



Casa abierta al tiempo

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

***Diagnóstico Comunitario de Salud de Santo Domingo Armenta, Oaxaca***

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

*Trabajo de Investigación Etnográfica y Análisis Explicativo III o Análisis Interpretativo III*

y obtener el título de

**LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

presenta

**Oliva Dahí Nájera Ángeles**

Matrícula No. 205330591

Comité de Investigación:

Director: Mtro. José González Rodrigo

Asesores: Dra. Emilia Perujo Lavín

Mtro. Francisco Javier Valdivieso Alonso

Ciudad de México

Abril 2018

## ÍNDICE

1. Introducción .....	4
2. Capítulo 1 .....	29
3. Capítulo 2 .....	48
4. Comentarios finales .....	70
5. Anexo .....	76
6. Fuentes consultadas .....	78

## **AGRADECIMIENTOS**

A José González Rodrigo por dirigir esta tesis. A Emilia Perujo Lavín y Francisco J. Valdivieso Alonso, por la lectura atenta de este documento. También, a los tres les agradezco su amistad.

Agradezco especialmente al Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, a su cuerpo docente por la formación recibida, y al personal administrativo que ahí labora, especialmente a Irma Esparza, por todos sus apoyos.

Agradezco a las familias Nájera y Ángeles, mis familias.

A las y los habitantes de Santo Domingo Armenta, a los y las costachiquenses, por abrirme las puertas de sus casas y permitirme aprender de y junto a ellas y ellos.

## RESUMEN

La presente tesina tiene por objetivo brindar un panorama de la salud en el municipio afromexicano de Santo Domingo Armenta, ubicado en los límites del estado de Oaxaca, y perteneciente a la región conocida como “Costa Chica”. Las preguntas que guiaron la investigación fueron *¿De qué se enferman las y los habitantes de Santo Domingo Armenta de acuerdo con los bloques de edad y sexo?, ¿Cuáles son los principales obstáculos para la resolución a la salud en caso de enfermedades?, ¿Qué impactos diferenciados hay entre ser hombre y ser mujer en materia de salud en la localidad?,* entre otras preguntas que fueron desentrañando el tema de la salud en la localidad de estudio.

El interés por estudiar el panorama de la salud de un municipio afromexicano radica también en ver cómo este tema, central para el desarrollo humano y comunitario, se ve signado por la pobreza, marginación, exclusión y racismo que ha prevalecido históricamente para las poblaciones afromexicanas (así como las indígenas, e incluso mestizas en la zona), que deriva en un caldo de cultivo para la desigualdad.

Los hallazgos de investigación son múltiples y resultan novedosos, dado que es el primer trabajo etnográfico en la materia no sólo en el municipio, sino en la región. Por lo que no sólo es un referente académico, sino una oportunidad para reflexionar sobre estas comunidades minorizadas e invisibilizadas por gran parte de la sociedad nacional y el Estado.

**Palabras clave:** salud, población afromexicana, enfermedades oportunistas, pobreza, desigualdad, Santo Domingo Armenta.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos tres lustros hemos observado el incremento del estudio de las poblaciones de origen africano en México. Así, han proliferado muchas investigaciones académicas de licenciatura y posgrado que versan sobre las dinámicas históricas y contemporáneas de estos sujetos, quienes se denominan “negros, afromexicanos o afrodescendientes”<sup>1</sup>. Aunque regionalmente, también se les identifica como “morenos”, “afromestizos”, entre otros vocablos coloquiales.

La elección de esta comunidad de estudio se dio años después de hacer trabajo de campo en la zona. Si bien, originalmente analizaba los procesos organizativos de mujeres y hombres trabajadores en beneficio del cuidado del medio ambiente y la conservación de especies marinas, años después, a partir de una conversación informal con un colega antropólogo quien investigaba sobre la movilización social y política de los colectivos organizados de la sociedad civil de la Costa Chica guerrerense y oaxaqueña por el reconocimiento constitucional de los pueblos negros/comunidades afromexicanas/poblaciones afrodescendientes en el artículo 2º de la Carta Magna, me interesó conocer cómo la invisibilidad histórica, la falta de reconocimiento legal, sociocultural, e incluso estadístico, posee un efecto desigual que obstaculiza el acceso,

---

<sup>1</sup> En el presente emplearé principalmente los términos negra, negro, y sus formas plurales, para designar a los sujetos de este estudio, dado que es así como se nombran coloquial e históricamente, en primer lugar; y en segundo momento, porque mediante el consenso decidieron autonombrarse como “afromexicanos” en un Encuentro de Pueblos Negros celebrado en el estado de Oaxaca en el año 2011. Por último, porque emplearé “afrodescendiente” por ser el término con el cual se designan en el plano internacional las personas de origen africano en la diáspora o los descendientes de personas esclavizadas de origen africano. Aunque en el municipio de Santo Domingo Armenta, ni una sola persona refirió conocer el significado de este vocablo, e incluso, aseguraron que jamás lo habían escuchado.

ejercicio y goce de los derechos humanos de las personas negras o afromexicanas, entre otros, su derecho a la salud, así como la creación de políticas públicas específicas que estén encaminadas al desarrollo de estas poblaciones.

A pesar de los antecedentes que poseía, dado que muchos estudios se han interesado en conocer las características y problemáticas de la Costa Chica -de los cuales ya tenía referencia-, el contraste cultural y la “racialización”<sup>2</sup> fueron aspectos decisivos en la forma en que me posicioné en esta experiencia de campo. Por una parte, como mujer “blanca”, *frastera*<sup>3</sup>, *privilegiada*<sup>4</sup>; y por otra, como antropóloga que puede contribuir a la exotización de los sujetos de estudio, los dilemas a los que me enfrenté fueron numerosos. Especialmente, me aterrizzaba el hecho de refrendar la idea *cliché* expresada por la académica feminista Karina Bidaseca (2011), es decir, ser una más de las “mujeres blancas buscando salvar a mujeres color café”. Por lo que me planteé a mí misma la “autointerpelación” como eje ético de análisis.

La observación participante y las entrevistas informales, así como un par de ellas con guión semiestructurado (entrevistas formales), permitieron conocer el panorama de la

---

<sup>2</sup> Según Massey (2008), la *racialización* debe ser entendida como un proceso sistemático de formación racial para definir a los sujetos como parte de un grupo explotable y susceptible de exclusión. Para los fines del presente, entenderemos racialización también como la pertenencia (imaginaria/simbólica) a un grupo racial: *blanco, mestizo, negro, indígena, etc.*

<sup>3</sup> Término de la zona con el que se designa en el femenino a las personas “forasteras”.

<sup>4</sup> En los últimos años, en las ciencias sociales, así como en las redes digitales, las discusiones sobre las posiciones de privilegio han sido un tema recurrente. Así, en mi experiencia de campo me replanteé constantemente cómo mi presencia como investigadora, como mujer ‘educada’ de clase media, con apropiaciones y consumo cultural específicos y de tez clara podría derivar en un “privilegio”. En algunas ocasiones percibí cómo algunas mujeres jóvenes me elogiaban sólo por ser “citadina”, o afirmaban que era “bella” sólo por poseer piel y ojos claros. Por ello, me resultaba imperativo afirmarme como una investigadora que más allá de las características somáticas mi objetivo profesional estaba relacionado con la documentación de los procesos de enfermedad-atención-salud.

salud en diversos rubros de la población negra-afromexicana, residente de la cabecera municipal de Santo Domingo Armenta. Aunque también sostuve conversaciones sobre diferentes temas tales como la percepción de la política nacional, los programas federales de apoyo, el campo, la vida en las comunidades, y la migración hacia los estados del norte del país y hacia Estados Unidos, muchos de estos temas no serán vertidos en este documento.

La médica de base de la clínica rural fue la principal proveedora de información<sup>5</sup>, ya que la otra médica residente en la comunidad y quien facilita la atención a la salud en un consultorio privado, no brindó mayores elementos para el análisis de lo que aquí se expone. Vale mencionar que el contacto con el regidor de Salud del H. Ayuntamiento Municipal fue imposible, debido a sus numerosas ocupaciones. El trabajo de campo fue realizado en el mes de agosto del año 2017. Mis visitas constantes al Centro de Salud Rural me permitieron establecer un clima de confianza con el personal de salud, y el buen ánimo del personal me hizo sentir bien recibida en cada una de las ocasiones que asistí.

Posteriormente a la conclusión de mi trabajo de campo, en la zona han sucedido importantes acontecimientos relacionados con los sismos. El primero de ellos acaecido el 16 de febrero (2018) con epicentro en la ciudad de Santiago Pinotepa Nacional, lugar en el que el Palacio municipal presentó importantes daños en su estructura, del mismo modo que la Iglesia principal, así como aproximadamente más de mil casas

---

<sup>5</sup> Quien solicitó el anonimato, por lo que, en el presente documento, se le nombra sólo como “médica de base” o “personal médico”.

dañadas. Sin obviar las numerosas réplicas de baja, mediana o alta intensidad en las localidades aledañas y que instalaron el temor generalizado, así como el detenimiento del comercio y la circulación cotidiana.

De acuerdo con la información de los distintos medios de comunicación nacionales y estatales, la Coordinación de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación (Segob) emitió una *Declaratoria de Emergencia* por el sismo magnitud 7.2, en 33 municipios del estado de Oaxaca, así como la activación de los recursos del Fondo de Desastres Naturales (Fonden). Entre dichos municipios se encontraban varios de las regiones de la mixteca y costa oaxaqueñas, tales como Santiago Pinotepa Nacional, Santiago Jamiltepec, Villa de Tututepec de Melchor Ocampo, San Andrés Huaxpaltepec, San Juan Bautista Lo de Soto y Santo Domingo Armenta, todos los mencionados pertenecientes a la región costa.

Con la activación de los recursos del Fonden, solicitada por el gobierno estatal, las autoridades esperaban contar con recursos para atender las necesidades alimenticias, de abrigo y de salud de las poblaciones afectadas<sup>6</sup>. No obstante, las y los habitantes de Santo Domingo Armenta refieren que sólo han recibido “migajas” de dicho Fondo.

Por esas mismas fechas, sucedió un paro de trabajadores y trabajadoras de los Servicios de Salud de Oaxaca (que incluyen centros hospitalarios, unidades médicas urbanas y

---

<sup>6</sup> Cfr. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2018/02/18/1221168>



clínicas rurales), quienes tras un mes de huelga consiguieron la renuncia del entonces Secretario de Salud del estado de Oaxaca, Juan Díaz Pimentel.

El día 28 de febrero se registró otro sismo de magnitud de 4.8 grados, con epicentro a 15 kilómetros al noreste de Pinotepa Nacional, es decir, cercano a Santo Domingo Armenta. El 20 de marzo, por la mañana, se desarrolló un sismo de 5.0 grados, de acuerdo con información del Servicio Sismológico Nacional, difundido a través de diversos medios de comunicación. Al ser un municipio colindante con la ciudad de Pinotepa Nacional, los últimos sismos ocurridos y las respectivas réplicas afectan a las y los pobladores de Santo Domingo Armenta, no sólo a sus viviendas, sino a los edificios públicos, entre los que se encuentra la unidad médica Centro de Salud Rural de Santo Domingo Armenta, Oaxaca. Este tema será retomado más adelante para puntualizar dicha aseveración.

El interés por estudiar el panorama de la salud de un municipio afromexicano radica también en ver cómo este tema, central para el desarrollo humano y comunitario, se ve signado por la pobreza, marginación, exclusión y racismo que ha prevalecido históricamente para las poblaciones indígenas y afromexicanas. Todo ello deriva en un caldo de cultivo para la desigualdad. Basta revisar someramente los datos del Sistema Nacional de Información Municipal del Instituto Nacional del Federalismo y para el Desarrollo Municipal, en el cual se asienta que de los 10 municipios con menor porcentaje o número de personas con derechohabiencia de algún servicio de salud, nueve de ellos se encuentra en el estado de Oaxaca, la mayoría de estos en la región

mixteca, colidante con la costa. Y tan sólo un municipio se ubica en el estado de Puebla (La Magdalena Tlatlauquitepec)<sup>7</sup>.

En esa misma línea, vemos cómo dos de los ocho municipios que presentan los más altos índices de marginación a nivel federal se ubican en el estado de Oaxaca, así como dos más en Guerrero y uno en Chiapas. Estados del sur de la república, conocidos por ser considerados los más pobres. Valdivieso Alonso (2017a) sostiene que la pobreza de estas tres entidades es dispareja. Dado que Oaxaca y Guerrero cuentan con centros turísticos de talla internacional como Acapulco y Huatulco o Puerto Escondido, espacios limítrofes de la región de la Costa Chica. Este autor, siguiendo datos del Consejo Nacional de Población (Conapo), refiere que de los 19 municipios que comprenden la Costa Chica, cuatro presentan niveles muy altos de marginación, entre ellos Santo Domingo Armenta (*Ibid.*, pp. 91-92). Por su parte, Gloria Lara (2012) sostiene que Oaxaca es uno de los tres estados del país que registra mayor índice de marginación. Asociado a la pobreza, se identifica un importante flujo migratorio a diversas entidades federativas y a los Estados Unidos de Norteamérica (*Ibid.*, p. 87).

Tal y como lo plantea Valdivieso Alonso (2017a, 2017b) describir y analizar la pobreza es fundamental para comprender la condición de exclusión y marginación social, económica, política y cultural que han experimentado las personas, comunidades y pueblos negros-afromexicanos desde tiempos remotos.

---

<sup>7</sup> Cfr. <http://www.snim.rami.gob.mx>

Ello debido a que la condición de pobreza se interrelaciona estrechamente con la discriminación, el racismo, la desigualdad, y las violencias. En muchos casos, la condición de pobreza opera como motor de exclusión, discriminación y vulneración de derechos de las personas afromexicanas. Si la exclusión es una de las consecuencias principales de las prácticas racistas, al ser cruzada con la problemática de la desigualdad social y económica, encontramos que el racismo contra las personas y poblaciones negras/afrodescendientes refuerza la estigmatización de este grupo, que, precisamente, se encuentra en condición de pobreza (Valdivieso Alonso, 2017a).

De igual forma, el párrafo primero de la *Observación General del Décimo Cuarto Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas*, establece que “el derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud que le permita vivir dignamente”<sup>8</sup>. Todo ello, resultó en que me interesará por conocer diversos aspectos de la salud de esta población.

De este modo, las preguntas iniciales de mi investigación fueron *¿De qué se enferman las y los habitantes de Santo Domingo Armenta de acuerdo con los bloques de edad y sexo?, ¿Cuáles son los principales obstáculos para la resolución a la salud en caso de enfermedades?, ¿Qué impactos diferenciados hay entre ser hombre y ser mujer en materia de salud en la localidad?, ¿Cuáles son las razones argumentadas por las que*

---

<sup>8</sup>

Disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=474d35fb2>

*los varones no acuden a los servicios de salud alópata?* A lo largo del trabajo de campo emergieron más dudas, algunas de ellas lograron resolverse, otras permanecen en el remanente de lo desconocido, de lo místico, tales como las enfermedades “pérdida de la sombra” o “la muina”.

Al concentrarme en el tema de la salud, no me fue posible generar información alusiva a la educación, participación política y liderazgos, acceso al arte y la cultura, jefaturas domésticas femeninas, trabajo y participación económica, discapacidad, y las propuestas de intervención en voz de las y los habitantes de Santo Domingo Armenta, entre otros temas, que favorecerían hacer una monografía más completa, holística, integral, sobre este municipio. También, una vez revisado el material de campo, noté que muchas personas no atienden su salud por diversas situaciones, desconocimiento, apatía, por la carencia de recursos económicos, por lo engorroso que implica asistir al servicio público de salud, o porque “se curan” con remedios caseros. Así, el panorama de la salud en Santo Domingo Armenta no es alentador, la mayoría de las personas (mujeres y menores de edad) asisten condicionadas por el apoyo gubernamental del programa *Prospera*, o bien, porque su salud ya se está viendo al límite.

Esta monografía únicamente alude a la cabecera municipal de Santo Domingo Armenta, dado que, si bien visité Callejón de Rómulo, quizá la segunda localidad de mayor importancia del municipio, al no contar con Casa de Salud o alguna forma alternativa de atención en casos de enfermedad, tampoco fue posible generar información referente en la materia.

El material que aquí se presenta es de carácter etnográfico. Si bien, cuenta con una línea de tiempo, es decir, a partir de la realización del trabajo de campo se busca rastrear y examinar el cambio y la continuidad de las enfermedades de mayor prevalencia en un lapso de cinco años.

### *Caracterización del municipio*

De acuerdo con la *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México*, Santo Domingo Armenta debe su nombre al santo patrón del pueblo. Paradójicamente, en el apartado sobre la reseña histórica de este municipio, la misma *Enciclopedia* señala que las personas ancianas de la comunidad cuentan que en dicha localidad vivió un señor llamado Domingo Armenta, dándole el nombre al pueblo en su honor, “poco después fue reconocido oficialmente con ese nombre por la Legislatura local”. Asimismo, refiere que durante los años de lucha independentista “los caudillos Armenta y López llegaron a esta población a invitar a los negros de este lugar para que se levantaran en armas en contra de los españoles”<sup>9</sup>.

Santo Domingo Armenta es uno de los 24 municipios que conforman el distrito de Jamiltepec, el cual a su vez, es uno de los tres en los que se divide la región de la costa en el estado de Oaxaca. Este distrito, junto al de Santa Catarina Juquila poseen los

---

<sup>9</sup> Cfr. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM20oaxaca/municipios/20507a.html>

municipios con mayor presencia de personas negras o afrodescendientes (Lara, 2012: 87).

Santo Domingo Armenta es uno de los municipios rurales del estado de Oaxaca conformado por cuatro agencias municipales, con población dispersa en localidades menores de 2, 500 habitantes. Según datos de la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2015), Santo Domingo Armenta cuenta con una población total de 3, 469 habitantes.

La relación hombres-mujeres en el municipio presenta una brecha muy corta 98.6. Es decir, por cada 100 mujeres hay poco más de 98 hombres. La mediana de la edad de la población total del municipio es de 23 años o menos.

En Santo Domingo Armenta, el 76.1% de la población se autoidentifica como afrodescendiente, y un 24.9% se autoadscribe como indígena. La población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena asciende al 1.48%, mientras que el 2.08% de los hablantes de lengua indígena no hablan español. Empero, durante mi estancia de investigación este dato no pudo ser confirmado, a pesar de encontrarme con algunas personas quienes afirman no ser “afrodescendientes”, es decir, personas negras o fromexicanas, no hallé ninguna persona que se nombrara indígena.

Asimismo, el 84% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud (incluso puede presentar afiliación múltiple). Interesa destacar que el 97.5% de la

población de Santo Domingo Armenta es derechohabiente del *Seguro Popular*, servicio de salud dependiente de la Secretaría de Salud federal.

Según el lugar de nacimiento en el estado de Oaxaca, se estima que 6.2% de los residentes en el estado, nacieron en una entidad distinta a la de residencia actual o en el extranjero. Entre los quince municipios con mayor porcentaje de población nacida en otra entidad o país se encuentran San Juan Bautista Lo de Soto, Santa María Cortijo, Santiago Llano Grande, Santo Domingo Armenta, Santiago Tapextla y San José Estancia Grande (Inegi, 2015)<sup>10</sup>, ello debido a la cercanía con el municipio de Cuajinicuilapa, Guerrero.

Así, los datos oficiales ya mencionados son parámetros poblacionales obtenidos a partir de la Encuesta Intercensal 2015, aunque se consideraron para su cálculo la totalidad de las viviendas particulares habitadas del municipio, se trata de una estimación, por lo que estos datos pueden ser apreciados como imprecisos.

Por otra parte, en términos “culturales”, Santo Domingo es un pueblo caluroso y relativamente tranquilo. Mi percepción del tiempo y del espacio contrastada con la de otras personas que también han hecho estudios ahí difiere. Ello debido, quizá, a que mi permanencia fue más prolongada y me hospedé con personas oriundas del lugar, mientras que otros colegas sólo se encontraban de paso o estaban en Santo Domingo

---

<sup>10</sup> Cfr.

[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/estados2015/702825079857.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079857.pdf)

un par de días, además que se hospedaban en Cuajinicuilapa, o con personas cuyas familias estaban en calidad de migrantes.

*Apuntes sobre la salud de los negros/afromexicanos/afrodescendientes:*

*una mirada mínima*

En los estudios sobre poblaciones de origen africano en México, existe un consenso sobre las obras pioneras de Gonzalo Aguirre Beltrán, las cuales han dejado una impronta en los llamados estudios “afromexicanistas”. En primer término, por haber publicado hace poco más de 70 años la primera obra etnohistórica sobre los negros en México, la institución de la esclavitud y la importancia en la conformación del México contemporáneo. En segundo lugar, porque también fue el primero en realizar una etnografía sobre este grupo poblacional en la Costa Chica guerrerense. Las obras referidas son *La población negra de México*, editada en 1946, y *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, de 1958.

En el primer capítulo de *La población negra de México*, Aguirre Beltrán señala dos datos relevantes con relación a la introducción de la población africana en la entonces llamada Nueva España (hoy México) y la salud.

Los primeros negros entraron con Cortés en la enorme labora de la Conquista, afirma Aguirre Beltrán. Y agrega:



Se sabe que don Hernando cuando menos traía uno a su servicio –llamado Juan Cortés–; algunos de sus acompañantes, entre ellos Juan Núñez Sedeño, cargaban otros. De estos negros, uno llamado Juan Garrido, fue según propia declaración el primero que sembró trigo en México. Pánfilo de Narváez también traía negros; dos de ellos son conocidos: uno era bufón, el otro desembarcó con viruelas y las introdujo al país. (Aguirre Beltrán, 1972 [1946]: 19).

Por otro lado, en 1537 ocurrió en la ciudad de México la primera matanza de esclavos:

provocada por la pusilanimidad de los pobladores que, asustados por la actitud rebelde y la cuantía de los africanos, descuartizaron a unas cuantas docenas que supusieron pensaban alzarse con la tierra. Sin embargo, no fue esta medida sino la epidemia de tifo exantemático –*matlazáhuatl*– de 1545, la que obligó al virrey a vender los ganados y negros de Su Majestad por temor de que todos murieran, lo que hizo con seguridad descender el porcentaje de la población negra (*Ibid.*, p. 23).

Así, nos encontramos con las primeras referencias de las condiciones de salud de la población negra, africana/afrodescendiente, a mediados del siglo XVI. La primera de ellas que alude que un negro africano “desembarcó con viruelas y las introdujo al país” no es sino el prejuicio y estigma racial sobre este grupo como portador de enfermedades. Lo cierto es que los negros fueron secuestrados, trasladados en contra de su voluntad y esclavizados en el Nuevo Mundo como mercancía o para que sirvieran

de “bestias de trabajo”. Según refiere el mismo autor, mito que está en consonancia con el de superioridad física:

[...] de él se exigía exclusivamente trabajo muscular, por lo tanto la característica principal que anotan los comentaristas coloniales es una grande y prodigiosa fortaleza. Cuando se trató de justificar la esclavitud del negro y su introducción a tierras de América, se dijo que un negro valía por cuatro indígenas, queriendo con ello afirmar que el esfuerzo de trabajo que desarrollaba un negro equivalía al de cuatro indios. Más tarde se llegó a la aseveración de que el negro podía resistir trabajos más rudos que el propio hombre blanco. Se vino así a establecer el mito de la superioridad física del negro sobre el indígena y sobre el blanco, como medio para sujetar al hombre de color a la explotación más bárbara (*Ibid.*, p. 180).

No obstante, tal y como sugería Aguirre Beltrán, “para ser lógicos en nuestro estudio, debemos iniciarlo con antelación [...] ya que los antecedentes inmediatos no pueden ser pasados por alto si deseamos comprender e interpretar con justeza” los fenómenos relacionados con el comercio de personas esclavizadas y con la presencia africana y sus descendientes en México (*Ibid.*, p. 16). De este modo, las personas esclavizadas, hombres y mujeres africanos de Senegal, Gambia, Guinea portuguesa, Sierra Leona, Angola, ya sean bantúes, mandigas o wolofs, no mayores a 22 años, antes de ser introducidos a la Nueva España, eran trasladados a inmundos barracones de las factorías africanas de comercio esclavista.

Era luego conducido en la sentina de las naos, encadenado sobre el duro piso de madera, ocupando un espacio estrecho y obscuro, falto de ventilación en amontonamiento inimaginable, durante un lapso que se contaba por meses; sujeto a una alimentación deficiente no sólo en lo que mira a cantidad, sino especialmente a la calidad. Circunstancias todas que favorecían el desarrollo de enfermedades y epidemias en las factorías y en los buques negreros, a tal grado que se consideraba normal la sola pérdida de un 15% de la cargazón (*Ibid.*, p. 181).

Respecto a las enfermedades reseñadas por nuestro autor precursor menciona que en las costas africanas el paludismo y la malaria, ya eran conocidas antes de su arribo al Nuevo mundo, a las cuales, por supuesto, eran resistentes las y los africanos. Por otra parte, la fiebre amarilla fue otro de los padecimientos endémicos de la costa africana, lo era también de las costas mexicanas, de ahí que no representara ningún peligro para el negro.

Según Aguirre Beltrán, la *disentería* era otro de los azotes del negro, que sufría los estragos de la enfermedad en las promiscuidades de los barracones y de las naos negreras. La *anquilostomiasis*, con su anemia consecutiva, era común al África y a la Nueva España. En las cartas de compra de esclavos se asentaba a menudo, como garantía de la salud del negro, la afirmación de que éste no comía tierra, síntoma de decalcificación en este padecimiento. La infestación por el *Necator americanus*, prevalente en el África tropical, se considera resultado del comercio de esclavos y extendida a toda América por negros parasitados (*Ibid.*, p. 191).

La tuberculosis también se presentó en las poblaciones africanas y afrodescendientes. Empero, los médicos de la época no lograron un diagnóstico certero en dicha población, dado que presentaba sintomatología distinta a la de la población de origen europeo.

La *sífilis*, el *pian* y el *linfogramuloma venéreo* fueron frecuentes entre los negros, aparecen confundidos en la denominación general de potros y bubas. De acuerdo con el etnohistoriador y médico, los negros que padecían tales males eran rechazados por los compradores o adquiridos a muy bajo precio. En los inventarios del capitán negrero Juan Núñez Franco, los negros potrosos aparecen castigados en su valor.

Se dice que la *onchocercosis*, padecimiento provocado por una filaria y cuyo vector es un símulido, fue introducida al país por los esclavos africanos. En la actualidad la enfermedad prevalece en algunas regiones del sur de nuestro país y constituye uno de los más grandes problemas de nuestra salubridad. Sin embargo, Aguirre Beltrán asevera que en los documentos históricos revisados por él mismo no logró identificar datos durante el periodo virreinal.

Por último, el autor señala un padecimiento no infecto-contagioso, “pero con insistencia notable aparece en las cartas de compra de esclavos, la *epilepsia*. En muchos de estos documentos se acostumbraba a asentar que el negro que se ofrecía en venta no padecía *mal del corazón* o *gota coral*. Difícil resulta determinar con solo estos datos la frecuencia de la epilepsia entre los negros, o si más bien se trataba... de una costumbre española, tomada de los contratos romanos, que también asentaban al

verificar sus operaciones de compraventa de esclavos, la no existencia de la epilepsia en la mercancía humana (*Ibid.*, p. 193).

De igual manera, las y los mulatos, al nacer en el entorno, se adaptaron para la vida en las costas donde la malaria y la fiebre amarilla eran huéspedes habituales; hecho que determinó el predominio numérico de este grupo poblacional sobre la población “blanca”. Igual resistencia la ofrecida contra el paludismo tenían los mulatos en lo que se refiere a las otras enfermedades infecto-contagiosas, muy especialmente contra el tifo exantemático (*tabardete* o *Matlazáhuatl*). Cuando la memorable epidemia del último tercio del siglo XVI dejó los campos desiertos de población indígena la única mano de obra de que dispusieron los hacendados españoles, fue la de los mulatos, que validos de la ocasión la aprovecharon para exigir por su trabajo una justa remuneración.

Aguirre Beltrán afirma que hubo una dolencia ante la cual las defensas orgánicas de nada valían; padecido por el negro esclavo, primero, y después por el mulato libre. Con ello hace referencia a la *hidrargiria*.

Intoxicación mercurial que sufrían los negros *arrumando pipas* y cargando azogue del rey, con destino a las minas donde el sistema de beneficio de la plata inventado por Bartolomé de Medina había logrado dar un paso adelante en el progreso industrial; pero a costa de la vida de negros y mulatos que en los patios bañados de metal dejaban colgajos de piel hasta mostrar la

desnudez blanquísimas de las masas tendinosas; guiñapos humanos, se decían “*enfermos de tericia, molidos y quebrantados*” (*Ibid.*, p. 194).

Valdivieso Alonso (2017a) advierte que Gonzalo Aguirre Beltrán fue el primero en prestar especial atención al tema de la salud en la población de ascendencia africana en la zona. En *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, estudio publicado en 1958, caracteriza a la población negra de *La llanada*. Así, Aguirre Beltrán describe los rituales mortuorios y la medicina tradicional con la que combatían las enfermedades aún hoy en día conocida como la *pérdida de la sombra*, la cual es responsable del mayor número de casos de enfermedades. Asimismo, describió que la “etiología del pecado”, *el castigo de los dioses*, es también motivo de graves dolencias.

El coraje o la muina es una entidad nosológica propia de los infantes que los enferma, e incluso los mata, asimismo. Aguirre Beltrán también enlistó otras enfermedades conocidas en la región como *la vergüenza, el latido, el aire*.

Actualmente, los resultados de la más reciente Encuesta Intercensal refieren que el 17.7% de las personas que se autoadscriben como afrodescendientes en México “no están afiliados en algún instituto u organización que ofrezca servicios de cuidado de salud” (Inegi, 2015: 82). Contrastando estos datos con mi experiencia de campo es posible apreciar que se trata de información imprecisa. Al respecto, Asucena López Ventura, integrante del colectivo Mujeres Guerreras A.C., señala:

El sector salud está olvidado por parte de las dependencias gubernamentales. No hay atención de calidad para la población afro, porque se cree que hay gente que está afiliada a un seguro, o si está, no se atiende como debiera de ser. Yo pienso que hay un 50% que está afiliada, no como menciona la Encuesta Intercensal, y de ese 50%, quizás un 20% tienen acceso al servicio de salud. A la población afroamericana, y sobre todo a las mujeres, se les hace muchísima burocracia para acceder al servicio, no te atienden inmediatamente, hacen largas filas, se les piden muchos requisitos para su atención (Asucena López, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a)

El escaso o nulo acceso a los servicios de salud (alópata), debido al insuficiente personal de atención a la salud (personal médico y de enfermería) y la falta de abastecimiento de medicamentos, es una de las problemáticas más sentidas en las comunidades, como lo refiere Elena Ruiz Salinas, presidenta de Las florecitas A.C.:

Tú te tienes que enfermar de lunes a jueves. No te puedes enfermar viernes, sábado y domingo porque no hay doctor. No tenemos atención a la salud, no contamos con ambulancias en las comunidades, sólo en las cabeceras municipales, y eso sólo en algunas. Estamos muy mal en cuestiones de salud (Elena Ruiz, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a).

Por otra parte, Valdivieso Alonso subraya que en la Costa Chica se puede observar que la discapacidad permanente/irreversible, resultado de los riesgos por ocupación laboral, es frecuente. Esta, más que como un problema de salud pública o como una

condición que niega u obstaculiza el ejercicio de los derechos humanos para vivir una vida digna, es percibida como un “mal de las familias”. En municipios como Villa de Tututepec o Pinotepa Nacional, en el estado de Oaxaca, o Cuajinicuilpa, en Guerrero, la condición/situación de discapacidad es observable considerablemente. Los tipos de discapacidad más comunes que se presentan son la amputación de alguna extremidad ocasionados por accidentes durante la pesca<sup>11</sup>; o bien, la pérdida de algún órgano visual por diversos motivos no congénitos, entre ellos la malnutrición y la diabetes. Vale mencionar que las personas con discapacidad no cuentan con opciones para su desarrollo personal, por el contrario, la pobreza y el abandono familiar y social, les conduce a la mendicidad que, en muchos casos, es su única vía de sobrevivencia. De esta manera, la mendicidad es una situación que agrava la desigualdad social, y que se hace mayormente visible en personas adultas mayores, pacientes psiquiátricos en situación de calle.

Una problemática vinculada con los bajos niveles de salubridad en las comunidades costachiquenses es la falta de una red de tuberías de drenaje que puedan permitir el desalojo de líquidos pluviales, aguas negras y desechos varios de viviendas y comercios. Al no contar con plantas depuradoras de aguas residuales, estas circulan libremente por las calles, ocasionando diversos malestares, tales como enfermedades gastrointestinales y de la piel, que no sólo afectan a las comunidades afromexicanas, sino a la población en general de la zona. La carencia de pavimentación, la falta de

---

<sup>11</sup> Aunque también se hace presente la discapacidad por cuestión de riñas. Gutierre Tibón lo señala en la obra *Pinotepa Nacional. Mixtecos, negros y triques*: “en ninguna parte del país hay tantos cojos y mancos como aquí” (cit. en Valdivieso Alonso, 2017a).



alumbrado público, y la falta de espacios para la recreación en la mayoría de las localidades de la región “para que los niños y jóvenes también se ejerciten. En otros pueblos de otros estados vemos que hay parques, gimnasios, nosotros en verdad estamos muy abandonados, muy discriminados” (Diario de campo, 17 de noviembre de 2015), son algunas demandas repiqueteadas por las poblaciones costachiquenses en relación con la actividad física que repercute en sus niveles de salud.

Parafraseando a Sesia *et al.* (2011), estas investigadoras apuntan que la salud es uno de los aspectos básicos del desarrollo humano, ya que representa una necesidad esencial por su relación con la enfermedad y la muerte; al mismo tiempo, el cumplimiento del derecho al goce pleno de la salud está relacionado con el acceso universal a servicios de atención de calidad. El derecho a la salud de los individuos y los pueblos debe estar fundamentado sobre la ética del bienestar, y en su cumplimiento debe garantizarse la igualdad de género y el respeto a la interculturalidad (Sesia *et al.* cit. en Valdivieso Alonso, 2017a). En la Costa Chica, la salud de las mujeres afroamericanas es un tema pendiente y eludido de la atención social y por las instituciones gubernamentales. Tal y como lo expresa una lideresa social oriunda de José María Morelos, Huazolotitlán, Oaxaca:

Es difícil ser mujer, sobre todo de un grupo étnico diferente, para el que dicen que no hay medicamentos por su condición étnica y genética, porque dicen que en la raza negra la hipertensión es de difícil control. Así me dijo el doctor: “los medicamentos son otros y no los tenemos dentro de los

servicios de salud. Tendrá que usted comprarlos allá afuera”. Son medicamentos muy caros, y son enfermedades –algunas– muy específicas de las mujeres, y no tienes ni la solvencia económica, ni el servicio de salud adecuado, entonces ¿qué puedes hacer? El Estado no está garantizando tu derecho a la salud ni por cuestión de género y menos por cuestión étnica (Juliana Acevedo, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a)

Ya se ha señalado que los resultados de la Encuesta Intercensal, efectuada por el Inegi en el año 2015, refieren que sólo el 17.7% de la población que se autoadscribe como afrodescendiente en México no cuenta con afiliación a los servicios de salud. Contrastando estos datos con la experiencia de trabajo de campo de Valdivieso Alonso, este concluyó que se trataban de datos imprecisos. Al respecto, Asucena López Ventura, integrante del colectivo “Mujeres Guerreras”, señala:

El sector salud está olvidado por parte de las dependencias gubernamentales. No hay atención de calidad para la población afro, porque se cree que hay gente que está afiliada a un seguro, o si está no se atiende como debiera de ser. Yo pienso que hay un 50% que está afiliada, no como menciona la Encuesta Intercensal, y de ese 50%, quizás un 20% tienen acceso al servicio de salud. A la población afromexicana, y sobre todo a las mujeres, se les hace muchísima burocracia para acceder al servicio, no te atienden inmediatamente, hacen largas filas, se les piden muchos requisitos para su atención (Asucena López, cit. en Valdivieso Alonso, 2017)

Según refirieron varias interlocutoras, en los centros de salud es frecuente el maltrato institucional por parte del personal de enfermería y médico hacia las mujeres afroamericanas, especialmente el ejercido contra las mujeres embarazadas. Los “regañones” pueden ser desde llegar tarde a una cita médica programada hasta en el momento del parto (Valdivieso Alonso, 2017a). Dicho maltrato también es evidente en la negación de la atención de la salud, como lo expresa una profesora afroamericana de la zona:

Los pueblos afroamericanos, y sobre todo las mujeres negras-afroamericanas, estamos viviendo violencia en la cuestión de la salud. No somos atendidas como debiésemos ser atendidas, no hay un servicio de calidad al que podamos ir, no tenemos acceso al derecho a la salud. Suponen que nosotros [as] las negras si tenemos calentura pues la soportamos porque tenemos esa fortaleza, así podemos pasar fiebres, dolor de cabeza, entre otras enfermedades, y si asistimos a los servicios de salud nos dicen “espérese o vayan a un particular”. Insisto, en los hospitales, centros médicos de los cascos urbanos o los comunitarios no te atienden. Si llegas a las ocho de la noche ya no te atienden. Y eso pasa en comunidades indígenas y afroamericanas de Oaxaca y Guerrero (Minerva Sánchez, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a).

Otro testimonio presentado por Valdivieso Alonso (2017a), ilustra la complejidad en la atención de los servicios de salud en la Costa Chica:

Acudí a la clínica por un dolor de muelas que ya no aguantaba, me preguntaron “¿trae su carnet?”, “no, es que yo no tengo Prospera”, le dije. “Ah, entonces no la puedo atender”, me dijo. “Pues cómo ¿no me va a atender mi dolor si no tengo Prospera?”, “sí, aquí nada más atendemos a los que ya están inscritos en Prospera”. Yo me pregunto ¿hasta dónde está la ética? Imagínate si estuviera embarazada... prefieren dejar morir a los pacientes en la sala, es real (Valdivieso Alonso, 2017a).

Un tema de salud que abordo con detenimiento en este escrito es la atención a la salud de las mujeres embarazadas, previamente ya señalado por el autor que he mencionado últimamente.

Si vas embarazada a las clínicas ni siquiera te revisan, te dicen “váyase al hospital general que le corresponda”, y no saben si la señora viene bien, si la señora tiene pre-eclampsia, eclampsia, no les interesa. “Váyanse porque aquí no las podemos atender, no hay el equipo necesario, no está el anestesiólogo, no está el ginecólogo, no hay nada”. Si no tienes recursos económicos, el costo que se genera para la atención de una embarazada en riesgo es alto, incluso en el traslado, y se puede perder una vida, o dos, muere la mamá o muere el niño. De eso casi no se habla, es una cuestión muy descuidada tanto por las autoridades de salud y gubernamentales, como por quienes vienen a hacer sus investigaciones que no investigan estos hechos (Asucena López, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a)

De este modo, me propongo investigar algunos aspectos de la salud en una comunidad afroamericana, a pesar de las limitaciones teóricas, metodológicas y etnográficas, anhelo que este ensayo sirva como referente para el conocimiento de realidades que deben ser desmontadas, y sobre estas, edificar nuevos paradigmas para que la población afroamericana de la región costachiquense pueda obtener el reconocimiento, la justicia y el desarrollo que tanto se merece.

## Capítulo 1. La Salud Pública en Santo Domingo Armenta

En mi primer acercamiento al Centro de Salud Rural de Santo Domingo Armenta<sup>12</sup> se dio un miércoles alrededor del mediodía. Me presenté con el personal de enfermería y les comenté de mi interés en realizar una entrevista a la médica de base. En esa ocasión, tuve que esperar casi una hora para ser atendida ya que la consulta estaba “saturada”. Al inicio del diálogo, la médica de base nombró a las y los pobladores como integrantes de la *raza negra* y afirmó que poseen “un carácter fuerte”. Así, refirió que, en diversas ocasiones, le ha tocado sortear el maltrato por parte de la población ante la falta de abastecimiento de medicamentos o el tiempo de espera para recibir la atención médica. Este mismo hecho, ha sido descrito por Valdivieso Alonso (2018) en los municipios de Santiago Ixtlayutla, Santiago Jamiltepec y Santa María Huazolotitlán, considerados como municipios con presencia mayoritariamente indígena y mestiza<sup>13</sup>, y en Cuajinicuilapa, Guerrero, y algunas localidades de Villa de Tututepec de Melchor Ocampo y Santiago Pinotepa Nacional con presencia afroamericana, y en menor porcentaje, indígena y mestiza. Este es un hecho relevante, ya que en numerosos ensayos sobre el tema de la salud se ha descrito y problematizado cómo la asistencia a algún servicio público de medicina alópata constituye el “primer problema” para la atención a la salud (*Op. Cit.*).

---

<sup>12</sup> Dicho Centro de Salud tiene por clave CLU: OCCA005786, pertenece a la Ruta Pinotepa, de Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca, y a su vez, está adscrito a la Jurisdicción Sanitaria 04 Costa.

<sup>13</sup> Por lo menos en sus cabeceras municipales, aunque cuentan con agencias en las cuales la presencia afro es notoria.

En muchos contextos, la espera para recibir la atención, previa anuencia de una ficha, complica la resolución de las enfermedades. Por ejemplo, entre semana se otorgan alrededor de 15 fichas o más, dependiendo de la demanda del servicio de consulta externa. Sólo en los casos de mujeres embarazadas, recién nacidos o infantes menores de un año, personas diabéticas o hipertensas y niñez con diagnóstico de desnutrición, y previamente agendadas sus citas, representan los grupos de atención prioritaria de los programas de salud, de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal.

Los estigmas del *ethos violento*<sup>14</sup> y la suciedad en las poblaciones de ascendencia africana son recurrentes. Expresiones como “se desesperan de estar en la sala de espera”, “quieren que se les atienda rápido”, “la comunidad es deficiente en higiene”, “son personas sucias”, “si no les gusta hacer la limpieza de sus casas, menos en la calle, en lo público”, son comúnmente escuchadas en voces de las y los médicos que llegan a trabajar en la zona (Diario de campo, agosto de 2017)

Debido a que la mayoría de las mujeres se dedican a las labores domésticas, y son quienes asisten con mayor regularidad en caso de enfermedad o para dar seguimiento a las citas de control del Programa *Prospera*, es evidente que el tiempo de espera repercute en el rendimiento de sus actividades al interior de sus viviendas, dado que son las encargadas de preparar los alimentos para su pareja e hijos varones (que ya no estudian), quienes se dedican a las faenas agrícolas y ganaderas. Ellas, alrededor del

---

<sup>14</sup> Reseñados hace más de 60 años por Aguirre Beltrán, y hace 40 años por Veronique Flanet. Más adelante se retomará esta idea para explicar cómo el llamado “ethos violento” puede derivar en defunciones.

mediodía llevan el almuerzo a estos hasta los campos de cultivo. Sin embargo, si cuentan con hijos e hijas estudiando en alguno de los niveles educativos, con bastante regularidad, también les llevan alimentos con el objetivo de ahorrar en la economía familiar y evitar, de paso, el consumo de “comida chatarra”. Por este motivo, las mujeres amas de casa que asisten al servicio médico alópata alegan que es “deficiente”, “tardado” y que “no abastece de medicamentos”. Esto último representa una problemática que será retomada más adelante.

*Vivienda Saludable* y *Patio Limpio* son dos actividades contempladas como líneas de acción del programa *Prospera*. Por lo que todas las familias beneficiarias de dicho programa son supervisadas y evaluadas con relación a la participación de estas actividades. De acuerdo con información del personal de salud de la clínica rural, muchas de estas familias no cumplen con tales actividades, situación que les obliga a “ponerles falta” a las familias beneficiarias del programa. En conversaciones informales con algunas personas residentes de Santo Domingo Armenta me señalaron que estas actividades deben ser provistas por el Honorable Ayuntamiento Municipal, y no obligar y condicionar a las familias beneficiarias a hacer un trabajo que por competencia y atribuciones le corresponde a la Regiduría de Ecología y a la de Obras. No obstante, el personal médico y de enfermería sostiene que la suciedad de las y los vecinos de esta cabecera municipal son aspectos que deben ser cambiados, y trabajados por ellos mismos.



Nos afecta a todos, a toda la comunidad, tanto a los que tienen el programa como [a los] que no lo tiene, porque el que lo tiene limpia, pero el que no lo tiene no limpia su casa, ahorita nosotros aquí una de las principales enfermedades que tenemos es la que se transmite por vectores, el mosquito, el zancudo. El año pasado hubo una epidemia de una enfermedad que se llama chinkungunya y otra enfermedad que se llama zika. Ambas enfermedades son transmitidas por el vector, por el mosquito, el zancudo. Si nosotros no hacemos la limpieza en casa se recolecta, el agua se va almacenando, en lo mínimo, una basurita, en una envoltura de papel, y en ese poquito de agua están las larvas, los huevecillos, y comienza a reproducirse el zancudo, y si ese mosquito va y le pica a un ser humano que tiene el virus lo va propagando de casa en casa, y ese brote lo tuvimos el año pasado [2016] (Médica de base, agosto de 2017).

De tal suerte que, debido a la falta de higiene en las viviendas, el virus de la chinkungunya y el zika se propagó con mayor facilidad en diversas localidades de la Costa Chica. Un ejemplo que ilustra este hecho fue que, a pesar de las recomendaciones del personal de salud de la clínica rural de Santo Domingo Armenta, Oaxaca -como parte de las acciones de las estrategias *Vivienda Saludable* y *Patio Limpio*-, las larvas de los mosquitos (vectores) proliferaron en el agua estancada en la basura, así como en recipientes para la recolección de agua de uso diario. Ello derivó en el copioso brote de este virus, presentándose numerosos casos de chinkungunya durante el año 2016.

Caso contrario a otros municipios en los que durante los años de 2014 y 2015 fueron los más afectados por tales virus. Valdivieso Alonso (2017a) señala al respecto que estas fueron “enfermedades oportunistas” que azolaron diversas localidades de la zona a partir del año 2014.

Para el año 2015 se registraron numerosos padecimientos ocasionados no sólo por la chinkungunya, sino también por la enfermedad conocida como zika<sup>15</sup>, que derivaron, según las y los pobladores de la zona, en profusos fallecimientos, debido a la falta de suministros de fármacos, afectando sensiblemente a personas adultas mayores, niñas y niños, y mujeres embarazadas. En la realización de trabajo de campo fue posible escuchar varios relatos sobre esta enfermedad. Por ejemplo, el municipio de Marquelia, en el estado de Guerrero, fue comúnmente referido como una circunscripción en la que se presentaron más de 20 decesos por chinkungunya. También se pusieron en circulación mitos relacionados con el “contagio” de esta enfermedad, tales como que su transmisión estaba relacionada con el contacto sexual. Ello favoreció el desarrollo de comportamientos colectivos de agitación y preocupación, así como la demanda a las autoridades civiles y sanitarias para la atención de sectores específicos de la población. Empero, estas no difundieron información oportuna para la prevención y cuidados médico-sociales (*Ibid.*, p. 108).

---

<sup>15</sup> Estas enfermedades oportunistas presentan un cuadro de padecimientos entre los que se encuentran fiebre alta, dolor en las articulaciones, erupción en la piel, dolor de cabeza y muscular. Dichos padecimientos derivaron en el abandono de las actividades económicas cotidianas de las y los pobladores costachiquenses, mermando su economía, salud y supervivencia.

De igual forma, este investigador anota la relevancia de detenernos en este punto, dado que la emergencia de estas enfermedades oportunistas generó alarmismo y zozobra entre las y los costeños. En el municipio de Santo Domingo Armenta, según el personal médico de la unidad médica rural, clínicamente fueron diagnosticadas alrededor de 500 personas, número que se allegó al centro de salud. Aunque, también, un número desconocido de personas se atendieron de estos virus con la médica que brinda el servicio privado de medicina general.

Y nosotros hubo un momento en que nos quedamos con desabasto de medicamentos para el dolor, para la temperatura que ellos tenían, y por eso tenían que acudir a particular para comprarlo. La mayoría de los pobladores, creo que no hubo ninguno que no se haya quedado con el malestar y la enfermedad clínicamente. Diagnosticada ya con estudios de laboratorio nosotros aquí que acudieron al centro de salud, pero que acudieron al Hospital de Pinotepa, el Regional de segundo nivel sí fueron dos (Médica de base, agosto de 2017).

Entre los casos más agravados de chinconcuya, como se le conoce regionalmente a esta enfermedad, se presentó la defunción de una criatura no nacida. La madre de esta, durante las últimas semanas de gestación presentó la enfermedad, y la elevación de la temperatura complicó el nacimiento del bebé. Así, ante la falta de control médico, la criatura falleció. Este diagnóstico fue realizado mediante estudios de laboratorio en el

Hospital General Regional Doctor Pedro Espinoza Rueda, del municipio vecino de Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca. Vale mencionar que la paciente embarazada fue diagnosticada clínicamente en la unidad médica de Santo Domingo Armenta, en la cual se le llevaba el cuidado prenatal. Dado que en esta clínica no se cuenta con el servicio de parto, las pacientes son referidas al Hospital Regional de Pinotepa Nacional, ahí alumbran, y posteriormente son nuevamente referidas a la unidad médica rural para su reingreso, ahora como paciente puérpera lactante. Al enterarse que dicha paciente no había vuelto a consulta médica, “fue mandada a traer”. Esta confirmó el deceso de la criatura, un varón nacido vivo que por las altas temperaturas de la chinkungunya no sobrevivió. Esta situación consternó a gran parte de la población de la cabecera municipal de Santo Domingo Armenta.

En el municipio se cuenta con una ambulancia que permite el traslado de pacientes embarazadas que ya están en trabajo de parto o programadas para cesáreas en el Hospital Regional de Pinotepa Nacional. Dicha ambulancia está a cargo del Municipio, fue adquirida por el Ayuntamiento en el año 2009, funciona los 365 días del año, y está disponible las 24 horas. El chofer de esta cambia conforme a la administración municipal, ya que es una encomienda no remunerada. Generalmente, el conductor de la ambulancia es un policía municipal que cubre un turno de 24 horas cada tercer día, o bien, es un policía municipal que asiste a las guardas matutinas de 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde.

Sin embargo, la ambulancia no sólo es utilizada en los casos de traslados de embarazadas, también de cualquier otro paciente que requiera la atención médica de

segundo nivel. El proceso es sencillo. La médica de base del Centro de Salud llama directamente al conductor de la ambulancia, este acude y presta el servicio de traslado al paciente. O bien, las personas acuden al Palacio Municipal, platican directamente con el presidente municipal o con el comandante de la policía local, cualquiera de estos da aviso, y así se solventa la petición. Es preciso destacar que los gastos generados por el traslado de las y los pacientes al Hospital Regional de Pinotepa Nacional, presentan diferencias. En el caso de las embarazadas, el Ayuntamiento Municipal corre con los gastos de gasolina, ya que son pacientes prioritarias, y sobre otros pacientes, son las familias quienes deben pagar por este servicio.

El Centro de Salud de Santo Domingo Armenta al ser una clínica rural de un núcleo básico no cuentan con servicios, material, instrumental, equipo y medicamentos de los cuales precisa la población. Entre ellos: servicio de laboratorio de análisis clínicos, rayos X, ultrasonidos, etc. Únicamente otorga el servicio de consulta externa. Al referirnos a “un núcleo básico” señalamos que se trata de una unidad que cuenta con un/a médico/a y dos enfermeras/os, algunos instrumentos y equipo de trabajo, y farmacia.

De acuerdo con la médica de base, sólo en caso de ameritarse, se le refiere al Centro de Salud Urbano de Pinotepa Nacional. En este, se cuenta con el servicio de laboratorio. Pero es más frecuente que a las y los pacientes se les refiera al Hospital Regional. De este modo, la atención a la salud para las y los pacientes, en muchos casos, es irresoluble al no contar con los recursos económicos para su transportación, máxime en los casos en los que van acompañados o los y las pacientes son menores de

edad. También, los medios de transporte no son tan frecuentes, por tanto, esta situación orilla principalmente a las mujeres, encargadas de la crianza y provisión de cuidados en la salud o ausencia de esta, a dejar a un lado la atención a la salud, detener sus tratamientos y dejar que sean las propias defensas del cuerpo humano que realicen su trabajo. Al respecto, la médica de base de la unidad médica rural refiere:

Desafortunadamente como es una hora de traslado sí se les hace muy difícil a los pacientes ir allá, uno porque tiene que ser particular, ellos tienen que pagar su traslado. El pasaje de ir para allá es un poquito caro –a mí se me hace un poquito caro–. Desafortunadamente, las camionetas de transporte público, tanto taxis como camionetas que son de aquí, su costo de pasaje es de \$65 pesos ida, \$65 pesos de regreso, son \$120 [\$130] pesos. Más los taxis, son \$120 pesos para ir a Pinotepa, mínimo \$200 pesos ocupan ellos, las personas de aquí pues se dedican amas de casa, campesinos, que son tierras propias, no tienen un salario para acudir (Médica de base del Centro de Salud Rural de Santo Domingo Armenta, agosto de 2017).

Así, la resolución de enfermedades se ve complicada debido, entre otros, a factores económicos. Por ejemplo, el traslado al Centro de Salud Urbano o al Hospital Regional de Pinotepa Nacional para la realización de estudios de laboratorio clínico, rayos X o ultrasonido, implica un gasto extra en la economía de las familias, las cuales generalmente se dedican a la agricultura de autosustento, “no tienen un salario, para algo extra no tienen, menos para hacerse estudios”, afirma la médica. Aunque el *Seguro Popular* solventa a las personas derechohabientes para la realización de

estudios de laboratorio u otros en ambas unidades médicas de Pinotepa Nacional, por la economía del traslado, las y los pacientes prefieren atenderse en el municipio aledaño de Cuajinicuilapa, Guerrero.

Sólo un porcentaje menor al 40% de pacientes que precisan de dichos estudios se los realizan. Como ya se mencionó, trasladarse a Pinotepa Nacional supone gastos mínimos de \$200 pesos sólo para el pago del transporte, más el costo de los estudios por si no cuentan con la derechohabencia del *Seguro Popular*, además de que Pinotepa Nacional se localiza a una hora aproximadamente de Santo Domingo Armenta. Es decir, la pobreza merma doblemente la salud de las y los afroamericanos.

Una opción empleada por las y los pobladores de este municipio para realizarse estudios de laboratorio o de ultrasonido es acudir al Hospital de la Comunidad de Cuajinicuilapa, Guerrero (en este no se cuenta con el servicio de rayos X). Dada la cercanía con Cuajinicuilapa, Guerrero, aproximadamente a 35 minutos, es más factible que las y los pacientes que precisan de estudios de laboratorio se los realicen en dicha localidad, ya que, además, la tarifa del transporte colectivo es menor. Sin embargo, sólo se les pueden efectuar los estudios en el Hospital de la Comunidad de Cuajinicuilapa si disponen de una póliza del *Seguro Popular* y domicilio oficial en el estado de Guerrero. Ambas cuestiones embrollan la atención a la salud, por lo que, más del 60% de pacientes que necesitan de dichos estudios médicos no se los realizan, complicándoseles más las enfermedades. Aunque hay quienes pagan servicios privados que afectan sustanciosamente su economía.

La diabetes mellitus constituye una de las enfermedades que más afecta a la población afroamericana. Ningún investigador o estudiosa se ha concentrado no sólo en el tema de la salud de la población afroamericana, sino tampoco han señalado cómo la diabetes mellitus tipo 2 representa uno de los principales problemas de salud pública en México, y que posee efectos devastadores, con excepción de Valdivieso Alonso (2017a, 2018). Este investigador sostiene que la diabetes mellitus y la hipertensión son algunas de las enfermedades más comunes entre mujeres y hombres afroamericanos. Entre los múltiples factores que la ocasionan se encuentran la dieta alimentaria, el sobrepeso y la obesidad, y el alcoholismo crónico. Ambas –la diabetes y la hipertensión– constituyen el primer grupo de enfermedades de los varones en edad reproductiva y adultos mayores en la zona, aunque también se presentan copiosos casos en mujeres afroamericanas. De este modo, integrantes de organizaciones sociales demandan la atención a la salud con pertinencia étnica:

Aunque la diabetes es una enfermedad muy conocida desde hace muchos años, en los últimos diez es una de las enfermedades de mayor relevancia en el pueblo afro. Dentro de las muertes, los infartos ocasionados por la hipertensión son muy comunes. No hay información sobre la prevención o detección de estas enfermedades para el pueblo afroamericano, por eso las mujeres afroamericanas demandamos que los tres niveles de gobierno se preocupen por implementar en las comunidades la atención a la salud con pertinencia étnica (Asucena López, cit. en Valdivieso Alonso, 2017a)



En el municipio de Santo Domingo Armenta, la diabetes mellitus es una de las enfermedades de mayor ocurrencia en la población adulta, principalmente femenina, y que con gran facilidad se llega a complicar. En la zona se le conoce tradicionalmente como “azúcar”, por lo que es común escuchar expresiones como “ya está malita porque tiene azúcar”. Según la médica de base de la clínica rural municipal es de crucial importancia el control de la diabetes mellitus para evitar complicaciones en la salud y que esta repercuta en las actividades cotidianas de las personas:

Esas personas se les tiene que dar un seguimiento, un control, si su tratamiento está ayudando a estabilizar los niveles de azúcar, por lo regular, al menos cada seis meses se tienen que realizar los estudios. Ellos creo que, a veces, una vez al año, o una vez cada dos años se los han realizado. Se les solicita, desafortunadamente por lo que no está cercano el laboratorio no acuden. Nosotros aquí sí contamos, en ocasiones, con tiras reactivas para hacer niveles de azúcar, pero vía capilar, una toma rápida, desafortunadamente nuestro estado ha estado deficiente de insumos, que tiene meses que no nos han mandado, y no podamos llevarles un control mensual a esos pacientes, cómo andan de su azúcar (Personal de salud, agosto de 2017).

Durante la realización del trabajo de campo en el mes de agosto de 2017, la clínica rural, por primera vez en el año, contaba con tiras reactivas para la detección de niveles de glucosa, de las cuales estaba desprovista desde diciembre de 2016. Sin embargo, el total de tiras reactivas sólo es suficiente para la detección de los pacientes en un mes,

por lo que mensualmente se debe proveer de este importantísimo insumo. Es sabido que la glucosa es el hidrato de carbono más elemental y esencial para la vida, tal y como lo argumentan algunos estudios, entre ellos el de Flores Hernández *et al.* (2008)

[La glucosa] es el componente inicial o el resultado de las principales rutas del metabolismo de los glúcidos. Con la aparición de los tests [entre ellos, las tiras reactivas] a partir de los años 80 es posible medir la glucosa capilar con una sola gota de sangre con reflectómetros automatizados (glucómetros) que en la actualidad son tan precisos como si la muestra fuera tomada en el mismo laboratorio y reporta los niveles de glucemia en menos de un minuto, con una confiabilidad muy alta.

A pesar de que actualmente se dispone de más información para el tratamiento óptimo de la diabetes tipo 2 (así como la 1), el factor económico, es decir, la pobreza, así como la complejidad de los cuidados que requiere la diabetes mellitus obstaculiza la reducción de los niveles de glucosa y el mejoramiento de la calidad de vida. Como resultado se presentan complicaciones como la insuficiencia renal crónica terminal (principal causa de diálisis en México), la discapacidad visual debido a la ceguera en que deriva, o la amputación de las extremidades inferiores, así como profusos fallecimientos.

El estado de Oaxaca se ha caracterizado por poseer bajos niveles de salubridad y el desabastecimiento de medicamentos, así como por el saqueo que sus autoridades

estatales y municipales hacen del presupuesto público para la atención de las problemáticas de la ciudadanía oaxaqueña en general.

Oaxaca está un poquito deficiente en cuestiones de salud, de los insumos, del material, y el gobernador actual, en reuniones, él comentó que de aquí al mes de diciembre se compromete que se vuelvan a surtir los centros de salud, los hospitales, como en años pasados que no hacía falta nada. Pero de un año para acá, el gobernador que salió, desafortunadamente, hubo un problemita que no se surtieron tanto de medicamentos, de materiales de curación que no había nada. Y ahorita poco a poquito veo que ya está mejorando, el mes pasado, de medicamentos que no habían llegado ya volvieron a llegar (Médica de base, agosto 2017)

La diabetes mellitus como fenómeno de salud pública afecta principalmente a las mujeres en Santo Domingo Armenta. Las razones por las que se presenta con mayor prevalencia en las mujeres son el sedentarismo, el sobrepeso y la mala dieta alimentaria. La médica que ofrece sus servicios en un consultorio particular aduce lo siguiente:

Aquí las mujeres se dedican más a amas de casa, yo creo que por el sedentarismo que tienen no hacen una actividad física, y al momento que están cocinando pues van probando los alimentos, e ingieren mucho [alcohol] aquí (Médica general, agosto de 2017).

La médica de la clínica rural coincide con su colega. Además, agrega que el control de la diabetes es un tema complicado por la falta de autocuidados.

Nosotros llevamos un control de la diabetes, cada mes vienen a cita. Hay ocasiones que en un mes suben de peso un kilo, en los meses de fiestas, en julio que hay clausuras, en diciembre, por navidad, año nuevo incrementan mucho de peso, incrementa su azúcar por los alimentos que ingirieron. Así que la mujer, uno, come más, está reposando en casa, no hace ejercicio, no camina, suben mucho de peso y desarrollan azúcar, y consumen mucho el refresco, la coca, les gusta mucho el refresco, no consumen agua natural, menos de frutas (Médica de base del Centro de Salud, agosto 2017).

Al respecto es importante hablar de la dieta alimentaria de la persona promedio. Dado que el municipio no cuenta con un mercado local, esta situación repercute en la disposición de alimentos que otros proveedores dictan sobre Santo Domingo Armenta. Comúnmente, las personas se alimentan de carnes, difícilmente involucran vegetales, frutas y cereales a su dieta diaria. Así, es más frecuente escuchar y ver que el cerdo, el pollo, la res y el pescado, en ese orden de importancia, es lo que más se consume. Si bien el cerdo es criado en la misma localidad, también lo traen para su venta desde fuera, de tal suerte que, aunado a la carne de cerdo o pollo, las bebidas azucaradas (refrescos) y las tortillas completan un platillo diario durante la comida.

El desayuno, generalmente, se constituye de café y pan dulce. El arroz es preparado, ordinariamente, como parte del almuerzo, es decir, es el alimento consumido por los

hombres que realizan su faena en el campo o los hijos e hijas durante los recesos escolares; en ocasiones, huevos, frijoles y tortillas con salsa picante. Este tipo de alimentación sumado a la falta de consumo de agua pura y la inactividad física propician que la diabetes mellitus se desarrolle rápidamente en las mujeres. Mientras que, en los hombres, las posibilidades son menores, debido a la dedicación de sus actividades económicas que incluyen el trabajo físico. Por ejemplo, los varones, en su mayoría, se dedican al trabajo en el campo, trabajan en sus encierros, siembran y cosechan maíz (a esta actividad se le nombra tradicionalmente como “cortar milpa” en la localidad), fumigan sus milpas para matar gusanos. Todas estas actividades hacen que los hombres estén más activos físicamente, suden más, pierdan más calorías y no desarrollen diabetes mellitus. Mientras que muchas mujeres también están activas físicamente durante su jornada reproductiva, otras que no sólo son amas de casa, sino comerciantes, pasan más horas sentadas. Además de la poca atención que prestan a las enfermedades.

Las mujeres afromexicanas desarrollan “la azúcar” (diabetes mellitus), alrededor de los 40 años. De tal manera que la enfermedad las acompaña por poco más 20 años. Así, la esperanza de vida de una mujer con diagnóstico de diabetes mellitus oscila entre los 65 y 72 años. En el caso de los hombres, el desarrollo de la diabetes tipo 2 ha sido muy mínimo. Según recuerda la médica de base no ha habido defunciones por diabetes mellitus ni por complicaciones de ellas en varones afromexicanos:

Desafortunadamente por el descontrol, por lo que ellas [las mujeres] no se realizan los estudios de laboratorio de seguimiento, hay ocasiones en las que

no vienen a la cita, no toman su tratamiento como se les recomienda, porque, uno, ellas tienen la creencia que tantas pastillas les van el estómago, y otro, también no cuidan su alimentación y no se les controla el azúcar y llegan a complicárseles otros órganos entre los principales son los riñoncitos. Ha habido complicaciones de la diabetes de insuficiencia renal, y otra, también por pie diabético, por causante que se encajan un clavito, una espina, el calzado está muy apretado, les salió una ampulita, no se hicieron la higiene adecuada, la limpieza, no acudieron al médico de inmediato cuando se lastimaron, se les infecta. Cuando vienen aquí es cuando ya todo está morado, negro, ya perdieron la función en la parte donde se hayan lastimado. Se les envía a segundo nivel, muchas rechazan la amputación y es donde se les va complicando la infección y han llegado a fallecer (Médica de base, agosto de 2017).

El personal de salud también refiere que la atención de la enfermedad, es decir, el control de las pacientes diabéticas comprende la dotación de información en torno de la enfermedad y al correcto seguimiento de un plan alimenticio. Empero, las mismas pacientes no cumplen con dicho plan, así como que tampoco se “automonitorean” los niveles de glucosa, o llevan a cabo un régimen de ejercicios/activación física. Sin todos estos elementos no se logran disminuir los niveles de glucosa, sino, por el contrario, se incrementan y derivan en los fallecimientos.

Por otra parte, los piquetes de alacrán representan un problema de salud pública que afecta principalmente a los hombres, en razón que estos son picados e intoxicados por

el veneno del alacrán en el campo. Diariamente en el Centro de Salud Rural de Santo Domingo Armenta se atiende, por lo menos, un caso de piquete de alacrán.

Aquí, por lo que las personas se dedican al campo no hay un día que no haya uno con piquete de alacrán, y se está intoxicando, desafortunadamente no habíamos tenido el antídoto, con el desabastecimiento de medicamentos que duró más de siete meses, pero ya este mes [agosto], ya nos mandaron y ya tenemos (Médica de base, agosto de 2017).

Aguirre Beltrán (1958) señala en *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, que todas las muertes infantiles registradas en 1948 fueron por piquete de alacrán. “Las causas de la mortalidad infantil, tal y como están registradas en los libros que lleva Guayo, fueron por orden de importancia las siguientes: diarrea, fiebre, tos, alferecía, ansia, coraje, soltura, inflamación y dolor”. Y enseguida apunta

las causas de enfermedad anotadas como responsables del fallecimiento de adultos, las principales, además de las acaecidas por arma de fuego, fueron las que siguen: fiebre, calentura, paludismo, inflamación, dolor, diarrea, tos, tristeza y dureza. Por demás está decir que estas causas de enfermedad son las que informan los parientes de la persona fallecida y no la resultante de un diagnóstico médico, dado que apenas hace unos meses se ha establecido en Cuijla un profesionista de la medicina científica (*Ibid.*, p. 87).

En la actualidad, y situándonos en el municipio de Santo Domingo Armenta, no han acontecido defunciones de varones por piquetes de alacranes o por diabetes mellitus. Las causas de fallecimiento están relacionadas con el cáncer de pulmón, otro paciente por tuberculosis, otro paciente por violencia en la calle. Esta última parece no haber modificado sus patrones desde hace 70 años, según refiere Aguirre Beltrán, existe una relación entre defunciones y los adultos que perecieron asesinados.

El dato es significativo del clima de violencia que se observa, no sólo en el municipio, sino en toda la región llamada Costa Chica y corresponde con los patrones culturales de que participa la población cuileña, todos ellos dirigidos a mantener el ethos agresivo (*Ibid.*, p. 86).

Además de Aguirre Beltrán, Veronique Flanet en *Viviré si Dios quiere: un estudio de la violencia en la mixteca de la costa* (1977), observa las “tensas” relaciones interétnicas entre negros, indígenas y mestizos en la localidad de Santiago Jamiltepec, Oaxaca. Así, ambos autores presentan visiones estereotipadas de los enfrentamientos violentos entre negros e indígenas, pero especialmente sostenido en el primero (*Ibid.*, pp. 116-117).



## **Capítulo 2. Enfermedades de mayor prevalencia por bloques de edad y sexo, y Salud Reproductiva**

De acuerdo con información del personal de salud del Centro de Salud Rural de Santo Domingo Armenta, reportada a la Jurisdicción Sanitaria N° 04 Costa, las enfermedades de mayor prevalencia por bloque de edad y sexo son las siguientes: las niñas y los niños menores de un año presentan infecciones respiratorias agudas (IRAS), es decir, gripas, tos, infecciones de garganta. Para el bloque de los 2 a los 5 años, sin que se presenten diferencias por sexo son también las infecciones respiratorias agudas, además de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS). Si bien estas dos últimas también están presentes en el cuadro de 10 a 14 años. Estas se agudizan principalmente en las estaciones más calurosas, en su mayoría son virales. La médica que brinda sus servicios particulares lo refiere así:

La causa de las infecciones respiratorias agudas de los niños y las niñas, a pesar de la consejería a las mamás de los cuidados, incluso los del baño con agua tibia, las mamás tienen creencias que si los bañan con agua fría le elevan sus defensas y no es así. Y como aquí hace mucho calor, por lo regular duermen con ventilador en casa, y si lo bañan con agua fría, el niño se resfría, empieza con una gripita. Pero la mamá no lo lleva de inmediato a consulta médica, deja que avance, cuando ya empieza con fiebre es cuando ya se preocupa y acuden. Cuando ya hay fiebre ya tienen la infección en la garganta y ya sería una faringoamigdalitis, pero es una infección respiratoria

que ya se complicó por una simple gripita (Médica cirujana, agosto de 2017).

Cuando las y los menores de edad presentan algún síntoma de las IRAS o las EDAS, el primer cuidado brindado es suministrarles algún té u otros remedios caseros. Sólo en caso de avance de los malestares es cuando se presentan en la unidades médica o en el consultorio particular.

Cuando aquí les preguntamos, la mamá dice “ya tiene tres días, pero yo le di un té de manzanilla, un té limón, atolitos”. En las familias de Santo Domingo Armenta también para la tos les dan “aceite”, que es un preparado de aceite de oliva, aceite de ricino, y un poquito de magnesia, y lo disuelven (Médica de base, agosto de 2017).

No obstante, según las familias afromexicanas, es el “coraje” lo que enferma a los y las niñas. En el momento que las y los niños degluten este “aceite” empiezan a toser más porque no les gusta el sabor, empiezan a llorar, la tos se incrementa y expulsan las flemas. Aguirre Beltrán lo explica detalladamente, del siguiente modo:

*Coraje*, es, en efecto, el nombre de una entidad nosológica propia de los infantes que los enferma y mata. En los libros de defunciones, según hemos visto, esta entidad aparece mencionada como causa de muerte. El tratamiento de la afección revela su etiología: unas veces es *candó* y tabaco mezclados con orines de criatura; otras, yerbas de *namorado* y excremento

de mula prieta lo que se da en cocimiento al infante para que *gomite el coraje*; al hacerlo deja el niño de llorar y “el pecho ya no le jierve”. Toda madre cuijeña sabe lo peligrosa que es esta enfermedad y cuida de prevenirlas por distintas reliquias: un cordón simplemente anudado y enrollado al cuello a la articulación del puño es suficiente; pero más vale - aconseja Ticha- que tenga una frutilla, como un hueso de almendra, para que si una persona con coraje mira al niño se rompa el hueso y no le pasa nada al niño (*Ibid.*, p. 193).

Vale mencionar que antes de acercarse a los remedios de la consulta alópata, las familias afromexicanas de Santo Domingo Armenta, primero emprenden remedios caseros, posteriormente como ven que no se presentan mejorías, e incluso se agravan los malestares como el pecho ronco, entonces sí, acuden a consulta médica. Empero, se tiene el registro que de las ocasiones en las que ha habido complicaciones y se les refiere a la atención hospitalaria de segundo nivel, debido a las complicaciones que derivan en una neumonía o bronquitis por el tiempo de espera.

De hecho, hay ahorita algunas familias que ya son clientes de la unidad, que sus niñitos creo hasta tres veces ya han estado internados. Los papás se confían, creen que con los remedios caseros van a mejorar, pero cuando ven que ya están silbando, que están muy ansiosos, que ya están jadeando, entonces sí ya acuden, y cuando vienen aquí y se detecta que tienen una posible bronquitis, se refiere a Pinotepa Nacional, y sí, han estado internados tres días, hasta cinco días, hasta que allá mejoría. Y sí, en este año, han sido

como cuatro niños, todos varoncitos (Personal médico de la clínica rural, agosto 2017).

En el capítulo anterior se puntualizó cómo la mala dieta afecta la salud de todas y todos los habitantes de este municipio, ya que no incluyen en su dieta diaria cereales, frutas, vegetales, legumbres y semillas, sino que esta se basa exclusivamente en la ingesta de carne y tortillas, así como en el consumo de refrescos con altos niveles de azúcar. En el caso de las niñas y los niños menores de cinco años, inscritos o no en el programa *Prospera*, deben acudir a *Control nutricional*, ya que es una acción de *Línea de Vida*.

Las citas están programadas mensualmente para mostrarles a las familias, principalmente a las madres que son amas de casa, y quienes tradicionalmente desempeñan el trabajo de cuidados, cómo balancear la alimentación de los y las niñas. Lo más común es que las familias sólo se acerquen al servicio en caso de enfermedad, o bien, acuden al servicio de consulta externa a un chequeo general cada seis meses, como parte de las obligaciones del programa *Prospera*. Así, queda asentado cómo la medicina preventiva no ha resultado en la apuesta de las familias, más aún, dejan de asistir al servicio porque no se enferman o prefieren que “solas salgan las enfermedades” (Diario de campo, agosto de 2017). De este modo, no importa cuánto tiempo haya transcurrido, las y los niños menores de cinco años al acudir a consulta médica a la clínica rural nuevamente son contemplados en la línea de acción *Control nutricional*. Con la nueva tarjeta de control nutricional se hace un comparativo en términos de talla, peso, salubridad y detectar posibles anemias o descartar algún otro padecimiento.

En lo referente a las personas adolescentes (etapa 1, que comprende de los 10 a los 14 años) las enfermedades están relacionadas con el desarrollo fisiológico de su cuerpo, el incremento de su talla y los cambios hormonales, así como por una alimentación deficiente. Las médicas de la consulta privada y del centro de salud coinciden en que las y los adolescentes en caso de presentar alguna infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica (tos, gripa y diarrea) aguda se automedican, comprando las medicinas de venta libre en la farmacia local o en las tiendas de abarrotes. Una de las médicas lo expone de la siguiente manera:

De hecho, los adolescentes como ya están en otra etapa, es muy raro que les platicuen a sus mamás si se enferman de algo. Se ha detectado que la mayoría presenta anemias clínicas, por deficiencia de hierro, y es por lo que más se enferman, le continúan las IRAS, EDAS es más raro. Las señoritas presentan más anemias porque inician con su ciclo menstrual, porque no quieren engordar, porque ya empiezan otros cambios: que les gustan los niños, no se quieren ver gorditas, se quieren ver físicamente bien y no comen bien. No les gustan las verduras, porque sus mamás cuando ya las traen a consulta me platican que no las quieren comer, no les gustan las frutas, no quieren comer mucha tortilla, la leche ni la ingieren, y así que por la deficiencia de alimentos caen en una anemia y más por la etapa de desarrollo. La mayoría, tanto hombres como mujeres, es anemia (Personal médico de la clínica rural, agosto de 2017).

Esta situación es significativa, dado que está relacionada con las problemáticas entre “estética” y salud de los y las adolescentes. La detección de la anemia, peculiarmente, se ha logrado en las brigadas anuales del *Seguro Popular*. En estas últimas, personal médico de los Servicios de Salud de Oaxaca realizan chequeos integrales a las familias inscritas en dicho programa. De tal suerte que deben asistir todos los integrantes beneficiarios/as, a quienes se les realizan intervenciones de detección de altos niveles de glucosa, hipertensión arterial, hemoglobina, es decir, de anemia. Un porcentaje muy elevado de adolescentes, hombres y mujeres, residentes de Santo Domingo Armenta ha sido diagnosticado con anemia. No obstante, la anemia no está vinculada directamente con trastornos alimentarios como la anorexia, bulimia o la combinación de ambas.

Por otra parte, siguiendo la enunciación de las enfermedades de mayor prevalencia en la población adolescente (de la primera etapa: 10 a 14 años) los suicidios en adolescentes es un fenómeno que está cobrando especial relevancia.

A partir del año 2015, comenzaron a aparecer los primeros casos en la localidad, o mejor dicho, a considerarse como un verdadero problema. En conversaciones informales con docentes de los niveles educativos de secundaria y bachillerato refieren que temen que “este *problemita* sea imitado por más estudiantes y se vuelva algo común” (Diario de campo, agosto de 2017). La médica del Centro de Salud Rural atestigua en extenso este fenómeno:

Desafortunadamente este año, hemos tenido tres intentos de suicidio de mujeres adolescentes. Yo tuve una consulta con dos de las señoritas, una de ellas me refiere que ni ella sabe por qué intentó suicidarse. Yo platicué con ella, le digo que ella es físicamente delgada, es guapa la niña, le digo que si es por ese lado que ella no tiene por qué estarse cuidando demasiado, que ella es re guapa, la señorita de 14 años. Las otras dos igual, una de 14 y una de 13. En el caso de las otras dos lo hicieron porque sus papás no las dejaron ir a la discoteca, y para hacer berrinche nada más, porque no les gustó que sus papás no les hayan dado permiso de ir a la discoteca, y por eso intentaron suicidarse.

A la que yo atendí dice que no se acuerda, yo le pregunté, le expliqué varias opciones: ¿tomaste de más la pastilla?, ¿estabas tomándola para un tratamiento?, ¿estás enojada con tu hermana?, ¿tienes problemas con tu novio?, ¿tienes novio?, pero ella me lo negó. Me dijo que no se acuerda en qué momento se las tomó, que ni ella misma lo entiende. Sus papás estaban muy preocupados, la llevaron al psicólogo. Nosotros aquí en este nivel, en este centro de salud no contamos con este servicio, pero los papás acudieron a Pinotepa, al Hospital Regional cuenta con servicio de psicología, al igual, sus papás buscaron otra opción y fueron a Ometepec, Guerrero, donde también la llevaron con el psicólogo (Personal médico de la clínica rural, agosto de 2017).

Estos hechos fueron muy comentados en su momento. Del último intento de suicidio, yo me presenté dos meses después en la comunidad, por lo que la alarma continuaba presente. De esta manera, escuché a algunas madres de familia decir consternadas que no entendían por qué estas adolescentes deseaban terminar con su vida como una forma de castigo a los padres y madres; otras, de manera sensacionalista, afirmaban que dichas adolescentes sólo querían *llamar la atención*. También, la privacidad de esta adolescente se ha visto perjudicada, ya que ahora es de dominio público la atención a su salud mental. El siguiente relato de mi diario de campo ilustra el suceso:

Una tarde en la que me encontraba en casa de la señora Julia N., hablamos sobre el caso de A., quien ingirió un número considerable de pastillas con la finalidad de suicidarse. La señora y otras de sus parientes me comentaron que los padres de A. la encontraron inconsciente en la cama y cerca de ella un frasco vacío de pastillas, totalmente intoxicada fue trasladada por sus familiares al Hospital Regional de Pinotepa Nacional, ahí comenzó a recibir la atención. Una vez restablecida fue canalizada al servicio de psicología en el Hospital, una semana después A. retornó a la escuela ante la mirada expectante y escrutinadora de sus compañeros/as y el personal que ahí labora. El director de la secundaria, ya enterado de este suceso, mandó a llamar al padre y a la madre de A. y les demandó que A. fuera atendida por un psicólogo, porque era un problema muy grave. La madre y padre de familia, según lo contado, han buscado más alternativas, actualmente A. asiste a consulta psicológica en el municipio de Ometepec, Guerrero. Aunque, para el resto de las personas que comentan el acontecimiento, es



casi un “misterio” que A. no recuerde el hecho de ingerir las pastillas, y asegurar que no deseaba terminar su vida (Diario de campo, agosto de 2017).

El suicidio en comunidades de la Costa Chica también ya ha sido referido por Valdivieso Alonso (2018), quien arguye que este tema está cobrando especial relevancia entre las juventudes de la zona, sino también en población adulta mayor de 45 años, quienes, ante las presiones económicas, las decepciones amorosas y otros desafíos que se presentan en la vida diaria eligen el suicidio como una alternativa para detener el sufrimiento o agobio. Este investigador también sostiene que es un tema que la disciplina antropológica no ha analizado a cabalidad, con profundidad analítica y creatividad, mientras que la disciplina sociológica sí lo ha hecho de manera más puntual. Convendría, entonces, continuar analizando esta problemática.

Otro fenómeno visible y del que se habla con tono sensacionalista es el del intercambio sexual entre mujeres adolescentes y hombres mayores que ellas. En las conversaciones cotidianas se puede apreciar que la vida sexual de las mujeres adolescentes es un tema público, ya que “por su raza, ellas son más calientes” (Diario de campo, agosto de 2017). Mientras que las personas que no son oriundas del municipio o de la región consideran que el problema de la precoz iniciación sexual de las mujeres es un problema de los padres/madres porque “no orientan a sus hijas, no tienen convivencia con ellas/os, ni platican, sólo saben dar órdenes y hay muchas discusiones en la familia. Pero, en general, cada quien tiene su mundo, su vida, por eso las niñas ya andan con

muchachos de 17, 20, 22, incluso con señores desde los 13 años” (Diario de campo, agosto de 2017).

Carlos Correa en su tesis de maestría *Procesos de socialización familiar y relaciones raciales en El Ciruelo* (2013) examina la socialización familiar, a través de la “agresión y el maltrato”, y las instrucciones para la ejecución de tareas domésticas o del campo), en diálogo directo con aspectos morales, roles de género y aspiraciones que deben tener los hijos e hijas, de acuerdo con las orientaciones que reciben principalmente de sus madres, con especial énfasis en las hijas que deben aprender a “ser mujer”.

Respecto a la afirmación “por su raza, ellas son más calientes”, esta es una representación de la actividad sexual y de la sensualidad femenina. Según Amuchástegui (2001), la necesidad de analizar la sexualidad femenina -tanto en el ámbito académico, como comunitario-, es significativa porque enfatiza la importancia de la sexualidad femenina como el camino hacia la reproducción biológica que, como resultado, precisa de un conjunto de reglas, regulaciones y acciones a fin de manejarla y proteger a ciertos sistemas de organización social (*Ibid.*, p. 322)

Así, a través del discurso público, siguiendo a la misma autora, se pretende controlar la capacidad reproductiva de las mujeres, controlando asimismo su sexualidad. En ello radica “el morbo” con el que se habla acerca de las relaciones entre estas y hombres que son cinco o más años mayores que ellas. Lo siguiente es un fragmento de mi diario de campo:

En las señoritas de la secundaria ya hay parejitas, los jovencitos empiezan a pretender a las señoritas a los 12, 13 años, pero ya una vida sexual activa yo creo que es a partir de los 17 años en ellos. Pero en las señoritas sí es más temprano, y no son con jóvenes de su edad. La niña de la secundaria le gusta el joven del IEBO (Instituto de Estudios de Bachillerato del estado de Oaxaca) que ya tiene 17 años, con el joven de 20 años, hay señoritas que le gustan los señores más grandes, comprometidos. Aquí le llaman “se huyeron”, se fue con el novio, la muchacha después de la preparatoria ya no ve más un futuro, ellas ya no ven en que tengo que estudiar una carrera, ellos creen que ya se termina su estudio a nivel bachillerato. Posterior ellas *ya van a huirse*, se casan, ya van a ser mamás, amas de casa, hasta ahí termina su vida de ellas. [...] Tienen la costumbre de que terminando la preparatoria se van con el novio, es muy raro que sea de su misma edad, 17, 18 años, por lo regular se van con hombres más grandes, 20 años, 24 años, que se dedican al campo, campesinos los jóvenes (Diario de campo, agosto de 2017).

En este fragmento podemos apreciar distintas vetas de análisis antropológico. Por ejemplo, Marcela Lagarde en su ya clásica obra *Los cautiverios de las mujeres* (2003 [1990]) aduce que la sexualidad específicamente humana es el lenguaje, símbolo, norma, rito y mito: es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión (*Ibid.*, p. 194), mientras que, por otra parte, antropólogos que estudian los sistemas de parentesco, puntualmente el “afromestizo”, como Aguirre Beltrán (1958) o Cristina Díaz (1995, 2003) quienes observan las formas

de matrimonio “entre la negrada”: *el robo de la novia, el rapto, la jullida*. Tampoco podemos obviar que las apreciaciones sobre las adolescentes que concluyen el nivel de bachillerato y “huyen” con el novio son equívocas. En esta intervienen diversos factores, tales como la pobreza, y la ausencia de infraestructura educativa de nivel superior en el municipio. Es preciso señalar que el estudiantado ingresa, también, al bachillerato (IEBO) porque se trata de la única oferta educativa a su alcance, y porque están favorecidos con la beca del gobierno federal *Prospera*.

La médica de la clínica rural afirma que “al menos cada dos meses sale una embarazada de nivel preparatoria, de 17 años, que es la edad más común para embarazarse aquí. He tenido desde 14 años, el más común de 17 años, hasta 24 años. Es muy raro que yo tenga mujeres de 25 años embarazadas primigestas” (Médica de base del Centro de Salud Rural, agosto 2017).

A este respecto, la salud reproductiva (y sexual) se concentra en la vigilancia de los cuerpos de las mujeres, es decir, es sobre ellas en quienes recae la reproducción del grupo. Para partir de un lenguaje común conviene definir qué es la salud reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de manera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual

satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia<sup>16</sup>.

Las discusiones contemporáneas sobre la reproducción (y la anticoncepción) enfatizan la importancia de enriquecer esta indagación desde varias perspectivas entre las que sobresalen la dimensión micro-social, la perspectiva de género, la necesidad de considerar, en el proceso de conceptualización, a los hombres como actores igualmente importantes en el fenómeno reproductivo y el carácter socialmente construido de la sexualidad (Castro, 1998).

Las mujeres embarazadas de 25 años y más, generalmente presentan su tercera gesta. Actualmente observamos que mientras más jóvenes son las parejas, más pronto se desintegran, como lo advierten diversos interlocutores de este estudio (Diario de campo, agosto de 2017). Según la principal colaboradora de este estudio, el primer embarazo se presenta alrededor de los 17 años:

Su primer embarazo siempre lo tienen más o menos a los 17 años y como le comento después de la prepa ellos ya no estudian pues hasta ahí, luego tienen al novio, se van con el novio, y hasta ahí se termina. Se dedican a amas de casa, ya no hay más futuro para ellas, y en el hombre, ellos igual, si se van con su novia de la misma edad el muchacho deja la novia aquí y se va a Estados Unidos a trabajar, desafortunadamente estando en otro lado y

---

<sup>16</sup> [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)

por la edad que tienen conocen a alguien más, ya no vuelven por su pareja y se quedan como mamás solteras y es lo que pasa más común aquí. Desafortunadamente, vuelven a ser cargo de sus papás, la señora, ya madre soltera, vuelve a casa de sus papás, la mayoría, nada más va le dejan a sus papás al nieto y ellas también emigran, se van a otro estado también a trabajar, y el niño se queda como cargo e hijo de los abuelos, la mayoría de los niños que tengo en *Control nutricional* están a cargo de las abuelitas porque los verdaderos papás se separan y cada quien anda en otro rubro (Médica de base, agosto de 2017).

Como ya se expuso la edad promedio del primer embarazo oscila entre los 17 y los 24 años para las mujeres. Pero el periodo de fecundidad y reproducción promedio se extiende de los 20 a los casi 40 años. Es conveniente señalar que los embarazos en mujeres mayores de 40 años prácticamente no se presentan en el municipio, además de ser considerados de alto riesgo.

El número promedio de citas de cuidado o control prenatal ante la descubierta del embarazo es de seis citas. Generalmente, las mujeres saben empíricamente que están embarazadas cuando no les llega su ciclo menstrual después de dos meses, así es como acuden al servicio médico para confirmar o descartar el embarazo.

De hecho, la mujer acude aquí a la unidad por sospecha de embarazo, se les refiere para solicitud de laboratorios de sangre, y cuando ya tenemos el ingreso, nosotros por lo regular siempre es en el segundo trimestre de

embarazo, es donde lo iniciamos. Posterior a la detección se les inicia el control prenatal y vienen a citas cada mes, por lo regular si se les detecta en el cuarto mes de embarazo, vienen cada mes, más o menos son seis citas a las que acuden. Y nosotros en promedio al mes de control de embarazo atendemos a 26 embarazadas cada mes (Médica de la clínica rural, agosto de 2017).

En el control prenatal se les otorga a las mujeres embarazadas un “carnet prenatal” para que registren las citas de revisión y seguimiento, además se les diseña un croquis de ruta en el momento del trabajo de parto. Es decir, se les orienta sobre la unidad a la que tienen que asistir ya en el alumbramiento. Especialmente por si el trabajo de parto se presenta durante la noche o fines de semana, en la mayoría de las ocasiones son referidas al Hospital Regional de Pinotepa Nacional. A pesar de que la ambulancia municipal las puede trasladar, algunas de ellas rechazan este apoyo y se va por su propia cuenta, por lo que el personal de salud (de enfermería y médico) les anotan los pasos a seguir, el domicilio del Hospital, y algunas técnicas de respiración para apaciguar las contracciones del trabajo de parto.

Hoy en día es “muy raro” que las embarazadas se atiendan con parteras. De hecho, en el municipio se dice que hay dos, pero sólo una de ellas aún ejerce. Prácticamente todas las embarazadas de Santo Domingo Armenta alumbran en el Hospital de Pinotepa Nacional.

Aquí en nuestra unidad si la mujer ya viene para alumbrar y no hay tiempo para mandarla a segundo nivel se atienden aquí. En los cinco años que llevo

aquí no hemos atendido ninguno. Por norma de salud de la mujer del control del embarazo, una mujer para atención de puerperio fisiológico normal, al menos se tiene que vigilar 24 horas para que no haya sangrados, para evitar hemorragias y complicaciones después del parto, así que desafortunadamente aquí en primer nivel nada más nosotros trabajamos en el turno de las 8 de la mañana, no habría quien la estuviera cuidando durante la noche. Así que obligadamente se tienen que ir a segundo nivel que sí cuenta con todos los servicios, se van al Hospital Regional de Pinotepa la mayoría de las embarazadas, creo que durante el año sólo una se ha atendido con la partera (Médica de base, agosto de 2017).

Alternativamente al cuidado prenatal llevado a cabo en la unidad médica rural, las embarazadas acuden con la partera, no sólo por tradición, por sugerencia de sus madres, suegras u otras parientes, sino por consejería de la misma médica de la clínica. La médica lo expresa de la siguiente manera:

Médicas y parteras, nosotras también estamos unidas. La Secretaría de Salud tanto al médico, médica, como a la partera nos capacita. La partera de aquí de Santo Domingo Armenta acude a cursos por parte de la Secretaría de Salud del Hospital de Pinotepa, para que, en conjunto, tanto la mujer que quiera estar aquí con el médico tanto con ella. Si van con la partera y la partera detecta alguna complicación en esa mujer, la partera le aconseja “ve con la doctora porque tienes esto”, y ya me la manda. Al igual ellas luego me dicen en la consulta, “yo siento que se me encaja el bebé, siento



molestias en el abdomen bajo, ¿puedo ir con la partera que me lo acomode, para que me dé el masaje? y yo les digo “sí, vaya” (Médica de la clínica rural, agosto de 2017).

Cuando las mujeres acuden con la partera, esta las “mantea”, es decir, con un rebozo o una tela de dimensiones similares la partera del pueblo las soba, les untan aceites, es decir, da maniobras de movimiento al feto para colocarlo de forma que no se les “entierre” a las madres. Dichas maniobras se concentran especialmente en la cadera y en la espalda para que las mujeres también puedan soportar el peso de la criatura. Es de destacar que la unión entre médica y partera del pueblo ha resultado en una formidable alianza, basada en el respeto y en beneficio de las mujeres embarazadas, ya que la ayuda mutua para detectar problemas, favorece los embarazos y el trabajo colaborativo de la medicina alópata y tradicional.

De esta manera, en promedio el número de nacimientos es de cuatro al mes. Tres de ellos de la cabecera municipal de Santo Domingo Armenta, y uno o hasta dos de las agencias municipales.

Desde el año 2002, el Estado mexicano se adjudicó como política pública de prioridad la atención al fallecimiento de las mujeres por causas asociadas a la maternidad. Compromiso debido a que la mortalidad materna constituye una de las expresiones más dramáticas de injusticia social y de desigualdad de género (Freyermuth y Sesia, 2009; Valdivieso Alonso, 2017a). En los últimos cinco años no se ha presentado ningún caso de mortalidad materna en el municipio. A decir de la médica de la clínica rural:

Tenemos mucho cuidado, nosotros pertenecemos a una ruta que se llama Pinotepa, cada mes tenemos una capacitación y en las capacitaciones nos recalcan mucho, nos orientan para que no se nos compliquen un embarazo, es lo que más cuidamos nosotros, a las embarazadas. Contamos con un Supervisor Médico al cual mensualmente también le reportamos información, a parte de la que facilitamos directamente a la Jurisdicción Sanitaria. Cuando nosotros, los médicos, tenemos la vigilancia del control prenatal de cada una de nuestras embarazadas detectamos a tiempo si hay alguna complicación, si las detectamos las referimos. Afortunadamente nosotros no hemos tenido ninguna (Médica de base, agosto de 2017).

Hasta el mes de agosto del año 2017 se presentaron dos pacientes embarazadas con diagnóstico de preclamsia, una vez detectadas fueron remitidas a segundo nivel de atención médica para evitar que se desarrolle la eclamsia, y que esta pueda derivar en muerte materna. Asimismo, se atendieron dos embarazos de alto riesgo por embarazo gemelar:

Actualmente tenemos por embarazo de alto riesgo dos embarazadas que tienen embarazo gemelar una joven de 21 años, la otra una señora de 35 años. Al tratarse de dos bebés se les tienen que hacer una cesárea, los embarazos gemelares son complicados si se tratan como para nacimiento fisiológico normal, principalmente para prevenir hemorragias. Yo detecté ese diagnóstico, hace tres meses, las envié, tenían un trimestre, ahorita ya

están con el especialista, él las está atendiendo y las va a operar, ya una este mes va a tener a sus bebitos. Y como los dos no llegan a desarrollarse mucho, nacen con un peso bajo, tienen que estar preparados, al igual que el pediatra. Si el bebé al momento de sus respiraciones no responde bien, su frecuencia cardiaca, amerita que utilicen la incubadora, y ya tiene que estar preparada para eso. Y como el hospital al que nosotros pertenecemos es un hospital que atiende a 30 unidades de salud siempre va a estar muy ocupado. De hecho, siempre está muy lleno el hospital en el área de ginecología y por eso se programan las cesáreas, porque en el momento que van a atender la cesárea de los gemelitos y ambos bebés van a necesitar incubadora, ya tienen que estar disponibles. Y si nosotros no las enviáramos, o no estuviera preparado todo o están ocupadas, tendrían que buscar una alternativa que es el Hospital de Acapulco, o hasta la ciudad de Oaxaca, pero son muchas horas de traslado por eso es que se tiene que prevenir y estar programada la cesárea.

Respecto a los embarazos de alto riesgo, en el año 2014 se presentó el último caso de embarazo con diabetes gestacional. La paciente era una embarazada de 37 años, quien se encontraba en el segundo trimestre, es decir, alrededor de la semana 37 de gestación cuando se le desarrolló la diabetes gestacional. Según, la médica,

Desafortunadamente por la condición de la señora, de su diabetes mellitus, su bebita sí salió con un tipo de retraso. Nació en el Hospital de Pinotepa,

pero la enviaron a tercer nivel, al Hospital de la Niñez Oaxaqueña, que está en la localidad de San Bartolo Coyotepec, y ahí es donde refirieron a esa bebé. Hoy en día, es una niña que tiene bajo peso, está en un estado de desnutrición leve -aquí se lleva su control nutricional-, al igual tiene un ligero retraso psicomotriz. De que lleva su seguimiento en el Hospital de la Niñez lo llevaba, desafortunadamente este año no la han llevado debido a su economía (Personal de salud, agosto de 2017).

De este modo, nuevamente podemos apreciar que los ingresos económicos, es decir, la pobreza es un factor que determina la atención a la salud, tornando esta en una de las desigualdades más destacadas en la vida de las personas, especialmente en las afromexicanas. Valdivieso Alonso lo ha documentado en otros municipios (2017b).

Aquí tenemos un problema, la mamá, el papá, no tienen un salario diario, se dedican más al hogar, al campo. No tienen un recurso para ir al hospital a su cita y dejan de acudir, al igual que la mujer embarazada. Nosotros si tuviéramos la atención de parto aquí, aquí estarían, no les gustaría irse hasta Pinotepa porque es un desgaste económico y físico estar en el hospital hasta allá. Por eso le digo que hemos tenido problemas con las embarazadas, los pacientes con algún control de su enfermedad, porque no les gusta ir a segundo nivel, porque implica un gasto económico y dejan de ir, y hemos buscado la manera de que se construya o hay más servicios en el centro de salud (Médica del Centro de Salud Rural de S.D. Armenta, agosto de 2017).

Según la médica es necesaria la edificación de un nuevo Centro de Salud en la localidad. Ello guarda relación con lo expuesto en la *Introducción* de este documento, ya que las pésimas condiciones aunado a los desastres naturales acontecidos recientemente (los sismos de los meses de febrero y las consecuentes réplicas en las semanas siguientes) han dejado cerrado el servicio de consulta externa por varios días. La médica de dicho centro de salud lo esclarece en extenso:

El año pasado, todavía el trienio pasado del presidente que salió, la Secretaría de Salud de Oaxaca vino a darle mantenimiento al Centro de salud, y al momento de que vino el ingeniero a cargo del remodelamiento de la clínica detectó, pues, que es una clínica que ya tiene muchos años, tiene muchas grietas, muchos filtrados. El equipo de ingeniería dice que con algún temblor se va a caer. Este centro de salud lleva más de 50 años, así que el ingeniero o arquitecto dijo que se hiciera uno nuevo, que para qué lo iban a remodelar, para qué le daban mantenimiento si no iba a durar mucho. Él recomendaba hacer uno nuevo. Él hizo el oficio, lo entregó a la Jurisdicción Sanitaria, se le solicitó al Municipio. La Secretaría de Salud del estado de Oaxaca pide que el municipio de Santo Domingo done un terreno, mínimo media hectárea, máximo una hectárea, para la construcción de un centro de salud con más servicios, desafortunadamente hasta la fecha no lo han donado.

El centro de salud tiene Comités de Salud, los comités hemos ido a platicar con el presidente municipal, con los regidores, ellos como son habitantes de

aquí dicen que sí hay terreno. Sí los hay, pero en las afueras de la población, desafortunadamente no sé cuál ha sido el motivo por el que no lo han querido donar. Al presidente actual se le comentó y dijo que ese terreno que refieren que está disponible, ellos lo van a donar -o ya lo hicieron- para la construcción de una Unidad Deportiva. Para el Municipio actual creen que es mejor poner una unidad deportiva que un centro de salud, y es donde no se llegan a poner de acuerdo en la donación, para que la institución venga y construya el nuevo centro de salud, con más núcleos y más servicios, tanto psicología, laboratorios, odontología, y el servicio de promoción a la salud, y núcleos dos. Es decir, serían dos médicos y no nada más uno, sería más grande la clínica (Médica de base, agosto de 2017).

## COMENTARIOS FINALES

Uno de los grandes vacíos en los servicios de salud brindados en el municipio de Santo Domingo Armenta, Oaxaca, tal y como se ha venido señalando a lo largo de la tesina es que no cuenta con servicios de laboratorio para la toma de análisis clínico, rayos X y ultrasonidos.

Por otra parte, uno de los grandes pendientes radica en la edificación del nuevo Centro de Salud con mayores servicios y núcleos (más personal médico), ello permitiría atender a un número mayor de pacientes que acuden diariamente al servicio de consulta externa. Esta se desahogaría, justo con la contratación de más personal y más consultorios de medicina familiar.

Los retos de investigación son numerosos, entre estos se encuentran los siguientes:

1. Conocer las formas de maltrato institucional y violencia obstétrica más comunes por parte del personal de enfermería y médico ejercidas contra las mujeres embarazadas afromexicanas e indígenas en el Centro de Salud Rural, así como en el Centro de Salud Urbano y el Hospital Regional General de Pinotepa Nacional. Tema que tiene grandes claroscuros.
2. Analizar el tema de la salud sexual de todos los grupos etarios y étnicos de las cinco localidades que integran el municipio de Santo Domingo Armenta.
3. Identificar las infecciones sexuales de mayor ocurrencia entre mujeres afromexicanas, contrastando estos datos con las de las indígenas (p.e. la cervico-

vaginitis, vaginitis aguda, herpes genital, Virus del Papiloma Humano –VPH–, entre otras)

4. Problematizar los principales obstáculos latentes para la realización de pruebas de Papanicolaou y la detección temprana del VPH en mujeres afro mexicanas, quienes no se acercan a las brigadas médicas de los Servicios de Salud de Oaxaca.
5. Con relación al anterior, es preciso documentar ¿cuál es el principal grupo etario en mujeres afro mexicanas afectado por el VPH y cáncer cervico-uterino en el municipio?
6. Conocer cuál es el panorama epidemiológico de cáncer cervico-uterino en Santo Domingo Armenta, es decir, ¿cuántas detecciones se realizan y cuántos casos positivos con y sin presencia de mortalidad hay por año) Énfasis en mujeres afro mexicanas e indígenas en los últimos cinco años.
7. Indagar sobre los periodos de notificación de los resultados de las pruebas de cáncer cervico-uterino, de ovarios, y de mama.
8. Explorar respecto a las acciones que realiza la Regiduría de Salud en conjunción con los Servicios de Salud de Oaxaca en torno al cáncer de mama, además de conocer la prevalencia de la realización de las pruebas de detección, entre otras.
9. Registrar los casos de infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, Hepatitis B, clamidia, chancros blandos, ladillas, verrugas genitales, tricomonas de migrantes y residentes de la comunidad, por bloques de edad y sexo.
10. Coadyuvar en la elaboración de un programa de intervención comunitaria en materia de salud, con énfasis en la promoción a la salud (medicina preventiva) y que involucre a los actores relevantes en la materia.



No obstante todo lo anterior, sería de crucial importancia ampliar la información aquí presentada y que no sólo sean meras menciones como se observa en muchas investigaciones sobre afroamericanas/os. Por ejemplo, profundizar en el conocimiento de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes afroamericanos de Santo Domingo Armenta. Durante mi experiencia de campo, pude identificar que tres adolescentes, dos varones y una mujeres, cuentan con este diagnóstico. Fatídicamente se les ha informado que si no cambian sus hábitos alimenticios pueden morir antes de los 30 años. Conversando con uno de ellos, me comentó que de la manera anterior se lo expusieron en el Hospital Regional General de Pinotepa Nacional, pero ello más allá de asustarlo, lo sumió en la depresión; sin embargo, no ha querido modificar sus prácticas, continúa comiendo alimentos chatarra. Parafraseando a la médica de la clínica rural, “desafortunadamente”, en ocasiones, mi interlocutor me refirió que se mareaba con facilidad, presenta náuseas, vómito, más las ganas incesantes de orinar. Actualmente, ninguno de los dos adolescentes varones con diagnóstico de diabetes tipo 1, acude a sus citas de control con los especialistas en Santiago Pinotepa Nacional. Ello no sólo complica su salud, sino también muchas otras esferas de desarrollo de estos adolescentes.

Por otra parte, me sorprendió escuchar de voz del padre del otro adolescente, que ya no llevaría a su hijo a consulta con el especialista “porque no entiende, y así ya no quiero gastar. Su mamá le dice ‘ya no comas tanta carne, come más verduras, él se enoja y se sale, le pide dinero a su abuela y se va a comprar Sabritas” (Diario de campo, agosto de 2017).

De tal suerte que observamos que el panorama de la salud en Santo Domingo Armenta es adverso. Tampoco resulta alentador, dado que podemos apreciar que va en aumento el consumo de bebidas azucaradas, alimentos chatarra y el sedentarismo.

Las bardas pintadas en la comunidad con información sobre obesidad y sobrepeso y diabetes mellitus no parecen estar dando resultados positivos, dado que no impacta en la población, quien incluso desconoce su existencia. Se cuenta con otras bandas pintadas con información sobre los síntomas y las medidas de prevención de la hipertensión arterial sistémica, otra más de dengue, chinkongunkya (chinconcuya) y zika, y una más de vacunación. Sólo esta última parece tener un efecto real y práctico.

Todo ello nos obliga a pensar en la necesidad de contar con un diagnóstico de salud integral, ya que también, según lo conversado con las médicas residentes del municipio, hay casos de tuberculosis -que no están asociados al desarrollo del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida- y que no están siendo controlados por medio de mejores condiciones sanitarias y vacunas eficaces (Diario de campo, agosto de 2017).

Según Fernando García (2008) es evidente que el problema de las enfermedades infecciosas es global, (y nuestras localidades) no se escapan de esa realidad, día a día nos enfrentamos a la situación de VIH/sida, dengue, malaria, tuberculosis, infecciones intrahospitalarias causadas por bacterias resistentes a múltiples antibióticos, brotes de diarrea, parasitosis intestinales que considerábamos erradicadas, infecciones respiratorias, la amenaza de la influenza aviar, virus y

bacterias asociadas a patologías crónicas como cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre muchas otras.

La era genómica, iniciada hace ya una década atrás, nos permitirá conocer con mucho detalle las características genéticas y de los procesos de evolución de muchos agentes infecciosos y sus interacciones con el ser humano. Dicha información nos podrá ser útil para establecer novedosos esquemas de prevención y de tratamiento con nuevas vacunas y nuevos agentes quimioterapéuticos antimicrobianos. Pero solamente con nuevas medidas en Salud Pública, coordinadas con la investigación biomédica que nos proporciona mayor conocimiento, lograremos contrarrestar el impacto actual de las enfermedades infecciosas. Como seres humanos provocamos muchos cambios en nuestro ambiente y el ambiente nos envía de vuelta una respuesta, a veces en forma de un “desastre natural”, a veces en forma de una (nueva) enfermedad infecciosa. La conducta humana, en su concepción más amplia, también debe ser considerada y modificada a la luz de la nueva comprensión que tenemos de las enfermedades infecciosas, es un acto tanto de responsabilidad individual como de responsabilidad social. Así, y solamente de esa manera, podremos aminorar el impacto negativo de las enfermedades infecciosas sobre las sociedades humanas presentes y futuras (García, 2008)

Lo que es muy cierto es que las poblaciones fromexicanas, tal y como lo había escrito anteriormente, se merecen el reconocimiento, el desarrollo y la justicia. Así,

también resulta imperativo reforzar las estrategias de educación para la salud en todos los ámbitos de la vida, así como demandar a las autoridades de los tres niveles de gobierno la provisión de medicamentos, mayores y mejores servicios de salud, y el desarrollo de políticas públicas que incidan en el bienestar de las y los afroamericanos de la Costa Chica y de todo México. Sólo con ello garantizaremos el acceso al derecho a vivir una vida digna.

## ANEXO

### *Guion básico de preguntas*

11. Considerando las variables de etnicidad/racialización, ¿cuál es el panorama de la salud de las y los habitantes de Santo Domingo Armenta?
12. ¿Por qué se desconocen las circunstancias generales en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres de origen africano en México?
13. ¿Qué tipo de atención a la salud reciben las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores en Santo Domingo Armenta?
14. ¿Qué servicios de salud son más utilizados por la población de Santo Domingo Armenta: alópata o tradicional?
15. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor prevalencia por grupos de edad (0-4, 5-7, 8-10 años, en niños y niñas afromexicanas)?
16. ¿Cuáles son los principales obstáculos/problemas para la atención a la salud de las y los pobladores de Santo Domingo Armenta?
17. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes de los y las adolescentes afromexicanas a nivel comunitario?
18. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en mujeres afromexicanas en edad reproductiva y adultas jóvenes (desde los 20 a los 44 años)?
19. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes para mujeres afromexicanas entre los 45 y 59 años?
20. ¿Cuáles son las principales enfermedades en mujeres de 60 años y más en Santo Domingo Armenta?

21. ¿Cuáles son las enfermedades de mayor ocurrencia en hombres afroamericanos en edad reproductiva y adultos jóvenes (desde los 20 a los 44 años)?
22. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes para los afroamericanos de esta localidad entre los 45 y 59 años?
23. ¿Cuáles son las principales enfermedades en hombres de 60 años y más en Santo Domingo Armenta?
24. ¿Cuál es la esperanza de vida de las mujeres y los hombres afros en Santo Domingo Armenta?

## FUENTES CONSULTADAS

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo

(1972 [1946]) *La población negra de México*, FCE, México, 2ª edición.

(1958 [1989]) *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, Fondo de Cultura Económica, México.

AMUCHÁSTEGUI, Ana

(2001) *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, Ed. Edamex, México.

BIDASECA, Karina

(2011) "Mujeres blancas buscando salvar a mujeres color café: desigualdad, colonialismo jurídico y feminismo postcolonial" en *Andamios. Revista de Investigación Social*, vol. 8, núm. 17, septiembre-diciembre, 2011, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México, pp. 61-89.

CASTRO, Roberto

(1998) "Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos" en *Debate Feminista*, Año 9, vol. 18, octubre, Ed. Metis, productos culturales, México.

DÍAZ PÉREZ, María Cristina

(1995) *Descripción etnográfica de las relaciones de parentesco en tres comunidades afroestizas de la Costa Chica de Guerrero*, Tesis de licenciatura en Etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

(2003) *Queridato, matrifocalidad y crianza entre los afroestizos de la Costa Chica*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

FLORES HERNÁNDEZ, Corina *et al.*

(2008) “Determinación de niveles de glucosa antes del tratamiento dental, comparando dos métodos no invasivos y un invasivo en pacientes de las clínicas de posgrado de la UDLSB” en *Revista Electrónica Nova Scientia*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2033/203315665004.pdf>

GARCÍA, Fernando

(2008) “Enfermedades infecciosas emergentes: interacción entre el mundo microbiano y las sociedades humanas” en *Acta Médica Costarricense*, vol. 50, núm. 3, julio-septiembre, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, San José, Costa Rica. Pp. 136-143

INEGI

(2015) *Principales Resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Oaxaca*. Disponible en línea: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/estados2015/702825079857.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079857.pdf)



LAGARDE, Marcela

(2003 [1990]) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Ed. Dirección General de Estudios de Posgrado/ Facultad de Filosofía y Letras/ Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades/ Programa Universitario de Estudios de Género, Unam, México.

LARA, Gloria

(2012) “Capítulo 5: Oaxaca” en *Informe Final de la Consulta para la Identificación de Comunidades Afrodescendientes de México*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

MOSSEY, Douglas S.

(2008) “La racialización de los mexicanos en Estados Unidos: estratificación racial en la teoría y en la práctica” en *Migración y Desarrollo*, núm. 10, Red Internacional de Migración, Zacatecas, México, pp. 65-95.

VALDIVIESO ALONSO, Francisco Javier

(2017a) *Mujeres y hombres en la movilización por el reconocimiento constitucional federal de los pueblos negros-afromexicanos en la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca*, Tesina de maestría en Ciencias Antropológicas, UAM-I, México.

(2017b) “Desigualdades y prejuicios en la atención a la salud de las poblaciones afroamericanas de la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense”. Ponencia presentada en el *Seminario Diversidad racial. Desigualdades y discriminación de Afromexicanos*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, 28 de noviembre de 2017.

(2018) “Apuntes etnográficos del Panorama de la Salud Pública de la población afromexicana en la Costa Chica”, ponencia presentada en el *Seminario Permanente Afroindoamérica*, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe de la Universidad Nacional Autónoma de México (Cialc-Unam), 1 de marzo de 2018.