

T
415
421

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

87158



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN DESARROLLO RURAL

CONSULTAS COLECTIVAS

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA
LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA Y
NUTRICIÓN .UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA EN
COMUNIDADES RURALES DE CHIAPAS

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN DESARROLLO RURAL

P R E S E N T A :

MARÍA DEL CARMEN DE LUNA GARCÍA

DIRECTOR: LUCIANO CONCHEIRO BÓRQUEZ

MÉXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 2001

*Doy a mi esperanza mis ojos, con los que
aprendí a verte.
Doy a mi esperanza mis manos solidarias.
Doy a mi esperanza mis pies que
incansables me llevan a ti.
Doy a mi esperanza mi boca, con ese beso
que tengo para darte.
Doy a mi esperanza las ventanas de mi nariz
perfumada por las flores de mayo.
Doy a mi esperanza mi corazón alegre y
lleno de amor.
Doy a mi esperanza todo el futuro que
tiembla como una lejana lucecita en lo
profundo del bosque.*

*Variaciones a un poema de
Guillaume Apollinaire*

A Rubén, Mariana y Diego.

INDICE

Introducción

Capítulo I Salud reproductiva y desarrollo

1. La mujer en las concepciones de desarrollo.
2. El programa de acción de el Cairo y la Salud Reproductiva.
3. Los problemas y las respuestas desde las políticas y programas de atención.
4. El Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC): una ONG en busca de estrategias alternativas.

Capítulo II De la teoría a la práctica: la reconstrucción de la estrategia desde los grupos de trabajo en el CCESC

1. Las Consultas Colectivas: un planteamiento teórico desde una experiencia práctica.
2. La presentación de la estrategia como propuesta de trabajo en el área de salud del CCESC: resistencias y tensiones en los grupos de trabajo.
3. La estrategia y la capacidad operativa: nuevas necesidades.
4. La estrategia confrontada en la práctica: principales limitaciones y alcances de la teoría.

Capítulo III Desarrollo de las Consultas Colectivas: versiones de una misma teoría

1. Las zonas de trabajo.
2. Una mirada a tres mundos y tres formas de vivir el proceso.

Capítulo IV Consultas Colectivas en la construcción de sujetos sociales

1. Las mujeres apropiándose de su cuerpo y su salud.
2. La experiencia de las parteras reconociéndose y reconocidas.
3. Los grupos de trabajo aprendiendo a escuchar: promotores y asesores en un difícil caminar.
4. Un análisis del proceso generado a partir de la estrategia y sus significados en la construcción de sujetos sociales.

Bibliografía

Anexos

Agradecimientos:

Son varias las personas que vienen a mi mente a quienes tengo que agradecer la culminación de este trabajo, pero es a Luciano Concheiro a quien sin duda alguna debo mi más profundo reconocimiento por sus aportes, su valioso tiempo, paciencia y empeño para que este trabajo llegara a su fin. Agradezco también a Gisela Espinosa por sus valiosos comentarios y sugerencias, y a todos los docentes de la Maestría en Desarrollo Rural que inspiraron con sus comentarios y experiencia mi trabajo y reflexiones, con especial afecto a Guillermo, Arturo y Jacques, de quienes disfruté su entusiasmo y pasión por la vida.

Quiero también expresar mi gratitud a Marcos Arana por todo su cariño y apoyo para que yo accediera a la oportunidad de seguir mi formación profesional, a los compañeros y compañeras del Centro de Capacitación en Ecología y Salud, a Cristina, Sandra, Verónica y Andrea que compartieron conmigo sueños y esperanzas como parte del equipo de la "Casa de Salud de la Mujer", de manera muy especial a Julieta y Caty, amigas siempre, por su apoyo incondicional, alegría compartida y amor por el trabajo.

No puedo olvidarme de agradecer a Sonia y a Aminta, por su cariñosa ayuda y solidaridad, así como a todas las mujeres que buscaron nuestro apoyo y nos regalaron sus sonrisas.

Agradezco eternamente a mis padres, por su invaluable apoyo y confianza, que facilitaron mi llegada a esa hermosa tierra chiapaneca.

Por último gracias a ustedes, Mariana y Diego, por animarme siempre con su amor y comprensión; y a ti Rubén, porque sin tu amoroso apoyo y gusto compartido por que yo cumpliera con este sueño no hubiera podido hoy regalarte a ti y a nuestros hijos ésta tesis, con la que puedo hoy decirte "gracias, por ser quien eres y porque podemos seguir creciendo juntos".

Introducción

Una de las propuestas que se nos hizo a los alumnos de la octava generación (1998-1999) de la Maestría en Desarrollo Rural, fue analizar los efectos de la globalización desde lo regional, en nuestro ámbito de trabajo, en la perspectiva de la búsqueda de respuestas para avanzar en la construcción de un desarrollo rural alternativo. Frente a este reto, los que nos insertamos en el mundo de las comunidades rurales e indígenas, hay que reconocerlo, encontramos, además de algunas respuestas, muchas veces nuevas preguntas.

En mi caso, Chiapas es el ámbito regional donde he venido trabajando durante dieciseis años en un aspecto fundamental de la vida como es la salud, que aunque a nivel del cuerpo se vive de manera individual representa un proceso con amplias implicaciones causa-efecto que son sociales, y que se desarrollan colectivamente. Es la sociedad la que rige mediante múltiples mecanismos el acceso y la distribución de los recursos y conocimientos para la salud, estableciendo además los parámetros de salud y enfermedad, considerándose actualmente a la salud como un indicador de bienestar (Bonfil:1995).

En Chiapas la situación de salud es uno de los espejos más claros para ver la miseria en que han vivido históricamente sus comunidades rurales, sobre todo las indígenas. Si tomamos la afirmación de Armando Bartra (1996) en el sentido de que la globalización no es sino una reedición corregida y aumentada del reparto neocolonial, que hace cien años transformó al sureste mexicano en suburbio tropical de Londres, Bremen o San Francisco, podemos de entrada imaginar una historia de saqueo, pobreza y desigualdades sociales en Chiapas, que se han ido acentuando conforme se han agudizado las condiciones económicas del país en las últimas dos décadas.

Situación que de inicio explica que en los noventa, cuando se habla de utopías perdidas, cuando la revolución armada como una vía hacia el cambio de estructuras no parece ya como una salida viable, haya surgido desde la selva en Chiapas un grupo armado que decide declarar la guerra al gobierno mexicano, como una forma de protesta ante la historia de agravios que hoy se reproducen con la política neoliberal desarrollada por el Estado.

Política que no se rige sola, ni desde adentro sino como parte de una economía global, desde la que la privatización, la desregulación y la apertura son aplicadas sin consideración a las condiciones de cada país, con lo que, en economías como la de nuestro México, sus efectos son devastadores sobre grandes sectores de la población. Aunque los resultados opuestos a los fines anunciados desde éstas políticas no son solo evidentes en los países pobres, sino en todo el mundo.

Ante la crítica situación mundial se hace necesaria la construcción de una nueva base ética y la búsqueda de soluciones alternativas, que se construyan desde lo local para hacer frente al proceso de globalización, que se ha impuesto a todas las sociedades, aunque con ritmos y alcances diferentes (Almeyra:1998). La globalización, afirma Luciano Concheiro (1998), expresa en realidad un nuevo estadio del mercado mundial caracterizado por convenios regionales, proceso relacionado directamente con las políticas neoliberales como un modelo de acumulación. Guillermo Almeyra (1998) por otro lado plantea la globalización como parte del proceso de mundialización y hace el planteamiento esperanzador de una globalidad alternativa.

De la misma manera, Norman Long (citado por Llambi 1999) nos remite a la posibilidad de que desde los actores se pueda reinterpretar el proceso de globalización, así en la discusión del concepto, se refuerza la idea de trabajar desde lo local con estrategias alternativas, proceso que de alguna manera se viene dando en Chiapas en varios terrenos y desde diversos frentes como: el movimiento zapatista, la presencia de diversas organizaciones campesinas, indígenas, de mujeres, y en la salud, con redes y grupos de promotores y parteras apoyados por un amplio número de ONGs trabajando en el estado.

Sin embargo, la experiencia nos dice que no es una tarea fácil avanzar en propuestas alternativas, sobre todo cuando con un pensamiento hegemónico fuertemente racista, las culturas indígenas han sido juzgadas como atrasadas, dentro de un proceso global de exterminio y sometimiento que ha planteado como opciones de "desarrollo" la asimilación e integración al modelo dominante. Generándose en este sentido, una serie de políticas y programas en los cuales los valores culturales,

las formas y concepciones de vida de los indígenas han sido consideradas como limitantes para arribar a la modernización (Lander:1993).

La globalización como fuente de integración y de fragmentación ha llegado hasta las comunidades rurales, que actúan entre lo individual y lo colectivo, ante los desafíos impuestos con la transculturación y la lucha por mantener su identidad. Así, las comunidades rurales en Chiapas inmersas en un proceso de asimilación e integración, han ido incorporando a sus culturas una serie de formas de pensamiento y costumbres que se sustentan desde políticas, programas y con la gran fuerza del mercado, desplazando otras que formaban parte de su identidad cultural y que de alguna manera garantizaban su continuidad como colectivo, o como en el campo de la salud y la nutrición, resultaban hábitos benéficos, por citar un ejemplo de esto, la lactancia materna en algunas zonas ha sido desplazada por la costumbre de utilizar biberón para ofrecer a los niños pequeños, desde café y atoles de harina de arroz, hasta refrescos y leche en polvo, con todas las implicaciones de infección-desnutrición y muerte que esto conlleva.

El sistema de mercado como eje del credo neoliberal, trasciende el ámbito económico y político, para modificar los principios éticos de nuestras sociedades y en consecuencia sus bases culturales. Con lo que cambian nuestras formas de valorar, soñar, gozar, trabajar, de concebir el desarrollo, la salud y la vida. Los comportamientos aprendidos que se generan en el actual escenario global, son asumidos por hombres y mujeres en sus diferentes espacios de socialización, reforzándose cada vez más las inequidades existentes, que se expresan en relaciones de clase, etnia y género.

La visión o concepción respecto a la salud reproductiva y las formas propuestas desde diferentes actores para atender esta problemática, surgen y se desarrollan en el contexto descrito, ante lo que, como parte de un colectivo que pretende la construcción de propuestas alternativas para la atención a la salud, me surgieron varios cuestionamientos: ¿cómo se visualizan los problemas de salud dentro de los proyectos que se desarrollan en las comunidades?, ¿cómo se dan las relaciones entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución de actividades

de atención? y ¿cómo superar los impactos de la globalización desde nuestro quehacer en el ámbito de la salud?

De esta forma, después de los primeros meses de formar parte activa del proceso generado en la Maestría, con esas preguntas dirigi la mirada hacia mi propia práctica, que no era sólo mía sino de un grupo del que yo formaba parte. Una mirada de mujer, de una mujer que tiene la convicción de que en la construcción de alternativas de desarrollo, es la fuerza del corazón la que nos empuja y nos mantiene en la búsqueda de caminos a través de los cuales hombres y mujeres en una relación equitativa, podamos encontrar formas de vida donde la diferencia no signifique discriminación.

El texto que ahora está en tus manos, surge a partir de esta convicción, sabiendo que, haber sido parte de un proceso generado con la construcción de una estrategia para la atención de la salud reproductiva de mujeres rurales de Chiapas, fue un privilegio que ahora tengo la oportunidad de compartir contigo, con la ilusión de que mi mirada contribuya a que tú y yo, y tantos otros y otras que desde su pequeño mundo luchan por "construir un mundo donde quepan todos los mundos", sigamos alimentando la fuerza del corazón, con sentimientos, sueños, y utopías posibles, para darle a nuestro pensamiento nuevas formas de entender al otro, con lo que tal vez desde nuestra práctica logremos incidir en la construcción de sujetos sociales.

El proceso recogido en esta tesis formó parte de un proyecto desarrollado al interior del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC), organización no gubernamental (ONG) que realiza sus actividades en la región fronteriza del estado de Chiapas desde 1983, en algunas comunidades de los municipios de las Margaritas y la Trinitaria, donde desarrolla proyectos de salud y agroecología.

Como parte de un equipo de trabajo que compartió el proceso que significó la construcción de la estrategia que se denominó "Consultas Colectivas", fui confirmando a lo largo de su desarrollo que las estrategias no son neutras, y aprendí que cuando nacen, éstas tienen un destino incierto, que se irá construyendo a partir de las contradicciones que se despliegan en su práctica y de las diferencias locales

de los grupos sociales con los que se interactúa, en este sentido, la estrategia fue redefinida en el proceso mismo.

La búsqueda de respuestas a mis cuestionamientos da un perfil de carácter evaluativo al trabajo desarrollado. Sin embargo, para mí representa sobre todo un esfuerzo de interpretación del proceso mismo para llenarlo de significado, y comprender así cómo ésta propuesta nos transformó a los integrantes del CCESC, y transformó a las mujeres con las que se reconstruyó la estrategia, durante los tres años que se rescatan del mismo.

En este sentido, el trabajo es también una invitación a todos y todas las que participamos en la construcción de la estrategia, a reconocerse en la lectura y recuperar con sus propias reflexiones lo que les significó la experiencia, donde todos y todas nos esforzamos por sortear los obstáculos con los que nos enfrentamos, aunque no todos éstos se hayan podido librar. Mi esfuerzo por reconstruir el proceso e interpretarlo es también el cumplir con una deuda con mis compañeras de equipo, quienes compartieron conmigo el sueño de brindar a las mujeres la posibilidad de construir espacios donde compartir y avanzar hacia su construcción como sujetos.

La forma como se estructuró el trabajo guarda relación con las interrogantes planteadas, pero sobre todo con el proceso vivido, presentándose así en el primer capítulo una teorización básica que busca articular un concepto de desarrollo con el concepto de Salud Reproductiva como punto de partida para la construcción y reconstrucción de la estrategia de las Consultas Colectivas, donde la categoría de género y la construcción de sujetos sociales cobran relevancia. Se reconoce por otro lado, la importancia que el concepto de Salud Reproductiva emanado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en 1994 en El Cairo, ha tenido en materia de atención a la salud reproductiva, resaltándose sus aportes, que sirven de base para la construcción de la estrategia de Consultas Colectivas.

En ese mismo capítulo se revisan las principales problemáticas de salud reproductiva del contexto donde se desarrolló la Estrategia, realizándose un breve análisis de las formas en que se da respuesta a las mismas, a través por un lado, de políticas, programas y proyectos, y por el otro los que desde mi perspectiva, debieran ser los nuevos enfoques para la atención de la salud. El capítulo concluye

con un perfil del Centro de Capacitación en Ecología y Salud como una organización civil que durante más de quince años de trabajo ha desarrollado actividades de salud tanto en la atención como en la capacitación de promotores(as) y parteras, entre otras, desde donde surge la estrategia mencionada como una propuesta alternativa para atender la salud reproductiva en el medio rural.

En el segundo capítulo se presenta la Estrategia de Consultas Colectivas en relación a sus principales preceptos teóricos, ubicando su génesis y su reconstrucción, en un proceso dialéctico donde se recogen las principales contradicciones, tanto desde los propios planteamientos iniciales como en su desarrollo, a partir de lo cual se hizo necesaria una revisión de las relaciones internas de la organización, como marco explicativo de las dificultades encontradas en el desarrollo del proceso. Siguiendo en la misma línea de confrontar la teoría con la práctica, se revisan también en este capítulo las necesidades surgidas a partir del proceso dentro de los equipos de trabajo y las principales limitaciones que el contexto nos mostró.

Como una primera aproximación a los alcances de la Estrategia se hace referencia breve, en el segundo capítulo, a lo que se considera fueron los principales logros de la propuesta; para continuar en este sentido, en el tercer capítulo, donde se describen en primer término las características de las zonas de trabajo del CCESC y se incluye enseguida la descripción de tres de las experiencias locales del proceso generado a partir del desarrollo de las Consultas Colectivas.

Concluyo en el cuarto capítulo con una reflexión sobre el proceso y la construcción de sujetos sociales, como uno de los principales supuestos de la Estrategia de las Consultas Colectivas, donde a partir de una interpretación teórica de la experiencia desde los grupos de mujeres, parteras y el propio personal del CCESC, se pretende recuperar las formas a través de las cuales los diferentes actores se construyen y reconstruyen como sujetos en sus relaciones de conflicto y complementariedad que se dan en el ámbito de la salud reproductiva; cuando desde una estrategia como la propuesta se aborda su problemática, y donde el énfasis principal se da en la construcción de espacios de reflexión donde los diferentes actores, puedan reconocerse y sentirse reconocidos comunicándose con un lenguaje

de respeto a los derechos de todos y todas. Esto es, especialmente se analizan los procesos de autoestima como una vía para la liberación de las formas de relación establecidas que son parte de una cultura de dominio y cosificación, y así permitir la construcción de los sujetos.

Entendiendo que el proceso salud-enfermedad no se da aislado de los procesos locales y globales, y que si bien el nivel de la estrategia construida no logró articular las diferentes dimensiones del contexto, me queda la convicción de que, aún con pequeños logros, se puede avanzar en la construcción de lo alternativo.

Así mismo, con el trabajo desarrollado me resulta claro que las estrategias hay que entenderlas y analizarlas como un proceso y no de una manera lineal, es más un asunto de altas y bajas, de grados de avance y retrocesos, contradicciones y esperanzas, todo ello inserto en un proceso global en el que inciden los cambios locales, que sólo pueden ser significativas para los sujetos sociales, si simultáneamente se significa la forma de vida y las experiencias que crea y recrea con referencia a las experiencias previas, a sus utopías y a sus concepciones culturales (Long:1996).

Por todo lo anterior, en el contexto actual considero que el sentido crítico puede ser la diferencia en la construcción y búsqueda de alternativas. En cualquier experiencia, además de la organización y la participación comunitaria para resolver necesidades, se requiere de una conciencia crítica, que analice las causas, y permita plantear soluciones a más largo plazo desde un ámbito local pero teniendo siempre como referente lo global.

Capítulo I Salud reproductiva y desarrollo

1. La mujer en las concepciones de desarrollo.

Durante las últimas décadas se ha escrito mucho sobre desarrollo, han sido diversas las teorías y modelos a partir de los cuales se ha definido la política económica y social tanto de los países denominados desarrollados como los llamados subdesarrollados, entre los que se encuentra México. Pero ¿qué hace que un país sea llamado de un modo o de otro? ¿cómo y quién lo define?

Estos cuestionamientos no son nuevos, han estado presentes desde que la idea de desarrollo se hizo presente en las políticas de los países. Son diversos los autores que nos han propuesto teorías para el análisis y comprensión del desarrollo, algunas surgidas como contraposiciones a otras y siempre ligadas de alguna manera a las teorías de modernización y de crecimiento dentro del paradigma occidental de la evolución de las sociedades humanas.

Desde finales de la década de los cincuenta, Walt Rostow nos propuso su ya rebasada teoría sobre el crecimiento económico de las naciones, desde una visión en la que todas las sociedades debían avanzar hacia una modernización casi como sinónimo de una "occidentalización" y de industrialización, y aunque desde esa época el mismo autor reconocía el papel de aspectos como la política, la organización social y la cultura, el eje principal de las sociedades y las motivaciones humanas para él era la economía ligada a la modernización, a partir de lo cual el desarrollo al que se debía aspirar, era el alcanzado por los países industrializados (Rostow:1960).

Si bien en las últimas décadas esta teoría fue fuertemente cuestionada por su carácter lineal y economicista, esta misma visión aunque con matices y consideraciones diferentes fue la que prevaleció durante mucho tiempo en la idea del desarrollo al que debían aspirar todas las naciones o grupos sociales, idea ligada siempre al concepto de modernización y a veces al de modernidad, aún hoy presentes en muchas de las concepciones de desarrollo.¹

¹ Entendiendo por modernidad el movimiento histórico y filosófico, dado en una época de transformación que se da alrededor del individuo, a diferencia de modernización que ha significado un proceso económico en el cual se ha instrumentado la modernidad, transformándose en ideología

Así modernización, modernidad y crecimiento económico, desde su nacimiento estuvieron presentes en todas las teorías del desarrollo, desde las cuáles se analizaba y definía el desarrollo para los países de América Latina y naturalmente se explicaba también el subdesarrollo, teniendo siempre como referente las economías de los países desarrollados; esto es, la definición de lo que somos como país, a partir de lo que se supone deberíamos llegar a ser.

Con esta visión dualista se fue construyendo la idea de desarrollo, donde el crecimiento económico en términos de acumulación del capital era el elemento fundamental, sin considerar que las sociedades además de estar vinculadas por aspectos económicos están constituidas por otras dimensiones.

Ya lo decía Rostow: las sociedades son organismos de acción recíproca, en términos de motivación humana, y naturalmente las motivaciones humanas van mucho más allá de lo puramente económico (Rostow:1960). Sin embargo, esas otras motivaciones no aparecían en las concepciones de desarrollo, tal vez porque como lo menciona Maybury se creía que las fórmulas para transitar hacia la "madurez" eran mucho más científicas y se apostaba al recorrido por un mismo camino, único y lineal donde después del impulso inicial, se debiera seguir un largo intervalo de progreso sostenido hasta que la economía de cada país encontrara su sitio dentro de la economía internacional (Maybury:1993).

Es un hecho que en la economía globalizada que se vive hoy, los países y sus economías encuentran un sitio, pero cabe preguntarse cuál es y si se puede elegir, o es necesariamente el que los grandes capitales determinan. Considerando la situación actual dentro de la economía de mercados, parece ser más bien que los países en desarrollo se van acomodando en el mercado global de acuerdo a las necesidades e intereses de los grandes capitales, y son éstos los que determinan el papel y el sitio que las economías ocupan.

Así, entre teorías desarrollistas y monetaristas, de dependencia o interdependencia, durante los últimos treinta años las políticas de desarrollo de los países de América Latina han valorado centralmente lo económico, con lo cual los resultados obtenidos en el producto nacional bruto y en la tasa de crecimiento son tomados como los indicadores de un mejor nivel de vida de la población, aún y

cuando se han incorporado algunos indicadores de bienestar social y muy recientemente el índice de desarrollo humano.

Pero la realidad en un mundo que no es ni dual ni lineal, nos ha dejado ver en innumerables casos el deterioro en los niveles de vida de grandes grupos de población en todos los países llamados "subdesarrollados" donde resulta evidente el incremento en la profundización y diversificación de la pobreza en amplios sectores de la población. Para 1990, la CEPAL reporta que el 46% de la población en América Latina se encontraba por debajo de la línea de la pobreza, y se ha calculado que actualmente este porcentaje ha alcanzado un 80% (Salles:1999). En el caso de México el índice de pobreza registrado para 1994 llegaba ya a 65.2% de la población, después del colapso financiero de ese mismo año, para 1996 casi el 80% de la población se encontraba en este núcleo de población, donde una gran mayoría eran pobres extremos (Espinosa:2000).

Si bien siempre ha existido la pobreza, al referimos a ella como problema actual, entendemos que se acentúa y amplía en buena medida por las políticas de desarrollo que se basan en las premisas de la globalización neoliberal, donde el libre mercado es su principal estrategia, que al articularse a procesos de polarización existentes en los países subdesarrollados, favorecen el incremento la pobreza en la viven una gran mayoría de la población y la concentración de la riqueza en pequeños grupos.

Ante estos hechos, los cuestionamientos al modelo de desarrollo aún vigente, plantean lo injusto y antidemocrático de su lógica y aunque el desencanto de la idea de un progreso constante ha llegado ya, incluso a los países desarrollados, y se proponen nuevas formas de pensar el desarrollo, es mayor el poder, la fuerza y resistencia de quienes pese a todo, siguen pensando que ese camino es el adecuado y que en todo caso solamente hay que ajustar un tanto las formas.

En este sentido, podemos observar cómo en las concepciones, teorías y estrategias de desarrollo impulsadas desde las multinacionales y los países desarrollados, se incorporan nuevos conceptos ya que si antes se hablaba de centralización hoy se alude a la descentralización, o si antes sólo en contados casos aparecía el medio ambiente como una preocupación, hoy pasa a ser un tema central,

planteándose como objetivo del desarrollo la sustentabilidad, bajo el concepto de "desarrollo sustentable" y aparecen además otros elementos importantes como el que se refiere a la participación de la población beneficiaria en planes y programas y aún más recientemente el papel de la mujer en el desarrollo; aunque lo real es que la base fundamental de las políticas impulsadas por estos grupos y países, son como nunca antes, el capitalismo expresado en un mercado totalmente intervenido y como base para la expansión del modelo de desarrollo neoliberal.

Y no es que estos nuevos conceptos carezcan de un fundamento real, sin duda la sustentabilidad y la participación de la población en general y en particular el de la mujer en el desarrollo, son elementos importantes que abren un sinnúmero de posibilidades para la construcción de una nueva idea del desarrollo, donde se asume que éste involucra a la gente, su cultura, su forma de visualizar el mundo, su vida, sus relaciones con los otros. Lo que ha sucedido es que, como tantos otros conceptos que nacen del cuestionamiento sobre el fracaso de las teorías de desarrollo que han sido impulsadas por los países industrializados, son retomados como discurso dentro de la propuesta de desarrollo neoliberal, pero sin sus bases y planteamientos originales donde se plantea un cambio profundo en la visión y concepción del desarrollo, dando paso a la idea de un desarrollo diferente o alternativo.

La construcción de un desarrollo llamado alternativo, plantea un viraje total de la perspectiva neoliberal, al tomar como punto de partida al ser humano y no al capital y el mercado, con lo que en el análisis de la teoría del desarrollo se da un salto cualitativo, al proponerse una orientación con base a las necesidades humanas que provengan del seno de cada sociedad en consideración a sus propios recursos, con un fundamento ecológico y de participación de la gente. Esta nueva concepción de desarrollo, que nace principalmente como un cuestionamiento al modelo de desarrollo basado en el paradigma de la modernización, lleva implícito el reconocimiento del desarrollo como un proceso construido desde la gente. De esta manera podemos pensar en nuestro desarrollo como país, no a partir de lo que se supone debemos llegar a ser, sino de lo que somos y esperamos ser.

El caminar en la construcción de un desarrollo alternativo, que se base en una visión de sustentabilidad real y no en un "ambientalismo neo-liberal" (Gudynas:1992) requiere abandonar el modelo de desarrollo capitalista donde el mercado y la obtención de máximas ganancias son primordiales, lo cual se ve como poco probable, sobre todo cuando para una economía global como la que actualmente se vive, el mercado y las actividades que lo fortalecen son las únicas que tienen valor, mientras que la vida y actividades de millones de campesinos, los derechos humanos, la paz, el bienestar social, la salud y el medio ambiente son conceptos sólo presentes en los discursos políticos o son parte de la preocupación de pequeños grupos o sectores de la sociedad, sin el poder político y económico necesarios para lograr un cambio que trascienda a un ámbito global.

Por esto cobran importancia los procesos locales, regionales y globales, que contribuyen de manera significativa a movimientos que en mayor o menor medida inducen procesos de cambio social que buscan hacer frente a la pobreza generalizada, a la individualización, al deterioro del medio ambiente, a la subordinación de la mujer, etc., esto es, a los diferentes aspectos que se promueven, se mantienen y se reproducen desde el modelo de desarrollo neoliberal.

El iniciar y sostener procesos encaminados a un desarrollo alternativo no es una tarea fácil e impone grandes retos, entre los cuales se encuentra el lograr trascender la situación actual de la mujer en la sociedad, ya que la subordinación de la mujer respecto al hombre, como una de las contradicciones internas de los grupos sociales, obstaculiza cualquier proceso de desarrollo que pretenda ser alternativo. La marginación y explotación de las mujeres en las políticas, programas, proyectos y estrategias de desarrollo son una constante, tan grave como la de los campesinos y los indígenas.

En las concepciones de desarrollo durante la década de los cincuenta y sesenta, los gobiernos y los organismos internacionales dentro de sus esquemas de desarrollo, consideraron que las acciones donde debían incluirse a las mujeres eran todas aquellas que se relacionaban con su papel reproductivo, por lo que las políticas y programas eran de corte asistencialista donde las mujeres eran asumidas como "beneficiarias" de programas dirigidos a mejorar sus condiciones ligadas a su vida

reproductiva, con actividades de planificación familiar, orientación para el cuidado de la salud y nutrición infantil o la economía familiar, entre otros. (De los Ríos:1993)

Posteriormente en 1970, Ester Boserup publicó su libro *El papel de la Mujer en el Desarrollo Económico*, en el que analizó la participación de la mujer en la economía y enfatizó el hecho de que generalmente las actividades de subsistencia son omitidas en las estadísticas de producción e ingresos, resaltando la aportación de las mujeres en la producción y la necesidad de integrarlas al desarrollo (Droy:1996).

El trabajo de Boserup sin duda abrió una línea de investigación y análisis en torno a la división sexual del trabajo, y el papel productivo y reproductivo de las mujeres, observándose que la mujer tenía una participación amplia en el proceso productivo, pero bajo condiciones que resultaban negativas para ellas mismas, lo que fue el punto de partida en el análisis de la situación de la mujer en el desarrollo, haciéndose visible su contribución y evidenciando las inequidades existentes.

Entonces la visión sobre la mujer, empezó a incluir su incorporación a la economía como fuerza de trabajo, impulsándose políticas desarrollistas en las que predominaba una concepción instrumental, cuyo énfasis era dirigido a la independencia económica de las mujeres desde una lógica de integración de la Mujer en el Desarrollo (MED) y sin que se cuestionara el tipo de desarrollo del que se hablaba, ya que se partía de la convicción de que el problema era que se había mantenido marginadas a las mujeres de este desarrollo y que constituían un recurso importante (De los Ríos:1993/ Vázquez:1999).

Fue en la década de los setenta, cuando con este enfoque nacieron planes y programas mundiales y regionales para la Integración de la Mujer al Desarrollo, que paulatinamente fueron haciendo énfasis en diferentes aspectos de acuerdo a las condiciones económicas que prevalecían, así a finales de esa década y los primeros años de la siguiente, se privilegiaron estrategias dirigidas a las mujeres pobres a través de proyectos productivos a pequeña escala con lo que se promovía la búsqueda de ingresos económicos y la disminución de las desigualdades en el acceso de recursos e ingresos económicos entre hombres y mujeres.

Desde un concepto de "igualdad" se proponía así integrar a las mujeres al desarrollo, con iniciativas como el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, donde las mujeres eran vistas además como un importante factor de producción y consumo, sin que se perdiera de vista lo que se consideraba su papel fundamental en la reproducción y el cuidado y socialización de los hijos. El reconocer a la mujer un papel productor en una lógica de desarrollo basada en el mercado, significó el impulso de su amplia participación en el mercado de trabajo.

Desde esta perspectiva, el Banco Mundial afirmaba que cuando los mercados son eficientes generalmente aumenta la equidad en forma espontánea, y que en algunos países "haber ayudado a la mujer a participar en el mercado de trabajo ha sido una razón muy importante del mejoramiento de la distribución del ingreso" (Banco Mundial:1991). Naturalmente ante esta afirmación surge una gran duda sobre el real alcance que tiene esa "equidad espontánea" y naturalmente respecto a su significado. Además de que cabría analizar las causas reales de la inserción de amplios grupos de población femenina en las formas de producción capitalista; así como las condiciones bajo las cuales son contratadas, o el tipo de trabajo al cual son incorporadas y las consecuencias para su salud.

En México, desde la década de los 70 se dio un crecimiento importante de la población económicamente activa femenina, como parte de las estrategias familiares para hacer frente a los efectos de las crisis económicas por las que ha atravesado el país. Según datos censales, en 1970, el 17% de las mujeres de 12 años y más se encontraban entre la población económicamente activa, mientras que para 1990 esta representaba apenas el 19% de la población, cifras que como muchas otras no reflejan la realidad de la situación en el país. Hay cálculos de que el incremento real es mayor, ya que se debe considerar que los censos de población no captan los datos relacionados con ocupaciones no asalariadas, como son las actividades económicas que las mujeres realizan en negocios familiares, o establecimientos no fijos, así como en la agricultura; además de que al realizar las encuestas muchas veces son las propias mujeres las que minimizan las actividades económicas que

realizan identificándose solamente a través de su rol familiar de "ama de casa". A nivel urbano se ha calculado, a través de encuestas, que el porcentaje de mujeres en la PEA se elevó de 21% en 1979 a 34% en 1995 (García:1999).

El papel y las condiciones de las mujeres en el trabajo introdujeron una línea de investigación y análisis del papel de mujer en la sociedad y su inserción en las políticas de desarrollo, no sólo en el ámbito urbano sino también en el rural, con lo que los estudios de la mujer cobraron importancia.

Aunado a lo anterior la posibilidad de la participación femenina en un sinnúmero de proyectos impulsados a partir del enfoque de integrar a la mujer en el desarrollo, facilitó la organización de grupos de mujeres y con ello se avanzó en el análisis y los cuestionamientos de las estructuras existentes, que se vincularon a la discusión sobre el tipo de desarrollo y las preocupaciones de las últimas dos décadas, la equidad y la sustentabilidad en el desarrollo, dando paso paulatinamente a la formulación de nuevas formas de entender la vinculación de la mujer en el desarrollo con una nueva visión teórica y metodológica: la perspectiva de género.

La perspectiva de género como parte fundamental de un desarrollo alternativo, ha llevado a la construcción de nuevos marcos teóricos, en los que se analiza una de las dimensiones más importantes dentro de las relaciones sociales: las relaciones entre hombres y mujeres. Con ello se incorpora al análisis y construcción de un nuevo concepto de desarrollo, otro elemento como parte de los procesos sociales, enriqueciéndose no sólo la discusión en torno al papel y situación de la mujer respecto al hombre, sino las diversas relaciones de poder y la búsqueda de equidad en dichos procesos.

La categoría de género entendida como una construcción social que se basa en la diferenciación sexual para asignar papeles y territorios específicos para los hombres y las mujeres, en una relación de poder y subordinación, nos lleva al cuestionamiento de las estructuras políticas, económicas y sociales, desde otro ángulo que se complementa con las categorías de clase y etnia.

Incluir la categoría de género como una perspectiva más desde la cual se cuestiona el modelo de desarrollo neoliberal, nos permite ampliar la percepción acerca de cómo hombres y mujeres como seres sociales, construimos sistemas

basados en símbolos y significados, que son la base del funcionamiento de las estructuras sociales que rigen nuestras prácticas, discursos y representaciones sociales.

A partir de la reflexión de las condiciones históricas que las mujeres han vivido, como producto de la construcción social de la diferencia sexual, la perspectiva de género conlleva al cuestionamiento de los significados “heredados” y a la necesidad de avanzar en la construcción de una nuevo sistema de relaciones, donde la diferencia sexual sea reconocida y no utilizada para establecer la primera desigualdad presente en las estructuras sociales humanas, la desigualdad entre hombres y mujeres.

Cabe resaltar que la propuesta de incorporar al cuestionamiento del modelo de desarrollo neoliberal, el análisis de estructuras sociales a partir de una perspectiva de género, no es porque se considere que es este modelo el que introduce este sistema de relaciones, ya que si bien el capitalismo retoma, utiliza y refuerza las desigualdades, no sólo las de género sino muchas otras, éste es solamente heredero de un sistema presente en las sociedades humanas desde mucho tiempo atrás.

Y aunque sin duda resultaría de gran interés el adentrarse en cómo y cuándo el sistema de género nació y se estableció en las diversas sociedades y culturas, no es mi objetivo adentrarme en tal disertación, aunque sí retomo el hecho de que se trata de un sistema construido históricamente, con normas y representaciones culturales acerca del comportamiento esperado para hombres y mujeres en cada grupo social, y que este es cambiante y mutable. Lo que desde mi punto de vista permite plantearse la posibilidad de desarrollar programas, proyectos, estrategias, acciones que lleven al cambio de esas estructuras que hoy reproducen relaciones asimétricas de poder, que significan la subordinación de la mujer.

Son diversos los estudios en los que se observa que la subordinación femenina es universal y constante en todos los grupos y culturas, que se transmite a través del lenguaje y todo el entramado simbólico que determina la construcción de los sujetos. Lo importante es partir del hecho de que la construcción de los sujetos es constante y dinámica, para buscar cómo promover procesos de aprendizaje social que permitan cambiar ese entramado simbólico que reproduce los significados

actuales de lo femenino y lo masculino como estructura de prestigio que forma parte de un orden político, económico y social a través de lo cual se posibilite una participación real y plena de la mujer en los procesos de desarrollo.

Hablar de desarrollo en estos términos es reconocer a los actores sociales como protagonistas de este proceso, con los que confluyen su historia, sus necesidades, sus luchas y todo un universo de realidades, entre las que se mezclan relaciones de clase, etnia y género, desde las cuales se parte para la construcción de dicho proceso. Con esta noción de desarrollo surgen estrategias desde los diferentes actores sociales con los cuales se pretende avanzar en la construcción de ese desarrollo alternativo, aunque a un nivel local o regional, ya que desde los programas y políticas de desarrollo, el enfoque predominante sigue siendo el que se sustenta en un crecimiento económico dentro de un mercado global.

Las estrategias locales y regionales de desarrollo sobre todo en el ámbito rural, parecen ser una de las principales vías a través de las cuales es posible un cambio en las estructuras sociales actuales, que representan para las mujeres marginación, discriminación y desvalorización.

En este sentido son múltiples y variados los ámbitos desde los cuales se pretende avanzar en la construcción de un desarrollo que incorpore la democracia genérica como una de sus principales formas de avanzar en el surgimiento de un nuevo pacto social, uno de los cuáles es el que se refiere a la salud de las mujeres, y de manera específica en la última década ha tomado relevancia la salud reproductiva.

La reproducción como parte de las políticas de desarrollo empieza a tomar importancia cuando el factor poblacional comienza a formar parte de los análisis y preocupaciones de los economistas teóricos del desarrollo. Ya desde finales de la segunda guerra mundial inician las reflexiones en torno a las implicaciones políticas y sociales del crecimiento demográfico, creándose en 1946 la Comisión de Población de las Naciones Unidas. En la siguiente década, en 1954, se realizaba en Roma la primera conferencia internacional para discutir esas preocupaciones e impulsar la creación de sistemas de información estadística sobre comportamientos

demográficos que sirvieran de base para análisis de dinámicas de población sobre todo en los países en desarrollo.

Diez años después en Belgrado se realizaba la segunda conferencia en este mismo sentido, donde por vez primera se plantea la fecundidad como factor socioeconómico del desarrollo, con lo que la reproducción dejó de ser un asunto privado y pasó a formar parte de las discusiones políticas.

Ante la llamada "explosión demográfica" la preocupación principal en las conferencias internacionales en las siguientes dos décadas fue la reducción de los índices de natalidad presentes sobre todo en los países denominados subdesarrollados, de tal manera que en la siguiente conferencia realizada en Bucarest en 1974 el planteamiento principal fue la adopción de una política para la regulación de la fecundidad, como estrategia fundamental para lograr el desarrollo, aunque cabe mencionar que en dicha conferencia existieron planteamientos que, desde otra visión, hacían énfasis en la necesidad de impulsar el desarrollo con un sentido amplio como condición para que las políticas de población tuvieran éxito, iniciándose así el debate entre dos posiciones encontradas.

En este debate fue la primera visión, la del control natal, la que predominó y la que guió el plan de acción y posteriormente las políticas de los gobiernos en el tema de población; bajo la premisa de que al reducir el crecimiento demográfico con programas adecuados de planificación familiar que cubrieran las demandas no satisfechas de la población, se avanzaría más fácilmente hacia un desarrollo económico de los países pobres con la consiguiente mejoría en las condiciones sociales y de bienestar de las familias.

La conferencia de Bucarest adoptó un Plan Mundial de Acción que recogía estas orientaciones políticas, que fue revisado diez años después en la conferencia internacional realizada en México, donde las estrategias se mantuvieron casi sin modificación alguna. Aunque la posición de los Estados Unidos, cambió al plantear que la reducción del crecimiento demográfico ya no era un factor determinante para lograr un crecimiento económico, en la medida en que los mercados funcionaran bien, afirmando que el crecimiento de la población era un fenómeno neutro y que lo indispensable era limitar la excesiva centralización de la economía (Lassonde:1997).

De acuerdo con los Planes Mundiales de Acción de las conferencias de Bucarest y después la de México, el énfasis de la política en materia de población en México y en la mayoría de los países llamados subdesarrollados, durante dos décadas se centró casi exclusivamente en el control del crecimiento demográfico, aunque en la década de los ochenta se enfatizaban los temas relacionados con el medio ambiente y se hablaba ya del papel de la mujer y la necesidad de considerar su status en la sociedad. No fue sino hasta la conferencia de El Cairo, cuando se logró avanzar en la discusión sobre la gran complejidad que encierra la relación entre población y desarrollo y la necesidad de considerar en las políticas demográficas aspectos sociales, culturales, económicos, ambientales y de recursos naturales.

El interés en este sentido se vio reflejado desde el nombre que se le dio a la conferencia, ya que a diferencia de las anteriores el término desarrollo estuvo presente, y si bien no se lograron concretar acuerdos ni estrategias en este sentido, el concepto de sustentabilidad en el desarrollo, incorporado ya en otros foros internacionales, estuvo presente en El Cairo y cobraron relevancia los temas de la mujer, planificación familiar y salud reproductiva.

La definición de un concepto amplio de salud reproductiva, fue uno de los principales logros para todos los grupos y organizaciones que trabajan en los temas de género, salud de la mujer y claro está, la salud reproductiva. Aunque ya desde 1989 la Coalición Internacional de Salud de las Mujeres, hacía los primeros pronunciamientos respecto a la salud reproductiva, afirmando que un enfoque en este sentido podría fortalecer los programas de planificación familiar, y posteriormente en 1990 la Fundación Ford respaldaba esta visión (Zapata:1999), fortaleciéndose un movimiento que apoyado por grupos feministas y enriquecido por la discusión de equidad en el desarrollo que introdujo al tema la perspectiva de género, con lo que se llegó al concepto de salud reproductiva aceptado por todos los representantes de los países participantes en la Conferencia de El Cairo.

2. El programa de acción del Cairo y la Salud Reproductiva.

La década de los noventa pasará a la historia como una de las más importantes en términos de lo que significaron los acuerdos de El Cairo para la salud reproductiva, sobre todo porque éstos representan un cambio substancial, cualitativo, en la forma de abordar los problemas y las políticas de población, pues se reconocen como ejes fundamentales los derechos reproductivos y un concepto amplio para la salud reproductiva que incluye la sexual.

La conferencia de El Cairo realizada en septiembre de 1994 fue la quinta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en la que se logró la participación de 4,000 delegados oficiales de 180 países y más de mil representantes de Organismos no Gubernamentales (ONGs). La participación de ONGs en la conferencia, sin duda dio otro enfoque a la manera de abordar la problemática y fue el resultado de una amplia movilización y preparación previas para el acuerdo de una plataforma común desde las ONGs y grupos feministas (CIPD:1994).

En lo que se refiere a la Salud Reproductiva, el Programa de Acción de El Cairo plantea una perspectiva más integral y estructural, donde los elementos centrales son la educación y los derechos reproductivos, como base para avanzar en la igualdad y autonomía de la mujer. Aunque la preocupación de los gobiernos siguió siendo limitar el crecimiento demográfico, se reconoció también la necesidad de que las políticas y programas de acción tomaran como punto de partida la libertad y los derechos individuales para la reproducción.

En este sentido la definición de salud reproductiva recogida en el capítulo VII del informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Cairo del 5 al 13 de Septiembre de 1994, se expresa como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo,

cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consecuencia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

El programa de acción y la definición misma de salud reproductiva de El Cairo, representan grandes retos sobre todo para países como el nuestro, donde los programas se siguen elaborando a partir de metas y donde el presupuesto para llevar a la práctica las recomendaciones es una gran limitante.

Al respecto basta con revisar la caída que tuvo el gasto en salud reproductiva en México, de 1993 a 1996, al disminuir de 3 mil 486.6 millones a 2 mil 339.9 millones de pesos, lo que significó un recorte del 33%. En contradicción con esta disminución en términos reales del presupuesto dedicado para atender la salud reproductiva, los programas y líneas de acción en ésta área se ampliaron, con lo que se privilegió la coordinación institucional, la relación del sector salud con los Organismos No Gubernamentales, así como el uso eficiente de los recursos (Espínosa:2000).

En los últimos años el problema de falta de recursos se ha agudizado, ya que el presupuesto destinado al gasto social sufrió una nueva contracción, representando en 1999 solamente el 7.8 del PIB, lo que en términos de atención significa reducir de

70 a 26 millones el número de personas que se benefician de ésta, con la focalización de la atención a los grupos en extrema pobreza a través del Progreso.

Con este panorama el pensar en poner en marcha programas orientados a dar cumplimiento al Plan de Acción de El Cairo resulta difícil, y lleva a los responsables de la atención a definir prioridades y fortalecer alianzas, así como establecer coordinaciones institucionales en todos los ámbitos, tanto regional, estatal como nacional e internacional, para optimizar el uso de los recursos disponibles.

Como parte de las acciones derivadas del plan de acción de la Conferencia de El Cairo, en México se elaboró el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, en el que son retomadas políticas y estrategias que ya venían desarrollándose, aunque también se ampliaron y se enfatizaron algunos aspectos, como el enfoque de género. Además es importante mencionar que el concepto de salud reproductiva se vinculó a la política de desarrollo, al ser incorporado dentro el Plan Nacional de Desarrollo para el mismo período. Esto sin duda significó un gran avance, sobre todo por las posibilidades que se generaron de incidir en una perspectiva amplia de diferentes sectores. Aunque cabe mencionar que dentro de los planes y políticas gubernamentales persistió un enfoque demográfico, planteándose como una de las acciones prioritarias la disminución de la fecundidad, manteniendo así una posición que en El Cairo fue superada (Espinosa:2000).

Si bien se parte de idea de que los fenómenos demográficos y la salud reproductiva, no son elementos aislados sino que se consideran parte del desarrollo, donde el objetivo fundamental son las mejores condiciones de vida, el acceso a los servicios y a fuentes de trabajo, el eje de la política demográfica ligada a la atención de la salud reproductiva ha generado una contradicción en las acciones, ya que por un lado se trata de avanzar en una nueva cultura, donde los derechos reproductivos sean el punto de partida para que las mujeres y hombres en edad fértil tomen decisiones informadas respecto a su vida reproductiva, y por otro persisten las metas a cumplir en los servicios de planificación familiar.

Sin duda, son muchos los desafíos para que un plan de acción como el propuesto en El Cairo se haga realidad en un contexto como el de México, pues implica rehacer viejas políticas y sobre todo cambiar concepciones, desde los que

diseñan planes y programas hasta el personal que instrumenta las acciones de manera directa con la población. Se ha visto que en este sentido son poco conocidos o entendidos por los trabajadores de salud los derechos reproductivos y sus connotaciones, pese a que se han desarrollado esfuerzos por realizar programas de capacitación en este sentido. No es fácil para un trabajador de la salud conciliar entre el respeto y comprensión a los derechos reproductivos y la solicitud de cumplir metas en cuanto a la utilización de métodos de planificación familiar para disminuir la fecundidad, sobre todo en el medio rural.

En tanto que en el discurso oficial, se siga viendo a la limitación del crecimiento de la población como uno de los requisitos para alcanzar el desarrollo económico del país, y sean los médicos y en general los prestadores de servicios de salud los encargados de cuidar la reproducción de la población, no se podrá avanzar en la construcción de una cultura donde el control de la fecundidad se dé a partir del ejercicio pleno de los derechos reproductivos.

El contexto nos posiciona frente a grandes retos, por un lado seguir avanzando en la discusión del modelo de desarrollo instrumentado en México y en todos los países del tercer mundo, sus políticas y sus efectos en la población y por otro el redefinir prioridades, por ejemplo priorizar la salud y la educación sobre el pago de la deuda y el gasto militar, pero también exige racionalizar el uso del presupuesto asignado a la salud, esto es, avanzar en la eficacia y la eficiencia de las acciones o programas.

El principal reto no sólo de México sino de este mundo globalizado es la construcción de políticas desde una perspectiva universal y ética, donde se tome en cuenta la diversidad y donde el punto de referencia central sea el ser humano y su vida en el planeta con la calidad a que se aspira desde cada ámbito o espacio de vida cotidiana, lo que no es fácil precisamente por el carácter de la globalización que hoy se vive.

La globalización como una conquista continuada en nombre de la modernización, del bienestar, de la democracia liberal y del fin de las ideologías y de la historia, ha impuesto un modelo de desarrollo y de organización social, política y cultural de la sociedad mundial; representando un nuevo estadio del mercado

mundial caracterizado por convenios regionales, proceso relacionado directamente con las políticas neoliberales como un modelo de acumulación, que pone de relieve la homogeneización cultural por la vía del mercado, para lo que los medios de comunicación resultan un instrumento fundamental.

El peso de esta globalización como parte del proceso de mundialización parece imposible de contener, sin embargo se han hecho planteamientos en el sentido de que desde procesos locales se pueda construir una globalidad alternativa, a partir de estrategias que permitan a las comunidades construir su propio desarrollo.

Así, pareciera ser que ante las grandes dificultades que encierra el proceso de impulsar una plataforma de acción como la de El Cairo, un camino posible es la construcción de estrategias desde lo local, que lleven a considerar la diversidad y especificidad de las necesidades de las mujeres y hombres de cada sector de la población.

En ese sentido surgen diversas iniciativas y estrategias desarrolladas para impulsar la plataforma de El Cairo, desde nuevas normas en el sector salud o cambios en algunas de las ya existentes, formación de redes y foros para el seguimiento y vigilancia, que permiten compartir experiencias y evaluar de manera general los avances y limitaciones que en materia de población y desarrollo se están teniendo desde los diferentes espacios de acción, con lo que se pretende incidir en nuevos rumbos de las políticas y programas.

Cabe mencionar además respecto al plan de acción de El Cairo, que su aplicación depende esencialmente de la interpretación de cada Estado, ya que si bien la fuerza e importancia de la plataforma de acción radica en el hecho de ser un programa consensuado y adoptado por todos los países del mundo, tal vez una de sus mayores debilidades es el que por este mismo carácter el compromiso de los Estados es moral mas no obligatorio, por lo que su aplicación depende fundamentalmente de la voluntad de los gobiernos y del nivel de participación de los diferentes actores que intervienen en los procesos, que implica el desarrollo de acciones relacionadas tanto con la salud reproductiva como con los otros aspectos relacionados con población y desarrollo, que fueron planteados en el programa de acción de El Cairo.

Por esto ha resultado de gran importancia la participación de ONGs y académicas, quienes desde la preparación de la conferencia tuvieron un papel clave en el proceso de formulación de los acuerdos y actualmente han tenido un papel relevante en el seguimiento y cumplimiento del programa de acción de la Conferencia, con actividades desarrolladas desde diferentes ejes que incluyen la investigación, defensa, gestión, capacitación o desarrollo de estrategias directas con la población.

Si consideramos que el concepto de Salud Reproductiva adoptado en El Cairo aglutina conductas, relaciones y mediaciones de diferentes niveles de relación social, que van desde la pareja, la familia, la comunidad, las instituciones de salud, podremos darnos cuenta que llevar a la práctica acciones con las cuales abordar en toda su complejidad el concepto, requiere de establecer mecanismos a diferentes niveles de acción que permitan de manera paulatina hacer realidad el derecho a la atención a los diferentes problemas de salud reproductiva. De ahí que la plataforma de acción nos trace posibles rutas por las cuales avanzar, sobre todo cuando los problemas y los retos son muchos y variados, y aunque si bien son necesarias las políticas y los recursos con los cuales mejorar las condiciones de salud reproductiva de mujeres y hombres, los procesos locales, las experiencias regionales y comunitarias resaltan una vez más por su importancia al atender las necesidades reales de los grupos con los que se trabaja.

La plataforma de acción de El Cairo finalmente es una valiosa fuente de orientaciones y principios para la atención en salud reproductiva, por lo que pese a sus posibles carencias, limitaciones o vacíos es el resultado de la discusión de temas en un lenguaje que antes no había sido posible, donde los derechos y la perspectiva de género son desde mi punto de vista uno de los principales logros, lo esencial ahora es traducir ese lenguaje en acciones concretas.

3. Los problemas y las respuestas desde las políticas y programas de atención a la salud.

Hablar de la salud de las mujeres en el medio rural y cómo se ha pretendido dar atención a los problemas existentes, es un reflejo más de cómo la "mujer"

aparece en las concepciones de desarrollo, al ser vista como un objeto, como un recurso para la salud, reforzando su papel reproductor. Las principales acciones de salud dirigidas a las mujeres se enmarcan en programas de nutrición y salud materno-infantil, donde éstas son receptoras de servicios de atención durante su período de vida reproductivo.

Si bien la salud de las mujeres abarca mucho más que el ámbito que engloba la salud reproductiva, no podemos negar que los principales problemas de salud que viven las mujeres en el medio rural de nuestro país y en específico en el estado de Chiapas, se relacionan con su vida reproductiva, manteniéndose las complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre las primeras causas de muerte en mujeres de entre 15 y 44 años de edad.

En 1990 la muerte materna alcanzó en el país una tasa de 5.4 por cada diez mil nacidos vivos, mientras que para Chiapas se reportaba en ese mismo año una tasa de 13 por diez mil nacidos vivos; para 1995 se reportaba una tasa de muerte materna a nivel nacional de 5.3 y para el estado de 9; aunque algunos estudios refieren tasas reales para el país que llegan al doble de lo reportado y en el caso de Chiapas se habla de cifras sustancialmente superiores, ya que en la gran mayoría de las comunidades indígenas la muerte de las mujeres no es reportada (INEGI/UNIFEM:1995 / Leñero:1993).

Son varios los factores que determinan la falta de registro de la muerte materna en las comunidades rurales en Chiapas, por un lado la poca cobertura de los servicios de salud que propicia la ausencia de atención médica a las mujeres cuando se presenta el deceso; ligado a esto, cuando la muerte de la mujer llega a ser reportada en muchas ocasiones la causa de muerte es referida a los síntomas finales, sin considerar su situación fisiológica relacionada con su maternidad. En estudios realizados en comunidades indígenas se ha podido comprobar que el hecho de que la partera o la familia cercana pueda ser cuestionada por las autoridades respecto a la muerte de la mujer provoca o bien que no se reporte, o que se encubran las causas de muerte ligadas al trabajo de parto. Aún más, en ocasiones la muerte de la mujer no es reportada al no considerarse necesario cuando ésta no cuenta con acta de nacimiento (Freyermuth:1997).

Ahora bien, la OMS ha definido a la muerte materna como los fallecimientos atribuibles a problemas durante el embarazo, el parto, el puerperio o por abortos, aunque desde algunos grupos feministas se ha argumentado que en esta categoría se debieran incluir además las muertes ocurridas como consecuencia de accidentes y violencia doméstica, ya que éstas se incrementan frecuentemente cuando la mujer está embarazada, llegando a argumentarse también, la necesidad de incluir en la definición a las muertes causadas por la utilización de métodos anticonceptivos, con lo que sin duda las cifras se elevarían en gran medida.

Cuando se analizan las causas de muerte materna queda clara su relación con las condiciones de género que viven las mujeres, desde la construcción de la identidad femenina en la que la maternidad es un punto central, que sobre todo en el medio rural lleva a las mujeres a patrones de fecundidad tempranos con intervalos muy cortos, hasta la poca o nula capacidad de decisión de las mujeres sobre su salud y su cuerpo. Todo ligado a niveles de autoestima poco desarrollados, donde el único valor que la mujer y la sociedad atribuyen a las mujeres es el de ser madre, y aún más, ser madre de un varón (Elú:1992).

Sin duda la poca cobertura de atención y la mala calidad de los servicios, son parte fundamental del problema de muerte materna. En un estudio realizado en México se pudo llegar a la conclusión de que entre el 52% y el 85% de las muertes maternas registradas pudieron haber sido evitadas (Cervera:1997). En general las complicaciones del embarazo, parto y puerperio pueden ser prevenidas o controladas cuando se cuenta con un servicio de salud adecuado; sin embargo, en las zonas rurales o bien no se cuenta con los recursos o la capacitación necesaria para la atención. Esto es el reflejo de las condiciones sociales y económicas en que se vive en muchos de los países de América Latina, donde la mortalidad materna además de tener causas médicas, son los niveles de pobreza los que determinan la carencia de recursos para la atención. Lo que nos lleva a establecer una relación entre mortalidad materna e inequidad social y de género.

La ausencia de un control o seguimiento durante el embarazo, que limita las posibilidades de detección temprana de riesgos, así como la carencia de recursos para atención en los casos de parto de alto riesgo, son factores asociados a la

muerte materna en el medio rural, a lo que se suma la imposibilidad de la gran mayoría de las mujeres rurales, sobre todo las indígenas, de acceder al uso de metodología anticonceptiva con la cual limitar su fecundidad como uno de sus derechos reproductivos.

Así tenemos que otra problemática de salud de la mujer presente en Chiapas, son las elevadas tasas de fecundidad que guardan relación estrecha con la mortalidad materna. En Chiapas el promedio de hijos por mujer reportado en 1996 era de 3.5 mientras que a nivel nacional este promedio fue de 2.7, aunque en la Encuesta Regional de Salud Reproductiva realizada en la zona Fronteriza del estado de Chiapas en 1996, se registró una tasa de fecundidad de 6.83, lo que se liga a los patrones culturales presentes de fecundidad a edades tempranas. Las altas tasas de fecundidad en el medio rural sigue siendo una preocupación para el gobierno, por lo cual uno de los principales programas del sector salud en Chiapas ha sido el de planificación familiar, con la meta de bajar el índice de fecundidad, proyectándose una tasa de 2.5 para el año 2005.

Por otro lado el Consejo Estatal de Población (COESPO) reporta para Chiapas una demanda de métodos anticonceptivos en el 77% de las mujeres en edad fértil, con una demanda insatisfecha del 25%, donde los motivos referidos por las mujeres son: la falta de información y el temor a los efectos colaterales. Pese a esto, en las áreas rurales, la prevalencia en la utilización de métodos anticonceptivos se incrementó en un 45% de 1987 a 1994 según la encuesta regional de salud reproductiva, donde los principales métodos utilizados son la salpingoclacia y las inyecciones. El que sea un método definitivo como la salpingoclacia el más utilizado en el medio rural, ha sido cuestionado desde diferentes sectores ya que se han reportado diversas formas de violación a los derechos reproductivos de las mujeres, encontrándose casos donde las mujeres no son informadas correctamente del carácter definitivo del método, o mujeres a las que no les fue consultada la decisión de realizar la cirugía, siendo el médico el que en el momento de atender el parto toma la decisión de que la mujer "necesita" ser operada. Por otro lado, en cuanto al uso de hormonales inyectados se ha reportado que las altas dosis de hormonas

altera los ciclos menstruales de las mujeres y provoca una etapa de no fertilidad después de algunos meses de no utilizarlos.

Si bien se reconoce la necesidad de brindar a las mujeres opciones para que de una manera informada puedan acceder a los diferentes métodos de planificación existentes, el problema ha sido la forma en cómo esos métodos han sido impuestos a la población. La inclusión de la población rural indígena en los programas estatales de planificación familiar aunque puede estar respondiendo a las necesidades de una proporción importante de la población femenina, al no considerarse los aspectos culturales que determinan las concepciones respecto a la maternidad y fecundidad, y plantearse metas que deben ser cumplidas por el personal de salud, se corre un grave riesgo de la presencia repetida de casos de violación a los derechos reproductivos, con la utilización de métodos coercitivos para lograr que la población opte por la utilización de técnicas definitivas.

Aún y cuando en los programas de salud reproductiva el tema de derechos ha ido tomando vigencia en los últimos años, en las diferentes instancias de salud que realizan actividades directas con la población rural, el problema fundamental es que se ha avanzado poco en la sensibilización y toma de conciencia del personal de atención a la salud, que es finalmente el que realiza las actividades de atención a las mujeres.

En los prestadores de servicios de planificación familiar predomina una práctica médica en la que a partir de relaciones autoritarias con los o las usuarias(os) impone y condiciona los servicios, en el ánimo de cumplir metas y lograr la eficiencia; con lo que la preocupación por las necesidades de la población atendida no son tomadas en cuenta, sobre todo cuanto el interés institucional es la regulación de la fecundidad y no el cumplimiento del derecho a decidir libremente cuándo y cómo tener hijos.

Con la regulación de la fecundidad por parte de las instituciones de salud, queda de manifiesto uno de los aspectos mediante el cual la reproducción, como una vivencia en el ámbito privado, trasciende el ámbito público, aunque no es el único mecanismo a través del cual estos ámbitos se mezclan en el proceso de reproducción. Aunque en sí mismo la reproducción es un fenómeno biológico, en el

ser humano es un hecho social, en el que están presentes múltiples connotaciones simbólicas, políticas, económicas y religiosas; que se manifiestan a través de las diferentes estructuras e instituciones, como son el matrimonio o la pareja, la familia, la comunidad, así como las instituciones a las que el Estado ha asignado la atención de este proceso.

De ahí que el cumplimiento de los derechos reproductivos encierre una complejidad que empieza por la necesidad de entender las relaciones entre los diferentes actores involucrados.

La problemática en torno a la salud reproductiva en Chiapas, como en el resto del país, incluye también altas cifras de muerte por Cáncer Cervico-Uterino, presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual, que muchas veces no son debidamente tratadas o diagnosticadas, así como por la violencia doméstica.

Además de esta problemática compleja en torno a la salud reproductiva y los problemas en su atención, existen otros problemas de salud; desde una perspectiva de género se ha analizado la salud de las mujeres con relación a sus roles asignados dentro de la unidad doméstica donde las mujeres juegan un papel central como productoras y reproductoras. Dentro del marco de la economía de subsistencia, el trabajo doméstico de las mujeres implica múltiples actividades entre las que se incluyen las de ser madres o la crianza de los hijos, así como las actividades productivas de traspatio y las vinculadas a la agricultura, además de ser las responsables de la alimentación y el cuidado de la salud de todo el grupo doméstico lo que representa una carga física y psicológica que incide en su salud. Y aun cuando al interior del grupo se da la liberación de actividades a través de cierta infraestructura como pudiera ser el molino, el agua entubada o la utilización de estufas ahorradoras de leña, esta se traduce en la realización de otras actividades productivas, algunas veces generadoras de ingresos, incrementándose así las actividades productivas de las mujeres junto con el consabido desgaste.

Ligado a lo anterior, cuando las necesidades de subsistencia del grupo campesino requieren de la realización de actividades productivas de alguno de sus miembros fuera del núcleo familiar para complementar sus ingresos, los reacomodos

de la unidad casi siempre representan una carga extraordinaria para la mujer, que generan un mayor desgaste físico.

El aumento del trabajo femenino en el grupo doméstico, como parte de las estrategias de sobrevivencia en las familias campesinas, o la doble jornada que representa su trabajo extradoméstico para contribuir económicamente con el gasto familiar, repercute directamente en la salud de las mujeres, manifestándose en síntomas como dolores de espalda, várices, edema en miembros inferiores, gastritis, colitis, entre otros; a lo que se agregan carencias nutricionales, con lo que se agudizan los cuadros de anemia e infecciones. De acuerdo a los datos de la última encuesta de nutrición en México, el 20 % de las mujeres presenta anemia y en el caso de las mujeres embarazadas esta cifra alcanza el 26.4%, datos que para el medio rural y población indígena se calculan muy por arriba de esos porcentajes, como sucede con otros problemas de salud.

La situación de salud referida evidencia no sólo el impacto de las políticas neoliberales y su nuevo rostro, la globalidad, sino que nos refleja el fracaso de las políticas sociales y de los programas dirigidos a atender la salud de las mujeres. Desde la década de los setenta existía una preocupación de organismos internacionales para reducir la mortalidad materna, y se habían definido iniciativas dirigidas a proteger a la infancia de problemas de salud como la desnutrición.

Se han impulsado programas específicamente dirigidos a la mujer desde hace ya 25 años, con resultados referidos a metas propuestas, pero la salud de la mujer y su calidad de vida, lejos de mejorar con cada crisis económica se deteriora aún más.

Cuando uno revisa y constata en las comunidades la multiplicidad de esfuerzos y recursos destinados a mejorar la situación de la mujeres, desde diferentes sectores, el institucional, las ONGs, agencias internacionales, etc. no puede una dejar de preguntarse ¿qué es lo que hace que todos estos esfuerzos no logren totalmente los objetivos propuestos?

Las políticas para la atención de la salud de las mujeres, lo mismo que las políticas económicas, han sido diseñadas como políticas macro sin considerar aspectos de orden cultural, social y económico. Y naturalmente sin tomar en cuenta las condiciones de la mujer desde una perspectiva de género.

Si bien en los programas de desarrollo en las últimas décadas aparece la mujer como beneficiaria y aún más existen planteamientos teóricos que hablan de considerar las inequidades genéricas en el desarrollo de políticas, programas, y acciones que busquen el desarrollo; la realidad es que en la mayoría de estos la categoría de género se utiliza como sinónimo de mujer y no se tienen experiencias prácticas o metodológicas que atiendan realmente a la situación de subordinación de las mujeres y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Desde un modelo neoliberal que genera profundas desigualdades sociales, no es posible desarrollar políticas de salud que realmente resuelvan los problemas de salud de los sectores más empobrecidos. Las estrategias propuestas desde organismos internacionales solamente son dirigidas a atender los efectos que estos modelos de desarrollo económico provocan en la salud de la población, por lo que para lograr mejores condiciones de salud, resulta indispensable la transformación de las estructuras que generan y mantienen las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de una sociedad. Las propuestas alternativas de política social deben ser planteadas como parte del rediseño del esquema global de acumulación del capital (Scott:1996).

Es necesario considerar otros modelos de desarrollo, a partir de los cuales se planteen estrategias para mejorar las condiciones de salud de las mujeres, donde las mujeres sean consideradas como sujetos activos. Es la concepción de desarrollo desde los grupos con los que se trabaja, lo que debe servir como referente para la construcción de los programas de salud dirigidos a las mujeres rurales, donde se considere la cosmovisión regional o local y su relación con las formas de entender y de vivir el proceso salud-enfermedad, para desde ahí promover transformaciones en los patrones culturales que se reconozcan como perjudiciales, esto sin establecer juicios de valor respecto a las costumbres o tradiciones sino resaltando siempre la dignidad de las mujeres (Maybury:1993).

En la construcción de estrategias alternativas para la atención en salud dirigidas a las mujeres rurales, es importante abandonar la posición desde donde se considera a la mujer como beneficiaria de programas, donde es asumida como un insumo para el logro de metas. Pensar a las mujeres como sujetos activos en la búsqueda de alternativas para mejorar su salud, con lo que consideremos sus

concepciones y sentimientos y un análisis de sus prácticas en torno a los múltiples procesos vinculados a la salud, puede representar la diferencia en los resultados que obtengamos al formular propuestas de atención (Zemelman:1990).

La propuesta de desarrollo desde una escala humana que considere los diferentes sujetos, sus concepciones y desde una perspectiva de género pareciera ser el punto de partida para el desarrollo de propuestas de atención a la salud de las mujeres y para la construcción de estrategias, con la participación de los diferentes actores involucrados, que hagan posible la incorporación de los derechos reproductivos y la equidad de género en las estructuras sociales en ámbitos locales y regionales.

4. El Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos: una ONG en busca de estrategias alternativas.

En relación a los actores sociales presentes en la construcción de propuestas para impulsar el desarrollo rural, se reconoce a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) como uno de los actores que han estado presentes, sobre todo en las últimas décadas. Las ONGs sin duda constituyen un espacio para la búsqueda de estrategias desde la sociedad civil que trata de dar respuesta a necesidades de algunos sectores de la población, como parte de los cuestionamientos y rechazo a políticas neoliberales.

De manera paralela al adelgazamiento del Estado y la disminución de recursos para las políticas sociales, se da en nuestro país en los años ochenta el desarrollo de numerosas organizaciones no gubernamentales, en un proceso que da inicio en la década de los sesenta, aunque nos podríamos remontar a sus posibles antecedentes cuatrocientos años atrás, con las fundaciones de los misioneros que crearon hospitales, colegios, orfanatos; o en los años cincuenta con algunas iniciativas sobre todo desde la iglesia católica como fue el Movimiento Familiar Cristiano, o el grupo de Acción Católica Mexicana y el Centro Nacional de Ayuda de las Misiones Indígenas, entre otras (Cortés:1994/ Bernabé:1988/ FAM:1997).

Actualmente dentro el nombre genérico de ONGs, se ha incluido una amplia gama de organizaciones, grupos, asociaciones, personas, agencias, tal vez por ello sea difícil encontrar una definición y clasificación única que logre dar cuenta de la gran diversidad que existe entre ellas.

Algunos autores se refieren a ellas como organizaciones de la sociedad civil, otros como una subdivisión del sector privado, como organizaciones de servicio, otros más como parte del denominado "Tercer Sector" (Bernabé:1998/FMA:1997). En esto de las definiciones y clasificaciones, no se cuenta a la fecha con una que de manera incluyente nos permita hacer referencia a todas y cada una de las organizaciones no gubernamentales que existen en el país.

Como una posibilidad de acercarnos a una definición, se ha recurrido como lo sugiere Gilberto Giménez, a una aproximación a este actor social desde su acción e interacción con otros actores sociales, en este sentido se alude a las Organizaciones No Gubernamentales como una expresión que desde la sociedad civil que busca una sociedad más humana, justa y equitativa con la participación amplia de la población (Giménez:1994).

Así mismo, de acuerdo a lo anterior, un criterio de clasificación predominante ha sido considerando el ámbito en el que trabajan, a partir de lo cual se mencionan cinco tipos de ONGs: a) organizaciones económicas de base; b) organizaciones de servicio; c) organizaciones de promoción y defensoría; d) organizaciones de segundo nivel; y e) organizaciones de representación y gestoría (Bernabé:1998). Otro tipo de caracterización es en cuanto a su posicionamiento político, a partir de su definición frente al Estado, encontrándose organizaciones que orientan su trabajo al desarrollo de propuestas que puedan ser desarrolladas por las instituciones gubernamentales, con lo que se pretende superar sus ineficiencias; otras que desde una posición crítica frente al Estado orientan su esfuerzo a la creación de un proyecto alternativo y algunas más que se ubican en la lucha por nuevas formas de distribución del poder social (Bernabé:1998/ Cortés:1994).

Con esta breve aproximación a la definición y caracterización de las Organizaciones No Gubernamentales, puedo concluir que en realidad las clasificaciones con las que contamos son parciales, si consideramos lo que Gilberto

Giménez nos plantea respecto a que “un actor social se define no en sí mismo como si fuera un organismo, sino en cuanto fuente de un modelo de su acción, que equivale a definirlo sobre todo por su dimensión subjetiva”. Al intentar clasificar desde fuera a las ONGs, probablemente cualquiera de las definiciones y clasificaciones nos puede servir, pero si intentamos penetrar más allá, en lo que son éstas organizaciones en su vida interna, en sus utopías, en su problemática, o más aún en sus relaciones, no sólo frente al Estado o frente a otras ONGs, sino frente a la misma gente con la que realiza sus actividades, cualquiera que estas sean, nos adentramos en muchos de los aspectos subjetivos que dan vida a estas y otras organizaciones (Giménez:1994).

Lo que sí se reconoce de manera general, es que las ONGs como actores sociales del desarrollo rural han encaminado sus esfuerzos para impulsar proyectos alternativos de desarrollo donde la justicia social es el discurso fundamental, teniendo como base la acción social. Es así que desde diferentes ámbitos, las ONGs que han logrado transitar desde un carácter opositor al propositivo, cuentan con experiencias y propuestas en áreas como la salud, el medio ambiente, los derechos humanos, producción, comercialización, crédito y ahorro, violencia, género, atención a niños, entre otros.

La importancia de algunas ONGs como uno de los actores que buscan contribuir al desarrollo rural, se ha dado en buena medida por la crisis en el campo mexicano, generada por la política económica neoliberal cuyos ejes han sido, el mercado, el libre comercio, la privatización y el repliegue del Estado; lo que ha significado para los diferentes grupos o sectores de la población por un lado una agudización de la pobreza y por otra, la emergencia de diversas formas de resistencia y búsqueda de alternativas para contrarrestar y oponerse a estas políticas.

De igual manera la crisis política ha dado como resultado la falta de representación de los partidos y la ausencia de legitimidad del sistema, que no logra transitar hacia una democracia real y construida desde la sociedad, lo que ha sido uno de los factores que han contribuido a que el papel de muchas ONGs existentes en el país haya trascendido el ámbito privado para adentrarse en el campo de lo

público, desde lo social. Sin duda la recuperación de las funciones políticas de la sociedad es un elemento clave para presionar sobre la democratización y para la pluralizar el proceso y los contenidos de las políticas del Estado, donde algunas ONGs juegan un papel fundamental, debido al enfoque político con el que realizan su trabajo con los grupos, desde diversos ámbitos del desarrollo (Bascones:1995/Cunill:1997/Cortez:1995/Tarres:1996).

Así las Organizaciones No Gubernamentales son entendidas como expresión de una sociedad civil preocupada de sí misma y en busca de soluciones. Planteamiento que nos introduce en otro término al que en los últimos años se alude con bastante frecuencia y es el que se refiere a sociedad civil. En este sentido Norbert Lechner nos plantea que el concepto de sociedad civil se refiere primordialmente a la relación sociedad-Estado, que expresa "una autodefensa, que da voz a un cuerpo violentado". El concepto de sociedad civil alude a la ciudadanía, al margen del sistema de partidos y en contraposición al Estado y a las fuerzas militares, que desde un "nosotros" da paso a nuevos actores sociales como una posibilidad de construir la democracia y una sociedad más justa, desde la que se plantee otro desarrollo (Lechner:1996).

A la luz de esta utopía, las ONGs en nuestro país han logrado una proyección social importante, cuestionando las políticas estatales, elaborando diagnósticos, articulando intereses de los sectores urbano-populares, rurales e indígenas, con el desarrollo de estrategias desde lo local. Chiapas es uno de los estados con mayor presencia de ONGs, identificándose en 1998 un total de 157 con personalidad jurídica, de las cuales 10 son organizaciones económicas de base, 80 de servicio, 46 de promoción y defensoría, 10 de segundo nivel y 11 de representación y gestoría. Las ONGs conforman pequeños espacios institucionalizados donde se desarrollan acciones resolutorias en diferentes ámbitos como: producción, ahorro, salud, educación, entre otros (Bernabé:1998/ Tarres:1996).

La creación y el desarrollo de estos espacios se basa en la experiencia y formación sociopolítica de sus miembros, generalmente se trata de profesionistas de sectores medios de la sociedad que inician su labor de asesoría, acompañamiento o gestión con una gran parte de trabajo voluntario, teniendo como referente una utopía,

para después transitar a la institucionalización, no sin múltiples contradicciones, obstáculos, limitaciones, conflictos y muchas veces fracasos, aunque también hay éxitos en los cuales la organización logra consolidarse y constituirse en un espacio de construcción de estrategias alternativas de desarrollo.

Es importante sin embargo reconocer críticamente la importancia de algunos de los cuestionamientos a sus formas de financiamiento que en la mayoría de las ocasiones ha generado problemas de dependencia, falta de continuidad, incorporación de líneas de acción impuestas por las agencias financieras y escasos mecanismos de evaluación y divulgación que permitan la proyección de sus estrategias (Bernabé:1998).

El Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC) es una de las muchas Organizaciones no Gubernamentales que existen en Chiapas que nace también como otras de la noción de una utopía, de un sueño, el sueño de construir una alternativa regional para la atención en salud de la población mexicana y refugiada guatemalteca asentada en la zona fronteriza del municipio de las Margaritas y la conservación del medio ambiente con la utilización de sistemas agroecológicos para la producción.

La historia del CCESC comienza en 1983, cuando población guatemalteca, principalmente indígena, empezó a cruzar la frontera de forma masiva en busca de refugio en México de la guerra que sufrían en su país, lo que representó una situación de emergencia, entre otros aspectos, en el terreno de la salud.

Para atender la emergencia se sumaron esfuerzos de diversas instituciones, como el Hospital de Comitán, la diócesis de San Cristóbal, el IMSS-COPLAMAR, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), a través de un proyecto que años después, a partir del esfuerzo personal de algunos de los médicos del mismo Instituto, lograron continuar su trabajo formando el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC).

Los grupos de campesinos guatemaltecos que buscaron refugio en nuestro país se establecieron a lo largo de la franja fronteriza, principalmente en cuatro

áreas: la costa de Tapachula, en Frontera Comalapa, Ocosingo y la selva de Margaritas. Los campamentos de refugiados asentados en la selva de Ocosingo y las Margaritas llegaron a tener concentraciones de hasta 6 mil personas, con viviendas improvisadas de plástico, palmas y madera. Las condiciones de vida en esos campamentos eran sumamente precarias, por lo que la morbilidad y mortalidad eran altas (Arana:1992).

La situación de salud de la población así como la carencia de servicios para la atención en la región, llevaron a la construcción de una pequeña clínica en uno de los ejidos de la zona en 1985, con recursos y participación organizada de población refugiada y mexicana, por lo que se llegó a llamar "la Clínica de la Solidaridad", misma que después fue ampliada bajo el mismo esquema de participación de diversas comunidades de la región, dando origen en 1987 a la Unidad de Referencia Intermedia de Nueva Poza Rica (URI), concebida como un centro para dar atención a la región.

Cabe mencionar que en esos años no se contaba con ningún otro centro que pudiera brindar atención a la salud en la región, por lo que su construcción y forma de funcionamiento, respondía a una necesidad sentida de la población, de ahí su amplia participación en el trabajo de construcción.

La URI ha basado su esquema de trabajo en la atención médica constante y algunos servicios básicos, más allá de los que se ofrecen en un primer nivel de atención pero sin llegar a ser un hospital de segundo nivel, contando con: área de internamiento, urgencias, laboratorio, farmacia y servicio odontológico principalmente, con la participación de promotores en todas las áreas del servicio y la presencia de un equipo formado por médicos(as), técnicos(as) en salud comunitaria, eventualmente enfermeras y en los últimos años pasantes de medicina en servicio social.

El CCESC como el resto de las organizaciones que brindaron atención médica a la población refugiada, basaron muchas de sus actividades en el trabajo de los promotores de salud, a través de los cuales se logró dar cobertura a un gran número de campamentos de refugiados y comunidades mexicanas de la zona. Por lo que la URI ha servido además como centro de capacitación a promotores de salud de la

región organizados como grupos de base, quienes realizan acciones preventivas y algunas curativas en las comunidades a las que pertenecen, y en caso necesario pueden referir a la URI a la población que así lo necesite, al llegar a la URI los pacientes son atendidos resolviéndose la gran mayoría de los problemas de salud, sin embargo cuando se rebasa el nivel de atención de la URI, los pacientes pueden ser trasladados al Hospital de Comitán en una ambulancia, con la que se cuenta de forma permanente.

Cabe mencionar que dentro de la población refugiada ya venían algunos promotores de salud que habían sido capacitados desde Guatemala por algunas ONGs y por la Iglesia, quienes jugaron un papel fundamental en la atención en salud de la población de los campamentos de refugiados. Posteriormente durante todo el refugio se siguieron capacitando muchos más, llegando a tener todas las comunidades de refugiados uno o dos promotores de salud, y las más grandes hasta seis promotores que contaban con casas de salud para la atención de la población tanto refugiada como mexicana, con lo que se lograron disminuir las tasas de mortalidad entonces existentes. Todas las actividades de salud primaria como son vacunación, control prenatal, desparasitación, educación para la salud y vigilancia nutricional, entre otras, eran realizadas por los promotores

La importancia de los promotores de salud es reconocida por las diferentes instituciones y organizaciones que trabajan en salud en las zonas rurales del estado, por lo cual la gran mayoría incluye en sus programas actividades de capacitación. En el caso del CCESC el trabajo organizado en salud y la participación de los promotores como parte de un sistema regional de salud fue fundamental para su funcionamiento.

En los primeros años de trabajo, la capacitación se daba a partir de una metodología de educación popular, con la que se pretendía un trabajo formativo y reflexivo, que permitiera que los promotores abordaran la problemática de salud de las comunidades como una problemática socioeconómica. Uno de los ejes importantes de reflexión con los promotores guatemaltecos era el proceso de refugio, sus causas y consecuencias, lo que sin duda daba un carácter político al trabajo del

CCESC en su área de salud. Otro de los ejes que llegaron a incluirse dentro del trabajo en salud fue el relacionado con la atención a la salud mental.

Muchos de los promotores capacitados en esa época, lograron alcanzar un alto nivel de capacitación en términos de atención a los principales problemas de salud de la población, con el manejo de una gran capacidad diagnóstica y el uso de una amplia gama de métodos terapéuticos, como son el manejo de medicamentos, sueros, suturas, acupuntura, atención de partos, etc. Además de que en el caso de los refugiados, jugaron un papel importante en la organización para el retorno, y en el caso de promotores mexicanos algunos impulsaron la formación de organizaciones de promotores de salud en la región que ha la fecha siguen funcionando.

Después de la firma de los acuerdos de paz en Guatemala, un gran número de promotores capacitados optaron por el retorno, continuando allá un proceso organizativo, formando redes e impulsando proyectos comunitarios para la atención de la salud en sus nuevos asentamientos, solicitando ocasionalmente la asesoría del CCESC en los primeros años de su retorno. Algunos grupos de promotores, viajaban desde Guatemala a San Cristóbal para que se les apoyara en la elaboración de sus proyectos, para algunos de los cuales recibieron financiamiento con lo que pudieron continuar con su trabajo de atención y capacitación, retomando algunos aspectos de su experiencia en salud durante su refugio en México. Esta sin duda fue una época en la que se pudieron observar resultados concretos con el trabajo desarrollado en el CCESC con algunos grupos que lograron ser autogestivos.

Por otro lado, un grupo cada vez más reducido de promotores que optaron por el proceso de integración en México, continuaron su trabajo y capacitación en el CCESC, ya más que como promotores de sus comunidades como promotores de la organización, con lo que a mi juicio se inició un alejamiento de la población. El modelo de atención que se siguió construyendo giraba cada vez más en torno al modelo médico hegemónico, donde muy poco o nada se consideró las concepciones culturales de la población. La capacitación de promotores y por tanto el qué hacer de estos trabajadores comunitarios de salud comenzó a reproducir, la mayor parte de las veces, el modelo médico hospitalario, con una fragmentación en la atención y con un enfoque curativo altamente medicalizado y dependiente de recursos externos.

Si bien la atención que se brinda en la clínica de Nueva Poza Rica sigue respondiendo a las necesidades de atención de la población en la zona, ya que aún y cuando a la fecha existe una amplia cobertura para la atención en la región, al construirse centros como el ubicado en Amparo Agua Tinta o el Hospital de Guadalupe Tepeyac, una parte importante de la población sigue recurriendo a la URI como la mejor opción para la atención, sobre todo por la posibilidad con que se cuenta del traslado de urgencias y la atención permanente.

En este sentido la URI sin duda representa una opción importante, ya que si bien ha ido disminuyendo la demanda de atención aún se da una importante cobertura. Según datos registrados, en 1998 el CCESC atendió a un total de 8,783 personas en consulta externa, que comparadas con el total de consultas reportadas un año antes se observó un incremento importante que alcanzó el 34%, mientras que al siguiente año, en 1999, se notó una disminución en la demanda de atención, lo que seguramente obedeció a que fue en 1998 cuando se registraron el mayor número de retornos a Guatemala de la población asentada en la zona, con lo que la cobertura de atención en términos de población beneficiaria se vio disminuida, además de que para 1999, la infraestructura para la atención en la zona aumentó, reportándose en el período de enero a septiembre de ese año un total de 3,342 con una leve disminución para el mismo período en el año 2000 en que se reportaron un total de 3,158 consultas.

Con relación a los traslados en 1998 se realizaron un total de 82, mientras que de enero a junio del 2000 se habían realizado un total de 43 canalizaciones al Hospital regional de Comitán, lo que nos permite observar que en este rubro la demanda se mantiene igual. Así mismo las causas o motivos de traslado, permanecen similares, ocupando entre un 50 y 60% los problemas o complicaciones durante embarazo y parto, mientras que el resto de las causas para traslado son diversos, entre los que se pueden mencionar casos de apendicitis, meningitis, bronconeumonía, hepatomegalia, tuberculosis grave, y desnutrición severa.

La clínica de Poza Rica como Unidad de Referencia Intermedia ha funcionado como un modelo de atención, sin embargo también ha presentado una seria carencia al dejar fuera del sistema a las parteras. Si bien como una forma de propiciar el

acercamiento de las parteras y de impulsar el trabajo de salud con las mujeres se inició en 1990 el proyecto de Casas de Salud de la Mujer, como un espacio de atención a las mujeres y de capacitación a las parteras, donde el equipo de profesionistas que realizaban las actividades eran mujeres.

Con este concepto empezaron a funcionar cuatro "Casas de salud de la Mujer" ubicadas en comunidades donde el asentamiento de la población refugiada se consideraba seguro y con probabilidades de que una parte importante de la población optara por la integración. Después de algunos años de funcionamiento solamente dos de esas Casas continuaron funcionando bajo la responsabilidad del CCESC, aunque ambas tomaron rumbos diferentes en sus líneas de trabajo, lo que vale la pena analizar porque nos refleja las contradicciones entre la utopía y el peso del modelo de desarrollo que se ha impulsado en nuestro país a través de las políticas gubernamentales de corte neoliberal.

En la "Casa de Salud de la Mujer" ubicada en la comunidad de Nuevo Porvenir logró mantenerse el concepto de "un espacio para la atención de la salud de las mujeres" con un equipo multidisciplinario que entre el período de 1997 a 1999 estaba formado por dos nutricionistas, una médica, una psicóloga y una técnica en salud comunitaria, que luchábamos permanentemente por superar nuestras percepciones parciales acerca de la causalidad de los problemas de salud de las mujeres, y por tanto el cómo realizar actividades para su atención, tratando de ampliar nuestros esquemas conceptuales del saber adquirido desde cada una de nuestras formaciones disciplinarias y experiencias profesionales, lo que no fue un proceso fácil, sobre todo cuando en el seno del grupo había compañeras que recién iniciaban su desempeño como profesionistas con todo el peso de su perfil académico y compañeras con experiencias de trabajo desde grupos de base.

Pese a las dificultades inherentes al proceso de trabajo comunitario, se logró desarrollar un trabajo de salud participativo, donde se involucraron tanto autoridades o representantes como la población en su conjunto; las mujeres y las parteras reconocían a la CSM como su espacio, incorporándose además al trabajo en salud, tanto promotores como promotoras de salud y nutrición.

Por su parte la Casa de Salud de la Mujer (CSM) que se encuentra localizada junto a la clínica de Nueva Poza Rica, llegó a formar un anexo de la misma, encaminando su funcionamiento para atender la consulta externa de servicios relacionado con la salud reproductiva como consejería y atención para el uso de métodos de planificación familiar, toma de muestras de Papanicolau para la detección de Cáncer Cérvico Uterino, detección y atención de Enfermedades de Transmisión Sexual, atención a problemas durante el embarazo, además de contar con una sala para la atención de partos y área de recuperación para las mujeres que son atendidas. Naturalmente al contar con estos servicios se han resuelto muchos de los problemas de salud referidos a la morbilidad materna de la zona, sin embargo el concepto original de que las CSM fueran un espacio para mujeres se diluyó al transferirse las acciones que anteriormente se realizaban en la URI a las CSM. Esto es, la Casa de Salud de la Mujer devino una ampliación de la clínica, con lo que predominó una visión medicalizada, donde las parteras no han encontrado un espacio para interactuar.

Así, la atención a la Salud Reproductiva en la Casa de Salud de la Mujer de Poza Rica se limita a la atención médica, que sin duda es en sí misma importante, sin embargo considerando el concepto amplio de Salud Reproductiva considero que solamente cubre una parte de la dimensión del problema. Al respecto la consulta en el área de Salud Reproductiva en el CCESC es clasificada en tres grandes rubros: la ginecológica, la de planificación familiar y la referida al control prenatal, siendo este último rubro el que ocupó el mayor porcentaje de consultas en el periodo de enero a septiembre de 1999.

**Concentrado de Consultas de Salud Reproductiva
Enero-Septiembre de 1999**

Tipo de Consulta	No.	%
Ginecológica	339	29
Planificación familiar	227	25
Control Prenatal	552	46
Total	1118	100

Considerando el total de consulta reportada en ese mismo período, se observa que la consulta de salud reproductiva representa el 33.4% de la demanda de atención en la zona, lo que nos refleja que aún y cuando hay un servicio de atención a las mujeres de las comunidades de la región, existe una demanda limitada de los servicios. Esto encuentra su razón de ser en diversos factores que se entrelazan unos a otros, así podemos mencionar el que las mujeres no se sienten dueñas de su salud ni de su cuerpo, los roles de género que sustentan una identidad en el ser para otros, propicia que las mujeres si bien se sienten responsables del cuidado de la salud de su familia, no sienten la necesidad de atenderse ante la presencia de síntomas de enfermedad. Por otro lado aún y cuando algunas mujeres refieren sentir más confianza de ser atendidas en la URI de Poza Rica que en otros centros de atención, el esquema de atención altamente medicalizado de la clínica representa para ellas un choque cultural. Por último podemos mencionar también la existencia en las comunidades de otros actores proveedores de cuidados de la salud, y no me refiero solamente a la presencia de otras instituciones, sino a la existencia de médicos tradicionales y parteras.

En este sentido el análisis de relaciones de los diferentes actores que intervienen en el proceso salud-enfermedad en las comunidades, como son las parteras, los promotores de salud, los curanderos, hueseros, hierberos, médicos, instituciones de salud, ONGs, debiera ser un elemento importante a revisar en la construcción de propuestas alternativas de salud.

Por otro lado, desde una perspectiva de género, es importante que además de las actividades médicas de atención a la salud reproductiva, se promuevan acciones que modifiquen las concepciones respecto a la subordinación de la mujer, que favorecen una mayor incidencia de problemas de salud en las mujeres. Las condiciones de desigualdad que viven las mujeres en las zonas rurales, conforman un perfil de riesgo para su salud, por lo que no solamente a partir de una atención médica se podrán mejorar o resolver sus problemas de salud y nutrición, se requiere

también realizar acciones que faciliten o promuevan equidad entre los géneros (De los Ríos:1993).

Específicamente en el tema de salud reproductiva el trabajo desde una perspectiva de género implica el cuestionamiento de relaciones de poder, históricamente reproducidas y que forman parte de la cultura de los grupos indígenas.

La categoría de género nos permite redimensionar y replantear los problemas de salud de hombres y mujeres desde otra posición y analizar los comportamientos sexuales-reproductivos desde otra perspectiva. La salud reproductiva estudiada desde una perspectiva de género ha sido abordada desde diferentes enfoques, uno es el que se refiere a los derechos reproductivos.

Existen iniciativas, sobre todo desde grupos feministas para que los programas de salud reproductiva y específicamente los de planificación familiar, sean implementados con base a los derechos reproductivos, que deben ser conocidos por las mujeres que acuden a un servicio de atención. Sin embargo, las mujeres frente a los servicios médicos difícilmente se asumen como sujetos con derechos, lo que nos lleva a otro problema, reforzar la autoestima de las mujeres para que una vez conocidos, puedan exigir que sus derechos reproductivos sean respetados.

La necesidad de buscar estrategias que permitieran cambiar el modelo de atención existente y la situación crítica de salud que se vive en las poblaciones rurales de Chiapas, con propuestas concretas para las mujeres indígenas, es lo que impulsa el sueño central con el que nace y se desarrolla la propuesta metodológica a la que en el CCESC se denominó "Consultas Colectivas" , para la atención de la salud reproductiva de las mujeres que forman parte de las comunidades donde se han venido realizando actividades de salud junto con promotores, promotoras y parteras comunitarias.

Capítulo II. De la teoría a la práctica: la reconstrucción de la estrategia propuesta

1. Las Consultas Colectivas: un planteamiento teórico desde una experiencia práctica.

La estrategia de Consultas Colectivas se planteó para ser desarrollada en aquellas localidades donde el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC) realizaba actividades para la atención en salud a través de la capacitación de promotores y visitas esporádicas de personal médico y paramédico. En los planteamientos teóricos de la propuesta se tomó como punto de partida el concepto de salud reproductiva adoptado en El Cairo, ya que desde el punto de vista de la atención, tal como explicó en el primer capítulo, se facilita un enfoque integral al considerar la necesidad de contemplar todos los procesos relacionados con la reproducción y plantear además el derecho a que los niños sobrevivan y crezcan sanos, lo que necesariamente nos remite a aspectos de salud y nutrición infantil.

Como parte de los planteamientos teóricos de la propuesta de trabajo para la atención de la salud reproductiva a través de las Consultas Colectivas se consideró que el concepto en sí mismo promueve un enfoque preventivo, al hacer énfasis en el derecho de la mujer a vivir el embarazo y el parto con seguridad, introduciendo además el concepto de derechos reproductivos.

Con la estrategia de Consultas Colectivas se pretendía también que parteras, promotores o promotoras y en su caso el personal profesional o técnico de salud, realizaran de manera coordinada e integral las acciones que normalmente se hacían de manera aislada.

En cuanto a la población hacia la cual se dirigiría la estrategia, se planteó que con esta metodología de trabajo las actividades de atención se centrarían en el periodo que va desde la gestación hasta los primeros 24 meses de vida, debido a que es considerado como un período en donde se definen muchos de los procesos que determinan el estado de salud, tanto de las mujeres como de los niños. Considerando que los patrones reproductivos de las mujeres tienen una relación estrecha con su salud y con la sobrevivencia de sus hijos, es en ésta etapa donde un enfoque preventivo adquiere una mayor importancia.

A través de la estrategia basada en Consultas Colectivas, se pretendía mejorar la efectividad y la calidad de la atención de las acciones realizadas por el personal médico del CCESC, así como por promotores comunitarios y parteras, constituyendo además un espacio para el intercambio y aprendizaje entre los diferentes agentes de la salud, siendo este uno de los mecanismos a través del cual se pretendía lograr la apropiación y sostenibilidad de la propuesta como metodología para la atención de mujeres y menores de dos años en el medio rural.

Dentro de la propuesta metodológica se planteaba además que el desarrollo de las Consultas Colectivas pudiera servir como un espacio de capacitación de las parteras, donde aprenderían a reconocer los signos de riesgo durante el embarazo, con lo que se disminuirían las emergencias obstétricas y por tanto la muerte materna.

Así la estrategia en su planteamiento teórico proponía la realización de tres diferentes Consultas Colectivas:

- a) La primera Consulta Colectiva de mujeres embarazadas: donde el objetivo propuesto era la identificación de signos de alto riesgo y de infección, la prevención del bajo peso al nacer, el apoyo para la expresión de las necesidades reproductivas y la preparación para una lactancia exitosa.
- b) La segunda Consulta Colectiva se dirigiría a las mujeres con niños de 0 a 6 meses de edad, donde se daría continuidad a la atención de la salud de las mujeres, se apoyaría a las mujeres que decidieran utilizar algún método anticonceptivo, y se reforzaría la utilización del método Lactancia – Amenorrea.
- c) La tercera Consulta Colectiva se proponía para mujeres y sus niños o niñas entre 6 y 24 meses, donde el énfasis de las acciones dirigidas a la mujer era la de brindar seguimiento en el caso de que hubiera optado por algún método anticonceptivo y la atención a enfermedades de transmisión sexual, mientras que las acciones dirigidas a los niños se deberían enfocar a la prevención de la desnutrición.

La primera Consulta Colectiva, proponía agrupar a todas las mujeres embarazadas, con lo que se daba la posibilidad de que asistieran las jóvenes que iniciaban su vida reproductiva con su primer embarazo, junto con mujeres multigestas, con lo que suponía que el encuentro de mujeres en diferente condición reproductiva permitiría el intercambio de experiencias y con ello oportunidades para el aprendizaje con base al conocimiento de las experiencias positivas y negativas de las participantes.

Como parte de la propuesta teórica se proponía también que durante esta Consulta Colectiva se iniciara el reconocimiento de las actitudes frente a la posibilidad de nuevos embarazos, a través una reflexión grupal mediante preguntas generadoras. Suponiendo que la expresión de una decisión o una actitud sobre la vida reproductiva de alguna de las participantes, propiciara la empatía necesaria para que las demás participantes expresaran sus propias expectativas y temores respecto a la posibilidad de controlar su propia fecundidad.

Por otro lado se partía del supuesto de que con la participación de las parteras en la Consulta Colectiva de embarazadas, ellas ampliarían su conocimiento acerca de la evolución del embarazo y les permitiría acercarse a las problemáticas particulares de las mujeres que seguramente les tocaría atender. Enfatizándose el reconocimiento de las señales de alarma y las medidas que deberían llevarse a cabo para cada caso.

Otro aspecto importante de esta primera consulta era el de resaltar la importancia de una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses como el mejor método de alimentación para el niño y como una forma de evitar nuevos embarazos durante este período. Desde esta Consulta Colectiva se promovería el Método de Lactancia Amenorrea (MELA), como la forma más adecuada en que las propias mujeres podían evitar nuevos embarazos, durante los primeros seis meses después del parto. El método se basa en el efecto anticonceptivo de la lactancia al inhibir la ovulación, con una alta eficacia cuando se practica correctamente.

Cabe resaltar que uno de los principales objetivos de esta primera Consulta Colectiva era el disminuir la muerte materna, al ser uno de los problemas más graves

que se viven en las comunidades rurales de Chiapas, por ello la estrategia proponía el cuidado prenatal temprano. Se ha visto que madres que comenzaron con atención prenatal el primer y segundo trimestre del embarazo, tuvieron menos tasas de mortalidad materna, que las que comenzaron en el tercer trimestre. En las poblaciones rurales las mujeres que han tenido muchos hijos generalmente no acuden a control prenatal, especialmente si no tuvieron problemas en sus embarazos anteriores, siendo la alta paridad un factor de riesgo durante el embarazo. Con la Consulta Colectiva de embarazadas se pretendía brindar un control prenatal temprano para la detección oportuna de riesgos.

Además de lo anterior, la vigilancia del estado de nutrición de la madre era otra actividad prevista para la Consulta Colectiva de embarazadas, al ser un factor fundamental tanto para la salud de la madre como la de su hijo o hija. La relación de problemas de desnutrición y de salud reproductiva de las mujeres es innegable y muchas veces se inician desde el momento de la concepción. Los problemas de malnutrición de una mujer durante el embarazo o previos a él son un indicador de bajo peso al nacer, mismo que representa un factor de riesgo para los recién nacidos. Además los problemas de malnutrición de la madre repercuten en su salud y calidad de vida por la relación existente entre infección y desnutrición. Mujeres bien alimentadas presentan menos problemas durante el embarazo y el parto. La desnutrición en la infancia lleva a un inadecuado crecimiento y se tiene un mayor riesgo de infección y defunción, además de que niñas pequeñas en su vida adulta serán mujeres embarazadas de poca estatura lo que es también un factor de riesgo de bajo peso al nacer, cerrándose un círculo vicioso; amén de que con la desnutrición en la infancia las niñas frecuentemente crecen y se desarrollan inadecuadamente, presentando muchas veces un canal de parto pequeño, factor determinante en la mayoría de los casos en los que se presenta un parto prolongado, con todos los riesgos que esto implica y que llevan a la madre en innumerables ocasiones a la muerte de la mujer.

Enfatizar la relación entre nutrición y reproducción, y promover acciones encaminadas a prevenir la desnutrición infantil se consideró fundamental en la

metodología propuesta, de ahí la importancia de dar seguimiento a los niños y niñas hasta que cumplieran los dos años de vida.

La segunda Consulta Colectiva que reuniría a las madres y a los niños recién nacidos y hasta que cumplieran los 6 meses, tenía como objetivos principales el apoyo a la lactancia materna; y tomar en cuenta la decisión a la que cada mujer hubiera llegado respecto a la utilización de un método de planificación familiar. En esta Consulta Colectiva también se informaría con claridad el funcionamiento del método MELO y su efectividad durante los primeros seis meses de vida cuando el amamantamiento es exclusivo, advirtiéndose sobre el incremento de las posibilidades de nuevos embarazos conforme se rebasan los seis meses después del parto, o cuando se introducen otras bebidas o alimentos a la dieta del bebé.

Así mismo cuando una mujer expresara su deseo de evitar o posponer nuevos embarazos, se promovería su protección con métodos que no afectaran la producción de leche materna y que protegieran eficazmente a la mujer.

En esta Consulta Colectiva se proponía además la identificación de mujeres que presentaran problemas con la lactancia, propiciando la expresión de sus dudas y temores, generados muchas veces a partir de mensajes recibidos desde prácticas urbanas de alimentación con sucedáneos de la leche materna y el uso de biberón, que con frecuencia las hace desvalorar su práctica cultural e histórica de lactancia. Se esperaba que la posibilidad de discutir y reflexionar sobre las ventajas que para ellas y sus hijos representa la lactancia materna, permitiría la revaloración de ésta práctica haciéndolas sentir seguras de su capacidad natural de alimentar correctamente a su hijo. Respecto a la salud de las mujeres en esta Consulta Colectiva se brindaría atención a los problemas de salud que presentaran.

Por último, la tercera Consulta Colectiva proponía la reunión de las madres con hijos o hijas entre 6 y 24 meses, donde el énfasis de las acciones dirigidas a las mujeres, era brindar un seguimiento y atención adecuada cuando se hubiera adoptado algún método de contracepción para garantizar su continuidad y favorecer el espaciamiento de embarazos, durante los dos primeros años de vida del menor. Además de la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades de transmisión sexual y otros problemas relacionados con su salud reproductiva.

Si consideramos que los niños que se encuentran en este lapso de edad tienen un porcentaje mayor de probabilidad de desnutrirse, el enfoque de esta consulta con relación a la salud de la población infantil era la prevención de la desnutrición. El sustento teórico de esto partía del hecho de que ha sido ya ampliamente referido que en los países en desarrollo, el momento donde existe un mayor riesgo nutricional relacionado con infecciones y mortalidad infantil es entre los seis y 18 meses de edad, período que ha sido denominado por algunos autores como el "valle de la muerte" por lo que desde la perspectiva popular, en general no se bautiza a los niños(as) antes de los tres años, precisamente por la alta mortalidad infantil en esos primeros años. Es en esta etapa cuando al menor se le empiezan a dar otros alimentos además de la leche materna o bien es destetado bruscamente, ante la presencia de un nuevo embarazo lo que indudablemente representa un riesgo nutricional.

Durante esta consulta se promovería la continuidad de la lactancia más allá de los seis meses, se aseguraría una ablactación efectiva, un destete adecuado, se realizaría las actividades de desparasitación y administración de megadosis de vitamina A semestrales, que formaban ya parte del programa de salud del CCESC.

El enfoque preventivo de las Consultas Colectivas, con la identificación de factores de riesgo nutricional permitiría detectar y corregir oportunamente los problemas, reforzando los conocimientos de las madres, lo que les permitiría asumir actitudes y acciones para el cuidado de su propia salud y la de sus hijos.

Con éstos planteamiento teóricos, hacia mediados de 1996 me fue presentada por primera vez la propuesta por parte del coordinador general de la organización, quien había participado en el desarrollo de la metodología de Consultas Colectivas como parte de las actividades de la Comisión Médica de Derechos Humanos de la Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz (CONPAZ), como propuesta de trabajo para la atención de los problemas de nutrición infantil en algunas de las comunidades del municipio de Ocosingo en 1994, que por encontrarse en resistencia a partir del conflicto armado en Chiapas, en ese momento no recibían atención en salud de la instituciones del Estado, siendo los promotores de salud los principales actores responsables de las actividades de salud en las

comunidades. La propuesta metodológica en esas comunidades no logró desarrollarse por diversos problemas relacionados con la operación del proyecto. Sin embargo se consideraba que retomando el concepto de trabajo en grupos de mujeres se podría desarrollar una estrategia para atender no sólo los problemas de desnutrición, sino los relacionados con la salud reproductiva a partir del concepto recién aceptado internacionalmente en El Cairo, de ahí nació la propuesta anteriormente descrita.

De entrada la metodología me pareció muy interesante y comencé desde ese momento a formar parte del proceso de apropiación y construcción de la estrategia. Como responsable de la coordinación de un equipo de trabajo dentro del CCESC, donde nuestra línea era precisamente la salud de las mujeres, la propuesta teórica de Consultas Colectivas representaba una forma de trabajo con la que se podía incidir en su salud desde un enfoque preventivo. Por esto consideré importante incluir la revisión de la metodología en una de nuestras reuniones mensuales de planeación y evaluación de actividades, con el objetivo de analizar las posibilidades de desarrollar dicha metodología, en la que en ese momento era la zona de trabajo donde nos correspondía realizar las actividades del proyecto a nuestro cargo.

La propuesta fue bien recibida, porque se le reconocían muchos aciertos desde el punto de vista técnico y metodológico, así se pidió una revisión más profunda de la propuesta en un taller donde se pudieran identificar los alcances y requerimientos de la estrategia, para incluirla como parte del proyecto de la "Casa de Salud de la Mujer" de la comunidad de Nuevo Porvenir. En dicho taller el punto de partida para el análisis y comprensión de la propuesta fue el concepto de salud reproductiva y su pertinencia en el contexto comunitario donde trabajábamos. Con esta reflexión se introdujeron tres elementos que desde mi punto de vista fueron claves en la reconstrucción de la estrategia: la perspectiva de género, la educación participativa y el empoderamiento de las parteras.

El enfoque de género venía formando parte de las actividades de atención y capacitación que se desarrollaban en la "Casa de Salud de la Mujer" de Nuevo Porvenir, por lo que se consideró que aún cuando el planteamiento teórico inicial de la estrategia basada en el desarrollo de las Consultas Colectivas, consideraba

aspectos fundamentales relacionados con los principales problemas de salud de las mujeres y niños(as) de la comunidad, el enfoque de la propuesta cubría solamente aspectos médicos, y era necesario considerar factores relacionados con la situación de las mujeres, en el ámbito comunitario, familiar, de pareja y sus repercusiones en su salud, esto es, trascender el espacio de las Consultas Colectivas como un espacio donde no sólo fueran revisadas o identificadas señales fisiológicas de riesgo, sino donde se pudiera reflexionar y discutir con ellas, situaciones de su vida cotidiana que determinan o influyen en gran medida en sus condiciones de salud.

La experiencia de trabajo acumulada a través de las actividades del proyecto de la "Casa de Salud de la Mujer" que había iniciado en 1990, nos permitía comprender que las condiciones de desigualdad que viven las mujeres en las zonas rurales conforman un perfil de riesgo para su salud, lo que se relaciona no solamente con los procesos reproductivos ligados a la identidad de las mujeres basada en la maternidad, que en sí mismos repercuten en una alta prevalencia de morbilidad materna, sino además con la falta de acceso a los recursos, la violencia doméstica, el analfabetismo y la desnutrición crónica, que se ha relacionado con la asimetría existente al interior del espacio doméstico en cuanto al consumo de alimentos. Por lo que todas las integrantes del equipo de trabajo coincidíamos en que no solamente a partir de una atención médica se mejorarían o resolverían sus problemas de salud y nutrición, sino que se requería también de la realización de acciones que facilitaran y promovieran la equidad entre los géneros.

Como equipo de trabajo vimos que la propuesta de trabajar con grupos de mujeres en las Consultas Colectivas, brindaba una posibilidad de generar procesos educativos, en los que las mujeres pudieran no sólo aprender acerca de las señales de riesgo durante el embarazo, o de cómo alimentar o cuidar a sus hijos, sino que pudieran transformar su propia concepción acerca de sí mismas, de su cuerpo, su salud, su sexualidad y su vida reproductiva. Esto es, nos comenzó a entusiasmar el sueño de que con la propuesta concreta que significaban las Consultas Colectivas, se podría facilitar un proceso de reflexión y diálogo con las mujeres de todas las comunidades donde el CCESC desarrollaba sus actividades, con lo que los diferentes actores involucrados avanzaran hacia su construcción como sujetos desde

una perspectiva de género, y se transitara de la concepción donde las mujeres eran parte de la población objetivo o beneficiarias de planes y proyectos de atención, para ser vistas como actores en la búsqueda de mejores condiciones de vida y salud.

Así, hacia finales de 1996, iniciamos un proceso de apropiación de la propuesta de Consultas Colectivas que comenzó con discusiones acerca de la metodología y el desarrollo de las primeras Consultas Colectivas en Nuevo Porvenir, y continuó durante los siguientes tres años, siempre en un proceso constante de ir probando la teoría y recuperando de la práctica nuevas ideas, que sirvieron para el enriquecimiento y reconstrucción de la propuesta inicial.

Al apropiarnos como equipo de trabajo de la estrategia a la que se había llamado Consultas Colectivas, la pensábamos como un espacio educativo con el que se les diera la posibilidad a los diferentes actores involucrados de participar en la búsqueda de soluciones a partir del análisis de sus necesidades como una forma de transformar su realidad, esto es, volverse sujetos.

Debido a que durante el proceso de reconstrucción de la estrategia en éstos términos, inicié mis estudios de postgrado, el proceso que me significó el ser estudiante de la maestría en Desarrollo Rural de la UAM me permitió enriquecer mi visión del trabajo en salud con las mujeres desde una dimensión de desarrollo, con lo que entre otras, la categoría de sujeto social, se incorporó en nuestros análisis respecto al trabajo que realizábamos con los grupos de mujeres, promotores, promotoras y parteras, no sólo en el desarrollo mismo de la estrategia de Consultas Colectivas, sino en todas las actividades que desde el equipo de trabajo de la “Casa de Salud de la Mujer” se realizaban; de hecho muchas de las discusiones que como parte de la maestría representaron para mí descubrimientos, que significaban un cambio de enfoque y concepción del trabajo que el CCESC desarrollaba, se hicieron presentes en las reflexiones y análisis generados en el equipo de trabajo, donde muchos de los conceptos teóricos revisados en la Maestría fueron encontrando en la práctica una aplicación, aunque también simultáneamente se fueron profundizando las diferencias en cuanto a las concepciones con el otro equipo de salud del CCESC.

Avanzar en la construcción de sujetos sociales en el medio rural como uno de los mecanismos a través de los cuales se pudiera incidir desde procesos locales para

conquistar cambios en las condiciones de vida de la población, se convirtió en uno de los principales ejes de nuestro trabajo en salud en Nuevo Porvenir, que era cruzado por un enfoque de género, como la base para alcanzar un desarrollo rural alternativo.

En virtud de que la población con la que el CCESC trabajaba en ese momento, en su gran mayoría provenía de diferentes etnias indígenas, consideramos además, que los aspectos culturales que definen las concepciones del proceso salud enfermedad eran un elemento importante que debiera estar presente en las Consultas Colectivas, ya que la experiencia nos había demostrado que en el ámbito de salud reproductiva son las concepciones culturales las que determinan la conducta de las mujeres y hombres, por lo que el reconocimiento de éstas, representaba una condición indispensable en la atención y difusión de mensajes educativos con los que se pretendían mejorar las condiciones de salud de las mujeres. Respecto a este último aspecto, es un hecho la brecha que existe entre los sistemas de salud institucional y las poblaciones rurales con sus propias prácticas y conceptos en torno al proceso salud-enfermedad y la existencia de territorios de poder entre médicos, parteras y otros actores que brindan atención a los problemas de salud en las comunidades indígenas, uno basado en lo científico y el otro en la historia cultural, la experiencia y la aceptación de la propia población de estas visiones sobre la salud y las enfermedades.

Ligado a lo anterior, como parte de la reflexión y reconstrucción de la propuesta inicialmente planteada, se pensó que el papel e importancia de la participación de las parteras debiera ir más allá de lograr un objetivo de capacitación, ya que las parteras tradicionales son actores con amplio reconocimiento dentro de las propias comunidades y juegan un rol fundamental en todo el proceso de salud-enfermedad de las mujeres en el medio rural, sobre todo el indígena.

Como parte del análisis acerca de cómo funcionaba el programa de salud del CCESC, no fue difícil identificar el hecho de que la atención de la salud por parte de las parteras se encontraba totalmente desarticulada de las actividades de atención que se realizaban tanto en las comunidades como en la Unidad de Referencia Intermedia del CCESC, que basa su esquema de atención en la presencia constante en la clínica, de personal profesional, técnico y de algunos promotores de la propia

organización. Aunque las parteras son reconocidas por la organización como un personaje importante, solamente se les convoca para participar en actividades de capacitación, donde se enfatizan sobre todo aspectos en relación a cómo se debe dar la atención del parto, para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer o del niño, desde luego considerando los parámetros médicos hegemónicos existentes.

Se ha visto, desde diversas instituciones de salud, la capacitación de las parteras, como uno de los factores principales para lograr la disminución de tasas de muerte materna al ser ellas las que brindan la atención de partos en las comunidades rurales. Se piensa que parteras y promotores de salud sin entrenamiento en la identificación de riesgos, no envían oportunamente a las pacientes a un hospital para su atención lo que incrementa el número de muertes, aunque se ha demostrado también, que son muchos los factores que intervienen en el hecho de que una mujer con problemas al momento del parto sea trasladada a un hospital o no, y no solamente la capacidad de la partera para identificar signos de riesgo.

Si bien son muchos los casos en los que la partera comete errores en el momento de la atención y no logra detectar a tiempo complicaciones, también es cierto que muchas de ellas luchan contra esposos y familiares para convencerlos de la necesidad de referir a la mujer a un hospital, y cuando en ocasiones logran hacerlo se enfrentan a problemas burocráticos institucionales y maltratos por parte del personal de salud en las instituciones a las que deciden trasladar a sus pacientes, además de las limitaciones económicas ante los gastos que de esto se derivan.

".....en los traslados de mujeres embarazadas con complicaciones, en los hospitales no nos toman en cuenta, no nos preguntan lo que hicimos a la mujer. Y si la mujer llega a morir culpan a las parteras, porque piensan que nuestro trabajo se hizo mal, o con falta de higiene. En cambio no consideran todos los partos que atendemos sin problemas, sin dinero y con mucho trabajo y esfuerzo".

Este es un testimonio de una de las promotoras de salud del CCESC, quien también atiende partos, recogido como parte del trabajo y participación al interior del

Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas, en el que el CCESC ha venido participando, y refleja cómo las parteras y promotores o promotoras de salud se sienten frente a las instituciones de salud.

De ahí que desde nuestra perspectiva, las Consultas Colectivas debieran servir también como un espacio en el que la partera pudiera ser escuchada y revalorada, tanto por el personal médico o técnico, como por promotores de salud e incluso por las propias mujeres, reconociéndose su experiencia y conocimientos, así como el hecho de que muchas veces tienen un rol comunitario que va más allá de la atención de la mujer en el momento del parto. Reconocimiento que permitiría, de manera paralela, lograr un proceso de fortalecimiento de su autoestima, de forma tal que pudieran enfrentar de mejor manera las dificultades que encierra su trabajo, sobre todo en su interactuar con las instituciones de salud.

Esta perspectiva del trabajo con las parteras se fue construyendo a partir del trabajo desarrollado en la "Casa de Salud de la Mujer" de Nuevo Porvenir donde fue posible una participación activa de éstas, con responsabilidades concretas para el funcionamiento de la misma. De ahí la convicción, en el sentido de que la partera debiera ser considerada como un personaje importante en todas las acciones de salud que se desarrollaran en las comunidades, y de especial manera en las actividades relacionadas con la atención de la salud reproductiva.

Por otro lado, si bien se consideró importante la identificación de riesgos como uno de los objetivos de las Consultas Colectivas para la prevención de problemas graves de salud, en términos educativos no nos planteábamos éste como el único propósito, sino que se pensaba generar un espacio que facilitara la reflexión sobre las causas básicas por las que esos factores están presentes como indicadores de riesgo en el grupo y en la comunidad, a partir de la cual se propiciara una toma de conciencia para la realización de acciones preventivas de las mujeres, sus parejas, la familia y la comunidad. Esto al considerar que tomar en cuenta el concepto amplio de salud reproductiva propuesto en El Cairo, implicaba no sólo un enfoque preventivo e integral para la atención médica, sino el reconocimiento de sus dimensiones sociales y culturales.

Con relación a la planificación familiar, la metodología propuesta buscaba atender las necesidades reproductivas, teniendo como eje los derechos reproductivos, para lo cual el punto de partida que se proponía era el brindar información a las mujeres durante las Consultas Colectivas, acerca de los diferentes métodos anticonceptivos existentes, lo que les permitiría decidir de manera informada sobre su vida reproductiva.

Si consideramos que desde una perspectiva de género, la decisión informada de las mujeres acerca de cuándo y cuántos hijos quiere tener, nos remite a relaciones de subordinación y dominación, la estrategia planteada debería servir entonces como un espacio donde se pudieran ir construyendo mecanismos que ayudaran a las mujeres a tomar sus propias decisiones y ejercer el control sobre su vida reproductiva, a través del análisis de las concepciones sociales y culturales que llevan a la subordinación de la mujer respecto al hombre y que de una u otra manera repercuten en una mayor incidencia sobre la salud en las mujeres.

Entendiendo que la apropiación del cuerpo y la sexualidad son la base a partir de lo cual se pueda generar la posibilidad de la toma de decisiones respecto a la vida reproductiva, para nosotras era muy importante como uno de los temas a reflexionar con las mujeres en la Consultas Colectivas, el autoconocimiento del cuerpo, su funcionamiento, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres; lo que nos abría la posibilidad de analizar las diferencias sociales a partir de preguntas generadoras y de la reconstrucción de la vida cotidiana de hombres y mujeres, iniciando así la reflexión en torno a la subordinación en términos de género de las mujeres. Este fue otro de los desencuentros con quien desde el punto de vista médico, consideraba que no era un tema necesario en las Consultas Colectivas, pretendiéndose dejar los temas de discusión y reflexión con las mujeres circunscritos a la identificación de riesgos.

Respecto a la participación de los hombres, cuestionamos el hecho de que no se pensara en actividades donde se analizara o reflexionara acerca de su participación en la salud reproductiva de las mujeres y de sus propias condiciones y problemática de salud. Con lo que se comenzaron a tejer ideas acerca de cómo se podía trabajar con los hombres, sobre todo de algunos de los compañeros

interesados en el tema de las masculinidades, aunque éstas intenciones, como en muchos otros programas de salud reproductiva, se quedaron solamente como parte de un buen deseo. Fueron muy pocas las experiencias que se desarrollaron en algunas comunidades, y aunque se inició un proceso de reflexión con promotores de salud y personal técnico, no se logró articular una metodología para el trabajo con hombres en las Consultas Colectivas con las mujeres, pese a la solicitud de éstas de que se revisaran con ellos, algunos de los temas sobre los que ya habían reflexionado.

Esa situación se debe a que el incluir en el trabajo de salud reproductiva el análisis de todos aquellos factores construidos social y culturalmente con la población masculina, implica el cuestionamiento de relaciones de poder, históricamente reproducidas y que forman parte de la cultura de los grupos con los que se trabajaba, lo que no es fácil, empezando porque con frecuencia no se cuenta con el personal capacitado para este trabajo.

Finalmente, entendiendo que los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales, no podíamos perder de vista el hecho de que dentro del contexto comunitario en el que trabajábamos, las estructuras y relaciones de poder existentes abarcaban también las prácticas reproductivas y sexuales de las mujeres con las que se desarrollaba la estrategia de Consultas Colectivas.

Para el equipo de trabajo era previsible que con el desarrollo de una estrategia como las Consultas Colectivas, donde la idea principal era darle la voz a las mujeres, nos enfrentaríamos a la dificultad que encuentran las mujeres en su vida privada para poder acceder a la toma de decisiones respecto a su propio cuerpo y su vida reproductiva, lo que exigía una toma de posición que le daría a nuestro quehacer y al de las propias mujeres, una dimensión pública.

2. La presentación de la estrategia en el área de salud del CCESC: resistencias y tensiones en los grupos de trabajo.

Después de más de doce años de experiencia en el desarrollo de programas y proyectos con los que se pretendía mejorar la salud de la población hacia la que se

dirigían las acciones, y al analizar autocríticamente las deficiencias en los enfoques de muchos de ellos, había aprendido que uno de los factores que determinaban que el impacto en la población no fuera el esperado, se debía en gran medida, al simple hecho de que la población era vista sólo como “población objetivo”, sin que se diera la posibilidad de que la gente atendida pudiera ser escuchada, porque finalmente los que formamos parte de un programa tenemos objetivos que cumplir, actividades que realizar, resultados que obtener en tiempos cortos, establecidos sobre todo por los financiamientos con los que funcionan en su gran mayoría los proyectos que se desarrollan en las comunidades rurales.

Con frecuencia la elaboración de proyectos es responsabilidad de algunos directivos de las organizaciones y se realizan con base en convocatorias que de entrada determinan los temas a trabajar. Y aunque generalmente los proyectos o programas seguramente están encaminados a resolver “alguna” de las múltiples problemáticas de la población rural, el problema se presenta cuando las estrategias y acciones se piensan y se pretenden aplicar de manera única y absoluta en todas las comunidades por igual, como un modelo, sin opción de cambios o adaptación a los contextos, de ahí tal vez provenga mi resistencia de llamar “un modelo para la atención”, como era percibido por quien había hecho la propuesta inicial del proyecto, lo que para mi era una estrategia en construcción permanente.

Como parte del equipo que en ese momento conformábamos el proyecto de la “Casa de Salud de la Mujer” en Nuevo Porvenir, había aprendido que no existía metodología alguna para el trabajo en salud comunitaria que se pudiera aplicar como receta. Tal vez por eso, de entrada tomaba la propuesta metodológica de Consultas Colectivas como una idea inicial a partir de la cual nosotras, como un equipo multidisciplinario, podíamos trabajar con las mujeres, transformándola y enriqueciéndola, considerando el contexto donde nos tocaba realizar nuestro trabajo; en suma, partiendo de la realidad concreta de mujeres, promotores, promotoras y parteras con las cuales compartíamos una relación cotidiana a través de las actividades que ya se venían realizando como parte del proyecto de la “Casa de Salud de la Mujer”.

La metodología significaba de entrada estar dispuestas a aprender y llevar la propuesta teórica a la práctica, para ir así mismo recogiendo la experiencia del desarrollo de las Consultas Colectivas, e ir transformando los conceptos inicialmente planteados, en una estrategia para la atención de las mujeres en Nuevo Porvenir, y probablemente en las comunidades donde el CCESC realizaba otras actividades para la atención de la salud de la población.

Con esta idea se organizó la presentación de la propuesta al equipo de trabajo responsable de la atención de la clínica de Poza Rica. El primer acercamiento con el grupo se dio a través de una reunión de trabajo donde el coordinador de la organización, explicó cómo y porqué se consideraba importante la propuesta. Esta primera reunión se dio un poco después de que la propuesta metodológica me había sido presentada por primera vez, y casi de manera paralela con la presentación hecha al equipo que yo coordinaba; así de la misma manera se presentaron los ejes que desde la visión del coordinador eran los fundamentales de la propuesta, dentro de los que se resaltaban: la integralidad de la atención a problemas de salud reproductiva y nutrición; el enfoque preventivo y de riesgo, que sustentaba la importancia del seguimiento longitudinal de mujeres y niños(as) desde el embarazo de la madre y hasta que su hijo(a) cumpliera los dos años de vida; así como buscar la expresión de los deseos reproductivos de las mujeres, como un mecanismo a través del cual se garantizara el respeto de los derechos reproductivos en la realización de actividades de planificación familiar.

Dentro del enfoque de riesgo se resaltó también la importancia de la capacitación de parteras y el que las propias mujeres identificaran oportunamente los riesgos durante el embarazo, con lo que se favorecería el autocuidado. En general la propuesta fue escuchada en silencio, hubo algunas participaciones que apoyaban el sustento teórico de la propuesta y finalmente se aceptó incluir en las actividades comunitarias de atención a la salud, la realización de la metodología propuesta, para lo que se pidió la realización de un taller dirigido a promotores y promotoras de salud de la zona Poza Rica.

En dicho taller una vez más el coordinador explicó en qué consistía la metodología propuesta, realizándose una serie de sociodramas, con el objeto de

mostrar de manera práctica la forma en que las Consultas Colectivas se debieran desarrollar. En este mismo taller se presentaron algunos formatos propuestos por el mismo coordinador, para registrar los riesgos identificados en las mujeres y niños que participarían en las Consultas Colectivas.

La construcción de la estrategia en este punto dependía fundamentalmente de los requerimientos y puntos de vista del coordinador general y en menor medida de los aportes personales que yo podía hacer, sobre todo gracias a la discusión generada dentro de mi propio equipo de trabajo como parte de la apropiación de la propuesta.

Después de esta primera etapa, la estrategia en la zona de trabajo de Nuevo Porvenir fue tomando un sentido propio, transformándose y enriqueciéndose a lo largo de un año de análisis y discusiones conceptuales, y sobre todo con el análisis y reflexión de la experiencia en la comunidad.

En ese mismo lapso de tiempo, en la zona de Poza Rica las Consultas Colectivas pasaron a ser una actividad más dentro del programa de trabajo, sin que se llegaran a comprender bien los fundamentos teóricos-conceptuales en los que se fundamentaba la propuesta, sintiéndose además como una carga adicional de trabajo, a la que se daba muy poco seguimiento al no existir un responsable para ello, ya que ninguno de los técnicos y médicos del equipo sentía suya esa responsabilidad.

Hacia mediados de 1998 ante la posibilidad de que la propuesta metodológica de Consultas Colectivas recibiera financiamiento del Fondo de Naciones Unidas para la Población, como un proyecto más de la organización, se vio la necesidad de retomar el proceso de manera integral. Cabe mencionar que la formulación del proyecto y los trámites para su aprobación me habían sido encomendados por parte de la coordinación general, para que yo los realizara en calidad de Coordinadora del proyecto de la Casa de Salud de la Mujer de Nuevo Porvenir, sobre todo a partir de mi interés y apropiación de la metodología.

Esta forma de elaboración de proyectos, formaba parte de los mecanismos de funcionamiento en el CCESC, de hecho, históricamente era el coordinador general en quien se depositaba la responsabilidad de la búsqueda de financiamientos para

operar sobre todo en el área de salud. Así, acepté más bien como algo novedoso para mi y para la organización el involucrarme en la elaboración del proyecto, sobre todo porque para ese momento, la propuesta metodológica estaba siendo apropiada y reconstruida al interior del equipo de trabajo del que yo formaba parte, esto a partir de su desarrollo como parte de las actividades que mes a mes se realizaban en la zona que nos correspondía atender a través de la Casa de Salud de la Mujer.

Un error fundamental que por falta de visión se cometió en este proceso de elaboración del proyecto, fue que no se recogieron los puntos de vista del equipo de trabajo que realizaba las actividades de atención a la salud en la otra zona de trabajo del CCESC, lo que además se explica por el sistema de relaciones existentes al interior de la organización, donde una competencia insana se había venido gestando desde años atrás.

Durante todo el tiempo en que la estrategia fue desarrollada solamente como una metodología de trabajo con las mujeres, para la que no se contaba con recursos económicos específicos para el desarrollo de las actividades, cada equipo en "su zona" realizó a "su manera" y con "sus propias lógicas" las Consultas Colectivas, sin embargo, ante el hecho de convertirse en un proyecto más de la organización, que había sido planeado para ser desarrollado en las dos zonas de trabajo, determinó un cambio fundamental en la ejecución de la metodología al interior del CEESC.

Naturalmente al ser presentado el proyecto como parte del área de salud del CCESC, en cuyas actividades debían participar todos y todas las integrantes de la misma, sin que ninguno de ellos y ellas hubieran tenido participación, generó la sensación, aunque no explicitada abiertamente, de que una vez más predominaba la decisión vertical de la coordinación general, problema que desde años atrás había venido formando parte de la dinámica de la organización, en parte por los estilos propios de la coordinación, pero mucho más por la falta de propuestas y capacidad para la toma de decisiones del propio colectivo.

Así, casi en silencio se aceptó la propuesta de la coordinación para realizar talleres para la capacitación en el desarrollo de la estrategia, a los que se debía convocar a los promotores de la zona Poza Rica, ya que en el área de Porvenir el

proceso de capacitación y apropiación de la propuesta llevaba ya un importante avance.

Con esto dio inicio un proceso difícil en el que fueron constantes los señalamientos y la apatía para construir juntos una estrategia que pudiera convertirse en una propuesta de política pública. La subjetividad presente determinaba de manera constante una actitud negativa en los análisis teórico-prácticos, con los que se pretendía avanzar en el enriquecimiento de la propuesta, al generarse una visión desde la que éstos formaban parte de una imposición y descalificación de un equipo a otro.

Por lo que si bien la apropiación de la metodología por parte del equipo de trabajo de la zona Porvenir, y por parte mía, fue trascendente para la construcción y enriquecimiento teórico y metodológico de la estrategia, sin duda fue también una limitante para que el otro equipo de trabajo, que conformaba el área de salud de la ONG, aceptara participar en dicha construcción.

El no dimensionar las dificultades existentes en el sistema de relaciones interpersonales del CCESC y su nexo con la viabilidad de construir una propuesta común, fue uno de los principales errores que se sumaron a otros a lo largo del desarrollo de la estrategia de Consultas Colectivas como un proyecto más de la organización, que en sí misma requería de la existencia de actores o sujetos que facilitaran su despliegue para el logro de los objetivos propuestos, sobre todo en lo referente a la construcción de las mujeres y parteras en sujetos, encontrándonos por el contrario con grupos de individuos inmersos en contradicciones, derivadas de intereses y creencias antagónicas que repercutían en el proceso de interacción como parte de un área de la organización y por tanto en las formas de acción con los grupos de población.

Actualmente, a la luz del análisis del proceso de construcción de la estrategia de Consultas Colectivas, y al ya no formar parte activa de la organización, aún y cuando una parte afectiva de mí está permanentemente ligada al CCESC, por todo lo que esta organización ha significado en mi quehacer profesional, errores, aciertos, afectos, mis sueños y esperanzas, y también porqué no decirlo, en mis desalientos y

desesperanzas, me resultan más claros los factores que llevaron a la dificultad de construir como un colectivo la estrategia.

Retomando la visión de Giménez (1994) en relación a que un actor social se define por su acción, y que ésta es definida por personas con visiones particulares que logran encontrar puntos en común que les permiten interactuar, considero que este fue uno de los elementos claves que determinaron lo que el CCESC era en sus primeros años y el camino que tomó en los últimos años.

Si bien el nacimiento del CCESC partió de la utopía de una persona que encontró en su caminar a otras personas, con los mismos deseos de impulsar un proyecto alternativo que buscaba justicia social, con un enfoque de desarrollo a partir del trabajo rural en dos áreas, "la ecología y la salud", poco a poco las personas que al principio compartieron esa utopía se fueron retirando por diversas causas, y aunque algunos de ellos continuaron en la organización, el CCESC empezó a funcionar a partir del trabajo de personal contratado que se sumaba a las actividades de un proyecto que ya estaba en marcha.

En los últimos años el CCESC en su área de salud creció ampliamente, incorporándose profesionistas recién egresados como parte del personal, para los que en muchas ocasiones su trabajo en la organización era la primera experiencia laboral. También se contó con pasantes de las carreras de medicina, enfermería y nutrición que realizaron su servicio social. Esto implicó poca o nula formación política, lo que ligado al modelo medicalizado de la atención, en el que se fue convirtiendo el trabajo del área de salud del CCESC al ser la clínica de Poza Rica el principal centro de su actuar, propició que el funcionamiento del equipo de salud se basara en el cumplimiento de actividades programadas de manera mensual, sin una visión de desarrollo comunitario. Esto condujo muchas veces a restar importancia al proceso de participación de la población y de actores tan fundamentales en la atención de la salud, como son las parteras.

Por otro lado, el personal que contaba con mayor experiencia o tiempo de trabajo en la organización, nos encontrábamos coordinando equipos de trabajo, concentrando nuestros esfuerzos por hacer lo mejor posible las actividades de acuerdo a los objetivos de los proyectos o de "nuestra" zona de trabajo de los que éramos

responsables. De esta forma nos aislamos en nuestros grupos de trabajo, cada equipo en nuestros particularismos, perdiendo de vista el enfoque de desarrollo que alguna vez se había planteado.

En este contexto interno se fue dando desde “nuestro equipo de trabajo” la apropiación y reconstrucción de la estrategia de Consultas Colectivas, por lo que al ser presentada a la totalidad del área de salud, el personal médico, pasantes en servicio social, coordinadores de proyectos y promotores de salud vieron a las actividades del proyecto como “nuestra responsabilidad” y a todas las propuestas contenidas en él como “nuestras propuestas”. Esta visión fue la que de manera constante se trató de cambiar, aunque hoy a luz de este análisis me doy cuenta de que en realidad en la reconstrucción de la propuesta efectivamente estaban recogidas “nuestras concepciones”, “nuestras experiencias”, “nuestros sueños”, “nuestras utopías”, pero eso no limitaba la incorporación de “sus concepciones” y “su práctica”, o de sus propios sueños como equipo de trabajo.

Finalmente se llegó a la conclusión de que el desarrollo y la construcción de la estrategia requería del consenso institucional; para lo cual el primer paso era lograr la cohesión del grupo y realmente poder transformar las prácticas que hicieran posible el cambio que se buscaba en el trabajo con las mujeres, sin duda solamente con la participación convencida de los grupos de trabajo se lograrían los resultados esperados, para lo que no bastaban las reuniones o los talleres donde revisábamos la metodología propuesta.

Con la convicción de que la propuesta y sus planteamientos teóricos nos podían permitir una relación diferente con las mujeres, que de alguna manera ya habíamos empezado a constatar con nuestro trabajo en la zona de Nuevo Porvenir, me planteé el reto de iniciar un proceso de fortalecimiento institucional, en el que todos aceptaron participar, aunque hoy al pensar en esto, no sé si se aceptó porque se tuvo el respaldo desde la coordinación general o tal vez porque los problemas y confrontaciones amenazaban ya la unidad del área y del CCESC en su conjunto.

De una u otra manera se inició este proceso con el reconocimiento de los problemas existentes, para los que se plantearon soluciones, todas posibles desde nuestro punto de vista, sin embargo no a todos se les dio solución, porque finalmente

se seguía arrastrando uno de los principales problemas de la organización: la toma de decisiones dependía directamente de la coordinación general.

Dentro de los procesos de interacción en los grupos, la toma de decisiones se relaciona directamente con las formas de intercambio de información y los tipos de liderazgo existentes que favorecen o limitan relaciones de cooperación y participación de los individuos que forman parte del colectivo, que a su vez se retroalimentan por las formas en las que los grupos dan respuesta a los problemas o conflictos internos y situacionales como parte de un continuo, donde se hacen presentes las diferencias de concepciones acerca de los roles particulares o individuales dentro de la organización de cada uno de los integrantes del grupo y de la organización en su conjunto.

En este sentido en el proceso de fortalecimiento institucional del CCESC se hizo necesaria la revisión de la misión y la visión de la organización, además de la redefinición de políticas y la reestructuración del área, formándose un consejo coordinador con lo que se pretendió democratizar la toma de decisiones. Sin embargo una vez más se hizo manifiesta la dificultad que enfrentan las organizaciones para acceder a formas reales de convivencia democrática, al sobreponerse estilos jerárquicos que redundaron en incongruencias entre el discurso y la praxis.

El proceso duró todo un año, en que se realizaron diferentes talleres, incluyendo tres que fueron facilitados por Servicio Internacional para la Paz (SIPAZ), en torno al manejo de conflictos, estilos personales y comunicación; así pese al desánimo que muchas veces se produjo en todo el personal del área por no verse resueltos todos los problemas; un aspecto fundamental para el proyecto de Consultas Colectivas, que se generó dentro este proceso de fortalecimiento interno, fue el análisis de las concepciones de trabajo en salud dentro del CCESC, que permitió encontrar puntos en común sobre todo con relación al trabajo educativo con la población, resaltándose la importancia de partir de un enfoque del derecho a la salud.

Aunque seguían existiendo algunas diferencias conceptuales acerca del trabajo en salud con las comunidades, se encontró en esta coincidencia una posibilidad de establecer un vínculo entre la propuesta para la atención basada en las Consultas Colectivas y la práctica de cada uno de los equipos de trabajo involucrados en su aplicación, con lo que pensábamos que de manera paulatina se podría dar una

apropiación de la estrategia por parte de los promotores, las promotoras y el personal técnico responsable de las actividades en la zona de trabajo de Poza Rica.

Sin embargo desde el punto de vista de muchos de los integrantes del área la confrontación de la estrategia, permaneció como una constante y en los hechos no lograron superarse las posiciones desde las alineaciones académicas, surgiendo las contradicciones y con ellas la lucha por imponerse sin reconocer al otro, cayendo en descalificaciones, desde las que especialmente los médicos y las médicas se sentían cuestionados en su identidad como tales.

".....nos dicen que hay un enfoque muy medicalizado de la atención, pero es que eso es lo que somos: médicos."

Así se expresaba uno de los médicos de la organización en una de las reuniones del área, y es que no se lograba trascender la visión fragmentaria y especializada, aun y cuando se planteó en repetidas ocasiones que de lo que se trataba era de sumar e integrar las visiones desde nuestras diferentes disciplinas y experiencias, para darles a nuestras actividades en salud una visión integral, donde sin duda los médicos juegan un papel fundamental, pero que la medicina y la salud no tiene que ver solamente con diagnósticos, tratamientos, equipo o instrumental, esto es solo una parte, importante claro, porque de esto depende muchas veces el que una vida sea salvada o no, pero hay en la atención a la salud otros aspectos que estamos obligados a ver como profesionistas trabajando para mejorar las condiciones de salud de la población en el medio rural, como lo social, lo cultural y lo político.

La estrategia propuesta en cierto sentido significaba una confrontación con las formas de trabajar en el área de salud del CCESC, porque implicaba el replanteamiento ético y político del trabajo hacia las comunidades, evidenciándose la dificultad de cambiar la práctica y de abandonar el activismo. Sólo desde una conciencia crítica y de participación se pudo dar en algunos integrantes del grupo un proceso de apropiación de la estrategia, mientras que en otros dominó el sentimiento de impotencia o apatía como respuesta a lo que fue visto solamente como una imposición más desde quien o quienes detentaban el poder en la organización.

El proceso aquí descrito, aunque no recoge todos los desencuentros vividos, ni las emociones sentidas por las personas que formábamos un equipo de trabajo que

quería avanzar en la construcción de una estrategia en la que encontrábamos muchos aciertos, porque nos sentíamos todavía parte de una organización que desde nuestra concepción podía ser un actor importante en la construcción de alternativas reales, con las cuales generar cambios en la salud y en el desarrollo de las comunidades, si permite constatar un hecho, y es el que se refiere a cómo en la construcción de estrategias para el desarrollo rural se confrontan diversas visiones relacionadas con los alineamientos políticos, que determinan la estrategia institucional, e inciden en la red de relaciones internas, enmarcadas dentro de relaciones de poder, lo que hace sumamente complejo avanzar en este sentido.

El poder como un elemento constante en las estructuras sociales, no está ausente en la Organizaciones No Gubernamentales, aunque muchas veces se quiera pensar que al definirse así, como “no gubernamentales”, se deja fuera de sus estructuras todo lo que está presente en los organismos gubernamentales: la burocracia y la falta de democracia. Pero la realidad es que estos dos aspectos están presentes en organizaciones de todo tipo, y como oposición a esto surgen actores que pugnan por nuevas relaciones sociales.

Sin embargo, la construcción de la democracia no es fácil, no basta con establecer reglas o formas para la toma de decisiones, o la transformación de una estructura organizativa a través de la cual se abran los espacios de participación, si no se asegura el respeto a las libertades personales y colectivas, si no es posible construir un ambiente de tolerancia donde se puedan expresar las visiones de cada uno de los que forman parte del colectivo, con el respeto constante al otro. No se trata como bien nos dice Krische (1993) un “vale todo”, sino de permitir una participación amplia de todos y de todas, donde el punto de partida es asumirnos como sujetos en la construcción de comportamientos democráticos, abandonando la aceptación callada y pasiva, como producto de los efectos de la cultura hegemónica que nos ha expropiado la capacidad crítica y de comunicación entre sujetos, con una identidad personal, una cultura, una historia. Hoy pienso que sólo así hubiera sido posible “seguir juntos, iguales y diferentes”.(Touraine:1997)

3. La estrategia y la capacidad operativa: nuevas necesidades.

A medida que la estrategia comenzó a ser desarrollada con los grupos de mujeres, se fueron evidenciando las nuevas necesidades dentro de los equipos de trabajo del CCESC, sobre todo en aspectos de capacitación. Inicialmente no se había considerado la necesidad de capacitar al personal técnico y comunitario, en las categorías conceptuales que formaban parte fundamental de nuestra propuesta, esta fue una grave falta de visión ya que no se consideró que para la gran mayoría del personal, conceptos como: la perspectiva de género, la educación participativa o los derechos reproductivos, carecían de significado, o bien se tenían concepciones erróneas de éstos.

El desarrollo de la estrategia inició bajo el supuesto de que todos y todas conocíamos y compartíamos las mismas referencias teóricas conceptuales, lo que implicó procesos diferenciados en cada una de las zonas de trabajo. Aunque si bien a esta necesidad se trató de responder con la realización de reuniones de revisión de los temas con los coordinadores, y talleres, reuniones o círculos de estudio con el resto del personal, este proceso se fue articulando de manera paralela con la puesta en práctica de la estrategia, lo que significó que durante casi los tres años del proceso, los promotores y personal técnico desarrollaran una estrategia de la que no comprendía muchos de sus principios.

La metodología educativa participativa resultó ser algo totalmente desconocido para la mayor parte del grupo de promotores y personal médico y técnico; quienes estaban acostumbrados a realizar pláticas con la población o con grupos de mujeres, donde ellos eran los poseedores de conocimientos, esto representó una de las más graves limitaciones para el desarrollo de la estrategia. Si bien la forma de realizar lo que se consideraba educación para la salud, fue uno de los problemas identificados desde el planteamiento inicial de la propuesta, en su diseño inicial se partía del supuesto de que al proponer el desarrollo de una actividad educativa diferente y explicar los criterios generales de la forma como se proponía desarrollar ésta, sería suficiente para que los promotores y el personal del área de salud del CCESC cambiaran sus "pláticas" por las Consultas Colectivas, nada más alejado de la

realidad, que nos confrontó con la importancia del problema metodológico en el desarrollo de una estrategia basada en fundamentos conceptuales-teóricos específicos y con una cultura institucional arraigada que determinaba las formas o estilos de trabajo comunitario, donde la educación para la salud era sinónimo de información a la población.

El desarrollo de la estrategia, donde uno de los principios fundamentales era la generación de un proceso educativo que se basara en una educación participativa, requería en primer lugar que quienes la iban a poner en práctica conocieran la metodología, la aceptaran, se apropiaran de ella y entonces pudieran funcionar como facilitadores de este proceso. Solamente la apropiación metodológica de la estrategia, podía dar una coherencia lógica al proceso que se pretendía desarrollar en las comunidades con los grupos de mujeres en las Consultas Colectivas.

La necesidad de desarrollar un proceso educativo y metodológico con los grupos de trabajo, en el que se reflexionara acerca de los fundamentos de la educación participativa, y se analizaran los estilos educativos con los que se había venido trabajando durante los últimos años, o en los que habían sido formados como profesionistas, en el caso de algunos de los integrantes del grupo técnico y médico, fue entendida como una necesidad fundamental; aunque también fue una de las más difíciles de superar, particularmente en el grupo de profesionistas y técnicos del área médica, donde hubo quien llegó a tener en ocasiones hasta una actitud reaccionaria, al no lograr cambiar su enfoque profesional reduccionista. Por esto, dedico un apartado en el último capítulo de esta tesis al análisis de este proceso.

Como un mecanismo a través del cual los promotores y el personal técnico lograra la comprensión y apropiación de los conceptos en los cuales se sustentaba la propuesta de trabajo se vio como necesaria una revisión teórica, que buscó siempre su confrontación con la práctica de cada uno de los integrantes de los grupos de trabajo, a través de la revisión de documentos que recogían conceptos y experiencias en torno a algunos de los temas que se consideraron claves, aunque debo mencionar que estos documentos seleccionados para que sirvieran de punto de partida para el análisis siempre tuvieron el sesgo de haber sido seleccionados por mí, su lectura sin embargo permitió iniciar un proceso reflexivo, en el que cada uno de los que participamos

podíamos expresar nuestros acuerdos o desacuerdos con los conceptos, a partir de nuestros propios análisis que tenían como referente nuestras prácticas particulares.

Esta fue una experiencia que permitió un proceso de empatía entre el grupo de coordinadores, al convertirse en un espacio donde se debatía y se compartían experiencias e ideas que servían no sólo para fortalecer la estrategia, sino el trabajo del área de salud. A partir de la discusión temática con el grupo de coordinadores fue posible desarrollar algunos talleres dirigidos a los promotores y el personal técnico, donde se buscó conservar la misma metodología de educación participativa, basada en la reflexión y el análisis.

La necesidad de capacitación metodológica no fue la única que plantearon los grupos de trabajo en las reuniones de seguimiento, los promotores de la organización pronto expresaron la urgencia de capacitación en los temas que se debían discutir en las Consultas Colectivas. Al proponer como parte de los objetivos: la identificación oportuna de riesgos, la promoción de la lactancia materna, la prevención de la desnutrición y el que las mujeres conocieran el funcionamiento del método de lactancia amenorrea (MELA), por mencionar algunos; no se había considerado la necesidad de capacitación en estos temas al grupo de promotores-capacitadores, esto en virtud de que la gran mayoría de ellos habían venido formándose como promotores desde varios años atrás, algunos con largas trayectorias durante todos los años de refugio, lo que nos llevó a pensar que podrían manejar estos temas con los grupos de mujeres en las Consultas Colectivas.

Al enfrentarse con la necesidad de trabajar la salud desde un enfoque preventivo, se evidenció el enfoque altamente medicalizado con el que se había venido capacitando a los promotores, y nos llevó a la necesidad de realizar talleres de capacitación; para lo que fueron necesarios acuerdos que lograron culminar en un plan de capacitación único para toda el área de salud, en el que quedaron integrados temas como: anatomía y fisiología del aparato reproductor, donde se incluía la concepción y el ciclo reproductivo en la mujer; el embarazo y la identificación de riesgos; el crecimiento y desarrollo de menores de 5 años o la lactancia materna y el funcionamiento del método MELA, entre otros.

Además, como parte de la capacitación a promotores-capacitadores se decidió la elaboración de un material educativo escrito, en el que serían desarrollados los principales temas que se proponían como ejes temáticos en las diferentes Consultas Colectivas. Se propuso entonces realizar una carpeta que incluyera cuadernillos que pudieran ser manejados más fácilmente por los promotores, esto se pudo hacer al contar con recursos para su elaboración a partir de la autorización del financiamiento por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP)

Para la elaboración de cada uno de los cuadernillos, el primer paso (una vez decididos los temas de cada uno de ellos de acuerdo a las necesidades que fueron expresadas por cada grupo de promotores) consistió en la elaboración de un borrador que posteriormente era revisado por todas las que formábamos parte del equipo responsable de la elaboración de los mismos, para sus correcciones y adecuaciones; con lo que se tenía un documento para iniciar la fase de diseño que incluía la selección de imágenes y su incorporación al texto. Una vez que se tenía este documento corregido con imágenes, era presentado a un grupo de promotores, para su validación; a partir de lo cual se hacían las adaptaciones necesarias tanto en texto como en imágenes, para posteriormente proceder a su diseño final para ser enviado a la imprenta.

La elaboración de materiales educativos que pudieran servir como documentos de consulta a los promotores y promotoras capacitadores (as), fue un proceso largo, que nos llevó mucho más tiempo del previsto, de enero de 1999 cuando se empezó con la primera redacción de los temas hasta diciembre del 2000 cuando se logró entregar la carpeta con los primeros cuadernillos, lo que representó por un lado un desfase más en el desarrollo de la metodología, ya que los promotores y promotoras desarrollaron la estrategia sin contar con el material que se suponía les serviría de apoyo en el desarrollo de los temas. Aunque por otro lado el haber hecho los materiales educativos a la par con el proceso, nos permitió la realización de un material más adecuado y completo, ya que se incluyó además de un contenido donde se revisaban los principales conceptos referidos a los ejes temáticos propuestos para cada Consulta Colectiva, herramientas metodológicas para el desarrollo de los temas, concebidas como medios para estimular o propiciar la participación; recogiendo

muchas de las experiencias prácticas con las que se habían trabajado los temas con las mujeres en algunas de las Consultas Colectivas realizadas, lo que en el diseño inicial no se tenía contemplado incluir.²

Por otro lado, ligado a las necesidades de capacitación descritas, surgió la necesidad de contar con materiales adecuados para el desarrollo de las Consultas Colectivas, lo que de alguna manera contribuyó a la apropiación de la estrategia en el grupo de promotores, ya que a partir de esta necesidad operativa surgió la iniciativa de muchos de ellos, para la elaboración de materiales a partir de sus propios recursos y capacidades, con lo que por sí mismos decidían de qué manera facilitar la participación de las mujeres, así los que tenían habilidad para dibujar realizaban sus propias imágenes que les servían para generar la participación de las mujeres.

En el caso de esta necesidad expresada de manera continua por los promotores y promotoras, de contar con material adecuado que facilitaran la discusión de temas con las mujeres en las Consultas Colectivas, no pudo ser satisfecha de manera total, al no contarse con los recursos suficientes para ello, sin embargo se lograron realizar 6 juegos con 40 imágenes para el desarrollo de los temas propuestos en la Consulta Colectiva de menores de seis meses; así como 5 juegos con imágenes que servían para revisar con las mujeres el funcionamiento del aparato reproductor femenino, mismas que eran colocados en un delantal lo que permitía que las mujeres al ponérselo dimensionaran en su propio cuerpo la ubicación y forma de sus órganos reproductivos, lo que resultaba novedoso para ellas motivándose su participación entre risas y vergüenzas, con esto el objetivo era básicamente que las mujeres comprendieran como ocurría la concepción y que al ir descubriendo cómo sus cuerpos estaban formados y funcionaban pudieran conocerse y reconocerse, lo que facilitaría el proceso de apropiación del cuerpo.

Ante la dificultad de elaborar otros materiales, se lograron adquirir algunos elaborados por otras organizaciones o instituciones del sector salud que se consideraron apropiados para el trabajo con las mujeres, como rotafolios, imágenes y dibujos impresos. Aunque una gran limitante fue que no se lograron tener juegos de

² En virtud de que la entrega de estos materiales fue posterior a la etapa del proceso recogido en este estudio de tesis, la evaluación del uso y pertinencia del material educativo elaborado, podrá ser tema de otro trabajo.

materiales completos para cada una de las comunidades, por lo que se dependía de una adecuada coordinación para su uso a nivel regional.

Una última necesidad que surgió como parte del proceso de apropiación de la estrategia por las parteras, fue que no se contaba con un instrumento a través del cual ellas pudieran dar seguimiento a las mujeres embarazadas en la Consulta Colectiva, ya que los materiales propuestos inicialmente para el registro de la identificación de riesgos en el embarazo eran materiales escritos y la mayoría de las parteras no sabía leer ni escribir.

Ante esta necesidad surgida de la aplicación práctica de la estrategia, nos dimos a la tarea de elaborar formatos basados en imágenes que ilustraran los principales riesgos que presentan las mujeres embarazadas en un contexto rural.

Este proceso nos llevó primero a la realización de dos fichas con imágenes para la identificación de riesgos en el embarazo, ya que se consideró importante dividir el seguimiento e identificación de riesgos en dos etapas: a) primer trimestre del embarazo y b) segundo y tercer trimestre. Esta división se hizo considerando por un lado el hecho de que son muy pocas las mujeres que llevan un seguimiento de su embarazo en el primer trimestre, en el medio rural muchas mujeres no reconocen estar embarazadas hasta que su embarazo se hace evidente alrededor del cuarto o quinto mes; por otro lado se consideró también que clínicamente los riesgos en uno y en otro trimestre se diferencian y representan diferentes grados de urgencia obstétrica.

El diseño del formato partió no sólo de la consideración de la necesidad de que las parteras pudieran llevar un seguimiento de las embarazadas con la identificación de riesgos, sino que se vio que el material pudiera servir como una herramienta metodológica que reforzara la capacitación de las parteras, respecto a los principales riesgos en el embarazo, su identificación, la percepción de la gravedad de los mismos y la toma de decisiones para la búsqueda de atención médica en los casos donde ella como partera ya no puede resolver los problemas por no contar con la capacitación técnica ni los recursos técnicos para resolverlos.

Para esto se buscó identificar con recuadros rojos las señales o síntomas que representan un alto riesgo y se señalaron con flechas los casos en los que la partera debía buscar apoyo médico. (Anexo 1)

El proceso para la elaboración de estas fichas con imágenes representó un poco más de un año de trabajo en el que se buscó la asesoría y puntos de vista de compañeras médicas de otras organizaciones además de la validación directa con las parteras, logrando concretarse además por la posibilidad de contar con un excelente dibujante que recogía nuestras ideas sobre cómo representar con imágenes cada uno de los riesgos.

Una vez que se diseñaron estos formatos se pensó en la necesidad de que formatos similares se pudieran tener para el seguimiento e identificación de riesgos de las mujeres y niños que participaban en las otras Consultas Colectivas. Con lo que se diseñó una ficha con imágenes para la Consulta Colectiva de madres con hijos o hijas menores de seis meses y otra más para el seguimiento de mujeres y niños o niñas de seis a 24 meses que participaban en la última Consulta Colectiva. (Anexo 2 y 3)

Además de estos formatos se diseñó uno más que se pensó pudiera servir para llevar un registro de los partos atendidos por parteras, sobre todo con la idea de crear una herramienta para el medio rural que pueda aportar información sobre los principales problemas que ocurren en el momento del parto y avanzar en llenar el vacío existente en torno a las cifras reales de muerte materna. El diseño del formato buscó al igual que los otros, que además de que sirviera para el registro de información, fuera utilizado como medio para reforzar la capacitación de las parteras y contribuyera a la toma de decisiones en los casos en que se presentara un parto de alto riesgo (Anexo 4).

Para el equipo de asesoras que participamos directamente en la elaboración del diseño de estas fichas, representó un logro importante su diseño final quedando pendiente sin embargo su confrontación con la práctica.

El desarrollo de la estrategia trajo consigo otras necesidades de recursos y materiales, como estuches de diagnóstico para la revisión de embarazadas, básculas de piso y de resorte para pesar a las embarazadas y a los niños respectivamente, medicamentos para la atención de los problemas de salud detectados en las mujeres y niños(as) y suplementos como el hierro para corregir algunas de las carencias nutricionales detectadas.

El problema principal para cubrir estas necesidades fue la falta de capacidad operativa de la administración, ya que aunque se contaban con los recursos para satisfacer las demandas, no se pudo contar con todos los insumos necesarios. El bloqueo desde la administración de la organización, para el desarrollo de muchas de las actividades operativas fue otra de las constantes que estuvo presente como parte de los conflictos dentro de la organización inscrita en la estructura de relaciones de poder existentes en la misma.

La construcción teórica de la estrategia fue sólo un momento dentro del proceso, ya que su construcción real se fue dando a partir de las necesidades surgidas al llevar a la práctica la teoría, así todos y todas participamos en su construcción aún y cuando no fue reconocido por todos y todas las que formábamos parte del área de salud de la organización.

No todos pudimos estar en todas y cada una de las actividades que se generaron con la construcción y reconstrucción permanente de la estrategia de Consultas Colectivas, porque finalmente una división de tareas se hace fundamental en cualquier organización, lo que no se logró trascender fue el funcionamiento no articulado de los equipos de trabajo, al persistir identidades particulares y fragmentarias en cada uno de los colectivos, sin que se pudiera construir una identidad como grupo.

Las necesidades que fueron surgiendo con la confrontación de la teoría a la práctica nos llevaron a reconstruir la estrategia, para mantener la coherencia lógica entre los objetivos planteados para cada una de las Consultas Colectivas y los métodos y ejes conceptuales en los que se basaban estos objetivos.

4. La estrategia confrontada en la práctica: principales limitaciones y alcances de la teoría.

La propuesta de trabajar con las mujeres en las comunidades a través de las Consultas Colectivas, implicaba el desarrollo de una estrategia con planteamientos teóricos y metodológicos establecidos previamente; los que tendrían que probar su pertinencia cuando los grupos de trabajo aplicaran la metodología propuesta en las

comunidades. Esta confrontación con la práctica, sería lo que le permitiría a la estrategia su construcción final.

En tanto que la realidad concreta de las comunidades donde se desplegó la estrategia es diversa, ésta se encaminó en múltiples direcciones, aunque no sólo por las particularidades de los contextos comunitarios, sino por las múltiples relaciones sobre las que la estrategia intervino y que determinaron así mismo su reconstrucción en la práctica; además de que jugaron un papel definitivo las concepciones y capacidades propias de cada uno de los actores que participamos en ello.

Con relación a esto último debo hacer énfasis en que el desarrollo de la estrategia se encaminó hacia procesos diferenciados a partir de la presencia de dos concepciones, una que se apoyaba técnicamente sobre todo en los aspectos médicos de la atención a la salud reproductiva de las mujeres y otra que proponía que la estrategia debía considerar aspectos sociales y culturales, haciendo énfasis en la perspectiva de género desde la cual los diferentes problemas de salud reproductiva de las mujeres fueran abordados en las Consultas Colectivas, con lo que los enfoques de prevención y riesgo, adquirirían otra dimensión.

Esta primera confrontación de visiones estuvo presente durante todo el proceso y determinó la presencia de dos prácticas que resultaban contradictorias, aún al interior del equipo de trabajo que proponíamos una visión amplia del concepto de salud reproductiva, ya que la presión por el registro de indicadores médicos que sirvieran para evaluar la propuesta, en ocasiones nos hacía instar a los promotores(as) al llenado de formatos con los que se pretendía registrar la presencia de señales de riesgo de las mujeres en cada Consulta Colectiva, lo que propiciaba que en el desarrollo de las Consultas Colectivas, se le diera en ocasiones un mayor énfasis al aspecto médico.

El peso de la visión médica predominó casi de manera constante en el desarrollo de las Consultas Colectivas, solamente en las comunidades que formaban parte de la zona de trabajo donde nos correspondía realizar las actividades de atención y en algunos casos donde el promotor o la promotora lograron apropiarse de la propuesta y ubicarla más ampliamente en su propia visión, se logró una

práctica que se aproximó a la reconstrucción teórica que desde nuestra experiencia se había propuesto.

Lo anterior determina que en el presente análisis de los alcances y limitaciones de la teoría estén presentes éstas contradicciones, ya que tomo como punto de partida la primera visión teórica referida, aún y cuando con esto en algunos casos se haga énfasis nuevamente en lo que ya desde el equipo de Casas de Salud de la Mujer veíamos como principales limitaciones de la teoría inicialmente planteada.

Como una primera gran limitante de la teoría, se reconoce el hecho de que los promotores y promotoras, no estaban formados para trabajar de acuerdo al primer principio metodológico, que proponía la atención a la salud reproductiva desde un enfoque preventivo. Esto en virtud de que en su capacitación, si bien se incluían algunas acciones preventivas como la vacunación o la detección de Cáncer Cérvico Uterino, entre otras, en general se habían venido privilegiado aquellos temas con los que los promotores(as) adquirirían habilidades para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes en las comunidades donde se desarrollaban los programas de atención a la salud, dejándose muy poco tiempo para la revisión de acciones comunitarias preventivas.

Entendiéndose además las acciones preventivas solamente como actividades puntuales basadas en técnicas sanitaristas, programadas mes a mes, sin que se considerara que la enfermedad a prevenir está inserta en un proceso, no solo biológico sino social. Esto sin duda respondía al hecho de que el personal médico como principal responsable de esta actividad, había tenido una formación predominantemente hospitalaria donde sus conocimientos y habilidades adquiridas se relacionan casi exclusivamente con las alteraciones del cuerpo humano que se manifiestan como enfermedades, con muy poca o ninguna consideración de los aspectos sociales que intervienen en el proceso salud enfermedad; por lo que es comprensible el poco interés en la medicina preventiva.

La visión biologicista de la atención en el personal médico, ha sido cuestionada, sobre todo a partir de su actuar en programas de salud dirigidos al ámbito rural indígena, donde son innegables las contradicciones en la visión del

proceso salud-enfermedad. Los cuestionamientos pueden llevarnos a preguntarnos ¿qué tipo de profesional médico necesitan las sociedades rurales?, ¿cómo habilitar a los profesionales de la salud en el manejo de variables y actitudes que les permitan el análisis y comprensión de estructuras sociales, políticas, económicas y culturales referidas al proceso salud enfermedad?

Desde mi punto de vista no se trata de que el médico abandone su formación o preparación técnica para la atención clínica de la enfermedad, ni de que se convierta en sociólogo, economista, antropólogo o experto en ciencias políticas, sino de tener la apertura necesaria para comprender que la enfermedad no tiene solamente causas biológicas y que la medicina es esencialmente una ciencia social, donde el saber de los médicos como el de otros profesionistas es un saber limitado, que permite ver al mundo sólo desde una de las ventanas.

El ordenamiento de cada saber como disciplina ha llevado a una visión fragmentada del mundo, donde una lucha de los saberes ha significado una relación de poder entre las diferentes disciplinas. De ahí la dificultad de construir estrategias de salud o de desarrollo donde la interdisciplina, como una forma de oponernos a esa visión fragmentada, permita el acercamiento a los problemas y sus posibles soluciones desde una perspectiva integradora de la sociedad.

La carencia de un saber teórico de las ciencias sociales y un poder basado en su saber de los procesos biológicos, determinan la orientación de la atención médica, aún y cuando ésta presenta serias limitaciones para explicar y dar soluciones a muchas de las principales enfermedades de los países pobres, de ahí que un enfoque preventivo en la atención de éstas, debiera considerar la revisión y análisis de sus causalidades dentro de un contexto comunitario, local o regional y no solamente las causas inmediatas individuales o particulares.

Desde esta perspectiva se hace necesario un replanteamiento teórico del enfoque preventivo de la estrategia de Consultas Colectivas, ya que sobre todo en sus planteamientos iniciales la estrategia no respondía a una visión preventiva integral, donde se consideraran acciones comunitarias que respondieran a las condiciones del contexto; lo que se reflejó en la práctica como una limitante importante de la propuesta, al dejar en algunos casos, la prevención solamente en el

ámbito educativo, a partir del cual se pretendía que las mujeres asumieran una actitud de autocuidado durante la etapa del embarazo y de cuidado de la salud de sus hijos sobre todo con acciones como el amamantamiento de manera exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la ablactación oportuna y la vacunación.

Por lo que en este mismo sentido se dio la capacitación a los promotores, buscando que ellos reconocieran las ventajas de promover comportamientos en las madres, con los que se limitara el riesgo de la enfermedad. Esta visión de la prevención sin duda cumplió una función importante, sin embargo al revisar los resultados del proceso en algunas comunidades, se pudo observar que cuando el promotor, promotora o personal de salud de la organización desarrollaba los temas en la Consulta Colectiva buscando este objetivo, los resultados concretos en el cambio de actitud o práctica de las mujeres en general eran limitados, lo que me remite al hecho, planteado desde la reconstrucción de la propuesta inicial, de que sin duda, un enfoque realmente preventivo de la estrategia tendría que incluir un análisis sobre las causalidades estructurales comunitarias, a partir del cual se desarrollaran acciones colectivas.

El análisis de la propuesta y su desarrollo diferenciado a partir de dos concepciones de la misma, me permite una aproximación a las posibles respuestas a la pregunta planteada respecto a ¿qué es lo que hace que los esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de vida de las mujeres no logren totalmente los objetivos que se proponen? Tal vez lo que nos sigue pasando a los diferentes actores que intentamos propuestas "alternativas", es que, entre otras cosas, seguimos encaminando nuestras acciones en las consecuencias inmediatas de los problemas, porque no estamos preparados para iniciar procesos que lleven al cambio de las propias estructuras sociales.

En este sentido, en el caso de las acciones desarrolladas para mejorar la salud reproductiva de las mujeres desde un enfoque preventivo a través de las Consultas Colectivas, nos faltó orientar durante el proceso, a promotores(as) y personal técnico sobre formas concretas a través de las cuales se pudieran realizar acciones que consideraran los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales en la atención de la salud de esas mujeres en las se pretendía un cambio a partir de

un proceso educativo. Ya que si bien desde el equipo de trabajo que formábamos parte del proyecto de la Casa de Salud de la Mujer, se enfatizaba la importancia de la consideración de los aspectos culturales y de un enfoque de género, estos no fueron retomados como parte de la estrategia por todos los grupos de trabajo, tal vez porque no se plantearon claramente los mecanismos a través de los cuales estos elementos debieran incorporarse a la propuesta.

Cuando en algunos casos, más por la sensibilidad y capacidad de quien facilitaba ese proceso educativo, se evidenciaba en las Consultas Colectivas la necesidad de acciones preventivas o de atención a los problemas de salud reproductiva de las mujeres, no solamente a un nivel individual sino en el ámbito comunitario, donde se consideraban las condiciones culturales y de género que como parte de la estructura social afectaban la salud de las mujeres y niños o niñas, se manifestaron las limitaciones desde la organización para responder y apoyar plenamente las iniciativas que desde los grupos de mujeres surgieron.

Sin duda un enfoque preventivo médico como el que se plantea en la estrategia de Consultas Colectivas, respondía a las necesidades de atención de las mujeres, es importante considerar que dichas necesidades y en general las condiciones de salud reproductiva de las mujeres en el medio rural, están determinadas por las formas de vida estructurales, ideológicamente articuladas con la dimensión cultural, económica y política, donde las relaciones de clase, etnia y género están presentes, por lo que la prevención no puede centrarse solamente en causas inmediatas de la enfermedad sino que es fundamental remitirnos al análisis de cómo esa estructura y superestructura se constituyen en elementos de causalidad de las condiciones de salud de las mujeres, tal vez así nos acercaremos al cumplimiento de los objetivos que se proponen dentro de los diferentes programas y proyectos de salud.

La experiencia vivida con el desarrollo de la estrategia de Consultas Colectivas hace patente en mi vida profesional, el hecho de la dificultad de un camino que lleve a mejorar las condiciones de salud de las mujeres sin una transformación estructural, para lo que se requiere no sólo capacidad técnica para la atención de sus problemas de salud, sino una actitud de apertura y comprensión que promueva la

construcción de procesos organizativos necesarios para la generación de cambios en las estructuras comunitarias.

Este aspecto se relaciona también con otro de los principios teóricos de la propuesta metodológica, que proponía la participación de promotores, promotoras, parteras, personal técnico y médico en la realización de las Consultas Colectivas, como uno de los mecanismos para alcanzar la integralidad de las acciones, lo que en la práctica no siempre fue posible.

El trabajo coordinado de parteras, promotores, promotoras y personal de salud de la organización, requería necesariamente una capacidad organizativa y de apertura, que permitiera que el actuar de cada uno de ellos fuera incorporado como parte de la estrategia, sin sentirse cuestionados o menospreciados en su papel dentro del sistema de relaciones existentes; lo cual no fue posible en todos los casos.

Con frecuencia el médico fue el primero en resistirse a participar en el desarrollo de las Consultas Colectivas, delegándose la responsabilidad en los propios promotores o bien en el personal técnico, entre el que se incluían enfermeras y técnicos(as) en salud comunitaria. Se dio el caso en el que aún al promotor tuvo dificultades para establecer una coordinación con las parteras, para el desarrollo de las actividades.

Esta dificultad de trabajo coordinado tanto en la preparación como en el desarrollo de las Consultas Colectivas, observada si bien no como una constante si presente en algunos casos, me lleva a reflexionar acerca de las relaciones de poder presentes en la relación de los diferentes actores, que despliegan desde diferentes ámbitos su saber en la atención de la salud.

Por un lado podemos reconocer dentro de la estructura de relaciones, prácticas subordinadas de promotores y parteras al modelo médico hegemónico, que han sido aprendidas a través de cursos, talleres y en la interacción en los espacios de atención a la salud, donde el médico es la autoridad pedagógica, poseedora de un saber adquirido académicamente en confrontación con un saber adquirido desde la práctica, sobre todo en el caso de las parteras. Mientras que por otro lado se puede observar también la falta de credibilidad absoluta en el saber científico del médico, cuando parteras y promotores constatan la incapacidad del personal de salud de las

instituciones, para resolver problemas o males que sólo adquieren significado desde su visión cultural del proceso salud-enfermedad.

En el sistema de relaciones, lo que predomina es una estructura jerarquizada en la que el saber médico se impone cuando se interactúa con él en los espacios de atención a la salud, lo que se evidenció en los casos donde se discutía la forma de trabajo y era su voz la que predominaba, frente a la de los otros u otras profesionistas de la salud, o aún más frente a la voz del promotor de salud, quien en ocasiones reproduce este sistema jerárquico en su relación con las parteras y las mujeres.

No invitar a participar a las parteras en las Consultas Colectivas, o bien el silencio de éstas cuando estaba presente el personal técnico, sobre todo cuando se trataba de personal médico, son manifestaciones de este orden jerárquico, que actúa no sólo en el consciente de los individuos sino en el subconsciente. Lo que responde finalmente al hecho de que en la sociedad actual, es la visión hegemónica de la cultura la que determina en gran medida las formas de relación, donde la subordinación es asumida por los propios sectores subalternos.

Aunque no podemos convenir en que eso ocurra como un abatimiento total y absoluto de otras formas de relación, ya que todo sistema de relaciones se da a partir de transacciones complementarias, que en el caso de la atención a la salud en las comunidades, se da a partir de las funciones de cada uno de los actores tanto en la práctica real y cotidiana como en el imaginario simbólico, desde donde operan las relaciones no sólo entre los diferentes actores responsables de la atención de la salud de las mujeres, sino entre estos actores y las propias mujeres, o la población en su conjunto.

Partiendo de esta idea considero que la posibilidad de una participación coordinada, equitativa y respetuosa de parteras, promotores, promotoras, personal médico y otros profesionistas que comparten el objetivo de brindar atención en la salud reproductiva con estrategias como las Consultas Colectivas, sólo se puede dar a partir de la construcción de un sistema de relaciones donde no sea el saber médico el que se imponga como un saber incuestionable y único, sino con el reconocimiento

de la existencia de esos otros saberes presentes en el ámbito comunitario y de la atención a la salud.

Aunque se asume la asimetría y subordinación de las relaciones, que se dan de manera general sobre todo entre parteras y el personal profesional de salud, o entre parteras y promotores, como en toda relación de poder, en la práctica se pudo constatar cómo las formas de relación cobran diferentes sentidos, a partir de la particularidad de estos actores. Teniéndose experiencias donde el promotor logró una relación de confianza y colaboración con las parteras y donde el personal profesional femenino trascendió la relación desde la que cumplía un papel de asesoría, hacia la construcción de una relación con las parteras y los grupos de mujeres de las Consultas Colectivas basada en una identidad de género, desde la compartían vivencias y se reconocían como mujeres que aunque de maneras diferentes vivían también un proceso de subordinación frente al poder masculino.

Estas experiencias como otras, donde los asesores o agentes externos logran una relación con la población donde son capaces de renunciar al monopolio del saber, nos muestran las posibilidades reales de construir nuevas formas de relación que nos acerquen más a ese objetivo común que nos planteamos en el caso de las mujeres respecto a “mejorar sus condiciones de salud y de vida”.

Con relación a las parteras, la estrategia de Consultas Colectivas proponía como uno de los principales objetivos, su capacitación para la identificación de los signos de riesgo en el proceso reproductivo de las mujeres, como parte del proceso generado. Este objetivo resultó ser el más aceptado y comprendido por todos y todas las que participamos en el desarrollo de la estrategia, de ahí que su cumplimiento se haya dado, de manera general, exitosamente. Sin duda las parteras que fueron integradas al desarrollo de las Consultas Colectivas, fueron descubriendo nuevos síntomas con los cuales identificar riesgos en el embarazo, el parto y el puerperio, lo que se vio reflejado en la búsqueda de apoyo médico cuando consideraban que ellas no podían resolver algún problema, lo que en términos de prevención de muerte materna, representó un logro importante.

Los resultados de la estrategia en este sentido se relacionan seguramente con el hecho de que este objetivo, respondía a una preocupación e interés de todo el

personal en los equipos de trabajo, además de que la identificación de riesgos de manera oportuna era una de las actividades claramente descrita metodológicamente para ser llevada a cabo mes a mes en las Consultas Colectivas de embarazadas. Por otro lado cabe resaltar el hecho de que los riesgos a identificar en los grupos de mujeres embarazadas, eran fundamentalmente de tipo médico, por lo que resultaban parte de la concepción de atención del personal y de promotores (as).

El enfoque de riesgo en la atención ha sido definido como un método para medir la necesidad de atención de grupos específicos de la población, con lo que se pretende determinar prioridades de atención a la salud y eventualmente definir la organización o instalación de servicios necesarios en una comunidad. Ante la inexistencia de recursos para la atención a todos los sectores de la población, el enfoque de riesgo da prioridad tanto en términos de atención preventiva como curativa a quienes presentan un "riesgo especial" de alteración a su salud.

Desde el punto de vista médico este enfoque permite evitar o limitar tanto la mortalidad, como las complicaciones de enfermedades y en algunos casos, la presencia o desarrollo de éstas, sin embargo a un nivel social existen factores de riesgo sobre los que solamente se puede incidir en la medida de que se desarrollen estrategias que transformen las estructuras sociales que están determinando la presencia de dichos riesgos, como es el caso de la subordinación social de las mujeres o la pobreza en la que viven las comunidades indígenas y rurales.

En la sociedad es la clase social, la etnia y el género los que determinan la exposición a ciertos riesgos y los recursos para la prevención y atención de esos riesgos o de sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad. Esto es, la salud y la enfermedad dependen en gran medida de la manera como los individuos y grupos sociales se insertan en los procesos productivos, ya que esto condiciona generalmente la cantidad y calidad de bienes y servicios a los que se acceden, entre ellos los de la salud, además de que esto incide también en la exposición a los riesgos y el desgaste físico dentro de sus actividades cotidianas, lo que se ve reflejado al cruzar los perfiles epidemiológicos con factores socioeconómicos de las poblaciones.

En este sentido, actuar sobre los principales problemas de salud reproductiva en el medio rural, no significa incidir exclusivamente sobre los riesgos o su identificación oportuna, sino actuar sobre aquellos factores de riesgo sociales o culturales que estén determinando la presencia de dichos problemas, aún en el ámbito local; para lo que la participación de la población en el análisis y reconocimiento de esos factores de riesgo, puede favorecer una acción comunitaria a partir de la conciencia y la organización.

Al respecto, en el desarrollo de la estrategia de Consultas Colectivas, la identificación de riesgos relacionados con aspectos sociales y culturales (donde quedaban incluidos los relativos al género), lograron ser incluidos de alguna manera, por el grupo de trabajo que conformábamos el proyecto de la Casa de Salud de la Mujer en la comunidad de Nuevo Porvenir, sobre todo a partir de las necesidades surgidas del análisis en los grupos, acerca de los problemas de salud reproductiva de las mujeres.

Como un ejemplo de ello, a partir de la reflexión con las mujeres sobre las causas de muerte en el embarazo y el parto, surgió como una de las limitantes para buscar atención: la falta de recursos económicos, por todos los gastos que se generan con el traslado, lo que condiciona muchas veces que las mujeres no sean llevadas al hospital, aún cuando la partera detecte oportunamente el problema, por lo cual las mujeres concluyeron acerca de la necesidad de contar con recursos económicos para el traslado de mujeres al Hospital Regional de Comitán.

La medida propuesta para la obtención de fondos fue a través de las cuotas que se pagaban por la consulta en las clínicas de salud comunitaria y en la Casa de Salud de la Mujer. La propuesta fue llevada a la asamblea comunitaria donde se aceptó un incremento de la cuota que se pagaba, con el propósito de contar con un fondo que sería utilizado de acuerdo al criterio de las parteras en aquellos casos en que fuera requerido.

Otro ejemplo más de cómo fue retomado un factor de riesgo socio-cultural presente en las comunidades, fue la atención al problema de violencia doméstica en la misma comunidad, al evidenciarse que este era un problema que afectaba directamente la salud reproductiva de las mujeres, sobre todo en los casos donde

eran violentadas mujeres embarazadas, respecto a lo cual se construyeron mecanismos comunitarios a través de los cuales enfrentar este problema.

Aunque en ninguno de los casos se logró cambiar totalmente la estructura social comunitaria, que determinaba la presencia de los riesgos para la salud de las mujeres, sí considero que son pequeños ejemplos sobre las posibles vías mediante las cuales, se pueda avanzar en la generación de cambios que coadyuven a la mejoría de las condiciones de salud de las mujeres, aunque para ello, se requiere de una visión más amplia que la que nos permite un enfoque de riesgo solamente de tipo fisiológico, que promueve exclusivamente una atención individual del problema.

Ligado también al concepto de riesgo, se proponía como otro de los principios metodológicos el seguimiento longitudinal de mujeres y niños(as) desde el embarazo y hasta que sus hijos o hijas cumplieran los dos años de vida lo cual no se logró en todos los casos, ya que las mujeres manifestaban mayor interés en participar en la Consulta Colectiva de embarazadas, pero no veían como importante seguir participando una vez que sus hijos nacían. Esto obedecía probablemente al hecho de que las mujeres generalmente perciben con mayor facilidad la importancia de una atención durante la etapa de embarazo, sobre todo cuando la población con la que se trabajó había tenido ya contactos previos con las instituciones de salud, que de alguna manera refuerzan esta concepción. Además de que es más común, la presencia de síntomas o señales de riesgo durante el embarazo, que al manifestarse motivan a la mujer para la búsqueda de atención.

Mientras que una vez ocurrido el parto difícilmente perciben la necesidad de atención preventiva, por lo que la búsqueda de atención se da solamente cuando en ellas se manifiesta alguna sintomatología grave o cuando son sus hijos o hijas las que se enferman, de tal manera que los objetivos de prevención propuestos para las Consultas Colectivas de madres con hijos menores de dos años no siempre lograban despertar el interés de las mujeres.

Aunque cabe mencionar, que esto dependió más del proceso vivido en cada comunidad, ya que en los casos donde el promotor, la promotora, las parteras o el personal lograron despertar el interés de las mujeres, más allá de la atención, a partir de la posibilidad de la construcción de un espacio donde las mujeres pudieran

expresarse y avanzar en la construcción de procesos de fortalecimiento de su autoestima, la participación de éstas se mantuvo constante lográndose su seguimiento.

Para atender a las madres y niños(as) en el periodo propuesto se planteó el desarrollo de tres Consultas Colectivas con los que se consideraban grupos prioritarios: las mujeres embarazadas, las madres de niños o niñas menores de seis meses y las que tuvieran hijos entre 6 y 24 meses de vida. No obstante en varias comunidades se nos señaló el hecho, de no estar de acuerdo con no incluir a todas las mujeres de la comunidad dentro de las actividades, o bien se cuestionó el que se tuviera que separar a las mujeres para trabajar en grupos.

Si bien el planteamiento teórico tenía fundamentos que avalaban, desde el punto de vista médico, la atención prioritaria de estos grupos definidos para la atención en las Consultas Colectivas, en la práctica la percepción de las mujeres era que se les limitaba su derecho a la atención, solamente por no cubrir con el requisito de estar embarazadas o tener hijos(as) menores de dos años, lo que me lleva a reflexionar que la estrategia al plantear la atención en estos periodos, reproducía de alguna manera la visión de atender a la mujer solamente a partir de su función reproductiva y en su papel de madre.

Aunque desde el diseño inicial de la propuesta uno de los argumentos era la importancia de atender a las mujeres en el periodo definido, además de que se planteaba como una limitante para atender a todos los sectores de la población la carencia de recursos y el tiempo destinado a las actividades comunitarias, considero que de alguna manera hizo falta considerar diferentes mecanismos para atender la salud del resto de las mujeres y los niños y niñas, que complementaran la atención a la salud reproductiva que se brindaba a través de las Consultas Colectivas propuestas, además de actividades específicas con la población masculina.

Cabe mencionar que en algunos casos, ante las situaciones del contexto, se optó por adaptar la metodología de trabajo propuesta en cuanto a la formación de grupos, con lo que en ocasiones se trabajó en un solo grupo, o bien en uno de embarazadas y otro en el que se agrupaba a todas las demás mujeres; con lo que la idea de trabajar en la discusión de temas de interés común, desde el punto de vista

de sus condiciones fisiológicas, parecía no poder cumplirse. Lo que llevó en ocasiones a que el promotor o promotora, en realidad continuara con el esquema de pláticas comunitarias que se venían dando anteriormente. Aunque con la capacitación y reuniones de seguimiento, en algunos casos se logró que aún y cuando se trabajara en un solo grupo, la metodología educativa fuera la propuesta desde la estrategia.

Una vez formados los grupos lo que seguía era iniciar las Consultas Colectivas, para lo que se proponía un lugar cómodo, tranquilo, que permitiera la privacidad y donde las mujeres se pudieran sentar formando un círculo para facilitar la participación. Lo que en un ambiente urbano, seguramente no sería muy difícil, sin embargo en las comunidades rurales, encontrar un lugar con tales características, no fue una tarea fácil. En algunas comunidades al no contarse con otro espacio, las Consultas Colectivas se realizaban en la iglesia o en las escuelas, donde lo que sirve de asiento, son bancas rústicas casi siempre fijadas al piso, por lo que el requisito de sentarse en círculo no fue posible en todos los casos, ni tampoco el de contar con un espacio para la revisión de las mujeres embarazadas después de la Consulta Colectiva.

Sólo en aquellas comunidades donde se contaba con alguna casa de salud, la Consulta Colectiva pudo desarrollarse en mejores circunstancias, aunque no siempre se tenían las sillas suficientes. Pese a estos inconvenientes, nuevamente el factor principal fue el ánimo y la apropiación de la metodología de quien funcionaba como facilitador (a) del proceso. Ya que se pudo observar una buena participación de mujeres, aún en espacios aparentemente inadecuados, donde el grupo mantenía el interés y gusto por estar compartiendo sus vivencias, sin que importara mucho donde estaban sentadas.

Cuando en los grupos realmente se lograba que el espacio de las Consultas Colectivas fuera un espacio de las mujeres, para que ellas hablaran, para que ellas compartieran, los alcances de la estrategia en realidad nos sorprendieron, no sólo porque permitieron que las necesidades de las mujeres buscaran una solución, sino porque nos empujaron a la construcción de nuevas estrategias a través de las cuales pudiéramos responder a éstas necesidades.

A manera de reflexión puedo adelantar que la consideración de la visión de las necesidades de las mujeres cuando se pretenden desarrollar actividades encaminadas a mejorar sus condiciones de salud es fundamental, entendiendo hoy que el sistema de necesidades no opera en un vacío social, sino que muchas veces pueden ser precisamente las necesidades que surgen a partir de sus condiciones de vida las más evidentes desde el sentir de las mujeres, por lo que considero que en el caso de las Consultas Colectivas dar prioridad a la atención de grupos específicos no fue totalmente comprendido por las mujeres, cuando desde su perspectiva todas ellas sufren dolencias, carencias y malestares que afectan su salud y para lo que demandan atención.

De ahí la importancia de una reconstrucción del enfoque de riesgo ya que si bien nos puede servir para dar una orientación hacia la atención de los principales problemas de salud, también puede significar una forma de limitar el derecho universal a la salud. En este sentido el reconocimiento de la visión, las necesidades y los intereses de las mujeres en el ámbito de la salud puede marcar la diferencia en la concepción de un enfoque de riesgo, que nos permita una reestructuración de las racionalidades de los proyectos y acciones de atención.

Por otro lado, la estrategia buscaba hacerse sostenible a partir de la capacitación y apropiación de la metodología por parte de los promotores y parteras comunitarios, sin embargo en varias de las comunidades las Consultas Colectivas fueron realizadas por los propios promotores del CCESC o por su personal, ya fuera porque en la comunidad no se contaba con promotores de base o porque las parteras se mantuvieron ajenas al proceso.

La apropiación de la metodología durante los tres años del proceso descrito, solamente se pudo dar, aunque de manera parcial, a nivel de los equipos de trabajo, donde se incluyen a los promotores capacitadores del CCESC, sin que se observaran indicios reales de la apropiación metodológica a nivel comunitario de forma tal que garantizaran la sostenibilidad del proceso. Cabe mencionar sin embargo que por lo menos en una de las comunidades fue posible el desarrollo de la estrategia, donde las parteras por sí mismas, hacían la revisión de algún tema con las mujeres, se vigilaban las señales de riesgo y se realizaba la revisión conjunta de

las mujeres embarazadas; aunque no se sentían capaces de facilitar el proceso educativo a partir del análisis de problemas, al sentir que no tendrían la capacidad de responder a las preguntas de las mujeres.

El proceso educativo que se proponía desarrollar, requería de una capacidad metodológica y una visión social del proceso salud-enfermedad, que no sólo a las parteras se les dificultó desarrollar, sino también a la mayoría del personal técnico. En este sentido el encuentro entre mujeres, donde además de compartir experiencias ellas pudieran reflexionar acerca de su situación de salud y las condicionantes de la misma, como otro de los supuestos teóricos de la estrategia, no logró hacerse realidad en todos los casos, sobre todo cuando quien debiera funcionar como facilitador o facilitadora del proceso, no logró abandonar su posición de “experto”, ante lo cual las mujeres permanecían en silencio.

La reflexión acerca de los problemas y el reconocimiento de causas inmediatas y socio-culturales implica un análisis objetivo, aunque sin duda los elementos subjetivos están presentes y nacen no sólo de la visión o concepción de los mismos problemas, sino de la forma en que son abordados en el proceso grupal, donde el papel del facilitador resulta fundamental. Por lo que plantear un análisis o reflexión de los problemas de salud reproductiva de las mujeres en las Consultas Colectivas, no necesariamente nos llevó a la identificación real de las causas de los problemas o a la propuesta de acciones para su solución, ya que algunos de los facilitadores(as) del proceso en ocasiones siguieron un esquema de análisis y soluciones, limitado al que consideraban era su quehacer definido desde su formación profesional o perfil de capacitación, así como por la visión política de la organización a la que pertenecían, reproduciéndose así la ideología hegemónica.

A partir de lo anterior se puede concluir, que las principales limitaciones y alcances de la estrategia, se dieron más bien a partir de la propia práctica individual y colectiva de sus actores, determinada por la formación e historia de cada uno de ellos, lo que fue fundamental en su apertura para ver en la estrategia de Consultas Colectivas una oportunidad para desarrollar sus propias capacidades, como parte de un proceso colectivo de transformación para su propia construcción como sujetos sociales.

Capítulo III Desarrollo de las Consultas Colectivas: versiones de una misma teoría

1. Las zonas de trabajo.

El CCESC desde su formación realizó actividades de salud a través de proyectos para la atención de la población de origen guatemalteco, que durante su refugio en México, se ubicó en el Municipio de las Margaritas en su extremo sur, en lo que forma parte de la micro-región Fronteriza-Selva dentro de la subregión Margaritas de la Selva Lacandona en el estado de Chiapas. (Anexo 5)

En esta micro-región se encuentra la comunidad de Nueva Poza Rica, lugar donde funciona desde 1985 la Unidad de Referencia Intermedia (URI), que constituye el principal centro de atención de la organización. Donde además como un anexo a la misma se cuenta con una Casa de Salud de la Mujer, con servicio de consulta externa y de atención de partos. El CCESC contaba también hasta 1999 con otra Casa de Salud de la Mujer en Nuevo Porvenir, municipio de la Trinitaria.

Las Casas de Salud de la Mujer si bien iniciaron su funcionamiento, como ya se planteaba en el capítulo anterior, en un proyecto único, en 1996, al contarse con un financiamiento diferenciado para el desarrollo de actividades de la Casa de Salud de la Mujer en Nuevo Porvenir, el trabajo en salud del CCESC se dividió y se conformaron dos zonas de trabajo: Poza Rica y Nuevo Porvenir.

El universo de trabajo del CCESC en 1998 comprendía 19 comunidades con una población total de 4,511, donde el 49.7% era población femenina y el 50.3% era población masculina; el número de niños y niñas menores de cinco años alcanzaba un total de 1,055 esto es, el 23.4%. Mientras del total de población de las comunidades donde se desarrollaban las actividades sólo el 20% era población mexicana, aunque considerando el área de influencia de la URI de Poza Rica, se llegó a calcular en el CCESC una cobertura cercana a 25,000 habitantes como población abierta, más de 6 veces la población local; de acuerdo al registro de las comunidades de las que se llega a solicitar atención a la URI se considera que se da cobertura a un poco más de 40 comunidades de la región, cuya población en casos de emergencia sigue acudiendo a la clínica a solicitar atención.

**Concentrado de Población
Zona Poza Rica y Porvenir**

Zona	Distribución por sexo				Total menores de 5 años	Total de población
	Femenino		Masculino			
Porvenir	548	12.2 %	507	11.2 %	185	1,055
Poza Rica	1,242	27.5 %	1,312	29.1 %	664	2,554
Subtotal	1,790	39.7 %	1,819	40.3 %	849	3,609
Poza Rica*	454	10.0 %	448	10.0 %	206	902
Total	2,244	49.7 %	2,267	50.3 %	1,055	4,511

*Población mexicana

Fuente: Informes de actividades CCESC

La vía de acceso a la región es a través de la carretera fronteriza que nace en el Parque Nacional Lagos de Montebello, que fue asfaltada como parte de la red carretera que se instaló en la zona después del conflicto armado de enero de 1994 en Chiapas. La colonización en la región, tiene una historia larga que se inicia hacia finales de la década de los cuarenta y principios de la década de los cincuenta cuando primero Avila Camacho y después Miguel Alemán dieron vida a una política de ocupación de las zonas fronterizas y costeras en sustitución de una reforma agraria y con la que se abrían las puertas a los territorios de la selva Lacandona en Chiapas.

Esta apertura tuvo su punto culminante cuando en 1975 se promulgó un decreto en el que se declaró a la zona apta para fines agrícolas y después en 1981, otro más con el que se estipuló que los terrenos eran susceptibles para el reparto. Con esto, la llegada de nuevos colonos a la zona se dio con mayor intensidad; es en esta época cuando se dio la colonización de las comunidades que hoy forman la microrregión donde el CCESC realiza sus actividades de salud. La población que colonizó esta zona provenía de los estados de Veracruz y Guerrero, así como de la región de los Altos del estado de Chiapas.

El patrón de asentamientos en la zona se dio a partir de una gran cantidad de pequeños poblados y rancherías dispersos en un amplio territorio, a lo que se sumó la instalación de numerosos campamentos de refugiados sobre todo entre 1983 y 1984; los que en muchos casos se situaron en las cercanías de las comunidades de mexicanos ya existentes. En ese período muchos de los campamentos de refugiados fueron reacomodados ante la amenaza de incursiones militares de Guatemala, por lo

que un gran número de refugiados fueron obligados a irse a Campeche y Quintana Roo; aunque hubo otros que contaron con el apoyo de algunas organizaciones que desde el primer momento trabajaron en la zona para brindar atención a la población refugiada, tal fue el caso de los habitantes de Nuevo Porvenir, quienes se asentaron en terrenos adquiridos por el Comité Cristiano, como una estrategia con la que se pretendía que la población refugiada contara con una posada segura, que impidiera su traslado hacia otros estados de la República.

La zona de trabajo del CCESC en Nuevo Porvenir, comprendía la atención a pequeños campamentos cercanos a la comunidad, entre los que se incluían además de Nuevo Porvenir: Porvenir II, Cocal del Campo, Antelá I y II, además de Benito Juárez, comunidad mexicana a la que se daba atención en salud reproductiva a través de visitas médicas y la capacitación de una promotora de salud.

Por su parte, la zona de Poza Rica en 1998 incluía los siguientes asentamientos: Niños Héroes I y II, Guadalupe Miramar I y II, Santo Domingo, Paraíso, La Caoba, El Jabalí, Nuevo Jerusalem, Nuevo Jardín, Nuevo Huixtan, Santo Tomás y Nuevo San Juan Chamula, donde el trabajo en salud comunitaria se restringía básicamente a la población guatemalteca; quienes no contaban con servicios básicos como agua y drenaje, en muy pocos casos tenían letrinas; y la mayoría de las viviendas estaban construidas con paredes de madera y techos de lámina. En general las viviendas no cuentan con cocina separada y los pisos son de tierra. De acuerdo a los datos de infraestructura reportados para la región solamente 14.5% de las viviendas cuenta con agua entubada, el 6.8% con drenaje y el 24.9% con energía eléctrica lo que determina que la población sea catalogada con un grado de marginación alta y muy alta.

Como se puede esperar dadas las condiciones de marginalidad en que vive la población en esta región, como primeras causas de morbilidad figuran las enfermedades causadas por las malas condiciones de saneamiento, como son las infecciones gastrointestinales y las de la piel, que alcanzan entre el 39 y el 45% en los motivos de consulta en la URI de Poza Rica, además de las enfermedades respiratorias que representan alrededor del 25% de la morbilidad registrada a través de la consulta en la clínica.

La desnutrición también está presente entre la población infantil de las comunidades con las que se trabaja, así en enero de 1998 se registró una desnutrición global del 75% en menores de cinco años de acuerdo al indicador peso para la edad, con un 23% de desnutrición de segundo grado.

En la zona están presentes además las mismas causas de morbilidad que presenta toda la región fronteriza de Chiapas, donde enfermedades como la tuberculosis y la leishmaniasis³ siguen formando parte del perfil epidemiológico de la población. Además de casos como la epilepsia, el asma bronquial y la hipertensión que han venido a formar parte del grupo de padecimientos que se atienden en la URI de Poza Rica.

La historia de colonización de la zona ha definido entre otras cosas, los patrones de uso de suelo, pudiendo observarse una diferenciación en este sentido, ya que en los ejidos y rancherías habitadas por población mestiza entre las que se incluye Nueva Poza Rica, la actividad ganadera abarca la mayor parte del terreno disponible, en detrimento de las áreas forestales, por lo que las zonas de selvas altas prácticamente han desaparecido; por otro lado en los ejidos formados por población indígena la producción de maíz, frijol y café son los que ocupan la mayor parte de las tierras de cultivo, y la ganadería aunque es una actividad presente, no ha tenido un proceso tan intenso (CCESC:1996).

De una u otra forma las actividades productivas donde el sistema roza-tumba y quema, la extensión ganadera y la extracción de maderas preciosas, han estado presentes durante más de una década, representado un grave impacto sobre los recursos naturales de la región, lo que se ha visto reflejado en procesos de erosión, pérdida en la fertilidad de los suelos y pérdida de flora y fauna natural. Identificándose como uno de los principales problemas en la producción agropecuaria la baja eficiencia económica en los sistemas productivos existentes, con graves repercusiones en la ecología de la región.

El escaso desarrollo tecnológico, la falta de canales e infraestructura adecuada para la comercialización de los productos, la poca estabilidad en los

³ Afección provocada por un protozoo (leishmania braziliensis), que se caracteriza por una ulceración y lesiones cutáneas que pueden ser deformantes.

precios de los productos agrícolas de los que dependen, como es el caso del café, la escasez de créditos oportunos y en condiciones favorables para estos pequeños productores, son una constante en la vida de los campesinos mexicanos de la zona.

La población refugiada por su parte ha tenido que insertarse en condiciones muy desfavorables dentro de la estructura productiva existente, como mano de obra barata, viéndose muchas veces obligada a migrar en busca de otras fuentes de ingreso. Aunque la migración no es sólo un hecho presente entre la población refugiada también se ha empezado a dar un fenómeno migratorio entre la población joven mexicana, aunque no se tienen datos al respecto.

Por lo que se puede observar y de acuerdo a lo que la gente refiere en pláticas cotidianas, la población de origen mexicano ha empezado a viajar a los Estados Unidos y la población de origen guatemalteco, se desplaza con mayor frecuencia hacia otras ciudades dentro del mismo estado como Tapachula, Frontera Comalapa y Palenque.

En este contexto el CCESC realiza fundamentalmente actividades de atención a la salud a través de la clínica de Poza Rica y algunas actividades de salud comunitaria, sobre todo con la población de origen guatemalteco entre las que se incluyen, el registro bimestral del peso, seguimiento de las condiciones de las letrinas familiares, pláticas de educación para la salud y saneamiento ambiental, además del seguimiento de pacientes crónicos y detección de nuevos casos de tuberculosis.

Las actividades en la zona en 1997 eran realizadas por un grupo de 4 promotores de salud y 2 promotoras, además del personal técnico, entre el que se incluía a un técnico en salud comunitaria, dos médicos, un técnico responsable del laboratorio y dos médicos pasantes; aumentando el personal los años siguientes, al incrementarse tanto el número de pasantes que llegaron a realizar su servicio social entre 1998-1999 así como el número de plazas del proyecto, llegando a contarse con un total de 17 personas adscritas a la región, que de manera escalonada tenían presencia en la misma.

Aún y cuando en la región se contemplaba la atención de las comunidades que formaban el universo de trabajo de la misma, el personal se concentraba en la URI de Poza Rica, y de acuerdo a un programa de visitas mensuales de uno o dos

días se acudía a las comunidades por la mañana, regresando todos los días una vez culminadas las actividades encomendadas, a pernoctar a las instalaciones de la clínica. Esta manera de funcionamiento que llevaba ya algunos años, desde mi punto de vista, no ha permitido un acercamiento a la población al realizarse solamente actividades puntuales que muchas veces se dan de manera apresurada y descontextualizada, con escaso contacto con la comunidad, lo que se origina sobre todo a partir de un estilo de trabajo en el que lo importante es el cumplimiento de actividades propuestas como parte de planes, programas o proyectos.

Por su parte en Nuevo Porvenir el equipo de trabajo lo conformábamos fundamentalmente mujeres profesionistas, entre las que se incluía una médica, dos o tres nutriólogas, una técnica en salud comunitaria y una psicóloga. La organización para el trabajo en esta zona difería de manera fundamental a partir del hecho de que la atención que se brindaba a través de la Casa de Salud de la Mujer, cubría las necesidades específicas de la comunidad donde se encontraba asentada, y sólo eventualmente se llegó a atender a población de alguno de los asentamientos cercanos, esto por no haber sido concebida como un centro regional de atención.

El no funcionar como Unidad de Referencia Intermedia, significaba una demanda de atención menor, lo que ligado al hecho de que el perfil profesional de quienes formábamos el equipo de trabajo no fuera exclusivamente médico, nos permitió indudablemente desarrollar un trabajo en salud donde la base fundamental era la participación de la comunidad desde un enfoque integral de la salud.

Semestralmente era discutido con la población el programa de trabajo de salud y presentados los resultados de las actividades realizadas, además de que los representantes de la comunidad nos invitaban a participar activamente en algunas de sus asambleas mensuales, donde se revisaba el trabajo de cada una de las comisiones formadas, entre las que se encontraban la de vigilancia, educación y salud.

La comisión de salud la integraban promotores, promotoras y parteras de cada uno de los grupos que formaban la comunidad, quienes se capacitaban y participaban en las actividades organizadas como parte del proyecto de la Casa de Salud de la Mujer. Los promotores contaban con su propia casa de salud, donde se

atendían los principales problemas de salud de niños, niñas y hombres de la comunidad. Mientras que en la Casa de Salud de la Mujer, las responsables de la atención junto con la médica eran las promotoras y las parteras.

En las actividades de capacitación y atención a la salud de la zona de Nuevo Porvenir, participaban 11 promotores y 3 promotoras de salud, 4 promotoras de nutrición y 8 parteras. Para el desarrollo de las actividades de salud, se revisaba de manera mensual las necesidades en la población, así como las de capacitación del personal comunitario. Para el funcionamiento de la Casa de Salud de la Mujer, se distribuían las responsabilidades por equipos de trabajo que el propio personal de base había formado de acuerdo al tipo y nivel de capacitación recibida por cada uno de ellos.

Las actividades comunitarias de atención a la salud, en la zona comprendían: la vigilancia nutricional de menores de cinco años, la dotación de alimentos complementarios a los grupos definidos como prioritarios, entre los que además de incluir a embarazadas, madres lactantes y niños desnutridos; también se había decidido en la comunidad, incluir a enfermos crónicos, niños y niñas huérfanos y deshabilitados. Así mismo se daba seguimiento a los casos de desnutrición que presentaran algún cuadro infeccioso, además de actividades de vacunación, salud oral, seguimiento a enfermos crónicos y salud ambiental, para lo que se realizaban actividades educativas en la escuela primaria y con padres y madres de familia, así como jornadas de salud comunitaria en los que participaban todos los sectores de la comunidad.

Como parte del programa de capacitación a promotores, promotoras y parteras, se incluían temas relativos a su situación como población refugiada y su proceso de integración, además del manejo administrativo de la Casa de Salud de la Mujer, donde se revisaba con ellos los mecanismos de control de entradas y salidas de medicamentos, y el manejo de un fondo revolvente formado con las cuotas de recuperación por consulta que habían acordado en asamblea comunitaria.

Aún y cuando el objetivo central de la atención médica en la Casa de Salud de la Mujer (CSM) era el de cubrir las necesidades en este sentido de las mujeres, cuando se tenía la presencia del personal técnico los promotores referían a aquellos

pacientes que ellos no habían podido diagnosticar adecuadamente o bien las mujeres llevaban a sus hijos e hijas, para que fueran atendidos. En cuanto al número de consultas que los promotores brindaban en la Casas de Salud de las comunidades de la zona, se mantenía un promedio mensual de 80 mientras que en la CSM el promedio mensual era de 130 consultas mensuales, lo que reflejaba que si bien la población seguía acudiendo a solicitar consulta médica, los promotores resolvían una parte importante de la morbilidad de la comunidad.

Al respecto, la primera causa de morbilidad en la zona eran las infecciones respiratorias, con el 38% de los casos registrados con algún padecimiento en el período de 1998 a 1999, le seguían las amibiasis, las gastritis y las dermatosis. De manera global los padecimientos incluidos en el grupo de los padecimientos producidos por cambios climáticos y malas condiciones de la vivienda eran los que presentaban una mayor incidencia, alcanzando el 40%; mientras que los padecimientos agrupados dentro de los producidos por mal saneamiento presentaron una prevalencia similar con el 39% de los casos.

En cuanto a los motivos de consulta relacionada con la salud reproductiva en ese mismo período, el mayor porcentaje lo ocuparon las de control prenatal con el 37.2%, siguiéndole las consultas solicitadas por algún problema infeccioso o por problemas relacionados con los ciclos reproductivos-hormonales, mientras que las consultas relacionadas con el seguimiento y utilización de métodos de planificación familiar, había alcanzado, en 1999 ya el 31.2% de los motivos de consulta, lo que para el equipo de trabajo reflejaba los resultados del proceso desarrollado a partir de las Consultas Colectivas, ya que en períodos anteriores las mujeres no acudían a la CSM por este motivo.

2. Una mirada a tres mundos y tres formas de vivir el proceso.

Sin duda en cada zona y en cada grupo de trabajo se vivió de diferente manera la construcción de la estrategia de las Consultas Colectivas, para cada uno tuvieron su propio significado, en el que se mezclaron no sólo aspectos de cargas de trabajo, tiempos en comunidad, o enfoques desde nuestras profesiones, sino además

toda una carga subjetiva, ya referida anteriormente, condicionada por los momentos por los que la organización pasaba cuando la estrategia nació y se echó a caminar, por veredas diferentes que en algunos casos se lograron encontrar, para separarse al final.

Tal vez porque las mujeres que formábamos parte del proyecto no supimos hablar, o tal vez porque hablamos y no nos supieron escuchar, no lo sé, no lo sabremos tal vez, pero lo que nos queda en el recuerdo es que, allá en las comunidades, en algunas por lo menos, las mujeres sí nos escuchamos, sí pudimos hablar y entendernos. Eso es lo que nos queda en el recuerdo, eso es lo que valió la pena, por eso para nosotras, para mí, es importante voltear la mirada a algunos de esos mundos, donde junto con las mujeres se pudo construir y reconstruir la estrategia, que nació en el CCESC y se echó a caminar junto con nosotras.

Las Consultas Colectivas en Guadalupe Miramar.

Guadalupe Miramar, es una comunidad de reciente creación, su fundación se dio en el año de 1974, a partir de la migración de pobladores provenientes de la comunidad de La Grandeza del municipio de Motozintla, Chiapas. La migración en este caso no se dio de manera organizada en grupo, fue la necesidad de una primera familia por mejorar sus condiciones de vida, y la ilusión de tener tierras para el cultivo lo que les hizo migrar, ante los dichos de la gente de que ahí había tierras, lo que dio inicio a lo que hoy es un ejido. Así llegaron después cinco familias más, quienes se empezaron a organizar nombrando al primer aventurero como su comisariado, formando todos parte de un Comité Ejecutivo, a través del cual iniciaron la gestión para obtener sus tierras, así poco a poco fueron llegando más familias.

Juntos y organizados empezaron con la construcción de un camino de brecha y ante la carencia de alimentos, formaron una comisión que salía para poder comprar su frijol y su maíz, algunas veces podían comprar arroz, pan y después hasta algunas frutas y verduras. En las reuniones para organizarse desde el principio participaron siempre mujeres y hombres por igual, y entre todos y todas discutieron y

acordaron hacer un colectivo para sembrar, así podrían cultivar más tierra y sacarle más provecho porque todavía eran pocos.

Entonces empezaron a abrir la montaña para sembrar en colectivo, primero café, para poder tener un producto que vender, pero también maíz y frijol para poder alimentarse, ya después cuando llegaron las otras familias y se resolvió lo de las tierras, a cada familia le tocó su parte de tierra y entonces ya cada una pudo sembrar sus propios productos, aunque siguieron formando un colectivo para lo que juntos habían sembrado. En sus terrenos la mayoría sembró plátano, porque se daba bien, también fueron sembrando naranja, lima, mandarina y limón, después otras familias iniciaron con la siembra de papaya, aguacate, zapote, chile y cacao. De todos los productos el que han podido vender mejor ha sido el plátano, porque siempre llegan los coyotes a buscarlo hasta la comunidad, en cambio el café solo por temporadas se llega a vender bien.

La organización comunitaria fue también el factor fundamental para que hoy cuenten con carretera, luz, teléfono comunitario, escuela preescolar y primaria con un maestro para cada grupo, y pronto el agua porque ya lo están gestionando, nos dicen orgullosos una vez cuando platicamos a la luz del atardecer, cuando los hombres han regresado ya de su trabajo con la tierra y el calor ya nos hace sudar intensamente.

En las reuniones que aún se siguen teniendo, la participación de hombres y mujeres sigue igual porque todavía son muchas cosas las que hay que resolver, y ahí es donde las mujeres hablaron de la necesidad de atención a la salud, sobre todo de los niños y niñas; entonces se nombró un comité de salud, que se encargó de buscar apoyo para la atención. El comité no pudo conseguir que llegaran médicos o que pusieran una clínica en la comunidad, pero el IMSS les ofreció capacitar a un promotor de salud que ellos nombraran.

Nuevamente en una reunión comunitaria se nombró a un promotor de salud y se decidió la construcción de una casa de salud, para atender "sobre todo a las mujeres y a los niños que son los que padecen más" nos dijo don Tomás Salas quien fue el primero en llegar con su familia a las tierras que hoy forman Guadalupe Miramar. Los médicos del IMSS fueron capacitando al promotor de salud, que hoy ya

es promotor capacitador, responsable de la capacitación dos nuevos promotores de la comunidad.

A principios de 1999 se acercó ese promotor a la URI en Poza Rica, para solicitar apoyo en la atención a la comunidad, porque según comentó, aunque seguía recibiendo algunos talleres de capacitación en el IMSS, él se daba cuenta de que necesitaba más capacitación, porque algunas veces no sabía como atender algunos problemas de salud, sobre todo con las mujeres; entonces como una alternativa surgió la posibilidad de trabajar con la estrategia de las Consultas Colectivas en su comunidad, además de que fue invitado a asistir a la clínica a capacitarse también.

Aunque al promotor le pareció bien el ofrecimiento, tenía que preguntar a la comunidad, para ver si estaban de acuerdo en participar; así en reunión explicó en que consistía el apoyo que el CCESC estaba dispuesto a dar. Entonces mujeres y hombres todos, estuvieron de acuerdo en que se empezara el trabajo de las Consultas Colectivas y nos invitaron a una reunión para explicar bien en que consistiría el trabajo.

Así dio inicio el desarrollo de la estrategia en la comunidad, desde el principio planteamos la importancia de que promotores y parteras se apropiaran de la metodología, porque no podríamos estar en la comunidad de manera permanente, ni durante mucho tiempo. En la reunión se notó el entusiasmo por participar, los hombres hablaron de la importancia de la participación de las mujeres y de las parteras, con lo que las mujeres estuvieron de acuerdo, aunque sin hablar mucho.

El que hombres y mujeres estuvieran presentes en la reunión, y aceptaran la propuesta de trabajo, fue un factor determinante para que como equipo nos comprometiéramos a trabajar en la comunidad pese a que no se contó con el total apoyo y participación del conjunto del grupo responsable de la zona.

Se decidió entonces programar tres días de cada mes para el trabajo en la comunidad, en los que la compañera que dio seguimiento al proceso decidió quedarse en la comunidad, esto es, no regresar como el resto del personal cada día a dormir a la URI de Poza Rica. Esto permitió un acercamiento mayor con las mujeres y con las parteras, lo que fue fundamental para el desarrollo de la estrategia de las Consultas Colectivas en la comunidad.

Antes de iniciar el trabajo con las mujeres se tuvieron tres reuniones con el grupo de promotores que formaban el Comité de Salud de la comunidad y con una de las parteras, ya que la otra aunque tenía interés de participar no obtuvo el permiso de su esposo. En estas reuniones se revisó la metodología y se explicaron los principales objetivos del trabajo con las mujeres, a través de las Consultas Colectivas. En estas reuniones poco a poco los promotores y la partera fueron comprendiendo lo que la propuesta de trabajo significaba.

Se resaltó la importancia de que las Consultas Colectivas además de servirnos para dar atención a la salud de las mujeres y niños o niñas, lo que se buscaba era que las mujeres tuvieran un espacio donde ellas pudieran expresarse y compartir sus dudas, temores y saberes.

Después de estas primeras reuniones para la discusión de la metodología con promotores y la partera de la comunidad, se tuvo una reunión con las mujeres del poblado, en la que nuevamente se les explicó en qué consistía la estrategia de Consultas Colectivas y la propuesta de formar tres grupos. En esta reunión, las mujeres hicieron preguntas respecto al por qué de la formación de tres grupos y aunque se les explicaron los planteamientos teóricos que desde el diseño conceptual de la propuesta fundamentaban el trabajo en grupos, ellas, las mujeres, no estuvieron de acuerdo y pidieron empezar las Consultas Colectivas todas juntas. De esta forma, durante los primeros meses de trabajo con ellas, se trabajó en un solo grupo, hasta que ellas mismas estuvieron de acuerdo en que las embarazadas formaran un grupo aparte, porque sus problemas de salud y preocupaciones sí eran diferentes a los de las otras mujeres, aunque el resto se siguió reuniendo en un solo grupo.

Aunque al principio las mujeres no se animaban a hablar, ni a proponer los temas acerca de los cuales reflexionar en las Consultas Colectivas, poco a poco fueron sintiendo la confianza de hacerlo. Así, si bien los primeros temas fueron propuestos desde el equipo de trabajo, revisándose temas como: los problemas durante el embarazo, el parto o la lactancia materna, después fueron ellas quienes pidieron hablar de planificación familiar y con este tema surgió el tema de derechos reproductivos, que despertó una gran participación. Al grupo de mujeres

embarazadas les interesó mucho hablar de cómo se da el crecimiento y desarrollo intrauterino, porque tenían muchas dudas respecto a cómo se van formando los niños o niñas durante el embarazo.

Antes del desarrollo de las Consultas Colectivas los temas eran revisados con el grupo de promotores y con la partera que participaba en las mismas, lo que significó un proceso de capacitación con base en las necesidades planteadas desde los grupos de mujeres, además de que permitió conocer las experiencias y conocimientos de la partera y los promotores.

A partir del desarrollo de la estrategia en la comunidad la partera empezó a asistir a los talleres de capacitación que se realizaban en la URI de Poza Rica, lo que sin duda reforzó su capacitación y le dio una mayor confianza para participar en la Consulta Colectiva de embarazadas. Sin embargo, algunas de las embarazadas eran atendidas por la otra partera que hasta ese momento no se había integrado al desarrollo de las actividades ante la negativa del esposo, por lo que en reunión con promotores y la partera, se discutió la importancia de la participación de ambas parteras, con lo que acordaron hablar con el esposo para conseguir que aceptara la participación de dicha partera.

Se acudió en comisión a hablar con éste, para hablarle del trabajo que se hacía y de la necesidad de que la partera se integrara a las actividades, a lo que finalmente accedió, pero con la condición de que no asistiera a los talleres de capacitación fuera de la comunidad.

El proceso no duró mucho tiempo en la comunidad, apenas un poco más de un año de trabajo, sin embargo las Consultas Colectivas fueron reconocidas como espacio de las mujeres, tanto por la comunidad como por las mismas mujeres, los promotores y las parteras. Al final del acompañamiento, el promotor llegó a trabajar las Consultas Colectivas, junto con las parteras aún sin la presencia del personal del equipo de trabajo.

En el caso del promotor capacitador, fue evidente un cambio en la manera de hablarles a las mujeres y de dirigirse a las parteras, mostrando siempre interés porque éstas siguieran capacitándose y participando. Podemos afirmar que él logró

una apropiación de la estrategia y la aceptación de las mujeres, los problemas de las mujeres formaron parte de su interés en mejorar la salud de su comunidad.

En las mujeres, los cambios también se dejaron ver, aquellas que al principio no hablaban comenzaron a hacerlo, las que miraban al piso empezaban a mirar de frente y las que desde el principio hablaban, con el transcurrir de los meses, se volvieron mas cuestionadoras, rebatían, preguntaban, y proponían temas como el de los derechos reproductivos, o las diferencias en el crecimiento y desarrollo en hombre y mujeres, porque les interesó saber cómo funcionaba su cuerpo; otro tema que en particular en esta comunidad despertó interés fue la menopausia.

Un proceso interesante que se dio en la comunidad fue en el sentido de que, algunas mujeres jóvenes que eran madres solteras, al principio no se habían interesado en participar, después de seis meses de desarrollo de las Consultas Colectivas se acercaron a los grupos.

Por otro lado, las mujeres embarazadas una vez que tenían a sus hijos o hijas continuaron participando, integrándose al otro grupo de mujeres y pronto algunas de ellas decidieron utilizar algún método de planificación familiar.

La Consulta Colectiva en esta comunidad no fue un espacio en el cual se hablaba solamente de problemas relacionados con la salud de las mujeres y las de sus hijos, sino que permitió a las mujeres expresarse, dejar salir sentimientos y emociones; hablar de si mismas, de su vida, de su niñez, del sufrimiento vivido por quienes habían sido maltratadas por su padre cuando eran niñas. También llegó a salir la angustia ante la pobreza vivida, la falta de recursos para comprarles lo indispensable a sus hijos, y con esto la carga psicológica que les representaba ser madres, además de las dificultades en la relación con sus esposos, el tener que luchar para que les dieran permiso para salir, para asistir a las reuniones de Consultas Colectivas, para utilizar algún método anticonceptivo con el cual pudieran espaciar sus embarazos.

Aunque desde una visión crítica se podría argumentar que en esta comunidad el proceso no significó un cambio en el sistema de relaciones de género, se debe partir de la comprensión de que éstas se dan como parte de una cultura y que las transformaciones constituyen procesos históricos generacionales, por lo que son los

pequeños cambios los que van transformando finalmente esas estructuras, así el que las mujeres en Guadalupe Miramar se sintieran con una mayor confianza para hablar en las reuniones de la comunidad y algunas para negociar con sus parejas el uso de algún método de planificación familiar, significó una transformación en su visión de sí mismas y de su relación con sus esposos y dentro del colectivo del que formaban parte.

Además, el trabajo con mujeres despertó el interés de los hombres en su propia salud, logrando realizarse una reunión con ellos donde pidieron hablar de las enfermedades de transmisión sexual, lo que sin duda debe reconocerse como un logro importante. En esta etapa del proceso todo el equipo de trabajo al cual yo pertenecía decidimos nuestra salida del CCESC, por lo que se dio la despedida, que aún hoy se lamenta porque en esta comunidad muchos de los aspectos teóricos de la propuesta, encontraron significado

Uno de los elementos que facilitó el desarrollo de la estrategia, fue indudablemente la posibilidad de comunicarse con la población sin necesidad de traducción, al hablar el mismo idioma, además de que el convivir con algunas de las mujeres y con la partera más allá del espacio de las Consultas Colectivas, al comer y dormir en sus casas, permitió una mayor aceptación y confianza.

Otro aspecto que no se pudo concretar fue el formar un grupo con las señoras de más de 45 años, quienes manifestaron su interés por formarlo, para hablar de sus problemas. Ellas comentaron que cuando se acercaron a platicar con nuestra compañera le dijeron: “como ya no tenemos hijos chicos ya no nos hacen caso”, “queremos trabajar, reunirnos también”.

Las Consultas Colectivas en Nuevo Porvenir

Nuevo Porvenir, al ser la comunidad donde el proceso pudo crecer por más tiempo, refleja los mayores logros aunque también los retos de una estrategia en construcción. Como mencioné anteriormente en la descripción de las zonas de trabajo del CCESC, Nuevo Porvenir era una comunidad formada por población refugiada, que provenía de aldeas como Yalacastán, Aguacate, Buena Vista, La

Cascada y Quetzal, todas pertenecientes a la etnia chuj. El grupo mantenía su relación con sus lugares de origen, aún tratando de funcionar como un colectivo, por lo que en la comunidad las familias se instalaron de acuerdo a su lugar de origen, y nombraron representantes para cada uno de los grupos. También nombraron a sus propios promotores y parteras que lograron funcionar con el tiempo como un grupo de trabajo organizado.

La población que formaba este campamento había tenido un largo recorrido antes de llegar a los terrenos en los que se encontraba cuando se inició el trabajo del CCESC, y su peregrinaje no terminó aquí, a mediados de 1999 muchos regresaron en los bloques de retorno a Guatemala y otros más tuvieron que buscar un nuevo lugar para vivir, ante el triste hecho de que sus tierras en Chiapas habían sido invadidas pese a que el Comité Cristiano y las autoridades del ACNUR, consideraban al campamento como una posada segura, a la que incluso se había pensado podrían incluirse otras familias.

En 1995, los terrenos fueron invadidos por pobladores de la colonia Cuahutémoc, que buscaban una ampliación de su ejido, así entre negociaciones, tristezas y temores, no hubo más remedio que abandonar todo lo que ya habían logrado construir en la que durante 14 años de refugio, había sido su comunidad.

Esos catorce años no fueron fáciles, aprendieron mucho y aprendimos con ellos un poco, durante los ocho años de trabajo en salud que inició con la atención a mujeres y a los niños desnutridos; ocho años en los que no todas las que empezamos continuamos, en los que algunas nos fuimos un tiempo y regresamos, en los que llegaron caras nuevas, con sonrisas nuevas, con ilusiones nuevas, ocho años de los que en los últimos tres años se empezaron a ver algunos resultados del trabajo, con las mujeres.

Nuevo Porvenir era una comunidad, en la que sus habitantes contaban solamente con un pequeño solar para sembrar un poquito de maíz y algunas verduras, cuando había algún proyecto de hortalizas, pero sobre todo, en los primeros años de refugio, dependían del subsidio de alimentos del ACNUR, que entregaba dotaciones familiares de maíz, frijol y arroz, para cubrir las necesidades

alimentarias, al principio recibían también aceite, azúcar y hasta carnes enlatadas, pero poco a poco se fueron disminuyendo las raciones.

Para subsistir, los refugiados rentaban tierras, para sembrar maíz y frijol donde el pago era la mitad de la cosecha, con lo que les quedaba podían complementar sus necesidades de alimentación. Algunos además salían a trabajar a las fincas de café, o en lugares cercanos como mano de obra barata para los ejidatarios de la zona.

Poco a poco fueron más los que salían en busca de trabajo, a Comalapa, Comitán o Tapachula, ocasionalmente se iban hasta Villa Hermosa, Tabasco; no sólo los hombres, pronto las mujeres jóvenes y solteras empezaron a migrar también en busca de trabajo, ya fuera a las cosechas de café, o bien a trabajar en la ciudad como ayudantes de albañil los hombres, y en el servicio doméstico las mujeres.

En el centro de la comunidad se encontraba la iglesia, una escuela primaria que era atendida por promotores de educación de la misma comunidad, formados mediante cursos de habilitación de la COMAR, también estaba la cárcel y dos casas de salud atendidas por dos grupos de promotores, porque recibían capacitación de diferentes organizaciones, una de ellas era el CCESC.

En 1993 se había construido la Casa de Salud de la Mujer, a iniciativa del CCESC, y con el apoyo y participación de la comunidad y del ACNUR. Desde su inauguración las parteras tuvieron una importante participación, además de que inició sus actividades con un trabajo de formación de promotoras, ya que se pretendía que la Casa funcionara como un espacio de atención y participación de mujeres.

Así, cuando en 1997 se empezaron a desarrollar las Consultas Colectivas, las parteras ya estaban integradas al sistema de atención de la zona y de la comunidad.

Con la población se tenía ya una relación importante y su apoyo en la realización de las actividades de salud, que desde la Casa de Salud de la Mujer se proponían. La presentación de la propuesta metodológica en la comunidad se hizo en la primera reunión del año, donde se presentó el programa de trabajo y los promotores y parteras presentaron su informe de actividades realizadas durante el año anterior.

Previo a la presentación ya se había tenido con el grupo de promotores y parteras una reunión inicial y dos talleres para la revisión de la metodología

propuesta para el trabajo con las mujeres a través de las Consultas Colectivas. Al presentarse la estrategia se buscó partir de la identificación de los principales problemas de salud de las mujeres y los niños con el propósito de evidenciar los problemas relacionados con la morbilidad materna y de niños o niñas pequeños, a partir de esto se explicaron los objetivos de la estrategia y la forma como se trabajaría con las mujeres a partir de la formación de tres grupos; fue en la asamblea comunitaria donde participaron tanto hombres como mujeres se decidió aceptar la forma de trabajo propuesta.

Se convocó después a una reunión donde estuvieron solamente las mujeres y los promotores, promotoras y parteras explicaron nuevamente la forma en que se trabajaría con ellas, algunas preguntaron si se les darían alimentos, otras por qué se tenían que formar grupos, algunas más preguntaban si ya no se daría consulta en la Casa de Salud de la Mujer. A todas sus preguntas los promotores y parteras contestaron, hasta que las mujeres aceptaron formar los tres grupos para comenzar a reunirse cada mes.

Al comenzar con el desarrollo de las Consultas Colectivas, fueron las parteras y promotoras quienes participaron junto con el personal técnico, algunas veces la médica, otras más alguna de las nutricionistas o la técnica en salud comunitaria junto con la psicóloga, y otras, todas juntas. El grupo de promotores, promotoras y parteras había decidido que era mejor que los compañeros promotores no participaran, para que así las mujeres no sintieran pena de hablar.

De esta forma, se iniciaron las Consultas Colectivas en Nuevo Porvenir, primero el equipo de asesoras eran las que conducían el proceso, por lo que se necesitaba de la traducción de alguna de las parteras o de las promotoras, esto limitaba la fluidez de la Consulta Colectiva, por lo que poco a poco fueron las parteras quienes conducían la discusión, aunque se contaba con la presencia del alguna de las asesoras para responder a las preguntas o dudas de las parteras.

Fue hasta después de dos años de trabajo cuando las parteras se sintieron capaces de desarrollar solas las Consultas Colectivas, recibiendo el apoyo de promotores para la preparación del tema que las mujeres hubieran escogido revisar.

Esto también se dio un poco por la necesidad, cuando las asesoras no podían llegar a la comunidad, y había que reunirse con las mujeres.

El que no se acudiera eventualmente a la comunidad, aún y cuando había Consultas Colectivas programadas, si bien respondía casi siempre a inconvenientes o imprevistos que limitaban la movilización del equipo de trabajo, también se veía como una oportunidad de poner a prueba nuestro empeño por romper con la dependencia del grupo de promotores y parteras hacia nosotras como equipo de asesoras. Y formaba parte también del proceso de apropiación de la metodología, ya que en el grupo estábamos conscientes de que tarde o temprano tendríamos que dejar al grupo, para que siguiera avanzando solo.

De manera general, previamente al desarrollo de las Consultas Colectivas, se trabajaba con el grupo de promotores, promotoras y parteras para la revisión de los temas, como parte del proceso de formación que complementaba el programa de capacitación a través de los talleres bimestrales, donde se revisaban los temas que se consideraban como los más importantes para el trabajo en salud reproductiva. Entre los que se incluyeron el tema de maternidad sin riesgos, salud reproductiva y género, derechos reproductivos, además de todos los relacionados con los riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la lactancia materna, el método MELA, el crecimiento y desarrollo de los niños, desnutrición, enfermedades infecciosas y enfermedades de transmisión sexual.

Al terminar la Consulta Colectiva de embarazadas, las mujeres en las que se había identificado algún riesgo pasaban a revisión médica junto con su partera, esto permitió la identificación de riesgos y la prevención de algunas emergencias. En las otras Consultas Colectivas, también eran revisadas las mujeres que referían alguna sintomatología o los niños y niñas que se encontraban enfermos, lo que provocaba muchas veces que estuvieran muchas mujeres esperando pasar a revisión, por lo que después se optó por citar a algunas en los días siguientes al desarrollo de las Consultas Colectivas.

El grupo de mujeres con hijos de entre 6 y 24 meses, resultó ser muy grande por lo que se decidió formar dos grupos de esta Consulta Colectiva. Los temas que se revisaban no siempre habían sido preparados, ya que en ocasiones aunque las

mujeres habían pedido hablar de algún tema en particular, al iniciarse la Consulta Colectiva, surgían otras necesidades u otros intereses, lo que obligó en ocasiones al grupo de trabajo a improvisar herramientas para la discusión de algunos de los temas.

Cuando las Consultas Colectivas se empezaron a desarrollar casi por completo en el idioma de las mujeres, se notó una mayor participación de éstas. Era sorprendente ver como mujeres que antes no hablaban, cuando se usaba más la traducción para hacer las preguntas, y como al hablar solo en chuj las mujeres tomaban la palabra por largos ratos, dándose un auténtico diálogo, nosotras como asesoras, solamente las podíamos seguir con las miradas, con las risas, y a veces con los silencios y las lágrimas. Tratando de entenderlas en un lenguaje común, aunque no habláramos su idioma, con el lenguaje de las mujeres, que en las Consultas Colectivas habían encontrado un espacio, su espacio para hablar.

Así se fue construyendo y reconstruyendo la estrategia, y surgieron necesidades, algunas previstas, otras que aún cuando las imaginamos nos tomaron por sorpresa. La primera fue cuando a partir del análisis en las Consultas Colectivas, de su situación como mujeres- madres, que no les permitía salir para trabajar y no tenían formas para tener ingresos, las mujeres pensaban en cómo resolver su situación. Lo que llevó a la idea de organizarse en grupos, para pedir apoyos para la realización de proyectos productivos.

Esto nos confrontó al interior del equipo de trabajo, que de alguna manera en nuestros análisis habíamos cuestionado lo adecuado o no de este tipo de proyectos, por la carga adicional que se sumaría al ya de por sí pesado trabajo cotidiano de las mujeres como responsables de un sin número de actividades necesarias para la reproducción social del grupo doméstico. Además de que sabíamos de las dificultades organizativas que proyectos grupales como este tipo llevan implícitas, y teníamos grandes dudas respecto a que realmente los proyectos productivos en pequeña escala dirigidos a las mujeres en particular, realmente representen la posibilidad de una mejoría en su situación económica.

Con todo las mujeres insistieron en que les apoyáramos a conseguir recursos para algún proyecto productivo, se trabajó así con las mujeres interesadas en varias

reuniones, donde se analizaron las posibilidades que se tenían, y se discutieron los mecanismos de organización. Finalmente se formaron dos pequeños grupos, formados inicialmente por 15 mujeres cada uno, aunque después algunas integrantes se fueron separando de la iniciativa. Uno de los grupos decidió solicitar recursos para producir pan, y el otro para elaborar medicamentos alternativos de herbolaria.

Ninguna de nosotras como asesoras sabíamos como elaborar un proyecto de esta naturaleza, así que solicitamos apoyo a los compañeros del área de agroecología del CCESC, quienes manejaban un proyecto de ahorro y crédito para proyectos productivos. Así una vez que las mujeres estaban organizadas y habían decidido que querían hacer, los compañeros visitaron la comunidad y se reunieron con las mujeres para iniciar su proyecto.

Así con esfuerzo y muchas ilusiones, por tener un pequeño ingreso los grupos empezaron a producir sus productos y a buscar la manera de comercializarlos. Las mujeres del grupo de pan, recibieron apoyo para la construcción de un pequeño horno y un micro-crédito para iniciar con su actividad productiva, que pronto lograron pagar con las ganancias obtenidas de la venta del producto, en la misma comunidad y ocasionalmente en las que se encontraban cercanas. El grupo formado por diez mujeres logró mantenerse trabajando hasta que, en mayo de 1999, tuvieron que abandonar la comunidad, para ir nuevamente a luchar por construirse un nuevo espacio en un nuevo asentamiento, dejando atrás algunos de sus sueños, como otras tantas cosas que se quedaron en el terreno que había sido su comunidad "Nuevo Porvenir".

El grupo que inició con la producción de medicamentos a partir de la herbolaria, no pudo mantenerse al no encontrar otro espacio además de la Casa de Salud de la Mujer que les comprara sus productos, ya que en la URI no se lograron vencer las resistencias, ni los trámites administrativos para poder comprárselos, y utilizarlos como parte de los medicamentos empleados en el tratamiento de algunas enfermedades, pese a que este había sido el compromiso inicial.

En las Consultas Colectivas también se hizo evidente otro de los problemas que viven las mujeres como parte de las relaciones de poder que sufren en el ámbito

privado, la violencia doméstica. Ante este problema que aunque sabido y esperado su surgimiento en el espacio de las Consultas Colectivas, no teníamos una estrategia con la cual abordarlo, pero no podíamos permanecer sordas a la voz de las mujeres, cuando les habíamos permitido hablar. Así se aprovechó la experiencia previa de una de las compañeras del equipo, la psicóloga del equipo; quien con gran entusiasmo, empezó a construir una estrategia para la atención del problema de la violencia doméstica, intentando la formación primero de un grupo de apoyo mutuo, que en algún momento ya había funcionado en la comunidad, donde se buscaba desarrollar terapias grupales que ayudaran a las mujeres que sufrían violencia en su hogar, para el que se solicitó la colaboración de algunas de las compañeras del Colectivo de Mujeres de San Cristóbal (COLEM), sin embargo este mecanismo no logró funcionar, ya que los períodos entre cada una de las reuniones del grupo eran muy grandes, además de que no se generó un ambiente de confianza en el grupo de mujeres, para abordar esta problemática.

Finalmente el trabajo de apoyo a mujeres violentadas se dio con la participación de dos de las parteras, quienes tenían un reconocimiento por parte de las mujeres de la comunidad y de manera general de los hombres también, además de que se identificó que de alguna forma ellas ya venían cumpliendo un rol en este sentido, ya que en varias ocasiones las mujeres llegaban a contarles lo que les pasaba con sus esposos y a pedirles que hablaran con ellos; por lo que se vio en este rol natural que habían asumido estas parteras una estrategia a través de la cual se podía abordar el problema, en la que la asesoría por parte de una de las integrantes del equipo, sería el factor que pudiera dar a las parteras herramientas que les permitieran mejorar su trabajo en este sentido.

Por esta vía, se les empezó a asesorar sobre las formas como se podía ofrecer un apoyo psicológico a las mujeres que sufrían violencia doméstica, con técnicas sencillas, donde el objetivo principal era propiciar en la mujer primero un proceso de catarsis que le permitiera ser consciente de las relaciones de violencia que había vivido, a partir de lo cual se le iba apoyando para que encontrara las posibles soluciones al problema de violencia que vivía en ese momento.

Algunas encontraban una solución en el que las parteras hablaran con sus esposos para que cambiaran de actitud. En estos casos juntas las dos parteras acudían a buscar al esposo de la mujer a su casa, primero hablaban con él y después se dialogaba con ambos, y aunque hubo algunos casos en los que se respondía con agresión hacia las parteras, en otros se lograron cambios de conducta en los hombres. En otros casos las mujeres optaron por la denuncia formal ante las autoridades, ante lo cual se decidió acompañar y orientar a las mujeres en el proceso que esto significó.

Adicionalmente el tema fue tratado en una de las reuniones de programación que se tenían con la comunidad, a partir de lo cual la población reconoció que se trataba de un problema comunitario, por lo que acordaron incluir en su reglamento sanciones a los hombres que incurrieran en casos de violencia doméstica, con uno o dos días de cárcel según fuera el caso.

El trabajo en este sentido naturalmente vulneró las estructuras de poder existentes con lo que algunos hombres, reaccionaron amenazando al grupo de asesoras, sobre todo a la compañera que encabezaba estas actividades, al ser ella quien además daba el acompañamiento en los casos en los que las mujeres se atrevieron a realizar una denuncia ante el Ministerio Público. Durante algún tiempo fue necesario reforzar la seguridad del equipo de trabajo y de la Casa de Salud de la Mujer, para lo que se contó con el apoyo de la comunidad en su conjunto y en especial del grupo de promotores, nombrándose turnos de vigilancia que cuidaban durante la noche y también fue necesaria la vigilancia durante los días en los que el equipo de asesoras no se encontraba en la comunidad, esto sobre todo después de que se sufrió un asalto en la misma.

Aunque estos fueron momentos muy difíciles para el equipo de trabajo, que se vivieron sin el respaldo del CCESC, no se dio marcha atrás en el apoyo a las mujeres, hasta que poco a poco la agresión de los hombres que se sintieron vulnerados disminuyó, sobre todo por la actitud valiente de nuestra compañera, quien confrontó abiertamente a quienes se acercaban amenazantes. Hoy pienso que tal vez no dimensionamos totalmente los riesgos, aunque muchas veces llegamos a

sentir temor, sin embargo lo que nos mantuvo en la comunidad fue el respaldo de las mujeres y todo el equipo de promotores, promotoras y parteras.

Por otro lado en el aspecto de la atención a la salud, si bien las parteras ya venían realizando un trabajo como actores importantes en la Casa de Salud de la Mujer, las Consultas Colectivas reforzaron sus conocimientos sobre todo en la identificación de riesgos, dándoles una mayor seguridad para tomar decisiones en los casos de urgencia; con lo que durante el último año de trabajo, ante la necesidad de un traslado, se organizaban y se apoyaban cuando había que luchar contra la negativa del esposo o la familia de la mujer, para lograr sacar a la mujer y llevarla al hospital de Comitán, esto cuando no se encontraba el equipo de asesoras.

Entre las mujeres tuvo un gran impacto el tema de los derechos reproductivos, previamente la cuestión de los derechos de las mujeres había venido formando parte de su discurso, sobre todo a partir de la organización para el retorno, por lo que en las Consultas Colectivas este fue un aspecto de reflexión frecuente. El uso de métodos de planificación familiar también se hizo evidente, si bien durante la Consulta Colectiva no se expresaba abiertamente el deseo de utilizarlos, en la consulta individual la solicitud de métodos se vio incrementada. Hacia el final del proceso vivido con las mujeres de Nuevo Porvenir una de las parteras llegó a comentarnos que con las Consultas Colectivas, había perdido su trabajo porque ya no había mujeres embarazadas.

Así, todas, mujeres, parteras y el grupo de trabajo que formamos parte de este proceso, sin duda durante esos tres años descubrimos muchas cosas nuevas de nosotras mismas, y alimentamos la esperanza de que la vida de las mujeres puede cambiar. Aunque al final vino la separación, algunas mujeres y varias de las parteras decidieron retornar a Guatemala ante la incertidumbre de lo que sería su vida como población integrada, otras más ante el temor de todo lo vivido allá prefirieron la aventura de comenzar de nuevo en Chiapas, y nosotras todas les dijimos adiós llevándonos en nuestros recuerdos y en nuestros corazones sus sonrisas, compartidas en esos momentos en los que todas no éramos sino mujeres compartiendo nuestras vidas.

Las Consultas Colectivas en Jalisco.

La estrategia de Consultas Colectivas se desarrolló también en Jalisco y Lucio Cabañas, dos comunidades del municipio de Altamirano, ya que si bien estas no formaban parte del universo de trabajo del CCESC, uno de los integrantes del área por convicción e interés propio, desarrollaba actividades de atención a la salud y capacitación a promotores en éstas comunidades.

Cuando se autorizó el financiamiento del proyecto de Consultas Colectivas, se había contemplado la posibilidad de capacitar en el desarrollo de esta estrategia a los grupos de promotores organizados de la zona de Altamirano, esto no pudo concretarse. Por lo que solamente se inició el proceso en estas dos comunidades, sobre todo a partir de la aceptación y prestigio que nuestro compañero tenía por su trabajo en ellas, siendo originario además de la comunidad de Jalisco.

El ejido de Jalisco se localiza a 8 km. de Altamirano, cuenta con una superficie de 781 hectáreas, la vía de acceso es por una carretera de terracería y el medio de transporte usado por algunos de los hombres de la comunidad es la bicicleta, aunque la mayoría de la población no tiene mas recurso que caminar, entre de 30 y 45 minutos, según el paso y la carga que se lleve.

La comunidad cuenta con 269 habitantes de los cuales 137 son de sexo femenino que representan el 50.92% de la población y 132 son del sexo masculino que representa el 49.08%. La comunidad es pequeña, formada por 52 familias, con 5 o 6 miembros por familia, cuenta con servicio de energía eléctrica, escuelas de nivel preescolar y primaria, una iglesia, una casa de salud, la casa ejidal, la cárcel y también con agua entubada aunque no en todas las viviendas ni todo el tiempo, ya que por un lado la fuerza del agua no es suficiente, además de que la capacidad de almacenamiento del tanque es muy poca y la tubería se encuentra en mal estado, a lo que se suma el hecho de que no todas las familias cuentan con los recursos necesarios para la introducción de agua en sus viviendas.

Los habitantes son de origen indígena que hablan el idioma tzeltal, aunque una parte de la población habla el español, sobre todo los hombres y los niños. La gran mayoría de la población adulta es analfabeta.

En la comunidad los ancianos representan la máxima autoridad y son los que se encargan de discutir los problemas cuando éstos se presentan, de manera conjunta con las demás autoridades. En cualquier tipo de reunión que se realice para la discusión de los asuntos comunitarios ellos deben estar presentes y son quienes dan el punto de vista final para los acuerdos comunitarios.

Además, la comunidad cuenta con un comité político, un comisariado ejidal, un secretario, un agente, un comité de educación, un comité de salud, un comité de agua, un comité de energía eléctrica, 5 policías y un comandante.

La comunidad en su totalidad profesa la religión católica, la organización de en torno a la iglesia forma parte importante de la comunidad, cuenta con un prediacono (tun'el), quién es el que da los sacramentos para la comunidad. Los catequistas, son quienes se encargan de preparar y orientar a las personas que desean recibir los sacramentos y los ancianos por ser la máxima autoridad de la comunidad son los consejeros de quienes van a recibir los sacramentos.

En la comunidad se celebran 4 fiestas importantes: en el mes de febrero la fiesta de San Caralampio; en mayo la celebración para la siembra de maíz; en octubre, la fiesta del Niño Fundador; y en noviembre, el día de todos los Santos.

La agricultura es de autoconsumo, por lo que los principales cultivos son el maíz y el frijol; algunas familias siembran café del que dedican una parte para la venta y otra para al consumo familiar. Como cultivos de traspacio se tiene chayote y calabaza. Ante la situación de pobreza con la que viven diariamente, muchos de los hombres salen a buscar trabajo fuera de su comunidad.

Por su parte las mujeres realizan actividades domésticas, aunque como la gran mayoría de las mujeres campesinas, en las temporadas de siembra, limpia y cosecha, ellas salen también a trabajar junto con sus esposos. Las actividades productivas de traspacio forman parte de la imagen cotidiana de las mujeres en Jalisco.

En cuanto a la población masculina joven, en su gran mayoría ha migrado, en busca de alternativas para la obtención de ingresos, con los cuáles mantener a sus jóvenes familias. Ya que en la comunidad los patrones de formación de pareja a temprana edad, como en otras comunidades indígenas, también están presentes.

La mayoría de los jóvenes hombres sólo logran culminar con su educación primaria y una pequeña parte de ellos cuenta con estudios de secundaria, sobre todo porque tienen que abandonar sus estudios para integrarse al trabajo productivo. En cuanto a las mujeres jóvenes muchas no han tenido la oportunidad de estudiar, por las condiciones de discriminación de género presentes, aunque la mayoría habla español, lo que les ha permitido salir en busca de trabajo, principalmente como trabajadoras domésticas.

La comunidad de Jalisco se localiza en una zona de pradera, su clima es cálido, con un período de lluvias que va desde el mes de mayo y se extiende hasta el mes de noviembre. Cercanos a la comunidad se encuentran pequeños ríos y arroyos, que desembocan en el río Jataté, durante la temporada de lluvias la población aprovecha la corriente de estos pequeños arroyos para lavar y bañarse.

En la comunidad un problema importante es el agua, ya que con la instalación del Ejército Mexicano en Altamirano, se ha contaminado uno de los ríos que la gente de Jalisco utiliza como fuente de abastecimiento de agua, incrementándose las enfermedades gastrointestinales y de la piel, ya que el drenaje de las instalaciones militares desembocan en el río.

Las viviendas están construidas de tabla y bajaré y los techos son de lámina, y la mayoría tiene piso de tierra, algunas casas cuentan con piso de cemento y paredes de adobe o de block, el combustible utilizado en la preparación de alimentos es la leña y la mayoría de las familias no tiene letrinas.

La comunidad no cuenta con servicio de salud de alguna institución u organización, solamente con una pequeña casa de salud que es atendida por promotores comunitarios que cuentan con poca capacitación y no cuentan con materiales y medicamentos necesarios para brindar una adecuada atención. En los casos de urgencias o enfermedades graves las personas son llevadas al hospital de San Carlos ubicado en Altamirano.

Aunque en Altamirano se encuentra también un hospital del IMSS-Solidaridad, no asisten a solicitar ningún tipo de atención por la desconfianza que tienen de las instituciones del gobierno. La resistencia desde los grupos de base zapatista, ligada a la desconfianza a los servicios de salud, ha representado un

mayor riesgo para la salud, sobre todo en el caso de las mujeres, ya que cuando se presentan complicaciones en el momento del parto, las mujeres no desean acudir en busca de atención ante el temor de ser "operadas", esto es que se les realice una salpingoclasia, porque han escuchado muchos rumores de que el gobierno quiere acabar con los indígenas. Estos temores de las mujeres sin duda se ven alimentados con el actuar del personal de las instituciones, que en repetidas ocasiones violenta los derechos de las mujeres realizando cirugías sin el consentimiento informado de las mismas.

La comunidad de Jalisco en los años 80 se integró y organizó como una comunidad de base del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), manteniéndose como tal hasta 1998, año en que se dio una separación con los líderes; lo que se dio como consecuencia de lo que para una parte de la población significó la falta de apoyo de la organización ante una invasión de sus tierras, que sufrieron por parte de ejidatarios de Altamirano, tierras que finalmente perdieron.

Con esto la población se dividió, ya que para algunos el mantenerse organizados como base de apoyo seguía siendo conveniente, mientras que para otros ya no tenía sentido, si no se contaba con su apoyo cuando lo necesitaban. En esa discusión se encontraba la comunidad, cuando algunos de los jóvenes decidieron romper con el reglamento convenido con el EZLN de no ingerir bebidas alcohólicas en la comunidad, con lo que se dio el rompimiento.

Jalisco fue una de las comunidades donde se dieron incursiones militares, para la búsqueda de los "rebeldes": Durante los operativos la población abandonó la comunidad y algunas familias ya no regresaron a sus casas ante el temor de nuevas agresiones del Ejército, y se quedaron viviendo en la comunidad Lucio Cabañas.

La fundación de la comunidad se remonta hacia 1933, con la llegada de un grupo de población que venía de Corralch'en, que había sido convencido por un maestro de abandonar esa comunidad, por encontrarse en un lugar montañoso y de difícil acceso, con lo que la gente pensó en ocupar los terrenos que algunos años antes, en la década de los 20, habían sido abandonados por sus dueños, que eran unos rancheros mestizos que se dedicaban a la cría de ganado; quienes se habían ido por temor a la guerra.

No todas las familias que salieron en ese tiempo de Corralch'en se quedaron a vivir en lo que hoy es Jalisco, algunas se fueron a formar otros ejidos como San Vicente, Carranza y Morelia. Pero los que ahí se quedaron ocuparon las casas que habían dejado los mestizos y después en 1940 construyeron su escuela, que es la misma que sigue funcionando todavía.

En Jalisco la presentación de la estrategia se hizo primero con las autoridades y los ancianos, como a ellos les pareció bien el trabajo que se proponía entonces convocaron a una asamblea con toda la población para hacer la presentación, en esta presentación estuvieron presentes hombres y mujeres, tanto adultos como jóvenes.

Los ancianos fueron quienes le dieron más importancia al trabajo que se proponía, mientras que las mujeres casadas y en edad reproductiva, que constituían la población con la que se proponía trabajar, fueron quienes no le veían importancia a nuestra propuesta de trabajo, lo que más les preocupaba era el contar con los medicamentos y la atención necesaria para sus hijos.

Como en la asamblea tanto las mujeres ya mayores, como los ancianos y las autoridades en general, si vieron como algo importante el trabajo que se pensaba realizar con las mujeres, convencieron a éstas para que aceptaran participar en las actividades, fue así como en la comunidad se inició el trabajo de las Consultas Colectivas.

Aún sin estar muy convencidas se formaron los tres grupos de mujeres propuestos desde la metodología, contándose con la participación de la partera, aunque al poco tiempo de haber iniciado con el desarrollo de la estrategia en la comunidad, ésta nos comentó que como ella recibía capacitación en el Hospital de San Carlos, ya no participaría en las Consultas Colectivas, tras explicarle que no le pedíamos que dejara de ir a sus talleres de capacitación y que lo que se pretendía era apoyarla en su trabajo, ella finalmente aceptó asistir solamente a las Consultas Colectivas de embarazadas, aunque no tenía una participación real en las mismas, si hacía las revisiones de las mujeres embarazadas junto con el personal técnico, al finalizar la Consulta Colectiva.

Las mujeres en cambio, poco a poco fueron integrándose en una participación real, con preguntas y comentarios acerca de su vida y sus problemas, relacionados con los temas que se discutían en las Consultas Colectivas. Hasta que fueron ellas las que pedían hablar de algún tema en particular; así tres de los temas que interesaron en mayor medida a todas ellas fueron: el de planificación familiar, el funcionamiento del aparato reproductor de hombres y mujeres y los derechos de las mujeres, porque querían saber que derechos tenían: "sabemos que tenemos derechos, pero no sabemos cuáles son", nos decían. Por su parte el grupo de embarazadas pidió hablar acerca del desarrollo embrionario, como uno de los temas que causó mayor interés.

Como parte del proceso, en las Consultas Colectivas en Jalisco se dio la participación de dos ancianas, que se interesaron en participar aunque no tenían hijos pequeños, al manifestar su deseo por compartir con las mujeres lo que ellas habían vivido y además porque "les gustaba llegar". Cabe resaltar además que en el caso de Jalisco, un factor determinante del proceso generado, fue el hecho de que nuestra compañera de equipo que asumió el trabajo en la comunidad, compartía con las mujeres no sólo la misma lengua, sino muchos de los patrones culturales de ellas, al ser una indígena tzeltal.

Este hecho fue sin duda lo que permitió que en las Consultas Colectivas de Jalisco, pudiera hacerse realidad lo que desde la teoría se había planteado, en el sentido de que éstas pudieran servir como un espacio donde no solamente se abordara el proceso salud-enfermedad desde los saberes y pensamientos del sistema médico hegemónico, sino que se pudieran contrastar con su concepción desde el pensamiento indígena, ya que es de la confrontación de las visiones donde con frecuencia se producen los pocos resultados desde el actuar de las instituciones y organizaciones que pretendemos una atención a la salud de la población.

En las Consultas Colectivas en Jalisco no sólo se habló de las señales de riesgo en el embarazo, o del crecimiento y desarrollo de los niños y los cuidados en su alimentación y su salud, sino que las mujeres compartieron otros saberes, por ejemplo cómo curar el "tzucumil spat", que es cuando a los niños o niñas pequeños les salen una especie de vellosidad dura en la espalda, de color negro y el pequeño

llora mucho, dejan de comer y les da mucha fiebre, cuando no los curan pronto se pueden morir. Esta enfermedad no la saben curar los doctores, comentaban, por eso cuando una de las mujeres jóvenes dijo que su niño tenía ese mal, entonces las mujeres mayores le explicaron cómo debía curarlo.

También se habló del "mal de ojo" o de cuando "la criatura está quebrada", también de lo que debían tomar las mujeres embarazadas cuando tenían el peligro de "tirar al niño".

Las mujeres en el proceso descubrieron que ellas no "tenían la culpa" como pensaban, de "darle al hombre solamente hijas", conocieron que el sexo en la concepción es definido por "la semilla del hombre", con lo que se dieron cuenta de que los hombres no tenían derecho maltratarlas o acusarlas por esto, algunas decían "esto que aprendimos, vamos a decírselo a los hombres porque ellos tampoco saben por eso se enojan y nos pegan o se buscan otra mujer"

Como otro de los efectos del desarrollo de las Consultas Colectivas se dio una demanda de métodos de planificación familiar, en los que en algunos casos se contaba con la aprobación de los esposos, pero en otros más, las mujeres decidieron su uso aunque su esposo no quisiera.

También las Consultas Colectivas sirvieron para que las mujeres buscaran la manera de resolver uno de los principales problemas de salud de sus hijos: las enfermedades de la piel. Sabían que el problema era por la contaminación del río, pero reconocían, con realismo, que no lograrían que el cuartel militar se fuera o sacara el desague de su drenaje hacia otro lado, por eso pensaron entonces en hacer jabones medicinales, con los cuales combatir la enfermedad, y se organizaron para hacerlo. Con la asesoría de nuestro compañero, el mismo que nos había invitado a trabajar en la comunidad, se organizó un taller para que las mujeres aprendieran a hacer los jabones, desparasitante y un jarabe para la tos.

Durante dos años se trabajó con los grupos de mujeres de Jalisco, quienes en ocasiones seguían participando aunque sus hijos hubieran cumplido, los dos años, período establecido desde la metodología como el de seguimiento de niños a través de las Consultas Colectivas. Al respecto cabe mencionar que en Jalisco no nos limitó la teoría, ya que se dio con frecuencia la participación de mujeres cuyos hijos ya

habían rebasado esta edad. Las mujeres que al principio empezaron en la Consulta Colectiva como embarazadas, continuaron su participación en las otras Consultas Colectivas, cumpliéndose así uno de los supuestos teórico-metodológicos, sobre todo porque en este caso, las mujeres lograron hacer suyo el espacio y se trascendió el enfoque médico, con lo que la vida, las preocupaciones, los sentimientos de las mujeres fueron el elemento principal del proceso.

Proceso que para el equipo de trabajo, fue muy satisfactorio, porque pese a que las mujeres al principio no estaban interesadas en lo que desde la teoría la estrategia les ofrecía, fue la práctica, lo vivido en los grupos, lo que las animó y las mantuvo participando, a pesar de las dificultades que en más de una ocasión se vivieron en Jalisco, a pesar de que muchas veces no se podía llegar a la comunidad en el día acordado, a pesar de que sabían que un día tal vez ya no regresaríamos.

El trabajo en la comunidad, no fue fácil, sobre todo porque no siempre se contó con los apoyos necesarios para trasladarse a la zona, al no ser una comunidad que formara parte del universo de trabajo del CCESC, lo que implicó por otro lado el que en las programaciones de trabajo, las actividades en la misma no fueran prioritarias, por lo que muchas veces hubo que sacrificar días de descanso para continuar el proceso. Pese a esto, nunca faltó el ánimo para ir a Jalisco, porque en el equipo de trabajo se vivía el proceso con el mismo gusto con el que nos recibían, los niños, las niñas, las mujeres y los ancianos de la comunidad cada vez que nos veían venir por el camino.

Por ese camino, por el cual un día partimos sabiendo que tal vez no volveríamos, más. Por eso nos fuimos con tristeza, por saber que las mujeres en Jalisco, durante algún tiempo conservarán en su pensamiento la idea de que tal vez regresemos un día, para después recordarnos solo de vez en cuando. Tristeza por darnos cuenta que aún y cuando como asesoras de un proceso nos sintamos comprometidas con él, nuestras propias necesidades y trayectorias nos hacen buscar nuevos caminos, sobre todo cuando no se cuenta con un respaldo institucional. Aún y cuando se trata de proseguir con un trabajo o apoyo desde lo individual, se requiere de mucho más que buena voluntad para continuar apoyando

los procesos comunitarios que no siempre logran ser autogestivos, por eso sentimos tristeza al sentir que nos separamos a la mitad del camino.

Capítulo IV. Consultas Colectivas en la construcción de sujetos sociales.

1. Las mujeres apropiándose de su cuerpo y su salud.

Los derechos reproductivos como uno de los principales aportes de los grupos feministas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, que fueron incorporados como uno de los principios del programa de acción, trajo consigo nuevas posibilidades y retos en el ámbito de la atención a la salud reproductiva, lo que se refleja actualmente en la mayoría de los programas y proyectos que se desarrollan en este sentido en México, como en la gran mayoría de los países de América Latina.

Así la estrategia de Consultas Colectivas retomó el concepto, buscando por un lado, que en este espacio las mujeres expresaran sus necesidades reproductivas y tomaran una decisión informada respecto a su vida reproductiva, aunque por el otro también se consideró el hecho de que el ejercicio de los derechos reproductivos es ante todo un proceso de autodeterminación, en el que están presentes elementos de negociación, transacción y resistencia entre los diferentes actores que intervienen en la atención de la salud reproductiva y en el proceso mismo de reproducción.

Partiendo de esta idea lo que se pretendía era facilitar el desarrollo de este proceso de autodeterminación, para lo que se planteaba como una primera necesidad el incorporar en el proceso educativo con las mujeres, la revisión y análisis de temas con los cuales ellas pudieran conocer su cuerpo y sus funciones reproductivas, como uno de los mecanismos de lograr la apropiación de su cuerpo, favorecer su autocuidado y elevar su autoestima.

Las mujeres en el medio rural, en general tienen poco contacto con su cuerpo, y no me refiero solamente a que culturalmente no se tenga la costumbre de tocar su cuerpo, sino a la falta de conciencia de lo que en su cuerpo sucede. En este sentido uno de los temas que se reflexionaron con las mujeres fue: "Conociendo nuestro cuerpo" con el que se buscaba revisar con las mujeres el funcionamiento de su cuerpo de una manera sencilla, sobre todo de su aparato reproductor, comprendiendo así cómo y porqué ocurre el embarazo, revisándose con ellas el ciclo menstrual y la fecundación. Al proponer éste como uno de los primeros temas, se partía de la convicción de que solamente con el conocimiento del propio cuerpo se podría generar

una actitud de autocuidado y reconocimiento de sensaciones del mismo, esto es, se buscaba que las mujeres prestaran atención a su cuerpo, aprendieran a escucharlo y a hablar de él, accedieran en suma a una vivencia del propio cuerpo, que les permitiera transformar su subjetividad como mujer-cuerpo para otros en mujer-cuerpo para ella.

Para el trabajo con los grupos se buscaba primero que las mujeres establecieran las diferencias que ellas veían entre el cuerpo del hombre y de la mujer, lo que se hacía en ocasiones a través de dibujos que ellas mismas iban elaborando, para después nombrar cada una de las partes, completándose el ejercicio con la incorporación al dibujo de las partes internas del cuerpo, y el funcionamiento de cada una de ellas.

En los grupos se observó de manera general una disposición a participar en la elaboración de los dibujos, entre risas y bromas que se hacían entre ellas, sin embargo cuando se les pedía que se nombraran las partes se hacían evidentes las sanciones sociales y culturales respecto a hablar del cuerpo y la sexualidad generándose resistencias a participar, y al momento en el que una de ellas se animaba las demás reían abiertamente.

Sin embargo, poco a poco al generarse confianza en los grupos las resistencias se iban venciendo y se iba trabajando con ellas sobre como estaba formado el cuerpo, cuando se llegaba al momento de hablar del funcionamiento del aparato reproductor, el ciclo menstrual, la ovulación y la fecundación, las mujeres guardaban silencio, observaban atentas, comentaban entre ellas y después surgían las preguntas y los comentarios, siendo el tema que más despertaba su interés y participación el de la fecundación.

.... de por sí entonces ya tenemos ahí siempre, en nuestro cuerpo, nuestra semilla, entonces tal vez siempre se puede ocurrir el embarazo, o tal vez cuando estamos enfermas es que no se va a ocurrir, tal vez por eso algunas mujeres no embarazan luego pue, donde pue va a encontrar la semilla del hombre nuestra semilla, eso no lo entendí de por sí....

.... yo sólo sabía yo, cuando ya estamos sangrando podemos embarazar pue, así lo hemos aprendido, si no sangrás, no podés embarazar....

....nosotras acá las mujeres que ya tenemos hijos, ya lo sabemos como es el embarazo, primero no sabemos, pero cuando ya tenemos nuestros hijos de por sí lo vamos a saber...

....como yo cuando me quedé embarazada, no reglé ni nada, ' caso me bajó la regla de por sí, ya cuando sentí ya se me empezó a mover la criatura...

....que bueno que muestran con nosotras como se ocurre el embarazo porque nosotras no sabemos, nomás nos embarazamos así, no sabemos, ahora ya sabemos ya.....

....es bueno conocer un poco el cuerpo y como se funciona, aunque una parte nos da pena y otra parte nos sirve para conocer nuestro cuerpo...

....también cuando yo me embaracé, así nomás fue, ' caso sabía yo, no me daba asco ni nada, comía yo bien, nomás que la niña, mi hijita, empieza a enflacarse, entonces mi mamá me dijo a lo mejor estás embarazada porque está muy flaca la niña, le da mucha diarrea y vómito, vamos a la clínica, y ya fui, ya ahí me revisaron, me dijeron que ya tenía yo tres meses de embarazo....

....yo no sé por qué fue mi caso así que no me embarazaba, cuando apenas me casé, porque pasó ocho meses o nueve tal vez y no me embarazaba, no llegaba y no llegaba, de ahí mi suegra la que vive aquí, ella me curó pues como ella no sé de donde saca tantas cosas ella me dijo sabes que tienes frío, no te embarazas porque tu estómago no sirve, si estás de acuerdo yo te curo dice, como lo dije es que yo le temo a los doctores porque no me gustan esas cosas que hay en la clínica, tengo miedo pues, ella me dijo no te voy a curar así y me echó en el baño , me dio no sé que cosa a tomar y sabía bien amargo y desde ahí ella me curó.....

El escuchar al cuerpo para las mujeres representó hacer consciente una vivencia o experiencia, desde su vida cotidiana como mujeres madres, observándose múltiples interpretaciones o significados que ellas dan a lo que en su cuerpo se manifiesta, aunque no tuvieran un conocimiento de cómo ocurren los procesos fisiológicos.

El poco conocimiento de su cuerpo y de sus procesos reproductivos, se relaciona con factores sociales, al ser mujeres con poco acceso a la información dada su condición de mujeres rurales e indígenas, pero además con factores culturales, que determinan que el tema del cuerpo no sea un tema permitido en el lenguaje común, de ahí que al momento en el que se les pedía que participaran nombrando las partes del cuerpo y sus funciones, esto no se lograra fácilmente, y era

la participación de la partera, de la promotora o promotor de salud, lo que determinaba en algunos casos el que las mujeres se animaran a participar.

Respecto a esto es importante considerar que cada grupo social define lo que dentro de su estructura de relaciones está permitido expresar, quien lo puede expresar y en dónde se puede expresar, en este sentido el haber abordado éste y otros temas con las mujeres en las Consultas Colectivas, representó un rompimiento de estructuras, difícil de aceptar por algunas de las mujeres, quienes preferían guardar silencio ante el temor de exponerse a la crítica. El factor fundamental que determinó que de manera paulatina las mujeres se mostraran más abiertas y participativas, fue el trabajo grupal lo que permitió que a partir de que algunas mujeres se atrevieron a expresar sus dudas, sus necesidades o sus experiencias, las demás adquirieran confianza y participaran.

Así, de manera paulatina la apertura para hablar, reconocer y sentir su cuerpo fue dándose en los diferentes grupos, aceptándose incluso con una mayor facilidad el contacto físico entre ellas, a través de masajes sencillos y movimientos del cuerpo. La apropiación del cuerpo, si bien no se dio de manera generalizada si se pudo observar, no solamente a partir del desarrollo de este tema, sino durante todo el proceso.

Lo que se fue reflejando en el cambio de actitud de las mujeres, que se mostraban cada vez más interesadas en los temas que se referían a su propia salud o condiciones de vida; aunque si bien, la preocupación por abordar temas relacionados con la salud de sus hijos siempre se mantuvo constante. Incluso se pudo observar una apropiación del cuerpo, en el sentido de una relación diferente con él, en el caminar de algunas de las mujeres y en el modo de sentarse durante las Consultas Colectivas, en sus risas y expresiones de sus rostros.

El cuerpo es finalmente una realidad social y subjetiva, donde las prácticas, regulaciones y conocimientos respecto al mismo nos refieren formas de relacionarse con el entorno, de vivir en el mundo, funcionando así como fuente de mensajes que no siempre se pueden expresar de manera verbal, de alguna manera podemos decir que las historias y problemas que las mujeres referían en las Consultas Colectivas,

respecto a su vida reproductiva, pasaban no solamente por sus mentes, sino por sus cuerpos, antes de ser expresados en los grupos.

Por otro lado ligado al tema del funcionamiento del aparato reproductor, se trabajó con las mujeres también el tema de crecimiento y desarrollo intrauterino, con el que nos proponíamos, además de que las mujeres conocieran lo que en su cuerpo ocurría durante la formación del feto, reflexionar con las mujeres sobre los cambios que en su vida representaba cada nuevo embarazo, como vivían sus embarazos tanto en los aspectos emocionales como socioculturales, esto como parte de un proceso de recuperación de sí mismas.

Con el desarrollo de este tema en las Consultas Colectivas se pudo constatar que entre las mujeres el embarazo se vive generalmente como un proceso normal, que no requiere de cuidados y atención, de ahí que la mayoría de las mujeres en el medio rural no sientan la necesidad de buscar atención o cuidados durante esta etapa, buscando a la partera hasta el momento del parto, aunque también se identificaron sentimientos de angustia y tristeza en algunas de las mujeres, sobre todo en aquellos casos de mujeres embarazadas que ya no deseaban tener más hijos.

....ustedes muestran con nosotras cómo es un embarazo, dentro del cuerpo, pero no sabemos nosotras, antes sólo nos embarazamos nomás, dan ganas de vomitar, de hay, es su señal del embarazo....

....las que no saben que así va a pasar, es la que primera vez, pero ahora ya ella va a saber porque nosotras le estamos explicando a ella, siempre cuando una mujer se embaraza debe comer más, es bueno que ella se alimenta para que tenga fuerza cuando llega el día de su parto....

....me siento bien yo, siempre me he sentido bien en mis embarazos, me embaracé por primera vez a los 18, me case a los 17 años pues, siempre he tenido bien mis embarazos, sólo en este tercer embarazo me he sentido mal cuando me acuesto ya no me puedo levantar, también si me siento, siento que ya no me puedo parar, no sé que pasa es la primera vez que me pasa esto, cuando camino siento que me caigo, me siento muy débil y también siento que no puedo respirar bien, y siento que de repente se me tapa el corazón y es la primera vez que pasa esto.....

....yo no sentí nada, nada que hasta ya cuando vi que empezó a crecer mi panza es cuando me di cuenta que estoy embarazada pero no sentí nada, nada....

....cuando uno tiene muchos hijos a lo mejor le duele el cuerpo, saber, algunas señoras que así dicen que nos duele el cuerpo, nos cansamos mucho.....

....yo estoy un poco triste, saber por qué me siento mal, nomás me duele mucho mi cabeza, caso puedo dormir pues, no me da hambre sólo ganas de llorar....

Naturalmente estas son solamente algunas de las expresiones de las mujeres en las Consultas Colectivas, que si bien no recogen toda la riqueza de la participación de las mujeres, si nos dan una clara idea de cómo las mujeres viven su embarazo, entendiendo además que lo dicho por las mujeres no es tampoco todo lo sentido o lo vivido, y que en todos los casos donde el compartir de las mujeres se daba en su propia lengua, la traducción no recoge todo lo expresado por ellas.

Al hablar del embarazo, uno de los temas que surgió casi como una constante fue lo relacionado con el sexo de sus hijos, reflejándose la preocupación y angustia que viven las mujeres cuando se sienten presionadas por sus esposos para tener hijos varones, o incluso la presión que ellas mismas sienten al respecto. Este fenómeno es una de las formas en que las que la discriminación de género está presente en las comunidades, lo que se liga además a uno de los problemas más graves surgido también como uno de las constantes preocupaciones de las mujeres: La violencia doméstica. El que las mujeres no puedan ser madres, o tengan solamente hijas, es uno de los motivos que las propias mujeres identifican como los que generan violencia, no sólo de los hombres hacia ellas o hacia sus hijas, sino de ellas mismas a éstas y hacia otras mujeres.

....mi cuñada tiene hijos pero casi no muy los quiere cuidar, que no le gusta porque son hembritas, le gustaría tener un varón, caso lo quiere de por sí, les pega mucho pues...

....depende de la suerte si una se va a embarazar, porque cuando no se embaraza una, es ahí donde la gente la mira a una y empieza a hablar, las mujeres hablan chismes, y toda la gente la señalan, la juzgan pues....

....también una mi hermana así le pasó, no pudo embarazarse y hablaban muy feo de ella, hasta su esposo la maltrataba hartó, hasta que por fin la dejó, entonces después ella pudo ir con un médico que la curó, ella se puso bien contenta, ya

después quien sabe cómo supo el esposo y la fue a traer y ya unas semanas viviendo con el esposo se embarazó, ahora ya tuvo tres sus criaturas.....

.... los hombres no saben como uno se embaraza también, ni como se forma la criatura, tal vez por eso nos pegan pues cuando puras hembras tiene uno, hasta se andan buscando otra su mujer, para tener su varón, pero saber si esa mujer va a tener de por si varón pues.....

La violencia doméstica es un problema de salud de las mujeres ligado directamente a sus condiciones de género, problema que no es desconocido por los distintos actores que trabajamos en salud, pero que la mayoría de las veces es ignorado, al considerarse como un problema de la vida privada y sobre todo porque su atención requiere de la intervención en las estructuras sociales que la legitiman. En repetidas ocasiones al consultorio médico, llegan mujeres víctimas de violencia para solicitar atención, sin que sean mencionadas ni por ellas ni por el personal de salud, las causas reales de sus problemas físicos aún y cuando resulten evidentes.

En las Consultas Colectivas si bien el tema surgió como un problema de las mujeres, aunque en general se hacía alusión a éste como algo vivido por "algunas mujeres", "algún familiar", "alguna conocida", casi nunca como algo vivido por quien lo refería. En el caso de la comunidad de Nuevo Porvenir, la confianza de las mujeres en el equipo de trabajo, después de muchos años de trabajo, y su decisión para enfrentar el problema, fue lo que permitió hacer evidente la realidad de la vida cotidiana de muchas de las mujeres de la comunidad. De ahí que se hayan buscado alternativas para brindar apoyo a esas mujeres, primero a través de las parteras quienes además de escuchar a las mujeres les ayudaban a encontrar posibles soluciones, aunque pronto nos dimos cuenta que era necesario sacar la violencia contra las mujeres del ámbito privado y hacer que se viera como un problema de la comunidad.

Con lo que se pretendía, que el esposo agresor se diera cuenta de que la mujer no estaba sola; la presencia de una tercera persona y la posibilidad de ser sancionado por violentar a su esposa limitó en algunos casos las agresiones a las mujeres, aunque como ya mencionamos en el capítulo anterior, también generó una respuesta agresiva hacia las propias mujeres, las parteras, promotoras y sobre todo

a quien dentro del equipo de trabajo era la responsable de dar seguimiento y orientación al trabajo de apoyo a las mujeres,

Trabajar el tema de violencia doméstica en las comunidades implica un compromiso muy fuerte con las mujeres, capacidad y sensibilidad para comprender que las mujeres, la mayoría de las veces no pueden salir fácilmente de su relación violenta, ya que por un lado tienen un grado de dependencia económica y social muy fuerte y por otro los mecanismos psicológicos, ligados a procesos de identidad y autoestima, propician muchas veces que un sentimiento de culpabilidad las mantenga fuertemente unidas a su agresor.

La subordinación de género, abarca la expropiación del cuerpo de las mujeres, convirtiéndolas en posesión, en seres bajo control y tutela, lo que determina el dominio del hombre en la vida cotidiana, donde la violencia se incorpora como parte de las relaciones de poder del sistema sexo-género. Así, como parte de una cultura de género las mujeres desde lo individual y la sociedad en su conjunto valida, reproduce e interpreta la violencia, al igual que los otros aspectos que conforman esta estructura de relaciones.

Por otro lado, se ha resaltado la identificación de riesgos durante el embarazo, como uno de los principales objetivos de atención a las mujeres embarazadas en las Consultas Colectivas, por lo que lógicamente este fue uno de los temas que con mayor frecuencia se revisaba con las mujeres, como ya se mencionó en el segundo capítulo, fue éste en el que se pudieron observar mas claramente mejores resultados, sin embargo quiero resaltar aquí como parte del proceso, cuáles eran los principales riesgos que las mujeres reconocían como los que se podían presentar y su concepción acerca de ellos. En este sentido se pudo observar que el sangrado, la mala posición del feto durante el embarazo, la hinchazón, los dolores de cabeza y la sensación de debilidad, eran las señales de riesgo que con mayor frecuencia mencionaban las mujeres como parte de sus preocupaciones.

....lo único que sé, es que cuando estamos embarazadas y se nos hinchan los pies no es bueno, y si nos pasa debemos de dejar de comer mucha sal, eso es lo único que yo sé, que no está bien cuando estamos embarazadas, otra cosa que me

han dicho también es que cuando se hinchan las venas también es malo, pero no sé si es bueno o es malo, porque a mí no me ha pasado, algunas dicen que es malo, porque las que vienen aquí dicen que es malo....

....eso yo también he oído pero tampoco sé porqué pasa eso, tal vez porque caminamos mucho y se debilitan las piernas, o necesitamos vitaminas tal vez, pero aquí no comemos nada, nada más frijol y verduras a veces, porque no tenemos, algunos los que siembran si van a tener, pero los otros no tenemos dinero para comprar....

....cuando es el primer embarazo si no se siente problema, todavía no sentimos si estamos embarazadas, hay un dolor pues hasta el momento del parto, que ya vamos a tener ese bebé, hay sentimos el dolor pues, pero antes no tenemos pena, cuando son dos o tres embarazos sentimos sí que es enfermedad, ora cuando ya es mucho si hay mucho problema de dolor, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, desmayado o ya no come uno por el mucho dolor pues de cuerpo, siempre tenemos que tener problema con mucho dolor cuando ya es mucho los hijos, cuando ya hay unos siete, ocho, nueve hijos ya es mucho la problema, la enfermedad ya....

....si lo sabemos que puede haber problemas, siempre vamos a pensar mucho pues si no está bien el embarazo, si pues hay uno mi hijito yo creo que es un muchachito de 7 meses, 8 meses se atravesó, pues se atravesó ya no está bien y lo controlaron la partera se compuso, tuvo que enderezar, siempre se siente uno triste, pensamos pues lo dicen que está mal ese bebé siempre se nota vergüenza y tenemos que pensar pues....

....yo este primero no tuve problemas, pa un embarazo no hay problema, tuve, fue problemas pero hasta cuando los seis, los siete hijos, para siete hijos es cuando se hinchó mis pies, se hinchó mis pies y ya no podía ya parar, cuando me voy a parar como que va a reventar, se hizo ansina mis pies cuando paraba yo en la tierra y cuando pegó aire en mi cara, en mi cabeza pues, es cuando ya tengo como un problema de enfermedad, que no se me quita, tengo ahora todavía pues, ya no se quita bien, hay donde nos produce una enfermedad que ya no tiene medicamento para que se controle, o tal vez si hay, pero nosotros no lo buscamos....

....tal vez yo lo he visto que el problema cuando hay está una embarazada es porque el hombre no lo sabe tratar, depende mucho también pues, porque si nos incomodamos, porque a veces el hombre toma y nos dicen cosas o tal vez van golpear pues, entonces hacemos coraje y podemos morir...

....de por si tal vez va a haber problema, de que no viene acomodado, pero entonces la partera lo va acomodar, para que así no va a haber problemas cuando llegue nuestro día pues....

....también lo hemos sabido que en el embarazo, hay problema cuando resbala el bebé, se cae pues, por hay cuando tiene la mujer como sus tres o cuatro meses de embarazo, así nomás, saber por qué pasa eso....

De manera general, al abordar los temas en las Consultas Colectivas se pudo observar que las mujeres al hablar de ellas, de cómo se sienten o de sus problemas de salud, no sólo hablaban de su situación en el presente, sino que con frecuencia referían situaciones de su historia, de su pasado. Esto es, en el reconocimiento de problemas o riesgos se mezclan las experiencias de sus primeros embarazos, o de alguna situación donde se les hubiera presentado algún problema, comparándolo con su situación en ese momento de su vida.

Podemos constatar así, que como parte del proceso de apropiación de su cuerpo y su salud, las mujeres reconstruyeron su identidad con un enfoque histórico, donde la cotidianidad y sus experiencias pasadas les permitieron recuperarse, analizar la realidad e incorporar nuevos saberes a partir de la reflexión generada en las Consultas Colectivas.

Naturalmente no me refiero a esto como una constante en todas las mujeres, pero sí se rescata como parte de las manifestaciones de la teoría en la práctica, tampoco podemos pensar que en los casos donde fue posible constatar un cambio, éste se haya dado como un proceso continuo en la vida de las mujeres, ya que finalmente los cambios se dan con relación a la realidad concreta, y la realidad de las mujeres en el medio rural determina una problemática aguda y compleja.

Como parte de esta realidad, la maternidad surge como uno de los principales aspectos que determinan la identidad de las mujeres, lo que se asocia directamente con la normatividad social respecto a la sexualidad de las mujeres y sus procesos reproductivos. Esta realidad se vio reflejada de manera constante en las Consultas Colectivas, en la reflexión de todos los temas con las mujeres, la idea de la maternidad y los factores que son determinados por ésta se hicieron presentes. Desde las contradicciones entre la angustia, dolor y tristeza con que se vive en ocasiones el embarazo y la necesidad de cumplir con su papel de madres; o el número de hijos que se considera como ideal, frente a los riesgos percibidos por tener muchos hijos; hasta la conformidad con que se está dispuesta a aceptar la enfermedad y la muerte en el proceso reproductivo.

....cuando de por sí es uno joven de 12 ó 13 años, no hay problema de tener sus embarazos, porque no siente ya mucho, así como la muchacha pues, bueno lo

sentimos todo embarazo de hijo hay dolor, pero hasta el momento que llegue pue el momento en que vamos ha tener ese bebé si hay dolor pue, pero ya cuando hay muchos hijos, siempre hay dolor, no estamos bien pue, pero que vamos a hacer, tenemos hijos pue, somos mujeres pue...

....así pues, yo lo miro que es peligro tener muchos hijos, se puede tener normalmente cinco o seis familias ya está bien con eso. Eso sí, está muy normal ya pa tener cinco o seis se soporta muy bien y ya no tiene, no tenemos temor, no tenemos miedo del cuerpo, ahorita ya como estoy yo también este, ya es mucho es como ya tiene temor mi cuerpo, ya tengo miedo es que la juerza pues, nos estamos venciendo ya de tanto tener hijos, se vence uno de la sangre, tenemos que vencer mucho para tener ya un hijo....

....las mujeres de por sí tenemos miedo, cuando vamos a tener un nuestro hijo, como ya tenemos muchos pues, como yo tengo unos mis ocho hijos, recela la sangre, ya es por eso como que tenemos miedo, es que la sangre no tiene fuerza pue, ya no está como un joven que todavía tiene cuatro o cinco sus hijos, está más potente, yo así entonces lo soportaba bien yo, cuando he tenido primero, pa dos, pa tres, es mi juerza, mi juerza, me voy a probar con mi juerza digo yo, me siento de por si lo voy a soportar pue, no me da pena, ni miedo, cuando viene el dolor pue, no tengo miedo pase lo que pase, es la juerza pue la que lo bota, lo bota pue, pero ahora si no sé que me va a pasar....

....los hombres quieren que vamos a tener siempre hijos, todos pues, que vamos a lograr unos doce o quince tal vez, como no sienten ese dolor ellos quieren que hasta que acabe pues vamos a tener unos quince, hay mujeres han tenido dieciséis, diecisiete, hasta veinte, dicen, pero bueno el hombre quiere pues, quiere abrazar su hijo cada poco, pero la madre pue está acabando, y el hombre pues ni un problema de dolor le va a tocar, porque es hombre...

....ya no quería embarazar pues, me iba yo curar pero hay este dice mi esposo, este mejor para que te vas a curar, cuplí pues, tenés otro, y de eso vamos a mirar la forma porque terminés de dar hijo ya, ya vamos a buscar remedio....

....de por sí somos familia pues, tenemos que dar hijos, pero hay otras mujeres pues, que se han casado, aquí mucho lo miramos, en estos lugares cerca de aquí, los mexicanos de aquí hay muchos que no dan hijos pues, están casados después de diez, de doce años no tienen criatura, hasta nos piden nuestro hijo pues, porque de por sí no dan hijos, son buenas mujeres, pero saber por qué no dan hijos pues, una mujer se vino así a sentar en mi casa, si no lo quiero regalar mi pichito, hay dice dámelo, vos estas joven, vas a tener todavía más, démelo su criatura, ya tiene usted otros, dame usted porque yo no tengo, y es verdad de por si no tiene, es una mujer alentada, gorda, pero es que dicen no dan hijos, y ellas quieren pues, sus esposos les piden pues, los hombres quieren sus hijos dicen las mujeres, lo desean dicen pues, pero ellas no dan sus hijos de por sí.....

Este elemento que conforma la identidad de las mujeres, fue tal vez el más difícil de transformar en las Consultas Colectivas, lográndose sin embargo en algunos casos que las mujeres cambiaran su visión al respecto, cuestionando la lógica cultural que les imponía ser madres, sin consideración de sus necesidades y situaciones de vida. Lo que junto con los nuevos saberes adquiridos por ellas, como parte del proceso educativo generado por la estrategia, les permitió a algunas mujeres optar por la utilización de métodos anticonceptivos, como uno de los mecanismos de autocuidado, al reconocer el riesgo que les significaría un nuevo embarazo.

El cambio observado se da sobre todo en la posibilidad de las mujeres de decidir, tanto en acuerdo con sus esposos, como a partir de su propia decisión aún sin que el esposo estuviera de acuerdo, reconociendo su derecho a decidir. A algunas otras el saber que no tenían "culpa por tener solo hijas mujeres" les permitió otra actitud a partir de la imagen de sí mismas, decidiendo que aún y cuando a ellas les hubiera gustado tener un hijo hombre, ya no se embarazarían nuevamente porque para ellas significaría un riesgo.

....que bueno que ustedes nos dicen que tenemos derechos, ya de por sí sabemos que tenemos algún derecho pero no sabemos cuál, ahora ya lo sabemos y yo estoy pensando que tal vez ya no voy a tener otro hijo, así lo voy a platicar con mi esposo para estar de acuerdo de cuidarme....

....nosotras como mujeres estamos mirando pues como sufrimos nuestra vida, porque tenemos siempre nuestros hijos, pero los hombres no lo miran, tal vez si lo miran nuestra vida, hay entran de acuerdo que ya no va haber más hijos, mi esposo ahora pues lo miró, que no puedo dormir dos noches ya, mi niño está enfermo y yo estoy cansada, sin fuerza por este mi embarazo, de por sí no puedo dormir, en el día no tengo sosiego, yo le digo entonces ya no vamos a tener tal vez otro hijo, hay dice ahora él, con este basta, ya tenemos seis pues, para que estás sufriendo que tal te mueres, ya basta, está bueno ya, lo vamos a curar, vamos a ver la forma como ya no vas a tener dice, ahora si entró de acuerdo que ya no voy a tener ya.....

....tal vez estoy mirando que es peligro pues, para nosotras tener mucho hijo, es donde ya lo estoy pensando, que ya no voy a tener más, tal vez ahora ya va nacer mi hembra, porque puro varón tengo, puro varón no hay hembra, pero si no viene la hembra pues, puro varón nomás vamos a criar, no va a obedecer, saber donde van a ir, puro hombre tengo pues, no hay hembra, pero ya ni modo pues, de por si ya lo miré bien, mejor si ya no voy a tener más...

....ya lo platiqué yo con mi esposo, así como ustedes nos platican pues, entonces le digo, mirálo vos, yo ya no quiero tener más hijos, porque mi cuerpo se cansa bastante, puedo enfermar, así tenemos ya nuestros cuatro hijitos, cuando tenemos bastante ya como siete, ocho, ya cuesta mucho para tenerlo, sufre mucho la mujer, cuesta lavar la ropa, componer la comida, un poco de cosas vamos a comprar y quiere bastante dinero, no tenemos dinero para comprar bastante, así lo digo yo, entonces dice está bueno pues, si pensás planificar, está bueno, no vamos a poder cuidar más hijos si vamos a tener más, así acordamos ya de planificar....

....ya lo pensé también que ya tengo muchos mis hijos, tengo mis cuatro varones y mis dos hembras, que estoy criando ya, así estoy pensando, que ya no voy tener pues otros mis hijos, aunque mi esposo tal vez no quiere pues, dice de por si que voy a tener otro, pero entonces pienso yo, caso es su cuerpo pues, caso él lo va a sufrir, la que va a sufrir, tal vez va a morir soy yo pues, es mi cuerpo pues el que va a tener la criatura, así yo ya lo decidí, que si me voy a controlar, ya ni modo si se va a enojar mi esposo pues.....

La posibilidad de hacer conscientes sus necesidades y sentimientos respecto a lo que les significaba ser mujeres madres, facilitó la incorporación de conceptos que de inicio probablemente no encontraban correspondencia en su identidad como mujeres, con lo que no se dio un rechazo total a lo que podía ser culturalmente nuevo, sino que, por el contrario en muchos casos los grupos de mujeres tuvieron la capacidad de incorporar a sus concepciones, las visiones del grupo de asesoras, superándose la contradicción inicial que se daba a partir de los temas propuestos para su discusión; si bien poco a poco las propias mujeres eran quienes solicitaban los temas a tratar, de los que resaltó especialmente el de derechos de las mujeres, lo que refleja sin duda el hecho de que el tema ha sido incorporado en el imaginario colectivo, a partir de los últimos movimientos indígenas, donde el tema de derechos a sido fundamental.

Al observar como las mujeres fueron haciendo suyo el espacio de las Consultas Colectivas, me permite constatar que las mujeres al tener la oportunidad de encontrarse y hablar de ellas, hacen uso del lenguaje con una finalidad comunicativa, de expresión y recuperación de su identidad étnica y de género, y que su silencio no nace porque no tengan nada que decir, sino que forma parte del universo social definido donde parece condenarse a las mujeres al silencio, al silencio de lo privado, a la sumisión dentro de un mundo donde los valores, las normas y los modelos son determinados por otros.

Sin embargo, las mujeres como parte de ese universo son creadoras y reproductoras de su cultura, dado que la cultura es un sistema abierto de cambio y evolución, lo que dio a las mujeres en las Consultas Colectivas la posibilidad de cambiar algunas de las restricciones de género, al generarse un proceso de concientización facilitado a través del encuentro, que permitió a las mujeres verse en la mirada de la otra, escucharse en la voz de la otra, y recuperarse con su propia voz, con su propia historia, para comprender colectivamente las condiciones de su vida cotidiana y su salud reproductiva.

Las mujeres al tener una visión diferente sobre si mismas, pudieron decidir sobre su fecundidad, lo que en primera instancia nos indica un cierto grado de apropiación de su cuerpo, como parte de un proceso de autodeterminación, aunque se reconoce éste como un proceso dialéctico, donde las decisiones se plantean y reformulan frente a un contexto en el que las contradicciones culturales configuran finalmente los cambios y determinaciones que se dan desde los procesos de toma de conciencia de la realidad.

...todos nos dicen pues que tenemos que planificar, así nos lo dicen en la clínica, en la plática siempre, y cada uno de nosotras oímos lo que dicen pues, y ahí cada una va pensar que va a hacer, porque cada uno de nosotros pensamos, uno es lo que yo pienso aparte es lo que piensan los demás, y así ya pensé está bueno para planificar para que ya no tengo más hijos, para que no me voy a enfermar así tanto pues....

....dicen las mujeres es que me embaracé sin darme cuenta, me embaracé también porque no quiero estar menstruando nueve meses, eso es lo que también dicen ellas, comentan que se embarazan por muchas razones, uno porque no se dan cuenta, otro porque el esposo no quiere llevar un control, así por diferentes razones....

....como ya lo hablamos ahí es donde yo creo que es bueno para nosotras las mujeres, para que no va a sufrir, tranquilo va a estar su cuerpo, como un hombre no hay dolor, así pensé pues mejor si voy a tomar la pastilla, para alejar de criar un niño, así pues crió este mi hijito de año y medio, ahí tuve que pensar lo voy a dejar grande, no voy a embarazar así luego...

....yo ya no quería criar más, porque mi niña que tenía chiquita no se criaba bien, se enferma bastante con todo el trabajo que hay que hacer, de moler, hacer las tortillas, ir a lavar, no puede una cuidar bien a las criaturas cuando están muy enfermas entonces pensé ya no tener más criatura, entonces comencé a tomar pastillas pero nada más soporté cinco o seis meses, es que ya no aguanté porque al tomar esas pastillas veía yo dos veces al mes mi menstruación, y así estuve hasta que me fui

quedando bien flaca, pues, de ahí entonces yo dije ya no voy a tomar más las pastillas, porque me hizo mucho mal, no podía comer, ya me dolía mucho mi cabeza, entonces pensé ni modo ya voy a tener mejor mis criaturas, porque no puedo estar así enferma por tomar las pastillas, me sentía más enferma, así me desengañé de la planificación de ahí pues tuve otras tres criaturas más y ésta que todavía está chiquita, quien sabe si voy a tener otra criatura pienso que tal vez ésta ya es el último....

En la toma de decisiones respecto a la fecundidad se incorporan de manera explícita las motivaciones de las mujeres, pero también la valoración que ellas hacen respecto a las alternativas reales en su contexto comunitario, donde están presentes las relaciones con su pareja en primer lugar, pero también con el colectivo social en tanto regulador de la cultura, además de las relaciones con las instituciones y personal de salud, quien muchas veces utiliza un discurso amenazante para convencer a las mujeres de la utilización de métodos de planificación familiar, y al proporcionar los métodos no realiza las indagaciones necesarias para prevenir y alertar sobre posibles efectos colaterales por el uso de determinado método de planificación familiar, sin que se posibilite la utilización de aquel método que más convenga a la mujer, de acuerdo a sus condiciones de salud y su situación.

En la toma de decisiones sobre la fecundidad se debe considerar además que ésta no se da solamente en el plano racional, sino que en ella intervienen aspectos subjetivos, deseos, ambigüedades, que hacen difícil el proceso. Considerando lo anterior se considera fundamental el pensar en los derechos reproductivos a partir de las capacidades reales de las mujeres para definir su vida reproductiva.

El proceso descrito si bien refiere parcialmente una experiencia local, puede sugerirnos de alguna manera, los diferentes mecanismos a través de los cuales las mujeres se transforman en sujetos, a partir de una revisión de su realidad en el ámbito de su salud reproductiva, donde la construcción del sujeto mujer pasa por la recuperación histórico-cultural de su identidad de género, en el plano de las relaciones cotidianas con otras mujeres, con los hombres, con sus hijos o hijas y con ellas mismas. Siendo las percepciones acerca del cuerpo y la salud, parte de las construcciones simbólicas, que repercuten en la definición de las identidades y en la forma como cada una de las mujeres se vincula con sus procesos reproductivos.

2. La experiencia de las parteras reconociéndose y reconocidas.

El concepto de salud reproductiva plantea el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan a la mujer, vivir embarazos y partos sin riesgos, lo que sin duda representa un derecho difícil de alcanzar en los países pobres como el nuestro, como se constata en la realidad. En América Latina ocurren alrededor de 20,000 muertes maternas cada año lo que significa una muerte cada veinticinco minutos, aunque se ha llegado a calcular una cifra superior que alcanzaría 30,000 muertes de mujeres por complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Lo que determina que la muerte materna continúe siendo una de las cinco primeras causas de mortalidad entre las mujeres de 15 a 49 años en la mayoría de los países de la región (Jiménez:2000/Gómez:1996).

En México se calculan alrededor de 1,420 muertes anuales, mientras que para Chiapas, según cifras oficiales, se reportaron 175 en un año, esto entre 1994 y 1995; aunque sabemos que seguramente esta cifra es mayor, dado el subregistro existente (Jiménez:2000). Estos hechos, no son sino reflejo de las inequidades existentes, entre los países desarrollados y subdesarrollados, y aún dentro de cada país, ya que la muerte materna no se presenta con la misma magnitud en los estados del norte del país, que en los del sur, siendo naturalmente en éstos últimos donde las cifras son más altas.

Las diferencias observadas, se relacionan con la cobertura y calidad de la atención a la salud con que se cuenta en cada país o región, lo que está determinado a su vez por la disponibilidad de recursos y por las prioridades que desde las políticas se definen para el uso de esos recursos.

Ante las frecuentes crisis económicas y los recortes financieros para la salud, frente a las necesidades de atención de grandes grupos de población, sobre todo en comunidades rurales, se desarrolló como una estrategia desde los organismos internacionales y nacionales de salud, la extensión de cobertura en la atención primaria de la salud, desde la cual las parteras adquirieron importancia para los servicios de salud. Las parteras así, comienzan sobre todo en la década de los

setenta, a cobrar notoriedad, viéndoseles como un recurso para la atención en sus comunidades, incorporándola a los servicios de salud en una relación subordinada, donde se les utiliza sin que se les reconozca.

La "partería" como parte del sistema de atención a la salud que conforman los curadores populares o tradicionales, ha existido entre las diversas sociedades desde los pueblos prehispánicos, "ticitl" la llamaban los antiguos aztecas, para quienes era una maestra y sanadora, mujer muy amada, madre espiritual (Cao:1999); personaje que a la fecha sigue existiendo, como parte de la resistencia cultural de los pueblos indígenas, sin embargo el trabajo de la partera se encuentra hoy también subsumido al poder político, donde las instituciones del sector salud cumplen su papel como parte del Estado, organizando y legitimando su papel dentro de las estructuras de atención a la salud, en la sociedad (Modena:1990).

Como parte de su papel legitimador, las registra, las capacita, las califica o descalifica, bajo la perspectiva del sistema de medicina académica, desde donde los procesos embarazo, parto y puerperio son considerados como momentos en los que el personal médico debe intervenir con múltiples procedimientos y terminología especializada, que redundan en el hecho de que la mujer pierda relación con los procesos fisiológicos que vive desde su cuerpo, dejando en las manos de las instancias de salud, sus procesos reproductivos.

En la mayoría de las comunidades rurales, donde todavía juega un papel importante la partera; el embarazo y los procesos fisiológicos relacionados con él, son parte de su vida cotidiana y de su identidad como mujeres, así ante la presencia de la medicina alópata, mujeres y parteras resisten, para conservar sus formas tradicionales de vivir y atender sus procesos reproductivos. Aunque en la estructura de relaciones con el personal de salud de las instituciones, se dan mecanismos de incorporación y complementariedad de las formas de atención, agregando como parte de su práctica como parteras algunos elementos aprendidos ya sea como parte de la capacitación recibida o a partir de su contacto con los saberes de la medicina dominante occidental.

En ocasiones las parteras, que han recibido capacitación de las instituciones de salud, utilizan equipo y material que éstas les proporcionan y se apropian del uso

de medicamentos durante el parto, como es el caso de la oxitocina, con todos los riesgos que implica su uso inadecuado, cambian las formas tradicionales de atención acostando a la mujer durante el trabajo de parto, abandonan prácticas como la sobada, todo como parte de su incorporación al sistema médico hegemónico.

Pero también están presentes las parteras que o no han recibido capacitación, o han logrado incorporar selectivamente algunos saberes de la medicina alópata, conservando muchas de sus prácticas tradicionales, que son las que las mujeres les reconocen y valoran, lo que a su vez determina en gran medida el que un porcentaje importante (entre 60 y 70 %) de los partos en Chiapas sean atendidos por parteras, aunque esto naturalmente se relaciona también, con la carencia de servicios médicos en muchas comunidades del estado.

También se ha visto, que aún y cuando existan servicios de salud disponibles, las mujeres rurales, sobre todo indígenas prefieren ser atendidas por parteras en el momento del parto, al compartir con ellas elementos culturales que conforman su identidad y su visión de los procesos reproductivos. En este sentido, la partera en las comunidades rurales sigue siendo el recurso más importante para la atención de la salud reproductiva de las mujeres, por lo que su vinculación a los servicios de salud resulta fundamental para incidir en la disminución de casos de muerte materna.

Se ha demostrado que ligado a la disponibilidad de recursos para la atención de mujeres que presentan problemas de salud durante su embarazo, parto o puerperio, la capacidad de la partera para identificar oportunamente riesgos puede ser la diferencia en el hecho de que una mujer sobreviva o muera por falta de atención adecuada. Respecto a lo cual se han tenido algunos logros, aunque sigue siendo un problema lograr que las parteras incorporen adecuadamente las nociones de riesgo, lo cual se identifica sobre todo con una inadecuada forma de capacitación a las parteras, ya que en general se dejan de lado las nociones o saberes de las parteras que rigen su práctica como parteras.

Pocas veces son comprendidas, por el personal médico responsable de la capacitación de las parteras, las contradicciones entre su saber y las concepciones sobre el proceso salud enfermedad y su relación con los problemas en el embarazo, el parto o el puerperio, además de que no se consideran las implicaciones que tienen

factores sociales como la inequidad de género, en la salud de las mujeres y en las formas de atención de las parteras, o lo determinante que resulta la construcción simbólica de la maternidad como parte de la identidad femenina, así como la pobreza y todas sus implicaciones sociales que son en última instancia lo que determina la incapacidad de las mujeres de acceder a los servicios de salud.

Son muchas las mujeres atendidas por parteras, sin que se requiera de la intervención de personal médico, sin embargo cuando se presentan complicaciones es fundamental que la partera pueda reconocer el problema oportunamente y referir a la mujer a un centro de atención, donde la mujer pueda recibir una atención adecuada. Esta necesidad es reconocida de manera general tanto por los prestadores de servicios médicos, como por las parteras, sin embargo en la práctica son muchos los obstáculos que ponen las instituciones para que éstas puedan acercarse a los centros de atención, el fundamental es que se les ve como parte de la problemática de la salud reproductiva y no como un actor importante, al que deben apoyar.

La estrategia de Consultas Colectivas, proponía en este sentido articular a las parteras al sistema de atención del CCESC, como un mecanismo a través del cual éstas se capacitaran en la identificación de riesgos y se posibilitara una mayor confianza de las parteras para acercarse a los centros de atención para solicitar ayuda, ante la presencia de complicaciones en el embarazo o parto. La metodología propuesta para el desarrollo de las Consultas Colectivas, facilitaría además que el personal médico y técnico en salud, reconociera la experiencia y riqueza de los saberes de las parteras, con lo que se esperaba se valorara su quehacer dentro de la atención a la salud reproductiva de las mujeres, lo que redundaría en una revaloración por parte de las mujeres, reafirmandose la identidad de las parteras y una elevación en su autoestima, lo que esperábamos resultara en una mayor seguridad de las parteras para relacionarse con los servicios médicos de atención.

De manera general fueron las parteras las más interesadas en el desarrollo de la estrategia, su participación en muchos casos marcó la diferencia en los resultados obtenidos, como mujeres de la comunidad que compartían las mismas problemáticas y necesidades que aquellas para quien se había diseñado la estrategia de Consultas

Colectivas, eran las parteras quienes desde su propia experiencia y preocupaciones iniciaban y animaban la reflexión.

....como así me paso a mí también, cuando me casé pues, no me embaracé así luego, ya hasta que pasó un año dos meses, entonces me sentí casi con enfermedad, con dolor de cabeza, sentía yo feo pero quería yo tener mi hijo, mi esposo también quería un su varón, se sentía alegre que yo estaba embarazada, pero a la hora que yo tuve a mi bebé ya era mujercita se sintió mal, porque el quería un su varón, me dejó como tres meses, el se fue con su mamá, y yo quedé con mi mamá, me dejó, hasta los tres meses que volvió a llegar a ver, ya entonces me fui con él a su casa y ya mi suegra dijo que está bien no lo querés a tu hija, si querías un tu varón como no lo hiciste con tus manos le dijo mi suegra a mi esposo y ya él entonces ya le tuvo bien a la niña.....

....es importante que vamos a participar todas, para mí es importante, porque aquí pues, vienen a decir a las mujeres donde se originan los problemas de salud, la enfermedad pues, los peligros que pueden haber durante el parto y eso, así depende de qué tema se trata, eso me ayuda a mí también, hay cosas que vamos a aprender, que van a servir, que ayudan en la vida, con nosotras nuestra salud, así todas somos mujeres, tenemos algunos problemas, también con nuestros hijitos, vamos a aprender que es bueno que suba su peso, debe comer bien, o sea viendo todos los problemas de salud, que llegue hasta la emergencia, porque a comparación de Guatemala o la costumbre que todas las enfermedades vamos a esperar hasta que se quiten, en cambio ahorita si un niños tiene problemas ya sabemos donde vamos a buscar ayuda....

.....vamos a intercambiar, vamos a contar con las mujeres los conocimientos o capacitaciones que tenemos como parteras, eso vamos a hacer en la Consulta Colectiva, es una forma de organización que se puede hacer, para que ahí cada uno lleva lo que ella siente o sea que así es el conocimiento de lo que yo he vivido....

Las parteras recuperaron su historia en las Consultas Colectivas, no sólo como parteras, sino como mujeres, cuando se hablaba de su vida en la comunidad como parte de su problemática de salud, donde los referentes culturales y los simbolismos se hacían presentes, a partir de lo cual ellas referían como habían crecido, sus carencias, sus dificultades, así surgió el tema del refugio, entre las mujeres guatemaltecas, o la tristeza por no haber podido aprender a leer y escribir por ser mujeres, con lo que ellas mismas incorporaban a la reflexión la subordinación de género que viven las mujeres, "recuperándose así historias menores, identidades subsumidas, saberes marginales" de las parteras como sujetos subalternos (Bonfil:1995).

.....a veces no sabemos cuidarnos pues, no sabemos cómo vamos a cuidar a nuestros hijitos para que no se enferman, tal vez porque a nosotras la mujeres no nos dejaron ir a la escuela, porque somos mujeres, porque tenemos que estar en la casa, hacer la tortilla, hacer la comida, por eso no somos igual que el hombre, él sabe leer y sabe hacer cuentas, ahora las muchachitas ya están yendo a la escuela junto con los niños pues, así está bueno por que van a aprender....

....nosotras de por sí vamos a padecer mucho, tenemos mucha obligación, desde que somos niñas, nos mandan a lavar, a acarrear el agua, a moler el maíz, luego nos ponen a hacer el oficio de la cocina pues, así levantamos temprano, yo así me crie también de por sí, me levantaba temprano, sacaba mi basura, lavaba mi nixtamal, de ahí lavaba yo el molino bien lavado, hacía yo mi café, molía pues mi maíz, ahí lo repasaba yo mi masa para tortearla, así siempre de por sí ha sido nuestro trabajo, hasta ahora, que ya tenemos nuestros hijos, por eso nos cansamos bastante, por eso es bueno si nos vamos a cuidar.....

....nosotras pues hemos sufrido mucho, desde allá en Guatemala, recordá compañeras, como lo sufrimos bastante, después también cuando nos huimos de nuestro pueblo, cuando entonces llegó el ejército de repente así nomás llegó en su helicóptero, agarraron a los hombres pues, los amarraron, los llevaron hasta Momoniac, ahí los tuvieron hasta la tarde pues, ahí nomás, los amenazaron, tirando para que se espantaran pues, hasta que como pudieron escaparon, de ahí nomás pasaron a traer a todas sus familias, nosotros pues, de ahí fue como venimos, para acá en México, compañeras, así es como hemos sufrido ya bastante....

....tenemos que pensar pues, que así ahora ya tenemos un poquito de atención pues, más que antes nada tenemos, allá en Guatemala se morían bastante las mujeres, después aquí cuando primero llegamos, de por sí murieron muchas mujeres y criaturas, porque mucha gente se muere por hambre y la enfermedad, pero ya ahora tenemos ayuda, hay algo de medicina, hay capacitación, así tal vez podemos cuidar más, para no morir tanto las mujeres ni los niños...

El que las parteras de alguna manera trajeran a la reflexión como parte su problemática, su situación de subordinación en su vida cotidiana como mujeres, se debía seguramente al hecho de que ellas han tenido que vencer parte de esta subordinación, al tener que negociar casi de manera permanente con sus esposos para que no limiten su participación en talleres o encuentros, ni su práctica misma como parteras, dado que generalmente le confiere a ésta un status de prestigio dentro de la estructura social de la comunidad, con lo que la relación de poder en el ámbito de lo privado sufre de alguna manera transformaciones, que no son fáciles de

aceptar por el hombre. En ocasiones la partera además ha tenido que vencer también ataques, críticas y rechazo, de mujeres y hombres de la comunidad que cuestionan su movilidad fuera de la comunidad y de su espacio doméstico.

....luego nos dicen que sólo andamos buscando hombres, que por eso nos gusta salir, pues, nos echan chismes y habladuras porque venimos aquí en los talleres juntamente con los compañeros promotores, saber que están haciendo dicen pues, ahí le empiezan a decir a nuestros maridos, también a las esposas de los compañeros les echan chisme a veces...

....la gente luego no lo comprende nuestro trabajo, nada más anda hablando con chismes, así le pasó a una compañera, que su suegra le empezó a decir a su esposo de ella, al hijo de la señora pues, que ella andaba ahí con ese compañero promotor, pero es pura mentira, esa pobre señora anda con respeto, yo ando junto con ella, ahí voy siempre también llegamos juntas en el curso a capacitar en ese trabajo pero yo ando con ellas, apoco yo hago también pue, yo lo estoy viendo que no está haciendo nada esta muchacha, lástima también se pone a llorar de tristeza que tiene, ojalá ya no piensan esta cosa atrás de ella...

Para explicar a las mujeres los riesgos en el embarazo, las parteras con una visión "dialéctica", recuperaban su práctica desde la teoría que nosotras como asesoras, incorporábamos como parte del desarrollo del tema, hablándoles a las mujeres de los riesgos referidos a partir de casos reales con los que ellas se han enfrentado, durante todos los años de trabajar como parteras, incorporando además sus propias nociones acerca de los riesgos.

No deja de sorprender la memoria histórica que las parteras mostraron, narrando aquellos partos donde se presentó algún problema, o la historia de aquel primer parto, o la de alguna mujer a la que no pudieron ayudar, todo, recuperado para ser compartido con las mujeres, para que las mujeres comprendieran la importancia de la revisión, de los cuidados, de no tener muchos hijos, de cuidar su salud.

....es importante que se van a revisar, para mirar como viene la criatura, tal vez viene atravesado, cuando así pasa es peligro pues para al mujer, esa mujer son la que deben ser controladas porque si no hay peligro su vida.....

....antes así me pasó, como lo está mostrando la compañera, que una señora, tuvo su parto, ahí nomás se muere la señora, yo nomás la miré, ya no pude hacer

nada, viene mucho sangrado pues, sólo sangre, no salió el niño, por eso me da pena mirar esas cosas que pasa a las mujeres.....

...tuve un mi caso, que así viene la criatura atravesada, pues, entonces ahí lo vamos a sobar, para componer, si se va a componer, ahí va a poder nacer, pero si no va a componer entonces ahí lo vamos a mandar a la clínica....

...me tocó así una señora, que no estoy revisando, entonces viene a buscarme su esposo, que haga favor de atender a su esposa, se está aliviando ya, me da pena pues, porque no sé que problema va a presentar, si va a venir bien, si va a tener problema, pero ni modo ahí voy a atenderla, porque me suplica su esposo, entonces ahí que el niño viene así primero sus pies, lo atendí pues pero ya no me siento capaz de componerlo, entonces ahí voy a llamar al doctor en la clínica....

.....es mejor si ustedes se van a revisar, porque si no después hay problema y caso las podemos atender así, como yo tuve un caso de una muchacha, que me hablaron para que la fuera a atender, pero ya no pude apoyarla porque llegó cuando iba a tener ya su criatura, le dije con ella no voy a poder atender, no te he revisado pues, da pena porque de último momento nos llaman, nosotros debemos revisar desde el primer mes, algunas ya llegan a buscar a los siete, también llegan ya cuando sienten el dolor, entonces ya da miedo pues, no sabemos si va a haber problemas, tal vez ya no podemos ayudarlas...

..... van tomar mucho agua, van a comer, es bueno que coman verduras para que la criatura también nazca sana, ya no van a levantar cosas pesadas, si quieren reposar, van a reposar unas su media hora, una hora a reposar, siempre reposan en el día, y a veces se hincha sus pies si no lo pone así sus pies, están más hinchados y ya así al subirlo arriba ya aminora, también van a tomar su té de nance, para que baje su hinchazón, y se van a bañar con agua tibia...

....cuando vemos que hay una mujer va tener riesgo, entonces le vamos a decir, tal vez no te vas a componer aquí, porque qué vamos ha hacer con este sangrado que tenés, si tal vez no te para pues, si es mucho el sangrado que le va a bajar a la mujer, ya lo vamos a mandar de una vez al hospital, que vamos ha hacer nosotras, no tenemos medicina, allí lo pueden mirar que medicina les van a dar, que les operan, porque hay mujeres es mucho el sangrado que les baja también cuando ya van a nacer sus bebés y se pueden ahogar el niño....

....yo he visto la necesidad que tenemos las mujeres, así mis hijas, anteriormente sufrían bastante, no las podía ayudar porque no sabía, pero fue la necesidad, así las tuve que ayudar, no les va a pasar como a mí que solita tengo mis hijos, así salía la criatura, entonces yo lo levantaba y lo soplaba con mi misma boca pues, entonces lo cortaba ya con el gillette, y quemaba el cordón con el machete, así nacieron mis hijos, solita así, viviendo la propia experiencia de que aprendí para ayudar, así ya no me dio trabajo atender parto, con mis hijas, y ya luego viene a buscarme las mujeres, después ya me he capacitado así estoy hasta ahora....

Por otro lado, se pudo observar en la revisión a las mujeres embarazadas como ellas identifican con facilidad la posición en la que viene el feto, aparentemente este es uno de los principales problemas con los que se enfrentan, al respecto se ha argumentado que esto puede deberse a la carga de trabajo que la mujer embarazada sigue realizando hasta los últimos días, con esfuerzos físicos de manera casi constante, como el acarreo de agua o de leña entre muchas otras actividades que la mujer realiza. Ésta es por tanto una de las mayores preocupaciones tanto de las mujeres como de las parteras, de hecho es también la razón principal por las que las mujeres asisten a revisarse con las parteras durante su embarazo, incluso aún cuando lleven un control prenatal con promotores o personal médico, al reconocérsele a la partera la capacidad de “sobar para acomodarlo”.

....los primeros tres meses de embarazo pues no se siente nada, o sea lo que buscamos en una mujer embarazada para tener seguridad de decir que el bebé está bien, las posiciones, se busca la cabeza si está abajo o a veces cuando no está en posición normal, si encontramos pues que la cabeza no está en el lugar pues, vamos a sobar para que pueda llegar a la posición....

....cuando vamos a revisar cada mes, vamos para mirar como está acomodado nuestra criatura, pero principalmente las mujeres vamos porque nos duele nuestro estómago, nos molesta, entonces ya la partera nos va a dar nuestro sobada para que no nos moleste ya, para apaciguar un poco el dolor, acá así nos van a revisar las parteras, los doctores pues no más revisan si está creciendo la criatura, o tal vez la posición pero no van a sobar pues, por eso de por sí vamos a ir con la partera, esa es la costumbre de la partera, si va a doler empiezan a sobar, así a veces no ajusta el mes y ahí vamos a llegar otra vez para que nos van a curar del dolor del cuerpo pues....

La preocupación de las parteras respecto a la mala posición es sobre todo que hacer cuando el bebé no se acomoda, enfatizándose en este sentido la importancia de buscar ayuda médica, por los riesgos tanto para mujer como para el niño en estos casos. Así se pudo observar sobre todo en el caso de Poza Rica, que las parteras empezaron a acudir a la clínica para solicitar ayuda, cuando se les presentaron problemas en el momento del parto, los que en ocasiones pudieron resolverse en el propio domicilio, aunque en otras fue necesario trasladar a la mujer al hospital de Comitán para que se le realizara una cesárea.

La relación con los sistemas de atención se identificó como una de las principales preocupaciones de su quehacer como parteras, refiriendo las dificultades con las que se enfrentan para que en los hospitales, reciban a las mujeres que ellas llevan para su atención, planteando como una posible solución el lograr que se les reconociera como parteras capacitadas, para lo que solicitaron credenciales. La organización que se viene dando en algunas regiones del estado de Chiapas de grupos de parteras, es parte de esta necesidad de relacionarse con las instituciones de salud en condiciones menos desfavorables para ellas, de proteger su identidad pidiendo que se respeten sus saberes, su práctica y el papel que juegan en las comunidades.

Las parteras han construido y reconstruido su identidad, no sólo a partir de su relación con las mujeres, o como parte de un colectivo, sino a partir de su relación o interacción con todos los agentes externos con los que se relaciona, principalmente con los trabajadores de la salud y las instituciones que éstos representan. Así; las Consultas Colectivas permitieron que en el imaginario colectivo se diera una recuperación de la importancia de su rol comunitario, y propiciaron o reforzaron el reconocimiento de algunos promotores de salud y del personal de salud que se involucró en las Consultas Colectivas.

.....ellas lo componen, para que no se va a atravesar, si no se para ese bebé, porque hay veces que se atraviesa o se crían mal con nosotros pues, ahí se tiene que traer la partera, necesitamos la partera pues por eso, ella la partera nos tiene que cuidar el día que nace ese bebé ahí ta la partera, atendiendo pue.....

...es la partera la que de por sí me está consultando, si está bien o no, si se decompone, ella lo va a componer, ella lo va a ver si no se atraviesa, si va a venir normalmente...

...la partera nos va a revisar ahí, como estamos acostumbrados, nos toca atrás de la ropa, o sea que como sólo nuestra barriga lo revisan pues, no nos van a revisar de otras formas, en el hospital ahí nos revisan hasta doctores, dicen pues los van a tentar como está ese bebé, por eso tengo desconfianza, tengo miedo, como que me da vergüenza...

La estrategia de Consultas Colectivas nos permitió al grupo de asesoras, acercarnos a la realidad de las parteras, reconociendo sus preocupaciones y

problemas en su práctica, descubriendo la visión que tienen de sí y de su papel como parte de una comunidad, de una cultura, esto nos permitió un acercamiento más verdadero, más humano. Así; al dibujarse con nosotras y con las mujeres como parteras, con su participación en los grupos, donde eran mujeres- madres, con una problemática propia de salud, y eran también curadoras como los y las que desde el CCESC, llegaban a la comunidad para compartir con ellas un espacio, como parte del grupo de actores interesados en la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

Las parteras ven su quehacer como un apoyo solidario a las mujeres, como una misión, heredada en ocasiones de sus madres o abuelas, adquirida a través de una visión o un sueño, o ante la vivencia de sus propias necesidades o las de sus familiares, sobre todo sus hijas o sus nueras. Aunque algunas otras parteras se han formado a partir de su nombramiento, a manera de cargo en la comunidad. De cualquier manera el grupo social, transfiere en la partera una responsabilidad, que si bien en ocasiones le representa prestigio, también la hace sentirse vigilada tanto por la comunidad en su conjunto como por otras parteras, promotores y trabajadores de salud de diferentes instituciones.

Existiendo un reconocimiento diferenciado por el conjunto social en el que desarrollan su práctica, las mujeres por ejemplo en algunos casos valoran en mayor o menor medida a las parteras dependiendo de la capacitación recibida por las instituciones u organizaciones de salud, éstas naturalmente reconocen y manifiestan cierto grado de confianza en las parteras que han recibido de manera sistemática cursos de capacitación. Por otro lado, en las comunidades donde los servicios médicos están ausentes o son poco frecuentes o accesibles, las parteras más valoradas son aquellas que en su trato muestran una mayor calidez y su historia personal en la comunidad las hace mujeres de respeto.

...lo que me da ánimo para trabajar es el apoyo que les puedo dar a las mujeres, me gusta mi trabajo de partera, me encanta ayudar a otras mujeres, porque, porque es parte de mi misma gente, en mi propia vida yo he sentido cómo es el trabajo de un parto, cuando yo estaba sola, necesitaba ayuda y no la tenía, por eso pienso en ser partera, para ayudar a otras mujeres....

...me siento bien de ser partera, y la comunidad igual se siente contenta, me tiene confianza, llegan a buscarme, y yo me siento capaz de que puedo ayudar, durante el tiempo que he sido partera nunca se ha presentado ningún problema, siempre he atendido a muchas mujeres, y no he tenido problema, así espero yo que no suceda más en el futuro, durante la marcha, que no tengo problema...

...como las mujeres ya me conocen que he sido capacitada, que soy capaz de atender, entonces me buscan, me va seguir buscando pienso yo, pero ahora últimamente se me dificulta mucho atender las mujeres, porque vivo sola y tengo mis animalitos que cuidar, a veces dejo mi animal descuidado y como también pierdo mucho tiempo, y no lo reconocen con nada, eso desanima un poco, pero como ya estoy metida, ni modo, ya voy a seguir aguantando, haciendo el esfuerzo....

.....a mí me gusta mucho, como es mi trabajo, como estoy viva todavía, todavía estoy siguiendo de atender a las compañeras, pues yo tengo amor con mis compañeras mujeres, como será mi destino, así fue, pues yo me gusta, me gusta mucho atender....

....la gente de la comunidad, lo miran bien mi trabajo como partera, también por eso me busca para que yo voy a sus hogares, me vienen a traer en la noche, me viene a traer de madrugada, en el día, como sea voy a ir, empieza la mujer me viene a traer yo siempre me voy, aunque con sueño me tengo que levantar, tanto como sale normal las personas, yo también me quedo contenta y las señoras también quedan contentas con su hijito, tanto como yo y ellas nos sentimos bien....

Finalmente, me gustaría destacar como uno de los principales aportes de la experiencia de la participación de las parteras en las Consultas Colectivas, el que la estrategia abrió un espacio de interlocución y negociación entre las prácticas y saberes de ellas como parteras, las de promotores de salud y las de las asesoras que participamos en el proceso, lo que además permitió que en la interrelación con agentes externos, se pudieran construir una imagen alternativa de si mismas, a partir de su propia práctica, a la que incorporaron lenguajes, conceptos y formas de diagnóstico y tratamiento, recreando su identidad al sentirse reconocidas y respetadas, lo que al significarse y tomar forma en su concepción de si mismas, les dio las posibilidades de verse y sentirse como sujetos.

A partir del reconocimiento de los otros y otras, las parteras se reconocieron a si mismas, estructurando su identidad con la recuperación de su historia y a partir de las cualidades que las mujeres les reconocían como parte de una valoración social dentro de un orden simbólico cultural, desde el cual la maternidad fue el eje principal que las hacía compartir una serie de vivencias y problemáticas como mujeres y

parteras, valorando su idioma, al dejar de sentir por un momento, como una limitación el no hablar bien el español, ya que se les insistía en que se realizara la Consulta Colectiva en sus propias lenguas, con lo que poco a poco las asesoras nos fuimos convirtiendo en acompañantes del proceso, convirtiéndose ellas, las parteras y las mujeres, en las protagonistas principales, lo que desde mi perspectiva representó en aquellos casos donde esto se dio, uno de los mayores logros de la estrategia.

....primero nos da pena pue, cuando empezamos a trabajar así en la Consulta Colectiva, pensamos tal vez mi mente no queda grabado lo que vamos a hablar con las mujeres, pero ya en la hora hay nos viene ya como vamos a platicar con ellas, si no nos acordamos pues, entonces siempre nos puede ayudar otra compañera, porque siempre está difícil pensar, pero ahí tiene otra idea, entre las tres como somos ahorita aquí las parteras, nos vamos a ayudar pue, porque nos gusta, nos gusta mucho y las mujeres también siempre les gusta también, son pláticas que tenemos juntamente....

3. Los grupos de trabajo aprendiendo a escuchar: promotores y asesores en un difícil caminar.

La función de los actores externos ha sido planteada dentro de los programas y proyectos de intervención en las comunidades rurales como la de llevar servicios de asesoría, promoción u organización. Sin embargo, en la realidad si bien algunas veces podemos funcionar como potenciadores de procesos de desarrollo, también actuamos en repetidas ocasiones como inhibidores de estos procesos.

Nuestro actuar estará determinado por un lado, por nuestras capacidades, conocimientos y herramientas técnicas de acuerdo al área o temática en la que trabajemos, pero por otro, tal vez como lo más determinante, nuestra práctica estará definida por nuestras concepciones acerca de nuestro papel como agentes externos y de los grupos con los que trabajaremos. Esto es, cómo nos vemos a nosotros mismos y como vemos al otro, dentro de un proceso comunitario de desarrollo, ya que a partir de esta visión del otro nuestras acciones tendrán una direccionalidad y serán éstas las que le darán sentido a nuestras acciones.

Así, en el desarrollo de programas o actividades, al interactuar con los grupos de población afloran necesidades, expectativas, posturas, estilos y actitudes de todos los actores involucrados; en última instancia los espacios de interacción son también espacios de negociación, donde se mezclan aspectos objetivos y subjetivos de nuestra identidad, que determinan nuestra relación con los otros.

Relación que se da en una realidad concreta, realidad que nos determina, nos confronta, se nos escapa, se nos desdibuja, sobre todo porque hemos aprendido a verla parcialmente desde nuestras disciplinas, desde nuestros pequeños mundos, con una mirada superficial y homogeneizante, que nos hace actuar como si la realidad fuera siempre la misma, en la que nos perdemos como sujetos y perdemos de vista a los otros sujetos que son en conjunto, los que finalmente conforman esa realidad.

Muchas veces los buenos propósitos a partir de los cuales nacen y se desarrollan políticas, programas, proyectos o estrategias se pierden en esa realidad cambiante, donde se da muchas veces el desencuentro no sólo con los grupos de la población hacia quienes éstas se dirigen, sino entre los diferentes actores que serán responsables de su ejecución, lo que se da sobre todo cuando somos incapaces de comunicarnos con el otro, cerrándonos en nuestra formación, nuestras experiencias individuales y colectivas.

Pero, cómo comunicarnos en un mundo donde cada vez nos cuesta más escuchar y expresar, donde se ha perdido la espontaneidad, la confianza, el deseo de cooperación, la tolerancia y el respeto a lo diferente, donde se rechaza a quienes se expresan de manera diferente, piensan diferente, visten diferente, organizan su vida y sus valores desde una concepción diferente del mundo, donde la globalidad nos exige homogeneización.

Las formas propuestas para atender la salud en un mundo globalizado nos remite a una ideología hegemónica, desde la que el modelo médico basado en el biologicismo subordina a otras prácticas curativas y a aquellos a quien ha de curar, colocándolos como "pacientes", término que implica una relación de subordinación, sometimiento y pasividad. En esta misma lógica de relaciones, en la organización para la atención a la salud se establece una estructuración jerarquizada de

relaciones internas y externas, donde el saber médico despoja a los sujetos de sus determinantes sociales y culturales con lo que lo convierte en objeto, objeto de su estudio, de su teorización y práctica científica, a partir de las cuales interpretará los malestares o padecimientos de su cuerpo, de un cuerpo que ya no le pertenece, pero del que se le hace responsable.

Foucault (2001), nos refiere cómo en el siglo XVII es cuando se da una normalización, clasificación y centralización del saber médico como parte de un control de los saberes tecnológicos, desde lo cual se dieron una serie de técnicas disciplinarias de poder referidas al cuerpo, con lo que éste perdió "algo que era un alma-sujeto, un yo" Este poder disciplinario se constituye como uno de los soportes de los Estados, como una forma más de mantener su hegemonía, donde los diferentes actores ligados a la atención médica cumplen la función de mantener el orden, reproduciendo las estructuras y formas de relación que le dan legitimidad a la cultura dominante.

Lo que se puede interpretar como parte de lo que para Foucault (2001) son la existencia de dos mecanismos a través de los cuales se ejerce el poder, el primero referido al "cuerpo, organismo, disciplina, instituciones" y otro que incorpora a "población, procesos biológicos, mecanismos regularizadores, Estado." Con lo que la medicina, desde su punto de vista adquiere una posición privilegiada al constituirse como un saber-poder "que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que le dan en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores."

Sin embargo como parte de la realidad que es diversa y cambiante, donde cada estructura social representa un mundo peculiar, por más que se pretenda homogeneizarlo, se dan procesos transaccionales, donde se generan resistencias desde donde es posible pensar en lo alternativo, de forma tal que permita al individuo recuperarse como sujeto.

Así, desde mi punto de vista, las Consultas Colectivas, representarían la posibilidad de una estrategia alternativa para la atención de la salud reproductiva en la medida en que generaran un proceso de transformación de los diferentes actores

en sujetos, al reconocerse y ser reconocidos como seres humanos insertos en un contexto cultural e histórico particular.

....yo rescataría en algunos de los compañeros esa parte humana, eso es lo que nos da la oportunidad de trabajar con la visión propuesta y lo primero es volvernos más humanos nosotros, porque lo que pasa es que nos da miedo una estrategia como las Consultas Colectivas, que nos exige sensibilidad, y pensamos que si mostramos nuestra sensibilidad somos más vulnerables, algunos de los promotores(as) tienen esta sensibilidad, por eso a ellos no les costó trabajo comprender y entrarle a la metodología, lo mismo pasó con las parteras porque ellas ven su trabajo como un dar de ellas, en el plano humano pues, pero a muchos nos da miedo sacar esa parte humana....(Nutrióloga).

Naturalmente desde un modelo médico hegemónico se forman médicos y personal de salud, a los que nos resulta difícil abandonar todas aquellas motivaciones de nuestro actuar que nos han sido impuestas de manera sutil como parte de un todo organizado, para responder al modelo hegemónico vigente, aún y cuando se den resistencias contra la fuerza de lo ideológico; en general sin que nos demos cuenta, el modelo médico actúa en nuestro consciente e inconsciente, lo que nos lleva a prácticas descontextualizadas, donde la imagen del otro se da como parte de una serie de connotaciones estructurales que se derivan del papel que representan en nuestro quehacer y su relación con el que asumimos como "nuestro" papel.

De ahí que para una buena parte del personal médico y paramédico, la estrategia de Consultas Colectivas les representara una oposición o confrontación con lo que desde su concepción era su papel en la atención a la salud reproductiva de las mujeres. Pareciera que los profesionistas muchas veces no sabemos ser sino el personaje que hemos aprendido a ser, y cuando se nos pide que seamos diferentes, que seamos "nosotros" en una relación con "otros" nos damos cuenta de nuestra insuficiencia, nos sentimos amenazados, por lo que optamos por protegernos, rechazando aquello que nos confronta con la realidad, entonces cobran vida actitudes prejuiciosas y el rechazo, se justifica.

....el problema, con los médicos pasantes fue que ellos traían una idea, una expectativa, que sólo era venir a realizar sus actividades como médicos, dando consulta, nada más, no les interesaba otra cosa, ni se les había hablado de que

tuvieran que venir a realizar un trabajo comunitario, o lo que para ellos eran "platiquitas" con las mujeres. Para ellos las Consultas Colectivas no eran importantes en su formación o en su práctica como médicos, ellos venían sobre todo con la idea de la clínica, y cuando de repente se enfrentan con que tienen que salir a comunidad, esto los confronta, porque no corresponde a la visión de su papel y a sus intereses...(Nutricionista).

....con las Consultas Colectivas aprendí que no se trataba nada más de fijarme en los síntomas de las mujeres o buscar la enfermedad solamente en lo físico, sino que tenía que ver más allá, digamos tratar de encontrar el origen de los síntomas, de las molestias que las mujeres referían, de las enfermedades, creo que a mis compañeros y compañeras les faltó esa visión, tal vez porque sentían que para el trabajo clínico no son necesarias las Consultas Colectivas, para qué, si nosotros como médicos tenemos nuestra consulta....(Médica).

La estrategia proponía como aspecto fundamental la interlocución, el diálogo, la reflexión y el análisis de la problemática de salud reproductiva, a partir de las propias vivencias de las mujeres, lo que se facilitaría un proceso de concientización, con lo que se pretendía romper con una práctica educativa, donde promotores y personal de salud se erigían como expertos y autoridades infalibles encargadas de educar a la población a través de pláticas, en donde las mujeres o grupos solamente deberían cumplir un rol complementario, sin preguntar, sin discutir, o cuestionar el saber médico, sino subordinarse a éste.

La educación para la salud así concebida, opera bajo los supuestos de que la carencia de salud tiene que ver fundamentalmente con hábitos correctos de higiene, alimentación, prevención de enfermedades y uso adecuado de servicios de salud, sin que se revisen las causas que operan como raíz de los problemas de salud, esto es, sin reflexión alguna de las condiciones de vida de la población afectada. Reproduciéndose así, en las actividades educativas, una relación autoritaria, jerárquica y vertical, partiéndose del supuesto de que los sectores subalternos, necesitan y estarán satisfechos de recibir toda la información que se les brinde.

Las Consultas Colectivas por su parte, desde la visión del equipo del que yo formaba parte, pretendían propiciar un proceso educativo donde nosotros como asesores externos, dejaríamos de tener el papel protagónico y serían las aportaciones de las mujeres y las parteras el ingrediente principal, para la reflexión, al considerarse que su experiencia en lo cotidiano es el principal referente del

proceso salud-enfermedad en el que están inmersas. Con esta visión los temas se proponían como puntos de partida para la reflexión, buscaban un diálogo con la realidad de las mujeres, de donde se desprenderían sus necesidades e intereses específicos respecto a cada uno de ellos, sabiendo inclusive que algunos de ellos podrían no encontrar un referente en las realidades por ellas interpretadas.

Pero partir de las necesidades y posibilidades de cada realidad, nos exige una flexibilidad y apertura, para adecuarnos a los ritmos y contenidos que la situación real nos plantea, dejando de lado lo escrito, lo establecido como contenido temático; implica también estar dispuestos a ampliar nuestros conocimientos y confrontar los que poseemos, una motivación que nos lleve a comprometernos con cada grupo, y sobre todo una voluntad y capacidad para impulsar una verdadera participación.

....yo creo que el grupo en general no estaba preparado para asumir una propuesta como la que partía de nuestra visión como equipo de mujeres, esto es, para desarrollar la estrategia tal y como la concebíamos nosotras, se requería un cierto grupo de trabajo que no existía, y no sólo se trataba de que no se tuviera la visión sino que no se tenía la capacidad, la capacidad de cambio, de ahí el rechazo desde algunos....(Psicóloga).

...se logra el objetivo de que las Consultas Colectivas sean un espacio para las mujeres, cuando efectivamente se habla de la necesidad de ellas, de lo que ellas requieren en ese momento, pero tienes que ser abierta al cambio, que no té de miedo, porque finalmente lo que pasaba es que algunas veces tu ibas con un tema preparado, con tus materiales y todo muy bonito, y nada de pronto te dabas cuenta de que aún y cuando hubieran sido las propias mujeres las que te propusieron ese tema, al llegar con ellas después de un mes de no verlas, tienen otra necesidad, y tu si realmente quieres ser coherente con lo que se plantea como teoría, pues tienes que responder a esa necesidad, así me pasó varias veces, recuerdo una en la que al llegar a la comunidad resulta que todos los niños tenían escabiasis, y cuando pregunto ¿cómo están?, ¿cómo están sus hijos?, pues todas empiezan a comentar del problema, me ensañaban los granitos, hablaban entre ellas, me preguntaban qué hacer, en fin que me olvidé del tema que llevaba preparado y hablamos de la escabiasis....(Médica).

...siento que lo que más trabajo nos cuesta es saber escuchar, estamos muy acostumbradas y acostumbrados a que somos nosotros los que tenemos que dar la información, yo misma me he descubierto, cuando las mujeres o las parteras me están diciendo algo, y yo las interrumpo, puede ser que uno se siente sabedora, uno es la que tiene el conocimiento, y nos cuesta trabajo sentir o pensar que podemos aprender de ellas.....(Nutricionista).

....yo siento que las Consultas Colectivas me han ayudado en mi trabajo, porque las madres de familia ya tienen una mayor participación, por ejemplo si estamos hablando un tema, ellas mismas te dan su comentario, ellas te regresan la misma idea que tu les querías regresar, ya opinan, ya te dicen como han vivido durante su vida, claro no todas digamos de unas diez mujeres unas siete sí opinan, las otras se quedan calladas, depende como se sientan, y hay mujeres que no van ha hablar, pero de todos modos sienten del tema que estamos hablando es de la realidad y puede suceder en la vida y sucede en sus vidas....(Promotor de Salud).

Una de las principales dificultades para que las Consultas Colectivas realmente funcionaran como facilitadoras de un proceso educativo participativo, donde el aspecto central fuera la reflexión, fue el que desde la visión de muchos de los actores que participaron en el desarrollo de la estrategia, no dejaron de ser vistas como una forma de llevar al mundo rural la información o conocimientos necesarios para mejorar o resolver los problemas de salud de las mujeres y niños (as), por lo que se concretaban al desarrollo de los temas propuestos, sin propiciar un análisis y reflexión.

....el cómo desarrollemos la estrategia con los grupos de mujeres, tiene que ver sobre todo con cada uno de nosotros, los agentes externos, porque desde la visión de algunos de los promotores y personal técnico, es sólo una actividad más dentro de todas las que tiene que realizar, así como pesan o vacunan, no como un proceso con el que queremos un cambio, por eso en realidad lo que se sigue dando es en realidad una plática...(Nutricionista).

....para mí es difícil las Consultas Colectivas, porque no puedo manejar la metodología, además si voy a aplicar conforme a la metodología, hay mujeres que no les conviene, no les gusta, a mi manera de pensar las preguntas que vamos ha hacer en las Consultas Colectivas yo lo veo algo así negativo, porque el objetivo como yo lo veo pues, es que las mujeres aprendan algo de su salud, que conozcan algo bueno, pero hay algunas mujeres que me han dicho que voy a aprender si nada más así me hacen preguntas, así no aprendo nada, me dicen algunas mujeres, por eso en mi manera de pensar es mejor que se haga acuerdo con el grupo de qué tema se va a dar, entonces vamos a preparar el tema así hemos trabajado anteriormente, por eso yo pensé que se haga así....(Promotor de Salud).

La dificultad de desarrollar un proceso educativo, puede responder a nuestra necesidad de negar una realidad que se considera negativa, por lo que si permitimos a los otros con los que interactuamos, que nos muestren su realidad, esto puede resultar amenazante para nuestro ser, "el reconocer que los otros están ahí y darme cuenta cómo están respecto a mi, descubrirlos, saber de ellos, implica que al propio

tiempo que los valore he de adquirir conciencia plena de la significación de su presencia" (Castilla:1990). Así optamos por evadir la problematización de su situación concreta, y nos mantenemos como expertos de un tema llevando nuestros conocimientos "desde la sede del saber hasta la sede de la ignorancia".

Los profesionales de la salud, al tener una estructura de pensamiento que se basa en un razonamiento normativo, nos hace muchas veces mantenernos "cerrados" a nuevas posibilidades de relación y de acceder al conocimiento, eliminándose la noción de lo posible, lo incierto, lo desconocido, lo impredecible, lo que no permite una articulación entre el acercamiento a una realidad concreta con las posibilidades de cambio.

La apropiación crítica de la realidad demanda un esfuerzo de concientización pero además nos exige tener el valor de reconocer en nosotros una alineación que determina nuestra práctica, para abandonar una práctica conveniente, por una práctica que nos compromete, cuando no podemos ya dejar de ver la realidad; teniendo plena conciencia de que además cada hombre y mujer puede ver y vivir la misma realidad desde diferentes perspectivas, donde lo importante es apropiarse críticamente de la posición que cada uno de los actores ocupamos en los procesos y en esa realidad.

Lo que nos lleva también a negarnos a participar en procesos educativos como el propuesto desde las Consultas Colectivas, es una actitud que rechaza las prácticas subordinadas legal e ideológicamente al modelo médico hegemónico, lo que proviene de considerarla una cultura inferior, rechazo que se alimenta desde una cultura etnocéntrica que distorsiona nuestra forma de ver la vida indígena; aunque debemos estar conscientes de que las raíces últimas de las actitudes no están en los individuos sino en las estructuras sociales, la dificultad de diálogo es alimentada desde el modelo económico de desarrollo neoliberal y capitalista en general.

....desde su visión como médico, nos pedía plazos, tiempos en los que se viera que la estrategia si daba resultados, siempre me cuestionaba, respecto a que ya se llevaban algunos meses de trabajo y él no veía que las condiciones de vida de las mujeres hubieran cambiado, esperaba que con las Consultas Colectivas, las familias tuvieran mejores hábitos de higiene, que disminuyeran ya así rápido los problemas de salud de la comunidad, yo le respondía cómo crees tu que las cosas van a cambiar de

un día para otro, en dos o tres meses, no se trata de tratamientos médicos, no son inyecciones o algo así, es un proceso educativo.... (Técnica en Salud Comunitaria).

...yo donde he sentido rechazo a la Consulta Colectiva de algunos de los compañeros promotores y los médicos, porque lo que planteamos es un trabajo con las mujeres, es un espacio para ellas, entonces nos dicen por qué para ellas nada más, por qué no trabajar juntos con hombres y mujeres.... (Promotora de Salud).

Un elemento importante que hizo que algunas de las mujeres profesionistas que participaron en la estrategia, se involucraran con la misma y lograran su apropiación, fue el haberse sentido identificadas con las mujeres desde su posición de subordinación respecto a los hombres, la categoría de género representó para casi todas ellas una teoría nueva, desconocida, pero que las hizo ver a las mujeres desde otra perspectiva, y las confrontó con su propia identidad.

Como parte de los análisis teóricos que como grupo de trabajo realizamos durante el desarrollo de la estrategia, se organizaron talleres sobre sexualidad y género, salud reproductiva y género, derechos reproductivos, entre otros, mientras que hacia los grupos de mujeres se privilegiaron los temas del cuerpo, autoestima, derechos de las mujeres, derechos reproductivos y violencia doméstica.

....para mí la estrategia representó muchas cosas nuevas: el trabajo comunitario, el acercamiento con las parteras, el trabajo de los promotores de salud, con ellos sobre todo me confrontó el darme cuenta de lo bien capacitados que están, todo el manejo clínico que tienen y la experiencia con que cuentan, y respecto a mí pues algo muy importante fue lo de género, yo no sabía nada, y con todo lo que hemos visto y lo que he podido ver en las comunidades me doy cuenta como eso determina la vida de las mujeres, las limitaciones que tienen como mujeres no permiten su desarrollo....(Médica).

.....con las Consultas Colectivas lo que para mí fue determinante, fue el empezar a trabajar desde la perspectiva de género, al hacer un análisis conceptual, las reflexiones personales y el cómo esta perspectiva me cruzó, al darme cuenta que como mujer también sufría una marginación, no sólo las mujeres de las comunidades, me di cuenta de la necesidad de cambiar cosas en mí de mi vida, apropiarme primero de mi propio cuerpo, al trabajar con perspectiva de género lo primero que me pasó fue que me hizo verme a mí, el hecho de tener una situación privilegiada en cuanto a ser una mujer que tuvo la posibilidad de estudiar, no me liberaba de la marginación social como mujer, el hablar de mi propia situación con las mujeres, asumiéndome como mujer que vive la misma problemática que ellas, lograba una confianza el reconocermme como mujer, eso fue muy importante, porque junto con ellas me di cuenta de mi realidad, y eso fue lo que les traté de transmitir a las mujeres con las que me tocó trabajar, cuando ellas hablaban de su problemas y yo les compartía los

míos y como yo trataba de ir cambiando cosas de mi vida como mujer, creo que les permitía darse cuenta de la posibilidad de cambiar y a mí me permitió comprender su situación y respetarlas.... (Nutrióloga).

....al incorporar la perspectiva de género en nuestro trabajo, yo misma tuve que revisar muchas de las cosas que pasaban conmigo, trabajar conmigo para cambiar situaciones en mi vida, no digamos que todo, pero sí... (Técnica en Salud Comunitaria).

Para los promotores u promotoras de salud que lograron apropiarse de la estrategia, las Consultas Colectivas representaron la posibilidad de fortalecer la confianza y el acercamiento con las mujeres, y la recuperación de su identidad étnica, valorando su cultura, su idioma, sus costumbres. Esto es, al compartir un espacio en el cual compartían experiencias, al recuperar sus vivencias, se establecía una especie de visibilidad recíproca que contribuyó a sostener su identidad.

...yo me siento contento, porque así como yo hablo su mismo idioma, entonces como que las Consulta Colectiva se desarrolla mejor, como ven que hablo, las parteras también las mujeres se van animando, ya se les ha quitado el miedo, de muy cerradas que eran para opinar ahorita ya hay participación, y bueno lo que he visto no es por desvalorizar el trabajo de los otros compañeros pero me doy cuenta que es importante la forma como entras, como explicas, las preguntas que se hacen para generar discusión, es importante, porque sí ellas comentan, tú ya complementas donde ellas no dicen, así animándolas.... (Promotor de Salud)

.... yo pienso que las Consultas Colectivas nos han ayudado en el sentido de unir a las mujeres, como ahí les hemos dado un poquito su espacio, como que ya tienen un espacio, platican, ahí salen muchas cosas, yo pienso que ellas se han apropiado de su espacio como mujeres y como madres... (Promotora de Salud).

.....yo como mujer me siento bien de trabajar con ellas, me meto mucho a bromear con ellas o así estamos hablando salta la broma, es lo que me ha ayudado, porque igual agarran confianza, preguntan si tiene una duda, se acercan y te preguntan, así se ha mejorado mi trabajo como promotora.... (Promotora de Salud).

.....lo que quiero comentar es lo que me ocurrió a mí con esta forma de trabajar así con los grupos de mujeres, para realizar las Consultas Colectivas, bueno pues, lo primero o lo más importante por así decirlo, para mí ha sido que con esta forma de escuchar a las mujeres, hablar de su vida, de sus problemas, así todo, pues me hizo darme cuenta otra vez que soy igual con ellas, que somos el mismo grupo, como que ya lo estaba olvidando yo, así me doy cuenta que crecimos con la misma costumbre aunque yo ahora ya haya recibido capacitación como promotor, somos iguales pues.... (Promotor de Salud).

Otra de las confrontaciones que se presentó al grupo de asesoras en la práctica del desarrollo de las Consultas Colectivas, fue el enfrentarse en ocasiones a preguntas (de las mujeres) que no sabían contestar, lo que hacía evidente el hecho de que en realidad no eran poseedoras de todos los saberes en el tema de salud. Así mismo, cuando las mujeres asumían un cambio en su vida reproductiva, eran las asesoras quienes más se asombraban y hasta cuestionaban el cambio deseado. Como parte de una identidad asumida como subordinada respecto al hombre, una misma como asesora, en ocasiones sin darse cuenta, reproduce y legitima esta subordinación de las mujeres en las comunidades rurales, aún desde nuestro trabajo en salud. Así, cuando las mujeres desean optar por algún método anticonceptivo, preguntamos primero, ¿está de acuerdo su esposo?, ¿ya le dio permiso?... Esta manera cotidiana con la que nos comportamos en nuestro quehacer como personal de salud, refleja lo difícil que es aceptar los cambios dentro de la comunidad, cuando se trata de que una mujer decida por sí misma, no solo por la oposición de los hombres sino de nosotras, las mismas mujeres.

....una señora de Lucio Cabañas después de la Consulta Colectiva donde habíamos visto el tema de derechos reproductivos, se me acerca y me dice "ya estuve pensando y quiero ver que me vas a dar porque quiero planificar" y yo que le contesto, pero no me dijo usted que su esposo no quiere, a mí me da miedo que usted empiece con algún método y su esposo no sepa, entonces que me contesta, "no me importa lo que diga mi esposo, yo soy la que siento el dolor del parto, si el va y toma trago no me está avisando, ni pidiendo permiso, no tengas miedo no va a pasar nada", cuando me dijo eso, yo me di cuenta de mi incoherencia.... (Técnica en Salud Comunitaria).

Por último, si bien ya se ha mencionado la importancia de lo cultural, y la necesidad de considerar las contradicciones que se dan en este sentido, cuando desde una cultura hegemónica se definen las formas de atención a la salud de las comunidades rurales e indígenas, quiero resaltar cómo este aspecto, esta noción, se tornó en la seguridad de que las concepciones culturales y las formas en que estas se estructuran y se expresan, no logran encontrar en muchas ocasiones referentes cuando se habla con otro lenguaje, y no sólo en el sentido del idioma que se hable, que en sí mismo representó una ruptura cuando las asesoras que realizábamos la Consulta Colectiva no hablábamos el idioma de las mujeres, sino al hecho de que el

lenguaje no es solamente una forma de comunicar algo, sino que el idioma mismo es base de sus interpretaciones y representa la propia cultura.

Aún y cuando se tuviera una convicción en la estrategia y se tratara de impulsar un proceso de reflexión y análisis a través de preguntas generadoras, el desfase o la incomunicación se daba con el hecho de que no se sabía hacer la pregunta adecuada, o la que creíamos adecuada no encontraba ningún significado para las mujeres y parteras, porque los referentes a partir de los cuales la pregunta se construía en nuestro pensamiento, respondía a nuestra visión del mundo, a nuestros propios procesos. De ahí la importancia de la participación de promotores y parteras o de las compañeras que compartían las mismas raíces culturales, quienes no sólo cumplían un papel de traductores sino que eran ellos el puente a través del cual se podía establecer una comunicación real con las mujeres, al interpretar nuestras preguntas, nuestras experiencias, y traducirlas al lenguaje de las mujeres, de ahí que poco a poco fueran ellos y ellas quienes en realidad desarrollaban las Consultas Colectivas, transformándonos entonces, hasta asumir un papel real de asesores.

....sí teníamos claro como se nos proponía que desarrolláramos las Consultas Colectivas, sabíamos que no tenía que ser una plática unidireccional, que de lo que se trataba era que fueran las mujeres quienes hablaran, y que una forma para generar su participación eran las preguntas que teníamos que ir formulando de acuerdo al tema que se estuviera tratando, pero el cómo hacerlo es diferente, cuando llegábamos a realizar alguna Consulta Colectiva, se empezaba el tema y nosotras entonces hacíamos una pregunta y las mujeres calladas, aún y cuando se hiciera la traducción, cuando el promotor me decía no se entiende cuál es la pregunta, y le explicaba yo a él la reflexión que quería hacer, entonces el les hablaba, pero no así lanzando la pregunta y ya, sino haciendo una gran explicación, entonces me daba cuenta de lo diferente que hay en como una construye sus pensamientos.... (Nutricionista).

....para mí fue super importante la participación de las parteras, yo he visto que no basta con que se les hable en su misma lengua, esto es importante claro, pero lo determinante es que se hable de lo mismo, que se comprenda de lo que se está hablando, que se hable el mismo lenguaje no sólo el mismo idioma, esa es la diferencia que se observa en la participación, cuando son promotores o promotoras y parteras las que estén en las Consultas Colectivas, claro hay algunos promotores que mis respetos, logran toda la confianza de los grupos y una muy buena participación.... (Nutricionista).

La posibilidad de escuchar al otro: "mujeres, parteras, promotores y compañeros de trabajo", fue tal vez uno de los principales mecanismos a través de los cuales nosotras como equipo de asesoras logramos avanzar hacia una reconstrucción de nuestra práctica, recuperándonos en ese proceso no sólo como profesionistas con un sentido crítico y autocrítico, sino como mujeres viviendo en un mundo en el que se nos ha asignado un status secundario, bajo la lógica de asignar valores a partir de las diferencias, en este caso referidas a la diferencia sexual, donde el hombre es superior, dado que el proyecto socio-cultural de la humanidad ha sido el trascender la naturaleza y subsumirla, por lo que desde la cultura, resulta "natural" que las mujeres al no ser capaces de trascender totalmente la naturaleza, en tanto su función reproductora, sean subordinadas en su relación con los otros humanos: "los hombres".

4. Un análisis del proceso generado a partir de la estrategia y sus significados en la construcción de sujetos sociales.

Para analizar los significados y posibilidades de la estrategia en la construcción de sujetos, tal vez debiera empezar por preguntarme sobre el significado y alcance de los cambios observados en las mujeres, parteras, promotores, promotoras y el propio personal, en mis compañeras de equipo, en mí misma, desde lo individual y en lo colectivo, en nuestras relaciones, en nuestra práctica cotidiana, en las formas de ver al otro, en las formas de vernos a nosotras mismas y de cómo nos vieron los otros.

No es fácil encontrar evidencias de este cambio, porque no significaron grandes transformaciones, ni se dieron de manera homogénea, o de manera inmediata, tal vez si se lograra recuperar de manera total un antes y un después de las Consultas Colectivas, desde todos los actores, desde la realidad de las comunidades, las evidencias saltarían a la vista, pero todo se dio como un proceso, paulatino, lento, sin que nos percatáramos de ello. Sólo a través de la reflexión de ese proceso, de la interpretación de lo sucedido, es como me he podido acercar de alguna manera a la recuperación de estas transformaciones.

Lo que me resulta más obvio es el cambio generado en mí, y en el equipo de compañeras y amigas con las que me tocó la maravillosa oportunidad de compartir y recuperar el proceso más de cerca, allá en las comunidades, con las mujeres, en los talleres, en las reuniones, en nuestras pláticas de café, en nuestras discusiones teóricas y en el análisis de las contradicciones en la práctica.

No es fácil reconocer que lo primero que yo misma tuve que aprender fue a escuchar y comprender las motivaciones del otro, a respetar la visión diferente de muchos de mis compañeros(as), aún y cuando no la compartiera, a abandonar la posición desde la que trataba de convencer al grupo de las cualidades de la Estrategia, para ponerla a discusión. Para lo cual se partió de un análisis de la propuesta, para entender juntos lo que significaban los conceptos y desarrollar una visión compartida, ofreciendo apoyo visible y potencializando a cada uno(a) de los miembros del equipo de trabajo, desde sus capacidades, conocimientos y habilidades, con lo que en cierta medida fue posible construir una relación de confianza, donde el reconocimiento al otro(a) implicó romper con el esquema de relaciones asimétricas y hacer visibles las relaciones de poder al interior de la organización.

El análisis de la estrategia desde la filosofía de la praxis, nos llevó como equipo de trabajo, a desarrollar nuestras capacidades creadoras con una visión de cambio posible, a partir de las necesidades objetivas que la realidad nos planteaba, además de que propició una identidad colectiva en la medida en que una a una, fuimos asumiendo una actitud frente a la Estrategia y al proceso generado con las mujeres a partir de su desarrollo. Eso fue posible por la recuperación constante de las experiencias de cada una de nosotras; el sólo hecho de escucharnos y escuchar a los grupos de trabajo que participaban en las Consultas Colectivas en las comunidades, así como a los grupos de mujeres, implicó un cambio de práctica, en cuanto a la transformación de las relaciones, que facilitó la emergencia de una nueva forma de ser, de comunicarnos y de creación de nuevos valores.

Sin embargo, el proceso que significó el desarrollo de la estrategia de Consultas Colectivas estuvo condicionado durante la etapa analizada por la reconstrucción que durante el propio proceso se fue dando, lo que determinó los

diferentes niveles de apropiación que se dieron en los grupos de trabajo, tanto de los asesores o personal profesional técnico, como el comunitario, esto es, promotores(as) y parteras.

El personal profesional y técnico como uno de los actores involucrados en el desarrollo de la estrategia fue en el que se identificó una mayor dificultad para ampliar su marco de conocimiento, en el que predominó la visión desde la disciplina médica. Esto determinó, que en algunos casos, la Estrategia fuera vista solamente como un espacio para la prevención e identificación oportuna de signos de riesgo, dejándose de lado la propuesta de que la Estrategia debiera servir como un espacio en el que las mujeres pudieran expresar sus necesidades, y se lograra establecer una comunicación entre los diferentes actores que intervienen en la atención de la salud reproductiva.

Así mismo, las condiciones previas de trabajo en cada una de las comunidades, ya fuera desde el propio quehacer del CCESC o desde otros grupos, determinó el proceso en cada comunidad, ya que la estrategia de Consultas Colectivas, se llevó a cabo lo mismo en comunidades con ciertos antecedentes organizativos, como el caso de las de la zona de Altamirano, que formaban parte de las comunidades identificadas como "bases de apoyo del EZLN", lo que determinaba una estructura comunitaria organizada, que en comunidades donde el CCESC realizaba actividades puntuales de atención a problemas específicos de salud con un mínimo contacto con la población en su conjunto, o en comunidades donde como equipo de trabajo veníamos desarrollando actividades comunitarias de salud, y específicamente con mujeres, promotores y parteras. En consecuencia, el nivel de las necesidades y la reflexión en torno a ellas, representó de entrada, puntos de partida diversos.

Con el desarrollo de la Estrategia se hizo evidente el enfoque histórico con el que se da la construcción de los sujetos, lo que en un principio no había sido considerado, sino que fue el propio proceso el que nos mostró los diferentes niveles a partir de los cuales los sujetos recuperan su identidad y la recrean. Así nos lo mostraron las experiencias compartidas por mujeres, parteras, promotores, promotoras y hasta con el grupo de asesoras, aunque fueron estas últimas las que

tuvieron mayor dificultad en compartirlo como parte de los procesos generados en el desarrollo de las Consultas Colectivas.

También se nos mostró, cómo lo étnico y el género, aparecieron como constantes, como dos de los niveles a partir de los cuales los actores recuperaron su historia, sus experiencias y sus problemas, tal vez porque desde el planteamiento teórico estos eran los elementos constitutivos de los sujetos, los que se tomarían como eje en la reflexión y análisis con los grupos de mujeres.

Las Consultas Colectivas en tanto espacios de formación de una nueva subjetividad en la que se elevara la autoestima de cada uno de los actores/actrices, a partir de la recuperación de su experiencia y el reconocimiento de éstos/as como sujetos, privilegió la atención de las necesidades de los grupos, sin embargo no siempre se estuvo preparado para responder a las "nuevas necesidades", que tal vez no siempre eran nuevas, sino que no habían podido ser planteadas, por falta de espacios donde hacerlas visibles. Esta falta de capacidad para dar respuesta a las diversas necesidades de los actores, operó como una negación de la realidad, con lo que se limitó el proceso de construcción de sujetos, al no poder concretar el desarrollo de sus capacidades de una transformación de su realidad, la estrategia en esos casos, solamente fue capaz de generar una concientización sin acción.

Lo que evidenció la dificultad de construir estrategias que conlleven a transformaciones estructurales para responder a las necesidades, sobre todo si consideramos que en el campo de la salud como parte de un desarrollo comunitario, las posibilidades de acceso real a los recursos para la solución de muchos de los problemas limita la construcción de una autonomía y autogestión.

Aún y cuando en el proceso salud-enfermedad se combinen diferentes recursos para la atención, donde se incluyan una diversidad de prácticas curativas, desde las desarrolladas por las madres como parte de su rol en el espacio doméstico, hasta las de la medicina científica, pasando por la automedicación y la medicina tradicional, esto como parte de la realidad, heterogénea, difusa e imprevisible donde lo necesario y lo cotidiano se articulan, y donde se hace indispensable la visualización de lo viable, lo posible, para avanzar en la construcción de lo alternativo, al reconocer en el sujeto una capacidad de construir proyectos

como sujeto actuante, de ahí las posibilidades de la estrategia de Consultas Colectivas, como un espacio para el reconocimiento de lo potencial (Zemelman:1996).

Reconocimiento que sólo será posible con la mirada compartida de los que están insertos en esa realidad específica, en nuestro caso, un primer momento lo representaba la interacción de los grupos de trabajo, para acercarnos después a los grupos de mujeres, quedando pendiente la inclusión al proceso del otro actor ausente, los hombres. La importancia de que en la estrategia de Consultas Colectivas, se considerara la necesidad del punto de vista del "otro concreto", partía de la consideración de que en la atención de la salud reproductiva de las mujeres, era necesario volver a colocarlas como parte de una estructura social, económico-política y cultural en la cual viven su proceso reproductivo, se enferman y buscan mecanismos diversos para su tratamiento, se curan y eventualmente mueren, todo en relaciones con esos "otros".

.....yo pienso que es la mejor manera para trabajar con la mujeres, así en grupos organizados es bueno si seguimos adelante con eso de la Consulta Colectiva, como que las mujeres al principio se preguntaban que es Consulta Colectiva, pero ahora poco a poco van agarrando también la onda de las Consultas Colectivas, que no es una plática sino platicar entre ellas y entre nosotras, todas lanzamos una plática eso es lo que he visto, para mi es muy interesante porque entre ellas sacan muchas cosas y sí lo comparten, las que ya vivieron algo lo están compartiendo con las que no lo han vivido y pues eso es rico, realmente es muy rico..... (Promotora de Salud).

.....el haber trabajado con la estrategia de Consultas Colectivas, me ha enriquecido como persona, yo casi no hablaba, de hecho cuando supe de lo que se trataba, lo primero que pensé fue "si yo casi no hablo cómo voy a llegar a hablar con las mujeres" ahora me llena mucho poder hablar con ellas, platican conmigo, me preguntan cosas, y aunque yo no lo pensaba, ellas ya me conocen un poco, se dan cuenta de cómo estoy, como me siento, la otra vez según yo llegué sonriendo, y cuando ya nos empezamos a juntar para empezar, ellas me dijeron qué te pasa, qué estás triste, entonces me di cuenta de que sí se fijaban bien en cómo estaba yo..... (Nutrióloga).

El reconocimiento del otro como parte estructurante del sujeto, nos acerca a relaciones de equidad y reciprocidad, donde se refuerzan la solidaridad, el cuidado y el amor, frente a la injusticia, el egoísmo y el individualismo como parte de los sentidos sociales de la hegemonía del modelo económico neoliberal.

Esto no significa sin embargo que con el sólo hecho de reconocer al otro avanzaremos en la construcción de sujetos dotados de una visión social alternativa, no podemos abstraernos del peso de las estructuras, no olvidarnos que los sujetos se construyen inmersos en los diferentes niveles de la realidad, no solamente en los microdinamismos sociales, pero sin duda la posibilidad de reconstruir las relaciones en una dimensión temporal, en lo cotidiano, representa una forma de resistencia alternativa al proceso de hegemonización, aunque de manera parcial e incipiente.

Esta primera aproximación al proceso y análisis de la Estrategia en su conjunto, sin duda tiene limitaciones, pero es finalmente un esfuerzo por articular el conjunto de las dimensiones a través de las cuales los sujetos se construyen en una experiencia colectiva, donde la salud reproductiva sirvió como punto de partida para la recuperación de relaciones, donde expresarnos y escucharnos fue la premisa básica a través de la cual se favoreció una toma de conciencia, de nosotros mismos, de la realidad y nuestras capacidades de cambio.

Naturalmente el proceso no se dio como un todo unificado y heterogéneo, no sólo en términos de las relaciones desde cada uno de los actores, sino también en términos de cada uno de los grupos, esto es, los procesos locales merecerían una nueva aproximación desde la que se pudieran rescatar nuevas relaciones de conflicto y complementariedad que limitaron o favorecieron la construcción de sujetos a partir de la estrategia de Consultas Colectivas. Sin embargo, esta posibilidad no niega las tendencias recurrentes identificadas en esta recuperación del proceso global, que nos confirmó que la estrategia no tuvo un sólo destino, al desarrollarse en realidades diversas, donde se pudo apreciar la pluralidad de un mundo rural, interconectado sin duda con la globalidad pero no totalmente determinado por ésta, dado que los mecanismos de resistencia son diversos, donde la construcción de la conciencia puede ser la diferencia que lleve a los grupos de una resistencia pasiva a su construcción como sujetos.

BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

Arana, C., M. y E. Loyola; "Transición epidemiológica en la población de la Selva Lacandona, Chiapas" en *Reserva de la Biosfera Montes Azules, Selva Lacandona: Investigación para su conservación*. Vásquez Sánchez, M. A. y M. A. Ramos (eds.). Publ. Esp. Ecosfera, 1:325-342, 1992.

Almeyra, G; "Las dos modernidades" en *La sociedad frente al Mercado*. Tarrio M y Concheiro, L. La Jornada Ediciones – UAM Xochimilco. México. pp 23-32, 1998.

Bartra, A: *El México Bárbaro. Plantaciones y Monterías del Sureste, durante el Porfiriato*. El Atajo ediciones. México, 1996.

Banco Mundial; *Informe 1991*. Capítulos 7 y 8 pp 150-184.

Bascones, L.M. "La exclusión Participativa, el Banco Mundial y el Gobierno de los Pobres en América Latina" en *Cuadernos Agrarios*. Nueva Época. No. 12. Federación Editorial Mexicana, S.A de C.V. México, 1995.

Bernabé, R. *Evaluación de impacto en tres proyectos productivos de organizaciones no gubernamentales en el área rural de Chiapas*. México. Tesis de Grado: Maestría en Ciencias. ECOSUR, 1998.

Bonfil, P.; "La presencia de las mujeres en las movilizaciones indígenas contemporáneas de México"; pp. 85-94; Cap. VIII en *Mujer Indígena Hoy. Panorama y perspectivas, IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer*, 1995.

Cao, L: "Papel de la partería para una Maternidad sin Riesgos en México: ¿tradición o profesión?" en *Una Nueva Mirada a la Mortalidad Materna en México*; pp 195-205, Elú, C y Santos, E. (Eds). México, 1999.

Castilla del Pino, C. *La incomunicación*. Ed. Alianza, Barcelona, España, 1990.

Cervera, M.M. y Méndez, G.R., "Maternidad y género. Un panorama general desde Yucatán" en *Género y Salud en el sureste de México*. ECOSUR. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México, 1997.

Concheiro, L y Tarrio, M. "Prólogo" en *La sociedad frente al mercado*. La Jornada Ediciones – UAM Xochimilco. México; pp 23-32, 1998.

Conferencia Internacional sobre la Población el Desarrollo. El Cairo, Egipto. *Informe*, 5 a 13 de Septiembre de 1994 A/CONF. 171/13 . Español.

Cortés, R. C.; "Las organizaciones no gubernamentales: un nuevo actor social" en *Revista Mexicana de Sociología*, 2/94, pp. 149-158, 1994.

Cortés, C. et al. "Neoliberalismo y antidesarrollo rural" en *La crisis del Neoliberalismo*. UAM Xochimilco, México, 1995.

Cunill Grau, N. "Repensando lo público a través de la sociedad" en *Nuevas formas de gestión pública y representación social*. Edit. CLAD/Nueva Sociedad. Venezuela, 1997.

De los Ríos, R; "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción" en *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Edit. OMS. Publicación Científica No. 541; Washington, D.C. pp. 3-18, 1993.

Elú, M.C. "Muertes maternas en un área rural de México" en: *De carne y huesos. Estudios sociales sobre género y reproducción*. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México D. F. 1992.

Espinosa G y Paz L. "Salud Reproductiva en México. Los programas, los Procesos, Los Recursos Financieros" en *Compromisos y Realidades de la Salud reproductiva en México*. UAM/El Atajo, 2000.

Freyermuth, G. y Fernández, M. "Factores culturales en el registro de la muerte de mujeres en dos municipios de los altos de Chiapas" en *Género y Salud en el sureste de México*. ECOSUR-Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. El Atajo Ediciones. México, 1997.

Foucault, M. *Defender la Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. Argentina, 2001.

Foro de Apoyo Mutuo. Instituto de Análisis y Propuestas Sociales, I.A.P. *Iniciativa Social Para el Desarrollo. Organizaciones no Gubernamentales*, México, 1997.

García, G.B; Blanco, S.M. y Pacheco, G.E. "Género y trabajo extradoméstico" en *Mujer, Género y Población en México*. El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía. México, 1999.

Giménez, G. "Los Movimientos Sociales. Problemas teórico-metodológicos" en Los actores y sus formas de organización, *Revista Mexicana de Sociología*. UNAM No. 2, pp. 3-14. México, D.F., 1994.

Gómez, A. "Mortalidad y morbilidad maternas. Evaluemos 8 años de campaña para seguir avanzando" en la revista *Mujer y Salud*. 1/96 RSMLAC, Santiago, Chile, 1996.

Gudynas, E. (1992), citado en "Género, Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable: algunas reflexiones", Verónica Vázquez García. *Género, sustentabilidad y cambio social en el México Rural*. Colección Desarrollo Rural y Género. Colegio de Postgraduados. México, 1999.

INEGI/UNIFEM. *La mujer mexicana enfoque estadístico al final del siglo XX*, México, D.F. 1ª Edición, 1995

Droy, I. "Mujeres y desarrollo rural" en *Mujeres en el medio rural, Cuadernos Agrarios*, núm. 13, Enero – Junio, 1996.

Jiménez, V. "La muerte materna, un problema de salud" en *Luna Golpeada*, Fryermuth, G. y Manca, M.C. Coordinadoras. CIESAS-ACAS A.C. y Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Chiapas, México, 2000.

Krischke, P.J. "Actores sociales y consolidación democrática en América Latina: estrategias, identidades y cultura cívica" en *Fermentum* Año 3, núm. 3 y 6, Enero-Agosto, Venezuela, pp 1-25, 1993.

Lassonde, L. *Los desafíos de la demografía*. Universidad Nacional Autónoma de México/FCE, México, 1997.

Lander, E. "El desarrollo latinoamericano" en *Modelos alternativos, economía y ecología*, Rev. *Fermentum* año 3 No 6; XIX Congreso Latinoamericano de Sociología, 1993.

Lechner, N. "La problemática invocación de la sociedad civil" en *Seminario Sociedad civil, movimientos y democracia*, Abril-Junio, pp. 1-20, Guadalajara, México, 1996.

Leñero, O y Elu, Ma. Del C. *La salud reproductiva de la mujer en Chiapas, México*. Servicios Integrales de Educación y Salud, S.C. IMES., México, 1993.

Long, N. "Globalización y localización. Nuevos retos para una investigación rural" en *La sociedad rural mexicana frente al nuevo milenio*. INAH-UAM-UNAM. Plaza Valdés Editores. México, 1996.

Llambí, L. "Los retos teóricos de la sociología rural latinoamericana" en *Globalización y Sociedades Rurales, Cuadernos Agrarios*. Nueva época, Núms. 17-18, Federación Editorial Mexicana, S.A. de C.V. México, 1999.

Maybury-Lewis. "La expresión cultural" en Kley Meyer, Ch. D. (ed.) *La expresión cultural y el desarrollo de base*. Fundación Interamericana, pp. 3-18, Virginia-Quito, 1993.

Rostow, W. *Las etapas del crecimiento económico*. FCE, México, pp. 13-29, 1960.

Scott, C. "El nuevo modelo económico en América Latina y la pobreza rural" en H. de Grammont, et al. *La sociedad rural mexicana frente al nuevo milenio*. UNAM-Plaza Valdez-UNAM-INAH, México, 1996.

Tarres, M.L. "Espacios privados para la participación pública. Algunos rasgos de las ONG dedicadas a la mujer" en *Estudios Sociológicos XIV*, México, 1996.

Touraine, A. "Presentación" en *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes*. Fondo de Cultura Económica, pp. 9-23, 1997.

Vázquez, G.V. "Género, medio ambiente y desarrollo sustentable: algunas reflexiones" en *Género, sustentabilidad y cambio social en México*, México, 1999.

Zapata, E., Halperin, F.D. "Desarrollo Sustentable y Salud Reproductiva: ¿Hacia una convergencia?" en *Género, sustentabilidad y cambio social en el México rural*. Colección Desarrollo Rural y Género. Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas. Instituto de Socioeconomía, Estadística e Informática, México, 1999.

Zemelman y Valencia, G. "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis" en *Acta Sociológica*, Vol. III No. 2 Mayo-Agosto; Coordinación de Sociología. FCP y S, UNAM; pp. 89-104, México. 1990.

Zemelman, H. *Problemas Antropológicos y utópicos del conocimiento*. El Colegio de México. México, 1996.

Anexos

Anexo 1

Nombre de la paciente

11 K

da mes

Fecha probable de parto

da mes

Numero de embarazos

Abortos

N

Nº

ASISTE A CONSULTA COLECTIVA



DOLOR DE ESTOMAGO



NAUSEAS



FALTA DE SUEÑO



FALTA DE APETITO



VOMITO



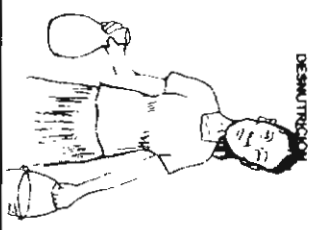
DEBILIDAD



MUCHOS HIJOS



DESMAYOS



SANGRAN



REVISION MEDICA



Ficha de seguimiento a Embarazadas. II y III trimestre

Nombre de la mujer

Nombre de la partera

Edad

Comunidad

1100 de

Facto producido de parto

Si

Número de embarazos

Antes

de

ASISTE A CONSULTA REGULAR	VACUNA ANTITETANICA	CRECIMIENTO FETAL ☐ NORMAL ☐ RETENIDO	MOVIMIENTOS FETALES ☐ SI ☐ NO	POSICION NORMAL
DOLOR INTENSO ANTES DE TIEMPO	VIOLENCIA	GENITOS	REVISION MEDICA	POSICION ALIVESADO
VARICES	PIES HINCHADOS	CABA HINCHADA. DOLOR DE CABEZA	SANGRAGA	POSICION MALDAS

Anexo 2

Consulta Colectiva para mujeres con hijos menores de 6 meses. Ficha de seguimiento

Nombre de la madre

Edad

Fecha de nacimiento

Fecha

Comunidad

Nombre del niño

Edad

meses

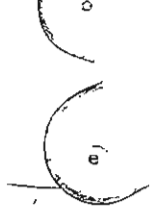
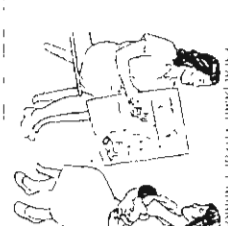
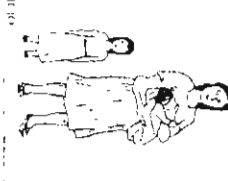
Fecha de nacimiento

1

2700

Peso

Estado nutricional

ANITA ACOSTA JACQUELYNA 	MARIA SANA 	NINA SANA 	INTERMEDIO MUCHA SILENCIA 	INTERMEDIO MUCHA SILENCIA 
PREGUNTA CON DIFICULTAD 	PREGUNTA CON DIFICULTAD 	MUCHA SILENCIA (PREGUNTA CON DIFICULTAD) 	EL AVANCE MUY LENTO 	COMUNICACION MUY LENTA 
DIAGNOSTICO 	PRENATAL DE ALTA 	ALTO RIESGO DE LA ENFERMEDAD 	PRENATAL DE ALTA 	ALTO RIESGO 

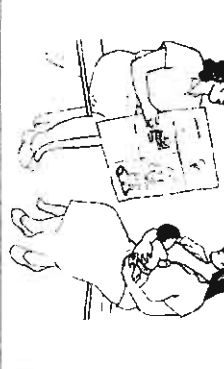
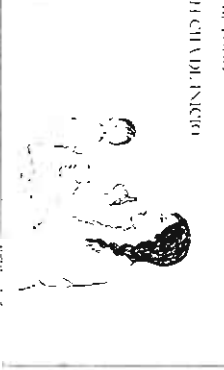
Anexo 3

Consulta Colectiva para mujeres con hijos de 6 a 24 meses

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Fecha de CC: ____/____/200__

Idema _____ Comunidad: _____

Nombre del niño/a: _____ Edad: _____ meses Fecha de nac.: ____/____/____ Peso: ____ kg Estado nutricional: _____

ASISLE A CONSULTA COLECTIVA 	MUJER ENFERMA, CON FALTA DE APETITO O BAJO PESO 	FALTA DE SUEÑO 	MUJER SANA 
DIRACION NIÑO CON TOS días 	DIRACION NIÑO CON DIARREA días 	DIRACION NIÑO CON FIEBRE días 	NIÑO SANO 
NIÑO DESNUTRIDO 	REVISION MEDIC 	MUJER QUE SE INTERESA POR UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR 	MUJER QUE ESTA USANDO UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR HICHO DEL INICIO HASTA TODA LA VIDA 

Anexo 4

HOJA DE ATENCION DE PARTO

COMUNIDAD: _____ NOMBRE DE LA MUJER: _____ EDAD: _____
 NOMBRE DE LA PARTERA: _____ N° PARTOS: _____ N° EMBARAZOS: _____ N° ABORTOS: _____
 FUR: _____

TIEMPO TOTAL DEL PARTO FECHA: _____ HORA: _____	PARTO SIN PROBLEMAS	PLACENTA COMPLETA	NIÑO NORMAL	LACTANCIA EXITOSA
PARTO PROLONGADO	RETENCION DE PLACENTA	PROLAPSO DE CORDON	PLACENTA INCOMPLETA	MUERTE FETAL
PARTO PROLONGADO	REVISION MEDICA HOSPITAL	SANGRADO ABUNDANTE	MUERTE MATERNA	

Anexo 5. Regiones de trabajo.

