

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PODER DE GÉNERO EN LA MIXTECA OAXAQUEÑA¹

HEALTH PROMOTION AND GENDER POWER IN THE OAXACA MIXTECA¹

María Dolores París-Pombo

Departamento de Relaciones Sociales. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
Calzada del Hueso 1100. Col. Villa Quietud. 04960. México D.F. (mdparis@correo.xoc.uam.mx)

RESUMEN

En este ensayo presento algunos resultados del trabajo de campo realizado en la Mixteca Oaxaqueña con un equipo de investigadoras de la Universidad de California en Santa Cruz (UCSC) y de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X) en el marco del proyecto Promoción de la salud desde una perspectiva binacional, el cual se inició en enero de 2007 y finalizará en junio de 2008. Su objetivo es analizar la percepción de las mujeres mixtecas y triquis sobre el cuidado de la salud en sus comunidades y la transformación de esta percepción cuando emigran a California. La metodología empleada en la investigación es de carácter cualitativo; en particular, consiste en un análisis de contenido del programa IMSS-Oportunidades, entrevistas a profundidad con promotoras y beneficiarias, así como observación participante en los talleres educativos impartidos en el programa. Analizo aquí el impacto de estos talleres en la autonomía de las mujeres triquis y mixtecas, en su capacidad para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Mi crítica se enfoca al carácter coercitivo de la promoción de la salud y los aspectos de vigilancia, control y poder de género.

Palabras clave: Biopoder, cuerpo, empoderamiento, vigilancia.

INTRODUCCIÓN

Voy a presentar, en este ensayo, un análisis crítico de los efectos que tiene el programa de Promoción de la Salud del IMSS-Oportunidades sobre el poder de género. Mi punto de partida es escéptico en cuanto a los propósitos del programa. Mi crítica no se centra, sin embargo, en los resultados que éste presenta en cuanto a disminución de las tasas de morbi-mortalidad en la región, control de las enfermedades crónico-degenerativas y mejoramiento de las condiciones de salubridad. Sin negar todos estos logros de las instituciones de salud, quiero transmitir una preocupación en cuanto a la orientación de la promoción de salud hacia la vigilancia y el control de los cuerpos femeninos.

Sostengo que este programa impide –en lugar de facilitar– el empoderamiento de las mujeres beneficiarias, al acumular sobre ellas un conjunto de responsabilidades que las sujeta a las necesidades no sólo de su

ABSTRACT

In this essay, I present some results from field work I carried out in the Oaxaca Mixteca with a team of researchers from the University of California at Santa Cruz (UCSC) and the Autonomous Metropolitan University Xochimilco (UAM-X) in the context of the Health Promotion Project from a Binational Perspective, which was initiated in January, 2007, and will end in June, 2008. The objective is analyzing the perception of Mixteca and Triquis women about health care in their communities and the transformation of this perception once they migrate to California. The methodology used in this research is qualitative in nature; in particular, it consists of an analysis of the IMSS-Oportunidades program content, in-depth interviews with promoters and beneficiaries, as well as participant observation in educational workshops included in the program. Here, I analyze the impact of these workshops on the autonomy of Triquis and Mixteca women, in their ability to make decisions regarding their body and health. My criticism is focused on the coercive character of health promotion and the aspects of vigilance, control and gender power.

Key words: Biopower, body, empowerment, vigilance.

INTRODUCTION

I will be presenting, in this essay, a critical analysis of the effects that the IMSS-Oportunidades Health Promotion program has over gender power. My starting point is skeptical in regards to the objectives of the program. My criticism is not centered, however, in the results that it presents in terms of the decrease of morbidity and mortality rates in the region, control of chronic-degenerative diseases, and the improvement of healthiness conditions. Without denying all these achievements of health institutions, I want to transmit a preoccupation in regards to the orientation of health promotion towards vigilance and control of women's bodies.

I argue that this program impedes – rather than facilitate – empowerment of beneficiary women, since it accumulates on them a series of responsibilities that hold them to the needs not only of their families and communities, but also of institutions and the State. The latter correspond to relations of power such as

familia y de sus comunidades, sino también de las instituciones y del Estado. Éstas últimas corresponden a las relaciones de poder como gobernanza de la vida y de las poblaciones; a la biopolítica, entendida como la ejecución de mecanismos normalizadores y planificadores: higiene, salud pública, seguridad social, etcétera. La promoción de la salud se ha transformado así en un mecanismo de alienación del cuerpo de la mujer para propósitos institucionales que tienen que ver con la re-presentación, a nivel nacional e internacional, de estadísticas en relación con la morbi-mortalidad, con la medición de la pobreza y marginalidad, que justifiquen el ejercicio presupuestal.

Durante los meses de marzo, abril y junio de 2007, las investigadoras² que participamos en el proyecto Promoción de la Salud desde una perspectiva binacional, realizamos tres visitas a algunas comunidades triquis y mixtecas de los municipios de Huajuapán de León, Santiago Juxtlahuaca y Tlaxiaco en Oaxaca, México. Hicimos entrevistas con los directores de los hospitales de cada una de esas ciudades, encargados del programa de promoción de salud, médicos y enfermeras, y entrevistas colectivas e individuales en las comunidades, con promotoras, asistentes rurales, miembros de los comités de salud y beneficiarias del programa (beneficiarias de Oportunidades). En las visitas a las comunidades triquis y mixtecas y durante las entrevistas, nos llamó la atención los efectos contradictorios del programa. En particular, la insistencia de los profesionales y funcionarios de salud sobre la promoción de un supuesto empoderamiento de las mujeres mientras que las beneficiarias y promotoras manifestaban, al contrario, un sentimiento de impotencia ligado a la reproducción de estructuras sexistas, ausencia prolongada de los esposos (en su mayoría emigrantes), mecanismos de control y vigilancia que pesan sobre ellas y agobio por la acumulación de obligaciones, tareas, contraprestaciones, compromisos personales, etcétera.

Para analizar las contradicciones entre los propósitos del programa relativos a la autonomía de las mujeres y los efectos de control y poder de género, explicaré en primer lugar la génesis política y teórica de la promoción de la salud tal y como la entiende el programa Oportunidades, así como el “enfoque de género” contenido en dicho programa. Presentaré después sus características organizativas y su funcionamiento en la Mixteca Oaxaqueña para estudiar algunos impactos del programa en aspectos tales como la transmisión de la información sobre salud-enfermedad y cuerpo, el autocontrol y la vigilancia de las prácticas sexuales, culturales y reproductivas. Finalmente, señalaré brevemente la dificultad del programa para confrontar algunos de los problemas más frecuentes de salud que tienen que ver con la violencia endémica y la violencia intrafamiliar.

governance in life and populations; to biopolicy, understood as the execution of normalizing and planning mechanisms: hygiene, public health, social security, and etcetera. Health promotion has thus transformed into a mechanism of alienation for the woman's body, for institutional purposes, which have to do with the representation, at the national and international level, of statistics in relation to morbidity and mortality, with poverty and marginality measurements, that justify expenditure of the budget.

During the months of March, April and June, 2007, researchers² who participated in the Health Promotion Project from a Binational Perspective, carried out three visits to some Triquis and Mixteca communities in the municipalities of Huajuapán de León, Santiago Juxtlahuaca and Tlaxiaco in Oaxaca, México. We performed interviews with hospital directors in each of these cities, people in charge of the health promotion program, doctors and nurses, and collective and individual interviews in the communities with promoters, rural assistants, members of health committees, and beneficiaries from the program (Oportunidades grant holders). During the visits to Triquis and Mixteca communities, and during the interviews, we became interested in the contradictory effects of the program. In particular, the insistence of professionals and health officials on the promotion of an alleged empowerment of women, while beneficiaries and female promoters manifested, on the contrary, a sentiment of impotence linked with the reproduction of sexist structures, prolonged absence of their husbands (mostly migrants), control and vigilance mechanisms that weigh over them and overwhelm because of the accumulation of obligations, tasks, counter-benefits, personal commitments, etcetera.

In order to analyze the contradictions between these program objectives, in regards to the autonomy of women and the effects of control and gender power, I will first explain the political and theoretical genesis of health promotion as is understood by the Oportunidades program, as well as the “gender focus” contained in this program. I will then present its organizational characteristics and its operation in the Oaxaca Mixteca, in order to study some impacts of the program on aspects such as information transmission regarding health-disease and body, self-control and vigilance of sexual, cultural and reproductive practices. Finally, I will briefly point out the difficulty of the program to confront some of the more frequent health problems that have to do with endemic violence and intra-family violence.

HEALTH PROMOTION AS THE AXIS FOR PUBLIC HEALTH POLICIES IN MARGINALIZED SECTORS

The concept of health promotion adopted by Mexican institutions originated in 1986 during the World Health

PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO EJE DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA PARA LOS SECTORES MARGINADOS

El concepto de promoción de la salud adoptado por las instituciones mexicanas surgió en 1986 en la Conferencia de la organización Mundial de la Salud en Ottawa. Se define como la intervención institucional sobre comportamientos sociales, normativos y ambientales, para “introducir cambios positivos en los hábitos de la gente relacionados con la salud”, que ayudarán a reducir las causas de mortalidad y morbilidad como cardiopatías, traumatismos, enfermedades crónicas y degenerativas (OMS, 2006). En la actualidad, este concepto es impulsado por todos los organismos internacionales como eje de las políticas de salud dirigidas hacia la población marginada de los países del tercer mundo. Los propios Estados han adoptado la idea de que la educación y la capacitación de los individuos para promover su autonomía en cuestiones de salud y aumentar su capacidad de decisión, son elementos centrales en el mejoramiento de la salud pública. Las políticas públicas de promoción de la salud han captado así una creciente proporción del presupuesto en salud pública. Las organizaciones no gubernamentales en el campo de la salud han concentrado también sus esfuerzos en la capacitación tanto de los profesionales que laboran en zonas marginadas, como de la propia población.

El objetivo de la promoción de la salud en regiones pobres es capacitar a los individuos para que lleven una vida saludable, eviten los riesgos asociados con ciertas formas de consumo (como el tabaco, el alcohol, los alimentos chatarra) y con ciertas prácticas sexuales o culturales. En resumidas cuentas, se trata de encauzar las prácticas cotidianas de los individuos para incidir o modificar positivamente las estadísticas sobre la salud de la población.

La idea de transformar el modo de vida de los individuos como parte de una política de salud venía gestándose al menos desde los años sesenta, cuando fue clara la tendencia en países desarrollados y de desarrollo medio, de un aumento de la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas ligadas a factores de riesgo como el alcoholismo, el tabaquismo o la mala alimentación. Se empezó entonces a recuperar la idea de que para mejorar las condiciones de salud e higiene de la población era necesaria una educación que transformara las conductas individuales y colectivas.

Si retrocedemos un poco más, podemos encontrar antecedentes de este modelo en las campañas de educación higienista impulsadas por los Estados europeos desde fines del siglo XVIII y en el tercer mundo desde inicios del siglo pasado, cuya finalidad era la transformación de las formas de vida y de las concepciones del

Conference in Ottawa. It is defined as the institutional intervention on social, normative and environmental behaviors, to “introduce positive changes in people’s habits related to health”, which will help reduce causes for mortality and morbidity such as heart disease, traumatism, chronic and degenerative diseases (OMS, 2006). Currently, this concept is supported by all international organisms as the axis of health policies directed at the marginalized population in Third World countries. The states themselves have adopted the idea that education and training of individuals to promote their autonomy in issues of health and to increase their decision ability are central elements for the improvement of public health. Public policies for health promotion have thus captured an increasing proportion of the budget in public health. Nongovernmental organizations in the health field have also concentrated their efforts in training both professionals who work in marginalized areas, and the population itself.

The objective of health promotion in poor regions is to train individuals so that they lead a healthy life, and avoid risks associated with certain consumption forms (such as tobacco, alcohol, junk food) and with certain sexual or cultural practices. In short, it is about directing daily practices of individuals to have an influence or positively modify statistics about the population’s health.

The idea of transforming the way of life of individuals as part of a health policy started being formed at least since the sixties, when the tendency in developed and mid-development countries of an increase in morbidity and mortality because of chronic diseases related to factors of risk such as alcoholism, tobacco use, or bad eating habits, became clear. Then, the idea began to be recovered that in order to improve health and hygiene conditions in the population, an education that would transform individual and collective behaviors was necessary.

If we go back a little further, we can find antecedents to this model in the campaigns of hygienist education impelled by European states since the end of the 18th Century, and in the Third World since the beginning of last century, which had the goal of transforming ways of life and conceptions of the world as the ideal medium to regulate the biological processes that affected populations. As Michel Foucault showed in his analysis of biopolitics, promotion of hygiene and public health responds to the idea of population as a natural entity that cannot be modified by decree or by laws (that is, by of the logic of law and sovereignty), but that can be transformed, controlled and directed through techniques specific to power; which, at the same time, are the origin of knowledge and information such as statistics, demography, public

mundo como medio idóneo para regular los procesos biológicos que afectaban a las poblaciones. Como lo mostró Michel Foucault en su análisis de la biopolítica, la promoción de la higiene y de la salud pública responde a la idea de la población como un ente natural que no puede ser modificado por decreto o por leyes (es decir por la lógica del derecho y de la soberanía) pero que puede ser transformado, controlado y encauzado a través de técnicas específicas de poder; las cuales, a la vez, son el origen de conocimientos y saberes tales como la estadística, la demografía, la salud pública, etcétera (Foucault; 1992:252-253). De acuerdo también con Foucault, estas tecnologías de poder no hacen desaparecer la técnica disciplinaria –enfocada principalmente a la formación de los cuerpos dóciles– sino que la complementan, al incidir fundamentalmente sobre el control y regulación de la vida misma. La biopolítica extrae su saber del control de la natalidad, la morbilidad y la mortalidad, de la medición e intervención del poder público en la reproducción y la fertilidad, del planteamiento estatal del problema del cuerpo social, de su crecimiento, la instauración de la medicina social y la higiene pública, el planteamiento y resolución política de problemas de vejez, anomalías y seguridad social. Estas técnicas de poder se pueden desarrollar gracias a “la instauración de una medicina cuya función principal será la de la higiene pública. Ésto se llevará a cabo a través de organismos que coordinan y centralizan las curas médicas, hacen circular información, normalizan el saber, hacen campañas para difundir la higiene y trabajan por la medicalización de la población”. (Foucault, 1992: 252).

Esta concepción implica el cálculo de los riesgos de acuerdo con un conjunto de factores como la edad, la ocupación, las funciones, la situación socioeconómica y los niveles educativos, y lleva a la determinación de métodos de prevención basados en las probabilidades de disminuir los peligros que acechan continuamente a la vida y salud de la población.

IMSS-OPORTUNIDADES

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) consideró como su primera línea de acción la promoción de la salud, y la definió de la manera siguiente:

La promoción de la salud está orientada a incrementar la conciencia sobre la salud, impulsar estilos de vida saludables y fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud. Estas actividades deben desempeñarse brindándoles una oportunidad a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades. El fin último de la promoción de la salud es ayudar al desarrollo de comunidades saludables

health, etcetera (Foucault; 1992:252-253). Also according to Foucault, these technologies of power do not make the disciplinary technique disappear – directed primarily at the formation of docile bodies – but rather they complement it, by affecting fundamentally the control and regulation of life itself. Biopolicy extracts its flavor from controlling birth, morbidity and mortality, measurement and intervention of public power on reproduction and fertility, from the state proposal of the social body problem, its growth, the instauration of social medicine and public hygiene, the proposal and political resolution of problems of old age, anomalies and social security. These techniques of power can be developed thanks to “the instauration of a medicine with the main function of public hygiene. This will be carried out through organisms that coordinate and centralize medical cures, make information available, normalize knowledge, create campaigns to divulge hygiene and work for the medicalization of the population” (Foucault, 1992: 252).

This conception implies risk calculation according to a set of factors such as age, occupation, functions, economic situation and educational levels, and which leads to the determination of prevention methods based on the probabilities of decreasing the dangers that continuously threaten life and health in the population.

IMSS-OPORTUNIDADES

In México, the National Health Program 2001-2006 (PNS) considered health promotion as its first line of action, and defined it as follows:

Health promotion is oriented at increasing conscience about health, motivating healthy life styles and strengthening community action in favor of health. These activities must be carried out by giving an opportunity to people to exercise their rights and responsibilities. The ultimate goal of health promotion is to help the development of healthy communities where different actors participate with co-responsibility in maintaining and improving their wellbeing (SSA, 2001:80).

Another orientation of public health in México, adopted based on agreements with the World Bank, the World Health Organization and other international organisms, has been its sectoralization, and the segmentation and focalization of services. The administrative reform of health services, driven since the eighties, implies the rationalization of public spending in health and the elimination of services with universal coverage, the determination of specific goals such as the reduction of child malnutrition rates in rural

en las que los diferentes actores participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar. (SSA, 2001:80).

Otra orientación de la salud pública en México, adoptada con base en los acuerdos con el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales, ha sido su sectorización, y la segmentación y focalización de los servicios. La reforma administrativa de los servicios de salud, impulsada desde los años ochenta, implica la racionalización del gasto público en salud y la eliminación de servicios con cobertura universal, la determinación de metas específicas como la reducción de tasas de desnutrición infantil en zonas rurales, y el desarrollo de los servicios privados de salud para una parte importante de la población. El llamado paquete de salud básico, promovido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es dirigido exclusivamente hacia los sectores pobres y marginados. De hecho, para acceder a ese paquete los individuos tienen obligación de demostrar que pertenecen a esos sectores defavorecidos. El programa IMSS-Oportunidades es responsable de proporcionar los servicios de salud integral a esta parte de la población.

El antecedente inmediato de Oportunidades fue el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), creado en 1997 por el gobierno de Ernesto Zedillo, cuya finalidad era afrontar los rezagos del medio rural en materia de salud, educación, y principalmente desnutrición. A la vez, el PROGRESA heredaba las políticas puestas en marcha por el gobierno de Carlos Salinas de Gortari desde fines de los ochenta, bajo el enorme paraguas del programa llamado Solidaridad.

En marzo de 2002, el nuevo gobierno de Vicente Fox cambió por decreto la denominación del hasta entonces Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), por el de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Por lo anterior, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de Programa IMSS-Oportunidades, debido a que participaría con su infraestructura en la aplicación del componente salud del programa.

El Programa IMSS-Oportunidades, financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país. En la Mixteca Oaxaqueña, el IMSS atiende a una población de cerca de 175 000 personas; 65% indígenas mixtecos y triquis. Su infraestructura incluye tres hospitales rurales en las cabeceras distritales de Huajuapán de León, Santiago Juxtlahuaca y Heroica Ciudad de Tlaxiaco; 93 Unidades Médicas Rurales (UMR) que

zonas, and the development of private health services for an important segment of the population. The so called basic health package, promoted by the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) is directed exclusively at poor and marginalized sectors. In fact, in order to gain access to this package, individuals have the obligation of proving that they belong to these disfavored sectors. The IMSS-Oportunidades program is responsible of providing integral health services to this segment of the population.

The immediate antecedent to Oportunidades was the National Education, Health and Food Program (PROGRESA), created in 1997 by Ernesto Zedillo's government, which had the goal of facing backwardness in rural areas in terms of health, education and, primarily, malnutrition. At the same time, PROGRESA inherited policies that had been set in motion by Carlos Salinas de Gortari's government since the late eighties, under the huge umbrella of the program called Solidaridad.

In March 2002, Vicente Fox's new government changed by decree the name of the until-then National Education, Health and Food Program (PROGRESA) for the Human Development Oportunidades Program. Because of this, the IMSS' Technical Council approved the change in name from IMSS-Solidaridad program to IMSS-Oportunidades, due to the fact that it would participate with its infrastructure in the application of the program's health component.

The IMSS-Oportunidades Program, financed with resources from the federal government and administered by the IMSS, serves almost eleven million people in marginalized conditions in rural areas of the country. In the Oaxaca Mixteca, IMSS attends a population of nearly 175 000 people; 65% are Mixteca or Triquis indigenous people. Its infrastructure includes three rural hospitals in the municipal heads of Huajuapán de León, Santiago Juxtlahuaca and Heroica Ciudad de Tlaxiaco; 93 Rural Medical Units (UMR) that offer integral services to a population of between 2 000 and 5 000 inhabitants and that generally have a medical intern or a base doctor, a nurse and between one and three voluntary rural assistants³.

Promotion health services are provided by a broad personnel team, most of who work as volunteers. At the head, the director of each of the IMSS hospitals is found, boss of a professional health promoter⁴; the latter offers training workshops in the hospital, in the UMR and in premises provided for such a purpose in communities, to rural assistants, female promoters and beneficiaries of the Oportunidades program.

The team in charge of health promotion at the community level is formed by the doctor and nurse in the UMR, members of the health committee, rural

imparten servicios integrales a una población de entre 2 000 y 5 000 habitantes y que cuentan generalmente con un médico pasante o de base, una enfermera y entre uno y tres asistentes rurales voluntarios³.

Los servicios de promoción de salud son proporcionados por un amplio equipo de personal que en su enorme mayoría trabaja de manera voluntaria. A la cabeza, se encuentra el director de cada uno de los hospitales del IMSS, jefe de un promotor profesional de salud⁴; éste imparte talleres de capacitación en el hospital, en las UMR y en locales proporcionados para tal efecto en las comunidades, a las y los asistentes rurales, a las promotoras y a las beneficiarias del programa Oportunidades.

El equipo encargado de la promoción de salud a nivel comunitario está formado por el médico y enfermera de la UMR, los miembros del comité de salud, las y los asistentes rurales y las promotoras. Los comités de salud están integrados generalmente por hombres, quienes cumplen un año en el cargo como parte del sistema tradicional de cargos que rige a los municipios indígenas en Oaxaca. Éstos suelen tomar un conjunto de responsabilidades y decisiones, como el mantenimiento físico de la UMR, la participación en las campañas de vacunación o en la divulgación de programas de combate contra las enfermedades contagiosas como el dengue. Los miembros de los comités de salud cumplen con su cargo sin retribución alguna; muchos son migrantes que se ven obligados a regresar durante un año debido a su designación para el cargo. En algunas comunidades las mujeres pueden asumir cargos en el comité de salud. En los barrios de Huajuapán, Tlaxiaco y Juxtlahuaca donde se ha perdido el sistema de cargos, los comités de salud han sido creados por el propio programa Oportunidades, y son asumidos rotativamente por algunas de las promotoras.

Las y los asistentes rurales son electos generalmente en asambleas comunitarias o bien en asambleas de las promotoras y perciben una pequeña beca mensual para transporte. Deben ser bilingües, saber leer y escribir, casi siempre tienen al menos la secundaria completa, y reciben una capacitación para inyectar, tomar la temperatura, así como nociones básicas de salud comunitaria. Muchas veces los asistentes rurales se encargan también de impartir talleres a las mujeres de Oportunidades, participan en las campañas de vacunación, en campañas de limpieza y recolección de basura, etcétera. Las promotoras son nombradas en asambleas de beneficiarias. Oficialmente duran un año en el cargo, pero en el trabajo de campo encontramos que muchas de ellas duran hasta tres años, debido a la dificultad para convencer a las demás de asumir esa responsabilidad.

Las promotoras también son generalmente electas en asambleas comunitarias o en los talleres de Oportunidades; no perciben ninguna retribución por su labor

assistants and female promoters. The health committees are generally made up of men, who fulfill a year in the position as part of the traditional system of charges that rules indigenous municipalities in Oaxaca. These tend to take on a set of responsibilities and decisions, such as physical maintenance of the UMR, participation in vaccination campaigns or in divulging programs to fight contagious diseases such as dengue. Members of the health committees fulfill their charge without any retribution; many are migrants that are obliged to come back for a year due to their designation for the charge. In some communities, women can assume charges in the health committee. In the neighborhoods of Huajuapán, Tlaxiaco and Juxtlahuaca, where the system of charges has been lost, health committees have been created by the Oportunidades program itself, and are assumed in rotation by some of the female promoters.

Female and male rural assistants are generally elected in community assemblies or else in assemblies carried out by the female promoters, and they receive a small monthly grant for transportation. They must be bilingual, know how to read and write, almost always have completed at least middle school, and they receive training to be able to inject, take the temperature, as well as basic notions of community health. Many times rural assistants are also in charge of teaching workshops to women of Oportunidades, they participate in vaccination campaigns, in cleaning and garbage collection campaigns, etcetera. Female promoters are named in beneficiary assemblies. They officially last one year in the charge, but in our field work we found that many of them last up to three years, due to the difficulty of convincing others to assume that responsibility.

Female promoters are also generally elected in community assemblies or in Oportunidades workshops; they do not receive any retribution for their work but most of them are grant holders from the Oportunidades program. Often they take the responsibility of a block or a dozen houses that they visit regularly to make sure that the housewives keep conditions of cleanliness and hygiene, that they boil water, attend and take children to medical visits.

Finally, program beneficiaries are the Oportunidades grant holders. They receive a monthly allowance of 370 pesos per family for food, and school scholarships for each child registered starting with third grade. Scholarships for girls are slightly higher.

GENDER FOCUS

Promotion of health impelled by IMSS-Oportunidades is based, thus, in a sexual division of responsibilities, functions and benefits: the directors of

pero la gran mayoría son becarias del programa Oportunidades. Suelen tener la responsabilidad de una manzana o una decena de casas que visitan regularmente para asegurarse que las amas de casa mantengan condiciones de limpieza e higiene, hiervan el agua, asistan y lleven a los niños a las visitas médicas.

Finalmente, las beneficiarias del programa son las becarias de Oportunidades. Perciben un apoyo mensual de 370 pesos por familia para alimentación, y becas escolares por cada hijo o hija inscrito a partir de tercero de primaria. Las becas para las niñas son ligeramente superiores.

ENFOQUE DE GÉNERO

La promoción de la salud impulsada por IMSS-Oportunidades se basa, así, en una división sexual de las responsabilidades, funciones y beneficios: los directores de los tres hospitales (Huajuapán Juxtlahuaca y Tlaxiaco) son hombres. Sólo en el caso de Tlaxiaco la promotora a cargo del programa es mujer, mientras que en los otros dos casos se trata de un varón. La gran mayoría de los médicos y pasantes son hombres. En cambio las enfermeras, las promotoras de salud y las becarias son todas mujeres.

Desde hace ya cerca de un cuarto de siglo, y sobre todo a partir de las declaraciones de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, China, en 1995, la mayoría de los programas sociales impulsados por los Estados en desarrollo, en acuerdo o con el financiamiento de organismos internacionales, han tratado de incorporar la variable de equidad de género y han dirigido una parte sustancial de los apoyos económicos directos a las mujeres. Tanto el Banco Mundial como la Organización Mundial de la Salud recomiendan, por ejemplo, que la promoción de la salud se dirija principalmente hacia las mujeres y que éstas sean las beneficiarias directas de los incentivos económicos, debido a que ello garantiza mayor eficacia en el combate de la pobreza intergeneracional (OMS, 2006).

Esto explica el diseño del programa Oportunidades, con base en la premisa de que las amas de casa pueden asumir la responsabilidad de mejorar la salud, alimentación y educación de sus hijos con un apoyo económico mínimo. Explícita o implícitamente, los encargados del programa en distintos niveles coinciden en señalar una mayor responsabilidad de las mujeres en el gasto y la tendencia en vez de que los hombres dilapiden ese apoyo, principalmente en el consumo de alcohol. Para compensar la desigualdad de género que todavía existe en niveles educativos, alfabetización y escolaridad de niños y niñas a favor de los primeros, el programa Oportunidades brinda también una beca más elevada para las niñas de acuerdo con los niveles educativos que cursan.

the three hospitals (Huajuapán, Juxtlahuaca and Tlaxiaco) are men. Only in the case of Tlaxiaco, the promoter in charge of the program is a woman, while in the other two cases they are males. Most doctors and interns are men. Instead, nurses, health promoters and grant holders are all women.

Since nearly a quarter of century ago, and especially since the declarations of the 4th World Conference on Women, carried out in Beijing, China, in 1995, most social programs impelled by developing States, in agreement or with financing from international organisms, have tried to incorporate the gender equality variable and have directed a substantial part of economic supports directly to women. Both the World Bank and the World Health Organization recommend, for example, that health promotion be directed mainly at women and that they become the direct beneficiaries of economic incentives, due to the fact that this guarantees a greater effectiveness in combating inter-generational poverty (OMS, 2006).

This explains the design of the Oportunidades program, based on the premise that housewives can assume the responsibility of improving health, diet and education of their children, with minimal economic support. Explicitly or implicitly, those in charge of the program at different levels coincide in pointing out a greater responsibility of women in expenditure and the tendency, instead, for men to squander this support, mainly in alcohol consumption. In order to compensate gender inequality that still prevails in educational levels, literacy teaching, and schooling of boys and girls in favor of the first, the Oportunidades program also provides a higher scholarship for girls according to the educational levels they attend. As Vizcarra Bordi (2007:316) has pointed out: “this compensatory premise is based on the assumption that inequality among men and women is due to poverty and not to the social inequalities upheld by the subordination, repression and oppression that the patriarchal system generates in Mexican society”.

Another element intervenes in the orientation of support towards family mothers: the Oportunidades program has become a strong incentive for women and children to take root in their communities of origin (Lutz, 2007), in face of the increasing tendency of family and community migration from the Mexican countryside and due to the absence of work opportunities.

In the field work carried out in the Oaxaca Mixteca, we found that almost half the women beneficiaries of Oportunidades grants are wives of migrants, and that most of them have direct family members (brothers, fathers, sons...) in the US. In some communities such as San Miguel Cuevas, the rate of masculinity is very

Como lo ha señalado Vizcarra Bordi (2007:316) “esta premisa compensatoria se basa en la suposición de que la desigualdad entre hombres y mujeres se debe a la pobreza y no a las desigualdades sociales entre los géneros sustentados en la subordinación, represión y opresión que genera el sistema patriarcal en la sociedad mexicana.”

Un elemento más interviene en la orientación del apoyo hacia las madres de familia: el programa Oportunidades se ha convertido en un fuerte incentivo para el arraigo de mujeres y niños en sus comunidades de origen (Lutz, 2007), ante la tendencia al aumento de la emigración familiar y comunitaria desde el campo mexicano y debido a la ausencia de oportunidades laborales.

En el trabajo de campo realizado en la Mixteca Oaxaqueña encontramos que casi la mitad de las mujeres beneficiarias de las becas Oportunidades son esposas de migrantes, y la gran mayoría tiene familiares directos (hermanos, padres, hijos...) en EE. UU. En algunas comunidades como San Miguel Cuevas, la tasa de masculinidad es bajísima; los varones adultos jóvenes o de mediana edad que permanecen en el pueblo han regresado generalmente sólo por un año, para cumplir con algún cargo⁵.

Evidentemente la ausencia frecuente del padre justifica también que sea la madre la que recibe el apoyo económico. Es más, las entrevistas muestran que frecuentemente el esposo, los hermanos o los hijos, después de emigrar hacia los EE. UU., tardan a veces meses en mandar dinero y, en ocasiones, tienden a desentenderse de su familia; de tal manera que la beca puede volverse no tanto un incentivo para mejorar la salud, como una tabla de salvación. Sin embargo, el hecho de que sean las mujeres las que reciben el dinero no garantiza siempre que éste se dedique al cuidado de la salud o a la educación de los hijos. Generalmente, debido a las condiciones de extrema pobreza en que viven muchas familias –sobre todo aquellas encabezadas por madres solteras– el dinero es utilizado para sobrevivir día a día. Cuando está presente el hombre, puede suceder que éste exija el dinero a la mujer y decida sobre su gasto. En un caso extremo, distintos testimonios aseguran que en algunas comunidades de la región Triqui Baja como en Río Venado (Municipio Constanza del Rosario), el dinero de Oportunidades es recolectado por la agencia municipal y ésta decide sobre su destino.

Otro factor interesante, continuamente resaltado por el programa y retomado del discurso en boga de los organismos internacionales es el llamado “empoderamiento de las mujeres”. Esta frase se repite continuamente no sólo en las bases y líneas de acción del programa IMSS-Oportunidades sino también en los contenidos de los talleres de capacitación del personal de promoción de salud. La idea básica difundida por el

low; young or middle aged male adults that remain in the town have generally returned just for one year, to fulfill some charge⁵.

Evidently, the frequent absence of the father also justifies that it be the mother who receives the economic support. Furthermore, interviews show that husbands, brothers or sons, after migrating to the US, frequently take months to send money and, in some occasions, they tend to forget about their family; thus, the grant can become not so much an incentive to improve health, but rather a survival plank. However, the fact that it is women who receive the money does not always guarantee that it is dedicated to health care or education of the children. Generally, due to the conditions of extreme poverty in which many families live – especially those with single mothers as heads of the household – the money is used for every day survival. When the man is present, it can happen that he demand the money from the woman and decide over its spending. In an extreme case, various testimonies state that in some communities of the Lower Triqui region such as the Venado River (Constancia del Rosario Municipality), the money Oportunidades gives is collected by the municipal agency and it decides over its destiny.

Another interesting factor, continuously highlighted by the program and recovering the popular discourse in international organisms is the so called “women’s empowerment”. This phrase is continuously repeated not only in the bases and action lines of the IMSS-Oportunidades program, but also in the contents of training workshops for health promotion personnel. The basic idea divulged by the program is that once a set of knowledge is acquired regarding their bodies, their husband’s bodies and their children’s bodies, about the risks, the processes of health-sickness and the services offered by clinics and UMRs, women have a position of power ever more favorable in relation with the males. However, information regarding health does not necessarily relate with power. When focusing on women, the training program can provoke, as we will see, a situation of angst linked to the impotence to transform sexual practices in the couple, childcare and daily life. The situation of extreme poverty also often impedes changes in nutrition promoted by the workshops: for example, most of the families do not have the resources to increase their consumption of fresh fruits and vegetables, and in many communities of the Huaujapan de León district, where erosion and deforestation have provoked soil sterility, there is therefore an increase in consumption of foods of very low nutritional value.

Finally, the so called empowerment, and in a general way a greater equity in gender relations would have to come primarily from a change in masculine attitudes.

programa es que una vez adquirido un conjunto de conocimientos sobre sus cuerpos, los de sus esposos y los de sus hijos, sobre los riesgos, los procesos de salud-enfermedad y los servicios brindados por las clínicas y UMR, las mujeres tienen una posición de poder cada vez más favorable en relación con los varones. Sin embargo, la información sobre salud no necesariamente se vincula con el poder. Al focalizarse en las mujeres, el programa de capacitación puede provocar, como veremos, una situación de angustia ligada a la impotencia para transformar las prácticas sexuales de la pareja, el cuidado de los niños y la vida cotidiana. La situación de extrema pobreza impide también a menudo los cambios de alimentación promovidos por los talleres: por ejemplo, la mayoría de las familias no dispone de recursos para aumentar su consumo de frutas y verduras frescas, en muchas comunidades del distrito de Huajuapán de León donde la erosión y la deforestación han provocado la esterilidad de los suelos y, por tanto, el aumento en el consumo de alimentos de bajísima calidad nutricional.

Finalmente el llamado empoderamiento, y de manera general una mayor equidad en las relaciones de género tendría que provenir sobre todo de un cambio en las actitudes masculinas. El programa IMSS-Oportunidades ha sido incapaz de incorporar a los varones en la capacitación y la promoción de la salud. En Huajuapán de León el promotor nos narró cómo, después de un largo proceso de negociación con la asamblea de hombres de una comunidad mixteca, para acordar una hora en la que los hombres estarían dispuestos a participar en un taller de capacitación, llegó a la cita el día acordado a las siete de la tarde y estuvo esperando durante dos horas. Sólo dos hombres se apersonaron, con más de una hora de retraso, en el local donde tendría que llevarse a cabo el taller. El médico de Río Venado, en entrevista realizada en Juxtlahuaca, relató una experiencia muy similar en esa comunidad. Estas dos experiencias fueron presentadas como iniciativas aisladas de los capacitadores (médico y promotor); cabe señalar, sin embargo, la ausencia de un enfoque sistemático e institucional de capacitación y promoción hacia los varones, lo cual frena y contrarresta casi cualquier cambio de las relaciones de género en la comunidad.

Así, la insistencia en el empoderamiento de las mujeres a partir de la promoción de la salud se traduce, de hecho, en una reproducción de la división simbólica del mundo en masculino y femenino que priva en la mayoría de las comunidades rurales: el vínculo del hombre con su cuerpo se vuelve el de la sublimación; la fuerza viril se expresa en la negación misma del carácter natural y de la vulnerabilidad del cuerpo (Bourdieu, 1980:131), mientras que las mujeres son seres para otros, no se pertenecen a sí mismas; su cuerpo

The IMSS-Oportunidades program has been incapable of incorporating males into training and health promotion. In Huajuapán de León, the promoter narrated to us how, after a long negotiation process with the men's assembly in a Mixteca community, in order to convene on a time when they would be willing to participate in a training workshop, the time of the meeting arrived at seven pm, and he had to wait for two hours. Only two men showed up, with more than an hour of lateness, at the premises where the workshop was supposed to take place. The doctor from Venado River, in an interview carried out in Juxtlahuaca, related a very similar experience in that community. These two experiences were presented as isolated initiatives from trainers (doctor and promoter); however, it is worth to point out the absence of a systemic and institutional focus for training and promotion geared directed at males, which halts and thwarts almost any change in gender relations in the community.

Thus, the insistence in women empowerment as a result of health promotion is translated, in fact, into a reproduction of the symbolic division of the world into masculine and feminine, which prevails in most rural communities: the link between man and his body turns into sublimation; virile strength is expressed in the very denial of the natural character and vulnerability of the body (Bourdieu, 1980:131), while women are beings that belong to others, they do not belong to themselves; their body is alienated by the institution itself. In the IMSS, men appear sporadically when they suffer chronic-degenerative illnesses and they accept monitoring and control. In the Lower Triqui region, medical attention given to men almost always derives from political violence: healing of wounds caused by firearms or cutting objects. In all the communities, women are instead subject to constant monitoring⁶.

CONTROL AND VIGILANCE

Forms of vigilance and control of women are systematic. Thus, women who receive a grant from the Oportunidades program must attend workshops offered by the IMSS, approximately once a month or every three weeks. When they arrive at the workshop, assistance is taken. In case of absences, they are sanctioned by taking away up to 50% of their grant. Likewise, women are obligated to a counter-provision that consists of community work, such as painting or cleaning the houses of the health unit, clearing weeds from common areas, picking up garbage, etcetera.

Women of Oportunidades are captive clientele for the health promotion programs of IMSS-Oportunidades, not only because of their obligation to attend the training workshops, but also because they have to attend all

es alienado por la propia institución. En el IMSS, los hombres aparecen esporádicamente cuando sufren enfermedades crónico-degenerativas y aceptan tener seguimiento y control. En la región triqui baja, la atención médica brindada a los hombres deriva casi siempre de la violencia política: curación de heridas provocadas por armas de fuego u objetos punzocortantes. En todas las comunidades, las mujeres están en cambio sujetas a una visualización permanente⁶.

CONTROL Y VIGILANCIA

Las formas de vigilancia y control de las mujeres son sistemáticas. Así, las mujeres que reciben una beca del programa Oportunidades deben asistir a talleres impartidos por el IMSS, aproximadamente una vez al mes o cada tres semanas. Cuando llegan al taller, se les pasa lista. En caso de faltas, son sancionadas descontándoseles hasta 50% de su beca. Asimismo, las mujeres se obligan a una contraprestación que consiste en trabajo comunitario, como pintar o limpiar las casas de las unidades de salud, desyerbar áreas comunes, recoger basura, etcétera.

Las mujeres de Oportunidades son una clientela cautiva para los programas de promoción de salud del IMSS-Oportunidades, no sólo por su obligación de asistir a los talleres de capacitación, sino también porque tienen que acudir a todas las citas médicas y asegurarse de llevar a los niños, además de satisfacer los requerimientos de las promotoras y asistentes rurales en su comunidad. Las promotoras de salud constituyen un enlace fundamental para el sistema de control y vigilancia de los hogares y de los cuerpos de las mujeres. Cada una de ellas tiene bajo su tutela a una decena de vecinas que visita aproximadamente cada dos semanas, revisando baños y letrinas, asegurándose de que las mujeres tienen limpia su casa, hierven el agua o la cloran, desinfectan las verduras; también les recuerdan sus citas con el médico y para el taller de capacitación.

Para ilustrar los aspectos coercitivos del programa, haré referencia a la información obtenida a partir de la entrevista con Mariana, en el barrio de San Rafael, Huajuapán de León, al finalizar un taller de capacitación el día 27 de marzo de 2007: Mariana es madre soltera, tiene 20 años y un niño de tres. Su esposo se fue a trabajar a los EE. UU. y nunca regresó ni le mandó dinero. Sus hermanos viven también allá y ella vive con una hermana soltera en la cabecera municipal. Para sobrevivir, además de contar con apoyo de Oportunidades para alimentación, es trabajadora doméstica y vende productos de belleza de casa en casa. Cuando es día de asistir al taller, a su consulta o a la de su hijo, se ve obligada a pedir permiso en alguna de las casas; no siempre lo obtiene de manera que en distintas

their medical appointments and make sure to take the children for theirs, in addition to satisfying the requirements of female promoters and rural assistants in their communities. Female health promoters constitute a fundamental link for the control and vigilance system of women's homes and bodies. Each one of them has under their tutelage a dozen neighbors who she visits approximately every two weeks, checking bathrooms and latrines, making sure that the women have their house clean, boil or chlorate water, disinfect vegetables; they also remind them of their appointments with the doctor and of the training workshops.

In order to illustrate the coercive aspects of the program, I will refer to information gathered from an interview with Mariana, from the San Rafael neighborhood, Huajuapán de León, after she finished a training workshop on March 27, 2007: Mariana is a single mother, 20 years old, and has a three-year-old son. Her husband went to work in the US and never came back or sent any money. Her brothers also live there and she lives with a single sister in the municipal head. To survive, in addition to having support from Oportunidades for food, is a domestic worker and sells beauty products door to door. When it is the day to attend a workshop, a consult or one of her son's, she is obligated to ask for permission in one of the houses she works in; she does not always get it, so that in various occasions she has been sanctioned for skipping a workshop, with a 50% discount of her grant, or even all of it. Mariana presents evident signs of depression and she explicitly asks for support from the researchers, manifesting a feeling of anguish, anxiety over the work load, lack of money and the need to talk about her problems. However, during the workshop she remained silent. The child, at the same time, seemed to resent and reproduce the mother's angst and he did not stop sniveling during the two hours that the workshop lasted or during the long lapse that she had to wait to have her blood pressure and sugar levels checked with the medical intern. Mariana considers that the workshops do not help her solve her most pressing problems, such as hunger, sadness and loneliness. She also feels worried over the absences that she needs to justify at work or at the workshops and over childcare. Her biggest hope is to save enough money to go illegally to the US and seek a job there, but her evident physical and emotional vulnerability makes one fear an ill ending to this project.

The workshop that was offered that day to the women is training about prevention of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS. Evidently, this information can be vital for many women, but it does not respond to the specific needs of Mariana, who does not have

ocasiones ha sido sancionada por faltar a los talleres con el descuento de 50% y hasta la totalidad de su beca. Mariana presenta signos evidentes de depresión y pide explícitamente apoyo a las investigadoras, manifestando un sentimiento de angustia, agobio por la carga de trabajo, la falta de dinero y la necesidad de hablar de sus problemas. Sin embargo, durante el taller, permaneció callada. El niño, a la vez, parecía resentir y reproducir la angustia materna y no paró de lloriquear durante las dos horas que duró el taller así como en el largo lapso de tiempo que tuvo que esperar para pasar a chequearse la presión y el azúcar en la sangre con el médico pasante. Mariana considera que los talleres no le ayudan a resolver los problemas más acuciantes, como el hambre, la tristeza y la soledad. Se siente además preocupada por las faltas que tiene que justificar en el trabajo o en los talleres y por el cuidado de su niño. Su mayor esperanza es juntar dinero suficiente para pasar indocumentada a los EE. UU. y buscar allí trabajo pero su evidente vulnerabilidad física y emocional hace temer un mal desenlace de ese proyecto.

El taller que les ha sido impartido ese día a las mujeres es de capacitación sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. Evidentemente, esta información puede ser vital para muchas mujeres, pero no responde a las necesidades específicas de Mariana, quien no tiene ni tiempo ni disposición para tener pareja. En cambio, el apoyo económico le resulta indispensable y probablemente le sería de gran utilidad una terapia de grupo, o bien algún proyecto productivo en el que pudiera participar con otras mujeres.

Las entrevistas individuales y colectivas con las beneficiarias de los programas de Oportunidades muestran, en general, que la promoción de la salud viene a agregar una responsabilidad a mujeres agobiadas por un sinnúmero de obligaciones: en efecto, debido a la emigración de los hombres, la mayoría de las mujeres se ven obligadas a hacerse cargo de cuidar la milpa o trabajar. Muchas venden sus productos en ciudades cercanas a sus comunidades, además deben encargarse de las tareas domésticas, de los niños, o cumplir con el tequio que no pueden realizar sus esposos migrantes. Las mujeres indígenas simplemente no descansan, lo que evidentemente tiene repercusiones serias en su salud física y emocional.

La promoción de salud culpabiliza además a las mujeres, al relacionar los padecimientos y enfermedades de toda la familia con una forma de vida poco saludable, de las que ellas serían responsables. Las mujeres que asistieron al taller de capacitación en el barrio de San Rafael el martes 27 de marzo de 2007, son madres de niños menores de cinco años. Todas ellas, tienen que llevar regularmente a sus hijos a que los midan y pesen las enfermeras para determinar si

the time or disposition to have a partner. In contrast, the economic support is essential, and she could probably greatly benefit from group therapy or else some productive project in which she could participate with other women.

Individual and collective interviews with the beneficiaries of the Oportunidades programs show, in general, that health promotion adds a new responsibility to women who are already overwhelmed by a great many obligations: in effect, due to men's migration, most women are forced to take charge of caring for the *milpa* or working. Many of them sell their products in cities near their communities, and in addition they have to take care of domestic tasks, the children, or complying with the *tequio* (a form of communal work) that their migrant husbands cannot do. Indigenous women simply do not rest, which evidently has serious repercussions in their physical and emotional health.

Health promotion also lays blame on women, by relating the suffering and illnesses of the whole family with an unhealthy way of life, for which they would be responsible. Women who attended the training workshop in the San Rafael neighborhood on March 27, 2007, are mothers of children under five years of age. All of them have to regularly take their children to be measured and weighed by the nurses in order to determine whether they suffer from any level of malnutrition. The ones who come out of the visit with flying colors present themselves as proud of their achievements, while the others have to attend to complementary workshops about food preparation and baby food, in order to learn how to have healthy children. Again, workshop assistance by women with malnourished children is seen as a shameful sanction for women. Absence from these workshops also provokes a cut on the Oportunidades grant. The responsibility of a good diet for children also falls on the women, independently of the socio-economic and family conditions in which they find themselves.

ACCESS TO INFORMATION AND GENDER SUBORDINATION

The health promotion program implemented by IMSS-Oportunidades has the goal of improving nutrition and health of families through educational talks on diet, nutrition and disease prevention for women beneficiaries. Part of the assumption is that access to information about diet and hygiene habits or about ways of preventing degenerative or infectious-contagious diseases, allows not only the improvement of public health in rural areas of high marginalization, but also an increase in the autonomy and power of women. However, access to information does not automatically

sufren algún nivel de desnutrición. Las que salen airosas de la visita se muestran orgullosas de sus logros, mientras que las demás tienen que asistir a talleres suplementarios de preparación de alimentos y papillas para aprender a tener hijos saludables. Nuevamente, la asistencia a talleres para madres con hijos desnutridos es percibida como una sanción vergonzosa para las mujeres. La ausencia a dichos talleres provoca a la vez un recorte de la beca de Oportunidades. La responsabilidad de la buena alimentación de los hijos recae también sobre las mujeres independientemente de las condiciones socioeconómicas y familiares en las que se desenvuelven.

ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SUBORDINACIÓN DE GÉNERO

El programa de promoción de la salud implementado por IMSS-Oportunidades se propone mejorar la alimentación y la salud de las familias a partir de pláticas educativas sobre alimentación, nutrición y prevención de enfermedades a las mujeres beneficiarias. Parte del supuesto de que el acceso a la información sobre hábitos alimenticios e higiénicos o sobre modos de prevenir las enfermedades degenerativas o infecto-contagiosas, permite no sólo mejorar la salud pública en zonas rurales de alta marginalidad, sino también aumentar la autonomía y el poder de las mujeres. Sin embargo, el acceso a la información no provoca automáticamente estos resultados. Al contrario, cuando las mujeres carecen de medios para modificar las prácticas cotidianas (relacionadas con la alimentación, la sexualidad, la crianza de los hijos, etcétera) puede provocar una situación de ansiedad.

La información permitiría el empoderamiento de las mujeres a condición, únicamente, de que les fuera posible utilizarla para tomar decisiones y transformar la relación con los otros y con su entorno; es decir, si se transformara efectivamente en un capital cultural⁷. Por ejemplo, en el taller arriba mencionado, se brindó información gráfica y oral detallada sobre sintomatología ligada a distintas infecciones de transmisión sexual y sobre el uso de preservativos. Las mujeres efectuaron un simulacro de colocación del condón con un plátano. Finalmente, las investigadoras del proyecto Promoción de la salud desde una perspectiva binacional tuvimos un intercambio de opiniones con las 25 mujeres que asistieron al taller, la mayoría de ellas mixtecas, con esposo o familiares directos en EE. UU. Patricia, una colega investigadora de la Universidad de California, informó a las mujeres las dificultades que podemos tener para comunicarnos con el esposo antes de la relación sexual y convencerlo de la necesidad de usar el condón. Mientras que dos mujeres insistieron en la excelente comunicación que tenían con su esposo (sin afirmar por ello que usaban condón) la mayoría coincidió en señalar que no

have these results; on the contrary, when women lack the means to modify daily practices (related with diet, sexuality, childcare, etcetera), it can cause a situation of anxiety.

Information would allow to empower women under the condition, solely, that it could be within their possibilities to use it to make decisions and transform their relation with others and their environment; that is, if it could be effectively transformed into cultural capital⁷. For example, in the workshop mentioned before, detailed graphic and oral information was given about the symptoms linked to diverse sexually transmitted infections and the use of condoms. Women practiced placing the condom on a banana. Finally, the researchers from the project Health Promotion from a Binational Perspective had an opinion exchange with the 25 women who attended the workshop, most of them Mixteca, with a husband or direct family member in the US. Patricia, a fellow researcher from the University of California, informed the women about the difficulties that we can have when communicating with our husbands before a sexual relation and convincing him of the need to use the condom. While two women insisted on the excellent communication they had with their husbands (without claiming to use condoms), most coincided that they could not suggest to their partner the use of condoms, since that would provoke accusations of lack of trust or infidelity on their part. Thus, the women can know when, how and why they should use a condom, but they lack the power to convince their partner of using it⁸.

Many other examples allow us to see the distance there is between information transmission and practice in health promotion. For example, although adolescents with grants regularly take training workshops in the CARA⁹ and receive all sorts of information regarding birth control methods, teen pregnancy is still very frequent in the region.

TRADITIONAL KNOWLEDGE AND CULTURAL CAPITAL

Rural communities in the Oaxaca Mixteca have a tradition of health care through medicinal plants, healing, massages, cleansing rituals and *temazcal* baths. As López Austin (1980) points out, the indigenous peoples of Meso-America conceive the human body as a homeostatic or self-regulating system. The idea of wellbeing is linked to equilibrium with nature and with the community environment. Mixteca and Triquis peoples tend to look for causality in physical or emotional illnesses in mechanisms that break the cold-heat equilibrium of the body, eating disorders, sudden movements, alterations in the vital force and, in general,

podían sugerirle a su pareja el uso de preservativos, ya que eso provocaría acusaciones de falta de confianza o de infidelidad por parte de ellas. Así, las mujeres pueden conocer cuándo, cómo y por qué utilizar el preservativo pero carecen de poder para convencer a su pareja de usarlo⁸.

Muchos otros ejemplos nos permiten ver la distancia que existe entre la transmisión de información y la práctica en la promoción de la salud. Por ejemplo, a pesar de que los adolescentes becados toman regularmente talleres de capacitación en el CARA⁹ y que reciben todo tipo de información sobre métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente sigue siendo muy frecuente en la región.

CONOCIMIENTOS TRADICIONALES Y CAPITAL CULTURAL

Las comunidades rurales de la Mixteca Oaxaqueña tienen una tradición de atención a la salud a través de plantas medicinales, curas, masajes, limpiezas y baños de temascal. Como lo señala López Austin (1980), los pueblos indígenas de Mesoamérica conciben al cuerpo humano como un sistema homeostático o autorregulador. La idea de bienestar está ligada a un equilibrio con la naturaleza y con el entorno comunitario. Mixtecos y triquis suelen buscar la causalidad de las enfermedades físicas o emocionales en mecanismos que rompen el equilibrio frío-calor del cuerpo, desórdenes alimenticios, movimientos bruscos, alteraciones de la fuerza vital y, en general, en el desequilibrio o desbalance sufrido por el cuerpo, ya sea por fenómenos naturales (por ejemplo el “empacho”, provocado por alimentos que se quedan pegados en el estómago o el intestino, el “aire” que da frecuentemente a los niños o a las mujeres embarazadas) o socialmente provocados (mal de ojo, susto). Existe, en cada pueblo, una compleja clasificación de alimentos y bebidas de acuerdo con lo frío y lo caliente, de la que depende también la armonía del cuerpo con su entorno natural. En este sentido, es común también el uso del Temascal para restablecer el calor y la fuerza vital en el cuerpo o para evitar enfermedades. Estas prácticas y conocimientos han constituido un capital cultural que era ampliamente reconocido hasta muy recientemente en las comunidades. La partera, la hierbera, el curandero o el brujo eran personajes con un gran reconocimiento, respetados por todos en virtud de sus habilidades para el cuidado de los cuerpos y espíritus, la salud de las mujeres embarazadas, la atención de los partos y los recién nacidos. Casi todas las localidades mixtecas y triquis, sobre todo las más alejadas de clínicas y hospitales, tienen parteras que se encargan de atender embarazos, partos, puerperios y abortos. La partera es una figura de estatus,

in disequilibrium or unbalance suffered by the body, be it because of natural phenomena (for example, *empacho* which is provoked by foods that are stuck to the stomach or the intestine, or the “air” that frequently occurs to children or pregnant women) or socially provoked (bad eye, scare). There exists, in each town, a complex classification of foods and beverages according to hot and cold, upon which the body’s harmony with its natural environment also depends. In this sense, the use of the *temascal* is also common, in order to re-establish the heat and vital force in the body or to avoid illnesses. These practices and knowledge have built a cultural capital that was widely recognized until very recently in the communities. The midwife, herbalist, healing man or chaman were personalities with great recognition, respected by all by virtue of their abilities for taking care of bodies and spirits, the health of pregnant women, attending childbirth and newborn care. Almost all Mixteca and Triquis locations, especially those farthest away from clinics and hospitals, have midwives that are in charge of assisting pregnancies, childbirth, post-partum and abortions. The midwife is a figure of status, respected by the whole community; her function and knowledge are indispensable for all. She generally transmits her knowledge to a woman close to her family (daughter, niece or godchild). However, in our field work we were able to observe that there is a tendency towards the disappearance of midwives in many communities. For example, in San Miguel Cuevas, which is an hour away from the Santiago Juxtlahuaca hospital, there is only one 70-year-old midwife; she has not trained any family member and attends only a minimal number of births in the community. Formal education, migration and the progressive substitution of traditional knowledge with legitimate knowledge, taught by schools and the health system, have provoked the loss of this cultural capital in many rural communities.

Indigenous towns in the entity also have a rich tradition in knowledge and use of medicinal herbs. Both herbalists and healing men have developed their healing arts through practice and oral tradition. In the communities we visited, we were surprised to learn about the broad knowledge regarding the use and effects of plants that grow in the region; on the other hand, it was worrying to see the progressive loss of this tradition which has not been substituted by western medicine. Thus, the rural assistant of the Santa María town, a community of high migratory intensity near the municipal head of Huaujapan de León, pointed out to us the healing effect of various plants that grow in the area (in spite of deforestation). She also told us that most of the local population had ceased to use these plants due to the fact that they trusted more in

respetada por toda la comunidad; su función y sus conocimientos resultan indispensables para todos. Generalmente transmite sus saberes a una mujer cercana de su familia (hija, sobrina o ahijada). Sin embargo, en el trabajo de campo pudimos observar que existe una tendencia a la desaparición de las parteras en muchas comunidades. Por ejemplo, en San Miguel Cuevas, que se encuentra a una hora del hospital de Santiago Juxtlaahuaca, sólo queda una partera de 70 años; no ha formado a ninguna familiar y sólo atiende una parte mínima de los partos en la comunidad. La educación formal, la migración y la sustitución progresiva de los saberes tradicionales por los conocimientos legítimos, impartidos por la escuela y por el sistema de salud han provocado la pérdida de este capital cultural en muchas comunidades rurales.

Los pueblos indígenas de la entidad tienen también una rica tradición en el conocimiento y uso de hierbas medicinales. Tanto hierberos como curanderos han desarrollado sus artes curativas a través de la práctica y mediante la tradición oral. En las comunidades visitadas nos sorprendieron los amplios conocimientos sobre el uso y los efectos de las plantas que crecen en la región; por otro lado, nos resultó preocupante la pérdida progresiva de esa tradición que no ha sido sustituida por la medicina alópata. Así, la asistente rural del pueblo de Santa María, una comunidad de muy alta intensidad migratoria cercana a la cabecera de Huajuapán de León, nos señaló el efecto curativo de distintas plantas que crecen en la zona (a pesar de la deforestación). Relató también que la mayoría de la población local había dejado de usar esas plantas debido a que confiaban más en las medicinas. Al estar ella misma a cargo del dispensario de la UMR en la comunidad, nos informó que era muy frecuente la escasez o carencia de medicamentos como antibióticos y antihistamínicos, de tal manera que los pacientes tenían que interrumpir el tratamiento. Evidentemente ésto, a corto plazo, afecta la posible curación y la efectividad del medicamento, y a mediano plazo provoca la resistencia de bacterias a distintos antibióticos así como la multiplicación de alergias y enfermedades autoinmunes. Éste es sólo un ejemplo de la pésima sustitución de la medicina tradicional por la alópata.

Si consideramos este proceso de sustitución desde la perspectiva de las relaciones de poder, nos damos cuenta de que la pérdida de los saberes tradicionales implica también el desplazamiento de las hierbas, hierberos, curanderos y parteras como miembros de la comunidad, que han acumulado, a lo largo de siglos, un capital cultural y simbólico que los sitúa no sólo como líderes o figuras de prestigio, sino también como portadores de los saberes y de la cultura étnica. En su lugar se erigen hoy en día personajes como asistentes

medication. Since she was in charge of the UMR pharmacy in the community, she informed us that scarcity or lack of drugs such as antibiotics and antihistamines was very frequent, so that patients had to interrupt treatment. This evidently, in the short run, affects the possible healing and effectiveness of the medicine, and in the mid-term causes resistance of bacteria to different antibiotics as well as the multiplication of allergies and self-immune illnesses. This is only one example of the dreadful substitution of traditional medicine for western medicine.

If we consider this process of substitution from a perspective of power relations, we realize that the loss of traditional knowledge also implies the replacement of female and male herbalists, healing men and midwives, as members of the community who have accumulated, over centuries, a cultural and symbolic capital that situates them not only as leaders or prestigious figures, but also as bearers of knowledge and ethnic culture. In their place, figures such as rural assistants, doctors and nurses are raised today, whose knowledge is officially recognized, backed up by an institution and by the State, subordinate to the national and international political and biopolitical dynamic. This is definitely about the disappearance of a cultural capital and a symbolic capital which had given place, for years, to traditional leadership and which allowed a relative autonomy of the community in taking care of itself.

It is worth noting, finally, that the towns in the Lower Triqui are the ones that have presented the greatest resistance to transforming their customs in relation to health. There, the great majority of childbirths are assisted by midwives¹⁰. Many women have broad knowledge of herbs and attend their families for the most common ailments such as diarrhea and respiratory illnesses. There are also multiple practices of magical, supernatural or spiritual intervention, which range from card readings, the customs of sucking the body to extract the illness (*chupadores*) to cleansing rituals with herbs, hen eggs or incense (*copal*) (Mendoza, 2006; Rubel and Browner, 1999; Paris, 2006).

CONCLUSIONS

In spite of the high rates of migration to the USA and to the northwest of México, and therefore the reception of consignments, most women who live in rural communities of the Oaxaca Mixteca have to deal daily with scarcity or lack of basic goods such as food and medicine. In addition, the frequent absence of the husband obligates them to assume a great deal of labor and family tasks and responsibilities. Lack of work opportunities, land erosion, disappearance of rural and regional development policies, and the fall of agricultural

rurales, médicos y enfermeras, cuyos conocimientos son oficialmente reconocidos, respaldados por alguna institución y por el Estado, subordinados a la dinámica política y biopolítica nacional e internacional. En definitiva, se trata de la desaparición de un capital cultural y de un capital simbólico que dieron lugar, durante años, a liderazgos tradicionales y que permitieron una relativa autonomía de la comunidad en el cuidado de sí.

Cabe señalar, finalmente, que los pueblos de la triqui baja son los que han opuesto mayor resistencia a la transformación de sus costumbres en relación con la salud. Allí, la gran mayoría de los partos son atendidos por las parteras¹⁰. Muchas mujeres tienen un amplio conocimiento de las hierbas y atienden en sus familias los males más comunes como diarreas y enfermedades respiratorias. Existen además múltiples prácticas de intervención mágica, sobrenatural o espiritual, que van desde la lectura de cartas, la costumbre de chupar el cuerpo para extraer la enfermedad (chupadores) hasta las limpias con hierbas, huevos de gallina o copal (Mendoza, 2006; Rubel y Browner, 1999; Paris, 2006).

CONCLUSIONES

A pesar de las altas tasas de emigración a los EE. UU. y al noroeste de México, y por tanto de la recepción de remesas, la mayoría de las mujeres que viven en las comunidades rurales de la Mixteca Oaxaqueña tienen que enfrentar cotidianamente la escasez o carencia de bienes básicos como alimentos y medicamentos. Además, la ausencia frecuente del esposo las obliga a asumir una gran cantidad de tareas y responsabilidades laborales y familiares. La falta de oportunidades laborales, la erosión de la tierra, la desaparición de políticas de desarrollo rural y regional y la caída de los precios de productos agrícolas han llevado al aumento continuo de la emigración y a la dependencia de programas de tipo asistencialista como el de Oportunidades. Estos programas de gobierno no proponen alternativas laborales ni un desarrollo regional integral; son más bien un paliativo a la pobreza y responden a una estrategia para mejorar datos estadísticos sobre las condiciones socioeconómicas y de salud de la población, a fin de justificar presupuestos nacionales y préstamos internacionales.

El Programa Oportunidades plantea como uno de sus objetivos lograr la equidad de género y, de acuerdo con ello, canaliza los apoyos económicos a través de las madres de familia y da becas ligeramente superiores a las niñas que cursan grados de primero de secundaria en adelante¹¹. A cambio, exige contraprestaciones como la participación de las propias mujeres en tareas de limpieza y saneamiento de la comunidad, así como la participación en talleres de promoción de salud y asistencia a las consultas.

product prices have led to the continuous increase in migration and dependency on programs of welfare orientation such as Oportunidades. These government programs do not propose labor alternatives or integral regional development; they are rather a palliative to poverty and respond to a strategy to improve statistical data regarding socio-economic and health conditions of the population, in order to justify national budgets and international loans.

The Oportunidades Program sets out as one of its objectives to achieve gender equality and, in agreement with it, channels economic supports through family mothers and gives slightly higher scholarships to girls who study from the first year of secondary school and higher¹¹. In exchange, it demands counter-benefits such as participation of the women themselves in tasks of cleaning in the community, as well as participation in health promotion workshops and attending consults.

The conditions of gender oppression, extreme poverty and exploitation in which indigenous women live, as well as the accumulation of tasks and responsibilities, impede that the information received have an important impact on gender relations. Although in the mid-term the IMSS-Oportunidades program can have important achievements in terms of infectious-contagious or chronic-degenerative disease control, in the decrease of birth and infant mortality rates, the objective of gender equality, autonomy and self-determination of women to make decisions about their own bodies, seem goals impossible to reach – even in the long run – through this path.

- End of the English version -

Las condiciones de opresión de género, pobreza extrema y explotación en que viven las mujeres indígenas, así como la acumulación de faenas y responsabilidades, impiden que la información recibida tenga un impacto importante sobre las relaciones de género. Si bien a mediano plazo el programa IMSS-Oportunidades puede tener logros importantes en cuanto al control de enfermedades infecto-contagiosas o crónico-degenerativas, en la disminución de tasas de natalidad y de mortalidad infantil, el objetivo de la equidad de género, la autonomía y autodeterminación de las mujeres para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, parecen metas imposibles de alcanzar –incluso a largo plazo– por este camino.

Notas

¹Agradezco los comentarios de Bruno Lutz a una primera versión de este artículo. Agradezco también la ayuda de Prisca Martínez, Patricia

Zavella y Rebecca Hester con sus notas de campo. ♦ I thank the comments that Bruno Lutz made to a first version of this article. I also thank the help of Prisca Martínez, Patricia Zavella and Rebecca Hester with their field notes.

²Patricia Zavella, UCSC, Rebecca Hester (UCSC), Prisca Martínez (UAM-X), Sandra Luz Cortés y Ma. Dolores París (UAM-X). ♦ Patricia Zavella (UCSC), Rebecca Hester (UCSC), Prisca Martínez (UAM-X), Sandra Luz Cortés and Ma. Dolores París (UAM-X).

³Datos del Programa IMSS-Oportunidades están disponibles en www.imss.gob.mx ♦ Data from the IMSS-Oportunidades Program are available at www.imss.gob.mx.

⁴El promotor profesional ha cursado generalmente una carrera técnica, como asistente de salud comunitaria, o bien la licenciatura en trabajo social. ♦ The professional promoter has generally studied a technical career, as community health assistant, or else an undergraduate degree in social work.

⁵En San Miguel Cuevas las mujeres no pueden asumir los cargos. Los hombres pagan muchas veces para la realización del tequio a otros habitantes y, en ocasiones, cuando son electos para un cargo le solicitan a un familiar (padre, tío...) que los sustituyan. En entrevista con un miembro del comité de salud, quien vive desde hace más de veinte años en Fresno, California, con su esposa y sus cinco hijos, éste nos relató que había regresado a San Miguel Cuevas durante un año para cumplir su cargo en dicho comité. En anteriores cargos, había sido reemplazado por su padre, pero en esta ocasión era un requerimiento saber leer y escribir y hablar bien el español, por lo que se vio obligado a dejar su trabajo y a su familia en Fresno y regresar a cumplir (Marzo de 2007). ♦ In San Miguel Cuevas, women cannot assume these charges. Men many times pay other inhabitants to carry out the *tequio* and, on occasions, when they are elected for a charge, they ask a family member (father, uncle...) to stand in for them. In an interview with a member of the health committee, who has lived for more than twenty years in Fresno, California with his wife and five children, he related how he had gone back to San Miguel Cuevas for a year to fulfill his charge in the committee. For previous charges, he had been replaced by his father but in this occasion it was a requirement to know how to read and write and speak Spanish well, which is why he was forced to leave his work and family in Fresno and go back to comply (March, 2007).

⁶Nos llamó la atención, en la visita a clínicas del IMSS y entrevistas con personal de salud, la insistencia y casi obsesión en la necesidad de realizar regularmente visualizaciones a las mujeres para detectar posibles casos de vaginitis. Curiosamente, coincidían también los médicos en que la detección de este tipo de enfermedades raramente conduce hacia la curación, debido a que los hombres se niegan a seguir el tratamiento con el argumento de que ellas son las que están enfermas. En otros términos, las continuas visualizaciones no tienen efecto más que sobre los sentimientos de dignidad de las mujeres. ♦ Our attention was caught, during visits to IMSS clinics and interviews with health personnel, to the insistence and almost obsession upon the need to carry out monitoring of women to detect possible cases of vagina inflammation. It was curious that doctors also agreed that detection of these kinds of illnesses rarely lead to healing, because men refuse to follow treatment with the argument that it is the women

who are sick. In other words, continuous visualizations do not have any effect except on the women's feelings of dignity.

⁷La idea de "capital cultural" propuesta por Pierre Bourdieu tiene su origen en la teoría del poder como energía, desarrollada por Bertrand Russel, y su idea de poder como energía. El capital cultural sería una forma de energía que puede acumularse (obviamente vinculada con el poder), manifiesta y expresa en conocimientos legítimos, oficializada a través de sistemas de producción de los productores como el sistema escolar, los sistemas de explicitación de los códigos y de las tecnologías de conservación y transmisión del capital: títulos escolares, investigación científica, divulgación por medios reconocidos, etcétera. De acuerdo también con Bourdieu, las formas de capital (cultural, simbólico, político o económico) son mutuamente convertibles. De esta manera, el conocimiento y la información constituyen un capital cultural en la medida en que son reconocidos y legitimados, pero también si pueden convertirse en capital económico o en capital político (Bourdieu, 1980). ♦ The idea of "cultural capital" proposed by Pierre Bourdieu has its origin in the theory of power as energy, developed by Bertrand Russel, and his idea of power as energy. Cultural capital would be a form of energy that can be accumulated (obviously linked to power), which manifests and expresses legitimate knowledge, made official through systems of production used by producers such as the school system, systems of code explicating and technologies of conservation and capital transmission: school titles, scientific research, diffusion through recognized media, etcetera. According also to Bourdieu, forms of capital (cultural, symbolic, political or economic) are mutually convertible. This way, knowledge and information constitute cultural capital to the degree that they are recognized and legitimized, but also if they can become economic or political capital (Bourdieu, 1980).

⁸Coinciden los médicos responsables de las Unidades Médicas Rurales a las que asistimos, en señalar que si bien tienen preservativos en la clínica, éstos son solicitados muy raramente por la población. Generalmente son los hombres muy jóvenes y solteros los que acuden a pedirlos. ♦ The doctors in charge of the Rural Medical Units which we visited coincide in pointing out that although they have condoms in the clinic, these are very rarely requested by the population. Generally it is very young and single men who present themselves to request them.

⁹Los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) imparten talleres de capacitación y promoción de salud a los niños y niñas que cursan la secundaria y el bachillerato con beca de oportunidades. ♦ Centers for Rural Attention for the Adolescent (CARA) impart training and health promotion workshops to children who study secondary school and high school with an Oportunidades scholarship.

¹⁰El médico de Río Venado nos señaló, en entrevista, que atendía menos de un parto de cada diez, debido a que los hombres siguen negándose, en su mayoría, a que otro hombre vea a su esposa. ♦ The doctor in Venado River pointed out to us, in an interview, that he assisted less than one childbirth out of ten, due to the fact that men still refuse, in their majority, for another man to see their wives.

¹¹Por ejemplo, las mujeres que cursan primero de secundaria recibían, en 2006, \$370 contra \$350 para los hombres en el mismo nivel

educativo. ♦ For example, women who study the first year of secondary school received, in 2006, \$370 against \$350 for men in the same educational level.

LITERATURA CITADA

- Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*, Paris, Les éditions de Minuit. 475 p.
- Foucault, Michel. 1976. *Historia de la sexualidad I. La Voluntad de saber*, México, Siglo XXI. 200 p.
- Foucault, Michel. 1992. *Genealogía del racismo*, Madrid, La Piqueta. 282 p.
- López, Austin Alfredo. 1980. *Cuerpo Humano e Ideología. Las Concepciones de los Antiguos Nahuas*. México, UNAM. 824 p.
- Lutz Bachère, Bruno. 2007. *Biogobernanza del campesino mexicano*. Sin publicar. 39 p.
- Mendoza, Zuanilda. 2006. Saberes de mujeres y varones triquis respecto de la crianza de sus hijos: cambios y continuidades generacionales. *In: Salud colectiva*. Vol 2, No. 001. Buenos Aires, enero-abril. pp: 47-59.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2006. Promoción de la salud. Seguimiento de la Sexta Conferencia Internacional de promoción de la salud. Informe de la Secretaría, Ginebra, 16 de enero. Consejo Ejecutivo, 117ª reunión. 4 p.
- París Pombo, María Dolores. 2006. *La Historia de Marta. Vida de una Mujer Indígena por los Largos Caminos de la Mixteca a California*. México, UAM- Xochimilco. 103 p.
- Rubel, Arthur, y Carole H. Browner. 1999. Antropología de la salud en Oaxaca. *In: Alteridades* 9 (17). México, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa. pp: 85-94.
- SSA (Secretaría de Salud y Asistencia). 2001. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México. 206 p.
- Vizcarra Bordi, Ivonne. 2007. Gobernabilidad foxista: las poblaciones vulnerables (mujeres) en la seguridad alimenticia. *In: El cambio en la sociedad rural mexicana ¿Se valoran los recursos estratégicos? Volumen 1 Los actores sociales del México rural frente a procesos políticos excluyentes: diversidad de impactos y respuestas*, Lutz, B., y S. Zendejas. México. AMER, Juan Pablos, UAM, CONACyT, UNAM y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. pp: 299-326.