

## **CAPÍTULO 2**

### **GÉNERO, SALUD Y EDUCACIÓN**

Desde hace dos décadas, con el desarrollo de los movimientos feministas, se viene profundizando en el estudio de la salud de las mujeres de una manera específica, a través de la categoría de estudio de género. Esta perspectiva utilizada en el análisis ha dado lugar, por un lado, a una visión global y general de la salud de las mujeres, pero ha impedido, muchas veces, comprobar las diferencias entre las propias mujeres.

Los estudios sobre salud de las mujeres se han enfocado casi exclusivamente, al estudio de la salud reproductiva, olvidando un ámbito importante como es el proceso del cuidado de la salud dentro del ámbito familiar, visto desde un enfoque que incluye aspectos sociales, culturales, biológicos, y afectivos de las mujeres. A pesar de que ellas desempeñan un papel clave en el desarrollo económico, en la estabilidad familiar y como dispensadoras de atención a la salud en ámbito familiar, poco se sabe sobre las diferentes formas utilizadas para el cuidado de la salud de la familia.

La información teórica de este capítulo se hará de la siguiente forma: en la primera parte se abordará el tema de género, dando énfasis solamente a los roles que tiene la mujer dentro de la familia y la sociedad. En la segunda parte se aborda el tema de salud desde sus conceptos y sus diferentes alternativas para conservarla, sin perder el enfoque de género. En el tercer apartado, se presenta la importancia de

la educación para la salud, mostrando diferentes conceptos y metodologías para llevarlo a cabo. Por último se presentan los contextos socioculturales en los cuales se llevó a cabo la presente investigación.

## **2.1 Rol de género y el funcionamiento familiar**

En el desarrollo histórico de la humanidad se han ido transmitiendo valores a través de la cultura, la religión, las costumbres, etc., relacionadas con el papel y rol que deben asumir los diferentes sexos en la sociedad. Por lo general la mujer es destinada a la procreación, el cuidado de los hijos y del hogar, mientras que se espera que el hombre sea capaz de garantizar la satisfacción de las necesidades de su familia y su subsistencia. La mujer, por tanto, era relegada al ámbito doméstico, y el hombre era el que mantenía un vínculo con el exterior del sistema familiar (Herrera, 2000).

Esta diferenciación entre los sexos se conoce como rol de género, considerándose el género aquella categoría en que se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad – masculinidad, y que es producto de un proceso histórico de construcción social (Bustos, 1994). Al analizar este concepto vemos que el género va más allá del sexo, dado que éste se limita a las características económicas, sociales, políticas, jurídicas y psicológicas, además de las sexuales.

Hay tres elementos básicos en cuanto al género según Herrera (2000):

- Asignación de género: Se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
- Identidad de género: Son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
- Rol de género: Conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

Por otro lado, Annas (1996) afirma que la mujer tiene varios roles dentro de la sociedad: 1) la tarea de criar a los hijos; 2) utilizar sus talentos para las tareas domésticas y 3) ser la compañera de un hombre adecuado.

La familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, siendo en primera instancia el lugar donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas de normas y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo (Ares, 1995 citado por Herrera, 1997).

De esta manera, desde muy temprano, la familia va estimulando el sistema de diferenciación de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género (Fernández, 1996 citado por Herrera, 1997).

Dentro de los elementos que interfieren considerablemente en la salud familiar está la dinámica interna de las relaciones o funcionamiento familiar. Cuando estas son armónicas, hay cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles, en fin, un adecuado funcionamiento familiar, hay una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema; sin embargo, cuando

hay un funcionamiento inadecuado este se constituye en un factor de riesgo para la salud familiar (Herrera, 1997).

## **2.2 La salud como concepto**

A lo largo de la historia el concepto de salud ha sufrido múltiples transformaciones. Un concepto muy difundido aún en la actualidad es la ausencia de enfermedad, considerándola como un fenómeno estrictamente biológico. Sin embargo, en las últimas décadas ha existido la tendencia por ampliar el contenido de este término e incorporar en él elementos del bienestar. Así, desde finales de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no sólo como la ausencia de la enfermedad.

La definición de salud también se emplea con frecuencia para evaluar los resultados en el cuidado de ésta. Otra estructura conceptual comúnmente empleada para evaluar los resultados del cuidado de la salud es la valoración de los beneficios y cargas que ese cuidado representa para el paciente (y a veces para otros). Otra estructura conceptual adicional que se utiliza a menudo observa los efectos del cuidado de la salud en los intereses del enfermo, con una norma del mejor interés particularmente importante para los pacientes cuyas preferencias no pueden determinarse. Sin embargo, todos tienen en común el ser usados en la evaluación de los resultados del cuidado de la salud de los pacientes y por lo menos como una

parte de las descripciones abarcadoras de lo que es buena vida para las personas (Brock, 1996).

Partiendo de esta definición podemos considerar que la salud es un campo de encuentro de los fenómenos económicos, políticos, sociales y culturales y las acciones orientadas a garantizar el mejor nivel posible de salud conciernen no sólo al sector salud sino también aquellos sectores encargados de garantizar un nivel adecuado de nutrición, educación, vivienda y servicios de bienestar social en nuestro país (Lozano, 2002).

El proceso salud – enfermedad es un fenómeno sumamente dinámico y complejo que contiene un componente biológico y, como tal, generalizable y común a toda sociedad humana, y un componente social que le da una especificidad propia y distinta, según el contexto histórico, geográfico, y cultural donde se sitúa. Toda sociedad nacional que se hace responsable del mantenimiento o promoción de la salud de sus ciudadanos y de la curación de las enfermedades que los afligen, crea un sistema de servicios de salud que se basa sobre un modelo de atención específico.

Sin embargo, las prácticas y concepciones médicas de los pueblos siguen diferenciándose, de varias formas, del modelo conceptual y de atención institucional, en una relación dinámica caracterizada por un proceso de asimilación, rechazo o paralelismo extremadamente complejo y contradictorio. En el medio rural, donde las diferenciaciones culturales son marcadas con respecto a la sociedad nacional, el proceso salud – enfermedad adquiere una dimensión muy específica y particular, con patrones interpretativos y de respuesta a la enfermedad más estrechamente ligados a

la cosmovisión local y definidos históricamente por los recursos a su alcance (Sesia, 1990).

Es de suma importancia, no descuidar el hecho de que la salud ha sido, y será un fenómeno cultural determinante en la historia de los pueblos de México, no olvidando que México es un país de tradiciones, costumbres y creencias que determinan los comportamientos sociales de la población.

### **2.3 La salud y sus sistemas para conservarla**

Con la conquista y en la etapa colonial se perfiló la estructura actual de la medicina en México. Tomó dos vertientes paralelas y perfectamente diferenciadas: la medicina tradicional y popular por una parte, y la medicina científica, académica o formal por otra. Esta última: una medicina formal basada en sistemas hospitalarios, y otra, medicina más apegada a las prácticas populares, cuyo origen se remonta a la época prehispánica y a la etapa colonial (Ramírez,2000).

Existe otra vertiente que se origina de las dos anteriores, que se conoce como la medicina doméstica, sólo que no es reconocida como tal, ya que se lleva a cabo dentro del ámbito familiar o vecinal.

A continuación se presenta una descripción general de cada uno de estos sistemas con la finalidad de conocer a grandes rasgos cómo funciona y quién los ofrece.

### **2.3.1 La medicina formal**

El derecho a la protección de la salud – expresión que implica que la salud es una responsabilidad compartida por el Estado, la sociedad y los individuos—está reconocido por el artículo 4º. Constitucional. En esta convergencia de garantías individuales y sociales se encuentra el fundamento de las acciones del Estado en materia de salud.

Según lo investigado por Muñoz (1998) los servicios de salud, en primera instancia están a cargo de una dependencia federal: la Secretaría de Salud. Las prestaciones a los trabajadores tanto de empresas públicas como privadas están a cargo de diferentes dependencias que surge en diferentes momentos durante la década de los cuarenta y durante décadas cubrieron la atención de millones de derechohabientes de manera centralizada.

En 1984 se puso en marcha el Programa Nacional de Salud para cumplir con el propósito de elevar el nivel de salud de la población y superar los desequilibrios existentes en materia de cobertura y calidad de los servicios (Muñoz, 1998). Con la descentralización de los servicios de salud se buscaba el acercamiento entre las instituciones estatales y los municipios para contribuir en llevar los servicios de salud a donde la gente los necesitaba, una tarea que la centralización impedía cumplir.

La desigualdad entre los estados del país se hizo evidente desde los primeros momentos de la descentralización. Los avances logrados en ciertos estados permitieron que se redujera la proporción de los municipios carentes de servicios de salud. Sin embargo, los estados con mayor número de municipios rurales enfrentaban

serios obstáculos, ocasionando que en las localidades aisladas y poco habitadas no era posible la prestación de servicios básicos de salud.

De esta manera, los criterios técnicos – administrativos que guiaron la descentralización en sus primeros años pesaron más que las consideraciones sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales y llevar los servicios de salud a las zonas que los requerían con urgencia. De allí que no sorprende que al realizarse una evaluación de los resultados obtenidos la conclusión más importante se refería a la creciente desigualdad: las áreas de menores recursos eran las peor atendidas. Su alcance fue insuficiente, impidiendo la solución a problemas como el ausentismo de los médicos, la falta de incentivos, la ineficiente administración local de los centros médicos y hospitales (Infante y Schlaepper, 1996).

Es decir, en términos de salud, la población pobre tiene mayores riesgos de enfermarse y está sujeta a una menor disponibilidad de servicios de atención a la salud y, en consecuencia, tiene un menor acceso a ellos. La accesibilidad se refleja directamente en la demanda y la utilización de los servicios. De esta manera, se habla de que hay inequidad en el acceso cuando se pueden identificar diferencias en la demanda de los servicios entre grupos poblacionales con las mismas necesidades de salud y diferentes niveles socio-económicos.

Lo que nos lleva a considerar que dos características estructurales básicas del sistema de salud en México afectan la disponibilidad de los servicios. La primera tiene que ver con la distribución geográfica de la población y su relación con la asignación de recursos a las entidades federativas, la regionalización de cada uno de los



subsistemas de salud (Infante y Schlaepper, 1996). Por ejemplo, la población rural en México tiene, consabidamente, una menor disponibilidad de servicios públicos, incluyendo a los de salud, que la población urbana. La segunda característica del sistema de salud se refiere a la división de la población con relación a si tienen o no derecho a los servicios de las instituciones de seguridad social.

A su vez menciona que la derecho-habienencia, al estar ligada al trabajo asalariado, discrimina totalmente al trabajo agrícola y, por ende, a la población en las áreas rurales, así como a la población que subsiste de la industria doméstica y del pequeño comercio, entre otros grupos vulnerables, los cuales no tienen acceso a los servicios de estas instituciones. Dichos grupos predominan en la población pobre y extremadamente pobre.

Si bien cada una de las dos vías a través de las cuales se manifiesta la disponibilidad de servicios de salud en México - la distribución geográfica de los recursos y derechohabienencia - tiene un efecto específico e independiente sobre la utilización de los servicios, ambas están asociadas con determinantes socio - económicos, como el nivel de pobreza de la población y se encuentran, además, relacionadas entre sí (Infante y Schlaepper, 1996).

Por tal motivo, en el momento en que el Estado intenta promover el mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas y campesinos (según sus propias definiciones) por medio de sus programas de salud y servicios, éstas se enfrentan con concepciones y prácticas médicas complejas y distintas, en su mayoría desconocidas. No obstante intentos valiosos, el sector salud oficial ha sido en gran

parte incapaz de asumir y entender adecuadamente estas diferenciaciones importantes entre su modelo de atención y los patrones interpretativos y de respuesta local (Sesia, 1990).

Así, a la falta de entendimiento por las instituciones de salud de los patrones culturales de las comunidades de origen étnico, se añade la resistencia de éstas frente a la tentativa gubernamental de imponer, en forma crítica y absoluta, su propio modelo de atención en un medio donde ya existen patrones médicos que, por limitados que puedan ser en su eficacia, han sido históricamente las respuestas más apropiadas para su reproducción biológica y social, según los recursos a su alcance.

Todo lo anterior ha hecho que gran parte de las medidas educativas, preventivas y curativas promovidas por el sector médico oficial para mejorar el nivel de salud y bienestar de las poblaciones indígenas, no hayan tenido el impacto deseado. Se necesitan investigar los sistemas de creencias, los conocimientos, los patrones de respuesta y los recursos realmente disponibles con los que cuenta la población local para poder adecuar culturalmente las estrategias de intervención y las medidas adoptadas por el sector salud, si se quiere que éstas resulten eficaces.

Es importante reconocer los múltiples intentos por parte del Estado de establecer una relación con la práctica tradicional de los pueblos, sin lograr el éxito y la consolidación de los múltiples programas que impone el Estado para el desarrollo de esta medicina y para cubrir (según sus perspectivas) las demandas de servicios de salud por parte de los pueblos.

Según lo reportado por Riojas (1990) en el caso de México las instituciones de salud – principalmente el IMSS y la Secretaría de Salud - , y el Instituto Indigenista (INI) son las que se encargan de este trabajo. La labor del IMSS ha sido destacada tanto por sus planteamientos y el trabajo realizado como por el presupuesto ejercido. Planteado originalmente como un proyecto interdisciplinario, el trabajo se enfocó casi exclusivamente a la herbolaria medicinal (recolección, identificación y estudio fitoquímico de plantas medicinales), con el objetivo de producir medicamentos nacionales e incorporarlos al cuadro básico. Sin embargo, el proyecto se enfrentó a los intereses de las transnacionales de la industria farmacéutica, dispuestas a no perder su mercado. Otra de las finalidades de este programa – “interrelacionar a los médicos tradicionales con los de las clínicas” – generó a su vez varios problemas: los médicos egresados de las universidades no tienen la formación ni la información necesaria para entender el trabajo de los curadores tradicionales; conservan prejuicios de todo tipo contra aquello que sea diferente a lo que aprendieron, la respuesta de los médicos tradicionales es pobre, pues no ven en este tipo de relación ningún beneficio, los programas del INI han tenido resultados diversos en Puebla, Chiapas, Yucatán, Veracruz y Oaxaca, debido a que no siempre cuentan con el personal adecuado, además de los problemas relacionados con recortes del presupuestos. De esta manera, en años recientes, este trabajo del INI ha representado un intento por cambiar su política integracionista en aras de un mayor respeto a la sabiduría popular. Desgraciadamente esto pocas veces se logra. Para la Secretaria de Salud el manejo de programas de medicina tradicional es algo nuevo,

que le ha tomado por sorpresa. El principal problema consiste que en esta institución – a diferencia de lo que sucede en el IMSS y en el INI – nunca ha existido personal realmente interesado en el fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional.

Lo cual significa, que los programas institucionales de salud que se han desarrollado desde los años cincuenta hasta la fecha asignan una función exclusivamente informativa a las comunidades indígenas, sin injerencia alguna en la planeación, el manejo y la evaluación de los programas. Partiendo del supuesto de que los médicos tradicionales son incapaces de opinar sobre las alternativas de fortalecimiento y desarrollo de lo que ellos mismos hacen, dificultando encontrar los planteamientos adecuados o, en su caso, darles continuidad. Sin embargo, solamente en aquellos casos en los que los indígenas han tomado como suyos los programas y entienden la defensa de la medicina tradicional como una reivindicación étnica, ha sido posible consolidar un trabajo de este tipo.

En otras palabras, para fortalecer la medicina tradicional es necesario tomar en cuenta las ideas y los planteamientos de las organizaciones de médicos indígenas, que luchan por reivindicar su práctica, es difícil que el gobierno y las instituciones acierten en la orientación de un programa sin la decidida intervención de los directamente involucrados.

Estas mismas organizaciones deben ser las responsables de la planificación, ejecución y administración de los programas de salud correspondientes. Es decir, se tiene que abrir un espacio para que los propios médicos tradicionales desarrollen al máximo su manera de atender la salud de los mexicanos. Esto tiene que ver con el

problema de la democratización y la aceptación de formas diversas de hacer medicina.

Una breve evaluación indica que en México, que las instituciones no han encontrado la manera adecuada de relacionarse con la medicina tradicional, pero ciertamente siguen siendo muy pocos los que, a nivel institucional, están convencidos del potencial que representan los conocimientos de la medicina indígena, sustentados en más de dos mil años de experiencia (Riojas, 1990).

### **2.3.2 La medicina tradicional: Madre de toda la medicina**

En la década de los setenta los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñaron formalmente el término de medicina tradicional para definir el conjunto de conocimientos, prácticas y recursos de las culturas médicas populares que han sido mantenidos al margen del desarrollo científico y tecnológico alcanzado por la medicina occidental en este siglo (Lozoya, 1988).

Entendiendo entonces que la medicina tradicional es un resultado del choque intercultural de la conquista, pero su permanencia en los pueblos no se puede ni se debe explicar sólo como una curiosidad producto de las costumbres y del arraigo entre la población indígena primero, y mestizada después; la permanencia de la medicina tradicional se explica también porque siempre ha cumplido una función: satisfacer las necesidades de salud de un elevado porcentaje de la población mexicana.

Así, la medicina tradicional, además de responder a las formas culturales de grupos mayoritarios, se ha mantenido porque ha respondido a las circunstancias socioeconómicas del país (Ramírez, 2000).

Entonces la medicina tradicional es un recurso con el que han contado los pueblos de México desde hace cientos de años para resolver sus problemas de salud, y por tanto forma parte importante de una cultura que ha sabido sobrevivir al empuje colonialista. Actualmente esta forma de practicar la medicina está en auge, entre otras razones por la crisis del modelo médico dominante y el cada vez más alto costo de los servicios que ofrece, en especial los medicamentos.

De esta manera, con el ingreso de la República Popular China a la Organización de las Naciones Unidas, la postura del desprecio hacia la medicina tradicional comenzó a cambiar. El ejemplo de China tuvo una influencia decisiva en la declaración de Alma Ata, suscrita por los países pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que mediante estrategias de atención primaria proponía "salud para todos en el año 2000". En esta declaración aparece la medicina tradicional por primera vez en un lugar importante dentro de las políticas de salud a nivel internacional (Riojas, 1990).

La importancia que actualmente se le brinda a la medicina tradicional, no es solamente el deseo de "un retorno a la naturaleza" sino que va adquiriendo prestigio y apoyo de la profesión médica en muchos países. La medicina tradicional no es sólo algo de novedad, puesto que siempre ha sido parte integrante de toda cultura humana, la OMS estima que quizás el 80% de los más de 4,000 millones de

habitantes de la tierra, confían en medicinas tradicionales para sus principales necesidades.

Según Sesia (1990), existen fuera del ámbito oficial en México una multiplicidad de respuestas médico – sociales frente al surgir de la enfermedad. Reconociendo que generalmente hay dos ámbitos de intervención “informal” en el país: medicina doméstica o automedicación y la medicina tradicional. La primera tiene una función terapéutica fundamental en todo tipo de sociedad; las campañas de educación en salud, nutrición y saneamiento ambiental dirigidas a las madres de familia por parte de las autoridades del Sector Salud. Así en el país implícitamente reconocen el papel curativo y preventivo que las mujeres cumplen dentro de la familia. Sin embargo, por su presencia reducida al ámbito familiar y por situarse fuera de la intervención especializada, la medicina doméstica tiende a quedar oculta.

En general, se confunde la práctica de la automedicación, con sus propias interpretaciones del fenómeno nosológico y sus tratamientos conciliados que pueden incluir remedios caseros y medicinas de patente, con la medicina tradicional especialista del curandero, huesero, sobador, brujo o shamán. Sin embargo, la información existente indica que las prácticas de la medicina doméstica -de la que nos ocuparemos más adelante- son muy difusas a lo largo del estado, y rebasan categorías socio – económicas y culturales específicas para afirmarse como etapa común en el camino terapéutico del enfermo de cualquier grupo social.

Por otro lado, la medicina tradicional, consiste en varios sistemas basados en las tradiciones culturales, las cuales han ido pasando de generación en generación,

de curador en curador y de familia en familia, y a veces de pueblo en pueblo, compartidas con la gente vecina tanto como la colonizadora y migratoria. La medicina tradicional es la "madre" de toda la medicina, porque sus raíces más profundas están entrelazadas en los conocimientos originales humanos, en el contexto cultural de la gente conectada íntimamente con los ritmos naturales del mundo, reconocemos que el arte de la curación viene de la relación que existe entre la tierra y el cielo. La medicina tradicional incluye el uso de las plantas y los animales, tanto como la capacidad innata para regular nuestros procesos del sistema nervioso.

En otras palabras, la esencia de la medicina tradicional pertenece a todas las culturas, además la curación y las enfermedades ocurren en el contexto de la cultura. *Culture* (cult: venerar) (ure: la tierra) significa la veneración de la tierra en la cual depende de la comunidad. Para esa razón, la salud y la curación están entrelazadas íntimamente a su localización y su significado. La medicina tradicional y las costumbres son la esencia de la identidad cultural (Korn, 1998).

En un intento de caracterización tipológica de la medicina tradicional en áreas indígenas o "medicina indígena", Anzures y Bolaños (1983) identifican cinco elementos fundamentales que la definen: a) un patrimonio compartido y socializado dentro del grupo de conocimientos sobre los recursos botánicos, zoológicos y otros naturales, procedentes del medio ecológico de su pertenencia; b) la presencia de la estructura organizativa de la medicina, evidenciada por las múltiples y distintas categorías de terapeutas; c) el papel social que juegan los terapeutas dentro del grupo, como hombres y mujeres altamente respetados y reconocidos por sus



conocimientos; d) la presencia de brujos y hechiceros como especialistas antimédicos (causantes de enfermedades u otros males) y, por último, e) la categorización de los tipos de terapias utilizadas en: naturales, psicoreligiosas o mágicas y mixtas.

Otra clasificación en la medicina tradicional son todas aquellas prácticas fuera de la medicina formal o científica, es decir, que se considera práctica de medicina tradicional a los hueseros, sobadores, hierberos, resadores, chamanes, brujos, naturistas, parteras, etc.

Se puede decir que en la casi totalidad de las regiones de México se da una medicina tradicional a base de elementos vegetales y animales de adivinación y de sugestión, en la que intervienen elementos religiosos.

En las comunidades de todo el país la medicina tradicional, así definida, sigue teniendo una fuerte presencia representando, junto con la medicina doméstica, uno de los recursos más accesibles localmente frente al surgir de la enfermedad. Estudios recientes (Lozoya, 1988; Sesia, 1990) en distintas regiones del país indican la vitalidad de patrones médicos tradicionales, sobre todo lo que se refiere a la presencia y diversidad de terapeutas por especialidad, al patrimonio de conocimientos sobre flora medicinal y otros recursos naturales y a la amplitud de categorías nosológicas, tipos de diagnósticos y terapias empleadas.

### **2.3.3 La medicina doméstica**

La función de la medicina doméstica en comunidades rurales de México, la principal protagonista es la mujer, en su doble papel de terapeuta y agente principal

de la salud en el universo familiar. Pero desde nuestro punto de vista, la estructuración del campo de la medicina doméstica no resulta comprensible si no se la refiere a las más complejas del sistema médico real, tal como aparece en las áreas rurales.

La configuración del conjunto de prácticas médicas resulta de la coexistencia de la medicina académica, de la medicina tradicional y de la medicina doméstica, y confirma las observaciones realizadas por autores como Menéndez, según las cuales esta compleja organización del campo de la atención a la salud da lugar a procesos sintéticos, transacciones en el conocimiento y en las prácticas, relaciones de conflicto y complementación entre los terapeutas, etc. (Zolla, 1987 citado por Zolla y Mellado, 1995).

Entendemos por medicina doméstica al conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar, que no trascienden este ámbito como una oferta de servicio. Esta medicina practicada usualmente por mujeres adultas amas de casa, cumple una importante función en el diagnóstico que permite la administración de tratamientos caseros, o bien se convierte en una base para la derivación del enfermo (Mellado *et al.*, 1989 citado por Zolla y Mellado, 1995).

A su vez reporta que la coexistencia de la medicina tradicional con la medicina académica no es un fenómeno exclusivo de México. Numerosos autores han explicado cómo, en la mayor parte de las sociedades que poseen manifestaciones importantes de medicina tradicional, el modelo médico hegemónico convive con otros modelos (subordinados, alternativos, tradicionales, no institucionales, etc.).

La diferencia esencial entre la medicina tradicional y la doméstica (que en buena medida se alimenta de aquélla) reside en que la primera contribuye una oferta pública de servicio, a diferencia de la segunda, que se limita al ámbito restringido del hogar o al vecinal. Además, difieren en que la primera goza de un reconocimiento público que no recibe la segunda, y en el grado de permeabilidad respecto a las ideas y prácticas del sistema médico hegemónico, mucho más notable en la medicina doméstica ( Zolla y Mellado, 1995).

Otra diferencia importante –esencial para comprender ciertos datos de campo recogidos en el curso de esta investigación- es que sus funciones no son iguales, aun cuando ambas (y también la medicina académica) tengan como fin último curativa o preventiva.

Otro rasgo característico de la medicina doméstica – que se distingue en esto de la tradicional y de la académica- es el ejemplo simultáneo de varias alternativas terapéuticas en un mínimo tratamiento; no se espera a ver los resultados para buscar sustitutos, sino que hecha mano de todo el arsenal medicamentoso de que se dispone.

Un tercer conjunto de características de la medicina doméstica está vinculado a la resolución autónoma de actuar; esto es, no necesariamente se apoyan las acciones en quienes poseen más experiencia, sino que se actúa de acuerdo con la contingencia, y puede ocurrir que únicamente la madre, por estar sola, sea quien tome la decisión sobre el tratamiento.

“Una cuarta característica observada es que, una vez realizado el diagnóstico casero y administradas las medicinas, generalmente se espera de dos a tres días antes de remitir al enfermo al terapeuta tradicional o al médico, en caso de no obtenerse una evaluación favorable” . En efecto, es en el ámbito doméstico donde se inician acciones curativas, resultado de un primer diagnóstico (así sea presuntivo), y es allí donde generalmente se decide el itinerario del paciente, es decir, la “carrera del enfermo” (Zolla y Mellado, 1995).

La información recogida en el campo mexicano no sólo contradice la visión del modelo médico hegemónico, sino que además muestra que una parte significativa de la morbilidad ni siquiera desborda los límites del hogar. Numerosas enfermedades son percibidas, diagnosticadas, tratadas y eventualmente curadas, dentro de la vivienda familiar.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y diversas fundaciones, han dado su reconocimiento al hecho de que las mujeres tienen un papel clave en el cuidado de la salud familiar. Más aún, las han convertido en el eje de varios programas en los que ellas tienen el papel de gestoras o promotoras. A esto se agrega que, con y sin apoyo de estas instituciones, han surgido numerosos grupos que promueven formas alternativas de medicina que toman en cuenta las necesidades y demandas de las mujeres.

Sin embargo, la salud de la mujer es específica en todas las etapas de su vida, no solamente en torno a la reproducción, y está estrechamente relacionada con la construcción cultural de lo femenino y las condiciones sociales de vida.

Además, el conocimiento de los procesos de salud/enfermedad femenina han adquirido cada vez mayor importancia, no sólo en el medio académico, en el diseño de políticas de salud y en los programas de atención, sino también en otros ámbitos relacionados con la educación y con la divulgación de la información.

Por otro lado, los procesos salud-enfermedad femenina han sido abordados históricamente por la medicina como procesos enfermantes en sí mismos, e inherentes a las mismas mujeres.

La producción teórica generada sobre el estudio del proceso salud-enfermedad femenina plantea distintas posiciones ideológicas y teóricas, pero con un común denominador, el cuestionamiento a la eficacia de las prácticas médicas científicas, el grado de llegar a proponer la recuperación de las prácticas médicas alternativas (Menéndez, 1983 citado por Ravelo, 1995)).

Suponemos que esta misma visión puede producirse y reproducirse también en las prácticas y saberes populares que extienden hacia casi toda la sociedad, incluidos en ocasiones hasta los propios sujetos femeninos.

Está comprobado que las mujeres rurales desempeñan así un rol central en la elaboración y transmisión de concepciones y prácticas relacionadas con la salud propia y familiar.

## 2.4 La educación para la salud

La educación en salud es uno de los mecanismos clave para divulgar el conocimiento de la salud y el fomento de la misma.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como .....“el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como los procesos y esfuerzos para producir cambios.....”, a fin de lograr tales cambios el mismo comité refiere “..... los esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conductas favorables a la salud individual, del logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad.....” (OMS, 1954).

Otra definición propuesta por Costa y López (1996) de educación para la salud es como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza – aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”. Algunas definiciones enfatizan el objetivo de lograr que los individuos hagan elecciones informadas y voluntarias con relación a las prácticas de salud.

La primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud (Puerto Rico, 1981) planteó que: .....“educación para la salud es un recurso científico y tecnológico que permite por una parte, identificar las necesidades individuales y de

grupo en el campo de los conocimientos, de las actitudes y de las conductas relacionadas con las de la salud; y por otra proporciona técnicas y procedimientos para resolver estas necesidades .....” (Mahler, 1983 citado por Herrera, 1997).

La 32ª reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (Mahler, 1983) consideró ..... “Educación para la salud como la traducción del conocimiento sobre salud en hábitos saludables y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad, y Educación Comunitaria en salud como una serie de métodos, medios y técnicas dirigidas a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de la colectividad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que conducen a un alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de bienestar”.

Se han dado muchas definiciones de Educación para la Salud (Salleras, 1995; Costa y López, 1996; OMS, 1954; Mahler, 1983) la mayor parte de ellas coinciden en señalar que se trata de procesos y experiencias de aprendizaje con la finalidad de influir positivamente en la salud.

En conjunto, todas estas definiciones propuestas coinciden en un punto primordial: elevar el nivel de salud existente en las sociedades, a través de un proceso de enseñanza – aprendizaje efectivo que incida directamente en la mejora de las prácticas de salud.

La Educación para la Salud tiene la finalidad global de influir positivamente en la salud. Este propósito ha orientado cuantos objetivos vienen planteándose históricamente, la prevención de la enfermedad primero y la capacitación y promoción de la salud después.

Los objetivos de la Educación para la Salud se orientan a disminuir los factores de riesgo o aumentar los factores de protección (prevención primaria), a detectar tempranamente los problemas de salud y a facilitar los cambios de conductas que permitieran el tratamiento de las enfermedades (prevención secundaria), a recuperar la salud y evitar recaídas (prevención terciaria) (Costa y López, 1996). No obstante estos objetivos plantean cuestiones no siempre fáciles de resolver. A veces resulta difícil establecer la frontera de separación entre un individuo sano y otro que no lo está, o respecto a que considerar enfermedad o salud. Por otra parte, salud y ausencia de enfermedad no son conceptos equiparables y, en ocasiones, puede resultar difícil incluso hacerlos compatibles.

La insuficiencia del enfoque preventivo han dado paso al modelo educativo centrado en la capacitación, potenciación o competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986) de los recursos personales y comunitarios y que pretende promover los cambios, no por la coerción, sino por la elección informada.

Sin embargo, Educación para la Salud es un proceso orientador que pretende reforzar las conductas favorables, cambiar las desfavorables y formar aquellas inexistentes. Para esto se requiere un profundo conocimiento y respeto de la cultura de las comunidades, por que introducir un cambio puede alterar el modo de vida de



los individuos y la colectividad (Horwitz, 1961; Leavell, 1965 citados por Annas, 1996).

De igual manera, la Educación para la Salud es un proceso organizado y sistemático, con el cual, a través de una serie de actividades, pretende conducir a las personas a reforzar, modificar o sustituir conductas por aquellas que son saludables, en lo individual, lo familiar y lo colectivo, en relación con el medio ambiente.

Sabemos que la población debe estar mejor informada, recibir conocimientos orientados a mejorar la salud, pero esto no es suficiente; necesita desarrollar habilidades e influir en actitudes; también requiere encontrar los mecanismos para lograr la organización y la movilización de la sociedad a favor de la salud, esto se puede lograr si se utiliza una metodología educativa adecuada.

Si tomamos en cuenta que cuando hablamos de mejorar la salud, estamos considerando la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, prever, mantener y restaurar la salud. Una forma de lograr esto es apoyándonos en la metodología de la educación no formal.

La educación extraescolar ha sido siempre significativa, aún cuando sólo en tiempos recientes ha sido objeto de considerable interés y estudio.

La educación permea la vida. Mientras la idea de que la escuela termina es bastante acertada, y constituye un alivio para muchos de sus participantes, la educación continúa siendo un componente crucial del trabajo, de la recreación y de las actividades comunitarias para la mayoría de los adultos.

La educación es cualquier esfuerzo manifiesto, organizado, dirigido a influir a los individuos o grupos y que mejore la calidad de vida". ..... estos tienen como objetivo el mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y políticas dentro de la comunidad. Los grupos para el desarrollo comunitario emplean una amplia gama de técnicas educativas para mejorar las condiciones materiales y no materiales de la comunidad. La educación no formal es un proceso que estos grupos utilizan con frecuencia. Los proyectos de educación no formal abarcan un amplio espectro de objetivos, desde fomentar el alfabetismo o fomentar la igualdad social (Reed y Lee, 1986)

También menciona que la educación no formal es cualquier esfuerzo organizado, intencional y explícito para promover el aprendizaje, mediante enfoques extraescolares, con el fin de elevar la calidad de vida. Comparada con la escolaridad formal, la educación no formal presenta las siguientes características: está centrada en el educando, su contenido posee una orientación comunitaria, la relación entre el coordinador y el educando no es jerárquica, utiliza recursos locales, se enfoca al tiempo presente, los educandos pueden ser de cualquier edad. Tiene lugar a través de las actividades cotidianas de los grupos de ayuda mutua.

Por otro lado, lo propuesto por Salinas y Zafa (1993) dice que..... "La educación comunitaria es educación y promoción social dirigida fundamentalmente a grupos y comunidades con el propósito de que se ejerciten y desarrollen capacidades para resolver necesidades básicas de subsistencia: empleo, salud, servicios públicos, vivienda, etc. la realizan tanto organismos del sector público como organismos no

gubernamentales. Es educación no formal en el sentido de ser extraescolar y porque no se otorga un grado académico, aunque no deja de ofrecerse desde agrupaciones formales constituidas y reconocidas social y legalmente, con cierto grado de desarrollo organizacional e institucional”.

El proceso de enseñanza – aprendizaje también es novedoso: se trabaja con la información que cada participante posee, pero se trasciende la esfera intelectual al estimular la libre expresión de los efectos a través de la valorización del testimonio oral. La experiencia personal, el relato de lo propio, tan negado por los esquemáticos programas oficiales, pasa aquí a primer plano (Cardaci, 1995).

En resumen, podemos decir que la educación no formal es no escolarizada, es voluntaria, pueden participar de todas las edades, no existe una acreditación, se realiza en la comunidad y es un sistema flexible y adaptable.

## **2.5 Los contextos socioculturales**

“Una cultura regional es aquella cultura internamente diferenciada y segmentada que se produce a través de las interacciones humanas en una economía política regional. Así, dentro de una región dada es posible identificar grupos de identidad cuyo sentido de sí mismos (o sea, los objetos, experiencias y relaciones que valoran, o sus fronteras) se relacionan con sus respectivas situaciones en la región de poder. Además, una cultura regional implica la construcción de marcos de comunicación dentro y entre los grupos de identidad, marcos que a su vez ocupan espacios.

Es cierto que una región cultural implica la existencia de un dominio de símbolos compartidos; pero la naturaleza de este dominio, lo que incluye o no incluye, así como las características de otros dominios simbólicos no compartidos, permanece determinada en el concepto de región cultural. La idea de la cultura regional como un espacio cultural internamente diferenciado necesariamente implica tanto la existencia de una cultura regional común como de categorías de entendimiento especificadas a cada uno de los grupos en la región. Es así como toda cultura regional comporta alguna variación sistemática de los significados que se adhieren a los signos aún en el caso de los dominios culturales regionalmente compartidos.

La región cultural es un espacio que se articula a través de un proceso de dominación de clase; en ese proceso que se articula a través de un proceso se subyugan grupos culturales, se crean clases o castas, y estas clases o castas se ordenan en un espacio jerarquizado" (Lomnitz-Adler, 1995).

La región cultural en la que se lleva a cabo esta investigación es la región económica de Cholula. Esta región está compuesta por varias cabeceras municipales, pero solo nos enfocaremos a describir a las poblaciones en las cuales se realizará la investigación (Mapa 2.1).

## Mapa No. 2.1 Región económica de Cholula



Fuente: INEGI, Noviembre 2003.

Las comunidades asignadas fueron: San Miguel Xoxtla, San Mateo Cuanalá, San Matías Cocoyotla, San Agustín Calvario y alrededores de San Pedro Cholula. Al mencionar los alrededores de San Pedro Cholula se refiere a ranchos y barrios que han permanecido como tales hasta la fecha con ciertas características definidas en cuanto a su actividad.

La descripción de los diferentes contextos se harán desde sus características geográficas, actividad principal y variables sociodemográficas. La información presentada se obtuvo del Censo General de Población y Vivienda 2000 proporcionada por el Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática de Puebla (INEGI, 2000) y de la publicación "Los Municipios de Puebla (1999).

Cuadro 2.1 Características Generales de las Comunidades

Aspectos	San Pedro Cholula	San Matías Cocoyotla	San Mateo Cuanalá	San Miguel Xoxtla	San Agustín Calvario
<b>Actividad</b>	Agricultura, comercio, industria.	Ladrillo y cultivo	Floricultura y ladrillo	Corte y confección	Floricultura y cultivo
<b>Población</b>	70,715 Hab.	3,903 Hab.	4,807 Hab.	9,274 Hab.	1,141 Hab.
<b>Infraestructura Educativa</b>	Todos	Preescolar y primaria	Preescolar, primaria y secundaria	Preescolar, primaria, secundaria y bachillerato	
<b>Escolaridad</b>	8.39 años	7.5 años	6.85 años	7.99 años	5.38 años
<b>Servicio de Salud proporcionados por el Estado</b>	IMSS, Cruz Roja, Hospital Regional y Salubridad	No	Clínica de Salud	IMSS	Nulo
<b>Derechohabiencia</b>	19,284 Hab.	1,032 Hab.	663 Hab.	3,813 Hab.	38 hab.
<b>No. de hijos</b>	2.32 Hijos	2.57 hijos	2.78 hijos	2.53 hijos	2.92 hijos
<b>Ingreso</b>	2 a 5 s.m.*	1 y 5 s.m.	1 a 2 s.m.	1 y 5 s.m.	1 y 2 s.m.
<b>Energía eléctrica</b>	96%	85%	94.4%	98%	96%
<b>Agua potable</b>	96%	90%	21.7%	52%	3.4%
<b>Drenaje</b>	96%	90%	13.8%	85%	36%
<b>Recolección de basura</b>	96%	90%	No	Si	No
<b>Seguridad pública</b>	96%	No	Si	Si	Si

\* NOTA: Salarios mínimos (s.m)

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI 2000.

El cuadro 2.1 se construyó con datos proporcionados por el INEGI (2000). Las características plasmadas en el cuadro son las que reflejan las condiciones actuales de las poblaciones visitadas.

Como se observa, **la población** de las comunidades varía de acuerdo a su importancia. Las comunidades con mayor población son las llamadas cabeceras municipales (San Pedro Cholula y San Miguel Xoxtla), esto refleja la importancia del lugar con respecto al resto de las comunidades. San Matías, San Mateo y San Agustín

son juntas auxiliares de los municipios, y su población oscila desde los 1,000 hab. hasta los 4,000 habitantes aproximadamente.

Con respecto al número de **hijos promedio** en mujeres mayores de 12 años encontramos que el promedio en las cinco localidades es muy similar, ya que según las cifras proporcionadas por el INEGI (2000), no se rebasan los tres hijos por familia. Nosotros consideramos que estas cifra se cumplen en las localidades consideradas como zonas urbanas, sin embargo, suponemos que estas cifras pueden estar lejos de cumplirse en las zonas rurales o no urbanas donde éstas cifras son en realidad mayores.

El **nivel de ingreso** en estas comunidades también se refleja acorde al nivel de importancia de la localidad, es decir, que al igual que en los rubros anteriores San Pedro Cholula y San Miguel Xoxtla son las localidades que tienen un mayor ingreso, (entre uno y cinco salarios mínimos). El resto de las comunidades reciben sólo entre uno y dos salarios mínimos. Es importante aclarar que según los datos ofrecidos por el INEGI en estas poblaciones la principal actividad es la agricultura y la elaboración de tabique lo que sugiere que el ingreso se está reflejando tal y como es.

Con respecto al **nivel escolar** alcanzado en estas localidades, en promedio encontramos que las comunidades que tienen un porcentaje mayor en años son las cabeceras municipales. Sin embargo, las cifras que se encuentran en estas comunidades desgraciadamente no rebasan los ocho años, ni aún en las cabeceras municipales, esto nos indica que en estas poblaciones difícilmente se llega a terminar la educación básica (primaria y secundaria). La comunidad de San Agustín Calvario es

la que registra una cifra menor en años cursados, esto refleja que en esta población no se alcanza a terminar con la educación primaria. Para el desarrollo de este trabajo es de suma importancia conocer el nivel escolar de los sujetos participantes, considerado como un indicador decisivo que se refleja en otros aspectos de las comunidades.

En **acceso a servicios de salud** encontramos que sólo las cabeceras municipales cuentan con una clínica del IMSS además de los servicios ofrecidos por el estado a través de la Secretaría de Salud con sus hospitales generales; sin embargo, el número de habitantes que están afiliados al IMSS es realmente muy bajo pues estamos hablando de menos del 25% de la población. El INEGI además de la derechohabencia maneja el acceso a servicios de salud y el no acceso a estos, las cifras siguen siendo muy alarmantes pues se encuentra que la gran mayoría de la población no tiene acceso a estos servicios de salud. Se infiere que si no tienen acceso a servicios de salud proporcionados por el Estado es de pensar que esta gran parte de la población recurre a servicios médicos particulares siempre y cuando tengan el poder económico para hacerlo. La comunidad con menos derechohabientes, con menor ingreso, con el más alto índice de natalidad y el menor grado de escolaridad es San Agustín Calvario.

Con respecto a los **servicios básicos** encontramos que los porcentajes son mayores al 80% en energía eléctrica en todas las comunidades, no así con el acceso al agua potable pues encontramos que en las cabeceras municipales se encuentra al 100% en la población. No así en San Matías ya que en esta comunidad sólo el 50%



de la población tiene acceso a este recurso. En las comunidades de San Mateo Cuanalá y San Agustín Calvario el acceso a este recurso es muy limitado pues sólo el 21% y el 3.4% de la población tienen acceso respectivamente. Y con respecto al servicio de drenaje únicamente las zonas urbanas tienen acceso en más del 80% de su población y en las comunidades rurales sólo tiene acceso a este servicio un porcentaje menor al 30%.

En resumen, a lo largo de este capítulo se presentó la revisión de bibliografía agrupando la información en las grandes áreas a estudiar: Género, Salud y Educación, que dará el sustento teórico a nuestra investigación