como en la región de Valle Nacional, en respuesta, concretamente, a las propuestas elaboradas en el contexto de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata (1978) para los gobiernos de todas las naciones.

Es entonces bajo esta línea que se implementa el programa de IMSS-COPLAMAR que durante el sexenio de Salinas de Gortari cambia de nombre a IMSS-Solidaridad, para finalmente quedar con el nombre de IMSS-Oportunidades en el 2002⁴. Estructuralmente el programa no se ha modificado, a pesar de los cambios de nombre, y sigue ofreciendo los servicios de atención primaria a la población abierta de manera gratuita. Este conjunto mínimo de servicios de salud abarca actualmente, tanto en el ámbito de acción del IMSS-Oportunidades como de la SSA, distintas actividades preventivas y sanitarias, principalmente enfocadas hacia la población de mayor “riesgo” que son las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y los niños menores de cinco años, así como personas ya enfermas. Éstas son:

- Prevención del cáncer cérvico uterino y mamario
- Planificación familiar
- Control prenatal y atención de parto
- Atención al menor de cinco años:
 - Control nutricional, vacunaciones, vigilancia epidemiológica (infecciones gastrointestinales y de las vías respiratorias)
- Atención al adolescente:
 - Educación en salud sexual y reproductiva
 - Sensibilización sobre equidad de género

⁴ Cuando me referiré en el texto a los programas del IMSS para población abierta anteriores a IMSS-Oportunidades –incluyendo a este en algunos casos por la continuidad estructural en los tres programas- los denominaré “IMSS población abierta”.

- Atención al adulto con padecimientos crónico-degenerativos:
 - control y prevención de hipertensión y diabetes
 - control y prevención de tuberculosis pulmonar
- Odontología preventiva

Podemos observar en este plan de trabajo para el 2003 del IMSS-Oportunidades que las actividades curativas -en concordancia con el concepto de la atención primaria- son prácticamente nulas y se restringen principalmente a tratar cuadros gripales, diarreas, fiebres y lesiones menores. De hecho, el equipo curativo con el cual cuentan tanto la clínica en Arroyo de Banco como el Centro de Salud en la cabecera municipal reflejan esta situación. Las dos instituciones cuentan únicamente con lo básico: paumanómetro, estetoscopio, termómetro, equipo para atención de parto y de suturas menores, así como el cuadro básico de medicamentos que a menudo no da abasto para la población que se atiende.

En la dimensión curativa, las dos instituciones tienen entonces más que nada la función de transferir pacientes a niveles superiores de atención médica, que en el caso del municipio de Valle Nacional se refiere al hospital regional en Tuxtepec de la SSA, por ser el más cercano para población abierta. El hospital del IMSS al cual pertenece la unidad médica de Arroyo de Banco se ubica en Matías Romero, al cual por su distancia casi no se recurre para canalizar a pacientes.

Resaltan en el plan de actividades del IMSS-Oportunidades las similitudes que tiene con el ámbito de acción del programa Oportunidades, que a partir de 1999 cuando se llamaba todavía “Progresá”, se integra a las estructuras de la clínica en Arroyo de Banco. De hecho, los dos programas están promoviendo tanto el paquete básico de servicios de salud, como la atención médica de primer nivel. Por su parte, el actual nombre del programa IMSS-Oportunidades acentúa todavía más la cercanía con el Oportunidades, mientras, a la vez, lleva a una serie de confusiones y contradicciones.

Por un lado, el ámbito de atención del primero supuestamente abarca a *toda* la población circunscrita a la unidad médica rural lo cual implica, en el caso de la clínica en Arroyo de Banco, a las localidades de Arroyo Colorado, San Juan Palantla, San Isidro Lagunas, San Antonio Ocote, Cerro de Pita, San Lucas Arroyo Palomo y la misma sede, con una población total de 2788 habitantes en 2003. Por el otro, el programa Oportunidades incluye únicamente a los hogares que

son beneficiarios del mismo en las localidades citadas, las cuales en general presentan un cierto número de familias excluidas.

En la práctica, esto significa que las familias *titulares* del Oportunidades deben de cumplir con reglas de corresponsabilidad en el ámbito de la salud para recibir el apoyo monetario que proporciona el último, mientras las familias *no titulares* quedan circunscritas exclusivamente al ámbito de acción del IMSS-Oportunidades que sin embargo no cuenta con lineamientos “de corresponsabilidad” para implementar sus acciones de salud y prevención, ni con un apoyo monetario -claro está- para la población que atiende. Esta distinción –o “desarticulación”- entre los lineamientos de las dos instituciones –generada principalmente por la exclusión de hogares del Oportunidades- presenta obviamente confusiones y complicaciones en el ámbito de implementación de los dos programas, ya que además se manejan a nivel local por el mismo personal médico. Veremos en los siguientes capítulos qué significa esta diferenciación entre *titulares* y *no titulares* en la realización de las actividades del Oportunidades -vinculadas con el IMSS-Oportunidades- y los conflictos y las contradicciones que genera en la localidad.

Como mencionamos en el primer capítulo, la atención primaria de la salud hace énfasis no sólo en las dimensiones preventivas, sanitarias y de control en caso de personas ya enfermas (diabetes y tuberculosis en México) -es decir el paquete básico de servicios de salud- sino también en el aspecto de la participación comunitaria. El fundamento de ésta última, consiste en elegir a auxiliares de salud a nivel local, como lo refleja la estructura organizativa del programa del IMSS para la población rural-indígena que opera en base a este principio y con una estructura jerárquica. Las unidades médicas rurales (UMR) del IMSS-Oportunidades se conforman por un equipo médico que consiste en un médico pasante y dos enfermeras, mientras en las localidades de influencia (LAI) se eligen a auxiliares de salud. A la vez, este personal médico local está supervisado por la asesoría médica ubicada en Tuxtepec que obviamente sigue instrucciones de superiores, y así sucesivamente hasta llegar a la “cabeza” de esta organización jerárquica. De esta manera, el programa de IMSS-Oportunidades está estructurado piramidalmente, así como el programa Oportunidades ya que opera dentro de las estructuras del IMSS-Oportunidades e implementa “desde arriba” actividades preventivas en salud y nutrición que son obligatorias para recibir el apoyo monetario. Veremos más adelante lo que implica y significa a nivel local la

estructura piramidal y la participación comunitaria en la concretización de estos dos programas, considerando el vínculo contradictorio que los une.

Desde que la clínica en Arroyo de Banco inició sus actividades hace más de veinte años, siempre ha sido cubierta la plaza del médico pasante. En el periodo correspondiente de agosto 2002 a julio 2003, la clínica estuvo a cargo de un pasante de 23 años, originario del Estado de Oaxaca y proveniente de la Escuela de Medicina de la UNAM en la Ciudad de México. Por su parte, las dos enfermeras de la clínica en Arroyo de Banco son originarias de la localidad y hablan chinanteco y español. Esto representa una gran ventaja para la atención y capacitación de la población local; a menudo operan de traductoras en las consultas médicas y promueven la información sobre las actividades preventivas en chinanteco. La enfermera de base recibió una formación en enfermería de tres años para obtener finalmente el puesto en la unidad médica de su comunidad de origen cuando se inauguró en 1979. Así se acuerda de la clínica cuando abrió sus puertas:

“(...) No había todo el equipo médico, no. En la clínica nada más había un escritorio, estaba la estufa y el consultorio médico. Había unos medicamentos; todavía no había lo que abarca el cuadro básico de medicamentos.” (enfermera Luisa)⁵

La enfermera auxiliar, por su parte, empezó a trabajar a partir del año 1989 y recibió únicamente una capacitación de tres meses con el médico pasante en la clínica, después de haber cursado la secundaria fuera de la localidad. De allí en adelante siguió periódicamente, en conjunto con la otra enfermera, cursos de capacitación por parte de la asesoría médica del IMSS-Oportunidades; a veces cada seis meses o una vez al año *“(...) dependiendo cómo les llega allá el presupuesto a ellos, a los jefes.”* (enfermera Isabel)

Respecto a sus funciones, la enfermera auxiliar se acuerda como cambiaron sus actividades en el marco del IMSS población abierta con la entrada del programa de Oportunidades:

“(...) Cuando yo empecé a trabajar pues no era así porque no había el programa de Oportunidades. O sea, no había muchos trabajos pues. Ahorita que entró el programa es más trabajo que uno hace, realiza pues, porque ya tiene que atender a los grupos de las personas que están en el programa de Oportunidades: que hay

⁵ Todos los nombres citados de informantes son seudónimos.

que darles las pláticas, hay que programarles sus citas, sus citas médicas pues, para que acuden [sic] a la clínica.” (enfermera Isabel)

En la localidad de San Lucas, la entrada de los programas de salud gubernamentales, coincide, en la práctica, con el nombramiento del primer auxiliar de salud de San Lucas, en 1992, por parte del entonces IMSS-COPLAMAR. Aunque desde que se estableciera la clínica en Arroyo de Banco, la comunidad formaba parte del universo de trabajo de la misma, los médicos pasantes casi no visitaban a la población de San Lucas, por lo cual la información sobre las actividades preventivas y de saneamiento, tanto como su realización oportuna, solo tuvo impactos parciales y fragmentarios en los hogares. Así cuenta el auxiliar de salud que los médicos pasantes únicamente mandaban oficios que las autoridades firmaban para de esta manera confirmar la participación de la comunidad en las acciones promovidas por el programa. Al respecto, Stebbins destaca en su investigación sobre la clínica de IMSS-COPLAMAR en una comunidad chinanteca de la zona alta la deficiente implementación de los servicios preventivos, saneamiento ambiental, nutrición y educación, debida principalmente a la falta de preparación y/o interés por parte de los pasantes en promover dichas actividades entre la población rural-indígena (1986).

Coincido con Stebbins que el desempeño de los médicos pasantes juega un papel importante en la implementación de las actividades de atención primaria, así como la coordinación de su trabajo con las enfermeras y los auxiliares de salud, en el caso de comunidades como San Lucas que no cuentan con clínica en la localidad. Podemos adelantar aquí, que ciertamente con la introducción del Oportunidades la participación comunitaria queda bajo una luz distinta, debido a las reglas de corresponsabilidad de este programa, pero que aun así no dejan de influir significativamente las visitas del personal médico a las comunidades en la realización de las actividades promovidas. En este sentido, registré para el periodo 2002-2003 visitas regulares por parte del médico pasante que llegó mensualmente a San Lucas para dar pláticas educativas y/o realizar visitas “epidemiológicas” en los hogares.

El auxiliar de salud de la localidad recibió un adiestramiento rudimentario que abarcó la capacitación en primeros auxilios, la aplicación de sueros y vacunas, la atención de partos, la planificación familiar, la desnutrición y todas las demás dimensiones de salud que incluye el programa de IMSS-Oportunidades. En concordancia con los principios de la atención primaria, interviene sobre todo en el ámbito de la prevención a nivel comunitario, mientras que en la dimensión curativa maneja únicamente un maletín de primeros auxilios, y esto es, cuando hay a

disposición suficientes medicamentos en la clínica. Éstos últimos incluyen pastillas e inyecciones contra la gripa, tos, dolor muscular y de cabeza, calentura, sarna, diarrea (vida suero oral), parásitos, amibiasis y anticonceptivos en forma de pastillas e inyecciones. Tres veces al año los auxiliares de salud en la región tienen que asistir a cursos de capacitación por parte de la asesoría médica del IMSS-Oportunidades y, actualmente, los supervisores les exigen y hacen énfasis en la capacitación de las comunidades sobre la prueba del papanicolaou y la prevención del SIDA. Reciben un estímulo de 1050 pesos cada tres meses, que sin embargo se cancela si no participan en los cursos de capacitación programados.

En conjunto con el programa de saneamiento básico - que ha ayudado en el transcurso de las últimas dos décadas a disminuir considerablemente la incidencia de enfermedades gastrointestinales según los datos epidemiológicos de la unidad médica rural- se empezaron a realizar vacunaciones con más frecuencia y extensión a partir del establecimiento de la clínica, lo que tuvo un impacto importante en el mejoramiento de la salud, en la prevención de enfermedades tales como la tuberculosis, tétano, sarampión, difteria o hepatitis. Asimismo, entró con la clínica el programa de planificación familiar que por cierto recibió en conjunto con el saneamiento básico, el mayor énfasis en su aplicación por parte del personal médico y paramédico de la institución. Es en este contexto de las actividades de salud del IMSS población abierta - implementadas en ciertos hogares con más éxito, en muchos otros con menos, como veremos más adelante- que debemos de situar la entrada del programa Oportunidades a la zona.

La organización del Oportunidades en San Lucas

En el municipio de Valle Nacional las 44 comunidades han sido censadas para su incorporación al programa Oportunidades, así como la cabecera municipal. Las familias en San Lucas empezaron a percibir este apoyo por parte del gobierno a partir de 1999. Según el enlace del programa en Valle Nacional, “(...) *en las comunidades de alta marginación, como (...) San Lucas Arroyo Palomo, toda la comunidad entró al programa.*” No obstante, en el primer censo que se aplicó por parte del Oportunidades en la misma, sólo entraron un poco más de 2/3 partes de las familias, o sea, las que se encontraron en el momento del censo, porque “*este señor que hace el censo, llega de repente – uno está en el campo – es por eso que uno no está en el programa. Así pasó con esa gente que no está ahora porque salieron a trabajar,*” comenta Petra,

una madre de familia. Ella apenas entró al programa en el segundo levantamiento del censo en 2001, cuando ya se integraron a casi todos los hogares de la 1/3 parte faltante. Actualmente siguen siete familias excluidas del programa por no haber sido censadas y un maestro rural señala al respecto: “*Se brincan casas; no todos tienen el programa*”, indicando una suerte de selección de hogares al azar.

El Oportunidades abarca a 86 titulares entre San Lucas y su anexo Santo Domingo. Las beneficiarias del anexo forman parte del grupo de beneficiarias de San Lucas y acuden a las pláticas educativas y citas médicas con ellas, en el salón ejidal de la localidad. Además, remontan a 15 las madres de familia que no son titulares del programa porque comparten el hogar con otra madre de familia, que en general es la suegra, y, por lo tanto, no pueden recibir el apoyo. Sin embargo, el programa Oportunidades las considera -indirectamente- beneficiadas. El auxiliar operativo de la oficina regional de Oportunidades en Chiltepec confirma que el programa no entrega dos apoyos para alimentación a madres de familia que viven en el mismo hogar. No obstante, en la práctica, a nivel comunitario, este lineamiento resulta confuso, ya que en dos viviendas se recibe el recurso doble, mientras, por ejemplo, en otro caso, no quisieron integrar a una madre de familia al programa por vivir con su suegra: “*Si quiere ver estoy en mi casa*”, le comentó la señora hace dos años al operador del levantamiento del censo, afirmando tener casa propia, pero no tuvo éxito. Por su parte, otra de las señoras con casa propia que no percibe el apoyo de Oportunidades señala no querer incorporarse porque cuesta mucho trabajo realizar todas las actividades que implica participar en él. Las demás no titulares del programa se han reunido para ir a reivindicar su inclusión ante el médico pasante de la clínica en Arroyo de Banco pero de allí no se desprendió ninguna acción concreta para su incorporación. Esta exclusión de hogares igualmente necesitados a nivel local, tanto como la entrega doble del recurso para alimentación puede ser causa de conflictos y divisiones sociales, ya que crea resentimientos, envidias y hasta una mayor estratificación social entre las familias campesinas de una misma localidad.

El auxiliar de salud nombrado en 1992 y una segunda auxiliar que fue elegida en el 2000, están a cargo de llevar a cabo las actividades del programa Oportunidades en su vertiente de salud y nutrición, además de cumplir con sus tareas dentro del IMSS-Oportunidades, que –como mencionamos arriba- a menudo se sobreponen con las acciones del primero pero incluyen además a las familias no titulares del programa Oportunidades. Representando una dimensión nueva en el

ámbito de la prevención, y a diferencia del IMSS población abierta, los auxiliares de salud están ahora a cargo de dar las pláticas educativas y citas médicas obligatorias en el marco del Oportunidades, así como de la entrega del suplemento alimenticio. Por lo mismo, en acuerdo con la enfermera en la clínica, el auxiliar de salud, Manuel, señala que ahora tiene más trabajo:

“(...) Porque antes, cuando yo trabajaba con el programa IMSS-Solidaridad, yo no daba pláticas, o sea, las familias no venían a las pláticas. De hecho tenían la obligación de hacer todas las letrinas, hervir el agua, pero no venir a las pláticas porque no recibían ningún apoyo pues.” (auxiliar Manuel)

Asimismo, la auxiliar de salud, Rebeca, menciona una importante carga de trabajo con el programa de Oportunidades, ya que tienen que entregar periódicamente informes en la clínica: *“(...) cuando hay mucho que hacer a veces no me da tiempo (...), tengo que estar en casa, tengo que hacer mis papeles (...), es mucho lo que hay que hacer.”*

Hasta fin del año 2002, operaba en la comunidad una promotora, titular del programa Oportunidades. Este cargo se transformó a principios del 2003, en tres nuevas funciones: vocal de salud, vocal de educación y vocal de control y vigilancia. La promotora estuvo en su cargo durante casi tres años y recibió un curso de un día para conocer sus funciones. Estas consistieron principalmente en apoyar a los auxiliares de salud en implementar las actividades del Oportunidades en las dimensiones de la vigilancia epidemiológica, cita médica obligatoria, distribución del suplemento alimenticio y el llenar los formatos respectivos. Además, estaba a cargo de recibir la nómina de las titulares en la cabecera municipal y el día del cobro tenía que estar al pendiente de que las titulares recibían el monto adecuado de su apoyo. Incluso, tenía la función de tesorera porque administraba la “cooperación” de las titulares para las salidas de los auxiliares de salud, que tienen que entregar periódicamente los formatos de Oportunidades en la clínica en Arroyo de Banco, y preparaba las comidas para el médico cuando llegaba a dar plática en la localidad.

Las tareas de los tres nuevos cargos –que constituyen según reglamento del Oportunidades el “Comité de Promoción Comunitario”- no resultaron claras en el momento de la investigación de campo en 2003, ya que las vocales todavía no habían recibido la información completa respecto a sus tareas. Asimismo, no se había articulado claramente su vínculo con el trabajo de los dos auxiliares. Según el auxiliar, la función de la vocal de salud consistirá en controlar que se hierva el agua en las casas y que haya letrinas limpias. La vocal de educación, por su parte, piensa que va a tener que controlar si los niños usan huaraches y si van limpios a la

escuela. En una plática la enfermera aclara que la función de esta vocal será más bien estar al pendiente de la asistencia de los niños y si no llega una beca de un niño, tener que resolver el caso con el director de la escuela. También va a tener que apoyar a las titulares en el momento de la inscripción al año escolar, para que los niños queden registrados y puedan recibir la beca. La vocal de salud, por su parte, tendrá que vigilar, según la enfermera, la consulta médica y ver quien tiene faltas por no acudir con el médico, además de apoyar a los auxiliares en el manejo de los formatos y sus demás actividades. Por su lado, la vocal de control y vigilancia retomó en parte las funciones de la promotora anterior, ya que se encarga de recoger la nómina, pasar lista el día del cobro en el palacio municipal y preparar la comida para el médico el día que da la plática en la comunidad, además de tener la función de tesorera.

En adición a las tres vocales, se nombraron a seis titulares que revisarán periódicamente las casas para reportar si se siguen las medidas higiénicas y de saneamiento básico; son tres señoras para San Lucas y tres para Santo Domingo. Este cargo voluntario implica llenar dos formatos para el programa, lo que de entrada causa dificultades ya que muchas mujeres en la localidad no están acostumbradas a manejar este tipo de información escrita. Además, para las vocales resulta incómodo tener que supervisar las casas de sus vecinas y parientes, por lo cual las titulares en general no aceptan fácilmente este tipo de cargos.

El incremento de cargos a nivel local por parte del Oportunidades tiene múltiples implicaciones. Desde la perspectiva del programa, se planteó para dividir la carga de trabajo entre más personas y para agilizar los trámites referentes al mismo. Pero a la vez, señala un mayor control sobre las beneficiarias, ya que ahora se delegó responsabilidad a personas adicionales para llevar a cabo, por ejemplo, las visitas domiciliarias para revisar si se cumplen las actividades del saneamiento básico. No obstante, el incremento de funciones significa en primer instancia la reorganización de las tareas respectivas que apenas se está planteando, tanto como un nuevo acomodo de las relaciones de poder entre los actores involucrados a nivel comunitario en la aplicación del programa e, idealmente, el equilibrio en la carga de trabajo. Pero sabemos que la realidad es mucho más compleja y desde que se nombraron a las tres vocales en la localidad, podemos percibir las dificultades y complicaciones que implica el incremento de funciones. Por un lado, la participación en los cargos no es igualitaria, lo que parcialmente tiene que ver con la deficiente información sobre el contenido de cada cargo y el rechazo en cumplir con el mismo, lo que llega a crear tensiones entre los actores involucrados. Por otro lado, esta reestructuración

requiere de un encargado a nivel comunitario para que se realicen las diversas actividades (revisar las casas, llenar los formatos correspondientes etc.) y para coordinarlas, lo que quedaría probablemente en manos del auxiliar de salud, ya que tiene más experiencia con los programas de salud oficiales. Esto, a la vez, concentraría más trabajo, responsabilidad y poder en sus manos. De esta manera podemos percibir que el incremento de funciones por parte del Oportunidades a nivel local es un proceso lento y complejo, donde se tienen que definir y negociar las tareas en búsqueda del consenso entre las titulares y los encargados del programa a nivel local, a la luz de intereses personales, tanto como de relaciones sociales a veces - de antemano - armoniosas y a veces conflictivas.

A nivel municipal, opera en la cabecera Valle Nacional el enlace del Oportunidades, cuya plaza está integrada a la estructura del DIF. Su mayor función es crear el vínculo entre el programa y las familias titulares de las comunidades. Cuando vienen, por ejemplo, las brigadas del programa a nombrar los comités de promoción comunitaria o a recertificar a las familias beneficiarias, la encargada los acompaña a las comunidades. Se encarga igualmente de todos los asuntos burocráticos, como la entrega de la nómina a las titulares y la indicación de la fecha del cobro y distribuye los formatos de inscripción escolar o de salud. Asimismo, apoya a los auxiliares de salud en su trabajo, *“(...) porque a veces piensan [las titulares] que lo que dice la auxiliar de salud es mentira, entonces yo voy a las comunidades a decirles que no, que todo lo que les dan en las pláticas de salud es beneficio para ellos (...).”* (enlace Julia). Este comentario de la licenciada nos señala que cuando problemas relacionados con el programa rebasan la capacidad de resolución al interior de la comunidad, es necesaria la intervención de un mediador externo y con una posición de poder en cierto modo superior a la de los auxiliares de salud. A la vez, destaca entre esas palabras cierta resistencia por parte de las titulares frente a las actividades del programa, que se refleja a nivel comunitario en los desacuerdos que existen a menudo entre las beneficiarias y los encargados de llevar a cabo las acciones de salud y saneamiento, como veremos con más detalle en los capítulos posteriores.

En la dimensión regional, está operando desde principios de 2003 una oficina del programa en el municipio de Chiltepec, a 1:45 horas de San Lucas, en la carretera hacia Tuxtepec. Se abrieron estas oficinas regionales con el propósito de flexibilizar y facilitar los trámites que requieran hacer las familias beneficiarias respecto al programa; antes tenían que

viajar hasta Oaxaca. En Chiltepec realizan trámites como el cambio de titular, por ejemplo por fallecimiento de la misma, levantan constancias si una titular no puede ir a cobrar su apoyo por discapacidad u otras razones, reciben denuncias por abusos de poder, por ejemplo por parte del personal médico o de los auxiliares de salud y tratan los asuntos relacionados al cobro regular de la beca, entre otros trámites burocráticos. Las oficinas regionales del programa funcionan en cooperación con los enlaces a nivel municipal y por medio de los últimos se transmite información entre las familias beneficiarias y los funcionarios del Oportunidades.

Las mujeres y los cargos de Oportunidades

La focalización del programa Oportunidades hacia las mujeres implica –como pudimos entrever arriba- el nombramiento de varias titulares para ocupar los cargos que requiere el último. Es a partir de la introducción del Oportunidades en 1999 y simultáneamente por la migración de los padres de familia –en consecuencia a la intensificación de la crisis del café- que la participación femenina en el ámbito público empieza a incrementar, notablemente en cargos relacionados con la educación, salud o religión, mientras que, por ejemplo, hasta la fecha no se ha aceptado a las esposas de migrantes en las asambleas ejidales ni de la agencia municipal. De esta manera, las mujeres son nombradas a menudo en cargos que no pasan “*por el filtro de la obligatoriedad (...) relacionados con la salud y la educación, precisamente los campos de mayor incidencia de las políticas del gobierno trazadas para las mujeres*” (Velásquez Cepeda, 2003: 25-26), como es el caso del programa Oportunidades. En este sentido, pude percibir en base a diversos testimonios, que los hombres en la localidad le conceden al Oportunidades un estatus fuera del ámbito de la organización comunitaria, como una suerte de “asunto de mujeres”, donde ellos -y por lo tanto la estructura comunal- prácticamente no intervienen. Es obvio que esta percepción en el fondo tiene un fuerte vínculo con las estrategias de implementación del mismo Oportunidades que hacen, por un lado, caso omiso de la organización comunitaria y, por otro, excluyen en gran medida a la población masculina. En este contexto, también hay que señalar que los hombres históricamente han estado excluidos del trabajo voluntario en salud y a menudo solamente cuando se presentan recursos económicos de por medio se incluyen. Entonces, a la luz del apoyo monetario que concede el Oportunidades, sería interesante reflexionar en futuros

estudios sobre cómo se maneja el recurso al interior del hogar y si realmente empodera a las mujeres el hecho de cobrar las becas o si finalmente deciden los hombres sobre cómo gastarlo.

A pesar de que las actividades del Oportunidades son entonces en gran parte un asunto circunscrito al ámbito femenino, esto no significa implícitamente que los hombres estén de acuerdo con la ocupación de cargos por parte de las mujeres. Este rechazo por parte de algunos esposos está ligado con la posición tradicionalmente ocupada por las mujeres en las culturas patriarcales indígenas, es decir en el ámbito de lo privado (Bonfil Sánchez, 2003: 11). Así observamos en la localidad, que el nombramiento de madres de familia a cargos del programa ha llegado a crear tensiones al interior de los hogares de las personas concernidas, donde las situaciones conflictivas están precisamente vinculadas a la división del trabajo, donde la mujer cumple con las tareas relacionadas al hogar (*caso 1*) y también al control - que el hombre no está dispuesto a perder - sobre las actividades y movimientos de la mujer (*caso 2*). Es con el incremento de funciones, a partir de la reciente elección de las tres vocales, que la discusión sobre la ocupación de cargos por mujeres, en el contexto del programa Oportunidades, se ha intensificado nuevamente.

Caso 1

La ex-promotora de Oportunidades, Sofía, cumplió con su cargo durante dos años con ocho meses. Sin embargo, tuvo que renunciar antes de los tres años, término estipulado por el programa, porque sus responsabilidades dentro del cargo ya no encajaban con las expectativas de su esposo en relación con las actividades hogareñas. Concretamente, su marido consideró que la carga de trabajo era excesiva y no iba en acuerdo con los tiempos y las funciones en la casa, es decir, atender a los hijos, preparar la comida y todo lo que implica el quehacer. Así, lo relata Sofía: “A él no le gusta que yo trabaje porque tengo chamaca en la escuela; no da tiempo porque mis hijos salen temprano... porque temprano tengo que ayudar a asistencia (auxiliares de salud) a pesar los niños y por eso no da tiempo y por eso me salí.”

Caso 2

La recién nombrada vocal de salud no quiso aceptar el cargo y su rechazo tiene que ver, en parte, con el hecho de que su marido –migrante en Estados Unidos– le prohíbe “*andar sola*”. El cargo de la vocal implicaría algunas salidas a Valle Nacional y/o a la clínica en Arroyo de Banco, tanto como realizar visitas domiciliarias en la comunidad, lo cual crearía en este caso tensiones en la relación entre los esposos.

El primer cargo ocupado por una mujer en relación con el IMSS población abierta y a la vez con el Oportunidades se refiere a la auxiliar de salud que fue nombrada en el 2000. En este caso, suponemos que su nombramiento está vinculado estrechamente con el hecho de que es soltera, tiene más de treinta años y no tiene hijos. Por lo mismo, las funciones que ocupa la auxiliar dentro del cargo no crean demasiadas contradicciones con sus actividades en el hogar. En la dimensión de los cargos referentes a los auxiliares de salud, es importante mencionar aquí, que estos pueden ser ocupados por hombres, ya que su nombramiento se hace por parte de la institución del IMSS población abierta y no directamente por el Oportunidades. Así vemos en San Lucas, que el segundo auxiliar – con más de 10 años en el cargo - es hombre, lo que resulta tener implicaciones muy importantes en las relaciones de poder, incluyendo de género, en el contexto de la operación del programa en la comunidad. Tanto el hecho de que es hombre, como su antigüedad y experiencia dentro del cargo, le han permitido ocupar una posición dominante, no sólo frente a las demás encargadas de llevar a cabo las actividades del programa a nivel local, sino también frente a las titulares del último.

En el actual caso de las tres vocales directamente nombradas por el programa Oportunidades, ninguna de ellas quiso el cargo y con resignación en sus voces, comentan que “*ni modo*”, “*no me quise negar*” o “*qué le va a hacer uno*”. Este rechazo hacia la ocupación de cargos no sólo está ligado a la percepción a nivel comunitario del ámbito tradicionalmente conferido a las mujeres; es decir, el hogar. También tiene que ver con la carga de trabajo adicional que significa para las mismas titulares, que de por sí ya vieron incrementadas sus responsabilidades y actividades desde la introducción del Oportunidades, al interior del hogar y por la asistencia a las pláticas educativas y reuniones. De este modo, nos señala también Velásquez Cepeda que la participación de las mujeres en ese tipo de cargos es a menudo involuntaria y además “pasiva”, ya que las decisiones finalmente se toman al exterior de la comunidad (2003: 27). Además, en la ocupación de cargos, no son de menospreciar los posibles desacuerdos que puede implicar con miembros de la comunidad y los gastos económicos a veces considerables, para el transporte, por ejemplo. Tener cargo dentro del Oportunidades significa no sólo *orientar* a las familias beneficiarias, sino también *vigilarlas* en la realización adecuada de las actividades indicadas por el programa para reportar posibles faltas. A escala comunitaria, esto significa a menudo llevar un control sobre los propios vecinos y/o familiares, tarea delicada y fuente de conflictos potenciales. Tomando en cuenta todas estas dimensiones y el hecho de que el

Oportunidades no concede ningún tipo de remuneración para el trabajo realizado, es comprensible la renuencia hacia la ocupación de cargos en la comunidad. En general, ningún cargo comunitario incluye sueldo y tanto la población masculina como femenina muestra cierta resistencia en aceptar ocuparlos.

“Ese dinero que ganamos, nomás lo entregamos a ella”: la cooperación

En el marco del programa Oportunidades, se maneja a nivel comunitario una cooperación por parte de las titulares, destinada, en el caso de San Lucas, principalmente a las salidas (transporte y comida) de los dos auxiliares de salud a la clínica en Arroyo de Banco, donde periódicamente tienen que entregar reportes relacionados con el programa de Oportunidades. Nos interesa analizar esta dimensión del programa aquí, porque nos permite ilustrar a partir de diferentes posturas e intereses que están en juego en el cobro de la cooperación, el vínculo y las contradicciones entre el Oportunidades y el IMSS-Oportunidades fuera del ámbito de salud que tratamos en los capítulos siguientes.

En los lineamientos del Oportunidades el manejo de la cooperación en cuestión no se menciona, como lo señala el enlace Julia en Valle Nacional: *“Eso [la cooperación] es independiente porque Oportunidades no maneja dinero. Lo que pasa es que estos son los malos hábitos.”* Pero en realidad, el programa ya tiene contemplado desde 2003, aunque a muy grandes rasgos, esta dimensión dentro de las funciones de la vocal de control y vigilancia: *“Su tarea es vigilar el manejo transparente de los recursos que se captan en el comité.”* (Reglamento Interno de los Comités de Promoción Comunitaria). El programa, sin embargo no fija ninguna cuota determinada en lo que concierne la cooperación y cada comunidad llega a acuerdos propios, establecidos entre titulares y auxiliares de salud. En el caso de San Lucas, el acta vigente actualmente, respecto a la cooperación, se consolidó con la presencia del supervisor de la asesoría médica del IMSS-Oportunidades y remonta al 1% del apoyo monetario que recibe la titular más cinco pesos por ser titular.

Comentan en la localidad que ha habido mucha discusión en lo referente a la cooperación y, en un principio, consistía en 10 pesos mensuales por titular y cinco pesos por hijo con beca de Oportunidades. De hecho, los abusos por cobrar cooperaciones excesivas, han sido reportados ya con mucha frecuencia, tanto en la oficina regional del programa, como con el enlace de la

cabecera municipal. Así nos comenta el auxiliar operativo, Rogelio, de la oficina regional en Chiltepec: “*Muchas veces las vocales se toman papeles que no les corresponden, o sea, pedir cooperaciones por cualquier cosa (...). Ellas dicen, no pues coopérenme de a 20 pesos, entonces de a 20 por 30 [titulares] pues ya es algo.*”

En el mismo tono, Julia nos cuenta como tuvo que intervenir en un arreglo respecto a la cooperación:

“En una localidad las que cobraban más, les cobraban 56 pesos y a las que cobraban menos cinco pesos, entonces yo les dije quién pone esta tarifa porque Oportunidades dice que no se debe de pagar, que todo es gratuito (...). Entonces de esta manera tuve yo que intervenir para que pudieran ser más bajas [las tarifas].” (enlace Julia)

El debate en San Lucas sobre el último acuerdo referente a la cooperación, resurgió en una plática de Oportunidades impartida por una promotora de Oaxaca en mayo de 2003. En el caso 3 describimos esta intervención de la promotora del programa en lo referente a la cooperación y lo que desencadenó.

Caso 3

Durante la plática la promotora exclama con seguridad: “*queremos venir a limpiar*”, para que ya no se cobren cantidades excesivas de cooperación. Opina que el 1% es demasiado y propone que todas las titulares deberían de contribuir la misma suma. Esta propuesta causó mucho debate en el marco de la plática pero no se llegó a un nuevo acuerdo y la promotora prefirió cambiar de temática y no involucrarse en una votación sobre el asunto. En la plática mensual de Oportunidades el médico de la clínica puso un término a la discusión, insistiendo que se mantuviera la cooperación como fue acordada en el acta con presencia del asesor médico de IMSS-Oportunidades. Asimismo, el auxiliar de salud iteró en que no se modificara el acuerdo, visiblemente preocupado por una reducción del “apoyo” para sus pasajes a la clínica.

Con este ejemplo, queda manifiesta la desarticulación entre el discurso por parte de los promotores externos a la comunidad del Oportunidades y el manejo del programa a cargo del personal médico de la clínica de IMSS-Oportunidades. Este desajuste, a la vez, se debe a la diferencia entre la *teoría* que manejan dichos promotores en las pláticas y la *práctica* que aplica el personal médico, tanto como a la falta de comunicación interinstitucional que llevó en este caso a una serie de confusiones a nivel comunitario. Sin embargo, la misma cercanía del personal médico con la población beneficiaria del programa, incrementa también el poder que llega a ejercer sobre ella, defendiendo intereses gremiales, en este caso, el mantenimiento de la

cooperación para los auxiliares de salud, donde las palabras del médico tuvieron un peso importante. Por su parte, el enlace en la cabecera, como vimos, también entra a veces a la negociación respecto a la cooperación, en calidad de intermediario “externo” entre el personal médico y las vocales frente a las titulares.⁶ Sin embargo, estas intervenciones de los enlaces –en el mismo sentido que la intervención de la promotora de Oaxaca- corren a veces el peligro de alimentar los conflictos, más que de ayudar a resolverlos.

Frente a las contradicciones entre las pretensiones de poder por parte del personal médico respecto a las decisiones sobre la cooperación y las reivindicaciones del personal de Oportunidades, a que no se cobre de manera excesiva, las titulares se ubican en una posición que les permite cierta flexibilidad. Me refiero a un espacio de resistencia y negociación frente a los abusos de poder, que se refleja, por ejemplo, en el no pago de la cooperación, en el chisme, en la denuncia o en la discusión y el debate con los auxiliares de salud en el marco de las reuniones y pláticas educativas. Queremos especificar aquí el papel del chisme como forma de control social relevante en referencia a posibles abusos por parte de los auxiliares de salud o las vocales respecto al manejo de la cooperación (*caso 4*).

Caso 4

En una ocasión, hubo pleito entre la vocal de control y vigilancia y la auxiliar de salud que se quejó de la no entrega del recurso de la cooperación para sus salidas, mientras la vocal negaba la acusación. El chisme al respecto –a favor de una o la otra- se hizo tan notorio que fue necesario convocar a una reunión con todas las titulares para resolver el problema. La propuesta para solucionar el mismo conflicto consistió en elegir a una segunda tesorera, únicamente encargada de la cooperación del grupo de titulares de la auxiliar mujer, mientras que la vocal de control y vigilancia nombrada por el programa se quedaría como tesorera del otro grupo, a cargo del auxiliar de salud Manuel.

Este conflicto, agudizado por el chisme a favor de la auxiliar de salud o de la vocal, llevó a una mayor fragmentación de los cargos establecidos por el programa de Oportunidades, lo cual significó -aunque en menor medida- una mayor división entre las titulares, ya existente por la formación de dos grupos para las pláticas educativas. A la vez, este ejemplo ilustra nuevamente tanto intereses como “desafinidades” personales que dan al manejo y la implementación del

⁶ En algunas comunidades la cooperación concierne también a las vocales del programa, mientras en San Lucas ellas no perciben ningún apoyo para sus pasajes.

programa a nivel local un carácter único, cuyos patrones no obstante llegan a parecerse en las comunidades de la zona, ya que en este caso el debate alrededor de la cooperación ha sido generalizado.

Los otros recursos de salud

En conjunto con los servicios y programas oficiales de salud proporcionados en la zona por parte del IMSS-Oportunidades, la SSA y el Oportunidades, encontramos en Valle Nacional un tercer recurso por parte del gobierno que empezó a funcionar desde el 2002 dentro de las estructuras del DIF municipal. Se trata de un consultorio médico que promueve atención general a un costo de 40 pesos y medicamentos gratuitos, según la situación económica de los pacientes, que en su mayoría acuden de las comunidades circunvecinas. Por su parte, operan en la cabecera municipal ocho médicos generales particulares, de los cuáles cinco son propietarios de farmacias, un pediatra, cuatro odontólogos y dos farmacias independientes que son a la vez las más antiguas de Valle Nacional. Éstas últimas empezaron sus actividades a principios de los años cincuenta del siglo XX, cuando se estableció también el primer médico en la cabecera municipal.

Por su parte, dirigiéndonos desde la cabecera municipal hacia la comunidad de San Lucas, encontramos en la localidad de Arroyo de Banco a dos médicos particulares. El primero, con más de 20 años trabajando con la población de la zona, es originario de Santiago Tlatepusco, localidad chinanteca del municipio de Usila, y llega por temporadas a dar consulta. Los lugareños aprecian mucho su presencia y el hecho de que hable la misma variante del chinanteco inspira confianza en los pacientes que lo buscan frecuentemente. En el transcurso de los años ha efectuado no sólo una labor médica importante en la zona, sino también preventiva, en base a orientaciones individuales sobre vacunaciones, nutrición, planificación familiar y alcoholismo, entre otras temáticas. El segundo médico, que habla únicamente español, absolvió su año de pasante en la clínica en 2001 y decidió quedarse un año adicional en la localidad a dar consulta de manera privada. Los dos doctores tienen a disposición lo más indispensable, es decir antibióticos y vitaminas, un aparato para tomar la presión y material para la atención de parto y suturas.

Si seguimos de Arroyo de Banco a San Lucas cambia el panorama respecto a los recursos de salud disponibles ya que no existe clínica, ni médico, ni farmacia en la localidad. No obstante,

hay un señor que vende medicinas desde hace muchos años, contra los malestares más comunes como la calentura, diarreas, dolor, gripa, reuma y también oxitóxicos para precipitar el parto. Aprendió sobre los medicamentos con el diccionario farmacéutico: “*Él tiene un libro grande de medicinas y allí busca la enfermedad*”, comenta Sandra respecto a la atención médica de emergencia con el señor. Además sabe aplicar inyecciones y sueros que tiene a disposición casi siempre.

En una dimensión distinta a la medicina alópata, hallamos tanto en San Lucas como en toda la región una serie de recursos de salud circunscrita a la medicina tradicional o popular, que abarca desde las parteras hasta los curanderos los cuales a menudo son hierberos y culebreros simultáneamente y/o hueseros. Actualmente, se reconocen en la localidad a dos parteras que hablan únicamente chinanteco, una anciana que por su edad ya casi no atiende partos, y otra madre de familia de 37 años que practica sólo desde hace dos años, por lo cual todavía no tiene amplio reconocimiento por parte de las señoras en la localidad. Curanderos hay tres en San Lucas: Francisco, el más grande, tiene 70 años y cayó enfermo de parálisis este año, por lo cual ya no puede ejercer seguido su función. Habla poco español y vive con su esposa y sus biznietos. Antonio, de 62 años de edad, es viudo, vive con uno de sus hijos en una casa muy humilde, sin paredes, habla únicamente chinanteco y es muy reconocido para curar el piquete de víbora. El tercero, Pablo, tiene 56 años, es viudo, comparte un solar con varios de sus hijos y habla chinanteco y español. Las dimensiones de la enfermedad más comunes que atienden a partir de elementos mágico-rituales y plantas medicinales, van desde el susto, problemas interpersonales, envidia y maldad, hasta la diarrea, el ataque epiléptico, el “nervio”, “el antojo” y el piquete de víbora.

Hueseros se reconocen a dos en San Lucas, una madre de familia de 67 años que habla sólo chinanteco y un padre de familia de 52, casado y bilingüe. Destaca en su labor, la condición de curarse una fractura en el propio cuerpo antes de poder ejercer su oficio, así como el uso de una oración específica y secreta en el momento de tallar al paciente, donde “*no se pueden repetir las palabras más de tres veces porque sino se puede fracturar uno...*”, comenta el huesero de la localidad. En todas las dimensiones de atención con médicos tradicionales o populares, es muy común que la población de San Lucas recurra a estos distintos especialistas no sólo a nivel local sino también en las localidades vecinas, como Arroyo de Banco, San Mateo Yetla, Valle Nacional, Cerro Marín y Chinantlilla, entre otras.

Perfil epidemiológico

La morbilidad general

Las enfermedades transmisibles más comunes para la zona - conforme a los datos epidemiológicos de la clínica en Arroyo de Banco – son las infecciones de las vías respiratorias y las infecciones gastrointestinales (*cuadro 1*).⁷ La fuerte incidencia de las primeras está relacionada con las importantes variaciones de temperatura, característica del clima tropical en esta zona montañosa. Además, y en relación con estos cambios de temperatura, llegan a incrementar este tipo de enfermedades los frecuentes baños en los arroyos y por su parte, la falta de prevención en abrigarse, no mojarse bajo la lluvia, etc. La frecuencia de las infecciones gastrointestinales está más que nada relacionada con el saneamiento insuficiente y la falta de higiene. Desde los primeros registros archivados y disponibles en la clínica en Arroyo de Banco en 1983 hasta la fecha⁸, podemos observar que las cinco principales enfermedades transmisibles siguen siendo las mismas. De hecho, no se ha modificado tampoco significativamente el orden de importancia de estas enfermedades. Para 1983 y 2001, las infecciones de la vías respiratorias y la amigdalitis se disputan el primer lugar, seguidas por las tres enfermedades gastrointestinales diferenciadas en el *cuadro 1*. Para 1990 podemos observar la sustitución de la amigdalitis por la ascariasis que toma el segundo lugar de importancia después de las infecciones de las vías respiratorias.

Lo que sin embargo destaca en las tasas de incidencia de las enfermedades transmisibles en la zona, es una disminución considerable del número de enfermos tratados en la clínica. Mientras en años anteriores llegaban entre 40 y 50 pacientes diario –se acuerda la enfermera Luisa- actualmente sólo acuden a consulta entre 8 y 15 personas al día. Suponemos que este decremento, en el caso de las infecciones gastrointestinales, tiene que ver con la implementación progresiva del saneamiento básico y las medidas higiénicas desde el establecimiento de la clínica en la zona y del programa Oportunidades posteriormente, como lo señala la enfermera Luisa: “(...) *Ya están capacitadas las señoras por el programa Oportunidades, casi ya no se enferman*

⁷ En lo siguiente habrá que tomar en cuenta que los datos epidemiológicos que recopilé en la Unidad Médica Rural de Arroyo de Banco son parciales y en población pequeña, por lo cual no tienen un alcance analítico amplio.

⁸ Tomamos el año 2001 como referencia por la mayor información epidemiológica disponible; no se presentan cambios significativos en la morbilidad con el año 2002.

mucho los niños.” A la vez, la disminución en las visitas a la clínica por enfermedades diarreicas también puede estar relacionado con el desabasto de medicamentos, la ausencia del personal médico, y a veces al “regaño” por parte del mismo por no seguir las medidas higiénicas, por lo cual la gente recurre a médicos particulares o a las farmacias. En el caso de las infecciones de las vías respiratorias pude observar durante mi estancia en San Lucas que siguen teniendo una muy fuerte incidencia, pero a menudo se tratan y curan a nivel doméstico con medicamentos que se consiguen actualmente en las tienditas de la comunidad o en las farmacias en Valle Nacional.

Cuadro 1.

Los 5 principales padecimientos transmisibles 1983-1990-2001 en la zona de San Lucas Arroyo Palomo (tasas anuales)

Padecimientos	1983		1990		2001	
	Posición	Tasa*	Posición	Tasa*	Posición	Tasa*
Amigdalitis	1	1303.3	4	268.3	2	219.5
Infecciones vías respiratorias	2	1092.9	1	1614.1	1	566.6
Enteritis y gastroenteritis	3	748.1	3	323.7	3	82.7
Amibiasis intestinal	4	654.6	5	161.8	4	60.4
Ascariasis	5	397.4	2	332.2	5	15.9

*Tasa x 10.000 habitantes.

Fuente: UMR Arroyo de Banco, Valle Nacional, Oaxaca: *Rotafolios de información y evaluación, 1983, 1990, 2001.*

En San Lucas pudimos igualmente notar el predominio de las infecciones de las vías respiratorias en un periodo determinado del año que se refiere al mes de junio del 2003 y que coincide con el inicio de la temporada de lluvias. De los 30 hogares donde aplicamos la encuesta epidemiológica socio-cultural⁹, 25 presentaron casos de enfermedad en las dos semanas previas a la encuesta. En estos hogares, seleccionados por azar, registramos 26 casos de enfermedades clasificados por la población como “gripa”, con sus respectivos síntomas (*cuadro 2*) y cuatro que entran igualmente bajo la categoría de infecciones de las vías respiratorias o amigdalitis, nombradas como “tos”, “papera” y “dolor de garganta”. Mientras, se presentó sólo un caso de

⁹ Para realizar esta encuesta me apoyé en un texto de Pedersen et al. donde se presenta el método epidemiológico socio-cultural como “una nueva corriente interdisciplinaria que combina el método epidemiológico con los de las ciencias sociales y de la antropología (...) y por la que se intenta valorar y medir la influencia cultural en la aparición y distribución de la enfermedad.” (1982: 275).

infección gastrointestinal (“disentería”). Además, se mencionaron 3 casos de “calentura”, sin que se manifestaran otros síntomas. Asimismo, registramos en base a fuentes orales, la importancia en décadas anteriores de enfermedades transmisibles tales como la tuberculosis, neumonía, dengue-hemorragia y recientemente se presentaron unos casos de hepatitis B en niños. La viruela, también llamada “popoche” en la zona, sigue siendo muy común; se da por temporadas y se calma a partir de baños con la hoja del árbol de la mulata.

Cuadro 2.



Consideremos ahora las 5 principales enfermedades no transmisibles que se han presentado en la zona de San Lucas a partir de su registro en la clínica de Arroyo de Banco para los mismos años 1983-1990-2001 (*cuadro 3*). Para este tipo de enfermedades podemos observar diferencias no sólo en el orden de importancia de las mismas, sino también la sustitución de unos padecimientos por otros, según su presencia por año. Así, la comparación de los datos por años nos indica que este tipo de padecimientos es sujeto a variaciones de un año a otro, donde un padecimiento aparece para un año y al siguiente ya no tiene relevancia.

Lo que podemos destacar aquí, es la frecuencia en la aparición de la anemia que para 1983 y 1990 se presentó como la enfermedad no transmisible más común, mientras que para el 2001 su incidencia no fue muy significativa (de una tasa de 233.7 y 204.4 por 10.000 habitantes a una tasa de sólo 22.2). Asimismo, los casos de gastritis han sido menos significativos en los últimos años. Otro dato que nos interesa resaltar aquí, es la importancia de las infecciones de la vías urinarias en el 2001 que para los otros dos años no se registraron. Es probable, sin embargo, que este tipo de infecciones siempre ha sido relativamente importante en la zona pero que sólo a

partir de las visualizaciones en el contexto de la prueba del papanicolaou se hayan empezado a detectar, como señala el médico pasante de la clínica. Por su parte, tanto las heridas y contusiones, como las dorsopatías son frecuentes en la región por el duro trabajo que realizan las familias campesinas (rozar y tumbar, cargar leña etc.). La fuerte incidencia de traumatismos sólo se registró para 1983 y el año siguiente, mientras después ya no tuvo relevancia, así que debe de estar relacionado con eventos ocurridos en esos años que no tenemos registrados. Lo mismo sucede con el registro de los trastornos menstruales, donde se presentaron varios casos para 1990 pero no para los otros años. Sin embargo, hemos observado que sigue siendo un padecimiento relativamente importante en la zona pero que se trata más frecuentemente con las parteras.

Cuadro 3.

Los 5 principales padecimientos no transmisibles 1983-1990-2001 en la zona de San Lucas Arroyo Palomo (tasas anuales)

Padecimientos	1983		1990		2001	
	Posición	Tasa*	Posición	Tasa*	Posición	Tasa*
Anemias	1	233.7	1	204.4	4	22.2
Dorsopatias	2	163.6	5	42.6	3	31.8
Traumatismos	3	111.0	(--)	(--)	(--)	(--)
Gastritis	4	64.3	4	51.1	(6)	12.7
Heridas y contusiones	5	35.1	2	93.7	1	133.6
Trastornos menstruales	(-)	(-)	3	80.9	(--)	(--)
Infecciones vías urinarias	(--)	(--)	(--)	(--)	2	76.3
Artritis	(-)	(-)	(6)	12.8	5	15.9

*Tasa x 10.000 habitantes.

(-): 0 casos.

(--): dato no registrado.

(6): posición 6.

Fuente: UMR Arroyo de Banco, Valle Nacional, Oaxaca: *Rotafolios de información y evaluación, 1983, 1990, 2001.*

A partir de la encuesta epidemiológica socio- cultural realizada en San Lucas en junio del 2003, registramos para los padecimientos no transmisibles, 3 casos de enfermedades bucales (dolor de muela y granos), 2 casos de reuma, 2 casos de enfermedades de la piel (infección, comezón oído), un caso de asma, uno de gastritis y otro que se registró bajo el nombre de “bola”. Asimismo, considerando las enfermedades crónico-degenerativas, hemos detectado en la localidad dos casos de cáncer de la matriz y un caso de embolia, mientras que todavía no se han diagnosticado enfermos de diabetes. Sin embargo, podemos percibir para la zona, que estos

padecimientos están tomando importancia desde hace unos años, por lo cual queremos mencionar a continuación brevemente el caso de la diabetes en la zona.

La diabetes

Para el año 2002, la diabetes representaba la cuarta causa de muerte en el Estado de Oaxaca, mientras en el municipio de Valle Nacional, este padecimiento ocupaba el tercer lugar dentro de las principales causas de muerte, con una tasa de 3.06 por 10.000 habitantes en 2001. Para la población rural-indígena, a diferencia de la población semi-urbana de la cabecera donde la incidencia de la diabetes es mayor, sabemos por los registros de la clínica, que en 1998 la tasa de enfermos de este padecimiento remontó a una tasa de sólo 6.38 casos por 10.000 habitantes, mientras que para 2002 subió a 48.10 por 10.000 habitantes para la misma población.

En el marco de los servicios oficiales de salud en la zona, existe un programa para el control de la hipertensión y diabetes, tanto en el Centro de Salud en Valle, como en la clínica de Arroyo de Banco. El personal médico de estas dos instituciones da seguimiento a los pacientes hipertensos y diabéticos y distribuye de manera gratuita medicamentos. Además, desde la introducción del Oportunidades en la zona, la hipertensión y la diabetes representan dos de las temáticas impartidas en el contexto de las pláticas educativas. Entonces, en San Lucas, tanto en el contexto del programa IMSS-Oportunidades y Oportunidades, como de las conversaciones cotidianas, se han venido construyendo una serie de imaginarios respecto a los significados y las causalidades de la diabetes, que queremos especificar aquí brevemente.

Destaca en los comentarios de las madres de familia sobre las posibles causas de la diabetes, la combinación entre percepciones locales de la salud/enfermedad y visiones desde el enfoque de la alimentación-nutrición, transmitidas por las instituciones de salud, las pláticas de Oportunidades y otras fuentes de información. En las percepciones locales, cobran importancia el susto y los conflictos interpersonales – familiares o no - en la ocurrencia de esta enfermedad. Estos dos factores influyen, de hecho, en la explicación de una gran variedad de enfermedades, en general relativamente graves y/o de larga duración, y complementan también el panorama de las causas sociales-ambientales y fisiológicas de la muerte. Desde la perspectiva de la medicina occidental, la diabetes está ligada tanto a factores hereditarios como a patrones alimenticios

inadecuados para conservar la salud; es decir, el consumo excesivo de productos que contienen mucha grasa y/o azúcar favorece su ocurrencia.

Así, se perciben en la localidad causas múltiples - y de orígenes socioculturales diferentes - vinculadas con este padecimiento, como lo indica por ejemplo el siguiente comentario de Fabiola: *“El diabetes es una enfermedad que es de azúcar, y algunos dicen que esta enfermedad pega por un susto (...) y por las personas que son muy gordos, avanzados de peso, esas son las personas que les pega más”*. Asimismo, algunas saben que hace daño comer mucha grasa e incluso una señora menciona que no hay que comer *“cochino que no está cocido bien.”*

La relación entre el susto y/o los conflictos interpersonales y la diabetes, nos indica un vínculo de la última con la práctica de los médicos tradicionales o populares que se encargan de curar estas dimensiones de la enfermedad. Al respecto, el partero y curandero de Monte Flor nos señala que la diabetes es curable con hierbas si se detecta en una etapa inicial: *“[La diabetes] viene por un susto. Se puede curar, pero allí necesita soplarle, necesita darle también una toma pero para eso necesita soplarle, o sea, se limpia pues con algo. Cuando está avanzado ya no se puede [curar]; sí, cuando de inicio uno se da cuenta (...).”*

En las prácticas presentes en la zona, es entonces común que la gente recurra al curandero en caso de diabetes, pero en general las personas enfermas están simultáneamente bajo tratamiento con el médico alópata. Así, lo refleja por ejemplo este comentario de Liliana que distingue dos causas distintas de la diabetes y enfatiza el seguimiento terapéutico con el médico alópata:

“Los que tienen diabetes, son personas ya enfermas de esto, los que consumen mucho azúcar, mucho refresco. [Se da] por coraje, por muina. No hay prevención, más que ir al médico, que le den su tratamiento y eso ya es mortal, no es curable pues. Si uno ya está enfermo, va estar enfermo para toda la vida pero sí, mientras va a vivir con los medicamentos que el médico le de. Pero siempre y cuando vaya cuando el médico le dice, tiene que ir a sus citas.” (Liliana, 22 años)

Aquí resalta por su parte la importancia de dar seguimiento a las terapias médicas en caso de enfermedades crónicas como la diabetes. Este aspecto lo destaca a menudo el personal médico durante las consultas, ya que es común entre la población local dejar de ir a la clínica en cuánto desaparezcan los malestares físicos.

A pesar de que están empezando a cobrar importancia, entonces, padecimientos crónico-degenerativos como el caso de la diabetes en la zona, podemos concluir por lo pronto que las

principales causas de morbilidad siguen siendo de tipo infeccioso, con las infecciones de las vías respiratorias y la amigdalitis en los primeros lugares, mientras, no obstante, la incidencia de infecciones gastrointestinales está disminuyendo y se ve tendencialmente sustituida – en número de casos tratados en la clínica - por padecimientos no transmisibles, tales como las heridas y contusiones (cuadro 3, 2001).

En este sentido, no destaca claramente un proceso de transición epidemiológica¹⁰ en la morbilidad general para la población circunscrita a la unidad médica de Arroyo de Banco. Como vimos, el mismo predominio de las enfermedades infecciosas frente a las crónico-degenerativas sigue persistiendo de manera generalizada en el Estado de Oaxaca (Diagnóstico de Salud, Oaxaca, 2003) y señala más bien un proceso *pretransicional*. La patología característica de este proceso está asociada, según Frenk, a carencias primarias como de nutrición, educación, vivienda y abastecimiento de agua. Mientras, la patología *postransicional* está relacionada con factores genéticos, conductas destructivas y carencias secundarias (por ejemplo, de seguridad personal o ambiental, afecto y oportunidades para la plena realización de las potencialidades individuales) (Frenk, 1994: 75). Si comparamos, en este sentido, las principales causas de mortalidad general para los mismos años de 1983-1990-2001, podemos observar a continuación que en esta dimensión sí se presentan indicaciones de un proceso de transición epidemiológica.

La mortalidad general¹¹

Cuadro 4

Las 10 principales causas de mortalidad general 1983 y 1990 en la zona de San Lucas

Causas	1983		1990°	
	Posición	Tasa*	Posición	Tasa*
Insuficiencia cardíaca	1	40.9	-	-
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2	29.2	2	8.5
Insuficiencia renal/crónica	3	11.7	-	-
Deficiencia nutrición	4	5.8	-	-

¹⁰ El concepto de transición epidemiológica se refiere a un proceso de cambio, del predominio de enfermedades infecciosas al predominio de padecimientos no transmisibles, crónico-degenerativos o no. Se aplica el término a las dimensiones tanto de morbilidad como de mortalidad (Frenk, 1994: 73).

¹¹ Disponemos de los datos registrados en la clínica de Arroyo de Banco para 1983 y 1990 y a nivel municipal para el 2001, ya que este año no se registró la mortalidad en la clínica. Consideramos válida e ilustrativa la comparación de estos datos -a pesar del cambio de escala- porque nos permite describir las causas de mortalidad para la zona, según diferentes años, y tomaremos en cuenta nuevamente el alcance analítico restringido de los datos presentados.

Neumonía, influenza	4	5.8	-	-
Enfermedad cerebro vascular	4	5.8	-	-
Homicidio	4	5.8	-	-
Traumatismo y envenenamiento	4	5.8	-	-
Tumores malignos	4	5.8	1	4.3
Complicaciones embarazo, parto, puerperio	5	0		

*Tasa x 10.000 habitantes

°) únicamente se registraron estos tres casos de muerte.

Fuente: UMR Arroyo de Banco, Valle Nacional, Oaxaca: *Rotafolios de información y evaluación, 1983, 1990.*

Cuadro 5

Las 10 principales causas de mortalidad general 2001 en el municipio de Valle Nacional

Causas	2001	
	Posición	Tasa*
Infarto al miocardio	1	4.38
Neoplasia (tumor en páncreas, cacu, próstata, gastritis, recto, esófago)	2	3.94
Complicaciones de diabetes mell. tipo II	3	3.06
Shock hiperglicémico		
Senilidad	3	3.06
Cirrosis hepática	4	2.63
Shock hipovolémico	4	2.63
Complicación de has y evc°	5	2.19
Insuficiencia cardíaca	6	1.75
EPOC°°	7	1.31
Edema agudo de pulmón	8♦	0.87

*Tasa por 10.000 habitantes.

°) hipertensión arterial sistémica y evento vascular cerebral

°°) enfermedad pulmonar obstructiva crónica

♦ En esta posición se ubican igualmente las siguientes causas de mortalidad: bronconeumonía, insuficiencia renal y encefalopatía hepática (problema mental causado por daño en el hígado).

Fuente: Oficialía del Registro Civil de Valle Nacional, Oaxaca; datos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001.

La comparación de los datos registrados para los tres años de referencia, nos señala que la diferencia más significativa se presenta en relación con la mortalidad por enfermedades

diarréicas. Mientras las últimas en 1983 ocupaban el segundo lugar con una tasa de 29.2 por 10.000 habitantes y 8.5 para 1990 respectivamente, no figuran entre las 10 principales causas de mortalidad en 2001. Por su parte, podemos notar también una diferencia en la frecuencia de la neumonía, cuya tasa en 1983 remontaba a 5.8, mientras en 2001 sólo fue de 0.87. Asimismo, la deficiencia nutricional no se presenta en la tabla de las 10 principales causas de muerte en el 2001, mientras en 1983 representaba una tasa de 5.8.

A pesar de los límites que presentan los datos utilizados, pienso que pueden delinarse dos procesos divergentes respecto a la transición epidemiológica para la zona de San Lucas. En la dimensión de la morbilidad general, por un lado, persiste actualmente el predominio de las enfermedades transmisibles infecciosas, mientras, por otro lado, en las causas de mortalidad general las enfermedades crónico-degenerativas han empezado a ocupar los primeros lugares de manera significativa en el transcurso de la década de los noventa a nivel del municipio de Valle Nacional.

En este contexto, se ha comprobado que cuando en una población determinada disminuye la mortalidad infantil y aumenta la esperanza de vida, se incrementan también las cifras de morbilidad, notablemente por las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con más frecuencia en edad avanzada (Bicknell y Parks, 1989; Johansson, 1991). En el caso de las enfermedades cardio-vasculares, por ejemplo, nos señala Dodu: *“The stage at which cardiovascular diseases may be considered to be “actively emerging” corresponds to a life expectancy level between 50 and 60 years, and, at this level, cardiovascular disease mortality accounts for 15-25% of all deaths.”* (1988: 56).

Así, es muy probable que la población rural mexicana se encamine hacia una carga de morbilidad cada vez mayor debida a enfermedades crónico-degenerativas a la cual los servicios de salud oficiales no tienen capacidad de responder en la actualidad; reto que se plantea también la SSA en su informe *Salud: México 2002*. De hecho, el envejecimiento de la población se refleja ya en muchos países en desarrollo, donde como en México se presenta a menudo la imposibilidad económica de garantizar tratamientos adecuados para las enfermedades emergentes a todos los sectores de la población (Bicknell y Parks, 1989: 65).

Capítulo III: Salud preventiva

En la zona de San Lucas, el ámbito de acción del Oportunidades en la salud preventiva se ha venido construyendo fundamentalmente sobre actividades promovidas desde años anteriores por los programas IMSS población abierta. No obstante, se presentan algunas diferencias significativas entre los dos programas gubernamentales que se basan principalmente en la introducción de las reglas de corresponsabilidad por parte del Oportunidades. Como sabemos, este programa ofrece de manera obligatoria las pláticas educativas en salud y las citas médicas periódicas -que incluyen a la vez citas prenatales para las mujeres embarazadas- en respuesta a un apoyo monetario de 310 pesos bimensualmente. Asimismo, el Oportunidades promociona la detección del cáncer cérvico-uterino, otra dimensión nueva para las madres de familia beneficiarias del programa, ya que anteriormente no recibían este servicio en el contexto del IMSS población abierta, y refuerza el programa de vacunaciones que está funcionando desde que se estableció la clínica en Arroyo de Banco. En otro capítulo trataremos, por su parte, la introducción del suplemento alimenticio por el Oportunidades en cuanto a intervención preventiva en el ámbito de la alimentación y nutrición.

Destaca en todas las medidas preventivas promovidas por el programa su articulación hacia las mujeres y los niños, ya que según los datos de morbi-mortalidad, tanto en México como en el mundo, representan la población más vulnerable y afectada por enfermedades o muertes prevenibles con las acciones mencionadas. Sin embargo, en el contexto de las políticas neoliberales esta focalización hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y los niños, se relaciona no sólo con el hecho de que representen la población con mayores riesgos en la morbi-mortalidad, sino también con cálculos macroeconómicos de costo-eficiencia. En este sentido, promover atención primaria únicamente para una parte de la población, la más afectada por enfermedades infecciosas o por situaciones prevenibles (como el caso de la muerte materna para las mujeres), reduce, por una lado, los costos del programa –para hacerlo sustentable- y, por otro, la incidencia de la morbi-mortalidad general. De esta manera, un sector considerable de la población queda prácticamente fuera de las acciones en su mayoría preventivas implementadas por el Oportunidades, notablemente los hombres jóvenes y adultos y los ancianos, considerando, no obstante, que son beneficiarios indirectos de ciertas actividades sanitarias del programa, por ejemplo en el ámbito del saneamiento básico.

“El gobierno dice que uno debe de obedecer”: pláticas educativas y citas médicas

Los dos auxiliares de salud de San Lucas están a cargo de impartir quincenalmente las pláticas educativas, así como de llevar a cabo las citas médicas obligatorias en el salón ejidal, para lo cual se ha dividido a las titulares en dos grupos. Las pláticas son únicamente obligatorias para las madres de familia beneficiarias y cuando el médico visita la comunidad en compañía de una de las enfermeras, la imparte al conjunto de las titulares del programa y se suspende la plática con los auxiliares. La última abarca los 35 temas de salud y prevención estipulados por el programa y se lleva a cabo en chinanteco con los auxiliares de salud y en español con el médico, tratando un tema en específico durante cada sesión.

Las citas médicas, por su parte, consisten en medir, pesar y tomar la presión a todos los miembros sanos de la familia beneficiaria, según calendarización que depende de la edad de la persona. Es decir -según las reglas de operación del programa en 2002- a partir de los dos años de edad las personas deben de acudir a 2 controles anuales con los auxiliares de salud hasta cumplir 49 años y a partir de los 50 años sólo una vez al año. Este último dato, por cierto, indica la negligencia del Oportunidades hacia la población de la tercera edad. Mientras, los niños menores de dos años reciben un trato especial ya que deben de ser llevados periódicamente (9 veces en total) a la clínica, así como las mujeres embarazadas y lactantes que idealmente acuden a 5 citas prenatales y 2 revisiones durante el periodo de lactancia (Diario Oficial, 2002: 52-53), tema que discutiremos más adelante.

Las citas médicas tienen el propósito de llevar un control sobre el estado de salud de las familias beneficiarias, en especial el estado nutricional en los niños y las mujeres embarazadas/lactantes, pero también sobre la salud de los jóvenes y adultos, para la detección temprana de enfermedades. Ciertamente, esta medida representa una invasión por parte del Estado sobre los cuerpos de los individuos, ya que se les impone una revisión física aunque no presenten síntomas de enfermedad, quitándoles así el poder de decidir sobre su bien- o malestar físico y la necesidad de acudir o no acudir con un médico. Esta condición impuesta por el programa para recibir el apoyo monetario demuestra la penetración del Estado hacia los ámbitos más íntimos de la persona, en este caso su cuerpo. Al respecto, Foucault nos proporciona el concepto de “bio-poder” que se refiere precisamente a la intervención política -a partir de categorías científicas- sobre los cuerpos de la población, percibidos como objetos que pueden ser

manipulados y controlados en base a una “tecnología disciplinaria” impuesta por el Estado (Rabinow, 1984: 17). Ciertamente, en el contexto rural mexicano el “bio-poder” se encuentra con limitantes estructurales significativos, pero nos permite, sin embargo, entender la relación vertical entre el Estado y la población campesina, manifiesta en las reglas coercitivas del Oportunidades, notablemente en las citas médicas obligatorias para personas sanas.

El programa justifica las últimas en el sentido de prevenir tanto la desnutrición y sus consecuencias nocivas para la salud, como la propagación de enfermedades epidémicas en la población rural indígena -principal foco de las políticas vinculadas al “combate a la pobreza”. Obviamente es éticamente cuestionable llevar a cabo estos mecanismos de control sobre el estado físico de las personas y mucho más, porque no se incluye en las decisiones sobre la implementación y las condiciones del programa a la población beneficiaria.¹

Para las madres de familia el hecho de asistir periódicamente a las pláticas educativas, acudir y llevar a los hijos a las citas médicas y participar en diversas reuniones obligatorias relacionadas al programa, implica un reacomodo considerable de las actividades domésticas. Significa, por ejemplo, realizar los quehaceres del hogar y en el campo (echar tortilla, preparar la comida, lavar ropa, traer leña, cosechar café etc.) en menos tiempo, y organizar el cuidado de los hijos durante su ausencia de la casa, en caso de las comunicaciones educativas. Asimismo, las titulares tienen la responsabilidad de llevar la información recibida en las pláticas a los demás miembros de su familia y deben de realizar las actividades preventivas estipuladas durante las mismas. A pesar de que las madres han estado tradicionalmente a cargo tanto del cuidado de los hijos como de las tareas dentro del hogar, es excesiva la carga de trabajo adicional con el Oportunidades en la percepción de las titulares y hasta de las no titulares. En este sentido comenta Lidia, una beneficiaria: *“Cuesta mucho trabajo hacer tarea, uno tiene que hacer todo”* y Clara que no está dentro del programa: *“No quiero estar; no me gusta porque están los niños, no me da tiempo ir a las pláticas, tiene que recoger basura, le da mucho trabajo pues. Por los niños que están en la escuela, no me da tiempo.”*²

¹ Obviamente, nadie está *obligado* a incorporarse al Oportunidades, pero en vista de la situación económica tan drástica en el campo, resulta una decisión sumamente difícil rechazar *cualquier* apoyo monetario gubernamental.

² Aquí, hay que mencionar que esta señora no tiene la misma necesidad económica de participar en el programa que la mayoría de las familias en la localidad porque su esposo cuenta con ingresos fijos por ser maestro rural.

La visión de una mayor carga de trabajo por tener que asistir a las actividades del programa y realizar otras dentro del hogar está estrechamente ligada al principio de corresponsabilidad que estipula el Oportunidades. En este contexto, muchas titulares en San Lucas perciben que no sólo las pláticas educativas y citas médicas son obligatorias para recibir el apoyo monetario, sino todas las actividades preventivas que implementa el Oportunidades en el contexto de la clínica de IMSS-Oportunidades en Arroyo de Banco, notablemente el saneamiento básico que discutiremos en el siguiente capítulo. Esto implica una visión del programa y el conjunto de sus acciones dónde resalta la *obligación* que tienen las madres de familia en participar *a fuerza*. En relación a las comunicaciones educativas me contesta, por ejemplo, Regina la pregunta *¿le gusta ir a las pláticas?*, diciendo: *“Sí, porque es obligatorio de nosotros que estamos dentro de este apoyo; es obligación, dicen que [uno] tiene que hacer todo lo que el gobierno está diciendo (...).”*

Obviamente, existe un vínculo muy estrecho entre el aspecto coercitivo del programa y el apoyo monetario que concede el último. El auxiliar de salud en la localidad, por ejemplo, interpreta dicha relación de la manera siguiente: *“Es normal que el gobierno no te va a dar dinero si no cumples con lo que exige”*. Aquí, no está en cuestión si el Estado tiene el *derecho* de exigir a la población, sino que simplemente tiene el *poder* de formular las condiciones en las cuales se va a conceder un apoyo económico. En vista de la crisis económica en el campo, el gobierno por cierto tiene la libertad de fijar un límite “alto” de sus “exigencias”, ya que las necesidades económicas son demasiado acentuadas para que la población campesina pueda permitirse rechazar un apoyo económico de la magnitud del Oportunidades. Esta situación se refleja, por ejemplo, en los siguientes comentarios –muy comunes en la zona- que ilustran la primacía del apoyo monetario en las percepciones respecto al programa: *“sí me gusta el programa porque apoya un poco”*; *“sí me gusta porque recibo dinero”*, o: *“está bien que el gobierno ayuda un poco.”*

No podemos reducir, sin embargo, las percepciones locales favorables respecto a la implementación del Oportunidades a la dimensión del recurso monetario, ya que varias madres de familia, consideran aprender y obtener información valiosa para su bienestar y el de sus familias: *“Para mí está muy bien el programa, porque allí nos hablan de muchas cosas que no sabemos (...), aprendemos cómo cuidar a nuestros hijos, atender a nuestros hijos.”* (Mariana, 44 años), y Carmen de 40 años nos dice: *“es mejor que están enseñando a uno así, es mejor, porque*

así aprende”. Por su parte, Fernando de 47 años señala al respecto: “(...) *no todo el mundo es igual; hay algunas personas que no cuidan bien [a] sus hijos, no los bañan y no limpian (...), porque todo lo están enseñando*”. En estos últimos dos comentarios destaca no sólo el hecho de que el programa enseña dimensiones de la salud y prevención “nuevas” -o diferentes a las locales- y benéficas para las familias en San Lucas. También resalta el etnocentrismo occidental – reflejado en las palabras: “allí aprendemos cómo cuidar a nuestros hijos” y “todo lo están enseñando”- que menosprecia las percepciones y prácticas locales que se han transmitido a través de generaciones en relación con el cuidado de los hijos. Es bajo esta ideología que el personal médico ha difundido la visión en la localidad de que las madres de familia deben de aprender *todo* sobre la salud y prevención, como si no se hubieran construido histórica- y culturalmente saberes locales al respecto. Sin embargo, las “nuevas” ideas sobre la higiene y prevención están permeando y adquiriendo significado, aunque de manera parcial y fragmentaria, en articulación con las concepciones locales sobre todo respecto al cuidado de los niños, como discutiremos más adelante.

Vinculado con las pláticas educativas resalta, por su parte, la focalización de las mismas hacia la población femenina en la percepción de los hombres de la localidad. De manera general, el vínculo de los últimos con las diferentes dimensiones del programa es muy restringido, a pesar de que, por ejemplo, el reglamento estipula su participación en algunos temas de las comunicaciones educativas. No obstante, varios señores en San Lucas señalan que no han sido citados para participar en las pláticas porque van dirigidas exclusivamente a las mujeres. Así lo reflejan los siguientes comentarios de padres de familia: “*Yo nunca he asistido porque no nos han invitado*”; “*no he ido (...), es especialmente para ellas*”; “*son puras mujeres, a los hombres no los invitan porque los hombres, dicen que se gastan el dinero*”; “*no he ido, porque no permiten allí al hombre*”. Solamente en dos dimensiones del programa se ha buscado con énfasis la participación de los hombres; por un lado en el tema de la planificación familiar –desde antes de la introducción de Oportunidades- y, por otro lado, en ciertas actividades de saneamiento básico a nivel comunitario y del hogar. Pero de manera general, los hombres consideran que no sólo las pláticas, sino el programa en su conjunto se dirige exclusivamente a sus esposas: “*Sí está bien [el programa] porque apoya un poco a las mujeres(...)*”, o: “*A los hombres no les dan nada. (...) Ellas son las que están en la relación.*” Así, percibimos en las visiones “masculinas”

sobre el programa no sólo la clara focalización del último hacia las mujeres, sino también cierto resentimiento que ésta implica para la población que queda “fuera de la relación”. Al respecto, nos dicen Rifkin y Walt que la focalización de las acciones de salud hacia un grupo poblacional específico, lleva implícita la idea de que los demás grupos, en este caso los hombres, son considerados menos importantes (1986: 564). Esta perspectiva es muy problemática, sabiendo que los jefes de familia juegan un papel fundamental dentro de los hogares campesinos, por lo cual su salud es primordial para la supervivencia y el bienestar de toda la familia.

A la vez, la situación de que ni los hombres, ni las no titulares asisten a las pláticas educativas que en teoría se dan para toda la población, según el personal del IMSS-Oportunidades, refuerza el aspecto coercitivo de las mismas. La enferma Isabel interpreta la no asistencia en base a un problema logístico ocasionado por las reglas de corresponsabilidad del Oportunidades: *“No van todos... o sea, todos están invitados pero no van... porque se maneja una lista de puntuaciones, de asistencia, y ellas como no están registradas en estas listas, no van a ir porque a dónde le van a poner falta”*. Esto nos señala entonces la frontera -impuesta por los mecanismos del programa- entre hombres/mujeres y beneficiarias/no beneficiarias basada en principios de inclusión/exclusión, que tienen por consecuencia, en este caso, la no asistencia a las comunicaciones educativas, y por lo tanto, llevan a un conocimiento muy fragmentario de las temáticas impartidas en las pláticas a nivel local.

“Hay algunos que cumplen y algunos que no”: formas de resistencia y negociaciones

La alusión mencionada arriba de que “no todo el mundo es igual” en lo referente a la realización de actividades preventivas impulsadas por el Oportunidades, nos lleva a otra dimensión del programa nuevamente vinculada con el aspecto coercitivo del mismo. Pude registrar durante las entrevistas con padres de familia varias observaciones sobre el hecho de que no todas las familias cumplen con las actividades del Oportunidades, a pesar de que son percibidas como obligatorias para recibir el apoyo. Esto parece crear inconformidades en la localidad ya que tradicionalmente la población de San Lucas se ha organizado en base a la estructura comunitaria, donde se toman decisiones en asamblea que aplican uniformemente a todos. En este sentido, destaca que las decisiones respecto al Oportunidades se formulan externamente a la comunidad, lo que tiene como consecuencia, entre otros aspectos, respuestas

diversas en el cumplimiento de las actividades exigidas. Así nos dice, por ejemplo, José (41 años): “*Hay gente que no obedece de acuerdo como va el programa, también unos cuántos nomás están haciendo*” y Carlos (44 años): “*Hay algunos que cumplen lo que es y hay algunos que no*”. Estos comentarios, nos señalan a la vez cierto margen –o libertad- en el cumplimiento con la corresponsabilidad que maneja el programa y el rechazo abierto de algunas familias en realizar las acciones preventivas indicadas. Me refiero, por ejemplo, a no limpiar la casa regularmente, no hervir el agua o no asistir a la prueba del papanicolaou.

Ciertamente, el gobierno justifica sus reglas coercitivas en el sentido de mejorar el estado de salud de las familias campesinas-indígenas que de esta manera, supuestamente, deben hacerse responsables de su salud en el futuro, e idealmente sin necesidad de apoyo monetario gubernamental. Pero muchas titulares en la localidad no están de acuerdo con este incremento de tareas y responsabilidades, ni conformes -en particular- con el hecho de tener la obligación de asistir a pláticas preventivas y citas médicas obligatorias que les quitan mucho tiempo y no se justifican dentro del contexto sociocultural chinanteco. Es decir, el rechazo hacia las tareas impuestas por el Oportunidades no sólo se debe a la dimensión coercitiva del último -con todo lo que implica esta obligación- sino también se relaciona de manera significativa con percepciones locales sobre la salud distintas a las preventivas-occidentales. Antes de la entrada del IMSS población abierta y el Oportunidades, no existía en el contexto chinanteco una cultura de la prevención en el sentido biomédico, basada en controles médicos y teorías microbianas, sino fundamentada en mantener un equilibrio entre el individuo y su entorno social y/o natural. De esta manera, se busca atención médica sólo cuando se manifiesta un malestar físico o psicosomático, como, por ejemplo, sentirse débil o *sin ganas*; noción común en la zona cuando existe desequilibrio entre el individuo y su entorno. Así, en la práctica y tradicionalmente, mientras no se presentan malestares físicos o psicosomáticos, las personas en San Lucas se consideran sanas y por lo tanto sin necesidad de estar bajo “vigilancia” médica. Además, los lugareños están conscientes de que las acciones preventivas no solucionan de ninguna manera todas las situaciones de enfermedad y que, por lo tanto, la dimensión curativa a menudo es indispensable.

Veamos ahora en concreto, cómo se manifiestan en la localidad las formas de resistencia cotidiana³, hacia las dimensiones obligatorias del programa y qué mecanismos de negociación se han generado entre las titulares y el personal médico para evitar la suspensión parcial o total del apoyo monetario para alimentación por faltas en las actividades requeridas. Al respecto, y en relación con las pláticas educativas, nos menciona, por ejemplo, Mariana: “[En la plática] hacen preguntas a veces; si entendimos, no entendimos. Hay veces que las personas se reniegan porque uno pregunta pues (...). Algunas no contestan o alguna vez se rechazan allí al asistente, a que nos enseñe la plática”. Este comentario nos demuestra una inconformidad y resistencia abierta por parte de algunas titulares, tanto hacia la asistencia como la participación en las comunicaciones educativas. En este contexto, pude observar también durante una plática impartida por una operadora del Oportunidades enviada desde Oaxaca, el rechazo de una beneficiaria monolingüe en pararse y contestar una pregunta dirigida explícitamente hacia ella. Tampoco quiso responder en chinanteco después de haber recibido la traducción y explicación necesarias de sus compañeras; simplemente quedó sentada y callada. Estas situaciones de no participación se presentan también frecuentemente en las pláticas que imparte mensualmente el médico pasante, me comenta el auxiliar de salud. Al respecto, el último indica que estos momentos son muy incómodos para él, ya que pareciera que las titulares no recibieron la información por parte de los auxiliares de salud durante las pláticas que imparten ellos en chinanteco. Percibimos entonces aquí la existencia de formas de resistencia en el ámbito de la participación comunitaria en relación con las pláticas educativas y las reglas de corresponsabilidad que implican, donde la no participación está ligada en ciertos casos al manejo restringido –pero estratégico– del español por parte de algunas titulares.

Para los auxiliares de salud, las actividades preventivas obligatorias implican, entonces, impulsar no sólo la participación de las titulares, notablemente en las pláticas educativas, sino también resolver una serie de contradicciones a nivel local, por ejemplo en el trato diferencial con titulares y no titulares, a la vez que representan una carga importante de responsabilidades frente a sus superiores dentro del IMSS-Oportunidades. En última instancia, recae sobre los auxiliares

³ Para tomar en cuenta las formas de resistencia cotidiana, me baso en la teoría elaborada por Scott, que considera como resistencia “(...) any act(s) by member(s) of a subordinate class that is or are intended either to mitigate or deny claims [...] made on that class by superordinate classes [...] or to advance its own claims [...] vis-à-vis those superordinate classes” (1985: 290), sin tomar como fundamento, no obstante, la perspectiva de clases sociales en mi análisis, sino más bien centrándome en las distintas interpretaciones respectivas de los sujetos sociales.

de salud la tarea de encontrar compromisos tanto con las titulares como las no titulares del Oportunidades para lograr una mayor participación en las actividades preventivas para disminuir la incidencia de enfermedades y garantizar la implementación exitosa tanto del Oportunidades como del IMSS-Oportunidades. Así lo formula el auxiliar de salud Manuel: “... *si desaparecemos nosotros, desaparece todo.*” Es decir, el fundamento del Oportunidades, a pesar de su implementación vertical, sigue siendo el personal paramédico local y la participación de las beneficiarias.

Respecto a las formas de resistencia, percibí que los auxiliares de salud –y las enfermeras a nivel de la clínica- representan de cierto modo el blanco de las mismas hacia el programa a nivel local, ya que su posición de poder frente a las titulares es mucho menor que, por ejemplo, la del médico pasante. Mientras los auxiliares forman parte de la misma localidad y del mismo contexto sociocultural que las titulares, el médico pasante, hombre y extraño a la comunidad, representa el poder del Estado en la implementación del programa. La actitud de las titulares hacia representantes del poder gubernamental, en este sentido, es tendencialmente de respeto y docilidad, donde, en términos de Scott: “(...) *the weaker party is unlikely to speak his or her mind; a part of the full transcript will be withheld in favor of a “performance” that is in keeping with the expectations of the powerholder*” (1985: 287).

Aquí hay que señalar, no obstante, que las manifestaciones de resistencia hacia la implementación del Oportunidades a nivel local no son de ninguna manera homogéneas. Es decir, mientras algunas señoras no se atreven, por ejemplo, enunciar sus inconformidades frente al auxiliar hombre o médico pasante, otras no se quedan calladas y buscan el debate. La resistencia, en este sentido, se presenta de manera heterogénea y los actores sociales no necesariamente tienen que compartir un objetivo común, ni tampoco desarrollar una consciencia colectiva en sus formas de resistencia; al contrario, la resistencia puede manifestarse como un conjunto de motivos, actitudes y acciones individuales o grupales de distinto origen (Sesia, 2002: 111).

Partiendo, entonces, desde la diversidad de enfoques en el contexto tanto de las formas de resistencia como de negociación, considero útil retomar la propuesta de Long respecto a una “*perspectiva constructivista y centrada en el actor para el estudio del cambio social*”, donde

“se enfocan las maneras en las que las llamadas “percepciones externas” son mediadas por las estrategias, interpretaciones y compromisos sociales de los diferentes actores y de las redes-actor, generando, por lo tanto, un patrón

multivariado de formas sociales que representan respuestas diferenciales a circunstancias “problemáticas” similares.” (Long y Van der Ploeg, en Long, 1998: 49-50).

En este sentido, enfocándonos hacia la perspectiva de los auxiliares de salud en San Lucas, su posición de poder dentro de la estructura del Oportunidades no significa sólo una carga de trabajo considerable, sino que les permite a la vez explorar una serie de estrategias para satisfacer intereses personales. De esta manera, las reglas de corresponsabilidad del programa representan también ventajas para los auxiliares de salud; no sólo en cuánto a mayor poder de coerción en la aplicación de las acciones preventivas, sino también en relación con ingresos monetarios adicionales. Esto resalta, por ejemplo, en el cobro con frecuencia excesivo de la cooperación, como discutimos en otra parte, y también en las condiciones de negociación establecidas por los auxiliares frente a las titulares respecto a las faltas en las citas médicas y pláticas educativas. Pero no siempre se alcanzan acuerdos entre los auxiliares y las titulares y en un caso extremo, si una titular acumula “faltas” sin justificación y sin encontrar tampoco la manera para que los auxiliares las anulen, será excluida del programa. Ciertamente resulta complejo para los auxiliares manejar este tipo de situaciones, ya que, por un lado, tienen la responsabilidad de reportar las faltas -bajo el control de sus supervisores y del conjunto de titulares del Oportunidades- y, por otro lado, buscan satisfacer intereses personales, así como evitar conflictos con las titulares y familias concernidas por las inasistencias. En este sentido, las dos exclusiones de titulares ocurridas en San Lucas por faltas en la corresponsabilidad hasta la fecha, implicaron desequilibrios significativos en las relaciones sociales a nivel local, como nos ilustran los dos casos a continuación:

Caso 1

La primera madre de familia, monolingüe de 31 años, al parecer, no respondió en acudir a las pláticas y las citas médicas en un acto de resistencia hacia los principios de corresponsabilidad. En específico, suponemos que el “no cumplir” de la señora esté ligado, entre otras razones, a la distancia que tenía que recorrer para acudir tanto a la comunicación educativa como a la clínica, ya que vive en el anexo Santo Domingo, comunicado únicamente por vereda con San Lucas, a más de una hora. Su exclusión implicó desacuerdos y tensiones considerables con la ex-promotora del programa en el rancho, su cuñada y vecina, que, supuestamente, fue involucrada en el proceso de desincorporación de la titular. Hasta la fecha, las dos cuñadas siguen peleadas y no se hablan.

Caso 2

La segunda madre de familia excluida, bilingüe de 29 años, vive la mayor parte del año en la cabecera municipal y no acudía ni a las citas médicas, ni a las pláticas educativas en la localidad, a pesar de mantener un lazo importante con San Lucas, ya que dejó a sus tres hijos a cargo de los bisabuelos. Su exclusión provocó un conflicto con la auxiliar de salud, según la cual, la titular difundió el chisme de que le pidió dinero para que anulara sus numerosas faltas. Sin embargo, la auxiliar comenta que no recibió dinero y que además fueron demasiadas inasistencias para cancelarlas por medio de una “mordida”.

De esta manera, percibimos cómo las reglas de corresponsabilidad llegan a crear situaciones delicadas y a veces conflictivas entre los encargados de reportar las inasistencias y las beneficiarias, que incluso a menudo están unidos por lazos de parentesco. En comunidades del tamaño de San Lucas, este tipo de desacuerdos generados a partir de la implementación –desde fuera- del Oportunidades son significativos porque llegan a crear divisiones sociales considerables, ya que no sólo involucran a individuos sino a grupos parentales. Además, estas escisiones originadas por las reglas de corresponsabilidad se acentúan frecuentemente por medio del chisme, que representa una instrumento de control social importante en este contexto. Es decir, el chisme influye fuertemente en las tomas de decisiones y negociaciones de los auxiliares en relación con las inasistencias: en reportar o no reportar faltas, en aceptar o no aceptar dinero, etc., porque las titulares que difunden los chismes esperan un trato igualitario y transparente – en su dimensión local- en el manejo del programa. Así, el chisme representa también una forma de resistencia simbólica, ya que a través del mismo se manifiestan las diversas opiniones y desacuerdos respecto a la transgresión de una regla o norma, donde, no obstante, se minimizan los riesgos de identificación y represión (Scott, 1985: 282).

“La gente que no está con Oportunidades, ni quiere ir a la clínica”: La cita prenatal

El proceso de embarazo, parto y peripuerio (e/p/p) y todas las medidas preventivas y curativas relacionadas con el aparato reproductivo de la mujer, caen tradicionalmente dentro de la esfera de trabajo de las parteras en la zona de San Lucas. Ellas tienen el conocimiento de la herbolaria para evitar un aborto, contra la esterilidad, la hemorragia y trastornos menstruales, saben acomodar por medio de la sobada a la criatura cuando viene atravesada y recomiendan consumir o evitar ciertos alimentos durante el e/p/p. Es con la entrada del IMSS población abierta que empiezan a difundirse en la localidad nociones nuevas y distintas respecto al cuidado durante el e/p/p, notablemente el control prenatal que incluye la vacuna antitetánica y la atención de parto

con el personal médico en la clínica. Ciertamente, estas medidas preventivas están desde un inicio estrechamente ligadas a la constante preocupación por parte del Estado en disminuir las cifras de muertes maternas en el país, que son particularmente elevadas en el Estado de Oaxaca con una tasa de 5.96 (por 10.000 Nacidos Vivos Registrados) en 2002, frente a una tasa de 3.20 como media nacional.

Elena, una madre de familia de 39 años con nueve hijos nos cuenta en relación con la cita prenatal, que desde su primer embarazo hace 20 años siempre ha acudido a la clínica. En caso de sentir dolores iba cada mes o si no cada dos meses, porque tenía miedo que estuviera mal la criatura. No obstante, una gran parte de las mujeres embarazadas no acudía regularmente a la clínica anteriormente al programa Oportunidades, sino más bien en función de algún malestar físico, en el mismo sentido que buscaban a la partera.

El rechazo en asistir a las citas prenatales en el contexto del IMSS población abierta se reflejaba en una serie de métodos de presión por parte del personal médico, para que acudieran las embarazadas a la clínica. Una manera de convencer a las mujeres consistía, por ejemplo, en amenazarlas con no proporcionar las vacunas a los hijos si no iban a las citas prenatales, comenta una madre de familia. Esto, nos indica a la vez que la aceptación y el valor atribuido a las vacunas fueron previos a la integración de las medidas de prevención durante el embarazo dentro de las concepciones locales. Aquí, sin embargo, debemos de tomar en cuenta que existen diferencias significativas entre las mujeres y/o las familias respecto a la aceptación o el rechazo hacia ciertas medidas implementadas desde fuera en el ámbito de la salud y prevención, según cómo se interpretan y valoran estas nuevas ideas.

Obviamente, con la introducción del Oportunidades cambia el panorama en relación con la asistencia a las citas prenatales, ya que éstas se vuelven obligatorias para recibir el apoyo monetario. Esto no significa que haya disminuido la resistencia en acudir a la clínica periódicamente durante el embarazo; por lo menos a nivel del discurso y de pleitos con el personal médico que está implementando el programa a nivel local sigue habiendo rechazo por parte de algunas titulares. Sin embargo, las señoras que no quieren acudir a la cita prenatal simplemente tienen que ir “*a fuerza*” porque si no les ponen falta en el Oportunidades y no llega el dinero, nos comenta Elena. De esta manera, es cierto que se han incrementado significativamente las visitas preventivas a la clínica del IMSS-Oportunidades, que para las

beneficiarias en San Lucas implican tanto costos financieros como de tiempo, ya que la clínica está en Arroyo de Banco. En relación a los primeros, el traslado a la unidad médica remonta a 10 pesos de ida y vuelta, y se eleva a menudo por los hijos que acompañan a su madre y la compra de un refrigerio. Respecto al tiempo se hace 20 minutos desde San Lucas a la clínica donde además hay que esperar a veces para ser atendida. Ciertamente estos factores influyen en la asistencia a la atención prenatal. En relación con la dimensión económica Sánchez-Pérez et al. (1997) señalan en un estudio realizado en el estado de Chiapas que las mujeres en mejor situación socioeconómica son más propensas de recibir atención adecuada (más de 4 consultas). Sin duda, los costos y el acceso geográfico también explican en parte que la asistencia de las no titulares del Oportunidades a las citas prenatales sigue siendo problemática, como nos dice Sandra, una titular: *“la gente que no está con Oportunidades, ni quiere ir a la clínica”*.

En este sentido, los métodos de convencimiento para las no titulares de Oportunidades - integradas únicamente al régimen del IMSS-Oportunidades- resultan muy poco eficaces a la luz de las obligaciones que impone el Oportunidades. Así comenta el auxiliar de salud, que a veces se enfocan más hacia las no titulares porque no reciben la misma información en el ámbito de salud que las titulares. En la práctica esto significa desde la perspectiva del personal médico lo siguiente, en palabras del auxiliar: *“tenemos que estar atrás de ellos”* para que participen en las actividades preventivas de la misma manera que las familias beneficiarias, incluyendo las citas prenatales. Además, para lograr la mayor participación de las titulares en las citas prenatales - desde los primeros meses de embarazo- el personal médico las presenta como condición para recibir el suplemento alimenticio por parte del programa, lo que a la vez se interpreta nuevamente como un argumento en contra de la asistencia de las no titulares, que a menudo manejan la siguiente lógica: ¿para qué voy a acudir a la clínica si ni recibo el apoyo monetario, ni la papilla y no me siento mal? Así, la implementación del Oportunidades implica una clara división entre titulares y no titulares en la asistencia a las citas preventivas en la clínica, como lo ilustra también este comentario de la enfermera:

“(...) Los que están dentro del programa pues están obligados a acudir a la unidad, a cumplir pues todas las actividades que se tienen que hacer (...), se sienten presionados ellos a cumplir de acuerdo [a] los normativos del programa. Los que no, pues no, porque ellos dicen que no están dentro del programa, que nada más los que están dentro del programa son los que están obligados a cumplir.” (enfermera Isabel)

A pesar de la presión por parte del IMSS-Oportunidades y la introducción de la corresponsabilidad del Oportunidades en el contexto de las citas prenatales y las pláticas educativas sobre las concepciones occidentales respecto al cuidado y las prácticas durante el e/p/p, éstas se siguen articulando de manera significativa con el manejo y las visiones locales de este proceso. Es decir, el trabajo de las parteras en este ámbito –y la cosmovisión que implica– sigue siendo sumamente importante en la zona, ya que no sólo en el momento a dar a luz las mujeres prefieren recurrir a la partera, sino también durante el embarazo mantienen, simultáneamente a las citas prenatales obligatorias, la atención con ella: “*Tiene que ir con la partera cuando tenga molestias*”, señala Martina al respecto. Así, en caso de presentar malestares durante el embarazo, las mujeres acostumbran acudir a la partera, mientras en ausencia de complicaciones recurren a ella únicamente en el momento del parto.

Veamos entonces a continuación cuáles son a grandes rasgos las percepciones y prácticas locales respecto al e/p/p para tratar de entender qué significa la implementación del IMSS-Oportunidades y del Oportunidades en este ámbito dentro del contexto socio-cultural chinanteco y porqué sigue siendo importante hasta la fecha cierto rechazo hacia las medidas preventivas en la esfera del e/p/p que ofrecen estos dos programas.

Concepciones y prácticas del embarazo, parto y puerperio

En la zona de San Lucas se han venido desarrollando una serie de cuidados preventivos y curativos en relación con el peligro de aborto. En este sentido, las madres de familia consideran ideal, “no alzar cosas pesadas” durante el embarazo porque se puede “caer el bebé”. Esta visión de las madres de familia, por cierto, coincide con las recomendaciones del personal médico, mientras en la práctica no siempre existen las condiciones para respetarlas. Sólo pocas mujeres cuentan con la ayuda de una familiar durante el embarazo para realizar las tareas cotidianas; únicamente las que comparten hogar con la suegra y/o cuñadas, y a veces una hija mayor, ya que el trabajo campesino se basa en la unidad doméstica. Por lo tanto, las embarazadas acostumbran fajarse para evitar un aborto, cuando están cargando leña, lavando ropa etc. No obstante, si se amarra muy fuerte la faja, existe el riesgo de que nazca la criatura con el pie o la mano chueca, comenta una señora. Lidia, la esposa de un migrante, por su parte, cuando estaba llegando al último mes de embarazo, seguía trabajando como siempre, pero decía con resignación: “*Sí me*

duele la espalda pero igual me tengo que aguantar, no hay de otra". Clara, que contaba con el apoyo de su cuñada durante el embarazo, comenta que no debe de lavar mucha ropa la mujer embarazada, *"porque se cansa uno la espalda. Cuando uno ya va [para] cuatro, cinco meses, ya no puede lavar; hasta sentarse cansa porque pesa el bebé"*. En este sentido, los cuidados durante el embarazo son fuertemente condicionados por la carga de trabajo que corresponde a la mujer dentro de cada hogar, en relación con el número de hijos que debe de atender, la situación económica que vive la unidad doméstica y la presencia o ausencia de redes de apoyo a nivel doméstico.

El factor económico juega un papel primordial en el cuidado durante el embarazo, no sólo en relación con la carga de trabajo de la embarazada y su buena alimentación, que discutimos en otro capítulo, sino también en la atención preventiva-curativa promovida por la partera y/o el médico pasante en la clínica. Es decir, ambas asistencias implican un gasto: el tratamiento con hierbas para evitar un aborto o una sobada para reacomodar al feto, así como el transporte a la cita prenatal en la clínica, un ultrasonido o medicamentos, por ejemplo. Así, en vista de la crisis actual del precio del café, las decisiones respecto a la atención preventiva y/o curativa durante el embarazo, incluidas las citas prenatales obligatorias, están fuertemente influenciadas por la situación económica de las familias campesinas-cafeticultoras. Supuestamente, el apoyo monetario del Oportunidades debería de cubrir este tipo de gastos pero las necesidades de las familias sobrepasan claramente los recursos monetarios disponibles en la mayoría de los hogares, y más cuando no se cuenta con ingresos por la migración.

Cuando se presenta peligro de aborto, se manifiesta por dolor en la espalda baja y en el vientre y sangrado, en cuyo caso uno de los remedios caseros consiste en tomar una coca con un huevo, dos veces al día, según comenta una madre de familia. Además, este remedio es eficiente también cuando baja mucho la sangre de la menstruación. Frecuentemente, si los remedios caseros no tienen efecto, las embarazadas con dolores acuden con la partera que les soba y les receta hierbas con ayuda de una faja que se coloca abajo del vientre para levantar a la criatura. De hecho, según Sesia, la sobada representa el instrumento de diagnóstico más importante al alcance de las parteras, por las diversas funciones que tiene:

"detectar el tiempo de gestación, conocer la posición fetal, sobre todo en los últimos meses de embarazo, colocar al bebé en posición cefálica, procurar sensaciones de bienestar físico y emocional para la embarazada, aliviar las

molestias de la mujer, establecer y consolidar el contacto entre la partera y la futura madre y detectar cuándo se acerca el momento del parto, por la posición de la cabeza y el cuello borrado.” (1992: 38).

Por su parte, las hierbas curativas que se usan para reacomodar al feto y/o prevenir un aborto son frescas, en contraste con el cuerpo de la mujer, que está caliente cuando da hemorragia en esa situación. Por lo mismo, las hierbas no hacen daño ni a la embarazada, ni a la criatura y se pueden tomar durante el embarazo, para todo tipo de molestias: *“Me dijo [la partera] que mi bebé iba a estar bien”*, comenta Alicia al respecto, *“si algo le faltaba o estaba caliente, que lo enfriaba la hierba.”* Durante el tratamiento con hierbas, la partera recomienda no comer chile, ni tomar café y refresco, así como evitar estar mucho tiempo en el sol. En contraste a la calidad fría de las hierbas, las madres de familia indican que las medicinas alópatas son calientes, por lo cual pueden resultar dañinas en situaciones de hemorragia o diversas complicaciones relacionadas al aparato reproductivo femenino. Así, los medicamentos calientan adicionalmente el cuerpo, que ya de por sí está considerado como caliente en esos momentos.

La concepción de las hierbas “frescas” en contraste a las medicinas “calientes” en el contexto de los cuidados durante el embarazo se basa en la teoría humoral que en el contexto latinoamericano se manifiesta en las calidades no termales atribuidas a comidas, bebidas, hierbas y otros remedios, entre otras cosas. Desde esta perspectiva, la enfermedad es causada por el efecto metafórico de calor o frío sobre el cuerpo y las terapias respectivas deben de basarse en el “principio de oposiciones”. Es decir, metafóricamente se usan remedios fríos para tratar enfermedades causadas por calor y vice versa para alcanzar nuevamente el equilibrio humoral (Foster, 1984: 523).

En San Lucas, la teoría humoral forma parte de las percepciones respecto a las medidas preventivas durante el e/p/p, donde se trata de evitar las oposiciones para mantener el equilibrio. Estas medidas adquieren un significado y énfasis especial en esta etapa de la vida ya que la mujer está expuesta en mayor medida a desequilibrios humorales, sobre todo cuando se presentan complicaciones en el embarazo (calor excesivo), en el momento después del parto (frío excesivo) y en relación con la dieta durante el puerperio; dimensiones de la teoría humoral en el e/p/p que destaca también Sesia en el contexto del Istmo de Tehuantepec (1992: 28-32). Así, el equilibrio entre frío-caliente no sólo se refiere a calidades puramente metafóricas, sino que en ciertos contextos (hemorragia; después del parto) también implica una condición “termal” de la persona afectada. De esta forma, se entrelazan continuamente la dimensión metafórica y la termal en las

percepciones y prácticas respecto al equilibrio humoral (Foster, 1984: 525). Relacionado a malestares durante el e/p/p es muy notoria la calidad caliente atribuida a las medicinas en la zona, lo que lleva a un uso preferencial de las hierbas en estas ocasiones, que sin embargo no excluye totalmente la toma de medicamentos en caso de complicaciones durante el e/p/p. Las madres de familias saben que los medicamentos recetados por el médico durante el periodo de gestación no son dañinos y representan, así como las hierbas, una manera de evitar el aborto o curar dolores. De esta manera, las concepciones humorales locales se articulan en conjunto con las nociones occidentales en relación con el e/p/p y no son de ninguna manera excluyentes (véase también Messer, 1981).

Desde un punto de vista pragmático- en las percepciones locales sobre la salud/enfermedad- lo que está en juego, en última instancia, es el restablecimiento de la salud de la embarazada; sea con hierbas o con medicinas. De esta manera, observé en la localidad que los usos terapéuticos múltiples⁴ son muy comunes, en caso de molestias durante el embarazo y cuando se presentan enfermedades de larga duración en general. Es decir, se recurre en este caso sucesivamente al médico y a la partera, o vice versa, hasta que desaparezca el malestar. Así lo ilustra este comentario de Alicia: “(...) *A los tres meses sentí unos dolorcitos, entonces fui con el doctor, tomé pastilla pero no me calmé, entonces fui con la partera y me dio unas hierbitas y esas me las tomé y sentí bien.*” No obstante, es importante destacar aquí que, según el esposo de una partera, no se deben de tomar hierbas y medicamentos simultáneamente, ya que representan tratamientos distintos, que no pueden combinarse, porque “*la hierba también es parte de la medicina*”. Sin embargo, en la práctica de muchos lugareños se recurre a hierbas y medicinas de forma simultánea en caso de enfermedad.

El tratamiento adecuado en caso de hemorragia, por ejemplo, se articula también con el “susto”, noción que representa el diagnóstico más frecuente de las enfermedades en la zona. En este sentido, el partero Sergio, que vive en una comunidad vecina, nos señala las causas múltiples de las hemorragias: “(...) *Hay sangrado que viene por un susto, hay hemorragia que viene por un golpe, hay hemorragia que viene por una muina, no todos son digamos enfermedad, pues*”. Esto significa a nivel práctico, que las hemorragias “que no son enfermedad” – es decir que

⁴ El concepto de usos terapéuticos múltiples se refiere a la búsqueda de atención en un contexto de pluralismo médico en donde se acude a distintos recursos terapéuticos de manera simultánea o secuencial (Durkin-Longley, 1984).

tienen una causa psicosomática y cultural- son curables con los médicos tradicionales o populares, mientras las que “vienen por enfermedad” -que tienen una causa “orgánica”- se curan con los médicos alópatas. No siempre, sin embargo, está definido de antemano cuáles son las causas del malestar y a menudo es la eficacia o no eficacia del tratamiento que indicará o descartará las posibles causas y la terapia correspondiente. En términos del principio humoral de la salud-enfermedad, podemos observar aquí que este se extiende igualmente al ámbito de las relaciones sociales, estados emocionales y el entorno ecológico de la zona, ya que por ejemplo el susto o la muina son percibidos como posibles causas de desequilibrio, en cuanto a interpretaciones culturalmente construidas de la enfermedad.

Vemos, entonces, que la atención con el médico alópata -incluyendo las citas médicas- se articula de manera significativa con la atención proporcionada por la partera durante el embarazo. Tal vez la diferencia básica entre acudir a un recurso de salud y otro, consiste en que la cita prenatal representa en primer instancia un requisito preventivo obligatorio para recibir el apoyo monetario del Oportunidades, mientras el cuidado con la partera está ligado, de forma pragmática, con cualquier malestar percibido durante el embarazo que abarca ciertas nociones preventivas vinculadas a la teoría humoral. En ausencia del aspecto coercitivo del programa, es probable que las mujeres embarazadas acudirían principalmente a la clínica en caso de sentir molestias, para solicitar por ejemplo vitaminas en caso de sentir debilidad, o medicamentos contra dolores. Asimismo, nos señala Sesia que las mujeres en la región del Istmo de Tehuantepec buscan a la partera cuando ellas deciden hacerlo (a menudo entre el tercero y quinto mes de gestación), dinámica que contradice la periodicidad de las consultas preestablecidas en la atención prenatal biomédica (1992: 35-36).

En el momento del parto, la frecuencia con que las parturientas asisten a la clínica disminuye considerablemente en comparación a las citas prenatales obligatorias, lo cual se refleja en el número de partos atendidos al año en la clínica del IMSS-Oportunidades en Arroyo de Banco, que nada más remonta a unos 8 para una población de 2788 habitantes en 2003. La gran mayoría de las mujeres en la zona prefiere recurrir a la partera para dar a luz, o a veces también paren solas con ayuda del esposo y/o la madre y/o la suegra. La inasistencia a la clínica para parir no sólo está ligado al uso preferencial y culturalmente definido del cuidado con la partera, sino también a la falta de infraestructura en la clínica para atender partos complicados. Es decir, ya

que el personal médico únicamente tiene la capacidad de atender partos normales, así como las parteras, no se presentan mayores razones para acudir a la clínica para dar a luz, más que en el ámbito familiar del hogar y de la localidad. Además, la atención de parto en la clínica no está de ninguna manera sujeta a las reglas de corresponsabilidad del Oportunidades y el personal médico busca más bien convencer a las parteras de acudir a los cursos de capacitación que se les ofrecen dentro del IMSS-Oportunidades. Sin embargo, estos programas de adiestramiento a menudo han sido fracasos en el contexto mexicano, debido en parte a la falta de interés y los prejuicios desde la perspectiva obstétrica-biomédica en relación con las concepciones y prácticas de las parteras a nivel local (Sesia, 1992, 1996).

En caso de presentarse complicaciones, se transfiere a las parturientas desde la clínica a Valle Nacional, en primer instancia, y de allí se canalizan al Hospital General de la SSA en Tuxtepec, ya que el Centro de Salud en la cabecera municipal tampoco cuenta con el equipo médico suficiente. Según el auxiliar de salud, cobran actualmente 1600 pesos la cesárea en el Hospital General, considerando -en teoría- la situación económica de los pacientes. Como sabemos, el programa Oportunidades no ofrece ningún servicio de segundo o tercer nivel de atención, por lo cual, los costos de atención de parto en este caso recaen sobre las familias beneficiarias o no del programa, ya que el hospital del IMSS en Matías Romero -al cual están circunscritas y donde tendrían derecho a una atención de parto gratuita - se ubica demasiado lejos para recurrir en caso de necesitar una cesárea.⁵

La atención del parto en el hospital no sólo se restringe a casos complicados, sino que abarca cada vez a más mujeres jóvenes de la comunidad que prefieren tener a su primer hijo bajo esas condiciones -idealizadas ciertamente por la población urbanizada de Valle Nacional y Tuxtepec y las migrantes permanentes -debido al miedo de parir con la partera en casa. Cuando lo permiten las condiciones económicas, existe entonces un desplazamiento de la atención con la partera en el momento del parto hacia el uso preferencial de los servicios de salud biomédicos dentro de la población femenina joven, lo que sin embargo no necesariamente excluye los cuidados con la partera durante el embarazo, como describimos arriba.

⁵ El costo de la atención de parto varía mucho en la zona, según a qué recurso de salud recurre la familia y por el tipo de parto (normal o cesárea). El parto con una partera sale en alrededor de 200 pesos, mientras, por ejemplo, un partero más especializado y reconocido de la región, contando con material e infraestructura específicos para parto, cobra alrededor de 700 pesos. Por su parte, una doctora muy reconocida en la cabecera cobra igualmente unos 700 pesos el parto mientras una cesárea en un sanatorio privado de Tuxtepec llega a costar hasta 7000 pesos, incluyendo medicamentos y hospitalización.

Por su parte, las mujeres que actualmente tienen alrededor de los 35 años en adelante, tenían anteriormente pocas posibilidades de atender sus partos con ayuda del médico o medicamentos, en caso de complicaciones, por falta de vías de comunicación hacia los recursos de salud disponibles en la zona y la escasez de recursos económicos. Así nos dice Guadalupe, una madre de 41 años con nueve hijos, que anteriormente daba a luz *“sin ninguna medicina, [con] pura fuerza mía”*, y Regina de 39 años que sufrió una hemorragia durante el parto y la pérdida de la criatura, comenta: *“me echaban alcohol, me movían, no querían que yo me muriera.”* Sus familiares llamaron al señor que desde ese entonces vende medicinas en la localidad para que le pusiera suero. No fue con el médico *“porque no tenía yo dinero”*, dice, *“nada de medicina, (...) porque anteriormente no había médico, le buscábamos la manera para que no pasara tan grave.”*

A la vez, existe cierta resistencia por parte de las mujeres que ya tuvieron a varios hijos en su casa, de acudir con el médico o al hospital para dar a luz, en parte por el miedo a la cesárea, relacionado hasta cierto punto con la mala atención que se promueve en ciertas instituciones de salud. La voz corre muy rápido en comunidades del tamaño de San Lucas y los temas relacionados con una atención médica deficiente, forman parte integral del “chisme local”, que a su vez genera una mayor desconfianza hacia los mismos servicios oficiales de salud. Citlali que tuvo a todos sus hijos en casa, por ejemplo, rechaza la atención de parto con el médico: *“Tengo miedo porque algunos médicos van a hacer operación si no nace el hijo.”* Por su parte, otra madre de familia señala que no quiere ir con el médico para aliviarse porque en casa, por lo menos, uno puede acostarse donde sea, antes, durante y después de dar a luz.

Por los comentarios anteriores y también por la situación económica de muchas familias, podemos concluir que una gran parte de las mujeres en la localidad, únicamente recurren al médico y la atención hospitalizada en caso de complicaciones en el momento del parto, mientras las jóvenes “primerizas” muestran una tendencia hacia el uso preferencial de la medicina “alopática” en la atención del parto y de forma más notoria si son mujeres migrantes.

Durante el parto en casa, por lo general están presentes uno o varios familiares cercanos de la parturienta - a parte de la partera en la mayoría de los casos - como son en orden de importancia: el esposo, la madre, la suegra, una cuñada, el suegro y el padre, mientras a los hijos, *“los manda a un lado.”* Tradicionalmente, las mujeres paren hincadas, por lo cual se coloca

desde el techo una grieta, amarrada por un palo y *“esta, la jala la mamá y se hinca y abre bien las piernas...”*. A la vez, el esposo, o quien esté presente, sostiene a la mamá de atrás, apretando su vientre, mientras la partera recibe al bebé. Si se tarda en nacer la criatura, la partera le da a la mamá té de cáscara de jícara y si esto no ayuda tiene que tomar café caliente sin azúcar, según la partera anciana. El uso de la cáscara de jícara en el momento del parto parece generalizado en los hogares de la localidad. Asimismo, si la parturienta no llega a tener flujo, en el caso de un parto seco, se le da nopal que ayuda a tener líquido. Una de las parteras de la comunidad que ya falleció, les daba dos, tres o cuatro cervezas con un huevo a las parturientas, para que así ya no se daban cuenta del dolor, comenta una madre de familia.

El cordón umbilical se corta con tijera, esterilizada con alcohol o con agua hervida, y cuando no hay tijera, con una navajita (hoja). Luego se entierra en el patio atrás de la casa, en conjunto con la placenta, colocados dentro de una jícara y tapados con otra. Alicia comenta por qué se hace así:

“Acá tienen la costumbre de enterrarlo afuera de la casa, en un lugar que nadie camina para que no llore su bebé de uno. Luego dice una costumbre, que llora el bebé si uno lo tira como sea. [Entonces, la partera] lo enterró, lo echó en una jícara, lo tapó con otra jícara y ya lo enterró. (Victoria, 35 años)

A veces, en caso de que nazca niño, también se cuelga el cordón en un árbol, pero es más común que tanto el cordón de niñas como de niños se entierre. Incluso, cuando la criatura nace en el hospital, muchas familias acostumbran llevar el cordón para enterarlo en el patio trasero de su casa, según la creencia. La puntita de lo que queda del cordón umbilical al bebé, se amarra con un hilo y se va secando. Momentos después del parto la mamá a veces llega a tener la matriz inflamada, “cuajones de sangre”, por lo cual se recurre también al té de cáscara y raíz del palo de jícara. Además, se envuelve ceniza en una hoja de plátano, dentro de un trapo, con el cual se le soba donde se presenta el dolor. Este remedio se usa de manera general contra dolor en el vientre, relacionado con la matriz “inflamada” o “hinchada” y también en caso de trastornos menstruales.

Después del parto, se baña al bebé con agua tibia y a la mamá en agua tibia-caliente con la hoja del palo de naranja agria. Según un partero, se usa esta hierba para que la mamá limpie su pecho y le pueda dar leche a su bebé y también para permitir que baje todo el sangrado y evitar que se formen cuajes de sangre en la matriz. Al bebé se le seca el cuerpo con un trapito, una vez

diario durante unos 10 días, para que se macice su piel y se recaliente su cuerpo después del baño. Así lo explica una madre de familia que es originaria de otra región de Oaxaca:

“La costumbre de acá es de cuando el bebé nace, lo tienen que calentar ocho días, para que se ponga duro su cuerpo, dicen, como somos campesinos; tenemos que ir por leña, tenemos que salir al campo y dicen que muchas veces, el que no lo calientan su cuerpo, cuando camina, se le rozan las piernas, por eso lo calientan.” (Fabiola, 34 años)

Por su parte, la madre se baña con agua tibia durante 20 días o hasta un mes cuando tiene a su primer hijo: *“a los 20 días ya ponen el agua fría (...) pero ya se cuidó uno 20 días.”* Con los siguientes hijos la madre se baña con agua tibia sólo hasta el día 12 o 15. El bebé, por su parte, se baña con agua tibia hasta los cinco o seis meses. Estas medidas preventivas tradicionales después del parto nos indican la preocupación de mantener el equilibrio humoral del cuerpo tanto de la madre como del bebé para que no se enfermen en esta etapa delicada para la salud que representa el puerperio.

En el tiempo cercano después del parto algunas mujeres descansan 10 días, 15 días o más, mientras otras siguen trabajando como siempre después de pocos días, dependiendo de la carga de trabajo de cada una. Martina, por ejemplo, nos dice: *“yo me quedaba [en la casa], no hacía yo nada, un mes me quedé, (...) ya después de un mes, lavaba yo un poco de ropita.”* Para trabajar las señoras se fajan durante unos tres meses después del parto. Por su parte, el partero Sergio recomienda no acostarse mucho después del parto. *“(...) porque a veces cuando uno se acuesta después del parto, puerperio, entonces el sangrado en vez de bajar, se queda, se baja a veces como cuaje de sangre; es por lo mismo, porque está acostada; le hace daño, hasta fiebre le da a uno por lo mismo.”*

A partir de la descripción, a grandes rasgos, de las concepciones y prácticas locales respecto al e/p/p vemos, entonces, que el cuidado con la partera durante este proceso se sigue valorando altamente en la zona. Este cuidado incluye una serie de acciones preventivas y curativas vinculadas con la teoría humoral -tanto en el sentido termal como metafórico- que está implícita en las percepciones y prácticas de las parteras y madres de familia. Predominantemente, se recurre a la partera en caso de sentir molestias durante el embarazo y, si no, únicamente en el momento de dar a luz. Así, las preocupaciones de mantener –o recuperar- el equilibrio entre calidades frías y calientes durante el embarazo y parto, se manifiestan sobre todo en situaciones de malestar físico, emocional y/o social, mientras en el puerperio se siguen ciertas restricciones

alimenticias, como veremos en otra parte, y se cuida el equilibrio termal tanto del cuerpo de la madre como del bebé. A la vez, podemos observar que tradicionalmente el proceso de e/p/p cae dentro de la esfera femenina, con una intervención restringida de los hombres. En contraste, las citas prenatales promovidas en la clínica incluyen la revisión de las partes íntimas de la mujer y se imparten a menudo por médicos pasantes hombres -que además únicamente hablan español y vienen de otro contexto sociocultural- lo cual se contradice con las percepciones locales respecto al manejo del cuerpo durante esta etapa de la vida de la mujer e influye en el rechazo por parte de algunas señoras en acudir a dichas citas.

En otra dimensión, las acciones del Oportunidades en el ámbito del e/p/p son exclusivamente preventivas y consisten principalmente en detectar signos y síntomas de complicaciones a partir de los datos clínicos básicos y una exploración física, además de promover información nutricional, aspecto que discutiremos en detalle en el capítulo V. Así, en el fondo las percepciones y prácticas locales respecto al e/p/p se basan en conocimientos sobre la salud-enfermedad distintos a los difundidos por el personal médico; saberes que a veces son contradictorios pero de ninguna manera excluyentes, ya que a menudo se complementan en la práctica de las madres de familia, conforme adquieran significado y valor las nociones preventivas-curativas occidentales.

“Fuimos las que estamos en el programa”: detección del cáncer cérvico-uterino

Con la implementación del programa Oportunidades en la zona, se introduce la aplicación sistemática de la prueba del papanicolaou para las beneficiarias del programa. Anteriormente, el IMSS población abierta no promovía esta dimensión de la prevención que en la actualidad, no obstante, también forma parte del plan de trabajo de esta institución. Esto significa entonces, que este programa referente a la detección y prevención del cáncer cérvico-uterino se dirige tanto a beneficiarias como no beneficiarias del programa Oportunidades en la zona. La inclusión de esta medida preventiva dentro del paquete básico promovido para la población abierta en el país, se debe a la alta incidencia de cáncer cérvico-uterino en la población femenina mexicana. De hecho, en México esta enfermedad presenta el décimo lugar en las causas de mortalidad de las mujeres,

con una tasa de 8.8 por 100.000 mujeres en 2001⁶, donde el Estado de Oaxaca indica una tasa de mortalidad todavía más elevada, de 12.09 por 100.000 mujeres en 2002.⁷ Por lo mismo, el gobierno se ha visto obligado a introducir medidas preventivas para la mayor cantidad de mujeres posible en el país, para cuyo fin, la implementación del programa Oportunidades representó, en el verdadero sentido de la palabra, una *oportunidad* excelente para introducir de manera sistemática la prueba del papanicolaou, tomando en cuenta que el personal médico de las clínicas la incluyó casi automáticamente dentro de las reglas de corresponsabilidad que las titulares tienen con el programa.

Así, en las zonas rurales mexicanas el conocimiento y la detección del cáncer cérvico-uterino representan una dimensión relativamente nueva en las percepciones sobre la salud y enfermedad, ya que la información respectiva empezó a difundirse de manera generalizada con el Oportunidades a partir de 1997. No obstante, por las diferentes interpretaciones culturales sobre el cuerpo y la sexualidad, entre otras razones, este programa para la aplicación del papanicolaou se ha encontrado en algunas regiones indígenas-campesinas con una fuerte resistencia por parte de la población, tanto femenina como masculina. En este contexto, la evaluación del Oportunidades por parte del CIESAS en el 2002, indica que el rechazo hacia la realización del papanicolaou sigue persistiendo pero en cada vez menor medida. La resistencia, según esta investigación realizada en diferentes entidades del país, está ligada principalmente a: 1) tener que desnudarse frente a un médico hombre y 2) la supuesta o real falta de higiene de los aparatos que se usan (Escobar et al., 2002).

En el caso de la zona circunscrita a la clínica de Arroyo de Banco, el médico pasante considera que la respuesta ante la aplicación del papanicolaou ha sido muy positiva por parte de las beneficiarias del Oportunidades: *“Hubo una respuesta muy satisfactoria y hemos hecho casi el 100% del papanicolaou; de todas las señoras, de San Juan Palantla hasta Arroyo Colorado”*, lo que incluye a la comunidad de San Lucas. En la clínica son las dos enfermeras que realizan la prueba del papanicolaou, sólo cuando se presenta *“un caso difícil”*, por ejemplo una infección que nunca han visto, llaman al médico. La directora del Centro de Salud en la cabecera municipal también indica una alta participación por parte de las mujeres en la aplicación del papanicolaou: *“Afortunadamente aquí en Valle Nacional no tenemos casi el problema como en otras*

⁶ INEGI, SSA, 2002.

⁷ Secretaría de Salud, Oaxaca, 2003.

localidades, donde la gente se rehusa a hacer la prueba; coopera mucho para la prueba del papanicolaou.”

Las titulares del Oportunidades en San Lucas ya acudieron una o dos veces a la clínica, según el año de su incorporación al programa, para que se les realizara la prueba del papanicolaou. En teoría se cita a las beneficiarias cada año para la detección del cáncer cérvico-uterino, pero ya se les ha informado que el gobierno tiene contemplado aumentar estas citas preventivas a dos por año. Algunas señoras en la comunidad ya habían realizado la prueba del papanicolaou de manera previa y/o independiente al Oportunidades, estando bajo atención médica por malestares relacionados con la matriz. Por lo tanto, esta dimensión de la salud y enfermedad no representaba un tema completamente desconocido por, por lo menos parte, de la población femenina de la localidad en el momento de implementarse la capacitación respectiva a través del Oportunidades. Otras señoras, no obstante obtuvieron la información sobre la enfermedad del cáncer cérvico-uterino sólo en el momento de acudir a las pláticas educativas del programa.

El Oportunidades, sin embargo, propone un enfoque distinto al que se tenía a nivel local respecto a la aplicación del papanicolaou, que se vincula –otra vez– con aspectos preventivos promovidos para personas sanas. En contraste, las señoras anteriormente se realizaban la prueba por una situación de malestar físico, en el contexto de un tratamiento médico, es decir, como respuesta ante un dolor concreto. Entonces, la visión promovida desde el programa gubernamental respecto a la prueba del papanicolaou presenta algunas contradicciones significativas con las percepciones previas al respecto en la localidad. Así, para algunas señoras no tiene sentido realizar análisis médicos, sin que se manifiesten dolores físicos. Así lo indica, por ejemplo, el siguiente comentario de Regina (39 años): “... *Se siente uno pues, para qué va a hacer [la prueba del papanicolaou] si no tiene nada. Pues si ve que siente mal, por donde le da el dolor, que algo le pasa.... por eso el doctor la manda hacer esta cosa; si uno no tiene nada, ¿para qué lo va a hacer?*” Otras señoras, ya aceptaron e integraron la dimensión preventiva - implícita en la aplicación del papanicolaou - dentro de su concepción de la salud y enfermedad, como reflejan estas palabras de Elena (40 años): “*Hice lo bueno; cuando ya tengo enfermedad qué le voy a hacer.*”

Por su parte, la mayoría de las titulares ya tienen conocimiento para qué se aplica el papanicolaou: “*Si no va a hacer el papanicolaou, no sabe si ya tiene cáncer el cuello de matriz*”

(Citlali, 33 años), o, *“hay algunas enfermedades que vienen sobre esto, por eso uno tiene que hacerse el papanicolaou para que no le pasa nada, para que uno esté bien.”* (Selia, 24 años). En este sentido, la aplicación del papanicolaou ha adquirido a nivel local significados heterogéneos donde muchas señoras la consideran innecesaria en cuanto medida preventiva, mientras otras la valoran como tal. No obstante, es evidente que la introducción sistemática y periódica de este análisis está estrechamente ligada al manejo del programa Oportunidades en la zona. Es decir, que la alta participación de las beneficiarias en este programa preventivo está relacionada –en primer instancia- con la dimensión coercitiva del Oportunidades. El estrecho vínculo que existe entre el hecho de ser beneficiaria del Oportunidades y el conocimiento y la prueba sistemática del papanicolaou, se refleja en las siguientes palabras de Edalia (22 años): *“Supe de esto porque estamos allí en el programa, por eso fuimos, todas fuimos, todas las que estamos en el programa.”*

En este sentido, las beneficiarias están obligadas a hacerse el papanicolaou, según la información que transmiten los auxiliares de salud en las pláticas educativas, *“porque así es el programa.”* Comentarios como *“nos lo hemos hecho porque nos han exigido también los doctores que están en el Centro de Salud o en la clínica”* (Mariana, 44 años), refuerzan el aspecto coercitivo en la aplicación del papanicolaou, transmitido por el personal de las instituciones de salud oficiales para lograr una mayor participación de la población campesina-indígena femenina. Sin embargo, el médico pasante de la clínica enfatiza que no puede obligar a nadie, ni poner falta en relación con el programa si no acude una señora:

“[A] las señoras que no quisieron hacerlo pues solamente se les invita, se les explica los riesgos que tiene el no realizarse la prueba pero se respeta su decisión de querer o no querer hacerse su papanicolaou. (...) Solamente se le pondrá falta a aquella persona que no asista a sus citas o a sus pláticas (...), a lo demás no están obligadas.” (médico Luis)

Mientras en la práctica para las beneficiarias del Oportunidades se establece, sin embargo, una relación casi automática entre recibir el apoyo por parte del programa y acudir periódicamente a la realización de la prueba del papanicolaou, las no beneficiarias quedan nuevamente fuera de la relación, así como lo hemos ilustrado para las pláticas educativas y citas médicas. A pesar de que el personal médico trata de incluirlas también en este tipo de actividades –ya que en teoría abarca a toda la población abierta en el marco del IMSS-Oportunidades- éstas no sienten el mismo compromiso, ni la obligación de acudir a realizarse la prueba del

papanicolaou como las titulares. De hecho, por lo general, las no beneficiarias no buscan hacerse la prueba por motivos preventivos, en el sentido en que lo estipula el programa. Así lo comenta Clara de 24 años que no es titular del Oportunidades: *“me dijeron [de la prueba del papanicolaou] pero yo no he ido.”* También hay titulares que no han respondido a la invitación del personal médico, por diversas razones. Martina de 27 años menciona: *“Yo no fui ese día porque yo tenía otra cosa ese día. (...) Me gustaría ir nomás no fui porque tenía yo algo. Fui otro día [a la clínica] cuando supe que había terminado eso.”*

Percibí en la localidad que existe confusión respecto al vínculo entre la realización del papanicolaou y las reglas de corresponsabilidad del Oportunidades; es decir, si el no acudir a la detección del cáncer cérvico-uterino implica la disminución del recurso monetario percibido por el programa. Por lo mismo, la señora del comentario anterior fue a investigar después si no le podrían aplicar la prueba. Sin embargo, las aplicaciones del papanicolaou están calendarizadas en la clínica por comunidades y según nos señalan las palabras de la titular, sólo es posible acudir para tal motivo en las fechas o los días correspondientes a la localidad, lo que demuestra cierta inflexibilidad ligada al funcionamiento excesivamente burocrático de las unidades médicas rurales.

Por su parte, otras madres de familia simplemente no le dan tanta importancia a la prevención del cáncer cérvico-uterino, a pesar de tener el conocimiento sobre lo que pueda implicar el no realizarse la prueba. Así nos dice Rocío, una titular de 22 años: *“Yo no voy”,* y ¿porqué no va?, le pregunto, *“así nomás, apenas voy a ir.”* Esto, a la vez, señala una forma de rechazo hacia las imposiciones de fechas precisas en las cuales las titulares deben de acudir a la clínica para realizarse la prueba. A la vez, esta titular tiene conocimiento de que el hecho de no acudir, no significa un falta frente a las reglas del programa.

Otras señoras no quieren acudir a la prueba del papanicolaou porque les da pena ir con el doctor, dato que coincide con la evaluación del Oportunidades por el CIESAS en 2002. Sin embargo, en la zona ha facilitado mucho el trabajo con las señoras la atención con las enfermeras y la intervención mínima del médico pasante hombre en la aplicación de la prueba del papanicolaou. Pero aún así es difícil convencer más que nada a las ancianas realizársela, como nos comenta la enfermera Isabel: *“No quieren pasar porque les da vergüenza, les da pena; como no están acostumbradas las ancianitas, es difícil que se dejen, uno tiene que buscar la manera de convencerlas (...).”* Otro factor en el rechazo hacia la aplicación de la prueba está ligado al no

consentimiento por parte de los esposos, según nos cuenta Ester, una beneficiaria: *“Hay algunas que no deja ir su marido a hacer el papanicolaou”*.

Asimismo, queremos mencionar otros dos aspectos a nivel de la promoción del servicio por parte de las instituciones oficiales de salud, que están ligados con el compromiso que éstas últimas tienen con las beneficiarias del programa. Se trata por un lado, de la higiene en los aparatos que se usan para realizar la prueba, lo que representa para algunas titulares una preocupación: *“Tenía miedo para ir, si va a usar el mismo aparato, que tal si otra está enferma”* (Mónica, 42 años). Por otro lado, varias beneficiarias muestran cierta molestia por el tiempo en que se tardan los responsables a entregar los resultados de la prueba. En 2003, las titulares de San Lucas fueron citadas en el mes de febrero para realizarse la prueba en la clínica y en junio todavía no tenían noticias de los resultados: *“No dicen si uno está bien o uno está mal. (...) Cómo voy a saber qué tengo si no hay resultado”*, nos dice Mónica; y Fabiola: *“Sí me lo hice pero no hubo resultado, tal vez porque salimos bien.”* Es obvio que esta tardanza en la entrega de los resultados genera incertidumbre entre las mujeres beneficiarias y representa un aspecto propenso a mejoramientos en la organización del programa. Además, cuando se detecta cáncer cérvico-uterino, ni el Oportunidades, ni el IMSS-Oportunidades tienen la capacidad de promover el tratamiento. Esto se refleja, por ejemplo, en el caso de una mujer anciana de San Lucas, cuya prueba del papanicolaou resultó ser positiva y que consideró trasladarse a México donde su hijo le facilitaría el acceso al IMSS.

A partir de la información obtenida en las pláticas educativas, en conjunto con testimonios, experiencias personales y diversas concepciones de la salud-enfermedad, se han establecido en la localidad una serie de vínculos – y confusiones - entre el cáncer cérvico-uterino, su detección, la planificación familiar y el SIDA. Sobre las distintas visiones respecto a las causas del cáncer cérvico-uterino Fabiola nos comenta lo siguiente:

“Muchos dicen que [el cáncer] se provoca por ese programa [de planificación familiar]. La gente es lo que dicen de que no quieren esos métodos porque eso provoca... tienen miedo.” “Dicen que el cáncer también se provoca por tener muchos hijos. Dicen que el cuello de la matriz se va desgastando como van teniendo los hijos.” (Fabiola, 34 años)

Esta última percepción, Celia la relaciona a la vez con una valoración positiva de la prueba del papanicolaou: *“Es para mi bien, como tengo dos hijos ya.”* En este sentido, el hecho

de tener ya varios hijos, representa un factor de riesgo para contraer la enfermedad del cáncer, en la visión de varias madres de familia en la localidad. Por su parte, vemos que la valoración negativa de los métodos anticonceptivos –dimensión que tratamos con detalle en otro capítulo-, está ligada a la percepción de que puedan provocar cáncer u otras enfermedades de la matriz.

Contrariamente a estos puntos de vista, Liliana de 22 años considera que el cáncer se puede justamente prevenir con los métodos anticonceptivos: *“El cáncer se pega mucho en el seno mamario, en la matriz, esta enfermedad es muy contagiosa pues; allí es donde siempre viene más el cáncer... A través de unos métodos [anticonceptivos] el cáncer se puede prevenir.”* Asimismo, vinculado con el SIDA, Liliana menciona que *“muchas personas ya están contagiadas de SIDA, tienen relaciones con otra persona, se pega al otro y así se va... el SIDA es mortal (...).”*

La línea divisoria entre estas “nuevas” enfermedades -relacionadas las dos de alguna manera con el aparato reproductivo y con la sexualidad- queda confusa en la localidad. Así, una señora indica, por ejemplo, que se realiza la prueba del papanicolaou para detectar el cáncer pero que *“ya va a ser otra vez porque da mucho SIDA.”* De esta manera, la información recibida sobre enfermedades como el cáncer cérvico-uterino o el SIDA -parcialmente por medio de las pláticas educativas del Oportunidades- y que hasta la fecha casi no han tenido incidencia en la zona, se integra y adquiere significados muy diversos a nivel local. A través de la interacción social, se formulan imaginarios sobre los contenidos y las causas de estas enfermedades y sus vínculos con otras acciones gubernamentales de salud implementadas. En este caso se ha relacionado la prueba del papanicolaou con los métodos anticonceptivos y la información obtenida sobre el SIDA, que quiero especificar brevemente a continuación.

El SIDA

En el contexto de las pláticas educativas del Oportunidades, el VIH-SIDA constituyen una de las temáticas y los auxiliares de salud en San Lucas han recibido instrucciones por parte de la asesoría médica del IMSS-Oportunidades, para acentuar la sensibilización al respecto. En México el SIDA representa el séptimo lugar en las causas de mortalidad en edad reproductiva (de 15 a 64 años), con una tasa de 6.50 por 100.000 habitantes en 2001⁸, mientras en el Estado de Oaxaca ocupa el vigésimo primer lugar dentro de la mortalidad general, con una tasa de 0.34 por

⁸ SSA/INEGI, 2002.

10.000 habitantes.⁹ Para la zona circunscrita a la unidad médica de Arroyo de Banco, no se ha detectado hasta el momento ningún caso de VIH. No obstante, con el incremento de la migración en los últimos años hacia otras entidades del país y los Estados Unidos, aumenta también el riesgo de contraer la enfermedad y contagiar a las esposas que a menudo se quedan en las comunidades de origen. Es en este contexto, que vienen a jugar un papel importante las pláticas educativas respecto a la prevención del VIH en la región. Por su parte, hay que señalar que hasta la fecha ni en Valle Nacional, ni en Tuxtepec se dispone de la infraestructura necesaria para detectar el VIH y se tiene que mandar la prueba de sangre hasta la capital del país para su análisis. Entonces es probable que no sería hasta presentar síntomas de SIDA, que las personas, por ejemplo los migrantes en la zona, se realizarían la prueba de sangre respectiva.

En San Lucas, una gran parte de la población tiene conocimiento de que el SIDA es una enfermedad mortal que se transmite por contacto sexual. Así nos comentan, por ejemplo, algunas señoras de la comunidad: “(...) *Esta enfermedad lleva uno a la muerte; se contagia uno cuando se mete con otra mujer.*” O: “*Si uno ya tiene enfermedad de SIDA, ya no hay remedio (...), es mortal, dicen.*” Y Celia nos cuenta: “*Dicen que es por relaciones sexuales (...); ya no se quita con nada pues, es malo.*” Por cierto, se concibe al SIDA como una enfermedad peligrosa y mortal pero, a la vez, se considera lejana a la realidad de San Lucas: “*Hay mucha gente que tiene [SIDA] en Oaxaca, aquí no.*” o: “*Hay muchas personas ya contagiadas de SIDA; acá no, pero en otras naciones, no lo que es México.*”

Los principales grupos de riesgo para la localidad, según las percepciones transmitidas por los auxiliares de salud y otras fuentes de información, son los esposos migrantes en Estados Unidos y los esposos que tienen relaciones sexuales con “*mujeres que andan en las cantinas en Valle.*” En este sentido, las beneficiarias del Oportunidades han recibido una capacitación donde *ellas* son las que deben de cuidarse y sensibilizar a sus esposos cuando van o regresan de los Estados Unidos, o de las cantinas de Valle, por ejemplo. Esto significa, en otras palabras, que el Oportunidades les delega a las madres de familia la responsabilidad sobre la “educación sexual” dentro del hogar, en conjunto con todas las demás dimensiones de salud y nutrición que promueve el programa. Ellas son las encargadas de llevar la información sobre el VIH-SIDA a sus esposos para que ellos tomen las medidas necesarias para no contagiarse. No obstante, por la desigualdad entre los géneros con respecto al manejo de la sexualidad, en muchos casos las

⁹ Secretaría de Salud, Oaxaca, 2003.

mujeres no deciden cuándo y cómo tener relaciones sexuales, sino sus esposos. Además, la utilización del condón para prevenir el SIDA, por lo pronto, queda en una dimensión puramente teórica, ya que no se han presentado casos concretos en la zona y no es difundido el uso del preservativo ni siquiera como método anticonceptivo. Además, hay que tomar en cuenta que En los siguientes comentarios de madres de familia, podemos notar la estrecha relación que se establece entre el SIDA y la migración de familiares, por un lado, y el SIDA y las prostitutas, por otro: *“Hay que tener mucho cuidado con la familia, la familia que anda fuera. Porque por allí en otro lado hay esta enfermedad.”* O: *“(...) Da mucho SIDA, en otro pueblo pues porque sale mucha gente. Van hombres por otro lado.”* Regina nos comenta:

“Dicen, la gente que va al norte, gente que va fuera, esposos de uno pues, van a trabajar fuera, entonces su marido se mete con una mujer que tiene SIDA, allí lo contagia. Cuando llega su marido, entonces se mete con su mujer, entonces su mujer le toca esta enfermedad. Entonces, no puede hacer así, debe de cuidar cuando uno va fuera.” (Regina)

Respecto al grupo de prostitutas “estigmatizadas” de la cabecera municipal, Carmen de 40 años nos dice: *“Hay que cuidar, decir a su esposo cuando llega porque en la cantina en Valle, dicen, están las mujeres que tienen SIDA y ya después cuando llega, por eso se enferma su esposo.”*

Las vacunaciones

Sin duda, la primera acción preventiva que entra a las zonas rurales de México, se refiere al combate de las enfermedades infectocontagiosas a partir de campañas de vacunación impulsadas por las Secretaría de Salud. Para el municipio de Valle Nacional, sabemos que, desde décadas anteriores al Centro de Salud, inaugurado en 1975, entraban periódicamente brigadas a vacunar a la población, aunque de manera más sistemática a nivel de la cabecera municipal. Así nos comenta Emilio, originario de San Lucas:

“Me vacunaron en 1972 para tuberculosis cuando yo estaba en la escuela en Valle Nacional (...). Pero anteriormente no había vacuna, por eso muchos niños cuando había así enfermedad de viruela, tos ferina, muchos niños morían. A veces se morían 10, 8 niños a la semana.” (Emilio, 46 años)

Es a partir de la década de los setenta que los programas de vacunación empiezan a llevarse a cabo de forma más extensa y regular en la región y en este sentido fue de gran importancia -para la población de San Lucas- la construcción de la clínica en Arroyo de Banco en 1979. El programa de vacunación promovido abarca lo que por sus siglas en inglés se conoce como EPI¹⁰ (Programa Extenso de Inmunización) iniciado en 1974 para los países en desarrollo a nivel mundial, e incluye las vacunas contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis (Nichter, 1995).

Las madres de familia en la localidad tienen conocimiento de las enfermedades que se previenen con las vacunas ya que todas eran muy comunes en la zona en tiempos anteriores a las campañas extensas de vacunación. En este sentido se aprecian en la actualidad las vacunas como medida protectora, tal vez más que preventiva, como indica esta respuesta de Celia a mi pregunta ¿piensa que sirven las vacunas? *“Yo digo que sí porque protegen de cualquier enfermedad que les vaya a tocar [a los niños]. Dan para el tétanos, para la difteria, de esto de la tos, de la angina.”*

Mientras en general noté durante mi estancia en San Lucas una fuerte aceptación de las vacunaciones, hay testimonios que reflejan que en un principio muchas familias se oponían a vacunar a sus hijos. Así le pregunté, por ejemplo, a Emilio sobre la aceptación o rechazo de la población hacia las vacunas: ¿Y la gente, cuando empezaron a vacunar, sí iba o no les gustaba?

“Sí iba; algunos no iban porque decían que esta vacuna iba a hacer estéril a uno. Ya ve que la gente no conocía, la gente no sabía hablar español, puro chinanteco hablaba, se desconfía la gente cuando venía alguien y decía que va a llevar los niños a vacunar y no los llevaba; pero algunos sí.” (Emilio)

Vemos entonces aquí, como se establecía en la localidad un vínculo entre dos programas de salud gubernamentales que coincidieron en su implementación durante la década de los setenta: el programa de vacunación y el de planificación familiar. De hecho, la literatura nos señala que este fenómeno se ha dado en otras partes del mundo, por ejemplo en la India, donde Nichter observó que la población relaciona también las campañas de vacunación con las acciones gubernamentales de control natal (1995: 618).

¹⁰ Expanded Programme on Immunization

El rechazo inicial y la aceptación actual hacia las vacunas se refleja, por su parte en esta respuesta de la enfermera Luisa a mi pregunta: ¿Y si no se vacunan se les pone falta [en el Oportunidades]?

“No, porque las mamás ya saben... están capacitadas... antes no sabían... me costó bastante para cambiar la idea de mi gente... no cambian de idea de un día para otro; demora años... me costó bastante para poder vacunar a los niños.”

A través de la capacitación y el convencimiento del personal médico y paramédico desde que se implantó el programa IMSS población abierta en la zona a finales de los setenta, tanto las familias beneficiarias como no beneficiarias del último llevan -hoy en día- periódicamente a sus hijos menores de cinco años a vacunar en el salón ejidal, cuando el personal médico los cita y tienen conocimiento que deben de llevarlos a vacunar en la clínica cada dos meses hasta los ocho meses de edad. En este sentido, la realización de las vacunaciones no es sujeta a medidas coercitivas por parte del personal médico, en el contexto del programa Oportunidades, ya que se valora a nivel local su aplicación, más que nada para la población infantil que se considera más vulnerable ante la enfermedad. Sobre todo para las inmunizaciones de las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años ayudan, no obstante, las citas médicas y prenatales obligatorias para llevar a cabo esta medida preventiva oportunamente, con una amplia cobertura.

Cuando surgen padecimientos infectocontagiosos en la localidad, como fue el caso de la hepatitis en 2002, entran brigadas a vacunar a toda la población para evitar la propagación de la enfermedad. Las vacunaciones proporcionadas a nivel local tienen la gran ventaja de no representar ningún gasto para las familias, mientras el desplazamiento a la clínica en Arroyo de Banco siempre implica pagar transporte. Además, garantiza la mayor cobertura de vacunaciones como insinúa este comentario de la directora del Centro de Salud en Valle Nacional:

“Cooperan mucho [para realizar las vacunaciones]. El único problema aquí es que a veces las personas son un poquito dejadas, no es porque no quieren que vacunen a sus hijos, sino se les pasa[n], por equis situación, las fechas de las vacunas y esperan a que uno sea él que vaya a vacunarlos hasta allá, pero no ponen resistencia para la aplicación de la vacuna”. (directora del Centro de Salud, Valle Nacional)

Ciertamente, por diferentes circunstancias, la demanda del servicio de vacunaciones es menor que la oferta. Es decir, si el personal médico cita a las madres para las vacunas de sus hijos en San Lucas mismo, es probable que actualmente asista la gran mayoría, mientras, sin embargo,

sea menos probable que acudan a vacunarse en la clínica por iniciativa propia. En este sentido, nos señala Nichter que la gente no piensa mucho en las vacunaciones sino que más bien “[v]accinations are accepted passively as a result of interactions with health care providers and because compliance is demanded by those in positions of power”. (1995: 625). Pienso que esta conclusión a la que llega Nichter es muy ilustrativa para la zona de San Lucas, donde ya no existe resistencia hacia las vacunaciones que, no obstante, se realizan en la mayoría de los casos en respuesta a la iniciativa del personal médico de la clínica, más que por iniciativa propia. Al respecto, el Oportunidades refuerza en la zona las actividades impulsadas por el IMSS población abierta desde hace más de veinte años en este ámbito, notablemente por medio de las citas médicas obligatorias para todos los miembros de las familias beneficiarias. Por la actual valoración positiva del programa de inmunización en la zona, no se han presentado exclusiones mayores en relación con las vacunaciones de las familias no beneficiarias del Oportunidades.

Capítulo IV: El saneamiento ambiental básico

Dentro de las medidas preventivas impulsadas por el personal médico del IMSS-Oportunidades destaca sin duda el saneamiento básico, lo cual se refleja en las concepciones y prácticas a nivel local en relación con la salud en el contexto de la atención primaria ofrecida desde la clínica y el programa Oportunidades. Desde el establecimiento de la clínica en Arroyo de Banco a finales de los setenta, el personal médico del IMSS población abierta ha estado presionando y tratando de convencer a la población local para que implemente medidas de saneamiento e higiene, para así llegar a reducir la fuerte incidencia de las enfermedades transmisibles en la zona, notablemente las infecciones de las vías respiratorias y los padecimientos gastro-intestinales. En la localidad de San Lucas, las medidas de saneamiento básico sólo inician de manera más notoria a finales de la década de los ochenta –por su relativa lejanía de la clínica- y en consecuencia a la información que traía el primer auxiliar de salud nombrado en la comunidad. Así algunas familias empezaron a implementar gradualmente cambios en sus hábitos cotidianos, como nos relata Emilio, un padre de familia que se acuerda de los cambios al interior de la casa. Estos implicaban:

“Lavar bien la ropa, dormirse en la cama, hacer una cama de jonote, camita de tablas, y hacer su fogón también para que uno no se está agachando, echando tortilla; y todo el mundo se hizo su mesita también para que comiera uno arriba porque uno comía allí en el suelo (...); había banquita de jonote (...), no había silla; (...) hacía su mesita de jonote, para que comieran arriba porque los pollos andan abajo. Los pollos traían también a veces caca de perro, de marrano y todo. Anteriormente también había mucha enfermedad porque los marranos andaban así vagando (...), hubo la asamblea aquí para que se amarrara los marranos (...); hicieron su cerca, su chiquero (...) para que se ensuciaran en un solo lugar” (Emilio, 46 años).

De esta manera, según el valor que se atribuía y la relación que se establecía entre esas medidas y la salud/enfermedad, las familias empezaron a construir sus letrinas o a hervir el agua, o no lo hacían. *“Hay veces que no les hacíamos caso”*, menciona una madre respecto a las sugerencias del personal médico sobre las medidas de saneamiento básico; comentario que refleja en un principio una reacción común a nivel local. La resistencia inicial hacia las actividades sanitarias, se manifiesta también en estas palabras de la enfermera Lucía: *“(…) en San Lucas, esa*

gente no quería hacer su letrina; me costó bastante para que mi gente entendiera para qué era la letrina, porque era tan importante tener una letrina en cada vivienda.”

De hecho, el cambio de actitud hacia la incorporación de las medidas de saneamiento dentro de las actividades cotidianas de las familias campesinas en San Lucas, se produce sólo de manera más generalizada con la entrada del programa Oportunidades en 1999, aunque en algunas familias la aceptación y acciones correspondientes fueron previas. Así nos relata Mariana de 44 años: “(...) cuando entró este programa es cuando nos pusimos frente a frente pues a asistir a todo lo que nos dijeran: hay que hervir el agua, hay que quemar la basura, hay que tener letrina, hay que tener todo.” Este comentario nos indica que se está logrando con el programa Oportunidades lo que el IMSS población abierta nunca pudo lograr con una cobertura amplia; es decir, una participación considerable en el ámbito del saneamiento básico por parte de la población abierta en la zona. Para entender este cambio relativamente repentino en el comportamiento de muchas familias -ya que el IMSS población abierta llevaba casi 20 años en la zona presionando a las familias con el saneamiento básico cuando el Oportunidades entró- vamos a considerar en lo siguiente de más cerca el manejo del programa Oportunidades por parte del personal médico de la clínica.

“Ponemos faltas si tienen las casas sucias; si tienen su casa sucia, pues ni modo”:
corresponsabilidad y saneamiento

El personal médico y paramédico de la clínica afirma que únicamente se pone falta –que implica la reducción del apoyo monetario del Oportunidades- en caso de que la titular no cumple con la plática educativa o si los miembros de la familia de la titular no acuden a la cita médica programada. Sin embargo, desde que entró el programa a la zona, el personal médico ha incluido dentro de las reglas de corresponsabilidad a las acciones de saneamiento básico para poder implementarlas de forma más efectiva. Respecto a las faltas por no limpiar la casa, el médico pasante afirma: *“No se debe de poner falta porque así está estipulado en el programa de Progresá; pero se hace porque así se estuvo manejando durante mucho tiempo.”* De esta manera, la práctica de amenazar con falta –más que en última instancia reportarla- en caso de que la beneficiaria de Oportunidades no realice las acciones de saneamiento, se ha integrado en el manejo de este programa en la zona, en beneficio del plan de trabajo del IMSS-Oportunidades.

Manuel, el auxiliar de salud, considera que el hecho de que las titulares del Oportunidades estén obligadas a cumplir con el saneamiento básico fue el “motor del cambio” en el ámbito de la salud en la localidad:

“(...) Antes la gente aquí no tomaba agua hervida, no quemaba su basura, no construía, usaba la letrina, simplemente no tenía letrina, ellos iban al baño al ras del suelo. Como ahorita ellos ya tienen su programa, Oportunidades, ellos están obligados a hacer pues, ya están obligados a hervir el agua, ya están obligados a quemar la basura; a todas las actividades pues, a dejar en un lugar las latas para no llenar las aguas.” (auxiliar de salud Manuel).

La importancia de las medidas del saneamiento básico desde que entró el programa Oportunidades a la localidad, se refleja también en el discurso de las madres de familia, titulares del mismo. El siguiente comentario de una madre respecto al contenido de las pláticas de Oportunidades es ilustrativo de muchos casos:

“Pues allí, hablan de muchos temas, (...) no me acuerdo qué temas pues pero me acuerdo lo que dicen: que vamos a tener limpia la casa, a quemar la basura, vamos a tener baños, para ir al baño en un solo lugar; para que no se ensucia por acá, por allá; tenemos que hervir el agua, tomar agua hervida” (Regina, 39 años).

Por su lado, un padre de familia menciona lo siguiente respecto a lo que ha escuchado por su esposa sobre las pláticas del programa:

“(...) Hasta donde podemos hacerlo, lo hacemos pero lo que no podemos hacer, no lo hacemos. (...) Siempre tenemos agua hervida, siempre tenemos la casa limpia, no tanto pues, pero de todas maneras como los árboles que tenemos aquí, siempre cae, cae, cae, pero para juntar la basura, no se puede pues. Pero por lo menos la necesidad de hacer del baño junto, ya no, tenemos letrina ya y los chamacos ya saben como es. Ahora sí, cada cosa tiene su lugar, como del pollo, como otra cosa. De la casa cuidamos no comer cosas sin hervir bien (...). De todo un poquito... hacer lo que piden (...). La comida de nosotros no la dejamos así [por las moscas]” (Carlos, 44 años).

Por cierto, la relevancia del saneamiento básico en el discurso de los miembros de la localidad está estrechamente vinculada al énfasis y la presión que pone y ejerce el IMSS población abierta desde hace muchos años en la realización de esas medidas preventivas. En el contexto del Oportunidades estas actividades, sin embargo, quedan bajo una luz nueva, donde gracias a los mecanismos coercitivos de este programa se logra una participación extensa de la población beneficiaria que ha estado integrando gradual y parcialmente las recomendaciones respectivas en su vida cotidiana. El fuerte énfasis del saneamiento en las percepciones de las

familias beneficiarias respecto al Oportunidades también se debe a que las acciones respectivas implican tareas concretas dentro del hogar, que a la vez significan una carga de trabajo adicional importante para las madres beneficiarias del programa. De hecho, en conjunto con las pláticas educativas, las actividades de saneamiento básico significan la mayor inversión de tiempo desde la perspectiva de las titulares en relación con el programa; tema al cual aludimos en el capítulo anterior. Además, representan una dimensión de la salud que se presta particularmente bien para ser sujeta a revisiones, llevadas a cabo por el personal médico y paramédico en todos los hogares de la localidad, lo que acentúa todavía más la presión que sienten las beneficiarias en realizar las “tareas preventivas” promovidas.

Así, el médico pasante realiza periódicamente visitas “epidemiológicas” en sustitución a la plática educativa mensual, mientras en su ausencia los auxiliares de salud están encargados de llevar este control –con ayuda de voluntarias–; control que tiene la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades infecciosas. En una ocasión, tuve la oportunidad de acompañar al médico pasante en una de esas visitas, en conjunto con el auxiliar de salud y tres voluntarias que fueron adiestradas para llevar a cabo las revisiones posteriormente en ausencia del médico. Esta vez, el control consistió en revisar casa por casa si las señoras habían hervido el agua, probándola¹, si tenían limpia la casa y el baño, si habían quemado la basura y canalizado el agua en el patio para que no se estancara, ya que esto puede provocar la formación del zancudo transmisor del dengue. En las casas donde no se cumplió con alguna o varias de las actividades mencionadas el médico apuntó en su libreta el nombre de la titular para ponerle falta si en la próxima visita el mes siguiente seguía igual. Así, de la misma manera en que las citas médicas obligatorias significan una invasión del Estado sobre los cuerpos de los individuos en términos de Foucault (1994), estas revisiones “epidemiológicas” en los hogares implican una penetración hacia los ámbitos más íntimos de las familias campesinas-indígenas; revisiones moralmente cuestionables y ni siquiera justificadas por las reglas de operación del Oportunidades, sino únicamente por el manejo idiosincrásico de este programa en la zona.

En la misma visita epidemiológica, saliendo de una casa para entrar a revisar otra, Manuel me comentó: “*Como saben que viene el médico, ya todas hirvieron el agua,*” señalando de esta

¹ El agua hervida se distingue de la cruda por su sabor a humo ya que se calienta con leña.

manera la posición de poder del médico y el cumplimiento parcial con las medidas de saneamiento –en respuesta a la visita del último- por parte de la población. Al respecto, pude observar también la tarde anterior a la visita del médico como en muchos hogares las madres de familia limpiaron la casa, chapearon y quemaron basura porque daban por sentado que si no lo hacían se les iba a disminuir su apoyo monetario. En otra ocasión que se anunció la llegada de una promotora del programa Oportunidades, algunas señoras se preocuparon igualmente por tener limpia la casa y Liliana me comentó: “*Voy a quemar un poco de basura porque van a venir de Oportunidades de Oaxaca*”. Los ejemplos mencionados nos señalan entonces no sólo el poder del médico o de los operados de Oportunidades, sino también implican una forma de resistencia por parte de las titulares, ya que éstas no necesariamente realizan las actividades de saneamiento de manera regular sino a veces únicamente en función de las “revisiones”.

Estas prácticas manifiestan, entonces, la eficacia de las reglas coercitivas del Oportunidades, aplicadas por el personal médico y paramédico en un ámbito vinculado estrechamente con el plan de trabajo del IMSS-Oportunidades. También ponen de manifiesto la relación vertical de poder entre el personal de salud y las beneficiarias, dónde las últimas en vista de la crisis económica no pueden permitirse arriesgar la llegada del apoyo monetario del gobierno. Sin embargo, esto no significa la ausencia de formas de resistencia hacia los mecanismos de control impuestos por el personal médico en el contexto del saneamiento básico, aunque la amenaza de perder el apoyo monetario que concede el Oportunidades es a menudo más poderosa que atreverse a no cumplir con las actividades estipuladas. La resistencia de las beneficiarias hacia el cumplimiento con las medidas de saneamiento no es de ninguna manera homogénea. Mientras muchas quedan calladas y cumplen por miedo de perder el apoyo monetario, otras manifiestan su descontento ante los auxiliares de salud, las enfermeras o incluso el médico pasante. Por su parte, algunas señoras simplemente no cumplen y otras se quejan con sus vecinas y parientes de las visitas domiciliarias, diciendo que no les gusta que vayan a revisar sus casas. Las formas de resistir – o no resistir- de las titulares varían según la edad, el manejo del español, la educación o el estatus dentro de la comunidad, entre otras variables, y frecuentemente los distintos actos de resistencia no van encaminados hacia un mismo fin, sino que están en juego intereses diversos de los actores involucrados, que son incluso a veces contradictorios. Gutmann, en referencia a la resistencia y las clases sociales enfatiza al respecto que “*there is a related penchant to underestimate the importance of religion, gender, age and other invidious*

distinctions like “politics” within specific class formation.” (2002: 117). Esto tiene por consecuencia que *“rarely is resistance or protest so one-sided and clearly delineated that it represents some kind of pure political action which is thoroughly absent any significant countervailing impulses and effects.”* (idem: 131).

En este sentido, las titulares de Oportunidades en San Lucas de ninguna manera han manifestado formas de resistencia en cuanto a pertenencia a una misma “clase social” -o cualquier tipo de grupo social políticamente organizado- frente a las imposiciones del programa gubernamental. No obstante, a menudo las *formas cotidianas de resistencia* de las titulares, en términos de Scott (1985), son parecidas por las situaciones similares que enfrentan en relación con el Oportunidades y las condiciones de vida que comparten en la localidad.

Quizás, es en la división entre “población Oportunidades” y “población no-Oportunidades” donde se manifiestan de forma más nítida las contradicciones entre el IMSS-Oportunidades y el Oportunidades en el ámbito del saneamiento básico y la dimensión de la resistencia frente a las medidas preventivas promovidas. Mientras las titulares sienten presión en cumplir con las actividades higiénicas, las no-titulares, por lo contrario, toman a menudo una postura de rebeldía abierta, ilustrada, por ejemplo, en las siguientes palabras de las no-beneficiarias citadas por la enfermera Lucía: *“¡Para qué voy a quemar mi basura si no recibo ni un quinto del gobierno!”*

Asimismo, comenta la enfermera Isabel en relación con las acciones de saneamiento: *“(...) a los que no les gusta, son los que no están dentro del programa de Oportunidades. Porque los que están, están obligados a realizar, llevar a cabo estas actividades.”* Así, la incorporación al programa llega a ser en algunos casos determinante para cumplir con las actividades de saneamiento a nivel del hogar. En este sentido, la acción no está determinada en primer lugar por una convicción de que estas medidas van a erradicar las enfermedades transmisibles, sino por una obligación impuesta desde fuera y arriba. Además, muchas familias, tanto beneficiarias como no beneficiarias, están conscientes de que las medidas preventivas impuestas a nivel del hogar sólo representan una solución parcial a la disminución de las enfermedades en general, donde en muchos casos son indispensables medidas curativas, notablemente medicamentos, que sin embargo escasean con frecuencia en la clínica, como veremos en el capítulo sobre atención médica. Es entonces justamente la resistencia y el no-cumplimiento por parte de varias no-

beneficiarias del programa que nos indica que sin el elemento coercitivo usado para implementar las medidas higiénicas a nivel del hogar, la población no participaría con la misma envergadura.

De esta manera, el personal médico y paramédico en la zona ha promovido la contradicción entre que, por un lado, las actividades del saneamiento básico deben de incluir a toda la población dentro del universo del IMSS-Oportunidades, pero que, por otro lado, sólo las titulares del Oportunidades *están obligadas* a realizarlas, dejando así de cierto modo fuera de la relación a las familias que no reciben el apoyo del último. Esto lo ilustra también un diálogo entre el médico y una titular durante la visita “epidemiológica”, donde la última se quejó de una señora que tira la basura al río en la comunidad vecina de Arroyo de Banco. Pero el médico le contestó: “*no le podemos decir nada*”, porque no recibe el apoyo del Oportunidades. Por las mismas reglas operativas del Oportunidades y su manejo, las titulares perciben que su vínculo con el último se limita a cumplir con lo que pide el gobierno para recibir un apoyo monetario, mientras que la situación de las no titulares es inversa, no reciben ningún apoyo y por lo tanto tampoco tienen por qué cumplir con lo que exige el gobierno. A la vez que las reglas operativas del Oportunidades han permitido implementar, entonces, con más eficacia las medidas del saneamiento básico, han sido un medio de resistencia por parte de la población no beneficiaria del mismo programa, lo que demuestra el poder limitado del personal médico y paramédico en ausencia de mecanismos coercitivos para promover medidas preventivas.

Sin embargo, hay que considerar que en la zona de San Lucas es una minoría la que no recibe el apoyo del Oportunidades y que en muchos casos, a pesar de no estar dentro del programa, las familias han integrado dentro de sus actividades cotidianas las medidas de saneamiento básico, concediéndoles eficacia para prevenir las enfermedades en los niños. Asimismo, pude observar que en muchos hogares beneficiarios del Oportunidades, las medidas de saneamiento ya se incluyen parcialmente en la vida diaria, no sólo representando una respuesta a la obligación impuesta por el personal médico sino una nueva forma de percibir la salud y enfermedad dentro de un proceso más amplio de cambio, impulsado por factores sociales, políticos y económicos externos a la localidad, y el deseo y la necesidad de la población indígena-campesina de mejorar sus condiciones de vida en general, adoptando patrones de vida urbanos. A nivel de la vivienda esto se refleja, por ejemplo, en la construcción de casas de concreto con piso de concreto, incorporando la cocina dentro de la casa, la compra de

refrigeradores, televisores y diversos aparatos electrodomésticos, y la valoración positiva de productos de mercado de diversa índole.

Para ilustrar en este contexto cómo se perciben a nivel local las medidas de saneamiento e higiene, más allá de percibir las como un deber, vamos a considerar en lo siguiente el caso del agua hervida para tomar, en relación con la prevención de las enfermedades gastro-intestinales.

“No le da diarrea porque toma agua hervida”: concepciones de las enfermedades gastro-intestinales

“(…) la costumbre que uno tiene no se puede cambiar (...); ejemplo: la toma de agua directa del manantial. Esto yo siempre decía esta agua está contaminada, por qué, por el paso del agua por la manguera, que el sol... todas estas bacterias... tienen que hervir el agua para tomarla. No, porque todo el tiempo hemos tomado esta agua; y no nos gusta [hervida].” (anterior médico pasante Ricardo).

Las enfermedades gastro-intestinales siguen siendo los padecimientos más frecuentes después de las infecciones de las vías respiratorias en la zona, a pesar de que los casos hayan disminuido considerablemente en la década de los 90, como señalan varios testimonios a nivel local y los datos epidemiológicos de la clínica presentados en el capítulo II. De esta manera, Manuel considera –contrariamente a la posición del médico pasante citada arriba– que la toma de agua hervida es una práctica difundida en la localidad y ha causado la reducción de los casos de diarrea en los últimos años: *“(…) ya casi no hay la enfermedad como había antes, (...) porque antes cada 15 días, cada 8 días o cada 2 o 3 días había diarrea porque tomaban agua así, sin hervir pues. Como ahorita ya están tomando agua hervida, casi ya no hay esta enfermedad.”* A veces se presenta un caso al mes, dice, pero *“(…) esos son los casos que se nos reportan a nosotros pues...”*, indicando que los auxiliares de salud o el personal médico de la clínica no necesariamente se enteran de todos los casos de diarrea ya que las estrategias en la búsqueda de atención son múltiples en la localidad y no se restringen exclusivamente a la clínica de gobierno.

En acuerdo con el auxiliar de salud, varios habitantes de San Lucas consideran que ha disminuido mucho la diarrea gracias a las medidas del saneamiento básico. Así relata Emilio:

“Sí ha pegado mucha enfermedad aquí, anteriormente, porque la gente no tomaba agua hervida, no tenía su letrina (...) y pues la gente se enfermaba mucho porque

esta agua tenía mucha enfermedad y le daba a uno diarrea, vómito; vómito y diarrea había seguido anteriormente. A veces se moría alguna persona de antes, porque tomaba mucha agua cruda y a la vez uno no estaba acostumbrado a tomar agua hervida porque sabe así feo; pero ahorita ya está acostumbrada mucha gente” (Emilio).

Así, como lo indica también claramente la cita del médico pasante al principio de este apartado, la transición entre tomar agua cruda y agua hervida ha sido un proceso lento en la zona y sigue enfrentándose con el rechazo de una parte de la población local en hervir el agua para tomar. Un proceso lento, porque el vínculo entre la diarrea y el agua hervida es construido culturalmente y por lo tanto en un contexto diferente al occidental, como la Chinantla, el agua hervida primero requiere de una justificación aceptable, es decir, compatible con las percepciones y experiencias locales de las enfermedades gastro-intestinales. Pero lento también por una cuestión de gusto, notablemente el sabor a humo del agua hervida percibido por muchas personas como desagradable. Así lo señala también Nichter en una nota de investigación sobre el agua hervida en Sri Lanka, donde los lugareños prefieren llevar su botella de agua desde la casa cuando viajan a la ciudad, ya que el agua con cloro que toman allí huele a “medicina” y no les gusta, así como perciben que el agua hervida no tiene sabor (1985: 668). Además, no hay que olvidar que hervir el agua en San Lucas implica una carga de trabajo adicional para las madres de familia que son tradicionalmente las encargadas de acarrear la leña. Así para hervir el agua se requiere de más leña, único combustible disponible a nivel local, lo que significa invertir más trabajo y tiempo, factores que también han impedido una aceptación rápida de dicha medida higiénica.

En este sentido, las reglas coercitivas del programa Oportunidades han tenido un fuerte impacto en que la gente empezara a tomar agua hervida, como dice Mariana: “(...) pues yo todo el tiempo que ya estuve en el programa, yo siempre hiervo mi agua ya, porque mis hijos están acostumbrados a tomar el agua hervida.” Además ella ha podido comprobar con sus nietos que el agua cruda sí puede provocar diarrea: “(...) hay veces que mis nietos que están en Valle también vienen para acá y (...) a veces vamos al campo y tomamos agua del arroyo y ellos sí se enferman del estómago, sí es cierto, por eso sí es bueno hervir el agua.”

De hecho, muchas madres de familia en la comunidad consideran que la diarrea es una enfermedad que se da ante nada en los niños, donde conforme vayan creciendo se vuelven menos vulnerables frente a la enfermedad en general. Así nos dice Celia que tiene dos hijos, de tres y

cuatro años respectivamente: *“Tienen diarrea cuando están más chiquitos (...), ya están grandecitos,”* y Liliana que tiene un niño de dos años y una niña de cinco: *“A mi niño casi no [le da] y a mi niña tampoco, ya está grande.”* Por lo mismo de que los niños se enferman con más probabilidad que los adultos –y entre más chicos más se enferman –según las percepciones y experiencias sobre la salud/enfermedad en la localidad, el hervir el agua representa, entonces, principalmente una acción dirigida a los primeros.² Al respecto, Nichter señala que en el contexto de Sri Lanka, se hierve el agua –entre otras razones- para personas vulnerables o enfermas mientras que la gente sana se preocupa poco por tomar agua hervida. Así, el hervir el agua está vinculado con la idea de mantener o restablecer el equilibrio humoral de personas que se encuentran en un estado de salud delicado (1985).

Asimismo, pude comprobar en algunos hogares que los adultos toman agua cruda porque no les gusta el sabor de la hervida, mientras a los niños les dan agua hervida. Pero en muchas otras casas, tanto niños como adultos ya se acostumbraron en tomar agua hervida. Sin embargo, el hecho de hervir el agua para el consumo en la casa, no excluye de que se tome agua cruda en muchas otras ocasiones. Los niños, por ejemplo, cuando están en la escuela o jugando en los espacios públicos e incluso en los patios de sus casas, toman agua de las mangueras que atraviesan la localidad, o las mujeres y hombres cuando van a trabajar en el campo se refrescan con el agua de los arroyos; prácticas que claramente reflejan el valor relativo atribuido al agua hervida.

Mientras, entonces, varias madres y padres de familia piensan que el agua hervida ayuda en disminuir principalmente la incidencia de la diarrea en los niños que son los más vulnerables en contraer enfermedades gastro-intestinales, existe toda una gama de causas percibidas de dichos padecimientos que no necesariamente incluyen el tomar agua cruda, como menciona Liliana: *“Dicen [que se da] por tomar agua no hervida, quién sabe, pero yo digo que no tanto por eso; por el sol también. En el tiempo de calor es cuando le da mucha diarrea (...).”* Asimismo, muchos lugareños señalan que la diarrea tiene que ver con la toma excesiva de agua; así nos dice Fernando: *“(...) porque hay niños que toman un poco demasiado, cuando no toman la medida; hay algunos que les pasa así, por eso da diarrea, no es porque toman agua cruda (...). No es*

² De por sí, el personal de salud pone un fuerte énfasis en el cuidado de los hijos en el marco de las pláticas educativas del Oportunidades, lo que viene reforzando adicionalmente la idea de las madres que son los niños, principalmente, que deben de tomar agua hervida.

porque no toma agua hervida, no es así, pues de repente pasa así.” En este sentido, es más relevante la cantidad de agua tomada en la incidencia de la diarrea que su calidad de cruda o hervida. Regina, por su parte, entreteje los dos elementos en la causalidad de la diarrea: *“Pues también le da diarrea cuando uno toma mucha agua; como antes no tomamos agua hervida sino tomamos agua así nomás (...).”*

El vínculo entre la toma excesiva de agua y la diarrea se basa en un principio de analogía, es decir la calidad “aguada” de las dos sustancias (agua-diarrea). Dentro de esta percepción, la diarrea se puede dar tanto por tomar agua cruda como por tomar agua hervida, ya que es cuestión de “no pasarse” y no de una calidad intrínseca del agua. Por cierto, a través de la experiencia algunas madres de familia han podido comprobar que el agua hervida reduce la incidencia de la diarrea en sus hijos, pero tampoco representa una solución *definitiva* ya que no erradica las enfermedades gastro-intestinales: *“la diarrea no se acaba”*, a pesar del agua hervida, nos dice una madre al respecto.

En términos de la medicina preventiva occidental, la toma de agua hervida debe de ser acompañada por otras medidas higiénicas a nivel del hogar para presentar resultados satisfactorios en la disminución de las enfermedades transmisibles. Feachem, en relación con los padecimientos transmisibles por agua, advierte por ejemplo que no es suficiente simplemente promover agua limpia a la población rural, sino que *“only carefully designed programs that integrate water quality improvements with improvements in water availability, sanitation, and hygiene education will achieve substantial reductions in the transmission of water- and excreta-related infections.”* (1984: 46) A la vez, la inversión en programas de agua representa un prerequisite para implementar otras actividades preventivas, problemática que muchos programas “selectivos” han descuidado (Yacoob et al., 1989).

Por su parte, Feachem distingue entre “water-borne transmission”, que se refiere a la *calidad* del agua (agente biológico de la enfermedad en el agua), frente a “water-washed transmission” que tiene que ver con la *cantidad* de agua usada para la higiene personal. Las enfermedades diarreicas, el cólera, la tifoidea, la disentería, el hepatitis o ascariasis, en este sentido, pueden ser tanto “water-borne” como “water-washed” en su origen y se transmiten de manera “fecal-oral” (idem.: 352), lo que nos indica nuevamente que el hecho de hervir el agua para tomar no es suficiente para erradicar los diferentes tipos de diarrea. Así, parece que en el contexto del Oportunidades (por medio de pláticas educativas y revisiones epidemiológicas) los

resultados han sido muy satisfactorios en relación con las enfermedades gastro-intestinales gracias a la multidimensionalidad en el ámbito de las actividades de saneamiento básico. Es decir, el hecho de que el agua llegue por mangueras a los hogares durante todo el año y la insistencia por parte del personal de salud no sólo en que se hierva el agua, sino también en relación con la construcción, el uso y la limpieza de letrinas, la higiene personal y doméstica, la higiene en el manejo de los alimentos, el manejo de la basura a nivel del hogar y de la comunidad han permitido la disminución de esos padecimientos infecciosos.

Las madres y los padres de familia distinguen diferentes tipos de diarrea, donde la más común es la blanca, que *“parece agua, como si fuera leche, ni espeso, ni nada”* y de olor feo. Pero también se reconocen la disentería, diarrea con sangre; la diarrea de color verde, aguada y apesosa; la diarrea *“con bolitas de caca”* y aguada y la diarrea espesa de color normal. Incluso, a veces, la enfermedad empieza con un tipo de diarrea que después se convierte en otro, comenta David, un padre de familia: *“Primero empieza la diarrea sencilla, blanca, aguada y ya más tarde si es que no se controla este, ya se presenta otro tipo de diarrea, como es la disentería.”*

Ya que los diferentes tipos de diarrea siempre han sido presentes en la zona, muchos la consideran como “normal”, en el mismo sentido que las infecciones de las vías respiratorias. Esto implica, en un principio cuando se presenta la diarrea en los niños, que se trata de sanar con remedios caseros, el suero oral que distribuyen de manera gratuita en la clínica o pastillas – terramicina- que se venden en las tienditas de la localidad. Asimismo, se conoce y usa a nivel doméstico el té de hierbabuena y de manzanilla contra el dolor de estómago y la hoja del palo de guayaba contra la diarrea. A veces, se combinan las tres clases para combatir la diarrea. También ayuda el agua de limón contra la diarrea, menciona una madre de familia. Por su parte, los que saben curar con hierbas conocen una raíz que calma la disentería. El uso del suero oral, por su lado, es consecuencia de la capacitación que las madres de familia han recibido por el personal médico y paramédico de la clínica desde años anteriores al programa Oportunidades. Así, muchas madres hacen uso del sobre de suero oral cuando se enferman los hijos chiquitos y lo preparan en un litro de agua hervida que se consume “a cada rato” durante 24 horas; si no se quita se les da otro día de suero. En un caso, una madre mencionó que no hace uso del suero oral que dan en la clínica, ya que no le gusta a su hija; lo vomita. Según ella, esto sucede porque el último está muy salado: *“(…) Con puro suero comprado [se calmó], porque el suero de la clínica no le gusta,*

está saladito y ese que se compra no está así.” (Alicia). Este comentario nos señala una percepción diferencial de la calidad entre los medicamentos de gobierno y los que se consiguen en el mercado, tema que discutiremos en el capítulo sobre atención médica.

Cuando el niño sigue con diarrea algunos días a pesar de recibir uno o varios de los remedios que mencionamos, significa que la diarrea ya no es “normal” sino tiene una causa específica como, por ejemplo, un susto o una infección. Es la eficacia del tratamiento escogido que indicará cuál es la causa y las madres de familia buscan, en este sentido, a diferentes especialistas en la zona como son el señor que vende medicinas y proporciona inyecciones en la localidad, los curanderos que atienden el susto, el médico de la clínica y/o médicos particulares. Así nos relata también Scrimshaw, en el contexto de una investigación en Guatemala, que si un curador o una medicina no funcionan para curar la diarrea se busca a otro, donde sin embargo únicamente se recurre a la clínica oficial en caso de que la diarrea es reconocida como disentería (1988: 101). En San Lucas, las diferentes estrategias en la búsqueda de atención dependen de la gravedad de la enfermedad y en el caso de la diarrea en los niños chiquitos se empieza a buscar atención después de dos días aproximadamente, como indican los siguientes comentarios: “*ya con dos días que vemos que el niño está igual, entonces ya acudimos a la clínica*”; “*así después de dos días [lo llevamos], si es que hace mucho también*”, porque como menciona Fabiola: “*(...) diarrea es cuando ya es de cinco, seis veces en adelante, de que están ensucie y ensucie, eso ya es diarrea; son varias veces.*”

La fuerte presión que el personal de salud ha ejercido sobre la población para que se cumpla con el hervido del agua y otras medidas de saneamiento -presentando el agua cruda y la “suciedad” como causas principales de la diarrea- ha llevado a que algunas madres sólo admiten con cierta renuencia que les da diarrea a sus hijos, como lo ejemplifica el caso siguiente: “*Bueno, ahorita mi hija que tuve, casi no sufrió de diarrea porque ya desde antes que vinieron de Oportunidades, nosotros tomamos agua hervida. Ella casi no sufrió de diarrea.*” Pero un poco después, Alicia complementa su relato: “*(...) pues bueno, mi hija se enfermó una vez de disentería, bastante, ya se estaba muriendo. Tenía un año; ya se estaba muriendo, hacía pura sangre.*”

Incluso, algunas familias rechazan acudir a la clínica en caso de diarrea en los niños porque el personal médico indaga sobre si las personas cumplen con todas las acciones del saneamiento básico. Así lo menciona la enfermera Isabel:

“(...) aquí les dicen cuando vienen, de que si cumplen todo. Por ejemplo, si traen a un niño con diarrea o con vómito, [preguntan] por qué ese vómito o por qué esa diarrea y el médico les pregunta si llevan a cabo todas las actividades sobre el hervido de agua, sobre la limpieza, sobre el uso de la letrina y todo; y pues a mucha gente no les gusta que les pregunten por qué. (...) Pues así a algunos no les gusta acudir a la unidad.”³ (enfermera Isabel).

En este sentido, el no acudir a la clínica simboliza un acto de resistencia contra el poder que ejerce el personal médico sobre la población abierta cuando busca averiguar de una manera excesivamente vertical sobre la realización de las medidas de higiene en los hogares de las familias y delegarles así la responsabilidad sobre las enfermedades de los niños.

El hecho de no querer admitir ante extraños casos de diarrea o de no acudir a la clínica en esas situaciones, hace pensar en una estigmatización de las enfermedades diarreicas a nivel local, donde las últimas llegan a ser sinónimo de “suciedad” o “falta de atención en el cuidado de los hijos”, por lo menos en relación con la “capacitación” del personal médico y paramédico del IMSS-Oportunidades. Al respecto, nos señalan Nations y Monte que, por ejemplo, en el caso de la cólera en el noreste de Brasil se han venido construyendo estereotipos culturales que designan a los pobres con cólera como “personas sucias” y “perros vagos cruzados” para culpar y castigar a los pobres y separarlos de los barrios ricos, lo cual tiene consecuencias graves en la búsqueda de atención de los enfermos de cólera (1996).

Por su parte, hay que señalar que la delegación de responsabilidades en caso de enfermedad sigue una cadena en el interior del mismo IMSS-Oportunidades, y no se transfiere sólo de médico a paciente. Así, señala por ejemplo el auxiliar de salud que si se presenta un caso de diarrea en la localidad el médico pasante les reclama a ellos, los auxiliares, de que no promovieron lo suficiente el hervido del agua. De esta manera, la presión ejercida sobre la población abierta respecto al saneamiento básico y las demás acciones preventivas viene desde los cargos más elevados dentro de la jerarquía del IMSS-Oportunidades, donde a nivel local tiene

³ Por el hecho de que las familias, entonces, no siempre acuden a la clínica en caso de enfermedades gastro-intestinales es probable que la incidencia de esta enfermedad sea todavía mayor de la indicada en el registro de la unidad médica, presentado en “El perfil epidemiológico”, capítulo II.

mayor poder el médico pasante, después las enfermeras y al último los auxiliares de salud. Al respecto, nos señala Nichter que: *“community health workers are typically incorporated into a health infrastructure, and ultimately made responsible to the health bureaucracy and not the communities they are to serve”* (1986: 347). Esta situación resalta claramente en el contexto de San Lucas, donde los auxiliares perciben una fuerte presión de sus superiores para promover las actividades sanitarias en su comunidad. Incluso a nivel enfermera-auxiliar destaca la relación de poder vertical, basada en parte en la mayor escolaridad y adiestramiento que han recibido las primeras (incluyendo el manejo del español y de los mecanismos burocráticos), y en el estatus superior que defienden en calidad de enfermeras al interior de la estructura del IMSS-Oportunidades.

“...Si en su casa quieren tener un cochinerero, pues que lo tengan”⁴: desacuerdos entre el personal del Oportunidades e IMSS-Oportunidades

Hemos visto arriba que la dimensión del saneamiento básico representa un espacio de contradicciones entre el programa Oportunidades y el IMSS-Oportunidades, notablemente porque el personal médico ha incluido la realización de las actividades correspondientes dentro de las reglas de corresponsabilidad del primero. Esto ha llevado a fricciones no sólo entre el personal de salud y la población beneficiaria y no-beneficiaria en la zona, sino también a nivel interinstitucional, es decir entre el personal médico del IMSS-Oportunidades y el personal del Oportunidades, conflicto que queremos especificar aquí.

Los abusos por parte del personal de salud en referencia con el programa Oportunidades no han pasado desapercibido por los funcionarios del último. De hecho, es en parte para detectar este tipo de situaciones que operan los enlaces a nivel municipal y las oficinas regionales del programa (principios de 2003 para Valle Nacional), así como existen buzones de quejas a nivel municipal. De esta manera, los promotores del Oportunidades han tratado, a través de pláticas a las titulares dejarles muy claro cuáles son los lineamientos del programa y con qué actividades están obligadas a cumplir para recibir el apoyo para alimentación. Ya que el saneamiento básico representa uno de los temas de las pláticas educativas, este esclarecimiento implicó, en teoría,

⁴ Afirmación de los promotores del Oportunidades, citada por el personal de salud.

destacar su importancia para la salud de las familias, pero más importante aún, resaltar que no es una condición para recibir el apoyo monetario.

Sin embargo, la línea divisoria confusa entre las actividades circunscritas al Oportunidades y las del IMSS-Oportunidades se manifiesta en diversas observaciones del personal involucrado en uno o los dos programas. La enfermera Isabel, por ejemplo, relaciona el saneamiento básico en primer instancia con el IMSS-Oportunidades pero también con las pláticas del Oportunidades: *“(...) de por sí el programa del IMSS les presiona mucho sobre el saneamiento básico y más ahora con el programa de Oportunidades; porque están obligadas a venir a las pláticas y esto es lo que se les da en las pláticas; esta capacitación se les da.”* Por su parte, la ex-promotora del Oportunidades en San Lucas participaba, por ejemplo, en las actividades de saneamiento básico, apoyando a los auxiliares de salud: *“Fuimos a ver el baño; para trabajar como promotora, tiene que dar vueltas acá, si está limpio; tienen que tomar agua hervida, tienen que tener baño, todo; limpiar la calle también.”*

En el mismo sentido, nos habla la enlace municipal de Oportunidades en Valle Nacional del vínculo entre saneamiento básico y el programa:

“Entonces al no participar dentro del programa, uno se da de baja y lo que le digo, es que de todas maneras es parte de nuestra obligación, por ejemplo, limpiar mi casa, hervir el agua, tener a los animales encerrados, tener mi patio limpio, es parte de nuestra vida diaria pero (...) si Oportunidades nos está apoyando pues hay que hacerlo con más gusto” (Julia, enlace Oportunidades).

Por su parte, el auxiliar operativo de la oficina regional del programa en Chiltepec que recibe muchas denuncias en relación con los abusos del personal médico y paramédico en diferentes localidades de la zona, opina: *“(...) es muy usual que en los centros de salud, el encargado (...) las ponga a hacer faena (...) o las obliga a hacer cosas que no dan dentro del programa.”* Pero a pesar de que la faena no representa ninguna obligación con el programa de Oportunidades, Rogelio considera también la otra cara de la moneda:

“(...) Las casas de salud sí tienen que hacer algo, es por higiene y se ponen de acuerdo todas, si vamos a hacer limpieza en todo el lugar (...) y eso es para beneficio de ellas. (...) Las pláticas de salud están encaminadas a eso; que tengan más higiene, que hiervan el agua, que desparasiten a los niños (...), entonces todo eso va encaminado a tener más salud, van a tener más capacidad de retención los niños (...) y van a tener menos ausentismo” (Rogelio, auxiliar operativo Oportunidades).

Sin embargo, han llegado por ejemplo promotores del programa en el contexto de una plática que se impartió en todo el estado de Oaxaca con el título: “En Oportunidades cada quien hace su tarea”, en junio de 2003, donde enfatizaron que el saneamiento básico no representa de ninguna manera una obligación frente al Oportunidades para las titulares. Obviamente, este tipo de información a las beneficiarias del programa, le quita poder de forma considerable al personal de salud de la clínica del IMSS-Oportunidades, ya que se ve en peligro de perder un medio de presión para que se realicen en este caso las medidas higiénicas en los hogares campesinos-indígenas. Por lo tanto, no es sorprendente que el médico pasante no ve con buen ojo la llegada de los promotores de Oportunidades a las comunidades que forman parte de su universo de trabajo, y menos si ni siquiera se presentan antes en la unidad médica, como sucedió en el marco de la plática mencionada arriba: *“Estas personas son gente que ha venido a destruir muchas cosas que en el programa se estaba manejando. (...) Verbalmente lo dijeron estos señores, que podían [las titulares] tener su casa como chiqueros de marrano.”*

Existe, entonces, una considerable falta de comunicación entre el personal de las dos instituciones en cuestión, donde cada quien persigue intereses distintos. Por un lado, a nivel práctico el personal médico y paramédico del IMSS-Oportunidades está preocupado por disminuir la incidencia de enfermedades a partir de visitas “epidemiológicas” en los hogares, haciendo uso de los medios de presión a su alcance para que se realicen todas las actividades de saneamiento básico necesarias. Pero, por otro lado, en una dimensión más alejada de la práctica, el personal del Oportunidades está preocupado en que el programa se lleve a cabo según el reglamento y que se reduzcan los abusos que existen en su aplicación. No es casualidad, en este sentido, que la plática mencionada se realizó a nivel estatal antes de las elecciones en julio de 2003 ya que se trató de evitar la recolección de votos partidarios por medio del programa Oportunidades.

Así, en la práctica las medidas de saneamiento básico no son fácilmente separables del Oportunidades, por los intereses del personal médico en disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles según el plan de trabajo del IMSS-Oportunidades, y porque forman un tema central en las pláticas del Oportunidades, por lo cual existe la preocupación de que se lleven a cabo en la vida cotidiana de las titulares. Porque ¿de qué sirven las pláticas educativas si no se concretizan las actividades estipuladas para mejorar las condiciones de salud y alimentación de la población

beneficiaria? Dentro de esta lógica y desde la perspectiva de los objetivos del Oportunidades, los “abusos” por parte del personal de salud en la implementación del saneamiento básico pueden ser, entonces, tanto justificables como criticables. Lo que desde mi punto de vista queda muy cuestionable, no obstante, es *la manera* en que se implementan dichas medidas sanitarias; es decir, el uso de los mecanismos coercitivos planteados por el Oportunidades y la penetración hacia los ámbitos más íntimos de las familias campesinas-indígenas a partir de revisiones periódicas a domicilio, sin tomar en cuenta de ninguna manera los puntos de vista de la población local al respecto, organizando, por ejemplo, asambleas comunitarias previas a la implementación de esas actividades, incluyendo así en la toma de decisiones a los que deberían de ser los “beneficiarios” y no los “castigados” por ser pobres.

Capítulo V: Alimentación y nutrición

En el ámbito de la alimentación y nutrición, el Oportunidades implementa a nivel local diferentes líneas de acción que se concentran principalmente en prevenir estados de desnutrición en las mujeres embarazadas y lactantes, los recién nacidos y los niños menores de cinco años. Entendemos por desnutrición, en términos de Payne,

“(...) a state in which the physical function of an individual is impaired to the point where she or he can no longer maintain an adequate level of performance at such things as physical work, resisting or recovering from the effects of disease, maintaining an adequate level of growth, or the processes of pregnancy or lactation” (Payne, 1985: 1).

En este sentido, las mujeres embarazadas y lactantes así como los niños menores de cinco años se consideran la población más vulnerable a la desnutrición y sus consecuencias nocivas para la salud. Prevenir la desnutrición en las mujeres embarazadas significa, tanto evitar estados anémicos, muertes materno-infantiles, como nacimientos de niños con bajo peso, lo que a su vez representa un indicador de riesgo en la salud futura del niño. Por lo tanto, es en el periodo de gestación y en los primeros años de vida que debe de prevenirse la desnutrición ya que, además, en esta etapa sus consecuencias son irreversibles ya que el crecimiento perdido no se recupera y las secuelas sobre el desarrollo psicomotriz también pueden ser graves.

Existen diferentes tipos de deficiencias nutricionales donde la clase más común se refiere a la desnutrición de energía-nutriente (energy-nutrient malnutrition) a la cual se refiere la cita de Payne arriba, ya que la falta de suplementos energéticos lleva a una reducción en la capacidad de trabajo de la persona, la pérdida de peso y la prolongación y agravación de enfermedades debidas a infecciones. La desnutrición de energía-nutriente se encuentra en individuos que simplemente no tienen lo suficiente para comer, por lo cual afecta principalmente a personas que viven en condiciones de pobreza. La determinante más importante del estado nutricional de un individuo es la disponibilidad de los macro y micronutrientes¹ en las partes del organismo donde se

¹ Se distinguen seis clases de nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. Los carbohidratos representan la principal fuente de energía del cuerpo, mientras las grasas también proporcionan energía pero más que nada en forma de reserva. Las proteínas, por su parte, también son una fuente de energía, pero sus funciones principales se refieren al crecimiento, mantenimiento, reparación de tejidos y la formación de enzimas, hormonas y anticuerpos. Las vitaminas tienen una función reguladora y sólo se requieren en cantidades reducidas, mientras los minerales tienen una función tanto estructural (huesos, sangre, hormonas) como reguladora y también se necesitan en pequeñas cantidades (Malina, 1987: 174-75).

requieren. Entonces, la pregunta central en términos médicos es si existen suficientes nutrientes para permitir un funcionamiento normal del cuerpo, donde sin embargo cada individuo presenta necesidades diferentes (Navarro, 1986: 737-38). En el caso de las mujeres embarazadas, por ejemplo, se ha comprobado que en poblaciones con un consumo energético bajo crónico se presentan una serie de adaptaciones a nivel metabólico que permiten obtener un éxito reproductivo alto, a pesar del consumo energético reducido (Adair, 1987: 122).

Las deficiencias nutricionales en una población determinada no pueden abordarse de manera aislada, es decir únicamente en términos nutricionales, ya que son múltiples los factores que las determinan. En los niños chiquitos, por ejemplo, la desnutrición está relacionada íntimamente y de manera sinérgica con las enfermedades infecciosas, por lo cual deben de articularse las acciones que pretenden atacar las deficiencias nutricionales en conjunto con el mejoramiento en el saneamiento, agua, vivienda, combustible doméstico y acceso a la atención médica. Además, deben de tomarse en cuenta las condiciones de pobreza, desigualdad en el acceso a los recursos y la discriminación social para poder resolver problemas de malnutrición (Adair, 1987; Navarro, 1986; Payne, 1985).

De esta manera, es necesario combinar los programas enfocados a combatir la desnutrición con otras actividades preventivas y médicas para asegurar un mayor éxito en este tipo de intervenciones. El Oportunidades, en este sentido, reconoce la importancia de implementar acciones pluridimensionales en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población marginada, ya que articula, por ejemplo, en conjunto con la alimentación y nutrición acciones de saneamiento básico. Incluso, el propósito de mejorar la situación alimenticia se vincula estrechamente con el componente educativo que proporciona el programa ya que un estado nutricional normal garantiza el desarrollo psicofísico y emocional de las generaciones jóvenes para que estén en mejores condiciones de “aprovechar” la educación y posibles oportunidades económico-laborales futuras.

El Oportunidades proporciona a las beneficiarias un suplemento alimenticio destinado a las mujeres embarazadas y lactantes, así como a los niños menores de dos años y niños menores de cinco años que presentan deficiencias nutricionales. Investigaciones científicas han demostrado que los suplementos durante el embarazo no sólo mejoran el estado nutricional materno sino también los resultados del embarazo. En este sentido, la ganancia de peso durante el

embarazo, por ejemplo, aumenta también el peso del bebé al nacer. Si el último, por su parte, sufre retraso en el crecimiento intrauterino por deficiencias en la nutrición materna durante el embarazo, tendrá un sistema inmunológico débil y será más susceptible a contraer infecciones (Adair, 1987: 127-135). De esta manera, en interacción con otras variables ambientales, “(...) *maternal nutrition during pregnancy and lactation can have a profound effect on both long- and short-term maternal health, pregnancy outcomes, and the subsequent health, growth, and development of offspring*” (idem: 147).

Los dos auxiliares de salud en San Lucas distribuyen el suplemento alimenticio cada dos meses y son 20 sobres que reciben las mujeres, 10 para sus hijos menores de dos años y/o con desnutrición y 10 para ellas. En específico, se distinguen tres tipos de suplementos alimenticios con contenidos nutricionales distintos: unos son para la madre, unos para los bebés de cuatro meses a un año de edad, y otros para niños de uno a dos años de edad o niños desnutridos. Existen en los sabores de plátano, chocolate y natural y vienen en forma de polvo. Asimismo, el programa entrega a las familias titulares un apoyo para alimentación de 310 pesos bimensualmente y brinda capacitación a las madres de familia respecto al consumo oportuno del suplemento alimenticio y sobre una alimentación variada y equilibrada, a través de las pláticas educativas. Éstas últimas van enfocadas, otra vez, a la dieta ideal para las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años.

En un estudio sobre el estado nutricional de la población infantil en Oaxaca, Arnaudo Viñas destacó que son comunes las carencias de proteínas y vitaminas A y vitamina C, que se reflejan en signos clínicos como la caries dental, dermatosis, encías inflamadas y sangrantes, pelo fácilmente desprendible, despigmentación difusa, sequedad en conjuntiva ocular y la deformación esquelética asociada a la descalcificación. Estas deficiencias nutricionales son prevenibles en parte con suplementación alimenticia (Arnaud Viñas, 1994: 25). Sin embargo, parece que los suplementos alimenticios proporcionados por el Oportunidades no han tenido hasta ahora un impacto fuerte en el estado nutricional de los niños. De hecho, evaluaciones del programa realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2003 indican que la desnutrición infantil no ha disminuido en Oaxaca.

En la zona circunscrita a la clínica en Arroyo de Banco, no se ha registrado desde 1999 ningún caso de desnutrición, mientras por ejemplo en 1987 se señalan todavía 27 casos de desnutrición leve en una población de 253 menores de cinco años, 8 con desnutrición moderada y 0 con desnutrición grave y en 1998 también se detectaron 25 casos de desnutrición leve que se recuperaron en el mismo año (Rotafolios de información y evaluación 1987 y 2001). Así en la actualidad nos asegura también el médico pasante: *“No hay desnutrición; los niños están sanos, fuertes y sanos porque hay mucha fruta, mucho pescado.”* Por su parte, en relación con los casos de desnutrición detectados en el Centro de Salud en la cabecera Valle Nacional, nos comenta la directora:

“Tenemos un porcentaje más o menos de 30% de la población que está categorizada dentro de un estado desnutricional. Bueno, yo me he dado cuenta que la mayoría de estos niños que tienen un estado de desnutrición, ya sea leve, moderado o severo, por lo regular casi todos caen en leve, están bien nutridos. Lo que pasa es que va a depender de la estatura que tienen los padres, de la complexión también de los padres.” (directora del Centro de Salud, Valle Nacional).

Por su parte, según los registros de la clínica en Arroyo de Banco², parece que han disminuido los casos de anemia que representan un padecimiento común en las mujeres embarazadas. Para las últimas, la anemia aumenta el riesgo de infección y estrés cardiaco y disminuye la habilidad de tolerar una hemorragia en el momento del parto (Adair, 1987: 133). Testimonios a nivel de San Lucas también señalan que la anemia era un problema grave y común –sobre todo en años pasados- en las mujeres embarazadas, a quienes se daba atole con chile para que se calentara su cuerpo, ya que el cuerpo hinchado por la anemia es considerado frío.

A pesar de mejoras leves en el estado nutricional de la población en la zona de San Lucas, gracias a los programas IMSS población abierta y Oportunidades - entre otras circunstancias socio-económicas, como por ejemplo los ingresos generados por migrantes - sabemos que la crisis del café desde 1989 ha tenido repercusiones sobre la situación alimentaria en muchos hogares campesinos de esta región cafetalera. Así nos relata Sesia (2002), en un estudio comparativo entre dos comunidades chinantecas, que durante el auge del café en los ochenta se logró mejorar en la mayoría de las familias el estado nutricional. En contraste, a partir de la crisis del café a finales de los ochenta hasta la fecha, la situación alimentaria, y en consecuencia el

² Cuando las mujeres embarazadas presentan síntomas de anemia, las canalizan de la clínica al laboratorio en Valle Nacional para realizarse análisis de sangre.

estado nutricional, se han visto afectados negativamente en las dos localidades. El análisis de la alimentación y nutrición a nivel local, requiere entonces no sólo tomar en cuenta el impacto de los programas oficiales que implementan acciones relativas a estas dimensiones de salud, sino también las circunstancias político-económicas que las favorecen o perjudican.

“Enseñan muchas cosas, cómo es cuando una está embarazada, qué tiene que comer”: la dieta durante el embarazo

En la dimensión de la alimentación durante el embarazo, el Oportunidades viene a construir su labor educativa y preventiva sobre las actividades iniciadas por el IMSS población abierta en años anteriores. Sin embargo, antes de la introducción del Oportunidades, las actividades en esta dimensión eran muy parciales y fragmentarias. La capacitación de las embarazadas sobre la dieta en el periodo de gestación, dependía en gran medida de su asistencia a las citas prenatales en la clínica. Pero como sabemos, muchas señoras no acudían con el médico durante el embarazo o iban a la clínica en los últimos meses de embarazo, por presentar algún tipo de malestar. Entonces, acudían en un momento cuando ya no era posible remediar una alimentación deficiente, con el suministro de vitaminas, por ejemplo. En este sentido, el Oportunidades introduce una serie de actividades y recursos con métodos de implementación mucho más efectivas que anteriormente el IMSS población abierta. En contraste con el programa del IMSS, la capacitación sobre la dieta durante el embarazo consiste principalmente en la entrega del suplemento alimenticio para las mujeres embarazadas y las pláticas educativas obligatorias respectivas. El suministro de la papilla durante el embarazo, requiere a la vez de la asistencia a las citas prenatales en la clínica –sujetas a las reglas de corresponsabilidad del Oportunidades- donde se realiza la entrega de los sobres, tanto como de vitaminas y minerales.

Según Adair, las prácticas alimenticias durante el embarazo tienen principalmente cuatro funciones, moldeadas culturalmente: 1) cubrir las necesidades “nutritivas” percibidas de la madre o del feto en desarrollo, 2) proteger el feto de malformaciones, 3) promover un parto sencillo y 4) prevenir enfermedades en la madre (1987: 142). El programa Oportunidades, tanto como la biomedicina en general, enfatiza el primer punto cuando se trata de asesorar a las madres embarazadas, ya que *“women are taught that they must increase their dietary intake of fresh fruits and vegetables, dairy products, meats and grains plus take a vitamin mineral supplement in*

order to meet the nutrient needs of the developing fetus and ensure a favorable pregnancy outcome". (Adair, 1987: 142).

Veamos entonces, cómo perciben las madres de familia estas recomendaciones desde la perspectiva biomédica, cuál consideran la dieta adecuada durante el embarazo y qué piensan del suministro del suplemento alimenticio, en relación con las prácticas respectivas. Primero, hay que señalar que no sólo el personal de salud recomienda una dieta variada y abundante durante el embarazo, sino que también las parteras de la localidad hacen la misma recomendación, que, por su parte, coincide con la región del Istmo de Tehuantepec donde tampoco se presentan restricciones alimenticias durante el embarazo a diferencia de otros contextos mesoamericanos (Sesia, 1992: 38). Así, es común escuchar por parte de las señoras en San Lucas que durante el embarazo comen "*de todo*", "*todo lo que da el campo*", "*lo que hay*" sin considerar restricciones específicas. Por su parte, Fabiola nos dice: "*lo malo no es comer, sino lo malo es si uno alza cosa pesada*". En este sentido, se percibe que es importante comer durante el embarazo, mientras el trabajo físico puede afectar al bebé.

Pero ¿qué significa comer "de todo" o "lo que hay" en San Lucas? Las pláticas con las madres de familia y la observación participativa señalan que comer "de todo" durante el embarazo coincide prácticamente con la dieta cotidiana habitual, tomando en cuenta, por cierto, que el cuerpo puede reaccionar de manera distinta a los alimentos durante esta etapa. Por lo tanto, algunas señoras presentarán antojos específicos y a otras les dará asco la comida. Pero podemos afirmar que en general la dieta durante el periodo de gestación no varía significativamente de lo que se consume todos los días ya que lo más común es que las familias comen "todo lo que hay", los alimentos que se consiguen en el campo y en la localidad, más que productos de mercado que se compran en la cabecera municipal.

Comer "de todo" en San Lucas se refiere a una alimentación relativamente monótona y poco variada, a pesar de ser una zona muy fértil y abundante en vegetación. Los alimentos básicos, que casi se consumen a diario, consisten en el maíz y sus derivados - principalmente la tortilla, pero también los tamales, el atole y pozol - el frijol y el huevo. Esta dieta, se complementa de vez en cuando, con hierbas como la hierbamora, quelites, huelle de noche, que son muy populares en la zona y se dan por temporadas, así como verduras: ejotes, chayotes, chinenes, tepejilotes, yuca y hongos. Además, las mujeres acostumbran a veces pescar caracolitos

y pescaditos en el río y los hombres pescan camarones de río y cazan animales del monte. Los últimos dos recursos, sin embargo, son ya muy escasos en la zona por la sobreexplotación. Por su parte, se come carne de pollo aproximadamente dos o tres veces al mes, mientras el consumo de carne de res y puerco, así como el pescado es mucho más raro, ya que únicamente se consigue en la cabecera municipal y tiene un costo demasiado elevado para muchas economías familiares. Respecto a los demás productos de mercado, se acostumbra preparar sopas y de manera esporádica arroz. El consumo de pan dulce es común, mientras, en la dimensión de los lácteos, el queso, por ejemplo, es muy raro. Las frutas de la zona complementan la dieta básica y se comen en cualquier hora del día. Principalmente son el plátano, que se da todo el año, y por temporadas, naranjas, mandarinas, nanches, cacao, xinicuil, coco y granadas, entre otras. Así que existe en teoría una gran riqueza de alimentos, como lo indica el siguiente comentario de una madre de familia: “*Comemos de todo lo que hay acá y hay veces cuando compramos así carne en Valle. Aquí dan hierbas, nopales, ejotes, cuando siembra uno. Aquí da de todo si uno lo siembra*” (Mariana, 44 años).

A pesar de que la dieta es parecida en muchos hogares, existen diferencia entre una familia y otra, como nos indica el comentario anterior. Un factor importante en este sentido es el trabajo familiar; es decir, en qué medida se siembran distintos productos para el consumo y cuánto tiempo se dedica, por ejemplo, a recolectar plantas y frutas silvestres. De Walt, en su estudio en Nopalcingo, Estado de México, enfatiza también la heterogeneidad en el consumo alimenticio a nivel local, que según ella se debe en gran parte a diferencias económicas más que por ejemplo a creencias alimenticias. En este sentido, influyen en el consumo heterogéneo de alimentos la riqueza y los ingresos, diferencias en el número de sueldos que se ganan en el hogar, diferencias en el acceso a la tierra y la propiedad de animales (1977: 88). Fleuret y Fleuret argumentan en el mismo sentido, diciendo que “*in the developing world there is a significant correlation between income and nutritional status, highlighted by the frequent observation that, even where “cultural blocks” to good dietary practice are seen, malnutrition is rarely found among the wealthiest segments of a population*” (1986: 85).

Así, en San Lucas, es notoria la diferencia en la alimentación en algunas familias que cuentan con recursos por la migración. La entrada de estos recursos monetarios permiten la compra en mayores cantidades de productos de mercado. De hecho, por lo general cuando lo

permite la economía, las familias en la localidad tienden a comprar productos alimenticios en el mercado y a descuidar la producción de alimentos para el consumo en el campo. Esto, ocurrió durante el auge del café en los ochenta, y actualmente se ve reflejado en ciertas familias migrantes donde las madres de familia se quedaron solas a cargo de los hijos y por lo tanto, aseguran en gran medida la alimentación cotidiana con el dinero que les mandan sus esposos. En este sentido, los alimentos comprados llegan a incluir también los productos básicos como el maíz y el frijol. Los recursos monetarios por la migración permiten a la vez diversificar la dieta de las familias a partir de la compra de carne, verdura y frutas que no se dan a nivel local y donde influye también el contacto con ideas urbanas en las decisiones respecto a la compra de ciertos productos (De Walt, 1977: 88). En este aspecto, es importante destacar la construcción de la terracería que comunica a San Lucas por camioneta con la cabecera municipal desde principios de los noventa. De esta manera, se estableció una condición fundamental para el fácil acceso a productos alimenticios del mercado, considerando, sin embargo, que el gasto de transporte representa una limitante considerable para algunas familias. Por su parte, los hogares que no cuentan con ingresos regulares por la migración - a la luz de la actual crisis económica en el campo - buscan complementar su dieta cotidiana intensificando la producción y recolección de alimentos a nivel local. Veremos más adelante el impacto que tiene el recurso por parte del Oportunidades en la alimentación de las familias y en concreto para los niños menores de cinco años.

Es necesario tomar en cuenta también que los alimentos que se dan en el campo únicamente crecen en ciertos meses del año, como nos dice Mariana: *“Pues ahora verdura no se da acá pero cuando tengamos, [comemos] o vamos a comprar, cuando no hay aquí en el rancho pues. Porque aquí en el rancho se dan por temporadas.”* El aspecto del ciclo agrícola está estrechamente relacionado con cambios en el estado nutricional, sobre todo en sociedades que dependen casi exclusivamente de la producción agraria para alimentarse. En estos casos, se ha comprobado que tanto hombres como mujeres pierden peso antes de la temporada de la cosecha, cuando se prepara el suelo y se siembra, mientras después de la cosecha se recupera el peso perdido y se equilibra nuevamente la energía. Además, es precisamente en este tiempo antes de la cosecha cuando la incidencia de las enfermedades infecciosas es más alta, lo que nos indica nuevamente la estrecha relación entre la malnutrición y las enfermedades infecciosas (Adair, 1987; Navarro, 1986; Payne, 1985).

Después de haber considerado lo que significa entonces “comer de todo” en San Lucas, veamos en específico algunas discrepancias que se presentan entre “lo que se debería de comer” durante el embarazo, según el personal médico y “lo que se come” en realidad. El rechazo del consumo de ciertos alimentos recomendados por el personal de salud no está necesariamente ligado a la falta de conocimiento sobre “lo que se debería de comer” para alcanzar idealmente un equilibrio nutricional durante el embarazo, sino a factores múltiples, como son por ejemplo los hábitos alimenticios como lo ilustra el siguiente comentario:

“Comía de todo lo que hay, frijoles, hierbamora, de todo comía yo. (...) No cambié nada [en la dieta], así nomás comía como ahorita.” El doctor decía que *“debía yo de comer caldo, carne, pues otras cosas que me dijo, como el garbanzo, las lentejas y todo eso pero yo no comía. No me gusta, por eso no comía de eso.”* (Cristina, 22 años).

Otra madre de familia señala cierta escasez de alimentos accesibles en el campo así como la falta de recursos económicos para comprar regularmente productos del mercado. Así nos dice que durante el embarazo hay que comer

“(...) lo que se le antoja a uno cuando hay pero como acá... no tenemos casi pero sí, yo en esa fecha pues iba al campo, a mi milpa buscar hierbitas. Sí, es lo que me gustaba comer y ya comía yo, o fruta, y cuando podemos comprar, comprábamos también.” (Alicia, 36 años).

Hay otras señoras cuyos cuerpos rechazan la comida durante el primer trimestre del embarazo: *“A veces no quería yo comer porque se siente uno mal; como me da asco toda la comida, así me pasó a mí; tenía yo asco, no quería yo comer nada.”* (Miriam, 32 años). En este contexto, el partero de una localidad vecina comenta su labor para fortalecer la salud de las embarazadas y de sus bebés:

“(...) hay mujer que no le cae bien la comida, da asco, pero digo: haz esfuerzo, come algo, un poco de atole, tortilla, lo que sea, un caldo de frijoles, sin aceite ni nada, (...) es mejor que comes así, atolito, todo lo que hay, fruta, verdura, lo que se de; esto te hace bien para tu criatura. (...) Porque si no come le hace daño.” (partero Sergio).

Asimismo, en esta dimensión, las pláticas educativas del Oportunidades han ayudado a difundir la percepción entre las madres de familia de la localidad, que es importante para su bienestar y el del niño, no dejar de comer durante el embarazo, y además comer “todo lo que hay”, lo que significa en términos nutricionales una dieta variada. En este sentido, las condiciones

ecológicas de la zona son muy favorables en el sentido de permitir teóricamente una alimentación diversificada para alcanzar un balance en el estado nutricional de la población local. Sin embargo, representa un proceso complejo modificar los hábitos alimenticios de una población con un contexto sociocultural diferente, en el sentido de promover una alimentación diversificada según las teorías nutricionales occidentales. Es decir, en una comunidad chinanteca el consumo equilibrado de los contenidos nutricionales alimenticios - proteínas, vitaminas, carbohidratos etc. - en calidad de términos abstractos, no tienen ningún referente cultural. El valor “nutritivo” atribuido a un alimento se construye culturalmente y en base a la experiencia - o experimentación - a través de las generaciones. Así, se determina parcialmente su consumo o rechazo, así como influyen obviamente las condiciones ecológicas y económicas, tanto como gustos personales; factores que mencionamos arriba. A veces, de esta manera llegan a coincidir las concepciones locales con los términos nutricionales “científicos”. Observamos por ejemplo en San Lucas, que la carne y las hierbas comestibles se valoran como muy nutritivas porque su consumo se traduce en fuerza corporal para realizar trabajos físicos. Traducido a la dimensión científica, nutricional, sabemos que la carne es rica en proteínas y las hierbas en vitaminas y minerales.

En contraste, a los productos lácteos no se les atribuye un valor nutritivo elevado para la población adulta, lo que parcialmente está ligado con el hecho de que no se produzcan a nivel local y sólo se consiguen en el mercado. Además, en la población adulta se presentan a menudo casos de intolerancia a la leche que llegan a provocar flatulencia y diarrea, otro factor que contribuye a entender el consumo restringido de lácteos en la población adulta de la localidad. Estos factores se reflejan, por su parte, en el rechazo de algunas mujeres embarazadas y lactantes en tomarse el suplemento alimenticio del Oportunidades. No queremos decir que el rechazo de la papilla en la comunidad por parte de las señoras sea generalizado, ya que es cuestión de gustos personales también. Incluso, no significa necesariamente un rechazo hacia la leche en general, como refleja este comentario de Martina: “[La papilla] no es como leche nido, no sabe igual... no me gustaba.” No obstante, varias madres de familia, por cierto, no toman ningún tipo de leche y regalan la papilla que reciben a señoras que se la toman o se la preparan a sus hijos. El rechazo por parte de algunas madres de familia en el consumo del suplemento alimenticio indica claramente que en la práctica, el sabor de un producto llega a considerarse más relevante que el énfasis que pone el personal de salud en los factores nutricionales - y preventivos - que son constitutivos del suplemento alimenticio. En este sentido, no se valora a nivel local de manera

homogénea los efectos positivos del suplemento alimenticio para mejorar la salud de las mujeres embarazadas y lactantes. Ciertamente, el rechazo en el consumo de la papilla por parte de algunas mujeres, está ligado no sólo con la cuestión de gustos personales, sino también con diferencias culturales en la concepción sobre la salud y enfermedad. Como sabemos, a nivel local la dimensión de la prevención en el sentido nutricional occidental, en este caso por medio del consumo de la papilla, no tiene referente cultural. Las medidas preventivas locales durante el embarazo, parto y puerperio se refieren más bien a mantener el equilibrio humoral, no sólo en la dieta sino en el sentido amplio del término, y como discutimos en el capítulo sobre salud preventiva.

En ciertos casos, la desarticulación entre “lo ideal” según el personal médico y las prácticas de las madres de familia a nivel local, se hace también manifiesta, por ejemplo, en el valor atribuido a las vitaminas que regalan en la clínica. Al respecto, una madre de familia nos cuenta lo siguiente:

“Para tener un bebé sano uno tiene que (...) tomar todas las medicinas, todas las vitaminas que le dan porque como yo cuando iba yo al doctor, no tomaba vitamina porque cuando uno toma vitamina, se engorda bastante. (...) No tomaba yo las vitaminas, para mí pues pero para el bebé sí. Para que esté sano hay que tomar vitamina, comer bien.” (Cristina)

Destaca claramente aquí las discrepancias que llegan a generarse entre la teoría o el ideal según el médico y las concepciones y prácticas locales. Esta madre de dos hijos menores de dos años, sabe que según el discurso médico, “*hay que tomar vitamina*” y “*comer bien*”. No obstante, por no presentar ningún malestar físico, ni debilidad, consideró no tomar las vitaminas ya que además, en su percepción, hacen engordar. Incluso, para resolver la contradicción entre el discurso médico y su comportamiento al respecto, hace una distinción entre las vitaminas que según ella eran para su bienestar y entonces innecesarias ya que se sentía “fuerte”, mientras que las pastillas de “ácido fólico” que sí tomaba eran para el bienestar del bebé: “*(...) para que esté sano, para que no tenga nada cuando ya nace.*” Justificando el hecho de no tomarse las vitaminas, nos dice respecto a su estado físico durante el embarazo: “*(...) No sentía nada de que me duele... porque hay algunas que les duele acá y allá.*”

De manera generalizada, pienso que en caso de sentir debilidad física la población en la localidad valora de manera positiva el consumo de vitaminas y preferentemente por vía de inyecciones, ya que así el efecto es inmediato y notorio, según las concepciones sobre terapéutica

locales. Esto nos indica a la vez, que el hecho de ingerir vitaminas en la localidad constituye una respuesta a la debilidad física y el cansancio, y no se valora como medida preventiva en el sentido occidental, ni necesariamente para promover el bienestar de la madre y del bebé durante el embarazo.

Pasemos ahora a las percepciones sobre la dieta durante el posparto, periodo en que la mujer lactante debe de consumir una alimentación adecuada para satisfacer sus necesidades y promover a la vez todas las materias primas necesarias para producir leche y así satisfacer las necesidades nutricionales del bebé (Adair, 1987: 135). Encontramos a nivel local ideas y creencias divergentes respecto a la dieta en el posparto, ya que muchas señoras consideran que se puede comer “de todo, para que de leche”, mientras algunas consideran restricciones específicas en la comida. Parece, sin embargo, que se están perdiendo las creencias respecto a dichas restricciones que están vinculadas en su origen con la teoría humoral. Ésta, en relación con los alimentos, se refiere a mantener el equilibrio entre los alimentos clasificados metafóricamente como fríos o calientes y el estado frío o caliente del cuerpo de la persona que se encuentra en una situación vulnerable, como es el caso de la mujer durante el puerperio. Para restablecer, entonces, el equilibrio humoral en esta fase, uno debe de basarse en el principio de oposiciones (Foster, 1984), es decir, consumir alimentos clasificados como fríos si el cuerpo se considera caliente y vice versa. En este contexto, los alimentos con calidad fría son dañinos durante el puerperio ya que la parturiente perdió mucho calor durante el parto, por lo cual debe de recuperar el equilibrio humoral evitando alimentos fríos (véase también Sesia, 1992). De esta manera, inmediatamente después del parto, se le da a la parturienta un vaso de leche o un atole, “(...) *cualquier cosa, pero tibio*”, comenta el partero de una comunidad vecina. Además, añade el último, la comida fría en esa situación es nociva también por otra razón: no permite que sane la herida provocada por el parto:

“(...) si hay, come también caldo de pescado, caldo de camarón, cualquier caldo (...), se come de todo. Lo que acostumbramos nosotros, [es] que no coma frijol en el momento de esto, ni arroz, porque están fríos; para que sane rápido pues su vientre.” (partero Sergio)

Según la partera anciana de la comunidad, la madre puede comer caldo de pollo pero tiene prohibido el caldo de res porque es frío y se seca su leche. Además, tampoco debe de consumir caldo de puerco ya que igualmente es clasificado como comida fría y provoca que se hinche el

cuerpo de la madre durante el puerperio. Lo mismo aplica para los frijoles que a parte de ser fríos le pueden causar dolor de estómago a la criatura a través de la leche materna. En acuerdo con la partera anciana, una madre de familia señala que la carne de puerco es muy mala porque hace daño en la herida provocada por el parto, por lo menos, “*eso es lo que dice la gente grande.*” De por sí, el consumo de carne de puerco en la localidad es muy poco común, así que fácilmente se sigue esta restricción. El pescado, por su lado, se puede comer. Otra madre de familia, considera que durante 40 días hay que respetar una dieta específica que excluye el consumo de plátano, sandía, frijol, elote y caldo de guajolote porque le pueden hacer daño al bebé. Por ejemplo el último, es frío, así como la carne de puerco, por lo cual se le puede hinchar el cuerpo al bebé. Asimismo, si la mamá come huevo, le da aire al bebé, lo que significa que se le hincha su vientre también y tiene cólicos. Para evitar que le de aire al bebé, hay que soplarle momentos después del parto con ajo, porque a veces el aire sucede por un espanto que tuvo la mamá durante el embarazo, por ejemplo con la víbora o por algún coraje. Entonces, si le soplan al bebé con ajo al nacer, se cura del susto y no se va a llenar de aire su pancita. Para “calmar el aire” se usa en la localidad el té de manzanilla o de hierbabuena y del primero también se le da al bebé al nacer para limpiar su estómago, en caso de que tomó “agua sucia” en el vientre de la mamá.³ Otra mamá observa que el café y bebidas dulces son dañinas también, en los primeros 15 a 30 días después del parto.

“A los niños debemos de alimentarlos bien con las papillas”: la lactancia y el suplemento alimenticio para los bebés

En lo siguiente vamos a considerar cómo se articulan las concepciones locales sobre la lactancia con la capacitación relativa a la alimentación de los recién nacidos proporcionada por el personal médico y cómo se percibe el consumo del suplemento alimenticio para los bebés. Según las recomendaciones del médico y de las enfermeras de la clínica, las madres de familia deben de dar pecho a sus hijos hasta que tengan seis meses –momento en que debe de iniciarse el suministro de alimentos- o máximo hasta el año. Según las teorías nutricionales, la comida sólida no debe de introducirse antes de los 4-6 meses porque el sistema del bebé es inmaduro y la leche

³ El “agua sucia” se refiere a cuando el bebé padeció estrés fetal y tuvo un relajamiento de los esfínteres antes o durante el trabajo de parto.

materna es la adecuada para sostener el crecimiento (Launer y Habicht, 1989, 17). Pero después de los seis meses nada más “sale agua del pecho”, indica el médico, y por lo tanto ya no es suficiente para garantizar las necesidades nutricionales del bebé. Esta sugerencia la tienen muy presentes las mamás en la localidad, mientras que en la práctica es común que sigan amamantando a sus hijos hasta un año con tres meses o hasta los dos años. Algunas madres de familia también dan pecho hasta que cumplan tres años de edad sus hijos. Un método para quitárselo, consiste en echar chile en los pezones.

La extensión del periodo de lactancia tiene que ver con factores múltiples, como por ejemplo el lazo construido social- y culturalmente entre madre e hijo. En San Lucas, a menudo las madres de familia dan pecho cuando está llorando el bebé o hace berrinche el niño chiquito, para tranquilizarlo. Por su parte, el niño chiquito está reclamando que su mamá le siga dando pecho, lo que acentúa a la vez el lazo afectivo y la cercanía – en su dimensión psicológica y social - entre madre e hijo. La extensión del periodo de lactancia significa además retrasar la menstruación y de esta manera evitar “naturalmente” un embarazo consecutivo. Sobre la lactancia, Cristina nos da su punto de vista:

“Nos dijeron en el programa hasta los seis meses nada más porque de allí en adelante ya es pura agua, dice el doctor. Pero como la niña no se deja pues; come, come y come... en las noches también; yo sí les doy. Porque dicen si uno no le da el pecho, no, rapidito se le baja la regla a uno, si no le da el pecho.”
(Cristina)

Asimismo, en vista de la falta de recursos económicos para comprar regularmente leche en polvo u otros alimentos para bebés, pienso que anteriormente a la papilla Oportunidades se atribuía seguramente cierto valor nutritivo a la leche materna aún después de los seis meses de lactancia. Pero cuando la economía lo permitía, es decir antes del inicio de la crisis de café en 1989, las madres de familia que no podían amamantar a sus bebés compraban leche en polvo – leche nido – para alimentarlos en los primeros meses de vida y en conjunto con el suministro de otros alimentos a partir de los seis meses aproximadamente. Desafortunadamente, la leche suministrada en “biberón” puede provocar una serie de enfermedades, por la calidad del agua, y no es tan nutritiva como la leche materna.

Una madre de familia que tuvo que darles a sus dos primeros hijos leche en polvo, comenta que en ese entonces afortunadamente había “precio del café” para poder comprar leche nido, que presenta un gasto relativamente fuerte para la economía campesina, ya que una lata de

500g cuesta alrededor de 25 pesos en la localidad. La misma señora menciona que no les pudo dar pecho porque le tuvieron que inyectar en los dos partos por las hemorragias que se presentaron. Ya que las inyecciones son calientes, en la percepción humoral local, pueden resultar nocivas y en este caso provocar que no se produzca la leche materna. Lo mismo suele suceder en caso de cesárea y la toma excesiva de medicamentos posteriormente, según testimonios de las madres de familia en la localidad. Destaca entonces aquí la calidad caliente atribuida a los medicamentos y los efectos secundarios que pueden llegar a tener durante la lactancia. Pienso que el hecho de no poder amamantar puede causar tensiones importantes al interior de las familias campesinas - en vista de la prolongada crisis económica – por el precio considerable de la leche en polvo. En este contexto viene a jugar un papel importante la distribución de la papilla por parte del programa Oportunidades a partir de 1999 en la localidad; suplemento alimenticio que sin embargo no es sustituto de la leche materna.

El consumo del suplemento alimenticio, coloca la lactancia dentro de otra luz, ya que permite, en teoría, recortar el periodo de lactancia, sustituyendo la leche materna, después de los seis meses, por la papilla, según lo sugiere el personal médico. Sin embargo, este razonamiento no se refleja en las prácticas locales actuales, como vimos arriba, ya que las madres de familia siguen complementando el consumo del suplemento alimenticio para los hijos con la leche materna, en muchos casos aun después de cumplir el año de nacido el bebé, en conjunto con otros alimentos para bebés y también con la toma de leche nido. Esto refuerza entonces nuevamente el argumento de que la lactancia no sólo está ligada a un factor puramente nutricional, sino que es necesario incluir las percepciones socio-culturales, así como al hecho de que representa un método anticonceptivo “natural”, para entender la prolongación de la misma. Al respecto, Kutty en un estudio realizado en Kerala, India, destaca que prevalece entre las mujeres un fuerte valor positivo atribuido a los aspectos tradicionales de cuidado del niño, como la lactancia, mientras que por ejemplo las actitudes hacia la inmunización son más débiles (1989). De hecho, en caso de que las madres de familia dejan de dar pecho antes del año es, en general, por consecuencia de alguna molestia en el pecho o porque simplemente sus cuerpos ya no producen más leche; hecho atribuido por ejemplo a la toma de medicamentos en el parto.

Las madres de familia en San Lucas acostumbran preparar el suplemento alimenticio en forma de leche, es decir diluido en agua, de forma parecida a la leche nido; incluso, a veces mezclan la papilla con leche nido. Esta forma de preparar el suplemento alimenticio tiene que ver

con lo dulce que está el producto: *“como está muy dulce, no lo toma [mi hija]”*, menciona Fabiola al respecto. Además, frecuentemente no les gusta a los hijos como sabe preparado de manera espesa como indican las instrucciones de preparación: *“[Lo] preparaba yo como tipo leche, a ella no le gustaba así como venía en el sobre”*, comenta otra madre de familia. Liliana por su parte nos dice: *“No les di así papilla, así muy espeso, sino que lo hacía yo en forma de leche porque a él no le gustaba... con tres cucharas de polvo y lleno la mamila o cuatro cucharas de polvo y lleno la mamila, así se lo toman.”* Algunos niños rechazan la papilla, tal vez porque ya están acostumbrados a tomar leche nido que sabe diferente: *“Mi hija cuando estaba chiquita, no quiso tomar papilla”*, dice Adriana, esposa de migrante, que les da leche nido a sus dos hijos.

A veces, cuando no alcanza la papilla, las madres de familia compran leche nido en el lapso que queda hasta la siguiente entrega del suplemento alimenticio. Así lo comenta Liliana que tenía que comprar latas de leche nido porque no alcanzaba la papilla: *“acabando la lata o antes de acabar, me volvían a dar otra papilla”*, y otro comentario nos ilustra la misma situación: *“ya cuando se le acaba esa [papilla], pues ya compro mientras que llega la siguiente.”* (Fabiola). En el rápido consumo de la papilla, influyen a menudo los otros miembros de la familia: *“sí alcanza a veces, si uno no tiene sus hermanitos (...) porque ellos también quieren,”* nos dice Celia. A veces, los niños también consumen la papilla que recibe la madre y justamente en una de las pláticas educativas, el médico destacó esta problemática, ya que la papilla para la madre puede resultar dañina para los niños menores de dos años. De hecho, la situación de que comúnmente se reparten los suplementos alimenticios entre varios miembros de un hogar ha contribuido a un impacto nutricional restringido de los programas de suplementación alimenticia, donde en muchos casos no se ha logrado ningún mejoramiento nutricional en la población focalizada (Fleuret y Fleuret, 1986: 83). Por lo mismo, la preparación y el consumo de la papilla ha recibido un fuerte seguimiento durante las comunicaciones educativas programadas por el personal médico en el contexto del Oportunidades. Incluso, se ha recurrido en la pláticas a demostraciones por parte de algunas madres de familia respecto a la preparación adecuada de la papilla. En este contexto, resultó que en la localidad las mamás coinciden en la preparación de la papilla, consistiendo en tres o cuatro cucharas de polvo por vaso de agua.

Cuando cumplen dos años los hijos ya no reciben la papilla, sólo en casos de desnutrición, pero muchas madres de familia siguen dándoles leche nido. La medida y edad hasta la cual los hijos siguen consumiendo leche nido depende fuertemente de la economía familiar, que no siempre permite este tipo de gastos. Por lo mismo, el consumo regular de la leche nido no es garantizado como en el caso de la papilla para los dos primeros años del bebé. Durante mi estancia en San Lucas, me percaté que son sobre todo las familias que cuentan con migrantes que pueden permitirse la compra periódica de leche nido, que en este caso se consume en adición a la papilla Oportunidades. En la localidad, los niños, por lo general, siguen tomando leche en polvo hasta los cinco o seis años, de manera regular.

Además, cuando los niños empiezan a comer los mismos alimentos que los adultos ya no se considera tan importante el consumo de leche: “*ya casi no toma mucho mi otro niño porque ya come tortilla, ya come bien*”, nos dice Edalia, hablando de su hijo de tres años. Mientras, a su hija de 11 meses le sigue dando la papilla ya que sólo come poquita tortilla. Otra niña de 10 meses, por su lado, no quiere tomar ni la papilla ni leche materna pero ya come tortilla y huevo, comenta su mamá. En este sentido, no se considera deficiente la alimentación de la niña por no tomarse la papilla. Esto nos señala una concepción sobre la alimentación adecuada que considera en primer término alcanzar un equilibrio sea con comida sólida o con leche materna y el suplemento alimenticio. Launer y Habicht llegaron a la misma conclusión en el contexto de Madura, Indonesia:

“Since meal-supplementation was not critical for all infants, we conclude that meal-supplementation per se was not perceived as critical to an infant’s survival. What was important was balance and, depending on the infant, that could be achieved with or without meal food supplementation” (1989: 20).

Sin embargo, de manera general se le atribuye en la comunidad un valor positivo al consumo de la papilla para los hijos. El énfasis puesto en la importancia de la papilla para el bienestar de los bebés por parte del personal médico se ve reflejado en las percepciones locales. Así nos dice por ejemplo Miriam, una madre de familia: “*A los niños debemos de alimentarlos bien con las papillas*”. Por una parte, el comentario indica el lado obligatorio - característico por cierto del programa - de consumir el suplemento alimenticio, pero por otra también señala una conscientización respecto a la importancia de la leche en la alimentación de los bebés.

Las señoras en la localidad no suministran la papilla como se indica en los sobres - espesa con poca agua - pero el mismo personal médico está conforme con esta manera de prepararla, es decir diluida en agua, a pesar de que pierde parte de su valor nutritivo. De hecho, al parecer, los niños no se la tomarían como lo indican los sobres; por lo espeso y dulce, indican las madres de familia. En este sentido, los datos obtenidos en la localidad coinciden parcialmente con la evaluación externa del Oportunidades sobre el suministro de la papilla en diferentes Estados de la República. Se registró en esta ocasión, la aceptación por parte de la mayoría de los médicos en que se consuma la papilla de maneras no prescritas (biberones, hielitos, chocomiles etc.), tanto como un aumento en las quejas por la dulzura del suplemento alimenticio (Escobar et al., 2002). El médico pasante responsable de San Lucas, sin embargo, está en desacuerdo con que se prepare atole o hielitos con la papilla, porque representa una pérdida excesiva de su contenido nutritivo; por lo menos así lo enfatiza en el marco de una plática con las titulares del programa.

Muchas veces la papilla se reparte entre varios hijos de la familia, ya que los más grandes también quieren, o la mamá les prepara el suplemento alimenticio destinado a ella, lo que puede igualmente reducir su impacto en la nutrición tanto de los niños menores de dos años como de las mujeres embarazadas y lactantes. Por su parte, la aceptación del suplemento alimenticio para los niños probablemente está ligado en parte al consumo - desde años anteriores al programa Oportunidades - de la leche en polvo y su valoración positiva. En los casos donde los niños rechazan tomar la papilla, se presentan a menudo facilidades económicas para comprar leche nido regularmente. Al respecto, observamos por su parte que la leche nido no sólo sustituye a la papilla en el caso muy común de que ésta se acabe antes de la siguiente entrega, sino complementa también de manera regular el consumo del suplemento alimenticio y la leche materna, cuando la economía familiar lo permite. En este aspecto, las familias que no cuentan con ingresos monetarios por la migración, o peor, ni con el apoyo por parte del Oportunidades, están en seria desventaja en lo que se refiere al consumo de leche en polvo para los niños chiquitos.

En el periodo entre los cuatro y ocho meses -según la aceptación de la comida por los bebés- las madres de familia empiezan a complementar su alimentación, que abarca entonces la leche materna, papilla Oportunidades y -si la economía lo permite- leche nido, con alimentos que comen los adultos. En un principio, es muy común, por ejemplo, el consumo de la “tortilla de bebé” que consiste en una bolita de masa cuya cáscara se quita y que se combina con sal y/u hoja

de aguacatillo. Desde muy temprana edad, entonces, el maíz, alimento básico en la región, empieza a formar parte de la alimentación cotidiana. Igualmente el atole representa un alimento frecuentemente consumido por los bebés, así como algunas verduras como el chayote, papa y nopal o, caldo, sopa, huevo y frijol.

Entonces, en la práctica los bebés ya desde antes de cumplir el año empiezan a consumir alimentos que comen los adultos, en la medida en que los acepten y puedan digerir. Algunas madres de familia, por ejemplo, prefieren prepararles únicamente comida cocida a los bebés, para evitar la diarrea. Al respecto, una mamá considera también que antes del año, el bebé no logra digerir el plátano ni la tortilla porque le provoca diarrea blanca. En la localidad, la elección de los alimentos adecuados para los bebés se basa tradicionalmente en dinámicas de prueba y error, experiencias individuales y compartidas socio-culturalmente, pasadas y presentes. Prácticas, que por cierto se van adaptando a las condiciones de vida que enfrentan las familias campesinas en un momento histórico determinado. Es precisamente en este contexto, que se vienen también incorporando las nuevas visiones transmitidas por los programas de salud oficiales, como el Oportunidades, sobre la alimentación adecuada para los niños menores de cinco años, como veremos a continuación.

“Si no come, dicen, allí se va a enfermar el niño”: alimentación de los niños menores de cinco años

El énfasis que hace el programa Oportunidades en la buena alimentación de los niños menores de cinco años, se ve reflejado en las percepciones locales sobre la prevención, adquiridas a través de las pláticas educativas. Para que estén sanos los niños, en esto están de acuerdo tanto las madres como los padres de familia, tienen que “comer bien”, como reflejan estos comentarios: *“Todo lo que hay, verduras, frutas, le tiene que dar de comer bien [al niño]”*, o, *“Hay que darles de comer bien (...), como el pollo, la verdura...”*. Incluso, porque de ello depende su capacidad de retención. Así recuerda una madre de familia el tema de la alimentación en la comunicación educativa:

“Hay que dar a su hijo temprano, dicen, no debe de hacer que no va a dar uno a su hijo, de comer pues. Cada vez que va el chamaco a la escuela, tiene que comer, porque si es que no come, dicen, y allí cuando está en la escuela, no dan ganas de hacer su tarea, de hacer su cuaderno, dicen, porque no ha comido pues, así dicen. Cuatro veces comen al día.” (Carmen, 40 años)

Así como las madres de familia señalan que durante el embarazo comen “todo lo que hay”, también comentan que sus hijos chiquitos – menores de cinco años - comen todos los alimentos que se consiguen a nivel local, cultivados, recolectados y/o comprados. Esto a la vez significa que la alimentación de los niños chiquitos no varía de lo que comen los adultos: “*Sí comen los niños las hierbas que uno come*”, nos dice por ejemplo Celia con dos hijos menores de cinco años. Citlali señala: “*Así comen lo que yo como, hierbamora, todo, nopal, todo eso, lo que compro.*” En el mismo tono nos Liliana: “*Pues [mis hijos comen] de lo que comemos acá; a veces quelites, frijoles, todo lo que hay.*”

En esta dimensión el personal médico, no obstante, está enfatizando en las pláticas educativas el tipo de alimentos que deben de comprar las madres de familia con el recurso para alimentación que reciben, para promover una dieta diversificada a sus hijos. Por lo mismo, los testimonios de las madres de familia reflejan la importancia de comprarles a sus hijos todo tipo de frutas y verduras, como la manzana, durazno, uva, papaya, mango o la papa y nopal, tanto como carne. Así, una madre de familia recuerda las recomendaciones para la dieta de los niños, según los folletos que distribuyen por parte del Oportunidades: “*Pues el pollo, la verdura, los quelites, nopales, esto que nos dan en el folleto... Es lo que nos recomiendan, la carne, huevo, verdura, quelite, toda la cosa del campo....*” (Mariana).

En la práctica, como ya vimos arriba, ciertos “ingredientes” de esta dieta ideal, no obstante, tienen sus límites que son más que nada de índole económica, como lo señalan los siguientes comentarios: “*Es que no hay dinero para comprar carne todos los días.*” (Citlali), o: “*Luego cuando voy a Valle, les compro carne, pero eso ya depende, de vez en cuando (...), cuando hay dinero. Si no hay, pues lo que consigo acá.*” (Liliana). Otra señora nos señala, por su parte, los alimentos que compra a nivel local y la limitante del acceso económico-geográfico a la carne y otros productos de mercado:

“Si alcanza [el dinero], entonces compro huevo, hago yo con tomate, hago frijol a veces, y arroz y sopa. Pero carne, no he comprado ya carne pues desde hace mucho. Aquí no hay, tengo que ir a Valle a comprar. Cuando voy a Valle también compro yo carne, [compro] pollo y hago yo caldo, hago yo papa, compro yo papa y verdura también, compramos nosotros un poco; col y rábano.” (Carmen, 40 años)

Vemos entonces aquí reflejada de cierta manera la gravedad de la actual crisis económica en el campo, generada para esta zona principalmente por la crisis del café. A la vez, los

comentarios anteriores enfatizan nuevamente el alto valor nutritivo atribuido a la carne y la disposición de diversificar la alimentación para los hijos. En este aspecto resalta también el valor positivo que han adquirido para muchas familias los productos del mercado, incluso la preferencia por la leche Nido, frente a los alimentos que potencialmente podrían sembrarse a nivel local para complementar la dieta cotidiana.

Otra dimensión presente en los relatos de las madres de familia respecto a la alimentación de los niños menores de cinco años, se refiere a la preparación y el consumo higiénicos de la comida. Como sabemos, todos los aspectos relacionados con el saneamiento y la higiene han recibido un fuerte énfasis, tanto por parte del IMSS población abierta como por el Oportunidades en años posteriores. Por lo tanto, no es sorprendente notar que las madres de familia tengan presente cómo se pueden prevenir enfermedades diarreicas, según enseñan en las pláticas educativas, a partir de la preparación y el consumo higiénicos de los alimentos. Así, Liliana nos relata lo que hace para que no se enfermen sus hijos chiquitos: *“Les lavo las frutas que comen, les lavo las manos antes de comer; su comida bien tapada. A veces cuando compro fruta, hay que lavar con cloro si es necesario y taparla,”* y Citlali comenta: *“Cuando come verduras, va a lavar también, hay que echar dos, tres gotas de cloro, cuando va a lavar la verdura.”* Sin embargo, en la práctica no he podido observar el uso de cloro en la preparación de las verduras, lo que se debe tal vez no sólo a una concepción distinta sobre la causalidad de las enfermedades - más relacionada con mantener un equilibrio con la naturaleza y el entorno social- sino también a que sólo raramente se consumen frutas y verduras compradas en la cabecera municipal.

La regla higiénica - promovida por el Oportunidades - de que los niños deben de lavarse las manos antes de comer, está muy presente a nivel teórico, mientras que en la práctica las madres de familia no siempre están al pendiente si los hijos comen con las manos limpias. Incluso los niños chiquitos llegan a comer relativamente seguido en el transcurso del día, sean frutas o cualquier cosa que se les ofrece y las mamás no siempre tienen tiempo de controlar si se lavan las manos o no. Así lo menciona Celia que nos relata las medidas necesarias para que no se enfermen sus hijos menores de cinco años en relación con el consumo de alimentos:

“[Hay que] cuidarlos, pues que no anden en lugares sucios. Que laven las manos antes de comer. Como acá hay perro y luego lo agarran y se ensucian las manos y a veces uno no se da cuenta y ya están comiendo con las manos sucias... como están chiquitos.” (Celia, 22 años).

Las medidas higiénicas relacionadas con la alimentación van de la mano con las actividades de saneamiento al interior del hogar que discutimos en otra parte. Al respecto, jugaron un papel muy importante a nivel doméstico la conexión por mangueras del agua de manantial a todos los hogares, tanto como la construcción de letrinas a finales de los ochenta y principios de los noventa.

“Es poquito 300 pesos”: el recurso para alimentación

Es en el contexto de la actual crisis económica que viven las familias cafecultoras, que el recurso monetario obtenido por el Oportunidades viene a jugar – en teoría - un papel importante en la diversificación de la alimentación familiar. No obstante, si consideramos únicamente los 300 pesos bimensualmente destinados para alimentación y dejamos de lado las becas de Oportunidades, es obvio que no logran resolver las necesidades alimenticias complementarias a la dieta básica de hogares con tres-cuatro hijos. En este sentido, el recurso para alimentación que promueve el Oportunidades solo tiene un impacto restringido en la compra de alimentos de mercado. Así, Felipe nos hace un cálculo tentativo del gasto de los 300 pesos que recibe su esposa para la despensa:

“(…) Cuando van a cobrar, gastan 10 de pasaje de ida y 10 de regreso, son 20. Ahora, que van a gastar en una comida, en unos tacos que van a comer en Valle, una comida durante el tiempo que van a tardar en el cobro, van a gastar como 25, 30 pesos, ya gastó sus 50 (...). Ahora más cinco, siete pesos que van a [gastar para la cooperación], ya gastaron sus 60 pesos. (...) Traen un pollo en 40 pesos para la familia y tienen 200. (...) Ni para un mes [alcanza] porque aquí si va a comprar un pollo de blanquillo, qué te cuesta, 20 pesos, donde son cinco, seis chamacos, en un día se lo van a llevar todo.” (Felipe, 41 años).

Así también lo percibe Fernando: *“[Con el recurso para alimentación] se compra un poco de alimento (...), no es nada 300 pesos; compra un pollo, dos pollos, una comida y ya se acaba ... un refresco... así pasa.”* Celia considera igualmente que se gasta muy rápido el recurso para alimentación que recibe: *“Como es poquito 300 pesos me lo gasto allí en Valle, compro así para comer, que coman los niños, frutas, así, o carne a veces, y allí se va el dinero, como es poquito...”*

Las familias titulares que únicamente reciben el apoyo para alimentación - por no contar con hijos en edad escolar para cobrar becas del programa - señalan entonces que estos 300 pesos se gastan en una despensa, o prácticamente en una o dos comidas para toda la familia. Así que el impacto de dicho recurso en la alimentación de los niños menores de cinco años es limitado. Además, hay que considerar que se recurre a este dinero también para situaciones de emergencia, es decir, para medicamentos por ejemplo, en caso de enfermedad, para pasajes a la cabecera municipal y/o para otros productos no alimenticios del hogar y todo tipo de necesidades específicas. Sin considerar aquí los casos citados en la zona, donde el esposo se gasta el apoyo monetario del Oportunidades en la cantina.

Por su parte, para las familias que cuentan con becas escolares del Oportunidades y/o incluso con miembros migrantes, el panorama económico y “alimenticio”, obviamente se presenta bajo una luz distinta. Así, un padre de familia nos comenta, por ejemplo, que recurren a la beca de su hijo para comprar alimentos, porque el último ya cuenta con el material escolar que le mandó su hermano migrante de Estados Unidos: *“Con el dinero que recibe mi hijo por parte de Oportunidades, compramos de lo que comemos; de alimentos pues. Porque ya tenemos cuadernos, ya tenemos lápices, colores también. En vez de eso, compramos lo de acá, comida.”* (Carlos). De esta manera, se presentan diferencias importantes entre las familias en lo referente a las posibilidades de comprar alimentos en el mercado. No obstante, destaca en los testimonios que el dinero de las becas frecuentemente alcanza únicamente - o se destina idealmente - para el material que los maestros les piden para la escuela: *“Es poco el apoyo que están dando, (...) no alcanza; muchas cosas necesitan los niños en la escuela, pluma, zapato, todo, lápices. Diariamente estamos gastando con la escuela”*, nos dice Fernando. David, por su parte nos dice: *“Lo que cobra ella, es para los chamacos que están en la escuela, allí sale el gasto pues. Compra zapatos, compra ropa.”* Además, en este aspecto, los niños están pidiendo a sus madres que compren artículos específicos cuando cobran la beca, y en relación con la alimentación también exigen a menudo dinero para comprarse papas, galletas, dulces, chicharrón y refrescos, entre otras, saliendo de clases. De hecho, la auxiliar de salud señala la problemática de que los niños gasten el dinero de la beca para comprar este tipo de “alimentos”: *“Se van a comer pura cosa... que está en la escuela. Por eso se enferma más el niño luego.”* Por su parte, los padres consideran que los niños tienen el derecho de disponer en parte sobre el apoyo monetario, ya que

es para ellos. Así, Fernando comenta que el gasto de la beca abarca también *“lo que los niños quieren comprar para comer.”*

Capítulo VI: La planificación familiar

“Dicen que hay que usar dispositivo, hay que usar método”: perspectivas sobre los métodos anticonceptivos

En conjunto con el saneamiento básico, la planificación familiar ha sido una de las actividades más sobresalientes en el IMSS población abierta en la zona, lo que en la práctica se refleja, tal como en las actividades de saneamiento, en la presión que ejerce el personal médico y paramédico sobre la población local para que planifique su familia. El médico pasante anterior de la clínica en Arroyo de Banco, Ricardo, considera que *“aquí el programa más grande es el programa de planificación familiar.”* Asimismo, el auxiliar de salud de San Lucas afirma que el gobierno exige mucho sobre planificación familiar, ya que no quiere más niños por el costo elevado que implica criarlos. Manuel considera, además, que la mayoría de la comunidad participó en el programa de planificación familiar: *“todos se dieron cuenta; despertaron”*, en el sentido de que ya no hay que tener muchos hijos. En el mismo tono opina el médico pasante actual:

“Planificación familiar ha sido relativamente sencillo porque la gente ya está sensibilizada o educada, orientada [sobre] los beneficios y riesgos que tiene tener mucha familia. Entonces no ha sido difícil; la gente viene a veces a solicitar información y muchas de ellas tienen el método (...). La OTB no es muy solicitada, ni la vasectomía en los hombres, casi no se la realizan, pero los demás métodos sí son aceptados.” (médico Luis).

Sin embargo, en la misma conversación Luis menciona que siempre hay métodos a disposición en la clínica y *“a veces hasta de sobra,”* lo que contradice la amplia aceptación de los mismos en vista del permanente desabasto de medicamentos en las unidades médicas rurales.

En la clínica de Arroyo de Banco tienen a disposición de forma gratuita métodos temporales, como son las pastillas, inyecciones, condones y el DIU (Dispositivo Intra-Uterino) y se ofrece también la esterilización a través de la OTB (Oclusión Tubática Bilateral) para las mujeres o la vasectomía para los hombres. El DIU lo aplican las dos enfermeras en la clínica mientras que para realizar la OTB se canaliza a las señoras a diferentes hospitales de la región, por ejemplo al IMSS en Matías Romero o en Huatla de Jiménez. Últimamente, los cirujanos también han llegado a las unidades médicas a realizar la operación y a las señoras de la zona de

San Lucas les corresponde la clínica de la cabecera municipal de Jacatepec, en la carretera hacia Tuxtepec. En San Lucas, el asistente de salud indica que el DIU es el método anticonceptivo más difundido, mientras varias señoras se han realizado la OTB también; *“fueron muchas acá a hacer operación”*, comenta Luz de 36 años. Los datos de la clínica, por su parte, nos confirman el alto número de esterilizaciones y de manera general, vemos en el *cuadro 1* una participación elevada de la población femenina en el programa de planificación familiar. La información de la unidad médica rural indica que de las mujeres unidas el 72% son usuarias de planificación familiar, mientras del total es el 43.24%; porcentajes muy altos para una zona rural del país.

Cuadro 1: Usuarías activas de planificación familiar en San Lucas (2003)

Mujeres 12-49 años	148
Mujeres 12-49 años casadas o en unión libre	88
Usuarías de métodos anticonceptivos	64
Hormonas orales	14
Dispositivo intra-uterino	17
O.T.B. (salpingoclasia)	21
Hormonas inyectables	11
Vasectomía	0
(Histerectomía)	1

Fuente: UMR Arroyo de Banco, Valle Nacional, Oaxaca: Encuesta de usuarias activas de planificación familiar.

A consecuencia de la insistencia por el IMSS población abierta en el ámbito de la planificación familiar, la población en la localidad ya tiene muy buen conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. Incluso representa el tema de salud en el marco del cual se ha buscado con especial énfasis la participación de los hombres, por ejemplo, a través de asambleas comunitarias convocadas por los médicos pasantes de la clínica. Un padre de familia se acuerda de esas pláticas en el marco del IMSS población abierta: *“(…) Hay veces que el médico venía, se convocaba a una reunión al pueblo pues, entonces todo el pueblo escuchaba. Bueno, hay alguna gente (…) que estuvieron yéndose, tal vez no le gusta a la gente, no entiende uno lo que está explicando [el médico]* (José, 41 años). En este contexto, la resistencia hacia el uso de métodos anticonceptivos ha sido más fuerte en la población masculina. Comenta Manuel

al respecto, que en una reunión de los auxiliares del IMSS-Oportunidades en junio de 2003, recibieron nuevamente indicaciones de entrar al grupo de la comunidad que “*de plano no quiere planificar*”, refiriéndose a los hombres. Así señala también la enfermera:

“Las mujeres son las que más están planificando, con dispositivo, porque los hombres qué van a querer realizarse su vasectomía; también hacemos esta promoción. Sí, también los presionan pues, pero no, no aceptan. (...) Nunca va a venir un hombre que diga, yo vengo, yo quiero hacerme vasectomía, no ¿cuándo?” (enfermera Isabel).

El médico particular Roberto que ya tiene muchos años trabajando en Arroyo de Banco piensa que ese rechazo se debe a lo siguiente: “[*Es*] *por falta de orientación, [el hombre] piensa que al hacer vasectomía ya no va a tener deseo sexual con su mujer.*”

El programa de Oportunidades ha retomado el tema de la planificación familiar para incluirlo dentro de los temas de las pláticas educativas, pero no ha sido sujeto a una mayor presión a través de medios coercitivos, como en el caso del saneamiento básico, por ejemplo, donde el cambio en la realización de las acciones preventivas con la entrada del Oportunidades fue muy notoria. En el ámbito de la planificación familiar parece presentarse en este contexto continuidad y complementariedad entre los programas de IMSS población abierta y el Oportunidades. En la práctica, esto significa no sólo que el personal médico y paramédico –en presencia de los dos programas- sigue tratando de convencer a la gente para que use métodos anticonceptivos, sino también que una parte de la población local persiste en su rechazo hacia los mismos. De hecho, muchos testimonios a nivel local no encajan con los altos porcentajes de usuarias de planificación registrados en la clínica (*cuadro 1*), como veremos a continuación. Así nos comenta una madre de familia: “*Sí nos dicen allá cuando vamos, aquí en el programa de Oportunidades; dicen que hay que usar dispositivo, hay que usar método y todo eso. Pero casi la mayoría no quiere*” (Cristina, 22 años).

De esta manera, la introducción del Oportunidades significó principalmente modificaciones en la difusión de la información respecto a los métodos anticonceptivos, en comparación con el IMSS población abierta. Mientras actualmente el primero promueve la planificación familiar por medio de pláticas educativas al grupo de titulares, anteriormente el personal médico ofrecía consultas individuales o en pareja con los auxiliares de salud a nivel local o con las enfermeras o el médico pasante en la clínica. Estas consultas se siguen realizando,

en conjunto con las asambleas enfocadas principalmente hacia la población masculina que ya sólo muy ocasionalmente se llevan a cabo en el contexto del Oportunidades. En este sentido se abre con la plática educativa de Oportunidades un nuevo espacio para informar, sensibilizar y convencer exclusivamente a las madres de familia para participar en el programa de planificación familiar. Según el diseño del programa, los padres de familia deberían de participar en las pláticas que se refieren a esa temática, lo que en realidad, sin embargo, no ha sucedido; los hombres señalan que no han sido invitados.

En primer instancia, percibí por medio de numerosas pláticas que el rechazo de una parte de la población local hacia el uso de métodos anticonceptivos está relacionado con efectos secundarios negativos en la salud de las mujeres, que según ellas están provocados por la incompatibilidad entre los métodos promovidos y el trabajo físico que realizan cotidianamente. La cantidad de testimonios al respecto, ha llevado a mucho escepticismo en la población tanto femenina como masculina en referencia a la planificación familiar y a miedo por parte de las mujeres en usar algún método. En este contexto, el médico Roberto afirma lo siguiente: *“Antes de que entrara el programa de gobierno, de los anticonceptivos, (...) sus organismos estaban sanos. (...) Esto ha sido un fracaso porque no ha funcionado, es como intoxicar a las personas.”* Roberto opina que los métodos anticonceptivos no están hechos para la gente que vive en el campo:

“Estas personas tienen que estar en la lumbre (...) y tienen que acudir a estar en el campo, en pleno sol, imagínate, consumiendo este tipo de productos. (...) Tiene como unos diez, más de diez años, comenzaron a aplicar los anticonceptivos [y] hay mujeres que bajaba su regla hasta dos veces al mes; no funcionó.” (médico Roberto)

A parte de que muchas mujeres relatan que con el DIU baja mucho más la regla, también el hecho de cargar leña o cosas pesadas en general no es compatible con ese método. Una madre de familia, comparte la opinión del médico Roberto:

“[El médico de la clínica dice] que pongamos esa cosa que le llaman dispositivo pero nosotros no queremos porque no podemos usarlo por el trabajo duro que trabajamos en el campo; nos hace daño. Pues cuando cargamos leña, sentimos ese dolor, en la espalda, que algo estorba pues adentro. Por eso, muchas no lo usan. (...) Ninguno nos conviene porque trabajamos en el sol y el sol nos hace daño.” (Alicia, 35 años)

Alicia ha escuchado de las señoras que usan el DIU, que les duele, *“que sangran por dentro”* y que luego les baja pura agua. Por lo mismo, ella decidió con su marido recurrir al preservativo como método anticonceptivo y a veces va a la clínica en Arroyo de Banco donde los tienen a disposición. Además, se considera que el DIU ni siquiera es seguro y que incluso los doctores comentan que 25% de las mujeres se embarazan con ese método. Por eso Elena, que tiene nueve hijos, les comenta a las señoras que tienen el DIU y se siguen embarazando: *“Yo no quiero nada si así está usted.”* Ella, después de su cuarto hijo, tomó pastillas pero no las aceptó su cuerpo: *“no me gusta, me hace daño a mi cuerpo”*; le provocaron vómito y dolor de cabeza. Tampoco tomó en consideración operarse porque le da miedo y además *“[las] señoras que hicieron la operación, dicen que ya no es igual la regla (...); que baja mucho la regla.”*

Otra madre de familia, Carmen, ha escuchado que en Arroyo de Banco se murieron tres señoras que se habían realizado la OTB y por eso le da miedo usar cualquier método y respecto al DIU piensa lo siguiente: *“cuando uno está enfermo y no sana uno bien y allí es donde está (...), cuando aborta uno, allí se afecta y allí no sana uno bien... [y] después se pudre mi hijo.”* A Guadalupe también le da miedo enfermarse por usar un método anticonceptivo: *“Me da miedo tomar esta cosa; como se infecta uno con este método pues. Algunas toman pastillas; no, a mí no[me gusta] porque no sé qué cosa me va a pasar.”*

A menudo, es en el contexto del encuentro clínico que las mujeres deciden -en general en conjunto con su esposo- usar algún método anticonceptivo, como lo indican los siguientes testimonios de madres de familia sobre sus experiencias con la planificación familiar. De esta manera, Mariana cuenta que estuvo en tratamiento en el sanatorio en Tuxtepec cuando estaba embarazada de una de sus hijas y es allí donde el médico le aconsejó usar un método anticonceptivo: *“El doctor me dijo que tenía yo que cuidarme para no tener más pero de todos modos yo no quise y me volví a embarazar de otros dos”*. Sin embargo, en esa ocasión, en un principio estaba de acuerdo en usar el dispositivo pero posteriormente se lo tuvieron que quitar porque no dejaba de sangrar y le dolía:

“(...) mi cuerpo no resiste para estos métodos; (...) me estaba yo muriendo cuando me pusieron el dispositivo (...), sangraba bastante. Al mes que yo fui, no paraba; me esperé otro mes y fue lo mismo, ya (...) cumpliendo yo los dos meses, ya no soportaba yo (...), ya no pude yo sostener y me tuve que ir al mismo sanatorio”. (Mariana, 44 años)

En este comentario se refleja, por su parte, la problemática de la dependencia de las mujeres a los servicios de salud para poder quitarse por ejemplo el dispositivo en caso de molestias, lo que a la vez implica costos de transporte y tiempo. Además, los médicos no siempre están de acuerdo en retirar los métodos anticonceptivos, notablemente para mantener elevado el número de usuarias activas de planificación familiar, lo que significa para las mujeres una considerable falta de poder sobre el control de su fertilidad (Hardon, 1992: 762).

De la misma forma como Mariana, en el contexto de la consulta médica, Valentina de 39 años se realizó la OTB por tener varices en los pies: *“Ya se iba a reventar esta parte [de los pies] después del cuarto hijo; el médico ya no quería que tuviera más hijos”*. Pero ahora sigue con molestias, dice: *“me duele pero ya no quiero ir”* porque le da mucho vómito la anestesia y por eso no quiere volver al hospital. Otra madre de familia, de 26 años, se operó después de su tercer hija que tuvo por cesárea. *“Ya no sirve mi panza para embarazar otra vez”*, cuenta Josefina que le decía la enfermera. Ella no quiso operarse porque tenía miedo pero su marido fue a hablar con el auxiliar de salud y la enfermera le decía que nada más le iban a cortar poquito. Durante un mes después de la operación no podía caminar; le dolía la espalda, el vientre, la cabeza, las piernas y la cadera. Después de ese tiempo fue a la clínica, donde le dieron pastillas contra el dolor. Ahora sigue sintiendo duro el vientre pero no va a la clínica porque no tienen medicamentos, me comenta Josefina que sigue sin poder caminar bien.

Celia que no usa ningún método anticonceptivo también relaciona su uso con la enfermedad:

“Nosotros no queremos como dicen que es malo y las pastillas como son calientes... porque luego dicen que la matriz se echa a perder de tantas pastillas y con el dispositivo igual es así... se echa a perder, luego les va a tocar enfermedades así como cáncer, así como todas las enfermedades; como es la matriz de uno; donde carga hijos, se echa a perder y luego va a salir con enfermedad después. (...) Como el dispositivo se coloca en la matriz y luego como es así como una cosita de alambre, no sé, claro que se va a echar a perder la matriz de uno.” (Celia, 24 años).

En el mismo sentido de que los métodos anticonceptivos pueden afectar negativamente la matriz argumenta también esta madre de familia, pero en relación con las inyecciones: *“Yo no me pongo inyecciones porque es malo dicen, es malo tener inyecciones dice [el partero], porque uno se quema adentro, ya no puede tener hijos* (Clara, 24 años)”. En la zona de San Lucas, el hecho de que tanto las inyecciones como las pastillas provocan que se “eche a perder la matriz” es una

visión común respecto a los métodos anticonceptivos y está vinculada con la teoría humoral. Ya que los medicamentos, incluyendo los métodos anticonceptivos como las pastillas y las inyecciones, son consideradas calientes y pueden resultar dañinas para la matriz. Estas creencias se han señalado también en otras regiones del mundo, por ejemplo en Sri Lanka, donde se considera que las pastillas anticonceptivas provocan un exceso de calor en el cuerpo de la mujer, lo cual a su vez hace que se seque la matriz. Con el tiempo, una matriz seca es incapaz de recibir el semen del hombre (Nichter y Nichter, en Hardon, 1992: 761).

Mientras, como vimos arriba, varias mujeres en la localidad no quieren usar métodos anticonceptivos por razones de salud más que nada, otras sí tienen el deseo de planificar su familia pero se enfrentan con la resistencia por parte de sus esposos. Esta resistencia tiene que ver con el mismo peligro y el miedo, mencionados arriba, de que se enferme la mujer por usar algún método. Así, nos cuenta por ejemplo Cristina de 22 años, que tuvo a sus dos hijos por cesárea, que le propusieron colocar el DIU en el sanatorio donde la atendieron, para que no tuviera otro hijo seguido. En esa ocasión, le dijeron que volviera a los 40 días después del parto, pero relata ella: *“Yo no fui; no quiso mi esposo, no quiso. No vas a ir porque hay algunas nada más que se le ponen eso y luego se enferman cuando ya tienen el dispositivo.”* Así relata también Celia de 24 años: *“Nos aconsejan allí en las pláticas de Oportunidades que planifiquemos nuestras familias, de cuantos hijos debe uno de tener. Pero nosotros no queremos, mi esposo dice que es malo, que después te vas a enfermar, dice.”* En una situación parecida se encuentra Adriana de 22 años, ya que, por un lado, no quiere su esposo y, por otro, ella tiene sus reservas al respecto: *“A mi esposo no le gusta que tome... baja mucha regla y eso no quiero yo. Dice una señora que cuida con ese que no sirve.”*

Así, varios testimonios de las mujeres a nivel local señalan cierto rechazo hacia los métodos anticonceptivos, mientras los datos de la clínica nos dicen que una gran parte de las mujeres unidas son usuarias del programa de planificación familiar. Esta discrepancia tal vez se deba a que las entrevistas que realicé fueron parciales y/o que exista una estigmatización social en relación con el uso de los métodos anticonceptivos, por lo cual no se quiere mencionar ante extraños la participación en el programa de la clínica. Por su parte, me inclino a pensar que los datos de la unidad médica rural, a lo mejor por alguna razón logística, están distorsionados y que

incluyen probablemente a usuarias que participaron en el programa por una temporada breve y que ya lo abandonaron.

En otra dimensión, los testimonios de las mujeres nos indican el contexto complicado dentro del cual toman la decisión de usar algún método anticonceptivo o no. Entre la presión por parte del personal de salud, sus propios deseos, en muchos casos el rechazo de los esposos y los numerosos testimonios de las consecuencias negativas que puedan contraer, buscan hacer un balance entre los pro y contras de planificar a su familia, y la decisión a favor, a veces se lleva a cabo sin el consentimiento de los esposos. Leticia de 30 años, por ejemplo, el primer año de casada se iba a inyectar sin que lo supiera su esposo porque tenía miedo del embarazo y parto, mientras él se enojaba porque no le daba un hijo. Existen muchos casos similares en la zona que reflejan los mecanismos que se han venido creando por parte de las mujeres que desean planificar, a pesar del rechazo hacia los métodos anticonceptivos que demuestran sus esposos. Esto señala a la vez un incremento de poder sobre sus propios cuerpos por parte de las mujeres campesinas y un acto de resistencia hacia sus maridos, ya que ellas –sin consultar a los últimos- deciden no embarazarse por un tiempo. Sin embargo, también se presentan soluciones intermedias donde las mujeres llegan a un compromiso, podría decirse, entre sus deseos y los de sus maridos. Así nos cuenta Petra, lo que le contestó su esposo cuando le comentó que se quería esterilizar: *“Sí, vas a operar si haces dos niñas y dos niños, si no vas a seguir.”* De suerte, su cuarto hijo nació varón, así que se pudo operar. En el caso de la esterilización –a diferencia de los métodos temporales- es común que interviene en la toma de la decisión el esposo o parientes del esposo, como señala también Núñez Interiano en los resultados de una investigación realizada en una zona rural de Tlaxcala (2000: 252).

Desde otra perspectiva hay que considerar, que el control de los hombres sobre la sexualidad de sus esposas entra en peligro con el uso de los métodos anticonceptivos, lo que explica también en parte el rechazo hacia los últimos por parte de la población masculina. En este contexto, las mujeres de las cuales se sabe que se han realizado la esterilización llegan a ser, a veces, sujetas a la estigmatización social, ya que tienen más poder en vivir libremente su sexualidad que las mujeres que no usan ningún método anticonceptivo.

“Cuesta por planificar a la familia”: métodos anticonceptivos y atención médica

El dilema con los métodos anticonceptivos es que algunos cuerpos los aceptan y otros los rechazan, así que siempre implica un riesgo planificar a la familia, como nos dice un padre de familia: *“Operar hace daño y cualquier aparato también hace daño; hay algunas que quedan bien y hay algunas que se enferman también, así pasa (Fernando, 47 años)”*. El hecho de no usar métodos anticonceptivos, sin embargo, no siempre implica una valoración negativa de los mismos. Así comenta don Emilio:

“El método es buenísimo; lo que pasa [es que] nosotros no queremos usar por lo mismo porque ella está en propensa de cualquier enfermedad. (...) No todos los cuerpos son iguales; hay algunos cuerpos que sí resisten para hacer operaciones para planificación y algunos no, porque algunos ya están enfermos en otras cosas, ya en otra enfermedad pues.” (Emilio, 47 años).

Sobre todo entre los padres de familia -que en última instancia son responsables de buscar curación en caso de una enfermedad grave de algún miembro de la familia- la consciencia sobre las deficiencias de la atención médica en la clínica y la crisis económica en el campo son determinantes en el rechazo del uso de métodos anticonceptivos. Por un lado, los programas de salud gubernamentales como el IMSS-Oportunidades y el Oportunidades están promoviendo y, a veces, hasta imponiendo a fuerzas el uso de métodos anticonceptivos en la población rural del país, mientras, por otro lado, no tienen la capacidad de promover atención de segundo o tercer nivel en caso de que se presenten consecuencias negativas graves para la salud en mujeres que planifican su familia.

En este sentido, Emilio señala que la planificación familiar requiere de un seguimiento médico que, sin embargo, implica gastos significativos para las familias de la localidad: *“No hay dinero para que se vayan todos, hacer su control, su análisis y todo.”* Parece que este aspecto no se ha tomado en cuenta lo suficiente en la sensibilización por parte del personal de salud respecto a la planificación familiar en la zona y en la percepción hacia la misma por parte de las familias rurales. Es la misma negligencia en los controles médicos periódicos por falta de recursos, entre otras razones, y también la aplicación inadecuada de los métodos anticonceptivos que ha llevado a casos de enfermedad graves, como infecciones con DIU o después de una OTB, considerando, además, que los métodos se conciben como difícilmente compatibles con el trabajo campesino. Así, la incapacidad de las instituciones de salud para población abierta en responder ante esas

situaciones de enfermedad dejan al padre de familia en una situación muy crítica, con recursos económicos demasiado limitados para poder sobrevenir con los costos de hospitalización de su esposa. Aunque no llegue al grado de tener que hospitalizarse la señora, ni siquiera en el primer nivel de atención hay capacidad de respuesta, como indica Emilio:

“Usando método, necesita uno ir al control médico y si no hay alguna pastilla, algunos remedios para que si se va a enfermar ella... en la clínica casi no hay medicamentos, hay, pero muy escasos y para todo el mundo no se da abasto, por eso yo no le dije [a mi esposa], lo que dice el doctor.” (Emilio)

En el mismo sentido opina Felipe: *“El DIU u otro método es muy complicado cuando uno no lo maneja como debe de ser, que uno no acude con el médico a supervisión y todo eso. Entonces se va desarrollando otro tipo de enfermedades...”* y sobre la posibilidad de que use y se enferme su esposa con un método anticonceptivo, este padre de familia llegó a la siguiente conclusión:

“Entonces, nosotros decidimos no usar nada porque de dónde vamos a traer el recurso para seguir, que nos cobren unos 7 o 10 000 pesos la operación, a la última hora cuando no hay recurso aquí en este mes. (...) Por eso, (...) nos da mucho miedo aplicar eso (...) porque no dependemos de mucho recurso para cualquier necesidad, en caso de que vaya a suceder algo en la familia (...).” (Felipe, 41 años)

Felipe se refiere a un caso concreto que sucedió en la comunidad, donde una señora se enfermó gravemente por el uso del DIU y tuvo que someterse a una operación peligrosa y costosa para quitarlo. Esta situación no sólo implicó costos económicos muy elevados, sino también un implicaciones sociales considerables: *“Abandoné mi casa”*, cuenta Ernesto que se trasladó con su esposa enferma a un hospital en la ciudad de Veracruz para después quedar con ella en casa de sus suegros, que se ubica más cerca de Tuxtepec y Veracruz donde van a la cita médica. De este modo, frecuentemente no se ha considerado lo suficiente en la implementación de las tecnologías anticonceptivas la falta de infraestructura de salud en los países en desarrollo, métodos que en muchos casos requieren de seguimiento médico (Hardon, 1992: 763).

“Sabemos nosotros cuidarnos”: el método natural y la valoración de la familia pequeña

En lo anterior observamos entonces que la desconfianza hacia el uso de los métodos anticonceptivos o la OTB se vincula en primer instancia con efectos secundarios negativos que éstos pueden provocar debidos a la falta de seguimiento médico o a la mala calidad de la atención y a la dificultad de conseguir curación en caso de complicaciones, a la luz de la crisis económica en el ámbito rural. Sin embargo, esto no significa que no exista la preocupación de planificar la familia, tomando en cuenta las cifras elevadas de usuarias de métodos anticonceptivos registradas en la clínica y considerando el uso de “métodos naturales” para evitar el embarazo, práctica difundida en la localidad según los testimonios. Incluso, fuera del marco de la clínica del IMSS- Oportunidades médicos particulares y sacerdotes han orientado a los padres de familia al respecto, como nos cuenta Jorge cuya esposa tuvo a cinco hijos:

“(...) Nos cuidamos solos nada más, ya tiene como 20 años. Yo con una sola orientación tuve; yo gravé, me imaginé solo, le dije a mi señora, mira vamos a hacer esto, el médico nos dice así, el sacerdote dice así también, cuidarnos, yo y tu, nos vamos a cuidar. Nos damos gusto en la vida pero sí nos cuidamos y así hicimos y hasta ahorita, gracias a Dios estamos bien, contentos porque ya no tenemos hijos.” (Jorge, 49 años)

Frecuentemente en mis pláticas con los lugareños escuché comentarios como “nos cuidamos solos”, “yo lo cuido sola”, “sabemos nosotros cuidarnos”. Así, muchas madres y muchos padres de familia tienen conocimiento de los días cuando la mujer es más propensa en embarazarse. Al respecto, el médico Roberto -que está en contra del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres campesinas- ha llevado una importante labor en la zona:

“Yo les he recomendado cosas naturales y ya han funcionado. (...) Pues tengo que dar pláticas a los matrimonios, que vengan los dos para que así puedan entender (...), por dialecto, ya lo puedo explicar más a fondo (...). Por eso yo tengo que hacer así un calendario y tengo que ver muy bien de su regla (...). Entonces vienen y preguntan, qué debo hacer, cómo debo hacer, cómo hago esto; entonces ya como sea oriento a la gente porque los métodos anticonceptivos no han funcionado.” (médico Roberto).

De esta manera, sobre todo entre la población joven se valora el hecho de tener pocos hijos, considerando los gastos que significa tener una familia grande, según la ideología capitalista y urbana transmitida por el personal de salud, los migrantes y diversas fuentes de

información externas a la localidad. Al respecto, nos dice Liliana de 22 años que tiene dos hijos menores de cinco años: *“La cosa está muy difícil, no hay dinero y luego los niños necesitan de todo. [Yo] me conformo con estos dos nomás. Luego cuando vayan a la escuela van a necesitar mucho y luego que el precio del café está bien bajo.”* A pesar de que muchas madres y varios padres de familia comparten esta opinión con Liliana, la mayoría no la relaciona necesariamente con el uso de métodos anticonceptivos que no sean naturales, como nos dice, por ejemplo, Emilio:

“No usamos nada de lo que dice el doctor, sino siempre tomamos el ejemplo de lo que nos dice el doctor, porque teniendo varios hijos, uno va a sufrir mucho. Por lo mío, pues están mis hijos, dos grandes y ahorita que llegó la nena, (...) ya son tres, ya con esto. Por lo mío está bien, porque me ha salido pues; los centavos que he ganado, [para] pensar en la educación también.” (Emilio)

En el caso de muchos matrimonios de la localidad se articula entonces la ideología de la familia pequeña con el rechazo hacia los métodos anticonceptivos impuestos por el Estado, sin que presente una contradicción. Así nos dice también Fernando de 47 años: *“Para mí no necesita ser con un producto, un aparato pues, porque las personas sí lo entienden muy bien y entre ellos mismos deben de cuidar, entre su familia.”* A la vez, este comentario demuestra claramente la inconformidad que provoca en los hogares campesinos la toma de decisiones desde arriba respecto a la sexualidad y planificación familiar, asunto íntimo y privado. Por esta resistencia hacia las políticas de Estado, el médico Ricardo se enfrentó durante su práctica a menudo con la siguiente situación, contrastante con su visión de la familia:

“La gente se aferra en decirle que yo tengo todos los hijos que Dios me mande y todos que yo quiera tener. Efectivamente, es todos los que quieran tener pero piensen si pueden mantenerlos. (...) Piensen que es más pecado el tener hijos y no mantenerlos; tener hijos y no alimentarlos.” (médico Ricardo)

Como hemos señalado arriba, y contrariamente a la opinión del médico, muchos lugareños están plenamente conscientes del factor económico en la cría de sus hijos, para satisfacer cada vez más necesidades que en el pasado no existían o simplemente no estaban disponibles, como la educación, la atención médica, productos de mercado etc. Por estas razones se valora un número pequeño de hijos, como nos señala también Núñez Interiano, en relación con su estudio en Tlaxcala:

“en las mujeres jóvenes y con capacidad reproductiva se encuentran planteamientos tanto para un mayor número de hijos (...) como para limitar su

fecundidad. Expresan la percepción de que hay que criar “hijos de calidad”, lo cual se concreta, en su caso, a tener aquellos hijos que puedan alimentar, vestir, educar y atender adecuadamente, todo ello en el marco de sus posibilidades económicas y de tiempo” (2000: 255).

Mientras por ejemplo en el caso de las mujeres de más de 40 años se vislumbra la idea de los hijos fundamentalmente como apoyo económico y las hijas como ayuda en la casa (idem: 254). Además, la preferencia de tener muchos hijos, puede estar vinculada también con la dimensión emocional y el apoyo en la vejez, tanto para las mujeres jóvenes como mayores.

De esta manera vemos que el asunto de la planificación familiar a nivel local es muy complejo, donde en cada situación personal y familiar específica se trata de evaluar tanto las ventajas como las desventajas del uso de los métodos anticonceptivos, a la luz de las diversas experiencias respectivas que han tenido las mujeres en la zona; testimonios que se difunden a través de las redes sociales. Además, influyen de manera significativa en la toma de decisiones respecto al uso de métodos anticonceptivos 1) la presión por parte del personal médico y paramédico del IMSS-Oportunidades, ahora por medio de las pláticas del Oportunidades y 2) la crisis en el sector salud y las carencias económicas graves en el campo mexicano para dar seguimiento médico a la planificación familiar. Desde otra perspectiva, sería interesante analizar en qué medida intervienen las becas que proporciona el Oportunidades en la decisión sobre el número de hijos que desea tener un matrimonio beneficiario del programa. ¿Serán esas becas contraproducentes para la planificación familiar impulsada por el Estado?

Capítulo VII: Atención médica

“El medicamento nos hace mucha falta”: desabasto en el IMSS-Oportunidades

“Para toda la población que demanda atención médica le dan medicamentos, servicios médicos gratuitos, nosotros no cobramos absolutamente nada por la atención médica, a nadie, ni aún cuando se atiende en segundo nivel, en cirugías, hospitalización, todo es completamente gratuito en el programa IMSS-Oportunidades.”
(Funcionario del IMSS-Oportunidades en Oaxaca)

En los capítulos anteriores hemos venido desarrollando las dimensiones preventivas del Oportunidades que claramente predominan en las actividades de salud implementadas por este programa bajo el concepto de “Paquete básico de salud”. El diseño del Oportunidades enfatiza, en este sentido, que el ámbito curativo ofrecido queda circunscrito al primer nivel de atención, mientras la atención de segundo y tercer nivel se promueven según la normatividad de las instituciones oficiales de salud para población abierta, notablemente el IMSS-Oportunidades y la SSA. No obstante, uno de los objetivos estipulados dentro de las Reglas de Operación del Oportunidades consiste en “reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional” (Diario Oficial, 2002: 12). De esta manera, en teoría, el programa apoya a las instituciones oficiales de salud en la ampliación de la cobertura para atender de manera más eficiente a su población beneficiaria. Pero a la luz de las problemáticas actuales dentro del sector salud, el mejoramiento de los servicios de salud para población abierta queda en un nivel puramente discursivo. En todo el país las clínicas y los centros de salud sufren deficiencias similares –y más en los ámbitos rurales- que abarcan tanto el subabasto de medicamentos, la falta de equipo de curación y personal médico, como las carencias en la infraestructura.

Los programas gubernamentales de atención primaria de la salud, tal como los ofrece la SSA, el IMSS-Oportunidades y el Oportunidades están ligados a la incapacidad económica y política del gobierno en promover una cobertura médica amplia –incluyendo atención de primer a tercer nivel- para toda la población mexicana. Hasta el momento en las zonas rurales, lamentablemente, no se han podido resolver las deficiencias ni en el primer nivel de atención, lo que se refleja también en la región de San Lucas, en el contexto de la clínica del IMSS-Oportunidades en la localidad de Arroyo de Banco. Destaca en los relatos del personal médico y paramédico, tanto como en los testimonios de la población circunscrita a esta clínica, la insuficiencia permanente de medicamentos, que indirectamente se interpreta como una carencia

del programa Oportunidades ya que éste –como discutimos en los capítulos anteriores- se vincula estrechamente con las acciones de la clínica del IMSS-Oportunidades.

Así nos comenta el médico pasante Luis respecto al desabasto de medicamentos: *“Casi siempre se nos terminan antes del tiempo que llega el otro suministro. [Alcanzan] como dos meses, dos meses y medio, más o menos, y el mes y medio que falta pues casi estamos sin medicamentos”*.

De la misma manera percibe la enfermera Luisa la carencia de medicinas en la clínica: *“(…) no alcanza, porque viene mucha gente (…). A veces no hay pero el médico hace una notita y ellos compran. Pero cuando menos, ya acudieron a consulta y ya no le van a cobrar la consulta en Valle sino nada más medicamentos va a comprar.”*

Manuel, el auxiliar de salud en San Lucas, por su parte, considera que el universo de trabajo de la clínica es demasiado grande para dar abasto a toda la población: *“A veces pues se acaba, como son muchos. Son muchos habitantes, sí, como la clínica pertenece a cinco comunidades, no dan abasto pues los medicamentos que nos mandan.”*

Así, adquirir medicamentos implica en muchas ocasiones pagar el transporte de la clínica a la cabecera municipal (10 pesos de ida y vuelta, además de los 10 entre San Lucas y Arroyo de Banco), lo que para muchas familias significa un gasto importante. Por lo mismo, la enfermera abrió una farmacia en 1997 en la localidad de Arroyo de Banco; pero sólo funcionó durante un año por falta de tiempo de la dueña. A la vez, la carencia permanente de medicamentos en la clínica tiene como consecuencia que algunas familias, con mayores posibilidades económicas, prefieren acudir directamente con médicos particulares en Valle Nacional, mientras la tendencia en la mayoría de los hogares consiste en pasar primero a la clínica y, si no hay medicamentos, buscar a un médico particular en la cabecera. En este sentido, no se considera muy relevante, desde la perspectiva de las madres y los padres de familia, ahorrar el gasto de la consulta acudiendo con el médico pasante, como lo señala la enfermera, ya que el gasto fuerte no se refiere tanto a la consulta sino a los medicamentos.¹ La misma estrategia en la búsqueda de atención aplica para muchas familias cuando está ausente el médico pasante en la clínica.

¹ Los médicos particulares en Valle Nacional –que prácticamente todos son dueños de farmacias- cobran entre 30 y 50 pesos la consulta, mientras con las medicinas el monto total a pagar se eleva a menudo a 300-400 pesos.

De hecho, son precisamente la falta de medicamentos y el ausentismo del médico pasante que resaltan en las opiniones registradas en la encuesta epidemiológica socio-cultural que realicé en 30 hogares de San Lucas (junio 2003) respecto a la clínica del IMSS-Oportunidades: 10 personas encuestadas mencionan la falta de medicamentos y 8 el ausentismo del médico en relación con la pregunta ¿qué piensa del servicio de salud que proporciona la clínica en Arroyo de Banco? e indican que en estos casos buscan al médico particular. Por su parte, algunas madres de familia comentan que sólo van a la clínica cuando no tienen dinero, mientras cuando lo permite su economía buscan atención con el médico particular. De esta manera, el uso de los diferentes servicios de salud, en este caso la clínica frente a los médicos particulares, llega a representar también una forma de distinguirse socialmente, ya que significa más prestigio recurrir al médico particular que con el médico pasante de la clínica de gobierno. Al respecto, nos señala Crandon que el diálogo médico representa una esfera donde se negocia el significado de la identidad –personal o étnica por ejemplo- y donde se intercambian recursos políticos y económicos que pueden facilitar la movilidad social (1986). Algunas madres de familia, por su parte, señalan que el tiempo de espera con el médico particular es mínimo, a diferencia de la clínica. Asimismo, el hecho de que el médico particular cobra la consulta y siempre tiene a disposición medicamentos también habla a favor de una mejor calidad de atención –en comparación con los servicios de salud oficiales- desde las percepciones locales sobre la atención médica.

En la zona, el desabasto de medicamentos no se restringe a la clínica del IMSS-Oportunidades en Arroyo de Banco, sino afecta también el Centro de Salud de la SSA en Valle Nacional, como lo señala la directora: “*tenemos poquitos medicamentos de lo que es nuestro cuadro básico, no tenemos muchos*”. Sin embargo, en la concepción de algunas madres de familia existen diferencias entre las dos instituciones respecto al abasto de medicamentos, como nos comenta Celia:

“Allá en el Centro de Salud allí en Valle (...), allá hay más medicina que allí en Arroyo de Banco. Allí en Arroyo de Banco casi no hay y en el Centro de Salud es más barato [que con el médico particular]; 16 pesos la consulta y dan la medicina. Es así como en Arroyo de Banco, pero allá tienen más medicina que en Arroyo de Banco.” (Celia, 24 años).

Como vemos aquí, una diferencia importante entre el IMSS-Oportunidades y la SSA consiste también en el cobro de una cuota de recuperación para las consultas en el contexto de la

segunda, mientras en la clínica todos los servicios son gratuitos, en teoría, ya que a veces el personal médico cobra igualmente cuotas mínimas para ciertos servicios, satisfaciendo así necesidades personales. En relación con el Centro de Salud, sin embargo, las familias titulares del Oportunidades de su universo de trabajo, tienen derecho a dos consultas gratuitas al año, comenta la directora.

En los años previos a la construcción de la clínica en Arroyo de Banco, la población de San Lucas recurría a menudo al Centro de Salud, por ser el recurso de salud gubernamental –y por lo tanto económicamente accesible- más cercano, como nos cuenta este padre de familia:

“Anteriormente, uno debía de acudir al Centro de Salud en Valle Nacional para cualquier enfermedad, si no ir uno al particular porque también el medicamento era carísimo. Toda la cosa que uno vendía, estaba barata pues, no podía sanar la familia, si no, a ver si no moría antes; vender un guajolote, un pollo...” (Emilio, 47 años).

Mientras, actualmente, el Centro de Salud representa a menudo una segunda opción de atención médica después de la clínica y antes de recurrir con un médico particular, como nos señala Mariana (44 años): *“Cuando no están los doctores allí en la clínica o en el Centro de Salud es cuando voy [con] particular, pero cuando están ellos, pues sí nos atienden”*.

Algunas familias, no obstante, se rehusan en acudir a la clínica de Arroyo de Banco en caso de enfermedad, porque el personal médico indaga sobre la realización de las medidas preventivas al interior del hogar. Así nos comenta la enfermera Isabel cómo, desde su punto de vista, la gente percibe la atención que ofrecen en la clínica:

“Pues hay gente que sí le gusta y hay gente que no le gusta porque como en las comunidades hay gente que acude al Centro de Salud y allá no les dicen nada, no les preguntan nada sobre las actividades que deben de hacer sobre de su salud, de la comunidad o de su familia, allí no les dicen nada. Como no es la comunidad de su universo de trabajo a ellos les vale, no, con que les brindan el servicio, con que los atienden pues.” (enfermera Isabel).

Este comentario nos indica no sólo el fuerte énfasis en las medidas preventivas por parte del IMSS-Oportunidades, sino también los mecanismos de presión aplicados por el personal médico para delegar la responsabilidad sobre la enfermedad a la población que abarca su universo de trabajo. Desafortunadamente, la información sobre las medidas preventivas se transmite a veces de manera excesivamente “vertical”; es decir, algunos pacientes perciben los consejos del personal médico más en calidad de “regañó” que como apoyo para su futuro

bienestar, lo cual tiene por consecuencia la búsqueda de otras alternativas para curarse, notablemente el Centro de Salud en Valle Nacional que abarca a otra población en la zona. A la vez, la despreocupación por parte del personal médico de esta institución en promocionar las medidas preventivas para la población que no está circunscrita a su universo de trabajo, nos señala la falta de colaboración entre los dos programas de salud proporcionados para población abierta en la región, del IMSS-Oportunidades y la SSA.

Para otras personas el rechazo en acudir a la clínica del IMSS-Oportunidades está ligado con diferencias percibidas entre la calidad y eficacia de los medicamentos proporcionados por ésta y las que venden los médicos particulares. Así, un señor comenta que en la clínica “*no dan buena medicina*”, percepción que está relacionada con el hecho de que la atención y las medicinas en la clínica son gratuitas, por lo cual se consideran a menudo de “segunda”. Respecto a la valoración de los servicios de salud en base a los medicamentos ofrecidos, nos dice también Celia sobre el médico particular en Arroyo de Banco: “[Él] *da medicina buena y por eso van allí con el doctor*”.

Parece que las actividades preventivas del IMSS-Oportunidades y la SSA han contribuido considerablemente a la disminución de las enfermedades transmisibles en la zona y por lo tanto al bienestar de las familias campesinas-indígenas. No obstante, se presenta una desarticulación importante entre las necesidades de la población y la atención que ofrecen los servicios de salud gubernamentales: mientras las familias campesinas-indígenas en la zona buscan y reivindican la atención médica, lo que la clínica les puede ofrecer en muchas situaciones es únicamente una serie de consejos para prevenir la enfermedad. La misma problemática nos señala Stone en el contexto de Nepal: “*PHC is organized primarily to provide health education, whereas villagers value modern curative services and feel little need for new health knowledge.*” (1986: 293).

“De nada sirve que está el gobierno y no funciona”: corresponsabilidad

De cierta manera, la falta permanente de medicamentos en el contexto del IMSS-Oportunidades adquiere un nuevo significado para la población en la zona con la introducción del Oportunidades. De por sí, hemos visto en los capítulos anteriores que la línea divisora entre los dos programas queda muy borrosa, no sólo institucionalmente sino también en las percepciones de la población que abarcan. Así, con la introducción del Oportunidades, la clínica del IMSS-Oportunidades se vincula directamente con el último desde las perspectivas de la población en la

zona. No obstante, sabemos que la mayor diferencia entre el IMSS-Oportunidades y el Oportunidades consiste en la entrega del apoyo monetario y las reglas de corresponsabilidad por parte del segundo. Hemos desarrollado en los capítulos anteriores cómo las familias beneficiarias perciben los factores con los cuales deben de cumplir en relación con la corresponsabilidad del programa en el ámbito de la salud. Aquí, por lo contrario, nos interesa plantear con qué acciones *debería* de cumplir el gobierno –a parte del apoyo monetario- desde los puntos de vista de la “población Oportunidades” en el contexto de las obligaciones mutuas. Para ilustrar el vínculo entre la atención médica a la luz de la falta de medicamentos en la clínica y el Oportunidades con sus reglas de corresponsabilidad, veamos a continuación la opinión de un padre de familia, cuya esposa es titular del programa:

“Yo pienso que está bien [el programa] pero a la vez hay un problema también porque [las titulares] tienen que perder muchos días, que reuniones, que hacer tantas cosas y anteriormente no se acostumbraba hacer así; que reuniones, que cooperaciones, que hay que hacer lo que dice el médico (...). Ahora ya exige el gobierno, como ya le dan un poco de dinero, entonces ya la gente está obligada a cumplir esto porque es como si fuera que el gobierno les está pagando (...). [Pero] el gobierno debe de fijarse mucho también, porque la familia hay veces que se enferma y hay veces que no hay medicamentos para esta enfermedad. Porque a mucha gente, yo he visto pues, sí van allí a la clínica pero no le dan medicamento adecuado para eso porque no hay de esos medicamentos, adecuados para la enfermedad (...). Le dan otro o le dan receta para que vaya a comprar. Entonces de nada sirve que está el gobierno y no funciona pues. (...) [Las titulares] están haciendo todo lo que dice el gobierno pero el gobierno también les dificulta el medicamento que les hace falta. Por ejemplo, si pega una enfermedad muy grave tiene que buscar un médico particular para curarse efectivamente, aunque le cueste pero tiene que hacer todo lo posible.” (Jorge, 49 años).

Este padre de familia cuestiona de manera muy lúcida si un apoyo monetario de 300 pesos –que percibe su esposa- justifica disponer del tiempo y las actividades de la población femenina campesina de la forma en que lo hace el Oportunidades, tomando en cuenta, además, que este programa no tiene la capacidad de responder a la enfermedad de forma “efectiva”, ni el IMSS-Oportunidades, que en este testimonio se iguala con el Oportunidades en lo referente a la atención médica. Desde una visión pragmática, los dos programas de salud no representan diferencias mayores en lo que concierne la atención médica, ya que los dos se restringen casi exclusivamente a la atención de primer nivel. A pesar de que el IMSS-Oportunidades ofrece

algunos servicios de segundo nivel, en oposición al Oportunidades, esta atención para población abierta “(...) quedará circunscrita a la atención del parto, complicaciones del embarazo, parto o puerperio y a las urgencias médicas reales hasta la estabilización del paciente para su referencia a otra institución” (Diario Oficial, 2002: 21). Esto significa que la atención de segundo nivel es prácticamente nula para la población abierta y las familias circunscritas a la unidad médica rural del IMSS en Arroyo de Banco; a menudo ni siquiera pueden recurrir a esta institución para las urgencias mencionadas arriba, ya que les queda demasiado lejos el hospital en Matías Romero que les corresponde. A pesar del principio de referencia y contrareferencia que manejan el IMSS-Oportunidades y la SSA para transferir a los pacientes de población abierta al hospital más cercano, los servicios que ofrecen en el Hospital General de la SSA en Tuxtepec siempre implican un costo basado en la cuota de recuperación. Además, hay que mencionar que este hospital rural del estado de Oaxaca en específico sufre de una sobre demanda de atención, ya que sólo cuenta con 30 camas y alcanzó un porcentaje de ocupación del 132.1% en 2002 (Secretaría de Salud, Oaxaca, 2003).

A la luz de la crisis económica generalizada en el campo mexicano, esta falta de cobertura médica para población abierta llega a crear tensiones importantes al interior de los hogares campesinos-indígenas, que el apoyo monetario proporcionado por el Oportunidades tampoco es capaz de resolver. Así, menciona un padre de familia que si uno se enferma gravemente el recurso monetario del Oportunidades no sirve de nada, ya que el precio de una operación remonta fácilmente a unos 10.000 pesos, requeridos de inmediato. Además, en vista de la gradual transición epidemiológica que puede percibirse sobre todo en las causas de mortalidad en la zona, como vimos en el capítulo II, las necesidades de atención de segundo y tercer nivel se vienen intensificando de manera importante. Así las contradicciones y fracturas entre los servicios médicos que se ofrecen y las necesidades reales de la población abierta se van incrementando gradualmente, ya que tanto el IMSS-Oportunidades y la SSA siguen enfatizando las medidas preventivas relacionadas con las enfermedades transmisibles, mientras las preocupaciones de la población rural giran cada vez más alrededor de enfermedades como el cáncer o la diabetes que requieren de un seguimiento médico especializado no disponible para la gran parte de la población campesina-indígena. En este contexto, las acciones preventivas implementadas por el Oportunidades, notablemente la detección del cáncer cérvico-uterino, representan sólo en apariencia una manera de dar tratamiento a esta enfermedad en la población abierta, ya que no

existen en realidad los recursos para dar seguimiento a pacientes de cáncer en el ámbito rural. Así, la crisis económica –particularmente la caída del precio del café en las zonas cafetaleras como la Chinantla- afecta gravemente a las familias desprotegidas por las políticas gubernamentales en el ámbito de la salud en situaciones de padecimientos que requieren de hospitalización o un tratamiento médico periódico y especializado.

“*Si no sana con el médico, es que tiene espanto*”: algunas dinámicas y concepciones locales en la búsqueda de atención

Los recursos de salud oficiales, el IMSS-Oportunidades y la SSA, a los cuales acude la población de San Lucas en caso de enfermedad se articulan con una serie de servicios de salud presentes en la zona que las familias usan para recuperar la salud. La Chinantla, en este sentido, es una región donde existe un profundo pluralismo médico² que permite curarse dentro de diferentes sistemas médicos, notablemente el biomédico y los tradicionales o populares. De hecho, según Leslie, todos los sistemas médicos se basan en una estructura plural: “*All medical systems can then be conceived of as pluralistic structures in which cosmopolitan medicine is one component in competitive and complementary relationships to numerous “alternative therapies”.*” (1980: 1901). Así, en caso de enfermedades graves y/o de larga duración, el uso terapéutico múltiple es muy común entre las familias de la zona, que en este contexto buscan sucesiva o simultáneamente a especialistas de los distintos sistemas médicos. Estos movimientos entre los diferentes saberes médicos se vinculan estrechamente con las concepciones locales respecto a la salud y enfermedad, así como con la búsqueda de eficacia y rapidez en la curación y con el servicio deficiente dentro de las instituciones oficiales de salud que mencionamos arriba.

Sabemos que en cualquier tipo de sociedad la primera respuesta ante la enfermedad se da a nivel doméstico, notablemente en el *sector popular* como lo denomina Kleinman. Según este autor, entre el 70 y 90% de casos de enfermedad son resueltos dentro de este sector de cuidado a la salud, mientras para situaciones más complejas se recurre al *sector profesional* y/o al *sector folk*, donde el primero se refiere a la medicina institucionalizada y el segundo a los curadores especializados pero no organizados profesionalmente (Kleinman, 1980), lo que incluye en el

² Se refiere a la coexistencia de diferentes sistemas médicos que abarca tres dimensiones: a) los saberes médicos, b) las concepciones sobre la salud y enfermedad y c) las prácticas médicas en el contexto del uso terapéutico múltiple (ver Cosminski, 1986).

contexto chinanteco a los curanderos, hierberos, hueseros, parteras y en menor medida los espiritistas. Dentro de los enfoques teóricos respectivos desarrollados en México destacan las contribuciones de Menéndez y de Zolla. El primero (1992) distingue entre tres modelos: el modelo de autoatención, el modelo médico hegemónico (medicina occidental) y el modelo alternativo subordinado (prácticas tradicionales o populares) y toma en cuenta las relaciones de poder que existen entre estos diferentes modelos médicos. Zolla, por su parte, habla de tres grandes ámbitos que se refieren a la medicina doméstica, la medicina tradicional y la medicina académica (institucional o privada) “*que constituyen los vértices de un triángulo por los que eventualmente transita el enfermo.*” (1988: 14).

Así, observamos que la zona de San Lucas no representa una excepción en lo referente al primer nivel de atención constituido por la medicina doméstica que tradicionalmente, en todas las sociedades, cae dentro de la esfera femenina (Carrillo y Zolla, 1988; Osorio, 2001). De esta manera, Samanta nos indica, por ejemplo: “*Si no se quita [la enfermedad] con la medicina nos vamos allá con el médico en Arroyo de Banco*”. Esto significa que primero –de forma generalizada en San Lucas- se trata de sanar con pastillas disponibles a menudo en las tiendas de la localidad o con un señor que vende medicamentos (contra calentura, gripa y diarrea) y/o remedios caseros –incluyendo algunas plantas medicinales conocidas en ciertos hogares- antes de recurrir a un recurso de salud. En México, como en muchos otros países en desarrollo, la automedicación³ –con farmacéuticos- representa una respuesta común ante la enfermedad, donde juega un papel importante el diagnóstico y la prescripción de los boticarios, como demostró Logan (1988) en un contexto urbano del país.⁴

No obstante, cuando se prolonga y/o agrava la enfermedad las familias buscan diversas estrategias externas al hogar para recobrar la salud, donde hay que considerar que los comportamientos respectivos varían según la gravedad de los síntomas, la edad y el estatus que tiene el enfermo dentro de la familia (Igun, 1979; Young, 1980).

Asimismo, influyen en la búsqueda de atención los recursos económicos disponibles para tener acceso a los distintos servicios de salud. A la luz de la actual crisis del precio del café,

³ Dimensión de la autoatención que supone el diagnóstico, la selección, la prescripción de un tratamiento y la administración del mismo (Ver Menéndez, 1992).

⁴ Asimismo, Haak (1988) y Hardon (1987) han señalado en el contexto de Filipinas y Brasil los peligros que puede conllevar el uso inadecuado de farmacéuticos a partir de la automedicación.

por cierto, la autoatención recibe un énfasis todavía mayor, aunque los recursos por la migración atenúan en muchos hogares la falta de ingresos económicos para buscar atención médica.

En el contexto de las primeras medidas tomadas ante la enfermedad dentro del hogar -y después en el marco de la clínica, el centro de salud y/o con médicos particulares-, la mayoría de los testimonios de madres y padres de familia indican que si la enfermedad no desaparece dentro de pocos días con medicamentos (por medio de la automedicación o receta médica) significa que fue causada por un *susto*, lo cual impide la curación por vía de un tratamiento alópata. El susto representa el diagnóstico más difundido de la enfermedad en la región de San Lucas, en conjunto con problemas interpersonales (familiares o vecinales) y de otra índole. Estas causas de la enfermedad implican un desequilibrio de la persona con su entorno social y/o con la naturaleza, que se refiere en términos abstractos a la teoría humoral⁵. Para recuperar, en estas situaciones, el equilibrio y la salud consecutivamente es necesario acudir a un especialista tradicional o popular, que tiene el conocimiento para diagnosticar y curar el susto, y/o ayudar a resolver el problema.

El susto en la zona de San Lucas se refiere a una situación concreta donde la persona “*se espanta*”, por ejemplo, por un animal del monte (víbora) que cruza su camino, por una persona que aparece o grita de repente, por un ruido en la noche, por una caída, entre muchas otras. Dentro de las cosmovisiones de la medicina tradicional o popular, el susto provoca la pérdida del espíritu en el lugar donde la persona se espantó, lo que provoca un desequilibrio y puede tener como consecuencia la enfermedad. No obstante, parece más relevante en las concepciones locales la situación de un choc que la pérdida del espíritu, énfasis que coincide con los resultados de una investigación sobre el susto que realizó Trotter en la frontera texana-mexicana (en Crandon, 1983: 156).

En la zona de San Lucas, las diferentes causas del susto (por una víbora, caballo, persona, en el río, etc.) implican a la vez una serie de síntomas fisiológicos basados en el principio de analogía y la teoría humoral. Es decir, si una persona se asustó en el agua se refleja en los pies fríos hasta las rodillas; si “se espantó la mujer con el hombre o el hombre con la mujer” (susto mientras tienen relaciones sexuales) el cuerpo de la persona se pone tieso, la cara pálida, piensa que se va a ahogar y le duele el pecho; si se asustó con la mula o el ganado, da dolor de cejas, flojera, sueño y calentura leve, entre otros ejemplos. De esta manera, percibí en la localidad que cada tipo de susto abarca síntomas muy diversos según el conocimiento de la medicina

⁵La teoría humoral se extiende en ciertos contextos socioculturales a trastornos sociales y emocionales (ver Messer, 1981).

tradicional o popular, que a la vez se articulan tanto en la teoría cómo en las prácticas de curación con los diagnósticos y tratamientos elaborados por los médicos alópatas. Al respecto, nos señala Crandon que existen a nivel teórico muchas enfermedades que coinciden exactamente con todos los síntomas de susto y que los diferentes casos de susto no coinciden con un conjunto específico de síntomas, sino que según el caso los síntomas pueden variar considerablemente (1983: 158-159). Además, nos indica esta autora, que la incidencia del susto depende tanto del sexo y la edad como de la identidad cultural (idem.: 155). Así, observé en San Lucas, que los niños, por ejemplo, son más propensos en asustarse que los adultos -según los diagnósticos de los padres y/o curanderos- lo que probablemente se vincula con la tradición médica hispánica donde se considera que el espíritu de un bebé o niño todavía no tiene fuerte apego en el cuerpo, por lo cual su espíritu se extravía más fácilmente a causa de un susto. Mientras, los hombres son los menos afectados por tener sustos, como nos ilustra esta respuesta de un padre de familia a mi pregunta: ¿Usted también ha tenido sustos? *“No, yo soy macho”*... y nos reímos los dos. Después David desenfatisa su comentario diciendo: *“Bueno, de por sí se asusta [uno], no crea que usted no se asusta, por más que sea hombre, por más que sea mujer, todos se asustan de repente (...), cae un palo, a veces viene un aire o a veces encuentra uno un animal allí en el monte, claro que todos se asustan (...).”*

No obstante, es importante señalar que un susto no implica necesariamente que uno se enferme, sino que es a partir de la presencia de la enfermedad (malestar físico y/o psicosomático) que se empieza a reconstruir la situación o el momento cuando ocurrió el susto, con ayuda del médico tradicional o popular en casos complejos de enfermedad. Además, no todas las personas en la localidad le atribuyen la misma importancia a la influencia del susto en caso de enfermedad, aunque el concepto sea muy difundido entre la población. En este sentido, pudimos observar que el conocimiento de la medicina tradicional o popular es muy heterogéneo a nivel local, ya que no todos valoran sus diagnósticos o procedimientos, ni creen en su eficacia.

Desde una perspectiva pragmática, como ya señalamos, es entonces a menudo la ineficacia de los medicamentos alópatas que indica el vínculo de una enfermedad con un susto o problema. Así nos dice Alicia (34 años): *“Es que la costumbre acá, si no sana con médico, es que el niño tiene espanto. O hay problema en la casa también y primero arreglan el problema y después van con el médico o lo curan el niño del espanto; que así sí sana”*. ¿Cómo se da cuenta cuando están enfermos de espanto?, le pregunté en otra ocasión a Celia (24 años): *“Cuando no*

quieren comer o cuando no se les quita la calentura o cuando no se le quita la diarrea que tiene. Cuando no se le quita con la medicina. Entonces lo curamos con el espanto". En el mismo sentido, nos dice Armando, un padre de familia: *"no me hacía nada con medicina"*; *"uno tiene que sacar todo para sanar"*. El huesero de la localidad, Alberto, también señala: *"hay calentura que no se quita con medicina. (...) A veces va uno con el doctor pero no se le quita el dolor"*.

En ciertos casos, sobre todo en la población adulta, la ineficacia de los medicamentos en la incidencia de susto conlleva una enfermedad biológica grave y/o de larga duración, que no se cura a partir de la automedicación. Así, lo mencionan también Rubel et al. en el contexto oaxaqueño, donde señalan que los "asustados" presentan a veces padecimientos orgánicos graves (1984: 122). Estos autores sostienen además que el susto está relacionado con el desempeño inadecuado del rol social del afectado y que los "asustados" son finalmente excluidos socialmente por no poder cumplir con la carga de trabajo excesiva en vista de su condición (idem.).

Para curar el susto el médico tradicional o popular (o a veces también algún familiar, por ejemplo en el caso de niños enfermos por susto) le sopla al enfermo con aguardiente mezclada con la "hierba de espanto" en el lugar donde ocurrió, y en caso de "problemas" interviene en las situaciones de conflictos interpersonales relacionados con la enfermedad, en calidad de mediador – o "abogado" como señala una madre de familia. Los comentarios mencionados arriba señalan a la vez el valor positivo atribuido a las medicinas y la primacía de su uso antes de recurrir a remedios y/o diagnósticos con los médicos tradicionales o populares. Sin embargo, un tratamiento nunca excluye a otro; es decir, se busca a menudo la atención dentro del sector folk después de la atención con el médico alópata, donde incluso frecuentemente se cambia a los especialistas al interior de los dos sectores durante el transcurso de la misma enfermedad, cuando no resulta exitoso un tratamiento con un especialista. Por su parte, hay que mencionar aquí que en la toma de decisiones respecto a los tratamientos adecuados en caso de enfermedades complejas y/o de larga duración interviene e influye por lo general toda la red social del enfermo (familiares, vecinos, amigos), la cual Janzen ha conceptualizado bajo el término en inglés "therapy management group" (1986).

Además, no curarse del susto o del problema -dimensiones que prácticamente siempre influyen en situaciones de enfermedades graves y/o de larga duración en las concepciones locales sobre la salud-enfermedad- y seguir con un tratamiento médico puede resultar peligroso para la

recuperación del enfermo, como nos dicen estas dos madres de familia: “*Con medicamento se muere más rápido si uno tiene problema*”, o: “*así se muere esta gente que tiene problemas*”. Incluso, la “barrera” que representan el susto o los problemas interpersonales en la sanación no se restringe únicamente a las terapias de tipo alópata sino abarca también el tratamiento con hierbas medicinales, lo que se refleja claramente en la curación del piquete de víbora donde en la zona se recurre con preferencia al culebrero. Al respecto, nos comenta el hijo de un curandero (hierbero y culebrero) muy reconocido en la región que antes de la curación del piquete de víbora el paciente tiene que decir si tiene problemas y debe de acudir la familia o las personas con quienes ha tenido conflictos. Mientras no se resuelve el problema y el o los culpables del último no le soplen al paciente quedará crítica la situación del enfermo, ya que las hierbas no podrán tener el efecto esperado.

De esta manera, el susto y los problemas constituyen conceptos fundamentales en las interpretaciones respecto a la ocurrencia y gravedad de la enfermedad, tanto como de su curación en la zona de San Lucas. Pienso que el diagnóstico de susto o problemas en el proceso de salud, enfermedad y atención proporciona un significado y da sentido a la enfermedad dentro del contexto sociocultural chinanteco y refuerza a la vez la identidad cultural, en términos de Crandon. Asimismo, es significativo observar que el susto o los problemas a menudo cobran importancia sólo a partir del momento en que se empieza a agudizar y/o prolongar una enfermedad y cuando no muestran eficacia los tratamientos alópatas. En este sentido, la medicina occidental, reflejada en la toma de medicamentos, está tomando un papel superordinado para muchos miembros de la comunidad en situaciones diversas de enfermedad frente a la medicina tradicional o popular. Esta situación en zonas rurales la han destacado varios autores, por ejemplo Haak (1988) en el caso de Brasil o Heuveline y Goldman para Guatemala, donde los datos estadísticos en relación con la búsqueda de atención para enfermedades en niños revelaron lo siguiente:

“When families do seek providers, they are more likely to rely on biomedical ones –especially pharmacists, doctors and personnel at health post and centers- than traditional practitioners. By far, the most common form of treatment – recommended by both relatives and providers, consists of readily available Western medicines. In contrast, the use of traditional remedies appears to be relatively low”. (Heuveline y Goldman, 2000: 345).

No obstante, en el contexto chinanteco las concepciones y prácticas locales de la enfermedad, sobre todo vinculadas con el susto y los desequilibrios en las relaciones

interpersonales se siguen articulando con el modelo biomédico, atendiendo la dimensión social, cultural y psicológica de la enfermedad en un medio ambiente específico a partir de procedimientos ritualizados. Asimismo, en situaciones de enfermedades específicas, los médicos tradicionales o populares proporcionan tratamientos con plantas medicinales valorados por muchas personas en la zona, como es el caso, por ejemplo, del piquete de víbora, malestares relacionados con el aparato reproductivo y el ataque epiléptico, entre otros. Asimismo, en los hogares donde existe conocimiento sobre algunas plantas medicinales, por ejemplo para curar la diarrea, la calentura, el dolor de garganta o la varicela⁶, se trata de sanar primero por medio de estos remedios antes de acudir al médico. Ésta estrategia se vincula en parte con la falta de recursos económicos para poder acceder al médico y/o los medicamentos, como menciona un padre de familia, y también con la valoración de dichos remedios en términos de la medicina tradicional o popular. Sin embargo, representa una excepción y la tendencia más difundida es recurrir a los medicamentos desde la atención a nivel doméstico –con o sin receta médica- y sólo en un segundo término, cuando no sana el enfermo, buscar otras alternativas de curación, al interior de la medicina occidental y/o de forma complementaria a ella.

⁶ Enfermedad muy frecuente donde en prácticamente todos los hogares se recurre a la corteza y hoja del árbol de la mulata, remedio popular en la zona.

Conclusiones

Partiendo de las múltiples perspectivas locales, el programa Oportunidades en San Lucas abarca tanto *logros* como *fracasos* que nos permiten, en síntesis, formular algunos *desafíos* que enfrenta la política social dirigida a la población rural-indígena del país en sus vertientes de salud y alimentación. Para precisar lo que entiendo por logros, fracasos y desafíos del Oportunidades partiré de los resultados más sobresalientes de las principales líneas de acción del programa en articulación con las diversas percepciones y prácticas de los lugareños discutidas a lo largo de la tesis.

Indiscutiblemente, las reglas de corresponsabilidad estipuladas en el diseño del Oportunidades y sus formas idiosincrásicas de ser implementadas a nivel local son fundamentales para entender el impacto que tiene el programa en la zona de San Lucas en sus vertientes de salud y alimentación. En este sentido, es necesario destacar en primer instancia el vínculo confuso y contradictorio que existe entre el programa Oportunidades y el programa IMSS-Oportunidades dentro de cuyas estructuras opera el primero. A menudo, los dos programas se sobreponen tanto en las visiones de la población abierta, como en el manejo del Oportunidades por el personal de salud que está a cargo de implementar las actividades preventivas estipuladas.

La diferencia fundamental entre el Oportunidades y el IMSS-Oportunidades en el ámbito de la salud se refiere a que el primero concede un apoyo monetario para alimentación a cambio de pláticas educativas y citas médicas (principio de corresponsabilidad), mientras el segundo ofrece los mismos servicios preventivos que el primero (Paquete esencial de servicios de salud) pero sin proporcionar un recurso monetario. En este contexto, las familias en San Lucas que no son beneficiarias del Oportunidades –por razón del procedimiento de selección individualizado que maneja el programa- quedan únicamente circunscritas al ámbito de acción del IMSS-Oportunidades. En la práctica, esto significa que muchas no titulares del Oportunidades se rehusan a participar en las actividades preventivas estipuladas desde la clínica, mientras las titulares se sienten presionadas en cumplir con lo que les exige el personal de salud por percibir el apoyo monetario.

Así, la mayoría de las madres de familia percibe que debe de invertir una cantidad de tiempo considerable para asistir a pláticas educativas y reuniones del Oportunidades, acudir a citas prenatales, llevar a sus hijos a citas médicas periódicas, realizar actividades de saneamiento

básico y acudir a la clínica para la prueba del papanicolaou. A pesar de la carga de trabajo adicional que conlleva ser beneficiaria del programa según numerosos testimonios, algunas mujeres, no obstante, valoran la información recibida en las pláticas sobre salud y consideran que les ayuda a cuidar mejor a sus hijos. Incluso, varios lugareños reconocen que han disminuido las enfermedades diarreicas a nivel local gracias a las acciones promovidas por el Oportunidades y anteriormente por el IMSS población abierta. Asimismo, los padecimientos prevenibles por vacunas son mucho menos frecuentes según los relatos de la población, lo que igualmente parecen indicar los datos epidemiológicos de la clínica del IMSS-Oportunidades, y demuestra la alta aceptación y valoración del programa de vacunación en la actualidad.

En relación con las citas prenatales, destaca su estrecha articulación con el trabajo de las parteras en la zona y las concepciones y prácticas locales relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en el marco de la teoría humoral. Anteriormente al programa Oportunidades –en el contexto del IMSS población abierta- las mujeres no iban de manera regular a las citas prenatales sino en función a malestares físicos vinculados al embarazo, bajo la misma lógica que acudían y siguen acudiendo con las parteras. Así, en la actualidad los cuidados preventivos locales en este ámbito de la salud siguen teniendo gran importancia (sobada, hierbas medicinales, faja, entre otros) y la obligación de acudir mensualmente a la cita prenatal –que se basa en la idea de detectar factores de riesgo según la obstétrica occidental- es cuestionada por muchas mujeres en San Lucas que consideran suficientes los conocimientos preventivos tradicionales.

Por su parte, la realización de la prueba del papanicolaou y el saneamiento básico no son sujetos a las reglas de corresponsabilidad pero han sido incluidos estratégicamente por parte del personal de salud, para así incrementar la participación en esos ámbitos preventivos. De hecho, la introducción de la prueba del papanicolaou coincidió con la implementación del Oportunidades en la zona, por lo cual la mayoría de las beneficiarias la asocian directamente con las reglas coercitivas del último. Por lo mismo, la participación en la detección del cáncer cervico-uterino ha sido elevada, donde sin embargo algunas titulares cuestionan, como en el caso de las citas prenatales, la necesidad de esta medida preventiva en ausencia de malestares físicos. La realización del papanicolaou por las enfermeras –y no el médico hombre- ha contribuido en parte a su mayor aceptación por las mujeres jóvenes, mientras las ancianas muestran más resistencia en participar. Además, las beneficiarias hacen notar que la entrega de los resultados tarda varios meses.

Sin duda, son las actividades de saneamiento básico que reciben el énfasis más notable según las percepciones locales en relación con el Oportunidades, debido al aprovechamiento de las reglas de corresponsabilidad y la presión ejercida por parte del personal de salud en este ámbito preventivo. Así, una de las líneas de acción más importantes dentro del plan de trabajo del IMSS población abierta -desde años anteriores al Oportunidades- se ve reforzada considerablemente gracias a las reglas de operación del último. Las revisiones periódicas del personal de salud en los hogares de la localidad contribuyen a aumentar la presión que perciben muchos lugareños en relación con la participación en las actividades de saneamiento, cuya aceptación ha sido gradual y parcial en la localidad. Sin embargo, la valoración positiva de esas medidas preventivas parece ser cada vez más generalizada y no sólo está ligada con la insistencia de los programas de salud oficiales sino también con el deseo de mejorar las condiciones de vivienda en el campo, adaptando comodidades de la vida urbana, donde influyen de manera significativa las percepciones sobre la vivienda y los recursos económicos que llegan por los migrantes en Estados Unidos.

En este contexto, la resistencia de algunas titulares y sobre todo no-titulares del Oportunidades en cumplir con dichas acciones de saneamiento, no sólo está vinculada con percepciones sobre la salud/enfermedad distintas a las occidentales, sino también con el carácter coercitivo del programa que impone momentos determinados para realizar las medidas preventivas estipuladas, que además no son efectivas en la emergencia de todas las situaciones de enfermedad posibles. Así, para algunas no-titulares –7 familias en San Lucas- el hecho de no recibir el apoyo monetario concedido por el Oportunidades es determinante para no participar en las actividades preventivas promovidas, por lo cual varias familias quedan al margen de las medidas implementadas por el programa. Esta problemática de la focalización del Oportunidades se refleja igualmente en los testimonios de los padres de familia varones que señalan no haber sido invitados a participar de ninguna manera.¹ Asimismo, la no participación de algunas familias que no perciben el programa puede afectar en ciertos casos a toda la población. Me refiero, por ejemplo, al hecho de depositar basura en espacios públicos –notablemente en los arroyos-; problemática que tal vez no ha sido atendida lo suficiente por el personal de salud del IMSS-Oportunidades.

¹ Respecto a esta dimensión sería importante analizar en futuras investigaciones en qué medida intervienen los hombres, por ejemplo, en el manejo del recurso monetario que perciben las titulares de Oportunidades.

A la vez, el hecho de que el Oportunidades designe a personal que vigile el cumplimiento de las beneficiarias con el programa en la comunidad, notablemente los auxiliares de salud y las vocales, significa en la práctica situaciones a veces conflictivas y tensas entre los últimos que deben de reportar “faltas” y las titulares que buscan precisamente evitar que se registren sus inasistencias. Por lo delicado que es mediar entre los lineamientos verticales del programa y las necesidades y los intereses individuales de las beneficiarias, por lo general nadie quiere ocupar voluntariamente cargos relacionados con el Oportunidades porque significa arriesgar el balance de las relaciones sociales a nivel local, además de la carga de trabajo adicional que representa.²

En la dimensión de la alimentación y nutrición, a consecuencia de las pláticas educativas del Oportunidades, las mujeres ya tienen amplio conocimiento sobre la importancia de comer variado durante el embarazo y también en relación con la alimentación de los hijos menores de cinco años. En este sentido, es a menudo el factor económico que impide una alimentación diversificada –y no la falta de información- ya que para muchas familias sólo raras veces alcanza el dinero para comprar carne, cuyo consumo se valora altamente, o alimentos que no se producen a nivel local. Afortunadamente, la riqueza ecológica en la zona ha permitido evitar casos severos de desnutrición en la población, donde la distribución de la papilla también ha mostrado sus efectos positivos en los últimos años. El suplemento alimenticio es ampliamente aceptado para los bebés y las madres beneficiarias coinciden en prepararlo diluido en agua y no de forma espesa como se indica. Esto y el hecho de que los sobres se comparten a veces con hijos más grandes dentro del hogar llega a disminuir el impacto de la papilla en el estado nutricional de los bebés. Por su parte, la aceptación del suplemento para las mujeres embarazadas y lactantes es menor que en el caso de los hijos, ya que las señoras no están acostumbradas en consumir leche de ningún tipo o incluso tienen intolerancia a la leche.

En relación con la planificación familiar no pude percibir un incremento en la participación por medio de mecanismos coercitivos “prestados” del Oportunidades por parte del personal de salud del IMSS-Oportunidades, a pesar de que presenta en conjunto con el saneamiento básico la dimensión más presente en los testimonios de los lugareños en relación con las actividades impulsadas desde la clínica. En este sentido, parece haber continuación entre el programa IMSS-Oportunidades y el Oportunidades en esta esfera de la salud, donde se abre un

² De hecho, por tales motivos una de los dos auxiliares de salud había renunciado al cargo cuando volví para una visita a San Lucas en 2004 y nadie estaba previsto –ni dispuesto, supongo- para retomar sus funciones.

nuevo espacio de promoción de los métodos anticonceptivos con las pláticas educativas. Los datos de la clínica sobre las usuarias del programa de planificación familiar indican una alta participación por parte de la población femenina, mientras varios testimonios a nivel local reflejan cierto rechazo en el uso de métodos anticonceptivos. Este rechazo está ligado en primer instancia con los efectos secundarios en la salud de muchas mujeres usuarias de métodos de planificación familiar en la zona y la falta de acceso a la atención médica para dar seguimiento adecuado al uso de los métodos proporcionados. Sin embargo, se presenta la tendencia entre los matrimonios jóvenes de valorar una familia pequeña por los costos que implica tener muchos hijos y el conocimiento y uso de métodos “naturales” de planificación familiar también está difundido.

La dimensión de la atención médica representa el punto más débil del programa Oportunidades -y de los programas de salud para población abierta en general- lo que se refleja precisamente en el énfasis que se hace en el modelo preventivo de la salud. Así, a pesar de que las actividades preventivas del Oportunidades han demostrado efectividad, en parte por su carácter coercitivo pero también por ser pluridimensionales y complementarias, de ninguna manera llegan a cubrir todas las necesidades en salud de la población rural-indígena. En este sentido, existe una desarticulación notable entre lo que ofrece el Oportunidades (prevención) y lo que pide y necesita la gente en la localidad (curación). Este desajuste, de hecho, nos explica en parte la participación parcial y a veces la resistencia por parte de la población en realizar las acciones preventivas, ya que hay consciencia de las limitaciones del modelo preventivo. Además, la problemática de la falta de atención médica de segundo y tercer nivel para los beneficiarios del Oportunidades se agudiza todavía más frente al panorama epidemiológico emergente en las zonas rurales del país. Es decir, la gradual transición epidemiológica donde toman cada vez más importancia los padecimientos crónico-degenerativos frente a las enfermedades infecciosas, debido en parte a la alza de la esperanza de vida dentro de la población indígena-campesina. Así, enfermedades como el cáncer o la diabetes requieren de tratamientos médicos complejos y costos, inaccesibles actualmente para las personas sin seguro médico.

Por su parte, destaca en la zona el uso terapéutico múltiple, donde el papel del susto es fundamental para entender las diversas estrategias en la búsqueda de atención médica de la población. En general, cuando una enfermedad no se cura con medicamentos a corto plazo, se recurre al curandero que en esos casos diagnóstica a menudo susto, que a veces abarca también

problemas interpersonales. Ya que el susto representa una barrera en la curación del padecimiento con medicinas alópatas, que se valoran altamente, es necesario que el enfermo recupere primero el equilibrio con la naturaleza y/o en sus relaciones interpersonales. Desde otra perspectiva, la atención con los médicos tradicionales o populares parecería cubrir en ciertos casos el segundo nivel de atención, ausente en los programas de salud para población abierta.

De esta manera, las concepciones curativas y preventivas locales y las occidentales que promueve el Oportunidades se complementan en las prácticas de los lugareños, conforme vayan adquiriendo significado las “nuevas” ideas y a veces perdiéndose las tradicionales y populares.³

A la luz de los resultados precedentes ¿cuáles serían entonces algunos de los desafíos para mejorar las actividades del programa Oportunidades en beneficio de la población que se propone abarcar? Primero, creo que es indispensable tomar en cuenta la organización comunitaria en la implementación del programa, incluyendo en la toma de decisiones a la población local para que pueda encargarse de los problemas de salud que la afectan. Esto permitiría, por ejemplo, evitar casos de exclusión del programa a nivel comunitario lo que a la vez resolvería una gran parte de las contradicciones existentes entre el Oportunidades y el IMSS-Oportunidades. Además, la mayor participación de la población en la toma de decisiones atenuaría los principios verticales del programa que causan insatisfacción, tensiones y abusos de poder a nivel local.

Segundo, a la luz de los padecimientos crónico-degenerativos emergentes es necesario reforzar la dimensión curativa de la salud para población abierta, focalizada hacia los adultos mayores, en articulación con las medidas preventivas que se estipulan. Para que sea eficiente, por ejemplo, la detección del cáncer cérvico-uterino, las instituciones de salud oficiales deben de promover su tratamiento médico. Asimismo, el abasto y la distribución oportuna de los medicamentos esenciales en el primer nivel de atención, la capacitación continua de personal médico local y la ampliación de la infraestructura médica son otros retos que enfrenta el sector salud en las zonas rurales del país.

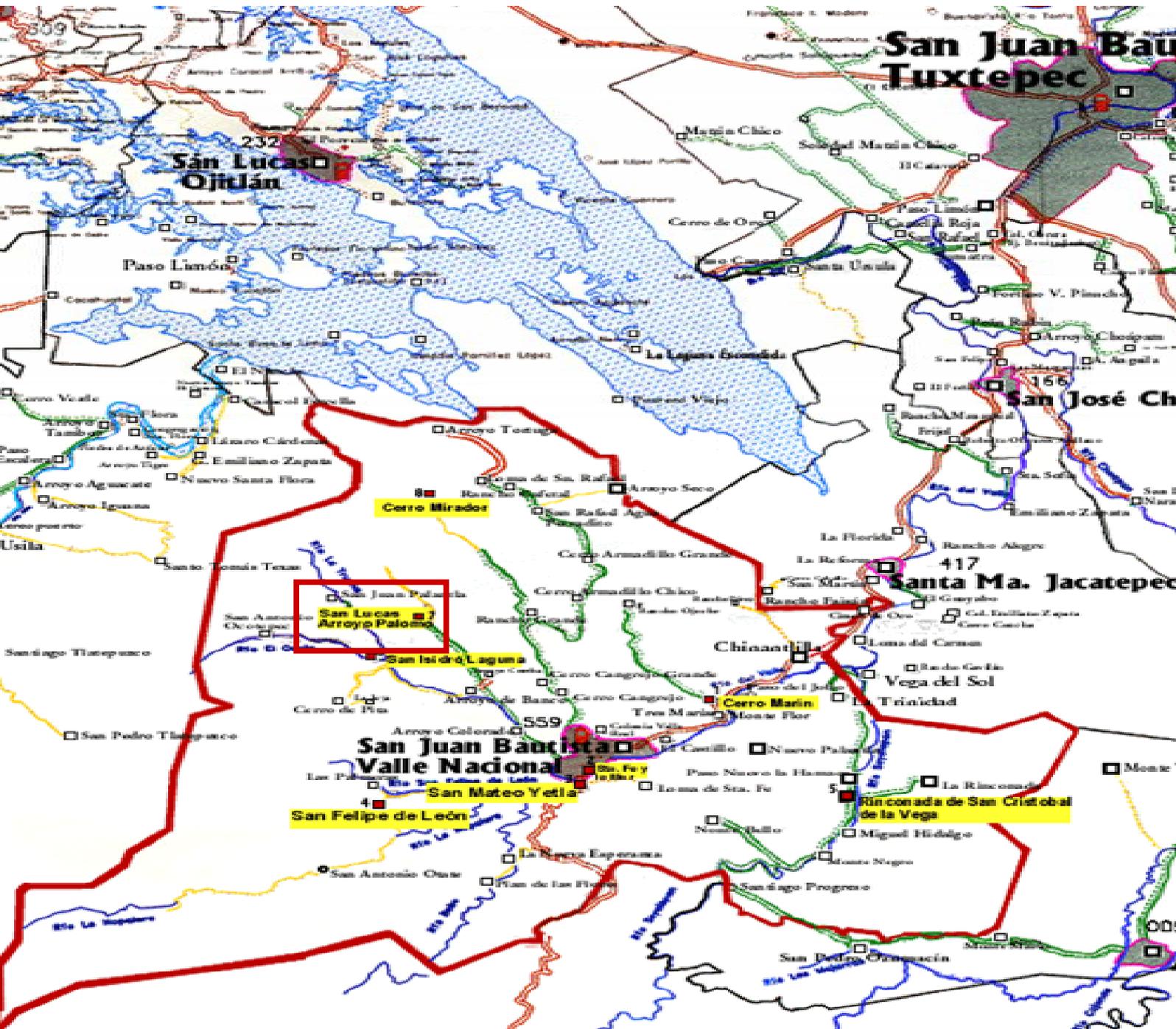
Tercero, es recomendable tomar en cuenta las nociones y prácticas preventivas que operan a nivel local; es decir, la dimensión cultural de la salud/enfermedad, en la información impartida por el personal de salud para mejorar los resultados del Oportunidades en beneficio de la población focalizada. Vimos que por ejemplo en el ámbito de los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio que el trabajo de las parteras es sumamente importante y debe de ser valorado

³ En la dimensión curativa es notable, por ejemplo, el conocimiento y uso muy fragmentario de las plantas medicinales.

debidamente por parte de la medicina institucionalizada para mejorar la atención de las mujeres campesinas-indígenas.

Tal vez la mayor problemática en el campo mexicano actual es la falta de apoyo a la producción agro-pecuaria, donde el recurso monetario del Oportunidades atenúa muy superficialmente la grave situación económica en la que viven la mayoría de las familias campesinas. En este sentido, las condiciones de salud de la población rural sólo podrán mejorar significativamente en cuanto se atienda la situación económica en el campo a partir de proyectos productivos y con la fomentación de la participación política de la población afectada. No obstante, la migración hacia los Estados Unidos está en incremento y representa frecuentemente la única opción viable para muchas familias campesinas en la búsqueda de una vida más digna y a la espera de un futuro mejor en el propio país, situación que la política social por medio del Oportunidades no ha logrado revertir hasta ahora y difícilmente logrará revertir en un próximo futuro.

La localidad de San Lucas Arroyo Palomo



Bibliografía

ADAIR, LINDA S., 1987: "Nutrition in the reproductive years", en Johnston, Francis E. (ed.): Nutritional anthropology, Alan R. Liss, Nueva York, pp. 119-154.

APPENDINI, KIRSTEN, 1992: De la milpa a los tortibonos. La reestructuración de la política alimentaria en México, El Colegio de México, México.

ARROYO ACEVEDO, PEDRO, 1990: "La atención primaria de la salud", en Zubirán, Salvador: La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos, tomo I, Biblioteca de la Salud. Secretaría de Salud, FCE, México, pp. 25-32.

ARNAUD VIÑAS, MARÍA DEL ROSARIO, 1994: "Condiciones de nutrición y salud en la población indígena del estado de Oaxaca", en Investigación Hoy, octubre, pp. 21-26.

BANCO MUNDIAL, 1995: Second basic health care project. Staff appraisal report, México report no. 13878-Me, Latin America and the Caribbean Regional Office.

—, 1993: Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial, Washington, D.C.

BERMAN, PETRA A, GWATKIN DAVIDSON R. Y SUSAN E. BURGER, 1987: "Community-based health workers: head start or false start towards health for all?", en Social Science and Medicine, Vol. 25, No. 5, pp. 443-459.

BICKNELL, WILIAM J. Y CINDY LOU PARKS, 1989: "As children survive: dilemmas of aging in the developing world", en Social Science and Medicine, Vol. 28, no. 1, pp. 59-67.

BONFIL SÁNCHEZ, PALOMA, 2003: "¿Obedecer callando o mandar obedeciendo?", en México Indígena, Vol. 2, no. 5, septiembre, pp. 6-14.

CÁRDENAS, JORGE, 2001: "The coffee crisis", Conferencia inaugural en la conferencia mundial del café, Londres, 17 de Mayo de 2001.

CARRILLO, ANA MARÍA Y CARLOS ZOLLA, 1988: Mujeres, saberes médicos e institucionalización, en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.): La condición de la mujer en el espacio de la salud, Colegio de México, México, pp. 167-198.

CASTRO-PÉREZ, ROBERTO E ISABEL HERNÁNDEZ-TEZOQUIPA, 1993: "Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar", en Salud Pública de México, vol. 35, no. 4, julio-agosto, pp. 376-392.

COSMINSKI, SHEILA, 1986: "El pluralismo médico en Mesoamérica", en Kendall, Carl., J. Hawkins y L. Bossen: La herencia de la conquista. Treinta años después, FCE, México, pp. 173-185.

CRANDON-MALAMUD, LIBBET, 1986: "Medical dialogue and the political economy of medical pluralism, a case from rural highland Bolivia", en American Ethnologist, Vol. 13, no. 3, agosto.

—, 1983: "Why susto?", en Ethnology, Vol. 22, p. 153-167.

CRAWFORD, ROBERT, 1977: "You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming", en International Journal of Health Services, Volume 7, Number 4, pp. 663-680.

DE TERESA, ANA PAULA, Y CARLOS CORTÉZ, 1996: "Introducción: El agro en México: Un futuro incierto después de las reformas", en De Teresa, Ana Paula y Carlos Cortéz (coord.): La nueva relación campo-ciudad y la pobreza rural, vol. II, Serie de la sociedad rural mexicana frente al nuevo milenio, INAH/UAM/UNAM/Plaza y Valdés, México, pp. 17-34.

—, 2002: Notas históricas sobre la región chinanteca de Oaxaca. Épocas prehispánica y colonial, manuscrito, México.

—, 1999: "Población y recursos en la región chinanteca de Oaxaca", en DESACATOS, no 1: Nación, etnia y territorio.

DE WALT, KATHLEEN, M. Y GRETTEL H. PELTO, 1977: "Food use and household ecology in a mexican community", en Fitzgerald Thomas K. (ed.): Nutrition and anthropology in action, Van Gorcum, Assen, Amsterdam, pp. 79-93.

DIARIO OFICIAL, 2002 (15 de marzo): Reglas de operación del programa de desarrollo humano Oportunidades, Séptima Sección, Secretaría de Desarrollo Social, México.

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, 2002: Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, CONAPO, México. D.F.

DODU, SILAS R.A., 1988: "Emergence of cardiovascular diseases in developing countries", en Cardiology 75, pp. 56-64.

DURKIN-LONGLEY, MAUREEN, 1984: "Multiple therapeutic use in urban Nepal", en Social Science and Medicine, Vol. 19, No. 8, pp. 867-872.

ESCOBAR, AGUSTÍN ET AL, 2002: Evaluación del Oportunidades, en <http://www.Oportunidades.gob.mx>

FEACHEM, RICHARD, 1984: "Infections related to water and excreta: the health dimension of the decade", en Bourne, Peter G. (ed.): Water and sanitation. Economic and sociological perspectives, Academic Press, London, pp. 21-47.

—, 1978: "Domestic water supplies, health and poverty", en Water Supply & Management, Vol. 2, pp. 357-362.

FLEURET, ANNE Y PATRICK FLEURET, 1986: "Nutrition and development", en Sara A. Quandt y Cheryl Ritenbaugh (eds.): Training manual in nutritional anthropology, American Anthropological Association, Washington, D.C., pp. 82- 89.

FOSTER, GEORGE M., 1984: "How to stay well in Tzintzuntzan", en Social Science and Medicine, Vol. 19, No. 5, pp. 523-533.

FRENK, JULIO, 1994: "La dinámica de la salud", en La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Colección La ciencia para todos, no 133, FCE, México, pp. 70-98.

FRENK, JULIO ET AL., 1999: "Trends in medical employment: persistent imbalances in urban Mexico", en American Journal of Public Health, Vol. 89, No. 7, pp. 1054-1058.

GADOMSKI, ANNE, ROBERT BLACK Y W. HENRY MOSLEY, 1990: "Constraints to the potential impact of child survival in developing countries", en Health Policy and Planning, Vol. 5, no. 3, pp. 235-245.

GUTMAN, MATTHEW, C., 2002: "Rituals of resistance, or, diminished expectations after socialism", en Gutman, Matthew, The romance of democracy. Compliant defiance in contemporary Mexico, University of California Press, Estados Unidos, pp. 109-142.

HAAK, HILBRAND, 1988: "Pharmaceuticals in two brazilian villages: Lay practices and perceptions", en Social Science and Medicine, Vol. 27, No. 12, pp. 1415-1427.

HARDON, ANITA PETRA, 1992: "The needs of women versus the interests of family planning personnel, policy-makers and researchers: conflicting views on safety and acceptability of contraceptives", en Social Science and Medicine, Vol. 35, No. 6, pp. 753-766.

—, 1987: "The use of modern pharmaceuticals in a filipino village: doctors' prescription and self medication", en Social Science and Medicine, Vol. 25, No. 3, pp. 277-292.

HEUVELINE, PATRICK Y NOREEN GOLDMAN, 2000: "A description of child illness and treatment behaviour in Guatemala", en Social Science and Medicine, Vol 50, pp. 345-364.

IFPRI, 2000: "¿Está dando buenos resultados Progresá?", Informe de los resultados de una evaluación realizada por el IFPRI.

IGUN, U.A., 1979: "Stages in health-seeking: A descriptive model", en Social Science and Medicine, Vol. 13A, pp. 445-456.

JANZEN, JOHN, M., 1987: "Therapy management: concept, reality, process", en Medical Anthropology Quarterly, Vol. 1, pp. 68-84.

JOHANSSON, S. RYAN, 1991: "The health transition: the cultural inflation of morbidity during the decline of mortality", en Health Transition Rewiew, Vol. 1, no. 1, pp. 39-68.

KLEINMAN, ARTHUR, 1980: "Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry", University of California Press, Berkeley.

KUTTY, V. RAMAN, 1989: "Women's education and its influence on attitudes to aspects of child-care in a village community in Kerala", en Social Science and Medicine, Vol. 29, No. 11, pp. 1299-1303.

LA JORNADA, 2003: Aún es alto el desabasto de fármacos en el sector salud, 10.10.2003, p. 45.

—, 2003: Senadores de PRI y PRD rechazan gravar con IVA alimentos y medicinas, 10.10.2003, p. 10.

LAUNER, LEONORE J. Y JEAN-PIERRE HABICHT, 1989: "Concepts about infant health, growth, and weaning: a comparison between nutritional scientists and mature mothers", en Social Science and Medicine, Vol. 29, No. 1, pp. 13-22.

LAURELL, ASA CRISTINA, 1999: "La política de salud en el contexto de las políticas sociales", en Bronfman, Mario N, Roberto Castro, 1999: Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina, Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F, pp. 239-252.

LESLIE, CHARLES, 1980: "Medical pluralism in world perspective", en Social Science and Medicine, Vol. 14B., pp. 191-195.

LEYVA-FLORES, RENÉ ET AL., 1998: "Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México", en Salud Pública de México, Vol. 40, no. 1, enero-febrero, pp. 24-31.

LOGAN, KATHLEEN, 1988: "'Casi como doctor': Pharmacists and their clients in a mexican urban context", en S. van der Geestand, S.R. Whyte (eds.): The context of medicines in developing countries, Kluwer Academic Publishers, Estados Unidos, pp. 107-129.

LONG, NORMAN, 1998: "Cambio rural, neoliberalismo y mercantilización: el valor social desde una perspectiva centrada en el actor", en Zendejas, Sergio y Pieter de Uries: Las disputas por el México rural. Vol. I, Actores y campos sociales, El Colegio de Michoacán, México, pp. 45-70.

MALINA, ROBERT M., 1987: "Nutrition and growth", en Johnston, Francis E. (ed.): Nutritional anthropology, Alan R. Liss, Nueva York, pp. 173-196.

MENÉNDEZ, EDUARDO, 1992: "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Roberto Campos (comp.), La antropología médica en México, tomo I, Instituto Mora, México, D.F., pp. 97-114.

MESSER, ELLEN, 1981: "Hot-cold classification: theoretical and practical implications of a mexican study", en Social Science and Medicine, Vol. 15, No. 2, pp. 133-145.

MIRANDA-OCAMPO, RAÚL ET AL., 1993: “Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México”, en Salud Pública de México, Vol. 354, No. 6, noviembre-diciembre, pp. 576-584.

MORGAN, LYNN M., 1989: ““Political will” and community participation in costa rican primary health care”, en Medical Anthropology Quarterly, Vol. 3, no. 3, pp. 232-245.

MULL, J. DENNIS, 1990: “The Primary Health Care dialectic: history, rhetoric, and reality”, en Jeannine Coreil y Dennis Mull (eds): Anthropology and Primary Health Care, Westview Press, Estados Unidos, pp. 28-47.

NATIONS, MARILYN K. Y CRISTINA M.G. MONTE, 1996: ““I’m not a dog, no!”: cries of resistance against cholera control campaigns”, en Social Science and Medicine, Vol. 43, No. 6, pp. 1007-1024.

NAVARRO, DAVID, 1986: “Nutritional disorders”, en Clinics in tropical medicine and communicable diseases, Vol.1, No.3, december, pp. 737-753.

NAVARRO, VICENTE, 1984: “A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration”, en International Journal of Health Services, Vol. 14, No. 2, pp. 159-172.

NEWELL, KENNETH W., 1988: “Selective Primary Health Care: the counter revolution”, en Social Science and Medicine, Vol. 26, No. 9, pp. 903-906.

NICHTER, MARK, 1995: “Vaccinations in the third world: a consideration of community demand”, en Social Science and Medicine, Vol. 41, No. 5, pp. 617-632.

—1986: “The primary health center as a social system: PHC, social status, and the issue of teamwork in South Asia”, en Social Science and Medicine, Vol. 23, No 4, pp. 347-355.

—1985: “Drink boiled water: A cultural analysis of a health education message”, en Social Science and Medicine, Vol. 21, no 6, pp. 667-669.

NÚÑEZ INTERIANO, ANA ELIZABETH, 2000: “La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales”, en Claudio Stern y Carlos Javier Echarri (comp.): Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación, El Colegio de México, México, pp. 235- 262.

OEHMICHEN, CRISTINA, 1998: “El indigenismo y el modelo gubernamental de la política social neoliberal”, en Cuadernos Agrarios, Nueva Epoca, num. 16, junio, pp. 47-62.

OSORIO, CARRANZA, ROSA MARÍA, 2001: Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles. INI/CIESAS7INAH, México, pp. 13-48.

PARDO, MARÍA TERESA, 1995: “Los Chinantecos”, en Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México, Valles Centrales, Instituto Nacional Indigenista (INI)/SEDESOL, México.

PAYNE, PHILIP R., 1985: "The nature of malnutrition", en Margaret R. Biswas y Per Pinstrup-Andersen (eds.): *Nutrition and development*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1-19.

PEDERSEN, DUNCAN, CARLOS COLOMA Y VERÓNICA BARUFFATI, 1982: "El método epidemiológico aplicado a la evaluación de la medicina tradicional", en Mazzáfero, Vicente, E. (ed): *Epidemiología y salud pública*, Buenos Aires, pp. 272-311.

PONTE, STEFANO, 2002: "The coffee crisis. Working paper", Centre for Development Research, Copenhagen.

PROGRESA. PROGRAMA DE EDUCACIÓN, SALUD Y ALIMENTACIÓN, 1997.

RABINOW, PAUL (ed.), 1984: The Foucault reader, Pantheon Books, New York.

RAMÍREZ-SÁNCHEZ DE, TERESITA, PATRICIA NÁJERA-AGUILAR Y GUSTAVO NIGENDA-LÓPEZ, 1998: "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios", en Salud Pública de México, Vol. 40, no. 1, enero-febrero, pp. 3-12.

RESÉNDEZ, CRISTELA, FRANCISCO GARRIDO Y OCTAVIO GÓMEZ-DANTÉS, 2000: "Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México", en Salud Pública de México, Vol. 42, no. 4, julio-agosto, pp. 298-308.

RIFKIN, SUSAN B. Y GILL WALT, 1986: "Why health improves: defining the issues concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care"", en Social Science and Medicine, Vol. 23, no. 6, pp. 559-566.

RUBEL, ARTHUR J., CARL W. O'NEILL Y ROLANDO COLLADO-ARDÓN, 1984: "Susto, a folk illness", University of California Press, Estados Unidos.

SÁNCHEZ-PÉREZ, JAVIER, ET AL., 1997: "Bienestar social y servicios de salud en la región fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal", en Salud Pública de México, Vol. 39, pp. 530-538.

SCHWARTZ, NORMAN B., 1981: "Anthropological views of community and community development", en Human Organization, Vol. 40, No. 4, pp. 313-322.

SCOTT, JAMES C., 1985: "Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance". Yale University Press; New Haven and London.

SCRIMSHAW, SUSAN C.M., ELENA HURTADO, 1988: "Anthropological involvement in the central american diarrheal disease control project", en Social Science and Medicine, Vol. 27, No. 1, pp. 97-105.

SECRETARÍA DE SALUD, Dirección de Planeación y Desarrollo: Diagnóstico de Salud, Oaxaca 2003, en <http://www.oaxaca.gob.mx/sso/salud/index.html>

—2002: “Panorama general”, en Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. (www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/saludmex2002/panorama_general.pdf), pp. 12-19.

SESIA, PAOLA, 2002a: “Crisis cafetalera, familias y nutrición en la región de la Chinantla”, en Cuadernos del Sur, No. 17, México.

—2002b: ““Aquí la PROGRESA está muy dura”: Estado, negociación e identidad entre familias indígenas rurales”, en DESACATOS, Vol. 8, CIESAS, México, pp. 109-128.

—1996: ““Women come here on their own when they need to”: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca”, en Medical Anthropology Quarterly, Vol 10, No. 2, pp. 121-140.

—1992: “La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo biomédico”, en Paola Sesia (ed.): Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca, CIESAS/Gobierno del Estado de Oaxaca, México, pp. 17-54.

SMITH, DUANE L. Y JOHN H. BRYANT, 1988: “Building the infrastructure for Primary Health Care: an overview of vertical and integrated approaches”, en Social Science and Medicine, Vol. 26, No 9, pp. 909-917.

STEBBINS, KENYON RAINER, 1986: “Curative medicine, preventive medicine and health status: the influence of politics on health status in a rural mexican village”, en Social Science and Medicine, Vol. 23, no. 2, pp. 139-148.

STONE, LINDA, 1986: “Primary Health Care for whom? village perspectives from Nepal”, en Social Science and Medicine, Vol. 22, No. 3, pp. 293-302.

TAYLOR, CARL Y RICHARD JOLLY, 1988: “The straw men of Primary Health Care”, en Social Science and Medicine, Vol. 26, No. 9, pp. 971-977.

TALYOR, CARL, 1978: “Reorientation of health personnel to meet the people’s needs”, en International conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Les Carnets de l’*enfance*. UNICEF. Abril-Junio, No 42., pp. 67-79.

TEJERA VILLACAÑAS, MIGUEL, 2002: entrevista transcrita del 25 de Enero de 2002, realizada por Ana Paula de Teresa y transcrita por Luz María Bravo.

UGALDE, ANTONIO, 1985: “Ideological dimensions of community participation in latin american health programs”, en Social Science and Medicine, Vol. 21, No. 1, pp. 41-53.

VELÁSQUEZ, CEPEDA, MARÍA CRISTINA, 2003: “¿Mujeres indígenas gobernando en municipios de Oaxaca?”, en México Indígena, Vol. 2, no. 5, septiembre, pp. 24-31.

WALSH, JULIA A., 1988: “Selectivity within Primary Health Care”, en Social Science and Medicine, Vol. 26, No.9, pp. 899-902.

WARREN, KENNETH S., 1988: "The evolution of Selective Primary Health Care", en Social Science and Medicine, Vol. 26, No. 9, pp. 891-898.

WERNER, DAVID, 1998: "¿Participación comunitaria en salud? Palabras introductorias", en Armando Haro, Jesús y Benno de Keijzer (coord.): Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro, El Colegio de Sonora, México. Pp. 13-20.

WISNER, BEN, 1988: "GOBI versus PHC? Some dangers of Selective Primary Health Care", en Social Science and Medicine, Vol.26, No. 9, pp. 963-969.

YACOOB, MAY, WILIAM BRIEGER Y SUSAN WATTS, 1989: "Primary Health Care: why has water been neglected?", en Health Policy and Planning, Vol. 4, No. 4, pp. 328-333.

YOUNG, JAMES, 1980: "Illness categories and action strategies in a Tarascan town", en American Ethnologist, Vol. 5, No. 1, pp. 81-97.

ZEDILLO, PONCE DE LEÓN, ERNESTO, 1996: "Decreto por el que se aprueba el programa de reforma del sector salud 1995-2000", Centro de Calidad Ambiental, México, DF.

ZOLLA, CARLOS ET AL., 1988: "Medicina tradicional y enfermedad", en Zolla et al.: Medicina tradicional y enfermedad, CIESS, México, pp. 11-32.