

MUDANZAS

**DIEZ ENTREVISTAS CON PROFESIONALES DE LA
MEDICINA QUE PREFIRIERON PROMOVER LA SALUD**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Dra. Tania Hogla Rodríguez Mora
RECTORA

Mtro. César Enrique Fuentes Hernández
COORDINADOR ACADÉMICO

Museógrafo Fernando Fco. Félix y Valenzuela
COORDINADOR DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

Ángeles Godínez Guevara
RESPONSABLE

Ana Beatriz Alonso Osorio
Daniel Valentin Cruz
Florina Piña Cancino
Miguel Napoléon Estrada Serrano
Sergio Javier Cortés Becerril
Verónica Durán Carmona

MUDANZAS

DIEZ ENTREVISTAS CON PROFESIONALES DE LA MEDICINA QUE PREFIRIERON PROMOVER LA SALUD

Andrea Angulo Menassé

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

Angulo Menassé, Andrea, autora.

Mudanzas : diez entrevistas con profesionales de la medicina que prefirieron promover la salud / Andrea Angulo Menassé. — Primera edición. -- México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2022

131 páginas ; 21 cm.

ISBN 978-607-8840-73-1

1. Promoción de la salud. -- 2. Aspectos de la salud — Ejercicios. --- I. t.

LC RA451

Dewey 613

Mudanzas. Diez entrevistas con profesionales de la medicina que prefirieron promover la salud, primera edición, 2023

D.R. © Andrea Angulo Menassé

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México

García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,
06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8840-73-1

https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca_Estudiante

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

*Dedicado y en memoria de Esther Althaus Roffé, porque
fue luciérnaga de luz de tantas Mudanzas, conmigo.*

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no hubiera sido posible sin el trabajo comprometido del equipo de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) anotados en el servicio social «Trayectorias Diversas, de la clínica a la promoción de la salud» compuesto por estudiantes y egresadas de la Licenciatura en Creación Literaria y Promoción de la salud: Irene Esteban Narciso, Nayeli Jazmín Idelfonso, Cynthia Elena Corona, Leticia Rosas Romero y Samuel Juárez López. Todos ellos y ellas participaron en las entrevistas, transcripciones, ediciones, investigación, redacción y corrección de estilo de cada capítulo.

Gracias también a Jezreel Salazar que aceptó la complicada tarea de ser el primer lector del borrador final.

INTRODUCCIÓN

¿Cuáles son los «demonios» de los estudiantes en una Universidad reciente, que propone licenciaturas nuevas, para aportar a resolver los viejos problemas de una realidad que no alcanza a sanarse con las disciplinas de antaño?

¿Cuáles son los fantasmas de muchísimos jóvenes de un país como México, en una de las peores crisis de su historia, donde las «mejores» y a veces únicas oportunidades de vida sustentable no provienen de la educación sino de la ilegalidad?

Y en este contexto, ¿en qué se ven trabajando los recientemente licenciados, o estudiantes aún, de una carrera que dice promover la salud? ¿Qué salud?, ¿de quién?, ¿en dónde?, ¿con qué sostenibilidad?, ¿haciendo qué?, ¿desde qué posición frente a los médicos que acumulan todo el capital simbólico en el campo de la salud?

Varios intentos se han hecho para responder a estas y otras apremiantes preguntas vitales: desde otros libros académicos y de texto, hasta encuentros, foros, páginas electrónicas, blogs, proyectos de servicio social, congresos, trabajos de investigación, etcétera. Este libro representa uno más y busca contribuir como pieza complementaria, al *collage* identitario del promotor de la salud profesional.

Pero, ¿cuál es el recorrido que justifica y explica este viraje? ¿En qué sentido un libro de entrevistas a médicos es valioso para este fin? Hay que considerar que, desde el inicio de la licenciatura, los estudiantes escuchan que el objeto de estudio de los médicos es diferente al de los promotores; los primeros estudian la enfermedad mientras que el objeto de transformación de los promotores, es la salud.

Muchos de los actuales promotores de la UACM, comenzaron su camino por la salud buscando más bien ser médicos. Este es un texto para ellos, para todos aquéllos que sienten que perdieron la oportunidad de estudiar una carrera con mucho prestigio y trascendencia social. El objetivo de este texto es presentar la experiencia y reflexión de diez profesionales de la medicina que, en su camino por el estudio de la enfermedad, se encontraron con la salud y optaron por ésta última.

El proyecto de escribirlo nació después de escuchar y conocer a la doctora y activista en salud América Bracho, quien transitó de la medicina clínica a la salud pública y de ésta a la promoción de la salud, porque entendió que seguir siendo médica no le permitiría cambiar las condiciones que generaban la mayoría de las enfermedades. A continuación presentamos fragmentos de una de sus conferencias para ejemplificar el espíritu que guio este recorrido.

Mi nombre es América Bracho y soy de Venezuela; crecí en Caracas pero nací en el este. Provengo de una familia de clase media y mis papás, que eran profesores, compartían las historias de sus alumnos durante la comida y la sobremesa; contaban de los niños que no tenían zapatos para ir a la escuela, que no tenían para desayunar. Eso me impactaba mucho porque lo escuchábamos mientras nosotros comíamos y teníamos zapatos. Toda mi vida se desarrolló en la presencia de muchas contradicciones y desigualdades: crecíamos en una casa donde teníamos oportunidad de tener tiempo libre y posibilidades de recreación, en medio de niños que no lo tenían y mi papá, que era maestro de química, decía que la neutralidad era un concepto bioquímico pero que las personas no podíamos ser neutrales. En

algún punto entendí lo que Paulo Freire decía: que la conciencia incrementa en la presencia de las contradicciones. Por eso han sido bienvenidas en mi vida. Me han permitido preguntarme: ¿por qué mis hijos tienen un parque donde jugar y los hijos de las mamás del barrio de junto no? He usado las contradicciones para que me ayuden a abrir mi cabeza. Practiqué medicina en la Venezuela rural donde había mucha pobreza y donde las comunidades eran muy creativas para solucionar sus problemas, pero me cansé de ver a los mismos niños en el consultorio con una diarrea diferente cada semana.

Me acordé cuando en un taller con Freire alguien dijo algo sobre las «enfermedades tropicales» y Paulo Freire le contestó: «ésas no existen; existen enfermedades de la pobreza, que algunos llaman *enfermedades tropicales*, pero hay cualquier cantidad de personas viviendo en el trópico que nunca tendrán estas enfermedades. No se necesita estudiar medicina para saber que esto es así».

Y, ¿a qué me invita eso?, ¿qué está sucediendo? Hemos sido educados en la escuela y la universidad para no pensar mucho en ello. No hacer de estos casos algo personal. Tratar números de incidencia y estadística. Y tenemos la opción de seguir preparando agua con sal al infinito para combatir las diarreas pero yo decidí dejar de hacerlo. Decidí dejar de tratar las diarreas a base de sueros de agua de sal. Que otros sigan haciendo eso: yo quiero hacer salud pública y hacer algo con eso que han llamado «justicia». Quiero estar cerca de la persona que tiene el poder para decidir sobre el presupuesto, cerca de los que tienen el poder de poner una clínica en los barrios donde no hay servicios, quiero estar cerca de la persona que decide poner una cantina o una tienda de alcohol en las colonias más pobres, para impedirselo. Y sé que no voy a estar ahí sola, quiero estar ahí con 3000 personas de esa comunidad y quiero saber si ellos están de acuerdo con esas decisiones. Cansada de que me pidan balas mágicas: el condón, el agua con sal, el prozac, dije no, lo que quiero hacer es invitar y conversar con las personas en calidad de equipo y no en calidad de «pacientes».

Así que me mudé a California a tratar de hacer una organización que trabajara desde otro paradigma, que cambiara la manera tradicional de trabajar y entender qué es la salud y qué significa cuidarla. Creamos Latino Health Access (LHA) hace 20 años. Me impresionaba que las estrategias que se implementaban para resolver los problemas estuvieran siempre en manos de las personas que no sufrían de esos problemas, ni vivían en las comunidades en donde eso era un problema.

Por eso cuando creamos LHA decidimos invitar a la mesa a discutir a otro grupo de expertos: las mamás que tienen que lidiar con que las escuelas de sus hijos son mediocres, que viven en las comunidades donde no hay servicios de salud ni tampoco comida o parques.

LHA tiene 42 promotores comunitarios que viven en la comunidad: su trabajo es transformarla, tienen un salario para hacer cambios sociales al interior de sus barrios. Reclutamos corazones y capacitamos mentes, porque si se hace al revés, si el corazón no está en el proyecto, les va a ser muy difícil transformar la realidad. Se trata de capacitar personas que puedan facilitar la reflexión colectiva de más personas y analizar los problemas para mejorar la vida de su comunidad.

En vez de seguir hablando de las personas como «pobres» o como «personas sin recursos» les ofrezco una historia alternativa: son todas, personas con esperanza, que apuestan al cambio y la transformación, esa y no la otra, es la única historia que realmente puede modificar el sistema de salud en los países.¹

¹ La traducción es propia. Los videos de América Bracho se encuentran disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=jxCG6d4LiGQ> y en <https://www.youtube.com/watch?v=iblvuaNrJo&t=411s>

Decidimos entrevistar a otras médicas y médicos como ella y contar su proceso, los momentos o eventos, que se les presentaron en la vida y les invitaron a trabajar por la salud y la dignidad de las personas a través del trabajo colectivo. El resultado es esta compilación de conversaciones sobre experiencias enmarcadas en lugares y momentos paradigmáticos de la historia de América Latina: los años sesenta y la anticoncepción como nueva herramienta en la vida de las mujeres y sus parejas, la revolución en Nicaragua, la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) donde se integraron intelectuales comprometidos que trabajaban en organizaciones de base, el movimiento estudiantil del 68, la proliferación de Organizaciones No Gubernamentales, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional y otros hitos de la historia del siglo XX y principios del XXI en México y América que han conformado la vida cotidiana, tal cual la conocemos ahora.

La manera de seleccionar a las entrevistadas estuvo regida preponderantemente por un criterio personal y subjetivo: «Invité a personas que conocía y quería de cerca, o que no conocía tanto pero admiraba de lejos. Invité a aquellos cuyas vidas y decisiones me parecían un enigma, un acertijo o una ventana al mundo» (Dresser, 2004).

Aunque a esta obra la nutren historias diversas, todas tienen por lo menos una característica común: han decidido que, ante las limitaciones de la medicina clínica, es menester invertir sus talentos en mirar la base del iceberg, río arriba, como diría David Werner:²

Había una vez un pueblo con un gran río que nacía en la montaña y corría hacia abajo. Vivían en armonía hasta que comenzaron a encontrar niños en la parte de abajo que caían en la poza y no sabían nadar. Muchos años pasaron los pobladores pendientes de rescatar a los niños que caían en la poza para que no murieran ahogados, hasta que decidieron en conjunto cambiar la estrategia: en vez de rescatar a los niños río abajo, intervenir su energía río arriba, para investigar quién los estaba echando e impedirlo. Esta metáfora ha servido para ejemplificar el trabajo de la medicina clínica (los que rescatan a los niños que cayeron) y de la salud colectiva y promoción de la salud que prefieren irse río arriba.

Bienvenidos entonces a este recorrido. Puede ser un camino que se decida emprender linealmente un capítulo tras otro, o salteado, sólo leyendo los testimonios que les parezcan más interesantes.

² David Werner es autor de *Donde no hay doctor* y *Promover la salud*. Por varias décadas Werner fue facilitador en el Proyecto Piaxtla, un programa comunitario de atención primaria en Ajoja, San Ignacio, Sinaloa. Basado en este proyecto nació también el programa PROJIMO un programa de rehabilitación comunitaria liderado por jóvenes con alguna discapacidad en el Occidente de México.

I. BENNO DE KEIJZER

«YA NO ME DEDICO A LA MEDICINA, ME DEDICO A LA SALUD, LO QUE ME PARECE MÁS IMPORTANTE»

Era una vacación de verano en el Estado de México cuando Benno, desde la ciudad de Xalapa, Veracruz, aceptó que le llamara por skype para hacerle una entrevista sobre su trayectoria como médico, acupunturista, promotor de la salud y activista en salud y género. Probablemente, y sin saberlo, en pleno 2018 estábamos practicando lo que sería el medio de comunicación más intenso y casi único en el universo pandémico que empezó en 2019.

La entrevista fluyó armónicamente porque era un día soleado, porque el internet estuvo de buen humor y porque el cariño añejo que conectaba los dos lados de la pantalla se notaba por los cables invisibles de la virtualidad, haciendo de la distancia, un puente.

Benno ha sido uno de los primeros y más importantes teóricos que han vinculado la salud con la masculinidad hegemónica en México y ahora, también ha tomado la pluma para explorar el terruño al que la medicina narrativa invita. Como parte de un taller en el que escribió sobre su origen, su padre y su madre:

El tren hace su arribo un poco atrasado en la estación Nimega, en Holanda. Ella sube y busca un asiento en el segundo vagón junto a una ventana. Es un día más de los que se repiten rutinariamente en esos tiempos de la ocupación alemana durante la Segunda Guerra. Va a su trabajo «¿forzado?» hacia la fábrica a unas pocas estaciones. Es alta, rubia y con unos ojos profundos, inquisitivos, traviesos. Él se sube en la estación siguiente: alto, robusto, de gran nariz y de fácil sonrisa, con una frente que ya anuncia la calvicie hereditaria. Sin muchas dudas se sienta frente a ella, quedando separados por una mesita. Trae consigo un pequeño maletín. Después de un rato, él saca una servilleta que coloca a modo de mantel. Luego un cuchillo, pan y queso Gouda. Le ofrece compartir, con amabilidad. «No gracias señor, ya desayuné». Él va logrando sacarle plática y, sí, es simpática. Va bastante más lejos y ella comienza a despedirse puesto que baja en la siguiente estación. Intercambian nombres y se despiden. Él toma nota del lugar donde se baja. Queda prendado, tanto, que decide regresar días después a buscarla en el mismo tren y la misma estación. Pregunta por la fábrica hasta dar con ella. Cuatro hijos y siete décadas después yacen juntos. Dos personas de realidades, religiones y linajes distintos, se suben el mismo día al mismo vagón del tren y quedan frente a frente.

Benno de Keijzer Folker es uno de esos cuatro hijos. Pionero de los estudios sobre los procesos de salud/enfermedad y las desigualdades de morbimortalidad entre hombres y mujeres ha estudiado cómo los mandatos de género generan malestar, síntomas y cuadros patológicos específicos.

Su licenciatura en medicina por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se vio fuertemente complementada con una formación seria en Antropología en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Su posterior doctorado en Salud

Mental Comunitaria le permitió sistematizar sus intuiciones, así como publicar sus resultados sobre la relación entre la experiencia de ser hombre en México y los problemas de salud mental:

Bueno, la historia sobre mi experiencia, que he ido recuperando, es que fui de los pocos que le sirvió la clase de orientación vocacional que daban en la preparatoria; en una de esas visitas terminamos hablando con Manuel Espinosa Iglesias y nos llevaron al Hospital Juárez; unos meses antes, yo había hecho un trabajo de voluntariado social con un maestro de física en la prepa, con quien íbamos a una comunidad; ahí lo que hicimos fue armar una biblioteca. Esa experiencia de trabajo social creo que fue importante. Yo me veía estudiando trabajo social. Cuando le dije a mi papá, se negó. Mi padre era «empresario», y yo representaba para él la posibilidad de que retomara la empresa familiar: la McGregor; él era gerente. Cuando le planteé que quería estudiar trabajo social, sin tener claro totalmente qué significaba, me espetó que me iba a morir de hambre y de alguna forma eso me impactó. Con la visita al Hospital, y que no me desmayé, incluso al ver una pierna cortada de un diabético, encontré que ésa podía ser una manera más valorada, familiar y socialmente, de hacer trabajo social. Me inscribí en la UNAM, y dos años después del 68, el estudiantado dio portazo y entramos cerca de 5000 estudiantes. Antes no dejaban entrar a más de 1000 pero había tal presión política y con suficiente culpa del gobierno de Echeverría como para no limitar la matrícula en las Universidades; así entramos muchísimos estudiantes a la Facultad de Medicina. Creo que fue la única generación en la que entramos tantos.

Yo sabía que iba a entrar en una trayectoria donde todo lo biomédico pesaba mucho y así fue. A las 7 de la mañana ya estaba tomando clase de anatomía y memorizando los orificios por donde pasan los nervios en el cráneo, pesadísimo; pero compensado con fisiología que me pareció fascinante. Desde el primer semestre me inscribí de oyente por las tardes a la ENAH, porque pensaba que de alguna manera tenía que balancear mi formación con la cuestión social. Entré con la perspectiva de salir como médico general, no hacer una especialidad. Me veía, idealmente, en un pueblito atendiendo a la gente que pagaba con una gallina o un huevo, a imagen y semejanza de mi poca experiencia comunitaria que había tenido en la prepa de servicio. Había leído ya la vida de Albert Schweitzer¹ quien se había ido a trabajar con la gente con lepra en África, esa fue una influencia. Las clases de medicina social las impartían burócratas del IMSS o del ISSSTE que eran malísimos. Psicología médica era interesante, pero la visión social prácticamente no existía, incluso algunos maestros con currículum paralelo hablaban de tips para cuando nos dedicáramos a la medicina privada: «tocarle el bolsillo del pantalón al paciente para saber cuánto podía pagar». La visión biomédica, más la visión no muy humanista de parte de los médicos, me parecía importante balancearla con la parte de la antropología. Eso me conectó más con experiencias y gente que ya venía haciendo trabajo social en

¹ Albert Schweitzer fue un médico, filósofo, teólogo y músico franco alemán, misionero médico en África y Premio Nobel de la Paz en 1952. Fundó y mantuvo el Hospital Albert Schweitzer en Lambaréné, al oeste de África central, en aquel tiempo todavía África ecuatorial francesa. Era tío carnal del filósofo y escritor francés Jean-Paul Sartre.

Chiapas, por ejemplo, en San Cristóbal y cómo desmitificar un poco la visión idílica de los indígenas. Me di cuenta de toda la problemática que atravesaba esa población y la situación de las comunidades en los años 70 al 72.

Cuando entré a hacer guardias no pude seguir yendo a la ENAH, pero me ayudó mucho lo que estuve viendo; me fui juntando más con otra gente que buscábamos, por otra vía, nuestras formaciones como médicos. De todos ellos, ninguno hizo especialidad, una hizo medicina familiar en el IMSS, pero los otros nos dedicamos a cuestiones alternativas. Había compañeros que desde el primer semestre ya decían: «voy a ser neurocirujano», desde el pedestal. Luego, uno pasaba por neurocirugía y veía cómo quedaban las pobres personas. En esa época, prácticamente, todo el mundo tenía la perspectiva de la clínica privada a pesar de estudiar en la UNAM.

Terminando la carrera, tuve la fortuna de tener una compañera costarricense y hablaba bellezas idílicas de su tierra; a la carrera sólo entraban 60 u 80 estudiantes y había posibilidades de hacer el internado allá. En mi afán de ser el mejor médico general posible, sabía que quedándome en la ciudad habría mucha teoría, poca práctica y la que tuviéramos estaría sin supervisión; así que le tomé la palabra y me fui a Costa Rica a hacer el internado. [Allá] me casé y me contacté con el Hospital «Sin paredes: el Hospital San Ramón» y eso me marcó mucho [porque implicó] pasar de esta visión idealizada del médico, a una visión de trabajo en educación, promoción y prevención en salud, ya en serio.

Me fui tres meses extra a hacer trabajo en San Ramón, participando muy activamente. La ideología del programa era que los servicios de Hospital debían salir a comunidad, cada quince días llegaba la brigada con pediatra, laboratorio y ahí mismo les dábamos resultados; se hacían semanas interactivas con actividades lúdicas, pláticas apoyadas con diapositivas y un mago, ya viejo, contratado por el programa como asistente que tenía todo un espectáculo, utilizaba la magia para explicar cuestiones de salud. Por ejemplo, a embarazadas o sobre la trayectoria de un alcoholico. Esto fue inspiración de un médico, poeta y loco, el Dr. Juan Guillermo Ortiz que contrató a un educador en salud y a un pediatra salubrista, con una visión más de educación popular, de educación participativa. Con Jaime, comenzamos a hacer auditorías de fallecimiento, donde participaba la comunidad y el personal de salud para poder sacar en claro las causas fisiológicas y las causas sociales de los decesos que él, como pediatra, consideraba prevenibles. Se trataba de que esas estadísticas sirvieran para encontrar maneras de mejorar los programas. Esa experiencia a mí me influyó muchísimo, me puso en el ámbito de la promoción de la salud y de la salud pública.

El proyecto *Hospital sin paredes* se inició en Costa Rica en 1950, en el Centro de Salud Palmares. Propuso cambiar el sistema tradicional de Hospital cerrado y con misión puramente curativa por un Hospital de «puertas abiertas», proyectado a la comunidad con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo-curativo. Hoy en día, sigue promoviendo la conciencia comunal para que se busquen soluciones integrales a través de acciones coordinadas que se dirijan al ámbito de la salud y el desarrollo, por medio de una organización que agrupe representantes de todos los sectores sin distinciones políticas o religiosas.

La experiencia *Hospital sin Paredes* es una de las más antiguas y originales que se conocen en Costa Rica. Se trata de una práctica social, gestada y desarrollada desde la base del sistema de salud sin involucramiento del Estado y con carácter e interés popular, donde son las demandas y las necesidades planteadas por las comunidades, las que marcan la agenda y establecen las prioridades de uso y gestión de los recursos que vía la Asamblea Legislativa se financia.

En conjunto con otras instancias locales, en el Hospital San Ramón se desarrollan programas con la intención de mejorar las condiciones de vida de la población, mediante programas que trascienden por mucho lo curativo: vivienda, nutrición y protección del medio ambiente; haciendo válido el derecho a la salud, con una real participación comunitaria. Se ha integrado al equipo un personaje multifacético que funciona como mago, prestidigitador, compositor de música, etcétera, entregando contenidos educativos con «el circo de salud, bailes sin alcohol o exposiciones artesanales de la salud».

Después de esa experiencia regresé a México, aquí ya me estaban esperando para el servicio social que hice en Tlaxcala. Había un programa piloto en varias comunidades y me fui ahí por la posibilidad de tener un servicio social más supervisado y más en contacto con otros pasantes, haciendo actividades de planificación familiar. De ahí, como estaba casado con una costarricense, me regresé a Costa Rica. Hicimos otro servicio social juntos en San Ramón, esta vez en la zona más alejada, y nos quedamos un año dando consultas, participando en campañas, conectados con una buena cantidad de refugiados nicaragüenses que en ese momento estaban huyendo de Somoza. Hicimos un trabajo más político y poco a poco empezamos a conocer más gente. Fuimos dos semanas al Hospitalito «Clandestino» porque todo el mundo lo sabía; en la frontera con Nicaragua, te decían: ¿Cuál hospital busca? ¿El seguro social o el de los nicaragüenses? De ahí, se vino el triunfo de la revolución en Nicaragua, justo cuando estábamos terminando nuestro servicio social. Otro chileno nos dio chamba en cuestiones de salud ocupacional, nos dijo que si no queríamos irnos a Nicaragua y nos fuimos como brigada interdisciplinaria. Nos quisieron desmembrar como equipo porque se necesitaban recursos en muchos lados, pero nos mantuvimos juntos. Era una brigada que, en principio, se renovaba cada quince días, nosotros nos quedamos tres años. Ya estando en Nicaragua dijimos: «Aquí es donde se está haciendo salud pública de la que nos gusta y esta experiencia, sino la vivimos ahorita, no la volveremos a vivir», pues era un tipo de salud pública donde el elemento central era el contenido de participación social y popular fuerte. Fue una vivencia tremenda trabajar con decenas de miles de personas, de manera simultánea en todo el país: en campañas, haciendo un trabajo voluntario espectacular, con las organizaciones. Con nosotros estuvo Rius, quien también fue a hacer trabajo voluntario a Nicaragua; él fue modesto, trabajando y diseñando unos cuadernos que se publicaron por miles, en la campaña.

Nosotros contactamos a la gente dedicada a la educación popular, la red «Alforja». Asistimos a un taller de esta metodología, pasamos a ejercer más la educación popular, a diseñar materiales dialogando con la gente. Logramos hacer un diseño participativo que iba muy en consonancia con lo que se había hecho en la Campaña Nacional de Alfabetización. La siguiente gran campaña fueron las Jornadas Nacio-

nales de Salud, entonces nos jalaron para idear, diseñar e implementar otras Jornadas, durante los dos siguientes años en todo el país, en comunicación y promoción.

La Red Alforja es una red que articula el trabajo de siete organizaciones no gubernamentales de Centroamérica y México. Se coordinan con un programa regional de educación popular y se concentran en realizar acciones de formación, investigación, sistematización y producción de materiales para la ciencia política. Como red, apoya procesos de fortalecimiento de los movimientos sociales en Guatemala, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Panamá y México.

Creo que en Nicaragua se juntaron por primera vez educación popular y salud. Ya se había hecho a nivel menor, pero en Nicaragua hicimos una gira por todas las Américas y Werner ya tenía una visión bastante más participativa que en otros lados. Ahora que lo evoco, fue una experiencia precursora: ver que la participación puede ser real incluso a nivel de la toma de decisiones, es otra cosa.

Rius me contó que una vez lo invitaron a la campaña de vacunación en uno de los municipios o regiones más conservadoras de Nicaragua, y la primera sorpresa que se llevó fue que en el Consejo Departamental Popular en Salud, prácticamente no había médicos, era pura gente de las organizaciones sociales y tenían todo al dedillo: la red de vacunación, cuánta gente habían censado, cuántos niños había, quiénes tenían primera o segunda dosis, cómo estaba la campaña de difusión, de transporte; todo lo tenían súper organizado. Él se impresionó mucho. Yo pude ver en otros lados lo que la gente es capaz de hacer por ella misma. Los del Ministerio de Salud decían que los promotores sólo podían aplicar la vacuna de la polio y los promotores decían que no, que ellos podían aplicar todas. Los promotores argumentaban que, si habían sido capaces de armar y desarmar un fusil, también podrían con una jeringa. Ya había primera y segunda generación en medicina social profesionalizada en México. La medicina social se estaba acuñando. No con un componente práctico, pero sí con toda esa visión teórica que nos ayudó mucho.

Nicaragua fue uno de los primeros países donde se juntaron lo que actualmente son los Congresos de Medicina Social y Salud Colectiva. Llegó Berlinger, Franco y Franca Basaglia y Mercer. Janet y yo no podíamos entrar porque nos veían como que pertenecíamos más a «medicina comunitaria». Estaba el debate de si la medicina comunitaria era «funcional al sistema» y ellos se veían como contrahegemónicos antisistémicos. Nosotros nos habíamos comprometido con la salud de la población, quizá no le dábamos un discurso tan político, eso lo fuimos incorporando en Nicaragua, incluyendo la parte metodológica participativa y una visión más crítica de la salud. Tres años después, «la contra» tomó territorios apoyados por el gobierno de Reagan y nos regresamos a México. Ahí nos recibieron diciendo: supimos de su trabajo en Nicaragua y ya; quedamos «del otro lado» como parte del equipo de medicina social.

En julio de 1979 se abrió un proceso revolucionario en Nicaragua, con la finalidad de derrocar la dictadura de Anastasio Somoza Debayle, y sustituirlo por un gobierno democrático de izquierda protagonizado por el Frente Sandinista de Liberación Nacional. El nuevo gobierno, con un fuerte proyecto influenciado por la Teología de la Liberación

y las Comunidades Eclesiales de Base, introdujo reformas económicas y políticas importantísimas, que buscaban darle respuesta de raíz a las desigualdades relativas a la sanidad, la educación y la distribución de la riqueza; sin embargo, se vieron prontamente limitados por la oposición, armada por Estados Unidos, que con grupos conocidos como «contras», generaron una guerra civil al interior del país y lo llevaron a hundirse en una disputa encarnizada que terminó con el triunfo de Violeta Chamorro, opositora del Frente Sandinista, apoyada por el gobierno de Estados Unidos, en las elecciones de 1990.

Yo conseguí trabajo en la UAM. Estuve dos cuatrimestres dando la materia de «Educación en salud», en la licenciatura de medicina y con mi esquema de las jornadas populares en salud; queriendo hacer un trabajo amplísimo desde esa perspectiva, pero la realidad me demostró que no podía ser de ese modo; terminamos trabajando en colonias populares con el movimiento urbano popular y también con las comunidades eclesiales de base, en salud.

La Teología de la Liberación es una corriente teológica integrada por varias vertientes católicas y protestantes que nació en América Latina tras la aparición de las Comunidades Eclesiales de Base, agrupaciones de personas unidas bajo el interés de estudiar la Biblia e interpretarla a la luz de su problemática. La Teología de la Liberación se hace de elementos de las ciencias sociales y las humanidades para construir nuevas posibilidades interpretativas de los textos: «lo común a todas las distintas ramas o corrientes de la teología de la liberación, es que para pensar la realidad social e histórica de los pobres, usa no solamente la mediación de la filosofía, como siempre se utilizó en la teología, sino también de las ciencias humanas y sociales».

La propuesta que agrupaba a las personas interesadas en esta corriente teológico filosófica era que «la salvación cristiana no puede darse sin la liberación económica, política, social e ideológica». Se hablaba de «liberación» entendida como «la toma de conciencia ante la realidad socioeconómica latinoamericana y de la necesidad de eliminar la explotación, la falta de oportunidades e injusticias de este mundo» asumiendo la premisa de que «la situación actual de la mayoría de los latinoamericanos contradice el designio histórico de Dios; es consecuencia de un pecado social y las víctimas necesitan justicia y reparación».

En la UAM conocimos a Coni Chapela, ya para entonces estábamos conformando un equipo que se llamaba CEIS, Centro de Educación e Información en Salud. Después me propusieron conformar lo que se llamó PRODUCEP, que fue una red muy amplia que logramos consolidar en Chiapas, zona centro y Chihuahua con el proyecto «Piactla» de las experiencias no gubernamentales civiles en salud para generar una red de intercambio de servicios educativos, talleres, libros, medicamentos y plantas medicinales para el primer nivel de atención.

El Proyecto Piactla empezó en 1964 con David Werner, un biólogo que trabajaba de maestro en un colegio de secundaria. Él cuenta que: «cuando andaba por la Sierra Madre observando pájaros y plantas, me impresionaron la amistad y autosuficiencia de

la gente de la sierra, pero también sus graves problemas de salud». Aunque no tenía ninguna capacitación médica, le pareció que su entrenamiento, experiencia científica y las habilidades e inventiva de los campesinos podían combinarse para responder mejor a las necesidades en salud así que, después de un breve aprendizaje en una sala de emergencias de un hospital de Estados Unidos y la producción de cuadros de pájaros para recaudar fondos, volvió a la Sierra y se quedó una década ahí, hasta que ya no lo necesitaron.

Durante los últimos ocho años, los campesinos de la sierra en Chihuahua han dirigido el programa sin la presencia permanente de gente de fuera o profesionales. Efectivamente, el programa ha seguido evolucionando. El equipo sigue invitando a profesionales a visitas breves, pero bajo sus propias condiciones. En su enfoque de acción, el Proyecto Piaxtla ha evolucionado: empezó con el cuidado curativo, siendo éste lo que más quería la gente. Con el tiempo, el equipo central logró un alto grado de habilidad médica. Aunque la mayoría del grupo ha tenido poca escuela, pueden atender el 98% de los problemas de salud que se presentan. Dadas las dificultades en conseguir buena atención médica para la gente que canalizan a los hospitales de la ciudad, el equipo se ha esforzado por dominar una amplia gama de habilidades médicas. Éstas incluyen: cirugía menor, incluso cirugía superficial ocular, asistencia de partos y tratamiento de enfermedades graves. Para problemas más allá de sus capacidades, el equipo ha desarrollado poco a poco un sistema eficaz de canalización a la ciudad más cercana.

En la maestría, leyendo a Bourdieu cuando hablaba de la reproducción social, entendí cosas que no había comprendido antes: nosotros trabajábamos de 5 a 7 con el Comité Popular en un predio en el molino, pero el resto de la semana, la gente estaba sometida a programas como Solidaridad y consumía televisión con lo cual estaba, simultáneamente, sujeta a muchísimas otras influencias (y había que competir con todas ellas), eso me permitió entender, claramente, las posibilidades y límites del trabajo.

En la trayectoria de PRODUCEP desarrollamos la veta de salud mental, muy de la mano con los refugiados de Guatemala, en el sur de México, ya que no había psicólogos que los atendieran. Hicimos primeros auxilios en salud mental y aprendimos a implementarlos. Varias compañeras fueron al Encuentro Latinoamericano de Salud, y de ahí, algunos hombres empezamos a preguntarnos: ¿Y los hombres qué?

Empezamos a desarrollar lo que después sería el trabajo sobre masculinidad y salud desde 1983. Cuando se viene el terremoto de 1985, en el grupo CEIS, trabajamos con los damnificados.

En el Instituto Mexicano de la Juventud, donde no había intervención gubernamental y a puro voluntariado, organizamos bien todo el servicio. Luego, cuando el gobierno reaccionó y se hizo cargo, nos corrió. Nos fuimos a trabajar a Peña Morelos un año. Hacíamos toda la parte de saneamiento, alimentación, prevención de enfermedades porque se vinieron los fríos, desde la auto-organización de la gente.

Benno ha sido uno de los más importantes promotores de la salud mental y reproductiva de hombres, en comunidades donde la terapéutica occidental no es una posibilidad accesible, ni en términos culturales ni económicos, para tratar de mitigar síntomas y

malestares psíquicos. Bajo la premisa de que el campo de la salud mental no debía ser, como tampoco de la salud física, una tarea exclusivamente de los profesionales médicos, las comunidades y promotores debían de tomarlo en sus manos y tratar las dolencias psíquicas, a través de sus conocimientos tradicionales y herramientas de sus propios marcos conceptuales.

Apliqué para una beca en Ashoka planteando la cuestión de la salud mental, pero ya con un contenido de género, entendida como algo que no es patrimonio de los psicólogos y tratando de rescatar las otras influencias positivas que puede haber para fortalecer la salud mental: la religiosidad, la medicina tradicional, las redes sociales, apuntalando mucho más esa parte. Aún no tenía muy claro lo de género. Estando en Xalapa, apliqué para una beca de MacArthur que era «Hombres y salud mental, sexual y reproductiva». En esa época se apoyaba a todo lo que era reproductivo. Después de la conferencia de El Cairo y Beijing, tuve un año de posibilidad de desarrollar esa temática; de estar en las reuniones de MacArthur, de empezar a publicar con otras personas; eso me vinculó fuertemente para después, en Xalapa, empezar a ir a un Seminario de Masculinidades que se originó en el PUEG de la UNAM. Ahí fue un proceso de auto formación muy interesante, porque mientras en la organización civil se estaban comenzando a hacer las investigaciones sobre mujeres y salud, empezamos también a hacer las primeras preguntas: Los hombres y la salud, ¿qué? Este fue un ángulo que después fui desarrollando mucho más.

Ashoka es una comunidad global con más de cuarenta años y presencia en 93 países, que reconoce que en el mundo es necesario formarse y asumirse como agentes de cambio, con el fin de transformar instituciones y acompañar a que todas las personas puedan contribuir al bien común y a la construcción de un mundo mejor.

La beca Ashoka permitió a Benno continuar su trabajo con hombres y prevención de violencia. En su texto *El varón como factor de riesgo*, por ejemplo, abrió toda una veta de discusión sobre los perfiles patológicos de los hombres, en función de su género y fue uno de los primeros artículos científicos que se atrevía a proponer como «factor de riesgo» una categoría cultural: la masculinidad, cuando generalmente por «factores de riesgo» se entendían conceptos conductuales, propios del sujeto individual, eligiendo «un estilo de vida».

Los hombres, por el hecho de ser hombres, como si fuera un título nobiliario al momento de nacer, ya tenemos privilegios diferenciados. Antes eran más evidentes, pero actualmente también. En una secundaria promedio, preguntas «¿Quiénes de las mujeres todavía les sirven a los hermanos?». Los dos llegan cansados de la escuela, pero papá o mamá les piden: sírvele a tu hermano o lávale la ropa a tu hermano. La mayoría de los hombres tenemos la experiencia de haber sido cuidados por la madre, luego en la escuela por las maestras, muchos hombres confiesan que [más grandes] buscan una pareja para resolver muchos de las cosas [domésticas] que no aprendieron a hacer. Somos discapacitados domésticos, no porque la mano masculina no sea capaz, pero no aprendemos a hacerlo, entonces la gran pregunta es: «¿Si me bajo del escalón de los privilegios, queda la nada?». No. Así como hay una

revolución en la que más mujeres están entrando al espacio laboral o a nivel educativo, la ganancia [de bajarme de los privilegios, como hombre] tiene que ver con mi relación con otros hombres, con mi relación más íntima con las mujeres, con mis hijos y conmigo mismo.

El proyecto «Hombres responsabilizándose de su vida», tiene ya 15 años y nació por varias influencias; uno, por darnos cuenta de que algo tenía que cambiar, pero que no basta que los hombres cambien; la forma en que nos educan tiene costos, no sólo para las mujeres, sino también para los hombres; dos, por un impulso que dio el movimiento feminista preguntando. «¿Y ustedes cuándo van a hacer su parte, las mujeres estamos viendo la forma de entender nuestros malestares, y ustedes?».

No era parte del discurso aún la deconstrucción de la masculinidad y los estudios de las masculinidades cuando Benno comenzó a estudiar el fenómeno de los mandatos culturales hacia los hombres, vinculados a sus problemas de salud, así como a sus causas de muerte. No había una conciencia global sobre lo que ahora se ha dado por llamar «masculinidad tóxica» en la cultura popular, y tampoco eran comunes ni frecuentes los grupos de hombres que se juntaban para reflexionar sobre su construcción en tanto varones; los problemas y malestares que esa manera de haber aprendido a ser hombres, les ha traído a ellos, a sus familias, a sus hijos, a sus relaciones y afectos, así como a su sexualidad.

Hasta hace poco, en las bodas se usaba la epístola de Melchor Ocampo, y se sigue usando que el padre entregue a su hija al novio; simbólicamente, es la entrega de una mujer de un hombre, a otro hombre, para que se «responsabilice de ella». Los varones aprendemos desde chicos que tenemos que tener «control de las situaciones» y que eso incluye a «las mujeres». Mientras más hombres se desmarquen en distintos niveles de esa violencia será posible construir otro tipo de relaciones, pero más allá de lo individual. Es necesario que también se hable con jóvenes y niños, que sean capaces de alzar la voz ante un chiste sexista, un comentario sexista, o si yo detecto, donde trabajo, una limitación a las mujeres: por ejemplo, en la maestría donde yo estuve se pedía a las mujeres el compromiso del no embarazo mientras estaban en la maestría, pero a los hombres no se les pedía eso, entonces era una situación discriminatoria. Hay que manifestarse. Hay un mito en México de que «si veo violencia en la calle y me meto, todos se van a ir sobre mí». Yo he intervenido dos veces y he ayudado, porque los hombres entramos en una cosa que se llama «riesgo fatal», que no es riesgo para mí, sino para ellas: una secuencia de ideas y actitudes que, en cierto momento, son imparables. Detrás de cada mujer que ha muerto por feminicidio, probablemente haya una niña que estuvo recibiendo toda una serie de violencias, desde muy temprano en su vida. El promedio de edad en las mujeres que reciben su primer acoso son los ocho años, incluso antes de empezar a desarrollarse. En una investigación en Perú, tratando de encontrar la media filiación en los homicidas, agresores sexuales, presos y juzgados, por ejercer diferentes formas de violencia, encontraron que las características de estos hombres no eran diferentes de los hombres que en México consideramos educados en el machismo: hombres que

aprendieron que las mujeres están para servirlos. Yo todavía soy de la generación, en México, a la que le dijeron que había siete mujeres para cada hombre.

Casi desde el inicio de su carrera en medicina en la UNAM, Benno veía la necesidad y urgencia de construir instrumentos y redes que les permitieran a las comunidades tener sistemas propios y autónomos de atención a la enfermedad. Cree en que son los afectados de un problema de salud, los que colectivamente pueden ser los mejores protagonistas en la erradicación de las causas que les generan esos malestares, y los principales promotores de su salud. Con esta lógica es representante de la red *MenEngage*, una red de hombres y niños que trabajan por la igualdad de género.

Recuerdo algún encuentro como a los 10 años de haber salido de la licenciatura que alguien me dijo: ¿Qué estás haciendo?, yo le respondí: tal cosa, y me contestaron: ¡Ah, entonces ya no te dedicas a la medicina!, y mi respuesta fue: No, me dedico a la salud, que me parece más importante.

Así, la medicina es la ciencia encargada de las enfermedades y la Promoción de la salud la encargada de la salud.

Cuando estaba escribiendo un artículo para el Colegio de Sonora, que nunca terminé, me mandaron las lecturas de Antonovski, que ya había muerto, donde aparece la perspectiva de la salutogénesis. Luego, llegó la vertiente cubana de la sanología, en donde te hacen toda tu historia clínica pero también una historia dialogada sobre el origen de tu enfermedad sobre cuál es tu perspectiva de vida. Esa mirada la aprendí de una doctora, que muy sanológicamente se apellidaba «Alegría» y nos estuvo platicando sobre cómo era una consulta sanológica, un desarrollo interesante. Después tuve contacto con la única clínica que se dedica a la salud en Veracruz: la unidad de vida saludable. Ellos no atienden enfermos; pasas por un circuito de salud mental, dental, activación física, bailar salsa por las tardes, atienden a gente que quizá tiene sobrepeso, pero no descompensación diabética; si tienes descompensación te canalizan y te mandan a la clínica más cercana. Además, entienden la salud mental a partir de la búsqueda de una serie de elementos positivos, que son un montón, y no la ausencia de enfermedad mental. ¿Qué pasaría si miráramos la realidad y la promoción de la salud también desde el lado positivo? La visión biomédica y tradicional tiende a fijarse mucho en la problemática de la patología.

El concepto de *salutogénesis* fue propuesto como un campo de estudio a finales de los años 70 por Aaron Antonovsky partiendo de la pregunta: «¿Qué crea la salud?», a partir de la cual confirmó la necesidad de engrosar una mirada en positivo del concepto de salud, desmarcándose de la práctica de inventariar y diagnosticar los déficits de los individuos y de las comunidades. Esta metodología se centró en los activos, buscó las ventajas y reconoció los talentos, habilidades, intereses y experiencias que fortalecen a los sujetos. Le interesa estudiar los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar. Antonovsky (1996) postulaba que hacía falta explorar las sinergias, las similitudes y las fortalezas de los distintos actores, individuos o colecti-

vos, más que señalar las «anormalidades» de los cuerpos, cambiar la focalización hacia marcos constructivos que persigan soluciones.

Hay muchísimas cosas que no nos enseñaron en medicina y lo veo todos los días con mis alumnos de salud pública: no sabemos de participación, ni de educación, nunca aprendimos de comunicación, mucho menos de ese tipo de comunicación construida en diálogo con la gente. Cuando comencé a trabajar en la Universidad Veracruzana llegué con la propuesta —en el contexto de la maestría en Salud Pública— de desarrollar lo que tiene que ver con educación y promoción de la salud y ésta fue respetada. Ahora le agregamos la parte de género.

Benno ha escrito sobre la participación comunitaria en textos de lenguaje accesible y didáctico, usando como andamiaje su trabajo en comunidades. Fue compilador de una serie de artículos sobre la participación comunitaria donde se reflexiona teóricamente la diferencia entre la participación, entendida como una dinámica diseñada desde las instituciones para ganar legitimidad popular sobre decisiones previamente tomadas por los funcionarios, y la participación comunitaria, como la han venido entendiendo y practicando activistas en salud inspirados por el trabajo de Paulo Freire, bajo la premisa compartida, de que no es posible concebir ninguna decisión que afecte a alguna comunidad sin la participación social, porque el tema de la participación comunitaria está vinculado automáticamente con el tema más amplio de la defensa de sus derechos.

Desde que estaba estudiando medicina empecé a explorar e incursionar en prácticas como la herbolaria y otras, que pudieran suplir la medicina alópata. Me interesaba entender cómo funcionaba la acupuntura y la homeopatía, a nivel de paradigmas, como una forma de alejarnos de lo que veíamos todos los días en el salón de clase. Unos colegas de CEIS, uno en particular, era acupuntor en la práctica cuando decidió estudiar medicina. Él fue el primero que nos habló de acupuntura y empezamos a insertar en el trabajo con promotores, la parte de digito-puntura. Nos dio ciertas bases muy limitadas, pero ya estando en Xalapa con Robert y Sofía que eran acupuntores muy consolidados, nos formamos, como en la Edad Media, ¿no? Muy pegaditos a ellos para aprender en la práctica. Así que la acupuntura lo que significó fue mi regreso a la clínica, porque es una medicina bastante salutogénica en términos de apuntalar lo que el cuerpo puede hacer por sí mismo.

La acupuntura es una parte importante de la medicina tradicional china y japonesa que consiste en estimular puntos específicos del cuerpo con la introducción de agujas muy finas para aliviar dolores, anestesiar zonas o estimular el sistema inmunológico con la finalidad de curar enfermedades a partir de los recursos del propio sistema. Representa una de las formas más efectivas y seguras de estimulación de puntos clave a nivel terapéutico. Tanto la acupuntura como la digitopuntura la practican todo tipo de promotores en todo el mundo. Para Benno, representó la posibilidad de «regresar desde otro lado» para hacer de la experiencia clínica un evento coherente con la filosofía de

EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO

- ▣ Identifica quiénes son los protagonistas de la actividad.
- ▣ Cuál es tu interpretación sobre el fuego que aparece en la espalda del primer personaje.
- ▣ Piensa en una experiencia propia.



DISCUTE EN EQUIPO

- ▣ Anota cinco elementos de la imagen que te remitan al contenido de la entrevista con Benno.
- ▣ Escribe media cuartilla en tu cuaderno sobre quiénes son «los otros» (a quienes va dirigida) la actividad y cómo son tratados en el cartel (como usuarios, clientes, pacientes, derechohabientes, sujetos políticos, agentes de cambio social u otro). Argumenta por qué.
- ▣ Escribe una historia sobre uno de los personajes del cartel donde quede claro cuál es la relación entre su historia y el título del encuentro interuniversitario: «contra los privilegios y violencias machistas en las universidades».
- ▣ Ahora piensa que tú eres una de los otros personajes del cartel. Recuerda alguna experiencia donde hayas vivido violencia machista en la universidad, ya sea directamente o como testigo. Escribe una cuartilla sobre esa experiencia y su vínculo con tu salud.



Para conocer más de Benno puedes mirar el enlace para más información:

<https://www.youtube.com/watch?v=NCX2-ciIRA>

II. EDGAR JARILLO

«PASAMOS DE LA ACCIÓN CURATIVA A LA COMUNITARIA PORQUE LO QUE QUERÍAMOS ERA HACER MEDICINA EN UN SENTIDO TRANSFORMADOR»

Una tarde cualquiera de entre semana nos sentamos en una mesa de la vieja cafetería Gandhi, Edgar y yo, con dos grabadoras de voz, para conversar sobre su pasado, tomando café y algún postre, rodeados de jugadores de ajedrez reloj por medio.

La Universidad Autónoma Metropolitana es uno de los lugares donde Edgar cosecha cariños y admiración por ser no sólo un serio académico comprometido, sino una persona abierta al diálogo y al acercamiento personal. Edgar no hubiera podido caer en un proyecto más coherente con su personalidad, que en la Universidad Autónoma Metropolitana, donde los profesores, antes que docentes e investigadores de tiempo completo suelen sentirse y comportarse como personas.

Edgar Jarillo es un claro ejemplo de cómo un estudiante apasionado por la biología y la medicina se fue encontrando en el camino con un interés todavía más vital y fuerte: el de la salud y las condiciones difíciles en las que viven las personas en la sociedad. Frente al recuento de su vida familiar, se recuerda un tanto limitado por un ambiente restrictivo en Pachuca, Hidalgo, donde nació y vivió con su familia.

Mi sensación de asfixia en Pachuca tenía que ver con el ambiente escolar absolutamente autoritario, cerrado, donde se vivía el control político y corporativo; en el Consejo Universitario, por ejemplo. Cuando yo participaba como consejero se sentaba un porro junto a mí para ver por quién votaba, y el presidente del consejo lo permitía. Antes de entrar a la sesión, nos decían por quién había que votar, me parecía espantoso. Cuando en la secundaria me tocó el movimiento del 68, se me hacía muy difícil aceptar, intuitivamente, las razones que en Pachuca se daban como causa del movimiento: que eran estudiantes revoltosos que querían derribar al presidente. Yo no me sentía satisfecho con esa respuesta, pero no tenía manera de formular una respuesta distinta. En la prepa hubo un personaje muy importante para mí: el profesor de Lógica y Filosofía. Siempre nos dijo «piénsenle, busquen», nos daba pautas de pensamiento político y con esta iniciativa nos lanzamos con una planilla para la mesa directiva de la prepa, la cual cooptaron. En el proceso ganamos. Yo estaba feliz, luego me di cuenta de los mecanismos que estaban involucrados. El profesor encargado de ese grupo nos invitó a cenar a un restaurante, que en realidad era una casa de «citas» y nos decía «pidan lo que quieran». Yo me desconcerté, mantuve un poco la distancia, pero razoné «nos están cooptando». Eso fue trascendente para descubrir modos de operar del poder universitario.

Paralelamente, algo pasó que fue muy significativo: el golpe de Estado en Chile y el grupo de amigos inquietos (hoy una es médica y otra socióloga) queríamos hacer algo. Fuimos otra vez con el profesor de lógica y nos dijo: «¡Hagan algo!» Y encontramos la salida haciendo un periódico al que llamamos Tercer Mundo, era

lo más revolucionario en esa ciudad y en ese momento. Desde ahí esta sensación de hacer algo más.

Y el otro elemento personal fue el comercio de mi padre, quien venía frecuentemente a la Ciudad de México. Veníamos cada quince días a hacer compras. Y yo decía: «Aquí hay gente en movimiento, pasan las mismas cosas que allá, pero aquí pegan el grito». Veía apertura. En ese entonces, yo leía, ya era un lector constante del periódico al que mi papá estaba suscrito: El Universal. Lo más novedoso que leíamos en la casa era la revista Siempre! y para mí era contestataria. Hoy lo veo y pienso «pobre de mí, qué tan jodido estaba». Esas dos razones, de circunstancia y personal, son las que explican esa necesidad de cambio.

La discusión más fuerte que tuve con mis padres fue cuando decidí irme a la Ciudad de México; no lo planteé como opción, lo comenté cuando ya estaba todo listo para venir. Fue crítico a nivel familiar. Mi padre decía que los estudiantes en México eran unos hippies, unos mariguanos, etcétera. No le preocupaba tanto la represión, sino que los estudiantes se salieran del molde. Mi papá me dejó de hablar casi un año. Mi mamá me daba dinero a escondidas, claro que mi papá sabía, pero se hacía de la vista gorda. Luego entendió que no había más que aceptarlo.

Desde antes de poder migrar a la Ciudad de México, Edgar organizaba actividades que consideraba ayudaban a compensar su sensación de asfixia cultural.

Desde la prepa trataba de salir. Sentía que Pachuca era un espacio muy bonito, muy coloquial, pero era un pueblo muy cerrado, conservador y me molestaba mucho que siempre fui Jarillo chico y mi papá era Jarillo grande. Mis hermanas eran Jarillo y mi hermano el Jarillito porque era el más chico. Entonces era esa sensación de opresión. Mi papá no era médico sino comerciante.

Mi familia era de la pequeña burguesía medianamente próspera, pero el ambiente en el que nos movíamos era muy cerrado. Teníamos amigos que eran médicos, médicos de Pachuca, limitados y cerrados.

Cuando entré a la prepa, coincidí con un grupo de ocho que empezamos a hacer cosas distintas: convocábamos a concursos de cuentos, carreras atléticas, [queríamos] que todo fuera distinto a lo cotidiano. A mí no me gustaba jugar al médico ni atender a los animalitos para que estuvieran bien. Cuando yo era pequeño no sabía con mucha precisión lo que significaba ser médico, aunque conocía experiencias de personas que sabían de medicina. Mi primera aproximación fue en Pachuca, en la carrera de medicina, con un plan de estudios absolutamente conservador, tradicionalista, cerrado y prediluviano... muy clásico. Pero en el primer semestre me llené de insatisfacciones por lo que significaba el aprendizaje de las actividades típicas de la medicina: disección de cadáveres, anatomía, clases magistrales donde el médico titular de la materia se echaba sus rollos y todo mundo copiaba lo que él decía; a mí no me satisfacía. Me dejaba muy inquieto. Pensaba que en Pachuca me asfixiaría y tendría que moverme. Cosa que atiné, pero la resistencia familiar no me dejaba, hasta que finalmente pude irme, pues me parecía horrible [continuar en Pachuca]. Así que, cuando se abrió la UAM (yo no tenía tan claro qué era y lo que significaba),

aunque estaba a la mitad del primer semestre en Pachuca, me postulé. Hice mi examen de admisión y fui admitido.

Yo pensaba que la medicina así enseñada, como en Pachuca, no debía ser. No sabía qué sí debía ser, ni qué posibilidad distinta existiría. En la UAM me encontré que la parte biológica, que me atraía mucho, tiene otras maneras de verse y no solamente la célula, sino la célula en función de factores más abiertos. Eso fue muy importante. Originalmente, la Universidad no tenía la carrera de medicina, así que me inscribí a QFB [Química Farmacéutica Biológica]. Me atraía la biología. Ya inscrito en la carrera de QFB, tenía una idea de qué sucedía con la UAM. Se trataba de algo distinto y no se trataba de repetir modelos y formación de ningún tipo. Al dialogar con algunos de los profesores que estaban creando la carrera de medicina me contaban que tendría un enfoque distinto a lo clínico o por lo menos no centrado en lo clínico, así, cuando estuvo lista la licenciatura decidí cambiarme a medicina.

Dentro de la carrera, muy pronto me involucré como representante estudiantil al Consejo Académico de la Unidad Xochimilco y al Colegio Académico de toda la UAM. Me envolví en discusiones de temas de educación y diseño curricular; particularmente de la carrera de medicina porque estaba en proceso de creación y eso me significó una puerta que yo no sabía que existía, pero que coincidía con mis inquietudes intelectuales.

Al mismo tiempo que la cursa, Edgar participa en debates en torno a qué y cómo se puede enseñar medicina de una manera no reduccionista, vinculada con otros temas sociales y complejidades sistémicas en el marco de una pedagogía no tradicional.

La acción política es la posibilidad de incidir en las situaciones y en las condiciones de la sociedad a cualquier nivel, pero siempre con una trascendencia mayor a la individual. ¿Qué significa incidir? Bueno, pues a lo mejor un centro de salud es necesario; y hay que tenerlo, conseguirlo, dotarlo, incluyendo medicamentos horribles de última generación. Pero el problema está en dejarlo ahí, terminar con un centro de salud equipado y abastecido y no insertarlo en un conjunto más amplio de intervenciones. En eso consiste la acción política, como acción de poder: no dejarlo solamente como centro de salud, sino dotarlo de un marco, de otro conjunto de acciones y de sentidos de la acción que lo saquen de este aspecto estrictamente médico. Yo no digo que no hay que construir centros de salud, al contrario, hay que tener y deben ser mejores a los que tenemos, que son muy malos, en términos de calidad técnica, pero esa no es la solución, sólo es parte de la solución.

De esta manera, Edgar estaba arando los cercos de su futuro desarrollo y especialización profesional: el mundo de la formación de profesionales de la medicina, es decir lo que se conoce en el campo académico como «la formación de recursos humanos en salud».

[Durante la formación como médicos en la UAM], no estábamos nada más en hospitales, íbamos a prácticas en comunidad porque las discusiones académicas no eran sólo sobre las células. Era darle un sentido de existencia a lo microbiológico y a lo biológico, en una dimensión social. Siempre se insertó en una dimensión social, eso fue muy enriquecedor.

Algunos maestros ya no están, pero Fernando Mora fue alguien importante, el doctor Luis Felipe Bojalil, que en ese entonces era director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, también fue importante; Rolf Mainers, el coordinador de la carrera de Medicina, y un argentino, Andrés Barrios. Luego, descubrí a otros más orientados como Patricio Hevia; y por este proceso de diseño curricular y de participación universitaria conocí a la gente de la maestría de Medicina Social como Hugo Mercer, Cristina Laurel, Caty Eibenschutz, Clara Fassler y algunos de los alumnos de la primera generación de esta maestría.

A iniciativa de una compañera, surgió un proyecto de instalar un consultorio en el Ajusco, en los Pedregales. Por vinculación con un grupo de mujeres que participaban políticamente para conseguir agua, drenaje, etcétera. Construimos una Casa de Salud para hacer clínica y para dar consulta. En principio una actividad meramente clínica. Recetábamos medicamentos a partir de una recolecta en nuestras casas. Y ese fue el inicio, después visualizamos que esa tarea no era lo que debíamos hacer, aunque era la demanda de la gente y lo hacíamos.

Empezamos a trabajar toda la semana de lunes a domingo para que el proyecto creciera con actividades que ya no eran estrictamente curativas, sino de saneamiento de viviendas, de higiene, construcción de letrinas para excretas, de alimentación; trabajos muy incipientes con las escuelas a partir de las organizaciones de padres de familia de la colonia. En algunos mercados también con la gente que estaba en la participación de la comunidad. Y luego creció de un lugar en la colonia Ajusco de los Pedregales a otro en Santo Domingo, después otro más pegado a C.U. [Ciudad Universitaria] y, finalmente, uno en la carretera para el Ajusco, arriba de lo que hoy es TV Azteca. Invitamos a más compañeros de la UAM y algunos de la UNAM porque ya no alcanzábamos a atender [todos] los consultorios. La misma gente de esas colonias sabía que estábamos haciéndolo bien. Nos pedían que si podríamos ir a otras colonias con una situación similar. Y así lo hicimos, eso duró casi dos años.

En nuestra cabeza teníamos una gran discusión. Hacíamos grupos de estudio de política, medicina, nos veíamos en el espejo y nos cuestionábamos si lo que estábamos haciendo estaba bien.

Por eso pasamos de la acción curativa, que era la demanda, a acciones comunitarias porque nos parecía que no podíamos, no debíamos, quedarnos en lo clínico, ya que lo que queríamos era hacer medicina en un sentido transformador. Fue un proceso de autoconciencia política que fuimos construyendo a partir de nuestras inquietudes personales y eso también nos daba identidad, porque logramos trascender al espacio político.

Sabíamos que mucha gente, residente en esas colonias, tenía una militancia política, pero no la rechazábamos ni nos «partidizábamos». No éramos un partido, éramos un movimiento social. Así devino este proceso de construcción de una concepción de la medicina, más amplio, pero al mismo tiempo de concepción política. Nos llevó a cuestionarnos procesos trascendentes; por ejemplo, ¿y la Revolución? ¿Cuándo la vamos a hacer?

Ese grupo, que en lo médico y en lo social coincidíamos, optó por militar en diversas organizaciones: hubo desde posiciones muy radicales, hasta los más convencionales, incluso en el PRI [Partido Revolucionario Institucional]. ¡Porque era lo único

que había! O sea, en el PRI había de todos los colores y había gente que sí pensaba desde allí la posibilidad de contribuir a un cambio social, no a la Revolución, pero sí a un cambio social.

Entonces, ese fue el escenario y para ese momento, en 1978, ya tenía una clara convicción académica y política de que la medicina no podía hacer y ser sólo clínica, que tenía que moverse más allá del espacio circunscrito del consultorio o del hospital, y que esa acción pasaba fundamentalmente por una vinculación política. Pero una participación política no obligada, sino que cada uno asumía o no. Incluso, hubo gente que trabajaba en lo médico, pero ya cuando llegamos a las discusiones políticas decía: «Ya no doy» y ya no entraba, nosotros no teníamos objeción. No hubo gente que sólo tuviera una participación política y no participara en la acción médica, eso no, pero sí lo contrario. No había censura, ni purga ni nada por el estilo.

La influencia de gente de la UAM, de profesores que tenían inquietudes y que tenían una visión académica distinta nos ayudó mucho, porque algunas veces estamos metidos en un galimatías intelectual, que no encontramos por dónde. «¿Y ahora cómo?». Era una pregunta recurrente. Tuvimos la posibilidad de discutir con algunos de los que cité. Nos reuníamos en la casa de alguien o en un aula de la UAM-X para discutir y esa persona que era un maestro o maestra, nos hacía reflexionar o nos daba pistas: «¿Por qué no le entran por aquí?, ¿por qué no piensan que esto puede ser así?». Era una visión intelectual que nos ilustraba, pero no nos daba pauta de cómo hacerlo. Eso lo decidíamos nosotros siempre. En lo personal, sí había una motivación que yo explico por otras razones, pero también se daba en un espacio propicio que fue la Universidad y en un momento intelectual muy productivo, porque la propia Universidad y el país debatían estos temas que estaban a flor de piel y todos nos sentíamos involucrados.

Edgar narra el camino análogo de muchos de los médicos clínicos que, tarde o temprano, han caído en la cuenta de que el trabajo clínico, de consultorio, si bien puede ser una demanda de las comunidades y un trabajo necesario, no es lo que a mediano y largo plazo solucionará de fondo los problemas de las personas que allí viven, en tanto que la disminución temporal de la sintomatología, no permite escuchar el mensaje que el cuerpo grita: la serie de problemas sociales que, de no resolverse, seguirán produciendo más focos rojos, infinitamente.

Estando en el segundo año de la carrera, en el 76, por razones circunstanciales, se presentó la opción de dar clases en una prepa y eso me entusiasmó mucho, fue mi primera experiencia formal como docente, y me sentía realizado.

Terminando la carrera, el tema era practicar en serio y la opción casi obligada era ¿Médico clínico y especialidad? Lo tenía clarísimo, eso ¡no! Fernando Mora me dijo: «¿Para qué te andas dando vueltas a lo menso? No te hagas el loco. Tú sabes a dónde vas y cuál es tu universo». Me dijo lo que yo veía, pero no quería darle sentido de existencia.

Entré a la maestría de Medicina Social, la cursé como debe ser, en dos años, pero no hice la tesis en dos años. En aquel tiempo, ni siquiera considerábamos el tema del tiempo, pero fue importante porque al estar cursando la maestría en la UAM se

abrió una plaza de ayudante de investigación en la misma Universidad y quien era jefa del departamento en ese tiempo me dijo: «Éntrale, es para gente como tú, para trabajar en el diseño curricular de medicina».

Gané la plaza por un año, pero la renové hasta por dos años. No terminaba la maestría, pero tenía la plaza de ayudante en la propia UAM, de tal manera que mi destino fue seguir en la UAM para quedarme como profesor. En 1983 obtuve la plaza definitiva. Gané la plaza como asistente, siendo así el camino natural a la academia. Fue una fortuna tener allí un espacio laboral. Claro, se vivía con dos mil pesos mensuales, que no eran gran cosa, pero no importaba porque era el inicio de una carrera profesional que vinculaba lo que me interesaba: el pensamiento social sobre temas de salud y la medicina.

En el inicio de la maestría me quedó muy clara la diferencia entre medicina y salud. Medicina es [un concepto] clínico, biológico, terapéutico, cerrado y dogmático. Salud es más amplio, [se trata de la] población, de otras explicaciones, no nada más la biológica, sino de otras que la enriquecen y complementan, y a veces son las más importantes. La acción médica desde las instituciones, sí, pero no nada más eso. Lo hice al principio, al estar en el microscopio, viendo tejidos, células y sembrando cultivos, sacando sangre y picando gente, me encantó. Me entusiasmó estar en el laboratorio todo el día, no me sentía cansado ni nada, pero cuando lo dejé de hacer, no me significó una pérdida.

El nombre de la maestría es una casualidad de la historia, no tiene solamente que ver con el concepto. Cuando se propuso la creación de la maestría en Medicina Social, eran dos programas: el de la Universidad Federal de Río de Janeiro y el de la UAM en México. En la UAM se propuso acogerlo en la División de Ciencias Sociales y Humanidades, pero el encargado de ese entonces se negó, dijo que para una maestría multidisciplinaria e interdisciplinaria ése no era el lugar apropiado. Quien era el director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud dijo «Sí, aquí, pero no puede ser un programa en ciencias sociales y salud porque crea conflicto con la División de Sociales». Entonces, la propia iniciativa de la OPS [Organización Panamericana de la Salud], con la misma circunstancia de la UAM, encontró la denominación «medicina social». En la UAM el doctor Bojalil, quien era el director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, la dejó en ciencias biológicas y nos pidió que se llamara de una manera que no «chocara» con la División de Ciencias Sociales, porque no la iban a dejar prosperar; y por otro, porque medicina social en Brasil ya era un nombre que se venía trabajando para diferenciarse de la salud pública. Entonces los dos programas se crean casi al mismo tiempo: uno en Río de Janeiro con la denominación de medicina social que para ellos sí significaba algo distinto y para nosotros, en México, que era la posibilidad de arraigarse en la División de Ciencias Biológicas de la Universidad.

En la trayectoria de Edgar se pueden identificar con claridad las decisiones que fue tomando de acuerdo con sus pasiones. Si desde adolescente construyó su identidad como asiduo lector del periódico, otro fenómeno «natural» en su proceso fue que quisiera hacer un aporte profesional para contrarrestar las enormes desigualdades sociales, retratadas en la prensa, imposibles de resolver a través de la medicina clínica. Edgar

llevó este aprendizaje a consecuencias prácticas, involucrándose en procesos sociales de enorme envergadura cuando se sumó al trabajo de los voluntarios en Nicaragua en el marco de la Revolución Sandinista.

En el 83 y el 85, dos años alternos, no seguidos, estuve en Nicaragua. Recién había triunfado la Revolución en 1979. La UAM firmó un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Nicaragua, y pidieron voluntarios; yo dije: «Yo voy». Estuve un año la primera vez y fue una experiencia muy valiosa, muy importante porque me hizo reflexionar, por un lado, sobre mi vida, sobre el cambio y, por otro, sobre todo, de mi formación académica y sobre mis principios académicos. Me movió mucho la idea de que no se puede desechar la parte médica, es indispensable y necesaria. Y la segunda idea, en lo personal, el sentido de vida en términos del cambio social, y el cambio social ahora sí por la vía de las armas, era la experiencia en la cual yo me había insertado en Nicaragua y que era muy claro. A mí me tocó llegar y al lunes siguiente dar clases. Y fue un choque. Lo primero que me dijeron los directivos formales fue: «A ver cómo le haces, pero a estos doscientos cuarenta estudiantes hay que sacarlos médicos», «Oye, pero es que los médicos...», «Hay que sacarlos médicos. Porque necesitamos médicos con urgencia. No aquí, sino en la montaña». La Revolución no necesitaba a los médicos sociales nada más.

Era un auditorio, con un micrófono, parado en el escenario —magistral— a 30 grados centígrados, en un espacio que, pasados los diez primeros minutos ya eran 45 grados, a las cuatro de la tarde en pleno sol. Horroroso y, al mismo tiempo, una experiencia vital.

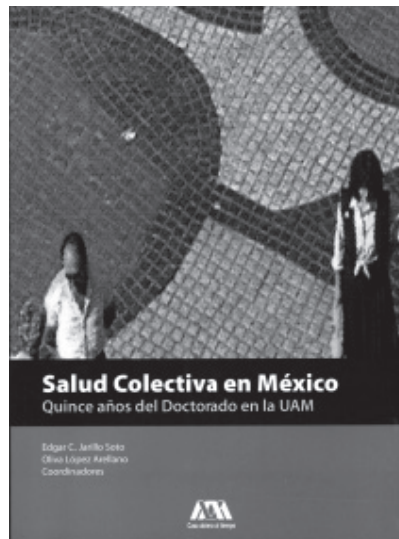
Bajé como diez kilos. El trabajo era brutal. Era agotador, además no había comida. ¿Qué comíamos? Pues arroz con frijoles y 30 gramos de algo de carne. No sólo yo, sino todo el mundo y también los internacionalistas como yo: alemanes, ingleses y mexicanos que estábamos allí. No sólo eran las clases, era formar a los alumnos ayudantes; es decir, a los futuros profesores, darles clase. Participar en las discusiones con los dirigentes políticos, en las tardes-noches, sobre cómo va, cómo debe ser y qué pueden hacer desde la salud, con directrices políticas de los comandantes de la Revolución. Hay que hacerle así y preparar la clase y dar la clase a los de primero, luego de segundo, luego a los alumnos ayudantes de tercero o cuarto año, luego opinaban «que no, o así no», o «por qué de esa manera y no de la otra», «ustedes lo harán allá, pero nosotros en Nicaragua lo hacemos así». Debates muy extenuantes y ricos. Eran jornadas de ocho a diez, once horas. Medio dormíamos, medio comíamos, fue una experiencia de inmersión total. Además, la práctica militar en la Revolución. Todos debíamos saber manejar un arma, saber dónde escondernos y cómo defendernos, por ejemplo; lo conté una vez en una pequeña semblanza de Juan Samaja cuando murió, porque me tocó compartir con él. Fuimos a una práctica de la Universidad en la cual el asesor militar era un alumno nuestro, quien nos impartía las órdenes: «El fusil se toma así», «el pecho a tierra es así», «se les están saliendo las nalgas, tienen que meterlas». Y Juan Samaja y yo ahí de prácticas, siguiendo sus órdenes.

En Nicaragua, la segunda vez fue distinta la experiencia, fue un monitoreo de quienes se habían seleccionado como universitarios, para apoyarlos. Se creó una maestría en Managua y me pidieron que la apoyara. Fue una reconfiguración de la

actividad, bajo la amenaza de invasión, la presencia de los contrarrevolucionarios, los hostigamientos desde Honduras y el Salvador, eso persistió muchos años todavía. Fue el tema de los «contras». Estados Unidos vendía droga para financiar la guerra paramilitar de Nicaragua. Eso no cesó, pero sí fue algo distinto. Muy importante lo primero y lo segundo.

Cuando terminó la segunda estancia, se me planteó la alternativa de quedarme como nacional; era una gran decisión. «¿Me quedo o me regreso?» Por supuesto que México para mí no era ninguna idealización, pero sí extrañaba... Lo que más extrañaba de México era el pastel de almendras, porque en Nicaragua no había. Una vez me hicieron uno en mi cumpleaños, pero era horrible. Mis raíces árabes me reclamaban el pastel de almendras. Así que, más allá del pastel de almendras, después de una ardua reflexión decidí no quedarme y regresar a México.

A mi retorno a la UAM me vinculé directamente a la maestría de Medicina Social como profesor. El poco tiempo que estuve de profesor asistente, trabajaba con alumnos de la licenciatura, en el módulo que ya no existe: «Educación para la Salud» en el trimestre once, de promoción de la salud todavía no se hablaba, no había nada de promoción. Así, al regreso de Nicaragua me quedé en la maestría de Medicina Social, y desde entonces hasta la fecha. Como parte del trabajo propio del grupo de la maestría, por ahí de 1988, ya se empezaba a hablar de la idea de un doctorado. Yo salí a hacer el doctorado a Barcelona. Regresé a los cuatro años y medio y asumí la Coordinación de la maestría, y el tema de crear un doctorado adquiere mayor presencia, no era una posibilidad, durante mi ausencia hubo discusiones y se crearon algunos documentos iniciales, era algo que teníamos por hacer y nos involucramos en eso.



Como en todas las trayectorias, cada ciclo de vida tiene metas que se vuelven en el momento de vivirlas lo fundamental, donde se invierte la energía, el entusiasmo y el trabajo. Hoy en día, el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva no sólo es una realidad, sino un programa muy estable, sólido y con el reconocimiento de las instancias académicas.

Su apuesta actual es la docencia, entendida como la formación de profesionales comprometidos y sensibles que, en su caso, estudian medicina y la conciben como una labor política.

Si bien, Edgar reconoce que hay cierto tipo de trabajo clínico que también se hace desde un posicionamiento político, considera que es la docencia donde esa posibilidad se encarna con mayor contundencia.

Las dos tienen un contenido político, desde luego, tanto la docente como la clínica, pero diferente. La acción docente tiene una trascendencia en la acción política mucho mayor. Yo tengo la convicción de que la acción docente tiene un alto contenido político porque justo hace eso que es transformar o por lo menos, formar. Formar y transformar sujetos sociales, y eso es, a final de cuentas, una acción política.

Me parece que eso es fundamental, es más, hoy día, mi propia opción de vida está marcada en ese tenor. De unos años para acá asumí que mi función social y mi trascendencia política estaban en la formación de gente. Lo veo como una acción política clara. Ahora, en términos de la acción de la práctica clínica o de las actividades clínicas, creo que sí pueden tener una acción política, pero la veo más limitada en términos de magnitud. Hay grandes médicos que así lo muestran... , los que apenas podían caminar y seguían viendo pacientes, se quedaban sin comer, pero les daban de comer a los pacientes, a veces por vocación, a veces por construcción política. Y pueden tener un efecto de acción política, no lo dudo, pero no es propiamente la que se marca como sentido de cambio de la situación como está.

Se marca desde hacer algo, porque no puede uno quedarse con los ojos cerrados, ya que las cosas pueden seguir así, por el resto de los siglos. En la acción política se marca un objetivo de cambio, de superar una situación y pasar a una distinta que, por supuesto, concebimos mejor.

Yo digo que el tema de nuestra sociedad actual, en el caso mexicano, es la equidad. Para mí, ése es el problema: la corrupción, la delincuencia, la inseguridad; son temas importantes, pero no me parece que sea el tema de la sociedad, para mí el tema de la sociedad es la inequidad. Somos una sociedad absolutamente desigual y profundamente inequitativa. Resolviendo mucho de esta contradicción, de esta polarización, por un lado, y de esta magnitud que afecta a tanta gente, los otros que aparecen o que se presentan como los grandes problemas nacionales, hoy día, se pueden ir resolviendo. Ésa es acción política.

La inequidad no es un problema de mercado, es un problema de justicia social, de concepción de repartos equilibrados, aun en un sistema de mercado, ¿cómo instrumentarlo? Históricamente hay evidencias. En Alemania, Suecia, la misma Suiza, varios de los países europeos que, incluso con un sistema de mercado, pueden generar un equilibrio o una situación de vida en la sociedad que no sea tan polarizante e inequitativo.

Y es que, el médico comprometido ni con toda la buena voluntad, tiene como objetivo profesional lo que es propiamente el quehacer del promotor de la salud: transformar las «enfermantes» condiciones de la realidad.

EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



LEE DE NUEVO Y MUY BIEN LAS ÚLTIMAS TRES CUARTILLAS DE LA ENTREVISTA

- Escribe en tu cuaderno: cinco acciones que, según el entrevistado estén vinculadas con transformar las enfermantes condiciones de la realidad.



DE ACUERDO CON LO QUE LEÍSTE RESPECTO AL TRABAJO DE ACTIVISMO EN SALUD, RESPONDE EN MEDIA CUARTILLA:

- ¿Por qué considera el entrevistado que el trabajo de promoción de la salud en una acción política?
- Identifica tres razones por las cuales el entrevistado renunció al trabajo clínico como médico. Escribe en tu cuaderno las razones que identificaste y haz el ejercicio de contrastarlas y debatirlas con un compañera/o.
- Escribe junto con tu equipo qué es para ustedes transformar las condiciones enfermantes de la realidad.
- ¿En qué se parecen y/o se diferencian respecto a las que identificaste en el entrevistado?



Para conocerlo en persona y más info mira esta entrevista:
<https://www.youtube.com/watch?v=6gtUnEjcyZc>

III. ESTHER ALTHAUS

«PARADÓJICAMENTE ME SIENTO MÁS MÉDICA AHORA QUE HE RENUNCIADO A LA MEDICINA»

En un pequeño restaurante de chilaquiles y jugo de naranja natural de la colonia Narvarte nos vimos Esther y yo una mañana de jueves para hacerle honor a los huevos divorciados y conversar sobre los hitos en su vida profesional, desde que decidió estudiar medicina en Buenos Aires, Argentina hasta nuestros días. Me interesaban en particular los giros que la distanciaron de la medicina y la acercaron a su identidad hoy elegida: la de médica terapeuta sistémica con una mirada integradora.

Esther Althaus ha sido referente fundamental en la historia de un instituto indispensable para la salud mental en este país: el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). Fue coordinadora de docencia más de 20 años y en el cierre de su gestión como coordinadora, entre expacientes, estudiantes, egresados, excolegas, pares docentes, supervisados, supervisantes y amigos, los que ahí estuvimos nos fuimos sintiendo abrazados por el tamaño, magnitud, anchura, grosor y diversidad de la red que Esther ha construido en su andar existiendo. No podría ser de otra manera para quienes la conocemos. Es especialista en regresarle a cada uno una imagen con la que cualquiera se puede reconciliar. En esta entrevista le preguntamos sobre su trayectoria y sobre cómo fue el camino desde la medicina al trabajo que después decidió hacer a lo largo de su vida.

Yo vengo de una familia donde mi papá y mis tíos maternos fueron médicos, siempre me he movido en un ámbito de médicos y sí me interesó siempre ese aspecto... Si bien, en una primera época como adolescente idealista pensaba que no sólo iba a estudiar medicina, sino además creía que yo iba a encontrar la cura del cáncer, eso era una convicción absoluta: a los 16 o 18 años uno tenía derecho de ser absolutamente ignorante. Así fue que entré a la carrera de medicina, incluso ya con esa prefijada especialidad.

Durante la carrera no tuve restricciones con respecto a otras especialidades, todavía en tercer año, que es toda la parte de tronco básico, estaba absolutamente convencida de eso. En esa época, en Argentina, fue el ultra-boom del psicoanálisis, sobre todo en Buenos Aires, estamos hablando de los años sesenta, entonces, en la misma Facultad de Medicina, en Buenos Aires, se promovía, se hacían eventos, reuniones y cursos semanales en torno al psicoanálisis en un anfiteatro donde entraban dos mil estudiantes, liderado por un psicoanalista español que se llamaba Ángel Garma y Arnaldo Rascovsky, que fue su discípulo. Fueron los líderes del movimiento psicoanalítico en Argentina; ambos muy formados, muy lindos y muy enganchadores de gente, arrasaron con toda la juventud que estudiaba medicina y psicología.

Sigue siendo un lugar común vincular a los argentinos con la consulta analítica. Los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina fueron, entre otros, Ángel Garma y Arnaldo Rascovsky, los primeros maestros de Esther. El primero nació en España en un hogar de vascos acomodados y vivió en Bilbao con los abuelos después de que su

padre muriera. Estudió medicina para ser neurólogo y psiquiatra y egresó en 1927. Arnaldo Rascovsky nació en Córdoba en 1908. Sus padres eran rusos-judíos, liberales de izquierda, y él fue el cuarto hijo. Desplegó una intensa actividad política también actuó fuera de ella, aun en los medios de comunicación (Garma, 1962).

Por esos años, la Universidad de Buenos Aires inició la carrera de psicología que no existía anteriormente. Medicina era la única carrera que podía arrogarse funciones de atender la salud de las personas, ninguna otra y más o menos sigue siendo así, un feudo, porque derivar a un paciente para un tratamiento psicológico... sólo lo hacen con las pezuñas, a lo mejor. Para mí ese contacto con el psicoanálisis fue verdaderamente una especie de bomba de apertura del mundo, no me desarraigé de la otra idea, pero empezó a entrar otra información. Yo estaba como en cuarto año de medicina, tenía 20 años, la carrera duraba seis años y tenía un novio que estaba absolutamente centrado en el psicoanálisis, de hecho, él toda la carrera la hizo para dedicarse al psicoanálisis, entonces, esto también influyó mucho. Estábamos cursando el mismo nivel de carrera, yendo a los mismos seminarios, clases, cursos y todo; como que, además, al empaparnos ya del psicoanálisis, parte de ese movimiento era entrar a psicoanálisis. Entonces, ahí también arrancó mi experiencia terapéutica como paciente de psicoanálisis con todo el grupo que ya habían formado, porque en esa época era un hervidero en Buenos Aires. Entré a muchos grupos de estudio, a tener yo terapia psicoanalítica y ahí se fue diluyendo un poco el interés y la convicción de que me iba dedicar a la medicina. En Argentina, te digo, era como un cliché que los estudiantes de medicina se psicoanalizaran desde que se engancharon con esa apertura.

Dada la hegemonía de la medicina en el campo de la salud y la propia formación y necesidad de legitimarse frente al discurso científico, el mundo del psicoanálisis se planteaba única y exclusivamente para los que, habiendo estudiado medicina, quisieran adentrarse en una especialidad de tipo «Psíquica». Poco a poco ese requisito fue relativizándose y el Psicoanálisis ganó autonomía frente a la medicina; flexibilizó sus criterios incluyendo a profesionistas de otras disciplinas, especialmente de Psicología.

No era una especialidad lo que yo hacía, desde antes de que yo me viniera a México, ya aceptaban psicólogos en el campo del psicoanálisis, pero por la puerta chica. Claro que por cuestiones reales, económicas y sociales se fue flexibilizando todo. La teoría la fueron haciendo estricta y rígida, todos los de la asociación psicoanalítica, no fue en absoluto la propuesta de los creadores del psicoanálisis, yo nunca trabajé con ese encuadre de tres veces a la semana ni mucho menos. Estando en el último año de medicina, entré en una asociación civil que dirigía el doctor Mauricio Knobel, y cuyo comité de Cultura llegó a presidir en Viena el propio Freud. Este instituto era muy similar al ILEF [Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia], un instituto de atención social. Te estoy hablando de los años sesenta y cuando me recibí, trabajaba en una clínica como médica general en consultorio externo y de emergencias, pero estuve poco tiempo porque ya para entonces, y a partir de la práctica que había desarrollado en el Instituto, empecé a trabajar única y exclusivamente como tera-

peuta, aunque también estudiaba la especialidad en Psiquiatría, por sobrevivencia, para que no me persiguiera la dictadura.

En 1976 Argentina sufrió un golpe de Estado genocida que instauró el régimen militar y dictadura de Rafael Videla caracterizado por ir directamente a la «caza» de «opositores o subversivos». La dictadura pisoteó todos los derechos civiles y ha pasado a la historia por los miles de desaparecidos, todos aquellos que los militares consideraron «peligrosos comunistas» desaparecían. El gobierno de Videla siguió con «la limpieza del comunismo» con el apoyo de Estados Unidos auspiciado por los empresarios nacionales.

Nunca pensé dedicarme a la psiquiatría clínica, te digo, ocurrió en la época de la guerra sucia en Argentina, las persecuciones, el terror fue espantoso. Mi psicoanalista fue uno de los desaparecidos y el aval del título de Psiquiatría era una especie de maniobra de sobrevivencia.

Mientras tanto a mí me parecía que me estaba dedicando a otro mundo, no al mundo del que se ocupaba la medicina. Todavía me parecía que el mundo mental era otra cosa bastante disociada: cuerpo-mente, entonces dije: me voy a dedicar a lo mental, como un ámbito distinto del ámbito médico. Fue como haber cambiado de carrera: en ese momento así lo sentía. Tuvieron que pasar muchos años, y probablemente la formación en el ILEF fue lo que permitió la integración. Si yo me hubiera quedado en Argentina, no hubiera tenido la trayectoria que después he tenido en la vida, ya llevo más de 30 años acá, entonces es bastante tiempo para cambiar de rumbo y de identidad, pero no, allá me hubiera quedado exclusivamente en el campo del psicoanálisis, creo, quién sabe. Era un psicoanálisis menos rígido, menos estricto y como todos los movimientos de los años sesenta o setenta en Argentina, que llegaron fuertísimo, el psicoanálisis también salió al mundo. Salió a la sociedad. Esa cosa absolutamente rígida del consultorio de diván se rompió de muchas formas, se hizo otra forma de trabajo psicológico.

En el hospital de Lanús por ejemplo, que estaba en el Gran Buenos Aires —como si acá fuera de la parte periférica de la Ciudad de México o del Estado de México—, estados muy poblados, de clase social más baja, ellos hacían mucho trabajo comunitario bajo la dirección del doctor Mauricio Goldenberg. Trabajaron yendo a las casas a atender a las familias, entonces ahí sí, el psicoanálisis era lo que nutría la corriente teórica de los terapeutas y ya se trabajaba con toda clase de pacientes, desde organismos no gubernamentales (ONG), asociaciones civiles, hasta hospitales, y se hizo entonces un trabajo riquísimo de salud mental comunitaria. En los años de 1970 a 1976 era un hervidero de trabajo psicológico social, pero con el golpe militar se fue todo a la mierda, entonces fue cuando tuvimos que volver a encerrarnos en el consultorio, a lo privado, a trabajar en algunas asociaciones que seguían siendo seguras.

Nunca extrañé la patología ni la célula, porque tampoco había llegado a entrar a profundidad en eso. Cuando me di cuenta de que, en realidad, esa especialidad iba a ser de pura investigación y de microscopio que sí me fascinaba, pero que no iba a ver a la persona más que para picarle o sacarle sangre en el laboratorio o tal vez ni siquiera eso y sólo analizar la muestrita me hizo reconsiderar. A mí me interesaba trabajar con personas.

El último lugar donde estaba estudiando antes de salir a México fue en un grupo de estudios con Fiorini y Graciela Peyrú, una especie de terapia social pues ya habíamos salido del cuartito con el diván, ya era otra la forma de hacer terapia.

El cambio así absolutamente cualitativo fue cuando, al venir a México, venía con todas las recomendaciones para la continuidad hacia la psicología de grupos y me vincularon acá con la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG). A los pocos meses, ya estaba iniciando mi formación como terapeuta psicoanalítica de grupo. La teoría era toda la que había llevado varios años, pero se incorporó toda la técnica de grupo y estando en AMPAG, a los pocos meses, tuvo lugar el primer congreso de psicoanálisis de grupo. En ese congreso presentan un trabajo unos argentinos exiliados en México, Nacho Maldonado y Estela Troya; ahí fue la ligazón absoluta cuando escuché el trabajo con la terapia familiar sistémica. Tardé ni dos semanas en meterme al grupo de estudio que entonces era ILEF. Ahí sí, la aproximación a la teoría sistémica me cambió absolutamente. Pude entender finalmente lo que es la integración para la vida, no sólo para la terapia. Ahora no puedo ver el padecimiento del ser humano sólo como natural, pero me llevó mucho tiempo. El cambio teórico lo hice rápido, pero el vivencial me lleva y me sigue llevando tiempo. Fue también la experiencia docente en el ILEF, ése fue el otro gran movimiento que creo que influyó más en mi cambio paradigmático; la manera como ahora concibo, enfoco y practico la terapia es desde otra perspectiva. La docencia me dio tal vez la posibilidad del diálogo más horizontal, más intercambio con el otro ser humano, en el sentido de iguales. Eso fue muy importante.

Lo que también ha sido, creo, un producto y una retroalimentación que me alimenta, es el diplomado de enfermedad crónica, porque ahí sí siento que encaja completamente esta visión integradora y total que tengo del ser humano, de la enfermedad, de la psicología: de lo mental, de lo social, de lo emocional; ahí encuentro un ámbito donde desplegar, transmitir y hacer cosas con el entendimiento de trabajo que tengo, de manera integradora y no desintegrada, de ver al ser humano en su totalidad y sobre todo, es una propuesta académica para entender la enfermedad de una manera que no reproduzca lo organicista; entender a la persona y qué le pasa a la familia de esa persona en el proceso, a su mundo social y cultural, a su comunidad. Cuando las personas de esa familia quedan vulneradas por la enfermedad de algunos de sus integrantes necesitan un interlocutor con quien poder hablar y la experiencia que tengo es que para que eso sea posible, se necesita imperiosamente de alguien que no haya estudiado medicina, porque la medicina organicista es una anteojera que no deja ver el mundo en el que se mueve la persona que se enferma, ni su comunidad ni su familia. Apuestan todo por el microscopio, donde yo también en algún momento pensé que iba a ver la verdad de la enfermedad: ahora entiendo que ahí no estaba. Claro, lo ideal es que el médico tenga la capacidad de ver, además de como médico, como psicólogo, como trabajador social, que vea otras áreas de la vida, esa sería una mirada ideal del médico de verdad. Creo que la medicina si bien se enriqueció mucho con las especialidades, la tendencia ha sido a limitarse cada vez más al extremo, porque sólo se ve el pedacito y entonces todos los profesionales que tienen áreas más amplias de la tajada del mundo para trabajar, tienen más posibilidades de hacer trabajo en salud.

Para mí como médica, ver todas esas perspectivas me hace comprender el mundo mejor y entonces encuentro maneras de llegar también muchísimo mejores que si me quedara en la patología de la célula: puedo acompañar a la persona a hablar de sus miedos, de su preocupación económica, o hablar con la esposa e hijos de un paciente enfermo, sobre qué les pasa a ellos con la enfermedad de él, hablar con los nietos a quienes no se han atrevido a decir que la abuela se está muriendo, acompañarlos a hacer los preoperatorios. Paradójicamente me siento más médica que en todas las demás experiencias formadoras.

Desde hace varios años Esther coordina el diplomado «Cuando la enfermedad llega» que está dirigido a profesionales de las áreas de ciencias sociales, de la salud, de la educación y equivalentes, con la finalidad de que, basados en los aprendizajes y experiencias del Grupo de Trabajo CECFAM (Clínica de Enfermedades Crónicas y Familia)¹ se conozca un modelo de abordaje terapéutico con un enfoque integral y ecológico de los distintos niveles implicados: Individuo/Familia/Sistema sanitario/Sociedad y que brinde al profesional los conocimientos teóricos y metodológicos que le permitan enfrentar con mayor sustento los casos que enfrenta en su práctica.

Cuando la enfermedad golpea a una persona, el impacto se hace sentir sobre toda su área de influencia: su familia, ámbito laboral o de estudio, amistades, proyectos de vida, hasta la definición de sí mismo cambia. Es como si un visitante inesperado, y no invitado, se hubiera instalado en la vida, a veces, para siempre».

La respuesta personal y familiar a esta «invasión» es variada, implica múltiples niveles y lleva a diferentes resultados. En este desarrollo, donde se juega la calidad de vida, es fundamental el proceso de adaptación a la situación creada por la aparición de la enfermedad; tanto en la persona afectada como en la familia y la comunidad.

Todos los trabajadores de salud implicados, juegan un papel importante en dicho proceso, al contribuir —o al contrario, limitar— la comprensión e implementación de recursos para enfrentar los profundos cambios, tanto en el nivel físico como en el emocional, social y cultural, que deben operarse en ese sistema.

La posibilidad de vincular su identidad y práctica como terapeuta, docente, supervisora, con su previa formación médica, representó para Esther con este diplomado la posibilidad de acabar de entretelar con sus diversos saberes un todo armónico, donde deja de percibirse disociada la relación mente cuerpo y, al contrario, se comprende en su complejidad.

En el diplomado, Esther aprovecha para invitar a los estudiantes en formación a hablar de los temas que los profesionales de la salud suelen tener silenciados: el duelo por la salud perdida y la necesidad de explorar sus fantasías, temores, tabús y presupuestos sobre la muerte, la discapacidad, el miedo a la dependencia y otros temas como

¹ En marzo de 2006 se constituyó el equipo de trabajo ENFERMEDAD CRÓNICA Y FAMILIAS (CECFAM), con el objetivo de realizar trabajo clínico y de investigación con familias con un miembro afectado por alguna enfermedad crónica.

éstos que son, en la mayoría de las formaciones clínicas clásicas, contenidos negados en nombre de la objetividad y la técnica.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO



Discute en equipo:

- ▣ ¿Qué es una anteojera y cuál es su función y efecto?
- ▣ Escribe una experiencia universitaria en la que te hayas sentido con anteojeras.
- ▣ Interpreta el evento: ¿qué o quién las puso y qué efecto tuvo en tu salud?



RESPECTO AL CONTENIDO DE LA ENTREVISTA:

- ▣ ¿A qué se refería la entrevistada cuando hablaba de anteojeras organicistas en la medicina?
- ▣ ¿Qué otras anteojeras conoces en el campo de la salud?
- ▣ ¿Cómo te imaginas una visión integradora de la relación mente cuerpo? Escríbelo o dibújalo.



Para conocer a Esther y su propuesta y trabajo puedes ver este link:
<https://www.youtube.com/watch?v=hlHmp-9krtA&t=222s>

IV. MARÍA CONSUELO CHAPELA

**«MI CONSIGNA ERA QUE NO TRABAJARÍA NUNCA MÁS CON MÉDICOS,
PERO SÍ CON LA SALUD».**

Edificio A de la UAM Xochimilco, subí por las escaleras que están junto a la librería —mi rincón favorito— cruzando la plaza roja que le llaman, del lado izquierdo. Comencé el recorrido al segundo piso pasando por la caja y por educación continua. Doblé a la derecha y salí por la puerta de vidrio hacia la terraza con vista al Jardín Zapata, frente del salón donde en el año 2004 conocí a Coni porque tomé el Diplomado de Promoción de la Salud de la UAM Xochimilco. En aquél entonces yo acababa de llegar de Chiapas y tenía la cabeza semi rapada; la mitad de ella pintada de amarillo peróxido y estrenaba un par de piercings en ceja y nariz. Nunca pensé que cuando llegara la profesora y me preguntara mi nombre, se pronunciara abierta y entusiastamente a favor de mi aspecto en ese momento, tan fuera del canon aceptable en la academia. Luego, por supuesto, entendí que Coni no era una profesora del canon y bastante después también comprendí que esa identificación de principio se concretaría en una relación de central importancia en mi vida, como en la de muchos otros, estudiantes y promotores.

Caminé todo el pasillo blanco con el aire del jardín y hasta el final de ese corredor toqué la puerta de vidrio donde pasan su jornada laboral la cuadrilla de profesoras investigadoras que además de compañeras se hicieron amigas y cómplices.

Coni me atendió directamente en su despacho. Le pedí permiso para grabar y me dijo que le chocaban esas cosas, grabadoras del demonio, pero que, en fin, que ok, que por ser yo, que, si no había de otra, etcétera.

Le tomé la palabra mientras intenté que se olvidara pronto de la existencia del cacharro del demonio. Para Coni, un promotor de la salud es alguien capaz de sacar de su simbólico maletín las cosas más disímbolas cuando se hacen necesarias: una pala cuando hay que cavar, un martillo cuando es útil construir, lápices cuando hay que redactar, cámara de foto para denunciar o registrar, una máscara para teatro político y supongo, una grabadora si de entrevistar para transcribir se trata. La promoción de la salud tiene que ver con tantos terrenos que quien la suscribe acaba teniendo la capacidad de guardar todo en su caja de herramientas, que porta como un *carcaj*.¹ En su trabajo el promotor de salud está preparado para, a partir de lo que conoce y junto con los «Otros», conformar nuevos problemas de conocimiento de la realidad de la salud. Partiendo de estas formas nacientes de comprensión de la realidad de los Otros, el promotor echa mano de lo que conoce y modifica con la intención de propiciar y lograr un tipo de diálogo, investigación, reflexión y toma de decisiones viables que correspondan con la realidad de ese o esos Otros.

Para muchos Coni fue y sigue siendo la ventana a eso que le ha gustado llamar «promoción de la salud emancipadora», inspirada entre otros muchos pensadores de la emancipación, por la pedagogía de la liberación de Paulo Freire que estuvo en boga en la década de 1970 dentro de los movimientos populares de salud latinoamericanos.

¹ Un carcaj es una funda para guardar flechas, abierta por arriba, pero a veces con tapa, que los arqueros usan colgada a la espalda.

Bueno, siempre me gustó la gente. Mis hermanos y yo teníamos una suerte de consigna familiar con respecto de la justicia, la libertad y la responsabilidad para con el Otro. En la casa siempre fue un asunto la importancia de la gente. [Pero desde antes], tanto mi abuela como mi abuelo eran personajes muy particulares. Mi abuela juntaba a las mujeres para hacer teatro. Mi abuelo introdujo cosas como el alumbre [puesto que] las mujeres lavaban la ropa y se tallaban la vida junto con la ropa, entonces mi abuelo [inventó una lavadora rústica], usó los bebederos de las vacas para echar el agua, el alumbre y la gente iba a poner ahí su ropa. Con eso se ahorraban la mitad del desgaste. Este tipo de anécdotas están en mi historia. Mi abuelita cuando era joven se fue de cristera. Nosotros podemos no estar de acuerdo con la cristería, pero era una lucha por lo que ella creía. Dejaba a mi papá, que tenía cinco años, en las comunidades purépechas mientras ella se iba al monte, con cananas.

Mi papá también estuvo siempre comprometido con la gente a la que le faltaba algo y en mi escuela fue todo un personaje: todas las monjas lo admiraban y querían.

Por otro lado, de parte de mi mamá era exactamente al revés: mi abuelito era el acaparador de la zona, dueño del molino. Mi abuelita era una niña y siempre estuvo rodeada de sirvientes, ella no tomaba ninguna decisión. Sin embargo, en sus raíces también había sangre purépecha. Cuenta mi mamá que cuando quería sentirse confortada, se iba a meter bajo las faldas purépechas de su abuelita. [Más adelante] mi mamá daba catecismo o juntaba a las muchachas aristócratas de Pátzcuaro, como una manera de organizarse y también como una manera de poder librarse un poco del rol de hija-futura-esposa-y-madre.

Mi mamá fue criada por su nana que era líder sinarquista; en esta afortunada crianza se «contaminó» de esa lucha. Las dos se salían a escondidas de la casona de Pátzcuaro para hacer todo tipo de proselitismo sinarquista. Mi mamá llevaba su rebeldía a distintas prácticas que para nada correspondían con su condición de clase. Por ejemplo, siendo «niña bien», aristócrata de pueblo, tenía absolutamente prohibido salir de casa sin permiso, y menos de noche. Sin embargo, su nana la ayudaba a disfrazarse de guari, y juntas salían por las noches a hacer proselitismo político. Yo soy Chapela y me tocó la consigna de los Chapela que consistía en que tenías que ser lo mejor que se pudiera como humano y entender la dignidad humana. Como fuiste privilegiado con dones, tienes obligación de hacerlos grandes. Creo que la idea viene de los «denarios del evangelio», de que hay que multiplicarlos. El caso es que heredé la consigna que nunca me estorbó. Muchos años más tarde, uno de mis hermanos comenzó a reflexionar sobre cada uno de nuestros hermanos y hermanas respecto a esa consigna, llegando a la conclusión de que este proceder se había instalado en nosotros como una misión de vida. [Yo pensé] sí es cierto, sí existe una cosa así. A mí me parece un privilegio. La consigna/misión está vinculada a las dotes que, si lo piensas desde la sociología de Bourdieu, constituyen los ineludibles habitus y doxa. Todos existimos por contar con ese habitus y esa doxa, nadie elige su habitus ni su doxa. En mi vida académica tengo la fortuna de trabajar con la reflexión como herramienta en el carcaj. Hoy me doy cuenta de algunos aspectos doxáticos que marcan mi trabajo y pienso que si se

podiera elegir la doxa (una propuesta solamente teórica) elegiría algo parecido. Qué mejor que me haya tocado éste que me ha dado grandes problemas y también grandes satisfacciones.

La metáfora de la «misión Chapela» representa la necesidad de Coni de hacer algo para y con los Otros, que redundara en ellos una mejoría en su vida y en su forma de estar en el mundo. Habla del *habitus* de su familia —heredado y corporeizado por ella—, de sentir la responsabilidad vital de regresar a los menos favorecidos, lo que habían tenido la suerte de disfrutar las familias con dones, talentos o privilegios. Cuenta que también ha usado la metáfora del «botín» (que le regaló su amigo Manuel Outón) para referirse a esos mismos recursos de los que se sintió dotada y representaban la responsabilidad de regresar en forma de acción, algo de lo que recibió.

La misión Chapela incluía ser crítico, mirar «inteligentemente», dudar, reconocer lo que puedes y sabes. Esas acciones forman parte de los contenidos del carcaj. Esta misma lógica me llevó a que el mismo catolicismo se fuera desvaneciendo y desapareciendo de mi vida y que sólo permaneciera lo que venía bien a lo que iba descubriendo y construyendo.

En su entrevista, Coni habló de su padre, de cómo buscó desde muchas trincheras posicionarse contra la injusticia. Él radicó durante muchos años en la Ciudad de México, dedicándose a la docencia en colegios particulares y al periodismo. Desde 1941 fue editor del diario *Novedades*, en cuyas páginas escribió su leída columna «Marginales», en la que comentaba sucesos de la vida política, económica, cultural y social. Además, de hacer visibles algunas situaciones, Gonzalo no dudaba en usar su columna, su formación de abogado y sus contactos para resolver problemas y necesidades de la gente. Consideraba a su columna una garrocha para que la gente que vivía fuera de los circuitos del poder tuviera voz y presencia; una garrocha en qué apoyarse para saltar por encima de los obstáculos.

En este contexto, desde muy pequeña Coni sentía y percibía en el mundo las claves de la desigualdad y el dolor. Este sentimiento la marcó desde muy pequeña. Estas claves también forman parte de su carcaj.

Cuando era chiquita, mi característica era ser «la llorona» porque me dolían las cosas que veía a los tres o cuatro años. A nosotros nos ponían unos moñotes en la cabeza y lloraba porque pensaba que no todas las niñas tenían moños. Lo mismo cuando veía a mi papá fumando y pensaba que no todos los hombres tenían cigarros.

Con el tiempo, «Marginales» ganó popularidad, pues permitió que varias demandas sociales fueran resueltas. Gonzalo decía que esta columna podía servir para dar el salto «al otro lado», es decir, del pueblo al gobierno (Chapela y Blanco, 2007); sin embargo aunque por un accidente tuvo que apartarse del periodismo continuó escribiendo hasta su muerte en 1971.

Cuando Coni estaba en la preparatoria, comenzó el movimiento estudiantil del 68:

Durante el 68, pensaba que seguro ya venía la Revolución y que la mejor manera de aportarle con todo y mi cobardía era ir en la retaguardia como parte de los servicios médicos. No me importaba que me acribillaran, lo que me importaba era que no me torturaran. Para entonces ya me había enamorado de la célula. Era toda una fascinación, todo un misterio y un milagro. Se juntó entonces mi amor por la célula y por la medicina, con la necesidad de aportarle algo al Otro con el movimiento que despertó. En ese momento yo me pongo a hacer pancartas y me pongo a hacerlas a escondidas. Desde los 12 años estaba trabajando, haciendo lo que sea para ganar mi dinero, pues cuando decidí salirme de la escuela de monjas me retiraron el subsidio familiar y además mi papá se enfermó. Él tenía una bronca muy fuerte, tuvo que haberse muerto 10 años antes, pero la medicina, los médicos salvadores «supermanes» iban y lo rescataban cada vez. Lo jodieron.

Coni estudió medicina con el objetivo de conocer de cerca lo que la apasionaba: la célula; tener eso como puente para acercarse al otro, permanecer en la retaguardia. Tanto la muerte postergada inútilmente de su padre a quién «no lo dejaban morir», así como la vivencia que tuvo con su hija en la orilla de la muerte a los ocho meses de edad, la llevaron a agudizar su visión crítica sobre la práctica médica.

Coni nos enseñó a varias generaciones de promotores la definición y contenido de la categoría *iatrogenia* (del griego *iatros* = médico, *genos*= origen) o *iatrogénico*, que tiene que ver con el proceso mediante el cual los médicos generan daño, usando la tecnología y la lógica médica. La *iatrogenia* es una alteración negativa que se produce a partir de la intervención de un médico, ya sea por impericia o negligencia. Pero también puede aparecer incluso cuando el procedimiento se desarrolla de la manera adecuada porque causa un efecto adverso o indeseado, por ejemplo, las estrategias médicas que mantienen vivo el cuerpo de una persona contra su voluntad.

Ante las contradicciones de los contenidos de las distintas verdades científicas, en donde todas eran las únicas y verdaderas, dudé de la ciencia única y valoré el saber de la gente. Rompí con la medicina clínica pensando: «¡Esto está mal! no puede ser, así no va la historia, no es eso lo que hay que hacer». Yo estaba enamorada de la medicina, hasta la fecha estoy maravillada, es verdaderamente sublime. Es entre mágica, sacra, bellísima, humanista, un reflejo de la historia. La medicina te va diciendo cómo nos fuimos humanizando y cómo nos estamos deshumanizando en el sentido de la dignidad humana. La historia de la medicina nos puede ubicar en cómo la humanidad fue desarrollando las capacidades humanas y cómo esas mismas capacidades humanas están construyendo el antropoceno. Pero nunca me enamoré de los médicos ni de las instituciones médicas, sí de la medicina.

Cuando éramos estudiantes en la UNAM, con varios compañeros pusimos consultorios en sitios periféricos del entonces DF. El paciente llegaba, los medicábamos, se aliviaba; a la siguiente semana llegaba el hermanito con lo mismo, lo medicábamos, se aliviaba, a la siguiente semana regresaba el primer paciente. Eso no estaba bien, faltaba algo que no era medicina porque con medicina la gente no se cura.

Ya en la carrera de medicina el doctor Laguna [entonces director de la Facultad de Medicina en la UNAM] me llamó para trabajar con él. Se exigía que empezáramos a hacer una residencia. Entré a estudiar Patología, me fascinaba, en el Hospital Gea González, donde tenía mi lugar, pero tuve que elegir entre un camino y el otro: si soy patóloga, voy a ser muy feliz yo, pero al mismo tiempo infeliz, porque no voy a tener contacto con la gente. Decidí dejar patología y seguí trabajando [con el Dr. Laguna] en el asunto de los nuevos programas tipo la Clínica 36, un programa de medicina que en ese tiempo llevaba la medicina a nivel comunidad.

Después de un tiempo, me di cuenta de que necesitaba aprender más y decidí hacer la maestría en medicina comunitaria. Todavía era medicina, pero ya hacía algo que no era patología y que no era clínica. Pensar cómo las comunidades hacen cosas por ellas mismas. Y yo podría hacer dos cosas con ellos: primero abogar y, segundo, ayudar a potenciar lo que ellos sabían.

Sin saberlo estaba haciendo promoción de la salud, lo que yo llamo promoción de la salud actualmente, no lo que hace el Secretario de Salud. Fui a Edimburgo a estudiar medicina comunitaria, pero ahí aprendí básicamente planificación, geografía y (cada vez más) sentía que ya no iba a hacer clínica. De regreso, tenía la consigna personal de no trabajar nunca más con médicos ni con instituciones médicas, pero sí trabajar por la salud. Me metí a trabajar a una dependencia pública de desarrollo rural donde empecé a aplicar lo que aprendí de planificación, pero mi trabajo nada más servía para alimentar el discurso institucional.

Seducida por la célula hubiera podido dedicarse a estudiar sus reacciones explicando las causas de las enfermedades; sin embargo, pronto entendió que su necesidad de trabajar con «Otros» le impediría ser enteramente plena en el laboratorio y decidió, de manera radical, despedirse de la patología y dedicarle su vida a la salud y la formación de profesionales dedicados a ella.

A mí me parece que un centro de salud debería de tener estetoscopios para que la gente, unos con otros, los utilice; que en un centro de salud quien tome los signos vitales sea la población. ¿Por qué los médicos no han soltado esa tecnología? Pues, entre otras cosas, porque pierden clientes, dinero y prestigio, pero hay muchísimo saber médico que en manos de la gente resolvería algunos de sus problemas de salud sin los médicos.

Lo que no hay, y hace falta, son promotores de la salud que estén comprometidos y que comprendan la gran dimensión que tiene la promoción de la salud. Pueden tener razones médicas como vehículos en la promoción de la salud, también razones agronómicas y veterinarias, de comunicación, de arquitectura y de leyes, de educación, artística o política; en la promoción de la salud tú tienes que decidir qué camino quieres andar, de entre los múltiples caminos ya hechos y los otros aún no hechos, en la búsqueda de maneras de cambiar las inscripciones en los cuerpos que provocan sufrimiento. En promoción de la salud vas construyendo tus problemas y herramientas, ninguno de los dos está hecho de antemano.

Quienes se forman en promoción de la salud tienen la oportunidad de hacer de este campo algo vivo, vinculando sus intereses, cualquiera que éstos sean. También

los médicos pueden vincularse a esa práctica, que se caracteriza por sus dimensiones multi e interdisciplinar.

Entender la propuesta de promoción de la salud trabajada por Coni es comprender que un promotor no necesita renunciar a ninguna de sus pasiones, puede potenciar todos sus intereses con la promoción de la salud, en tanto que esta práctica implica reflexionar sobre la vida humana individual y colectiva.

Es importante que los promotores sepan que su *carcaj* de herramientas no tiene por qué ser igual al de otro, su particular flecha estará fabricada a partir de las que ya conoce. La nueva flecha, así construida, será la que dará en el blanco haciendo la diferencia en las características de los patrones de enfermedad y muerte.

El nombre «promoción de la salud» se tomó de Latinoamérica; de los movimientos populares impulsados por los promotores de salud comunitarios. Tiempo después, el Seguro Social adoptó la idea y se apropió del vocablo de promotor de la salud para formar gente a la que le da su botiquín médico y los forman como médicos «de segunda».

Sin embargo, la idea de promoción de la salud salió fundamentalmente de la India y de Latinoamérica. Kenneth Newell, un alto funcionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), comenzó a vivir en la India y de ahí tomó la idea de promoción de la salud y de organización comunitaria. Quería que la «Conferencia Mundial de Salud de 1974» se diera en la India porque él era maorí y aunque no le interesaba ser funcionario de alto nivel de la OMS, sí le interesaba un tipo de promoción de la salud particular, aquella que hiciera la gente.

Cuando en la OMS nombran a Theodor Mahler director general, él decidió cambiar la India por Rusia como sede de la conferencia, porque había lana de por medio y por eso se llevó la conferencia a Alma-Ata. Ahí se distorsionó todo el asunto, porque se le llamó «atención primaria» a lo que en realidad era otra cosa.

Así, la promoción de la salud quedó como una cosa por ahí perdida y la atención primaria se entendió como una actividad preventiva, no se incorporó a la gente, no se logró el trabajo comunitario popular que se hubiera logrado si dicha conferencia hubiera sido en India.

Para Newell la promoción de la salud significaba que la gente hiciera lo necesario y el gobierno apoyara sus iniciativas. Esa primera promoción de la salud que debía haberse potenciado tenía que ver con que la gente tomara decisiones, generara estrategias y tuviera las iniciativas. Y la planeación era algo fundamental.

La idea de promoción de la salud, tal como la entiende Coni, es encontrar muchas estrategias y tonos para afirmar: «Nada sobre nosotros sin nosotros», como en la portada de uno de los libros de Werner. Este marco filosófico no es privativo de la promoción de la salud emancipadora, pero es la que lo retoma de manera contundente dentro del campo de la salud.

Exigir que el Estado se conduzca de acuerdo con las iniciativas que las propias comunidades generen a partir de su derecho a decidir, participar, planificar y trabajar en colectivo para resolver sus problemas. A mediano y largo plazo, el proceso mediante

el cual es la propia organización local la que resuelve sus problemas, se inscribirá de manera afirmativa en sus cuerpos, cambiando el perfil de morbilidad y mortandad en México. Ésa es la apuesta de Coni y la de quienes como ella se han formado como promotores de salud, cada quien, con sus obsesiones personales y profesionales, sus capitales y proyectos de futuro, pero compartiendo «el blanco» que implica participar en ese desafío:

La promoción de la salud que me ha gustado llamar emancipadora es fundamentalmente un ejercicio permanente de pensamiento crítico.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO

- ▣ ¿Cómo se vincula y por qué, el carcaj, con el trabajo de la promoción de la salud?
- ▣ Si tuvieras un carcaj de promotor de la salud en este momento de tu formación: ¿De qué estarían cargadas las flechas? Enumera por lo menos diez de ellas.



RESPECTO A LA ENTREVISTA

- ▣ ¿A qué se refería la entrevistada cuando decía que la/os promotora/es pueden tener razones médicas como vehículos en la promoción de la salud, también razones agronómicas y veterinarias, de comunicación, de arquitectura y de leyes, de educación, artística o política?



PIENSA EN UNA EXPERIENCIA PROPIA EN LA QUE SENTISTE QUE SE PROMOVÍA TU SALUD O LA DE OTRO/A

- ▣ ¿Cuál era la razón que funcionaba de motor del promotor/a en esa experiencia?



Para conocer a Coni y saber más de su propuesta puedes ver:
<https://www.youtube.com/watch?v=06O36L4k>

V. RAFFAELA SCHIAVON

«EN LO PRIVADO, CON O SIN LEY, SIEMPRE HA HABIDO SERVICIO DE ABORTO»

La voz de Raffaela es dulce y pausada; esa fue mi única referencia para dirigir la entrevista a falta de imagen. La conversación telefónica estuvo marcada por un equilibrado balance entre silencios reflexivos y entusiasta rememoración de su historia; tejía memoria sin prisa, con tiempo. Ella en Ciudad de México, yo en Toluca. Ya habíamos tenido contacto anterior y se nos había frustrado una invitación que le hice para conversar en la UACM con estudiantes de promoción sobre su trabajo en salud reproductiva desde la perspectiva de derechos.

Mi mamá se recibió en Letras Antiguas: latín y griego, y enseñaba. Después se casó, tuvo seis hijos y se volvió ama de casa. Yo creo que esto fue parte de mi motivación muy personal para trabajar en favor de que las mujeres pudieran tomar decisiones más libres y más autónomas.

Cuando entré a la universidad, mis opciones eran medicina, sociología y ciencia política. Estudié medicina en Italia, en la Facultad de Medicina de Padua; que en ese entonces era una opción libre, no había lo que ahorita se llama número chiuso, el número cerrado, no había necesidad de exámenes de admisión, pero eran otros tiempos. Inicié en 1971. Estudié medicina «clásica» en una facultad muy demandante, con profesores al viejo estilo, con un aprendizaje muy teórico en los primeros años.

En la prepa, me tocó lo del 68, hubo una movilización estudiantil muy fuerte en las escuelas, se dieron muchas manifestaciones que siguieron durante mis años de universidad, con características muy similares al resto del movimiento en Europa: al Mayo francés, al movimiento en Alemania y en Italia en los años setenta, donde hubo además agrupaciones y movimientos más extremistas e incluso armados, como «potere operaio» o «lotta continua». Yo pertenecía a un movimiento, un grupo que se llamó El Manifiesto, con intelectuales muy reconocidos. Había personas de mucho peso intelectual que nos marcaron. Yo tenía amigos muy cercanos a estos grupos, con los cuales seguí en contacto durante toda la carrera universitaria.

También me tocó gran parte del movimiento feminista y del movimiento para la liberalización del aborto. Fueron los años donde se hacían abortos en las casas de las mujeres, como una manera de retar la ley y demostrar que era posible un empoderamiento sobre el cuerpo más allá de la profesión y de la ley. Definitivamente, creo que todo este ambiente y contexto me marcó, creo que, por eso mismo, escogí la especialidad en Ginecología.

Raffaela cree en la fuerza de los números con el fin de sostener argumentos contundentes para el diálogo frente al antagonista político; con esto ha participado e influido en la legislación de Italia y México por la legalización del aborto y contra la criminalización de mujeres y profesionales de la salud que lo practican.

Fueron los años de la ley del aborto, en 1975, en Italia. Yo terminé la carrera en el 77; esto coincidió también con la fundación de nuevos espacios clínicos, unidades de salud que se generaron a partir del cambio de la ley y se llamaron, y se llaman, «consultorios familiares», los cuales pretendieron generar un modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer en un primer nivel de atención, muy cercano a la comunidad, que englobara el tema del aborto. En Italia, por ley se requiere una consulta previa con el médico para que extienda un certificado que hace constar que la mujer desea interrumpir el embarazo, y con ese certificado la mujer se presenta en el hospital. A partir del modelo de la ley, nació la pregunta: ¿Quién extiende estos certificados? Se generaron cuatro consultorios familiares con grupos interdisciplinarios que trabajaban en cada uno. Fue un modelo muy interesante, generado y dirigido por una mujer, una política de izquierda de gran visión. El consultorio empezó a reclutar equipos interdisciplinarios: esencialmente estaba constituido por un ginecólogo especialista, un/a ginecólogo/a en formación o residente, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras y, muy interesante, una obstetra/partera, fueron las últimas generaciones de parteras que habían trabajado en el territorio.

Fue una experiencia muy interesante porque entramos a un proceso de capacitación y de sensibilización. Además de la solicitud del aborto, se atendía anticoncepción, mujeres embarazadas, consultas prenatales, papanicolau, prevención y detección en primer nivel de salud reproductiva. El consultorio nació bajo la exigencia y la necesidad de garantizar un espacio donde las mujeres pudieran acudir para solicitar la certificación para abortar. También se generaron espacios de contacto directo con el hospital, en particular a través de los mismos ginecólogos especializados que estaban trabajando en el consultorio y quienes trabajaban también en los hospitales; pero también a través de convenios y acuerdos de colaboración entre los responsables hospitalarios y de los consultorios. Me tocó trabajar con ginecólogos de izquierda, pro choice (por el derecho a la decisión libre sobre el cuerpo propio), con psicólogas, trabajadoras sociales muy comprometidas.

Yo siempre digo que se alinearon los astros, en Italia, como después se alinearon en la Ciudad de México, con el cambio de la ley sobre el aborto. Me considero privilegiada porque me tocaron dos eventos muy peculiares, muy interesantes: se alinearon momentos y voluntades políticas, y sobre todo grupos de personas que tenían la voluntad no sólo de cambiar la ley sino de implementar los servicios. A mi juicio, éste siempre ha sido unos de los retos más grandes: hecha la ley, que se aplique.

Por otro lado, en esos años, empecé a trabajar mucho con anticoncepción de emergencia, comencé a leer, estudiar, aprender sobre este método, que en los años setenta, era todavía novedoso y muy a la vanguardia también en Italia. Fueron temas que después retomé aquí, en México, desde mi trinchera clínica, primero, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y después, desde mi lugar en la Secretaría de Salud.

A finales de los años sesenta surgió en México un importante programa por el llamado «control de natalidad», esencialmente como una medida para controlar el crecimiento demográfico: en esos años, en el país, la tasa de fecundidad alcanzaba entre seis y siete hijos por cada mujer. Esto implicó por un lado el desarrollo en el campo de la ciencia y la investigación clínica para generar y difundir nuevos anticonceptivos; por el otro, importantes avances en la constitución y en la ley, que

por primera vez se empezara a hablar de los derechos sexuales y reproductivos; así como de la posibilidad de la mujer de decidir sobre su cuerpo: cuándo embarazarse, si tener o no hijos y cuánto tiempo dejar pasar entre uno y otro.

En este contexto histórico y político, Raffaella inició su labor en pro de la salud reproductiva de la mujer desde dos puntos de incidencia muy importantes: la medicina clínica y las políticas públicas. Moviada por su espíritu progresista y por poderosas razones personales, decidió romper con los límites geográficos, aun cuando dejara atrás su carrera en Italia y su trabajo hospitalario, donde había recientemente obtenido una plaza de base en el área de ginecología. Llegó a México, un lugar que para entonces ya tenía una fuerte tradición en el campo de la investigación para desarrollar nuevos anticonceptivos. Sin embargo, tuvo que empezar de cero en su carrera profesional.

Dejar Italia fue una decisión que me marcó, de la cual no me arrepiento. Todavía lo recuerdo, porque pensaba: mi familia no la voy a perder nunca, a mis amigos tampoco, pero el trabajo sí. Volver a empezar implicó vender enciclopedias británicas por un par de años, dar clases en los bancos, mientras buscaba espacios más acordes a mi carrera, pero hay momentos en la vida en que tienes que hacer lo que te toque y lo que hay... Hice un año de maestría en Biología de la Reproducción, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Lo que no cultivé fue la obstetricia.

Fueron varios años, varios trámites para revalidar los estudios. La especialidad nunca me fue reconocida, había unas políticas de reconocimientos académicos que se basaban en la reciprocidad: Italia no reconocía a México y México en consecuencia tampoco. Son políticas que así funcionan, pero que me generaron bastantes problemas y «tramitologías». Me revalidaron la carrera universitaria de Medicina, pero no la especialidad de Ginecología. Y empecé trabajando, esencialmente, en temas de salud sexual y reproductiva de adolescentes; primero, trabajé en el Hospital General en biología de la reproducción. Participé en un proyecto de investigación importante en México: un análisis comparativo de dos nuevos anticonceptivos inyectables, lo que ahorita se conocen como las inyecciones mensuales combinadas.

De ahí me buscaron de la Secretaría de Salud, en el recién creado Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), entre otras tareas pendientes estaba la actualización de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. Trabajamos con la directora del CNEGSR, la doctora Patricia Uribe y el entonces Secretario de Salud para incorporar nuevos métodos de anticoncepción en la Norma, incluyendo el implante; pero esencialmente, la gran batalla fue sobre la anticoncepción de emergencia.

La mayor implicación de este trabajo fue incorporar la anticoncepción de emergencia (AE) en los métodos oficialmente ofrecidos por la Secretaría de Salud. El que no estuviera en la Norma, no lo hacía ilegal, pero el que estuviera en la Norma permitió que se incorporara de manera obligatoria, que los servicios lo tuvieran que ofrecer —ya no era una opción, era un derecho—. Durante nuestro trabajo, lo que también hicimos, inmediatamente después de haberlo incorporado a la Norma, fue incorporarlo en el Cuadro Básico de Medicamentos, lo que implica que los servicios públicos lo pudieran adquirir, siempre y cuando existiera suficiencia presupuestal.

El Cuadro Básico es el listado de medicamentos que el Estado reconoce como esenciales para la salud y que por tanto se compromete a proveer a sus ciudadanos. Antes de esta inclusión, las mujeres podían adquirirlo en farmacias o servicios privados, pero no había la garantía de que los servicios públicos lo ofrecieran. La accesibilidad viene de la normatividad y de la accesibilidad económica. Yo generé un documento que sirvió para la toma de decisión de la Secretaría de Salud, defendiendo y aportando las evidencias científicas que confirmaran que la Anticoncepción de Emergencia no era un fármaco abortivo. Pero las evidencias no son suficientes, se necesita de voluntades políticas que reconozcan las evidencias y tomen decisiones de acuerdo con las mismas.

Mujeres con menor nivel económico y educativo, que viven en zonas rurales y/o indígenas, tienen nueve veces más riesgo de enfrentar un aborto inseguro que las mujeres con mayor nivel socioeconómico. La desigualdad social entre estos grupos también pasa por la criminalización: «No conozco mujeres de alto nivel socioeconómico que estén en la cárcel por estas razones». ¿Es entonces la criminalización una medida eficaz para evitar el aborto? La evidencia muestra que no.

Raffaella se desempeñó posteriormente como directora general de Ipas México, una organización no gubernamental (ONG) internacional con oficinas locales.

Mientras estaba todavía en la Secretaría de Salud me buscaron de las oficinas centrales de Ipas, en Estados Unidos, porque estaban buscando una nueva directora. Yo pensé que era el contexto perfecto, de acuerdo con el cambio político que venía [una administración muy conservadora] y pensando que dentro de la Secretaría, las posibilidades de acción se volverían mucho más limitadas. En una ONG hubiera podido tener más libertad y más opciones de avances en los derechos. Así fue, tuve la suerte de participar en la lucha por la despenalización del aborto en la Ciudad de México y, sobre todo, la implementación de los servicios. Ipas es una organización que trabaja esencialmente en el fortalecimiento de los servicios públicos: implementar servicios de aborto, así como mejorar la calidad y la atención al aborto desde los servicios públicos.

Estoy convencida que, en lo privado, con o sin ley, siempre había habido acceso a servicio de aborto; entonces, lo que la ley debería permitir es que todas las mujeres tuvieran acceso a la ILE, no sólo las que podían pagar y recurrir a servicios privados. Por otro lado, cuando todavía estaba en el INP, me buscaron para una consultoría con el Population Council, en 1990.

Ese fue un poco mi ingreso al mundo de las ONG, por medio de un proyecto introductorio sobre la anticoncepción de emergencia en los servicios de atención a mujeres violadas en la Ciudad de México, antes de que iniciara la batalla de la anticoncepción de emergencia en la Norma. Yo creo que por eso me conocieron y por eso me buscaron después. Fue un trabajo con las Procuradurías del Distrito Federal y con los servicios de atención a víctimas; atención telefónica y campañas con las postales que se ofrecían en los antros, etcétera.

Ahora como consultora externa viaja como experta para atender a conferencias y seminarios de salud sexual y reproductiva, analizando las evidencias y los fenómenos que se dan en México, como en todos los países con legislación restrictiva. En estos contextos se presentan las mismas tasas de abortos que en los países con legislación permisiva y la única diferencia son los índices de peligrosidad y el riesgo de muerte a los que se enfrentan las mujeres de estas geografías.

En América Latina y el Caribe la OMS estima que la relación entre inseguridad y seguridad del aborto es directamente proporcional al marco legal: entre más restrictivo el marco legal, más inseguros los procedimientos (Schiavon, 2018).

En la Ciudad de México cambió la legislación sobre aborto en abril de 2007, misma que fue ratificada constitucionalmente en agosto de 2008. Inmediatamente después, aumentó significativamente la demanda de atenciones, con un pico en 2011. Por otro lado, y este fenómeno se puede observar en todo el país, entre más atención de servicios, menor tasa de letalidad en los procedimientos. La atención del ILE se inició con casi una tercera parte de legrados uterinos instrumentales (LUI), una técnica invasiva y no recomendada por la OMS; el LUI fue rápidamente abandonado y actualmente 76% de los procedimientos de ILE se hacen con medicamentos, que es un procedimiento mucho más seguro y menos agresivo (Schiavon, 2018).

Raffaella Schiavon es una mujer preocupada por un país como México «donde el reto más importante es la reducción de brechas» así como la cantidad y calidad de recursos humanos que se necesita en salud.

México es un país de enormes desigualdades las cuales se reflejan en salud: en la mortalidad materna, en el acceso a la tecnología anticonceptiva y en enfermedades de todo tipo. Creo que el tema de la salud pública y promoción de la salud es como decir: yo trabajo para la salud de todo un colectivo, no para la salud de un individuo. Se necesita gente que tenga la visión del territorio, de lo comunitario.

Raffaella reiteró en varias ocasiones que se siente muy afortunada por el trabajo que «le ha tocado» realizar a favor de las mujeres. En la Ciudad de México muchas nos sentimos afortunadas de que ella «haya tocado» con su trabajo, el derecho de las mujeres de tener anticoncepción digna y aborto seguro.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO

- Discute en equipo: ¿Cómo se vincula y por qué el pañuelo verde con el contenido de la entrevista y con la promoción de la salud?



INVESTIGA Y ESCRIBE MEDIA CUARTILLA EN TU CUADERNO

- ¿En qué consiste una legislación permisiva y una legislación restrictiva? ¿Cómo se aplican estas a los derechos reproductivos en México?



RESPECTO A LA ENTREVISTA

- ¿A qué se refería la entrevistada cuando decía que en lo privado siempre ha habido servicio de aborto?
- ¿Cómo se vincula este hecho con el tema más amplio de las desigualdades en salud?
- Piensa en una experiencia personal en la que hayas sentido vulnerado algún derecho respecto a decidir sobre tu propio cuerpo
- Escribe media cuartilla sobre qué efectos tuvo esta experiencia en tu propia salud.



Para conocer más a rafaela shiavon mira este link:

<https://www.youtube.com/watch?v=SWYBi81Qrol>

VI. ROSELIA A. ROSALES

«LOS PROMOTORES DE LA SALUD FACILITAN QUE SEA EL SUJETO EL QUE TOME LAS DECISIONES SOBRE SU CUERPO, NO SU MÉDICO».

Subimos las escaleras de la cafetería donde quedamos de vernos buscando intimidad, silencio y buena luz; nos cambiamos de mesa cuatro veces antes de encontrarlo. Roselia y yo también nos hicimos amigas en el diplomado de Promoción de la Salud de la UAM en 2004 así que nuestra amistad ya tiene casi credencial de elector. Aun así, aprendí de las historias que contaba por primera vez en el contexto de esta conversación.

«Somos atraídos hasta donde estamos» dice Roselia, después de relatarnos la historia de cómo llegó a la investigación, a la promoción de la salud y a la docencia en la UACM. La medicina fue su centro gravitacional, nunca cuestionó que ese fuera su camino porque viene de una familia de médicos comprometidos con la salud en sentido amplio. La influencia de ésta, especialmente de sus padres, la llevaron a verse desde muy pequeña no sólo en un hospital, sino en las comunidades, cerca de la gente.

Nunca me lo planteé, lo tenía asignado por parte de la familia. Mi tío abuelo y mi papá fueron médicos, mi hermano también estudió medicina y mi mamá era enfermera. Mi padre tenía esta idea de la salud pública, de la salud universal. Yo me veía entre el hospital y el campo: como médica sin fronteras.

Desde siempre había tenido claro que quería trabajar en «Médicos Sin Fronteras», una organización de acción médico-humanitaria que asiste a personas amenazadas por conflictos armados, violencia, epidemias o enfermedades olvidadas, desastres naturales o exclusión de la atención médica. Su lema es preservar la vida, aliviar el sufrimiento y restablecer la dignidad. Es una de las principales organizaciones humanitarias del mundo que trabaja en más de setenta países.

Mi papá estudió medicina en la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), igual que mi hermano. Con un perfil biomédico de salvar vidas en hospitales y clínicas. Mi papá no estuvo en comunidad, pero digamos que estaba muy cercano a la gente por la clínica donde se ubicaba geográficamente, era una zona en la que todos lo conocían. La relación fue muy estrecha como médico familiar en la comunidad.

En Guatemala se llevó a cabo una política genocida que arrasó comunidades enteras y provocó la huida de miles de guatemaltecos a México. Más de 150,000 personas refugiadas se vieron obligados a pedir asilo, producto del miedo ante las desapariciones forzadas, despojo de tierras y violencia extrema de todo tipo (García, 2005). La familia de Roselia fue una de esas familias que, en el contexto de la guerra civil tuvieron que dejar Guatemala y llegar a la Ciudad de México para seguir su vida. Y por eso Roselia estudió desde su primaria hasta la universidad en la Ciudad de México.

Terminé primaria y secundaria. En la prepa tomé el área de químico biológicas. No entré a la UNAM porque era una época muy difícil, estaba restringida la entrada para los extranjeros, además de estar saturada la carrera de medicina. Entonces entré a la UAM, en el plantel Xochimilco, el único plantel donde se cursa medicina. Me gustó porque había medicina comunitaria. Siempre tuve el sueño de trabajar en la comunidad. Al contrario de mi hermano que no le gustó el programa de la UAM y se regresó a Guatemala a terminar la carrera en la Universidad de San Carlos.

Estudiar medicina y el programa de la UAM siempre me gustó. Lo que me costaba trabajo eran las guardias, la relación con los médicos y los pacientes. Desde el internado sentía que algo no me gustaba: los regaños, la imposición de ciertas cuestiones. Los pacientes no sabían qué les estaba sucediendo. Siempre me costó trabajo tomar decisiones por otros y más, en temas importantes. Ahora lo he reflexionado y sé que lo mejor fue dejar la clínica y dedicarme a la docencia e investigación (porque siempre me pareció mal que) una persona pueda tomar decisiones sobre el cuerpo de otra.

Existe este dicho: uno termina la carrera de medicina, sólo no equivocándose de ventanilla cuando te inscribas a los cursos, con eso pasas. La perseverancia en sí misma.

El internado le presentó el lado oscuro y hasta entonces desconocido de una carrera como la medicina que, en su experiencia, había sido una labor fundamentalmente de servicio y en la residencia apareció como una actividad que implicaba «tomar decisiones autoritarias sobre el cuerpo de los otros».

Lo que me causaba más malestar del internado eran las guardias, estar pasando por todas las especialidades y los castigos con los médicos residentes. Después, cuando me incorporé al sistema de salud guatemalteco, tuve que volver a vivir eso y con mayores problemas. Era peor, porque su sistema de salud es deplorable, está en peores condiciones, además es más vertical, autoritario. Hasta ahí fue donde tuve mayor claridad sobre este asunto: yo no quería tomar decisiones así sobre el cuerpo de los otros.

En 1994 hice el servicio social en Chiapas: me costó mucho porque implicaba enfrentarse con la soledad, el trabajo para hacer más fácil el acceso a la comunidad, salir cada 20 días y, además, dar consulta hasta los domingos. El camino a Palenque era de terracería y te hacías muchas horas. Una situación complicada.

Al ser mujer y médica llamaba la atención. Tuve problemas porque uno del comité de salud «estaba interesado en mí» y no lo pude resolver más que cambiándome de comunidad. Me trasladaron a media hora de Palenque, después del percance con este hombre. Ya más cerca de Palenque había más gente y profesores, biblioteca, una secundaria, era más fácil pasar los días. Los fines de semana me podía ir a Palenque y era mejor.

Para Roselia, la salida de este malestar que implicaba tener que tomar decisiones verticales sobre los cuerpos de los pacientes, fue la maestría en Medicina Social, trabajando en la organización de Médicos Sin Fronteras y la investigación. Aquí se encontró con

la parte de la medicina donde, realmente, se sentía coherente con una práctica y un *habitus*¹ propio a sus orígenes familiares.

La medicina social surgió a finales del siglo XIX. En la actualidad se fundamenta en dos ejes: entender cómo las condiciones sociales y económicas impactan la salud y la enfermedad y fomentar las condiciones en las cuales la comprensión sobre este tema pueda conducir a una sociedad más sana. Este campo se convierte, para Roselia, en el nuevo núcleo gravitacional que la atrae cada vez más, hasta envolverla completamente (Rosen y Sotomayor, 1985).

Tengo una amiga hondureña que también estudió medicina, estaba haciendo el posgrado de Salud Poblacional en la UAM, pasó por Guatemala y me comentó sobre el posgrado en Medicina Social. Encontré una beca en relaciones exteriores y ahí tomé la decisión de regresar a México. Para ese entonces, ya estaba trabajando en la Comisión de Derechos Humanos, en Guatemala, en un centro de atención a la mujer. Ahí era la encargada de todo el centro. Teníamos trabajo comunitario, de atención médica y talleres. Ya empezaba a tener otras actividades dentro del campo de la medicina. Aparte, estaba la Iglesia católica que ayudó mucho a las comunidades: cooperaban con ellos haciendo programas de radio, en las campañas, etcétera. En ese espacio estuve muy vinculada con la secretaria del Ministerio de Salud de Guatemala. Mientras que en Guatemala comenzaba un movimiento coordinado por Juan Carlos Verdugo, que había salido de la maestría en Medicina Social y estaba organizando todo lo que se ha consolidado en Guatemala sobre la atención en salud incluyente.

Ver otros asuntos y escuchar los planteamientos sobre el proceso de salud/enfermedad, de las condiciones sociales, la determinación social: de cómo está relacionada la salud con la pobreza fue maravilloso. Ahí encontré vínculos con mi propia historia.

Después de la maestría trabajé un tiempo en Médicos como había deseado desde el principio. Estuve en Chiapas, en atención y consulta médica a comunidades zapatistas que todavía no habían desarrollado su sistema de salud y educación autónomo. También estuve trabajando con los promotores de la salud en comunidades zapatistas y no zapatistas. Las condiciones de pobreza y marginación eran terribles en esa época, estoy hablando del año 2002 o 2003; ya había cambiado muchísimo desde el servicio social.

Creo que ahí comencé a relacionarme de forma diferente como médica: no me ponía la bata, no me ponía atrás del escritorio. No lo hice muy consciente, más bien por intuición me movía de lugar y los promotores estaban conmigo en la consulta. En ese sentido fue una experiencia muy buena para mí. Creo que ahí fue donde yo vi que la relación de los promotores con la gente podía ser una relación de enorme potencial.

Vi más problemas: de mortalidad materna, congénitos, neurológicos, sobre todo, un perfil patológico de mayor complejidad. Estaba en el servicio social atendiendo enfermedades que tenían que ver con problemas gastrointestinales y respiratorios.

¹ *Habitus* del latín (*hexis, habitus*); *hexis* del griego Aristóteles refiriéndose a: «disposición» o «estado activo», «posesión»; *habitus* palabra proveniente de la raíz latina que quiere decir «con la manera de ser», también «constitución, naturaleza o conformación».

Tuve un caso de parto con un bebé muerto, me lo tuve que llevar a un hospital. Me impactó mucho la pobreza, la desnutrición de mujeres y niños. Me costó mucho recuperarme de eso.

Lo último que hice en Chiapas fue atención clínica en Médicos Sin Fronteras, donde teníamos un buen equipo: una enfermera, un odontólogo, un promotor, medicamentos; una camioneta, un chofer que se encargaba de la logística, un teléfono satelital, etcétera. Las «condiciones» de los médicos sin fronteras son buenas, se puede hacer más en esas condiciones. Uno resuelve más cuestiones; sin embargo, no habían pensado en dinámicas de atención a su propio equipo en términos de salud mental. Teníamos un abogado para problemas legales, pero creo que uno no es muy consciente de la problemática. Yo hasta después me di cuenta de que me impactó mucho y que me había costado recuperarme de eso.

Afortunadamente después pude ir a terapia, a trabajar todo ese impacto, en 2006 o 2007. Entendí que no es que la atención médica no sea necesaria ni importante, pues resuelve problemas inmediatos de enfermedad y temas que son vitales para la gente, pero desde mi punto de vista hay que hacer otras cosas. Yo quería cambiar las condiciones.

Para Roselia como para muchos profesionales que transitaron de la medicina clínica a la salud colectiva, el dilema sobre si dedicar su vida a la erradicación de enfermedades siendo médica clínica o dedicar su futuro a otro tipo de trabajo tendiente a modificar las condiciones que producen la enfermedad fue uno de sus debates internos. El resultado de esta alternativa la llevó a la UACM cuando se enamoró de la promoción de la salud.

Coni Chapela me mandó un correo electrónico, la conocí porque me había dado clases en cuarto semestre en la UAM en la licenciatura. Fue cuando regresé de Médicos Sin Fronteras que ella me apoyó y con una de las que más platicué.

Coni me ayudó mucho en esa época de crisis en la que me encontraba, también me dio herramientas para reflexionar acerca de cuál era el problema, hizo algunos ejercicios sobre la línea de mi vida y aquello que yo consideraba que había sido importante, así como lo que me había impactado más. Estuve en su casa; me cobijó. Fue importante para mí.

*Cuando llegué a la UACM venía de trabajar con promotores de la salud, sabía lo importante que era la formación. Trabajé con el libro *Donde no hay doctor*, en Chiapas, solicité estos libros para regalárselos a los promotores; había estado en contacto con todo eso y cuando se abre la licenciatura en Promoción de la Salud fue muy importante, pues, llega otra forma de relacionarme con los estudiantes, la forma de evaluar lo humano, lo creativo. Esto llegó en un momento importantísimo, en el que yo ya no tenía este espacio que había sido muy bueno con mi jefa, la doctora Sonia Morales, en Censida. Después entré a la UACM y me gustó porque pensé que era una institución donde se podrían construir «otras formas»; yo ya había pasado por organismos no gubernamentales (ONG), por hospitales de gobierno, donde las relaciones son muy difíciles y jerárquicas, no es que tenga problemas con la autoridad, [risas] pero uno quiere relacionarse de forma diferente con la gente.*

Creo que la UACM fue donde supe claramente que no quería hacer clínica, a partir de ahí comencé a verbalizarlo: «bueno, sí estudié medicina, pero no hago clínica», antes no podía, pues ser médico para mí era igual a hacer clínica. Estuve haciendo investigación. Entonces entré a la UACM y comencé a dar clases.

Para mí, dar clases es muy importante, puedo entrar muy cansada y salir de ahí energizada. En la UACM se permite establecer otro tipo de vínculo, no como en otros espacios educativos, es mucho más gratificante. Creo que una de las cosas por las que me considero más afortunada es que a diferencia de hacer clínica, que siempre era muy angustiante, dar clases me gusta mucho.

Los promotores de salud son los profesionales encargados de llevar a cabo el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los procesos que afectan su vida para mejorar su salud.

Roselia, como docente y formadora de los futuros promotores de salud, comparte su experiencia sobre cómo se puede hacer promoción de la salud desde el salón de clases en la Universidad, no sólo porque forma a futuros promotores, sino porque establece una relación de confianza con los estudiantes que les permite reflexionar sobre sus procesos.

En esta carrera tienen una amplitud, un abanico de posibilidades mucho mayores que desde un consultorio. Ser médico es una partecita nada más, un momento de la vida de la gente que sale y entra del sistema. Como promotores de la salud tienen muchísimas más opciones de hacer, de curar, en el sentido más metafórico. Pueden estar, por ejemplo, en espacios donde se toman decisiones sobre las políticas sociales, porque los médicos no saben nada de los programas de salud. Enseñarles a tomar los signos vitales, la presión, hacer el interrogatorio y a palpar cuando se trata de un ganglio, tienen que entender lo que está haciendo el médico y explicarle al paciente, pueden ocupar un espacio muy importante y que no es fácil porque el médico difícilmente se mueve de ese lugar y el paciente tampoco se mueve. Los promotores pueden hacer mucho, para que la relación médico paciente sea mejor. Pueden permitir que sea el sujeto que está ahí quien tome la decisión sobre su cuerpo y no que sea el médico.

Roselia propone una manera de entender el trabajo de los promotores de salud como mediadores entre los médicos y las personas que son atendidos por ellos como una de las vías posibles de profesionalización, en la que los promotores interesados en trabajar dentro de los servicios de salud y la atención a la enfermedad pueden marcar una diferencia. Un profesional de la salud experto en «derechos del paciente» y consciente políticamente de las implicaciones que la clínica puede tener para el cuerpo de los sujetos en posición de cuerpos enfermos, es indispensable para disminuir y erradicar los abusos al interior de los espacios de atención a la enfermedad.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO Y DISCUTE EN EQUIPO

- ¿Qué te hace pensar la imagen? Escribe media cuartilla donde construyas una historia sobre estas dos mujeres. Quiénes son. Por qué están ahí juntas.
- ¿En qué piensas que se vincula esta imagen y el contenido de la entrevista revisada?



RESPECTO A LA ENTREVISTA, INVESTIGA

- ¿A qué se refería la entrevistada cuando dijo que en médicos sin fronteras atendía a comunidades zapatistas antes de que formaran un sistema autónomo de salud y educación?
- ¿Qué es el sistema autónomo de salud zapatista y cómo funciona?



PIENSA EN UNA LÍNEA DE TIEMPO REFLEXIVA SOBRE LOS HITOS DE TU VIDA

- En tu cuaderno marca una línea de tiempo lo más amplia que puedas. Divídela en los momentos que para ti hayan sido significativos hasta llegar a nuestros días. Ahora escribe, ¿qué dice de ti que hayas elegido estos momentos como hitos?
- ¿Qué dice sobre lo que es importante para ti? ¿Qué dice sobre ti en el futuro? ¿Hacia dónde apuntan? ¿Cómo te sientes con ese futuro imaginado?



Para conocer más a Roselia y su perspectiva mira este link:

<https://www.youtube.com/watch?v=SWYBi81Qrol>

VII. CAROLINA MARTÍNEZ

«EL CUERPO Y LA MUERTE SE LOS DEJO A MIS COMPAÑEROS, YO ME QUEDO CON LA MENTE Y LA SALUD»

Cuatro horas habían pasado cuando Carolina y yo nos dimos cuenta de que habíamos estado conversando en «entrevista» trascendiendo todas las normas de las preguntas guiadas y aventurándonos en una plática casi espontánea más allá de los objetivos específicos del libro. Estábamos en su despacho y por alguna razón mágica ese espacio cobró un cariz especialmente acogedor. Con un tono pausado y pensado fue recorriendo decisiones de su trayectoria, historia personal y pasado tejiendo sutilmente un mapa con imágenes, anécdotas, reflexiones. Fue profundamente fértil la asociación que fue haciendo respecto a los recuerdos de su vida, su infancia y su familia.

Escuchando tu motivación [para hacerme esta entrevista] se me ocurren montones de cosas. Yo creo que lo que pasa con la profesión de médico es que tiene mucho prestigio heredado de siglos. Creo que las personas idealizan lo que significa ser médico, y eso lo digo un poco desde mis orígenes, pero también porque llevo muchos años trabajando con estudiantes de medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana. Hace ya más de 15 años que formo parte del grupo de asesores de los alumnos que se encuentran en la llamada cuarta fase de la carrera, integrada por el internado de pregrado y el servicio social; son los alumnos que están a punto de egresar de la licenciatura. Pero antes, desde mediados de los ochenta, trabajé varios años en el módulo inicial de la carrera, que es el cuarto, justo cuando han terminado los troncos comunes interdivisional y divisional, y desde entonces pude percatarme de lo ávidos que estaban estos alumnos por comenzar a incorporarse a la profesión médica. En los años más recientes, ya enteramente inmersa en el campo de la investigación cualitativa, me acerqué a ese estilo de trabajo conocido como investigación narrativa, y desde ahí invito a los alumnos a mi cargo a elaborar relatos de sus experiencias durante el internado y el servicio social. Para mí éste ha sido un ejercicio extraordinariamente grato e interesante y para ellos quizá algo un poco raro, pero creo que también bastante atractivo. Con frecuencia soy yo quien les propone un tema para «provocar» sus narraciones, porque es una modalidad de trabajo tan poco común en su formación, que al inicio no saben muy bien de qué se trata ni qué es lo que espero de ellos. Entonces, acostumbro comenzar con algunas explicaciones sobre lo que es la medicina narrativa y luego les propongo simplemente escribir, para lo cual les sugiero títulos como: «¿Por qué decidí estudiar medicina?», «¿cómo es el médico que me gustaría llegar a ser y cómo es el que no quisiera llegar a ser nunca?», «¿cuál fue mi experiencia emocionalmente más intensa en las dos últimas semanas?», y otros temas de esa naturaleza. Esto ha dado lugar a la escritura de textos muy interesantes, tengo toda una serie de ellos escritos por estudiantes de varias generaciones. Al leerlos, con frecuencia me siento muy identificada con lo que yo misma viví un buen número de años atrás. Yo estudié medicina en la UNAM en los años setenta e hice mi servicio social en el 75.

No hace mucho a Coni, compañera en el área de investigación, se le ocurrió un proyecto al que llamó «Ser médico». Nos invitó a varios colegas de su generación para elaborar un texto sobre la pregunta: ¿Qué es para ti ser médico? ¡Y sí que nos puso a pensar! Al leer estos relatos que me comparten los estudiantes y compararlos con mis propios recuerdos y reflexiones, me doy cuenta de que aun cuando cada historia es muy particular y específica, hay también cierto común denominador, y eso a pesar de las grandes diferencias que existen en los contextos de cada época.

El asunto es que mi participación en el proyecto de Coni me hizo remontarme a la pregunta de cómo fue que decidí estudiar medicina. Lo primero que me vino a la mente fueron los motivos académicos. Unos años atrás, en un texto que titulé «Abrir la epidemiología», escrito gracias a la invitación de una de mis maestras para participar en un taller de debate en torno al concepto de determinantes sociales de la salud, describí la peculiar trayectoria que recorrí llevada por mis búsquedas. Pero a estas alturas de mi vida tendría que reconocer, quizá, que en realidad estudié medicina mientras decidía qué era lo que quería hacer. El fin de la preparatoria trajo consigo el momento de la elección de carrera. Yo no estaba todavía muy clara de lo que quería. Mis intereses eran de lo más disímolos. Me interesaban carreras del área de las ciencias naturales como la Biología, pero también otras que se intersectaban con las ciencias sociales como la Geografía y la Psicología. Un antecedente, que al fin tuvo más peso del que yo hubiera imaginado, fue el hecho de formar parte de una familia de médicos. Esto parece ser bastante común entre muchos que eligen la carrera de medicina, como lo veo en los relatos de mis estudiantes.

En mi caso, mi padre, varios tíos, los maridos de algunas de mis primas y algunos otros parientes de generaciones previas fueron médicos, la mayor parte de ellos en el área de la pediatría. Así que el primer referente que tuve sobre lo que significa ser médico fue, justamente, mi padre, de quien yo diría que era un total enamorado de la medicina, y en especial de la pediatría. A su vez, él se formó con un tío un poco mayor que él, que fue un pediatra bastante connotado, muy vinculado con los fundadores del Hospital Infantil de México a mediados del siglo pasado, y que algunos años más tarde participó también en la fundación del Instituto Nacional de Pediatría. A mediados del siglo pasado, los programas de residencia en el país apenas comenzaban en algunos hospitales, así que muchos médicos se especializaban acercándose a algún respetado y admirado maestro, de mayor edad y experiencia, a quien elegían como tutor y a cuyo lado trabajaban durante varios años, aprendiendo la clínica directamente de él. Ése fue el caso de mi padre.

En aquella época, la pediatría mexicana gozaba de reconocimiento internacional; quienes la ejercían lo hacían de manera apasionada y comprometida, y se permitían establecer afectuosos vínculos con las familias de sus pequeños pacientes. Ésa fue la medicina que yo conocí durante mi infancia y en cuyo clima crecí. Uno de los paseos vespertinos a los que mis hermanos y yo podíamos ser invitados consistía en acompañar a nuestro padre en sus recorridos para hacer algunas visitas domiciliarias a los niños que atendía, a veces de la misma edad que nosotros. Lo esperábamos en el auto mientras hacía la visita y nos alegrábamos junto con él cuando escuchábamos sobre la recuperación de los niños. Él, como muchos médicos de la época, solía dedicar la primera parte del día a atender en un hospital público —en aquel momento

en el Infantil de México—, y por la tarde realizaba algunas visitas y recibía pacientes en su propio consultorio, que estaba ubicado en un área separada de nuestra casa. Dada esta ubicación, con frecuencia escuchábamos cuando atendía algunas de las llamadas telefónicas que podían entrar a cualquier hora, en las que tranquilizaba y orientaba a las preocupadas madres y padres que lo consultaban. Ésa era la cercanía entre médico y paciente que, a nosotros, en casa, nos parecía normal, y era ésta la medicina que yo imaginaba cuando al fin me decidí por emprender esa carrera. Mi padre estaba siempre dispuesto a atender a quienes lo requerían, y lo hacía al ritmo de la enfermedad de cada paciente; nunca lo vimos atrapado por esa rutina horrorosa e inhumana que muchas veces prevalece en las instituciones hospitalarias

En los años cincuenta del siglo pasado, en México había otra escuela de medicina que no sólo enseñaba a ser médico, sino a ser también compasivo. La manera en que se fueron institucionalizando las prácticas, mal llamadas residencias, a lo largo de los años, convirtieron eso en una rutina irracional, no sólo desagradable en términos de trato y exigencias de tiempo, sino sobre todo del creciente proceso de cosificación de los cuerpos y las subjetividades que esto implicó.

¿Cómo fue, entonces, que al fin opté por estudiar medicina? No sin ciertas reticencias, aunque para dar cuenta de ellas he de remontarme a ciertos antecedentes muy personales. Yo fui la primera de los cuatro hijos de mis padres. El segundo fue un varón que lleva el mismo nombre de mi padre. Vinieron luego otra niña y finalmente un niño más. Mis padres se preciaban de ser abiertos y liberales, y no comulgaban con las ideas más tradicionales que prevalecieron en las generaciones previas de sus respectivas familias, que tendían a diferenciar la crianza y educación de hombres y mujeres. Recuerdo, por ejemplo, la tristeza con la que mi padre hablaba de cómo sus dos inteligentes hermanas tuvieron que suspender sus estudios debido a las limitaciones económicas que trajo a su familia la temprana e inesperada muerte de su padre, lo que obligó a privilegiar la preparación de los dos varones. Recuerdo también los divertidos relatos de mi madre que nos contaba cómo, contra los designios de mi abuela, se empeñó en ir a la universidad y no conforme con inscribirse en una carrera, decidió cursar dos. Lo suyo eran la literatura y la poesía, por lo que eligió Letras. Pero ya involucrada en la relación con quien sería mi padre y deseosa de seguir su trayectoria, se inscribió también en medicina. Así que esta inquieta y aventurera mujer —de quien con frecuencia pienso que aún sin tener la menor intención ni conciencia de ello, fue en los hechos una feminista—, corría de una facultad a otra por el centro de la ciudad, que era en donde en aquel tiempo se ubicaba la UNAM, a tomar sus clases llena de entusiasmo.

Pese a lo anterior, y quizá aun hoy día, no sabría explicar por qué, al momento de mi propia elección de carrera mi sensación era que la tradición médica familiar, al igual que el nombre de mi padre, eran una «herencia» reservada para mi hermano. Así que en aquel punto ni siquiera me planteaba la opción de estudiar medicina. En realidad, creo que ni siquiera era un deseo que alguna vez hubiera formulado. ¿Qué fue entonces lo que llevó a enfilarme en esa dirección? Según mi recuerdo, mientras me debatía en medio de mis múltiples y aparentes intereses incompatibles, fue

justamente mi madre la que verbalizó la posibilidad: «Si te gusta tanto la biología y la psicología y la geografía, y te interesa todo lo que le pasa a la gente, ¿por qué no piensas en estudiar medicina?». Sí, pensé yo, ¿por qué no? Al fin de cuentas, es sin duda una profesión totalmente abierta a lo humano, y se antoja de lo más interesante. ¿Por qué no? Y sin demasiada convicción, pero con gran curiosidad, decidí intentarlo. Con el paso del tiempo he llegado a pensar que para mí fue realmente afortunado haber incursionado en esta carrera sin sentir nunca sobre mis hombros ese compromiso con «la manda de la tradición familiar» que yo imaginaba destinado a mi hermano, porque siento que eso me dio muchísima libertad para hacer las elecciones que más adelante fui haciendo, las cuales me llevaron muy pronto lejos del mundo de la clínica.

Con la inteligencia que la caracteriza, Carolina reconoce la enorme libertad de no tener que cumplir un destino prescrito o sentir que tenía que demostrar estar «a la altura» de una concreta expectativa familiar. Aunque sabe también identificar las limitaciones que para su madre implicó ser mujer en esa época donde a pesar de sus enormes inquietudes e intereses académicos, su primer y segundo embarazos la obligaron a renunciar a su carga académica y priorizar su maternidad.

Cuando yo nací mi abuela materna estaba muy cerca de la familia, y aunque era ya grande, creo que le ayudaba mucho a mi madre con mi cuidado. Cuando nació mi hermano, mi madre muy probablemente se percató de que la carga rebasaría a la abuela, porque fue entonces cuando decidió dejar las dos carreras universitarias. Por sus relatos y comentarios puedo decir que eso fue muy frustrante para ella, pero no dejó nunca de ocuparse de sus intereses, muy en especial de los poéticos y literarios, aunque no fuera ya de manera profesional.

Ahora que te lo platico pienso que, de seguro, eso que ella vivió tendría mucho que ver con su actitud de impulsarme cuando me llegó el momento de elegir carrera, como si quisiera comunicarme: «no te limites, tienes la posibilidad y el derecho a emprender el camino que tú quieras». Para no dejar en el aire este hilo de la historia te contaré que, en efecto, mi hermano estudió medicina, continuó con la especialidad en Pediatría, y en los primeros años de su vida profesional se dedicó por un tiempo a la clínica; pero más allá de los designios que en mi imaginación le atribuí, muy pronto se inclinó hacia el lado de la investigación, en donde ha hecho una brillante trayectoria. Aun así, por algunas de nuestras esporádicas conversaciones, sé que no ha perdido nunca su gran amor por la clínica. Mi hermana, también fuertemente impulsada por nuestra madre que nos insistía en que podíamos estudiar cualquier cosa que quisiéramos, se dedicó profesionalmente a la Música y fue una muy talentosa, creativa y dedicada académica en la escuela de música de la UNAM. Y mi hermano menor ha dedicado también su vida a temas artísticos, los dos menores, como se ve, muy en la línea poética de mi madre.

Carolina bautizó a su madre como una de estas feministas que no son conscientes de su feminismo debido a que su vivencia y los mensajes que recibió desafiaban las creencias familiares y sociales. Justo en relación con el «mandato», su madre interviene de constru-

yendo esa creencia y «autoriza» a su hija para que estudie lo que le apasione —aunque «estuviera pensado social y culturalmente para su hermano»— y la invita a desafiar también las creencias generacionales que limitaban las aspiraciones de las mujeres.

A mi papá, en cambio, creo que le cayó de peso mi decisión de estudiar medicina. En lo explícito era tan liberal como mi madre, pero creo que en el fondo sus sentimientos eran algo más contradictorios. Me parece que sus impulsos sobre protectores hacia las mujeres de la familia lo llevaban a sentirse temeroso de imaginarlas frente a desafíos y situaciones que pudieran violentarlas. Así que, por un lado, era evidente lo contento y orgulloso que se sentía con los logros académicos tanto de sus hijos como de sus hijas; pero por el otro, mi impresión es que él imaginaba que, si una mujer encontraba la protección de un buen varón, su seguridad estaba garantizada. Lo cierto es que, independientemente de lo que haya sentido, una vez enterado de mi decisión hizo cuanto pudo por apoyarme, desde obtener toda la información que quería, hasta conectarme con lugares en donde podría prepararme para el temido examen de admisión a la UNAM. Eso fue para mí una valiosa señal de aprobación y aceptación de su parte. Así que cuando comentaba con sus colegas delante de mí con una expresión de entre horror y gusto: «¿Qué creen que hizo esta hija mía? ¡Decidió estudiar medicina!», y ellos hacían eco de su sorpresa: «¿Qué barbaridad!, ¡en qué se va a meter esta muchacha!». Yo me sentía muy autorizada por él, pese a mi aparentemente provocativa elección. De todas maneras, mi sensación era que, para la familia paterna, en ese entonces, la elección más autorizada o al menos la mejor valorada para las mujeres era la de consagrarse a la vida doméstica. Pero a la manera de mi madre, a mí se me daba muy bien esto del ser desafiante, así que en mi interior disfrutaba de contravenir esos ideales femeninos que yo no compartía.

Estudiar fue algo que a mí me gustó siempre, ciertamente una más de mis identificaciones con mis padres. Me encantaba aprender, nunca sufrí la escuela, la disfruté enormemente. La fama que tenía esta carrera de ser muy difícil era para mí uno más de sus atractivos, y la promesa de todo lo que tenía por aprender me resultaba extraordinariamente estimulante. Así que al fin aposté por medicina. Hice el examen de admisión con ese temor que todos experimentábamos ante la eventualidad del rechazo, en especial al aspirar a una carrera de tan alta demanda, y me sentí feliz y casi incrédula cuando supe que había sido aceptada.

Hoy pienso que para mí fue más importante entrar a la UNAM, que estudiar medicina, porque yo venía de una escuela privada y creo que en cualquier carrera que hubiera entrado, con tal de que fuera en la UNAM, hubiera sido feliz. Era 1970, acababa de pasar el movimiento del 68, la gente de escuelas privadas como yo no habíamos podido entrometernos y lo habíamos visto todo desde lejos. En la UNAM, en cambio, se respiraban otros aires muchísimo más plurales y abiertos. Estaba yo muy impactada, gratísimamente asombrada ante ese modo de vivir y de pensar tan libre.

Viniendo de una escuela muy cuidada, conectar con la Universidad Pública, en donde se movía un pensamiento abierto que a ella le resultó más congruente con su modo de relacionarse y le permitió acercarse a una dimensión de su país que le aportó apertura.

Ya en medicina, muchos compañeros comentábamos entre nosotros: «me maravilla cómo funciona el cuerpo humano». Era una fascinación compartida. Estudiábamos con el modelo de aquellos días, que dedicaba todo un semestre a aprender anatomía, otro más dedicado a la fisiología y así a cada una de las materias que íbamos aprendiendo; cada una para mí era genial. Estaba encantada aprendiendo, realmente lo disfruté mucho. Cuando escucho a mis alumnos hablar de su asombro frente a todo lo que han aprendido recuerdo vívidamente aquella época, recuerdo cómo fue para mí. Sé que hay a quienes les gusta más la práctica clínica, pero yo prefería decididamente la teoría. Fueron esos primeros ciclos teóricos donde mejor me la pasé. Además, viví ahí algunos momentos muy divertidos, como por ejemplo en la clase de anatomía. En la escuela de la que yo venía se cultivaba el aprendizaje memorístico; creo que su concepto de aprendizaje no se centraba tanto en la comprensión como en la capacidad para repetir adecuadamente los contenidos. Así que cuando entré a medicina, mi memoria estaba afiladísima, muy bien entrenada. Entonces, en la clase de anatomía me convertí en una especie de personaje de circo, porque podía memorizar páginas enteras y nuestro maestro me utilizaba para demostrar a los compañeros que sí era posible hacerlo. En esos días podía repetir al pie de la letra cada orificio y protuberancia de cada hueso del esqueleto, el lugar de inserción de cada músculo. Hoy día lo único que me queda de todo aquello es una cierta noción de esas estructuras, pero por supuesto, todo lo entonces memorizado se ha perdido. Memorizar así es absurdo, como les digo hoy día a mis alumnos, al final no te sirve de mucho, salvo quizá por el ejercicio y la función que con él se desarrolla, pero como contenido no permanece casi nada.

Mis primeros cursos de clínica los llevé en el Hospital 20 de noviembre del ISSSTE [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado], y ahí muy pronto entré en shock. Me topé con la medicina de verdad, al modo en el que se la practicaba a principios de los setenta. Te diría que la situación era muchísimo mejor de la que observamos hoy en día, pero aun así, la encontraba terriblemente burocratizada y deshumanizada, y sobre todo, no tenía nada que ver con lo que yo había imaginado desde mi perspectiva familiar. Algunos de nuestros profesores de mayor edad parecían, más que médicos comprometidos, viejos burócratas. Aún no olvido una historia que me resultó especialmente traumática: había una paciente, una señora mayor ya jubilada, que requería una cirugía de tiroides. Me correspondió a mí hacer su historia clínica y, como suele suceder a los jóvenes estudiantes, durante el proceso hice un vínculo relativamente cercano con ella. El día de su operación fui una de las personas autorizadas a presenciar la cirugía para dar seguimiento al caso. El cirujano era uno de estos profesores nuestros de edad algo avanzada, no sé si él mismo al borde de la jubilación, pero que además parecía afectado por la enfermedad de Parkinson, porque su mano no dejaba de temblar, ya con el bisturí en ella. Cuando vi que él operaría me preocupé muy seriamente por la mujer que se encontraba debajo de los campos quirúrgicos porque para mí ella, sí tenía rostro, vida, familia, historia. Comenzó la cirugía y como era de esperar, en cierto momento la mano temblorosa del cirujano cortó una arteria en el cuello. La sangre empezó a brotar abundantemente en chorritos intermitentes y yo pensaba: «¡Qué desastre! ¡Mi paciente se va a morir!». Pero el problema no pasó a mayores. En menos de lo

que yo entraba en pánico otras manos más diestras y con mejor pulso contuvieron de inmediato el sangrado e hicieron lo necesario para resolver el problema. La cirugía continuó y todo terminó bien, sin consecuencias mayores. La paciente nunca se enteró. Pero yo quedé horrorizada ante lo que para mí fue una terrible irresponsabilidad que nadie hizo el menor intento por atajar. Experiencias como ésta me fueron llevando a poner en marcha, casi sin darme cuenta, esta reacción que te lleva a subdividirte, a dissociarte defensivamente, de manera que, si una parte de ti se horroriza, se escandaliza, se entristece o lo que sea, sólo te desentiendes de ella y con la otra parte de ti actúas como si nada, en el mejor de los casos en forma muy eficiente y eficaz, y logras así que todo salga bien la mayoría de las veces. Aunque ahora sé que esto no se da sin un alto costo emocional, tanto para los profesionales como para los pacientes. Durante los ciclos clínicos tuve la oportunidad de estudiar en muchos hospitales del IMSS [Instituto Mexicano del Seguro Social], del ISSSTE, de la SSA [Secretaría de Salubridad y Asistencia]. Creo que con los que más me reconcilié fue con los de la SSA, muy carentes de recursos y sumamente austeros, pero también bastante más humanos, menos rígidos en el trato a los pacientes. En los hospitales del IMSS y del ISSSTE muchos más ricos en recursos había, en cambio, reglas despiadadamente inamovibles, un trato tan disciplinado que llegaba a ser duro, una frialdad tan grande que a mí llegaba a parecerme cruel y me resultaba difícil de sobrellevar. La manera de arrancar a los pacientes de sus familias, ese modo de desestimar el sufrimiento que en algunos casos yo sentía que rayaba en el maltrato, solían serme intolerables. Pese a todo, nunca llegué a rebelarme abiertamente. Ahora pienso que la formación médica misma te va entrenando para hacer lo que hay que hacer sin objetar. Así que a lo largo de los ciclos clínicos me fui dividiendo en dos: una que sufría todo eso en silencio y trataba de creer en lo que decían mis maestros, que ésa era la ruta para lograr la curación de los enfermos, y otra que disfrutaba aprendiendo patología, fisiopatología y cada una de las diversas teorías de la cura frente a cada uno de los cuadros que nos tocaba enfrentar. Pero me parece que todas esas experiencias fueron labrando el camino por el cual, en cuanto pude, terminé por distanciarme de la clínica. Aprendí a hacer lo que había que hacer, una buena historia clínica, una buena exploración física, un buen razonamiento que condujera a identificar las alternativas diagnósticas y las opciones de tratamiento, pero no deseaba encontrarme nunca a cargo de un paciente por mí misma. Sentía que la responsabilidad me rebasaba. En cuanto a las situaciones difíciles que llegué a presenciar, por más que lo deseara no estaba en mi poder hacer algo distinto de lo que en la institución se hacía. Evidentemente, no estaba preparada para enfrentar el cúmulo de situaciones que a mí me parecían tan crueles, generadas no necesariamente por la mala intención de nadie, sino por la desafortunada confluencia de ciertas situaciones patológicas con las desfavorables circunstancias institucionales. Por ejemplo, me resultaba sumamente triste hacer historias clínicas de niños con malformaciones congénitas del corazón que luego fallecían durante o después de la cirugía, pero que sin la cirugía también hubieran terminado muriendo. Cuando estaba en mis manos auxiliar a algún paciente o a su familia durante estos trances lo hacía, pero era tan reducida que lo consideraba prácticamente inútil. Así que lo único que me quedaba era escribir. Escribir había sido algo a lo que desde niños nuestros

padres nos habían invitado, mi propia madre escribía todo el tiempo, así que ese era mi recurso. Escribía denuncias indignadas que guardaba en mi archivo privado circunscrito a mi muy personal reflexión. A mis 20 años anotaba: «La medicina no es lo que yo pensaba».

Los siguientes años fueron difíciles. Establé una intensa confrontación interna con mi propio padre: «¿Cómo ha podido él transigir con todo esto? No logro comprenderlo». Pero nunca quise hacérselo saber porque me constaba su amor a la profesión y su innegable compromiso con ella. Entendía que esta guerra era mía, no suya, ni tampoco tenía por qué estar contra él. Me constaba que él había sido más un médico-acompañante, un médico-compañero-de-camino de los padres de sus pacientes, y nunca un frío y burocratizado «médico de hospital», por más que también lo vi atender y acompañar a muchos de sus pacientes en el transcurso de sus hospitalizaciones cuando su patología obligaba a internarlos. Mi pleito era con la cruel y deshumanizada medicina de las instituciones hospitalarias de la época. Y quizá también con esta medicina que eludía, que incluso ridiculizaba, la sensibilidad inherente a la subjetividad humana.

Hay antropólogos que han estudiado los rituales de pasaje por los que atraviesa el estudiante de medicina hasta llegar a convertirse en médico. Una de las exigencias implícitas es no mostrarse vulnerable y, ¡ay de ti si lo haces! La descalificación será inmediata. Esto conduce a instituir cualquier tipo de mecanismo defensivo que permita distanciarse de las emociones, de las propias y de las de los demás. En medicina se conocen poco, y se utilizan menos, los recursos de los que podría echarse mano para lidiar con la dimensión emocional. Las situaciones que atestigüé en aquella primera época de mi formación se convirtieron, con el tiempo, en motivaciones para mis búsquedas posteriores sobre cómo hacer para mantener el contacto con los propios sentimientos y «no morir» en el intento. ¿Cómo asumir la propia vida emocional en forma provechosa para el proceso terapéutico y también a manera de catalizador del crecimiento personal, tanto de los enfermos como de los profesionales que los atienden? Lograrlo requiere de conocimientos muy especializados que la medicina actual tiende a despreciar. Eso fue lo que a mí, a la vuelta de los años, me condujo a la búsqueda psicoanalítica. Pero esto se relaciona también, sin duda, con mi formación de aquella primera época, porque entre las más valiosas materias que tuve la oportunidad de cursar en aquel tiempo estuvieron las relacionadas con las enseñanzas del psicoanálisis.

Uno de los temas más importantes y frecuentes que los estudiantes de medicina dicen enfrentar en su formación es una especie de paulatino, pero obligado, proceso de deshumanización al servicio de la supuesta *expertise* técnica de la clínica. Un fenómeno del que han hablado en distintas dimensiones todas las personas entrevistadas en este libro y que a partir del discurso de la objetividad y del trabajo técnico, apuestan por el desapego humano como requisito *sine qua non* a partir del cual un médico puede ser buen sanador.

En ese sentido Carolina también desafía la premisa hegemónica que envuelve su formación original y se atreve a desobedecer cuando se pregunta: ¿Cómo ser buen médico sin deshacerse de la vida emocional? ¿Cómo no morir en el intento de curar? ¿Cómo

hacer viable el trabajo como buen técnico sin dejar de ser buena persona? Coherente con su búsqueda se permitió seguir otro de sus intereses y pasiones, el psicoanálisis y en particular, la corriente de Erick Fromm.¹

En mi generación todavía quedaban algunos rastros de la influencia que llegó a tener Erich Fromm en la Facultad de Medicina de la UNAM, desde su llegada a México a mediados del siglo pasado hasta mitad de los años setenta, cuando se fue. En el primer año de la carrera nosotros cursamos dos materias que se llamaban psicología médica y medicina humanística, impartidas por algunos psiquiatras que habían sido sus discípulos. Es muy interesante toda esa parte de la historia de la Facultad de Medicina. En un inicio, según se cuenta, buena parte de la carrera llegó a recibir la influencia frommiana, pero con el tiempo fue disminuyendo y cuando yo estudié casi nada quedaban, sólo estas dos materias. Fue así como entré en contacto con estos temas que para mí serían cruciales y a los cuales llegué entre todas estas maromas del destino, desde mis orígenes familiares hasta este anhelo de conocimiento y también, sin duda, esta especie de reivindicación de género, todo ello entremezclado.

Así que, sin proponérmelo, lo que fui descubriendo sobre mí misma a lo largo de la carrera fue más bien lo que no quería ser. En aquellos primeros años de enfrentamiento con la clínica que se practicaba en «la vida real», me fugaba cada vez que podía del hospital. Las clases, como siempre, me encantaban, sobre la teoría era bastante buena estudiante. Pero en clínica aprendía lo que tenía que aprender y, en cuanto podía, me fugaba. Hubo un momento en el que llegué a pensar si me conveniría cambiar de carrera. Consideré la posibilidad de cambiarme a Psicología, pero cuando hice las primeras indagaciones me encontré con un enfoque enteramente distante del que yo buscaba, que por entonces era el del psicoanálisis frommiano. Mi mejor destino parecía ser, entonces, terminar la carrera y tomar luego la especialidad en Psiquiatría, que era la ruta obligada para entrar al Instituto Frommiano de Psicoanálisis, que en aquella época no recibía más que muy excepcionalmente a candidatos de otras profesiones, ni siquiera a los psicólogos. Fue así como continué la carrera, diciendo: «El cuerpo y la muerte se los dejo a mis compañeros, yo me voy a dedicar a la mente y la salud». Con algunos compañeros que teníamos ese mismo interés empezamos a fraguar el plan de ir a visitar a Fromm a Cuernavaca, donde por entonces todavía residía, pero a fin de cuentas nunca lo intentamos, entre otras cosas porque la carrera era muy demandante y difícilmente hubiéramos logrado disponer del tiempo para hacerlo. Durante la carrera hice pareja con un estudiante de Arquitectura. Nada que ver con medicina, creo que mis futuros colegas no me gustaban mucho como pareja. Me sentía mejor con alguien que tenía inclinaciones artísticas. Compartir con él actividades de esa naturaleza equilibraba con mucho las difíciles experiencias vividas en la escuela de medicina.

Llegó al fin el momento de iniciar el internado de pregrado. Mi generación no era tan numerosa como lo fueron las que vinieron un par de años más tarde, así

¹ Erich Seligmann Fromm fue un intelectual estudioso del psicoanálisis, de la psicología social y de la filosofía. Durante una parte de su vida escribió desde un posicionamiento marxista freudiano y fue parte de la escuela de pensamiento crítico en el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Fráncfort en Nueva York.

que teníamos una muy buena oportunidad para elegir con bastante libertad las opciones que preferíamos para cursar estos ciclos. Una porción de mis compañeros, creo yo que los más talentosos, optaron por el muy prestigiado Instituto Nacional de Nutrición, una excelente sede para continuar con la preparación médica; varios más no menos capaces optaron por alguno de los grandes hospitales del IMSS. Pero yo, con mi interés por la psiquiatría, elegí un ciclo que incluía una pasantía por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de fundación relativamente reciente. En ese ciclo la rotación consistía en pasar tres meses en un hospital ginecobstétrico, tres más, en uno de traumatología y ortopedia, otros tres en el psiquiátrico y los tres últimos en el Infantil de México, así que casualmente, pasaría por la cuna profesional de mi padre. En el internado viví mi primera experiencia como «médica de verdad», y lo fui como había aprendido: subdividiéndome, dissociándome. Para entonces sabía bien cómo hacer lo que había que hacer y lo hice lo mejor que pude. De la parte humana me desconectaba porque no había espacio para ella. No me comportaba de manera dura, pero sí cortésmente distante, no me vinculaba, simplemente atendía. Pude darme cuenta, por entonces, de que a pesar de mis fugas había aprendido bien. Pero en lo que se refiere a lo humano, me movía como si tuviera los ojos cerrados. Aprendí a mantener la barrera entre lo profesional y lo subjetivo como lo aprenden los estudiantes de medicina. Creo que es uno de esos elementos de lo que se denomina el currículum oculto: nadie te dice explícitamente que lo hagas, pero todos te muestran que así es como hay que hacer. Si no eras insensible de entrada, te vuelves insensible en el camino. Parece que yo hice lo segundo y a la distancia encuentro que es la misma tarea la que te va llevando en esa dirección, casi como estrategia de sobrevivencia. Como internos del hospital vivíamos ahí casi todo el tiempo, salvo las noches en que no teníamos guardia y entonces caíamos en casa rendidos de sueño para salir corriendo a la mañana siguiente de nuevo al hospital. Tendría que haber sabido que así era, pero en mi ya enorme capacidad para la negación lo había excluido de mi perspectiva, hasta que me topé con ello. El día uno de mi internado, cuando yo imaginaba que estaba ahí sólo para recibir informes sobre el curso que llevaríamos, fui informada de que no saldría sino hasta 36 horas después. La inmersión al trabajo fue inmediata, y así transcurrió el resto de ese año. En esa primera sede, nuestra labor consistía en atender la consulta durante el día y por la noche atender los partos normales. Yo no lo había hecho nunca antes sin asesoría, pero el proceso era tan automático como si fuera una cadena de montaje. Todo estaba dado para que ocurriera como tenía que ocurrir, cada quien estaba en su puesto y hacía su papel, y mis compañeros y yo habíamos aprendido a hacer nuestra pequeña parte en la obra. La enfermera estaba ahí y hacía lo suyo, pero si el interno no hacía lo que le correspondía, ella lo empujaba casi insensiblemente para que lo hiciera. El interno que hacía de obstetra se sentaba frente a la parturienta en espera de la aparición de la cabecita del bebé, hacía la episiotomía en el momento indicado, sostenía al bebé, cuando había salido cortaba el cordón, pasaba al recién nacido al interno que hacía de pediatra, trabajaba con la placenta y continuaba con los demás procedimientos indicados para la madre, en tanto que el interno-pediatra recibía al bebé y hacía con él lo propio. Sólo si en medio de todo este procedimiento algo se complicaba, había que llamar al residente para que se hiciera cargo. Así que de pronto me encontré ahí

recibiendo bebés, montones de bebés por noche, olvidando casi desde un inicio que cada una de esas mujeres era una persona y cada uno de esos bebés un nuevo humano viniendo al mundo. Si cometías algún error, de inmediato la enfermera, mucho más experimentada, entraba en acción y lo corregía. A las mamás se les dormía con lo que se llamaba un «coctel» preparado con varios medicamentos y el avance del trabajo de parto se regulaba farmacológicamente. Así que trabajábamos con una especie de cuerpos inertes que eran estas mujeres anestesiadas, con todo organizado para hacer lo indicado y nosotros perfectamente entrenados para llevarlo a cabo. Nadie nos cuestionábamos nada. Tal es así que incluso yo misma, cuando nacieron mis hijos poco tiempo después, recibí un manejo muy parecido. Sí, yo tuve la suerte de ser atendida en un confortable hospital privado por un obstetra amigo de la familia que fue tan cuidadoso con mi atención como generoso con nosotros. Digo esto último porque, al considerarme como colega e hija de un colega y amigo suyo, insistió en atenderme sin cobrar sus honorarios siguiendo aquel aforismo del cual se honraban los médicos de entonces: «Entre sastres no nos cobramos las hechuras». Yo, como él y como todos, seguí fielmente las indicaciones dictadas por la medicina; de los pacientes, aun más de quienes como yo teníamos formación médica, se esperaba simplemente que confiaran en el médico y él haría lo que había que hacer. Aunque aquí en voz muy bajita he de admitir que esa ciega disciplina mía frente a las indicaciones médicas fue mayor cuando nació mi primer hijo que cuando nació el segundo, cinco años después, situación en la que me permití un poquito mayor margen de autonomía para contactar más con esa trascendente experiencia. Pero en realidad fue muchos años más tarde, en la época en la que entré en contacto con lo que por entonces se conceptualizó como salud reproductiva, cuando empecé a desarrollar la posibilidad de mirar la situación desde una perspectiva más crítica. No era fácil, aún hoy día no lo es, cuestionar la lógica médica. Me llevó muchísimos años tener suficientes elementos para empezar a hacerlo.

De aquella primera época de mi internado guardo en mi galería de recuerdos difíciles la imagen de uno de los partos que me tocó atender. Sin que nadie se lo esperara, porque en aquel tiempo no había los recursos imagenológicos de los que se dispone hoy día, y con la mamá anestesiada del modo ya descrito, de pronto recibí en mis manos a un bebé con una gravísima malformación congénita que consistía en la total ausencia de genitales externos, con el periné enteramente liso. Llamamos, por supuesto, al residente, que nos comentó: este producto se va a morir, no hay manera de que viva extrauterinamente. Obviamente, habría que informar a la madre y a la familia. Yo no quise ni pensar en la tragedia familiar que se venía. Pero tampoco tenía forma de involucrarme en el asunto. En la cadena de montaje, mi función era terminar lo que procedía con el cuerpo de la madre, que no tenía ningún problema. Quien hacía de pediatra tendría que ver qué haría con el bebé. Y sería tarea del residente, o quizá de la enfermera, o de la trabajadora social o a saber de quién, informar a la madre cuando despertara, y a la familia. Ésta fue una de las muchas historias cuya culminación nunca conocí. A veces me daba la impresión de que las cosas sucedían como en esas situaciones límite en donde los procesos o sucesos terribles se fragmentan en pequeños trocitos, y cada uno de los participantes hace lo que le corresponde y lo avienta al que sigue que hace lo suyo, y así sucesivamente, con lo

cual al final nadie tiene que horrorizarse ante la imagen completa de lo sucedido. Quizá ésta sea una de las formas en las que se logra sobrevivir a situaciones así.

La metáfora de la cadena de montaje para referirse a los procesos mecánicos de los hospitales es una clara toma de postura de Carolina que ejemplifica su mirada crítica frente a las prácticas clínicas organizadas con la finalidad de restarles dimensión humana al trabajo terapéutico.

La pasión que la jalaba no era la medicina en sí misma, sino el conocimiento sobre las motivaciones de las personas, los porqués y los para qué de su existencia; el doctorado de Estudios de la Población fue un espacio que gozó y aprovechó para lo que más le gustaba: descubrir piezas de un rompecabezas que sentía incompleto.

No te cuento ya cómo el destino, luego del maravilloso acontecimiento que fue la llegada de nuestro primer hijo a comienzos de mi servicio social, me condujo a involucrarme en un proyecto de medicina comunitaria, ni cómo dos años después en lugar de ir a la residencia en psiquiatría decidí hacer una maestría en Medicina Social. Me saltó también la época en la que finalizada la maestría, me integré a la planta académica de la UAM y unos meses después mi vida familiar se enriqueció aún más con la llegada de nuestro segundo hijo. Me voy, entonces, hasta el momento en el que cinco años más adelante me encontré con aquel cartel en el que se convocaba a la primera generación de un doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población en El Colegio de México, que a primera vista me resultó de lo más atractivo. Al averiguar un poco más supe que ahí ofrecían mucho de lo que aún me hacía falta para profundizar en el estudio de la vida de la gente. Me postulé como candidata y fui aceptada. Me encontré con gente maravillosa, con profesores excelentes. Cuando llegué ahí no imaginaba todo lo nuevo que aprendería y los caminos que se me abrirían al conocer algunas de las ideas de los pensadores de la tradición crítica latinoamericana sobre estos temas. Como primera generación, mis compañeros y yo, gozamos de mucha libertad para la exploración de todo aquello que nos inquietaba. Estuve ahí del 85 al 90 y fue una experiencia que me marcó definitivamente. Entre otras cosas, me conecté con las preguntas de índole cualitativa que desde entonces me han ocupado.

Después de lo vivido en la carrera de medicina y de las lecturas y discusiones efectuadas en la maestría en Medicina Social, mi visión de esta profesión llegó a convertirse en extremadamente crítica, tanto que hoy la consideraría no del todo justa. Pero mis críticas estaban todavía por empeorar. Al término del doctorado me invitaron a participar como asesora en un programa de salud reproductiva que se iniciaba en El Colegio de México.

La alarma gubernamental por el impacto que había tenido la alta fecundidad de las décadas previas sobre el crecimiento poblacional había conducido, en los años ochenta, a ciertos excesos en la política de planificación familiar cuya ejecución había quedado a cargo del frente médico. Fue así como mi postura antimédica se recrudeció aún más. He de agradecer a un muy querido colega de la UAM, con quien he trabajado desde mi llegada a esa institución —quien por cierto no es médico—, por haberme ayudado en los años que siguieron a abrir mi mirada para comprender

de otra manera el quehacer clínico, enmarcado en un horizonte de política más amplio. Nuestras conversaciones, lecturas, discusiones y los diálogos que entablamos en las clases que impartimos juntos en la cuarta fase de la licenciatura en medicina de la UAM me permitieron repensar el papel de los clínicos en el contexto del sistema de salud mexicano; hasta llegar a entenderlos como quienes dan la cara de manera directa, cotidianamente, a las personas enfermas en el frente de batalla de la atención médica, como actores no del todo conscientes de ciertas políticas públicas que se diseñan dejándolos al margen, pero que afectan profundamente su quehacer. Este reconocimiento trajo para mí un nuevo viraje que —como comprenderás luego de todo lo que aquí te he revelado— estuvo lleno de significados. Verlo así me condujo a un reencuentro con esta profesión que tiene para mí tantas resonancias personales. Sin abandonar la perspectiva crítica, cosa que no podría ya hacer, pude en cambio reajustarla gracias a la inclusión del análisis del contexto en el que estos profesionales llevan a cabo, día con día, su trabajo, tan importante para la salud y la vida de la gente.

Volviendo a los estudiantes de medicina de la UAM, mi función con los grupos a mi cargo es la de acompañarlos durante esta etapa final de su formación de pregrado en la que realizan su internado y su servicio social. Para ello, con mi colega de la UAM tenemos organizado un pequeño programa de trabajo en el cual mi participación consiste en tratar de rescatar su sensibilidad humana y ofrecerles algunos elementos teóricos y prácticos para hacer con ella algo más que tratar de suprimirla. Pero reconozco que no sé hasta dónde les será posible ejercer algo de lo que ahí planteamos en la vida real, dadas las condiciones en las cuales han de incorporarse al mercado de trabajo.

Además, es este un asunto del que no importa tanto lo que yo pueda decir. Mi temprana huida del frente clínico, tal vez tratando de escapar de esa ladera de la existencia humana tan dolorosa que es la que el médico atiende cotidianamente, me convirtió en alguien que no vive ya esa experiencia de pasar los días atendiendo en los servicios de salud, y lo que sé de ella hoy día es de segunda mano, por los relatos que los alumnos me hacen. Aun así, sigo trabajando en busca de respuestas a la pregunta de cómo no endurecerte cuando tu trabajo es estar ahí cada día, en ese lado tan difícil de la vida que es la enfermedad y la amenaza de muerte. El resto de la gente pasamos por ahí sólo cuando enfermamos y acudimos en busca de esa ayuda. Pero el médico ha elegido instalarse ahí como forma de vida, como forma de trabajo. Por supuesto, como lo señalan algunos autores, no es lo mismo la posición de enfermo que la de médico. Pero, aun así, ocupar el lugar de médico tampoco es tan fácil.

Quizá muchos de quienes estudiamos medicina no sabíamos que éste sería un camino tan cruzado por el dolor. Si antes de ingresar a la carrera nos hubieran invitado a explicitar lo que imaginábamos que sería ser médico, y luego a contrastarlo con lo que realmente es, no sé qué hubiera pasado. No sé qué me hubiera pasado a mí. Si me hubieran preguntado qué clase de médico creía que iba a ser, hubiera tenido que reconocer que no tenía la menor idea. Es como si te preguntaran qué clase de madre o padre crees que vas a ser antes de tener hijos. Si deseas tener hijos, seguramente dirías que quisieras ser una buena madre o un buen padre. Pero, ¿qué es lo que eso

significa exactamente? No sé si yo pudiera llegar a formularlo. Ni siquiera hoy día, después de transitar como mejor pude por el proceso de crianza de mis propios hijos, podría decirlo. Ni siquiera, quizás en conversación con ellos, ya convertidos, a su vez, en unos muy comprometidos y gozosos padres.

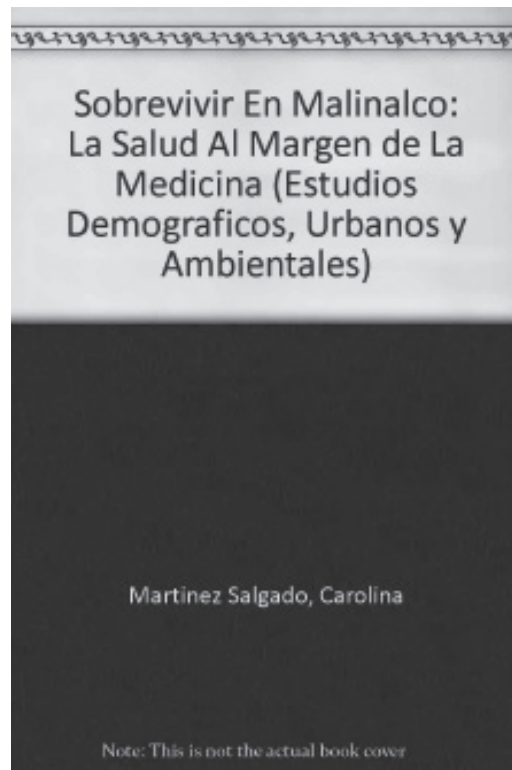
Mi vida ha sido lo suficientemente larga como para que, después de todo lo que te he contado, haya habido aún espacio para mi introducción formal al campo del psicoanálisis. Años después del doctorado, y ya involucrada en el campo de la investigación cualitativa, me preguntaba: ¿Cómo hago para seguir profundizando? Mis indagaciones me habían llevado ya no sólo a preguntarme por cómo vive la gente, sino al deseo de comprender qué pasa dentro de su mente, por qué la gente hace lo que hace. La experiencia en campo mostraba que no bastaba con hacerles la pregunta de ¿por qué?; más aún, la experiencia conmigo misma me obligaba a reconocer que los humanos no podemos dar cuenta cabal de por qué hacemos lo que hacemos. Entonces, ¿cómo y por dónde buscar? Sin estar del todo segura de qué había que hacer, empecé a indagar sobre las escuelas de psicoanálisis existentes que, para entonces, ya a fines de los noventa, eran muchísimas y con los enfoques más diversos. Conocía de antiguo, como te decía, a la escuela frommiana que tanto me había atraído años atrás. Sólo que para esta época la encontré demasiado circunscrita a la obra de este autor y, además, la sentí quizá un poco venida a menos en comparación con la época de mayor auge en la que yo la conocí.

A lo largo de mis indagaciones me topé con un grupo relativamente pequeño, cuyo enfoque me pareció muy serio, sólido y sumamente plural y abierto a las diversas escuelas del psicoanálisis contemporáneo. Esas características me parecieron bastante atractivas. Además, para mí, otra de sus virtudes era que no parecía dependiente de ninguna de las asociaciones en donde se juegan algunas de las jerarquías y políticas de este gremio. Así que me acerqué a conocerlo un poco más, obtuve autorización para presenciar algunas de sus clases que más que clases parecían como pequeños grupos de estudio, y finalmente decidí probar a solicitar ahí mi ingreso para una segunda maestría, esta vez en psicoterapia psicoanalítica. Fue así, como me incorporé a esa maestría en la que cada semestre pensaba cuidadosamente si deseaba continuar con el siguiente, hasta que de pronto había llegado al tercer año y así a la culminación del posgrado. Es éste un instituto cuyo quehacer se ancla fuertemente en la clínica, así que hacia el comienzo del segundo año los alumnos son invitados a comenzar su trabajo clínico para atender a alguna de las personas que lo solicitan en una clínica comunitaria, bajo la estrecha asesoría y supervisión de los maestros y desde el supuesto de que los futuros psicoterapeutas se han involucrado ya en su propio análisis personal. En mi caso, había buscado aprender teoría psicoanalítica para fortalecer el trabajo de investigación, pero no había considerado la alternativa de incorporarme al trabajo clínico. Muy poco a poco fui permitiéndome aceptar que quizás era este el tipo de clínica que a mí me interesaría abrazar. Además, «el deber llamaba», ya que al menos una de las materias requería que dispusiéramos de material clínico propio para trabajar. Así que al fin decidí intentarlo. Yo fui de mi grupo la última que aceptó tomar pacientes.

Creo que algo que ha sido una constante en mi vida académica es que he tenido buen olfato, o quizá muy buena suerte, para conseguir buenos maestros. Siento

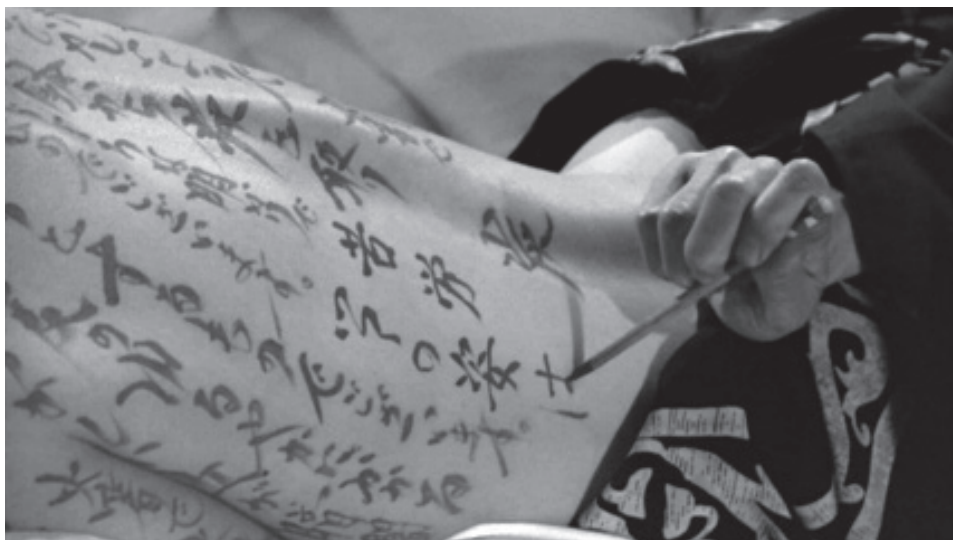
que me ha tocado recibir una formación muy sólida en prácticamente todo lo que he emprendido. Diría que me siento fuertemente atraída por la seriedad y solidez académica y es eso lo que tiendo a buscar. Creo que así ocurrió también con esta última etapa de mi formación. Luego de la maestría continué ahí mismo con el doctorado en Clínica Psicoanalítica. Me fui introduciendo con mucha precaución y no pocos temores a esta otra forma de clínica, y fue así como volví a ese frente; ahora ya no desde la medicina sino desde la psicoterapia psicoanalítica, con una visión ya nada idealizada, una perspectiva mucho más madura, más aterrizada, con menos pretensiones y expectativas, y también con una mayor capacidad de tolerancia al sufrimiento y a la incertidumbre. Hoy día, le dedico a este quehacer un par de horas y un par de tardes por semana, es un pequeño margen que logro abrir en mi vida como profesora e investigadora universitaria de tiempo completo. Para mí ha sido muy grato reconciliarme, así, con el trabajo clínico. No es, por supuesto, la clínica médica de los deshumanizados hospitales de la que hace tantos años escapé. Esta que hoy practico, en cambio, me resulta extraordinariamente disfrutable y enriquecedora, en la medida de que implica un contacto cercano, profundo y comprometido con alguien a quien acompaño en el camino de su propio desarrollo y crecimiento psíquico. Esta actividad junto con la teoría que también continúo estudiando orientan mi búsqueda de respuestas a esa difícil pero apasionante pregunta de por qué y cómo los humanos hacemos lo que hacemos.

La salud mental se volvió una de mis líneas de investigación, pero con un concepto de salud mental totalmente problematizado. Hoy, luego de tantos años de vida, mi sensación es que casi «ya pasó todo». Al inicio de la vida profesional uno se pregunta cuál irá a ser su camino. Hoy, para mí, mucho del camino ha sido ya andado. ¿Y cómo diablos fue que todo eso ocurrió?, pues al parecer, simplemente así, rodando por la montaña como un guijarro que sigue una constelación azarosa. Me siento como alguien que ha andado un camino lleno de encrucijadas sin poder saber de antemano cuáles serían las veredas que iba a recorrer. Hubo momentos en que hubiera querido tomar por alguna, pero la encontré cerrada y entonces tuve que ir por otra que me llevó a lugares inesperados, y así en cada encrucijada. Quien se permite ir a buscar conocimientos en lugares con saberes tan distintos, como me ha ocurrido a mí, se hace la vida un poco complicada, porque al final uno se siente como si fuera extranjero en todas partes sin ser residente permanente de ninguna. Pero también, en otro sentido, es algo extraordinariamente grato y estimulante, es como poder ver el mundo ya no a través de una sola lente sino de un prisma. Al comienzo del camino experimentaba la sensación de que me hacían falta más piezas, más instrumentos para poder entender; pero llegó el día que, cuando una amiga me preguntó: «¿Y ahora qué más vas a estudiar?», pude contestarle: «Creo que ya tengo todo lo necesario. Ahora sí siento que tengo lo que necesitaba para dar cuenta de lo que a mí me interesa dar cuenta. No es que lo sepa todo, eso no existe forma de hacerlo, pero lo que a mí me hacía falta, lo tengo; las claves básicas que yo quería, están ya conmigo, ahora sí las puedo usar». Al fin sé qué es lo que quiero hacer y cómo es que quiero hacerlo. Sólo que esto ocurrió hace apenas como diez minutos [risas].



Carolina regresó a la clínica desde el trabajo psicoanalítico, desde el acompañamiento íntimo, sistemático y de largo plazo con otros que comparten con ella sus malestares, desgastes, pasiones, entusiasmos, fantasías, sueños y proyectos de futuro. En este sentido convirtió su consulta en lo contrario de lo que se vio obligada a vivir en los hospitales: largas cadenas de montaje de atención a cuerpos enfermos sin identidad propia.

En vez de disociarse, integró su pregunta sobre las motivaciones de las personas y su necesidad de ser útil en el trabajo de persona a persona con otros senti-pensantes; se convirtió en la promotora de salud que quería ser cuando completó su propio rompecabezas.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO



Discute en equipo

- ▣ ¿Qué te hace pensar la imagen del cuerpo escrito?
- ▣ Asocia y escribe libremente estas ideas. ¿Cómo vincular el trabajo del promotor de la salud con esas ideas?



RESPECTO A LA ENTREVISTA, INVESTIGA:

- ▣ ¿A qué piensas que se estaba refiriendo la entrevistada cuando tituló su libro «La salud al margen de la medicina»?
- ▣ De acuerdo con lo que leíste, ¿por qué crees que la entrevistada dijo: «el cuerpo y la enfermedad se los dejo a los médicos y yo me quedo con la mente y la salud»?
- ▣ Pon cinco ejemplos que conozcas sobre cómo puede la lógica hospitalaria fabricar enfermedades.
- ▣ Identifica una experiencia personal donde hayas sentido que la promoción de la salud tiene más que ver con comprender al otro y no con prevenir sus posibles enfermedades. Escríbelo en media cuartilla y compártelo con algún compañera/o.



Revisa este link para conocer a Carolina:
https://www.youtube.com/watch?v=5saycR4_V94

VIII. MARTHA GÓMEZ PANANA

«ME INTERESABA LA CLÍNICA, PERO NO LA DE CUATRO PAREDES»

El día de la entrevista conocí su consultorio. Era un espacio que invitaba a estar, quedarse, e incluso regresar. Como si estuviera diseñado para que fluyera la palabra y la posterior reflexión sobre lo dicho. Martha y yo sabíamos que, además de la docencia, compartimos esa otra pertenencia como terapeutas familiares, que en realidad no era tan otra, sino más de lo mismo en otro sitio, pero me parece que fue ahí donde además de saberlo con la cabeza, también los confirmamos en los hábitos.

Martha estudió medicina en la UAM Xochimilco y le ha tocado transitar por disyuntivas vitales importantes que fue capaz de compartirnos. Una de sus virtudes es que ha sabido moverse cada vez que se le presenta la necesidad de cambiar el rumbo, coherente con su motivación primera: la de cuidar.

Mi papá era pediatra, a él le encantaba el hospital, pero también le gustaba la parte social: el trabajo médico en comunidad. Desde chiquita vi las dos cosas; me tocó estar esperando en el estacionamiento (del hospital), pero también ir los fines de semana a comunidades a hacer trabajo comunitario de salud, en Chiapas. A los quince años, cuando estaba en prepa y me tocaba decidir el área, pospuse la decisión mucho tiempo; yo sabía que me gustaba la cuestión médica, pero no quería que mi papá pensara que yo iba a estudiar medicina porque él era médico. Cuando decidí área dije: voy a estudiar químico biológicas porque es la que me permite elegir más temas, me sonaba que era la más diversa. Mi papá había estado en la Escuela de Medicina en Chiapas, había participado en la fundación, se llevó el modelo de medicina de la UAM Xochimilco que era súper innovador, él estaba muy emocionado con la UAM y cuando yo dije: voy a estudiar medicina, yo no podía estudiar allá porque mi papá había estado trabajando ahí y había habido problemas políticos.

Entonces, me dijo: si quieres estudiar medicina, vete a México. Entré a la UAM, me gustó mucho desde el momento en que me plantearon que no era una educación tradicional. Desde el primer momento, sabía que yo no me quería encasillar en una sola práctica, a diferencia de mi papá que tenía mucho [interés en permanecer] en el hospital, yo no quería hacer lo mismo. Siempre estuve muy clavada en la idea de diversidad, desde la prepa. Entrar a la UAM me ofrecía esa diversidad. Me gustó muchísimo que en el tronco divisional estuviera con gente de otras carreras, que planteara problemas asumiéndome desde mi disciplina, pero pensando en la inter o la multi-disciplina, esto me resultó muy motivador. La coordinadora de la carrera nos la presentó como una innovación y nos planteó el sistema modular como la integración de los contenidos a partir de ejes y problemáticas; todo esto también era muy emocionante. Tenía metida la idea de la medicina preventiva y que era mucho más barato prevenir que curar. Parte del trabajo que hacía mi papá era formar promotores, en el tiempo en el que se les decía promotores de salud a los auxiliares del trabajo médico. El hospital no me terminaba de encantar.

Martha estudiaba medicina cuando el primero de enero de 1994, en Chiapas, un grupo de indígenas, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), se levantó en armas justo cuando el presidente Salinas le presumía al mundo que México inauguraba una nueva era, como país del primer mundo, en el marco de la entrada en vigor del tratado de libre comercio (TLCAN), firmado entre Canadá, Estados Unidos y México. Las acciones del EZLN se articularon sobre la defensa de los derechos indios de los pueblos y muy pronto, después de decretarse el alto al fuego por presión de la opinión pública nacional e internacional, los zapatistas convocaron a la sociedad civil a armar una red de resistencias «en nombre de la humanidad y en contra del neoliberalismo». Los comités civiles de diálogo fueron los primeros núcleos que articularon a los ciudadanos que simpatizaban con la causa zapatista.

Era la época en que andábamos en comités civiles de diálogo como en todo lo que el movimiento zapatista estaba proponiendo. Fue otro acercamiento a hacer comunidad. Los estudiantes de medicina metidos en ese contexto eran vistos con ciertas expectativas, por comprometerse con esa forma de ver la vida. Fue una época muy linda porque nos encontramos gente por todos lados; nosotros llegábamos de blanco del hospital, de la guardia, haciéndonos preguntas. Todos teníamos dieciocho o diecinueve años. Nos fuimos encontrando en muchos sentidos. En 1997, ocurrió un movimiento en la carrera de medicina, ahí me encontré con otros chavos que también estaban preocupados por causas sociales. Lo que sucedió fue que en la UAM empezaron a tratar de hacer cambios al plan de estudios de medicina, que se distinguía del plan de la UNAM o del Poli [Instituto Politécnico Nacional] en lo modular y en que nosotros no teníamos materias primero y al final el internado, donde se integraba todo. La idea en la UAM era que desde que entraras tuvieras una aproximación atravesada por las distintas disciplinas; es decir, por ejemplo, no es que tuviéramos farmacología, sino que estudiábamos el cuerpo humano y ahí se integraba la anatomía, la fisiología, la fisiopatología, y la farmacología, según fuera el caso.

La propuesta de modificar el plan curricular de medicina consistía en meter el internado, porque se decía que los estudiantes no estaban aprendiendo lo que tenían que aprender. Pero es que no se hacía el plan como estaba originalmente planteado. Fue otro momento en que los estudiantes de medicina nos empezamos a meter al tema de lo educativo. Nos sentábamos a hablar con gente de la coordinación y tuvimos un foro de discusión sobre el plan curricular con profes invitados... fue una experiencia muy buena de incidencia política. Los estudiantes nos metimos a decir: «esto es lo que está pasando en las sedes clínicas y esto es lo que habría que corregir».

La incidencia política es un proceso que tiene por objetivo influir sobre las políticas públicas y las decisiones de asignación de recursos dentro de los sistemas (OMS, 1986). Es una de los cinco ejes de acción de la promoción de la salud. Como tantos, Martha hacía promoción de la salud antes siquiera de proponérselo cuando participó, desde su lugar de estudiante, en las discusiones sobre cómo debía ser un plan o programa de estudios, de la carrera que cursaba, por su propia experiencia.

En 1994 conocí a Coni que daba el taller de Educación para la Salud en medicina, en el módulo doce. Nos invitó primero a ver qué se hacía allí y luego, al diplomado de Promoción de la Salud de la UAM, que era parte del posgrado. Si bien estábamos empezando la carrera, yo me tomé muy en serio el diplomado. Éramos vistos medio raritos porque estábamos en un diplomado de posgrado cuando no habíamos terminado la licenciatura. Realizábamos actividades de promoción de la salud, al menos al interior de la carrera, acompañábamos, observábamos y aprendíamos de Coni en las actividades de docencia. Hicimos una rotación clínica que diseñó ella como parte de nuestra preparación para hacer el servicio social en un proyecto de investigación sobre formación de promotores de la salud en ámbitos comunitarios rurales.

Para entonces ya teníamos el diplomado, aunque a mí me costó muchísimo trabajo hacerlo. Fue la primera vez, en términos profesionales, que tuve que luchar con mi papá, porque me decía: «primero termina la carrera y después haces esas cosas de promoción de la salud». Yo decía: esto es lo que yo quiero, es lo que me está gustando y además lo aprendí aquí [en casa]. Insistí hasta convencerlo de que era un proyecto a largo plazo. En 1998, empezamos el servicio social. La encargada del proyecto también tuvo que pelear eso porque el servicio en el que estábamos era investigación en educación y en promoción de la salud, por parte de la universidad, pero para cumplir con los lineamientos de la Secretaría de Salud, también teníamos que hacer el trabajo médico de todos los pasantes.

El servicio social fue la puerta al mundo de la Promoción de la salud en campo.

Lo hicimos en una comunidad en Hidalgo, la idea era que fuera una comunidad donde ya hubiera trabajo comunitario. Tuvimos varias pláticas antes de elegir la comunidad, la cual a pesar de tener una casa de salud nunca había tenido médico, no había médicos particulares. [Las personas] tenían que moverse a los dos pueblos contiguos para recibir [estos] servicios. El trato era que nosotros dábamos servicio médico, hacíamos una capacitación para promotores de salud que ellos eligieran, y la comunidad, a cambio, nos daba alojamiento y comida. Se fijó una cuota voluntaria mínima para el centro de salud. Hicimos una campaña de donación de medicamentos. La comunidad presentó candidatos para formarse como promotores, tanto locales como de otras comunidades. Fuimos a comunidades aledañas para hacer lo mismo; plantear el asunto de la capacitación. Los candidatos tenían que venir de ellos. Cada comunidad eligió un grupo de, al principio, quince personas y, al final, terminaron ocho, más o menos.

Fueron muchísimas horas de docencia. Trabajábamos el fin de semana: el sábado en la tarde, el domingo toda la mañana y entre semana venían con nosotros a la consulta. El proyecto se llamaba formación de cuidadores comunitarios. Fue muy intenso e interesante; a mí me puso en contacto con muchos temas, no sólo en el terreno médico, sino en el asunto de la educación. La gente que participaba en esa capacitación era diversa; había quien tenía la primaria, quien la secundaria, una persona tenía la prepa, gente que tenía trabajo comunitario institucional, había un compañero que trabajaba en el área del IMSS, otro que trabajaba en una farmacia y al que le interesaba la medicina alternativa. Estas personas eran reconocidas por las

comunidades como gente que ayudaba. Había hombres y mujeres de igual forma. En su momento fue muy dura la vivencia porque había un programa muy claro que seguir, pero sobre la marcha, nosotros lo íbamos modificando. La directora del proyecto de investigación hizo el análisis de este proceso laberíntico, o sea, en que vas tomando decisiones y armando caminos de acuerdo con lo que vas encontrando, con las problemáticas a las que te vas enfrentando.

A veces decíamos «es que es imposible que sigamos sobre este programa y tenemos que irnos por acá». Eran decisiones que teníamos que tomar nosotros, como pasantes a cargo de la capacitación y que luego teníamos que rendirle cuentas a la directora del proyecto.

Realizamos muchas actividades ahí: la rutina era conducir la formación a partir de las problemáticas que se iban identificando. Había un esquema que revisar en términos de capacitación, pero sólo en la marcha de esos presupuestos íbamos desarrollando el trabajo de atender lo que los estudiantes traían a las sesiones; ésos eran los temas que discutíamos. Había un programa que seguir, pero se anclaba con lo que iba sucediendo en la vida cotidiana de esas diez o doce personas que se estaban capacitando. A veces íbamos con ellos, los acompañábamos a ver a la gente que estaban cuidando. Al mismo tiempo, echamos a andar la biblioteca: pedimos donaciones para armar una biblioteca básica porque parte del asunto era que los cuidadores pudieran acceder a conocimiento médico especializado, o sea que pudieran leer y entender libros médicos, así como buscar información. También armamos modelos anatómicos y fisiológicos para entender, en concreto, el cuerpo humano. El mismo espacio de la biblioteca funcionaba como sede para trabajar con niños. El trabajo que realizábamos se enlazó con la UAM cuando se llevaron a cabo varios cursos de verano para niños. Participaron estudiantes de la universidad de distintas carreras: biología, veterinaria, etcétera y precisamente, los cursos de verano son de las actividades más lindas que recuerdo. Queríamos reconocer, con los niños, la vida que no se ve; ellos nos llevaban a las zonas donde había charquitos para tomar las muestras y luego, veían al microscopio los protozoarios que se habían encontrado, y se los mostraban a sus padres. Fue una experiencia en la que te ponías en contacto con muchas cosas; los niños con los adultos, los estudiantes con los niños.

Los viernes, mi compañero y yo nos reuníamos con los niños a hacer actividades: teatro, títeres, cuentacuentos, etcétera. Y, derivado de eso, había una sección en la biblioteca que era de libros infantiles, todo manejado por los niños, quienes se encargaban del préstamo, inventarios, etcétera. Como la biblioteca estaba frente a la escuela de la comunidad, los niños la visitaban al salir de clases y se llevaban y devolvían libros todo el tiempo.

Otra parte de la biblioteca tenía materiales que eran construidos por los estudiantes en el proceso de capacitación. Estos materiales nos ayudaban a abordar problemas de enfermedad comunes y a comprender los principales elementos de anatomía, fisiología y fisiopatología. Los mismos promotores proponían modelos y prácticas para comprender mejor lo que íbamos revisando.

Fue una experiencia muy intensa y compleja, que requería construirse sobre la marcha, responder a circunstancias muy diversas. Creo que eso fue lo más interesante y lo que nos desajustó, porque nosotros no entendíamos en ese tiempo, el valor

de eso, lo disfrutábamos, pero no entendíamos, dudábamos del proceso porque había un programa. En realidad, no terminábamos registrando toda la riqueza de lo vivido. En esta parte estábamos menos entrenados. Teníamos más claridad sobre la parte de poner al centro al estudiante o las necesidades de las personas, esta parte promotora, pero la parte de cómo situarnos nosotros como participantes de una investigación, era la más débil y la que no teníamos idea de cuál era la expectativa. Después de que nos fuimos seguimos trabajando un tiempo, íbamos cada semana.

Esta experiencia contribuye a la confirmación de algunos de sus supuestos: la enorme diferencia entre este tipo de servicio social dedicado a la salud y el realizado por sus compañeros dedicados a la enfermedad en los hospitales de la Ciudad de México.

Yo estaba muy contenta, creo que la pregunta sobre lo profesional era «¿Y ahora cómo me voy a hacer la residencia?», porque lo que sigue después del servicio social es la residencia, que es en el hospital. Parte de lo que a mí no me había gustado en la formación de medicina era la explotación. Yo decía: a mí me gusta mucho aprender lo médico, la medicina, pero no me gusta aprenderlo a costa de la explotación, no es la manera y era a lo que me resistía. [Durante el servicio] estaba en un contexto muy tenso, en cierto sentido, pero muy disfrutable, [porque] iba a buscar donde podía aprender y qué necesitaba para poder enseñar. Esta conexión era muy libre y muy satisfactoria, la parte de descubrir. Lo que planteaba era: tengo que regresar a México a hacer mi examen de residencia. ¡Y yo no quería volver al contexto del hospital, de la jerarquía y de la humillación!

Lo que sucede en el sistema modular de la UAM-Xochimilco es que tú tienes un referente distinto desde la universidad, pero en el hospital pasa lo mismo y peor, porque te dicen: tú eres de la UAM, entonces, no eres como yo espero que seas. Hay un tipo de maltrato particular, al que yo me resistí durante toda la carrera, hasta donde pude. No puedes contestarle al profe porque ahí terminas. Pero «¿cómo estar con el paciente de otra manera?». Por ejemplo, yo prefería quedarme con la señora durante todo su trabajo de parto y no estar cachando niños toda la noche.

Había una pequeña posibilidad de elegir. Otro ejemplo: «yo me quedo con este niño toda la noche pues está solito, porque su mamá salió a darle de comer a los otros niños». Pero en la residencia está el montón de obligaciones que cumplir y, además, hay que aprender en medio del cansancio. A mí me hacía mucho ruido la responsabilidad que uno tenía ahí, en esas condiciones. No quería la residencia.

Como no quería regresar a eso, pensaba en la diversidad como un patrón que ya traía: ¿Cuáles son las especialidades que me permiten no encasillarme, tener un rango más amplio de decisiones y de lugares para trabajar? Me puse a revisar y terminé en pediatría, porque tampoco me gustaba la idea de una especialidad no clínica, como epidemiología. Me interesaba la clínica, pero no la de cuatro paredes. Cuando dije pediatría, pensé: no estoy segura porque también es hospital, ver el sufrimiento de los niños, la explotación, la responsabilidad y te encuentras cansada y explotada.

El último año de la carrera me desmayé en todos los hospitales. Una noche me tocó estar en siete cirugías. Me desmayaba cuando yo sabía que no era tan importante en ese momento, que había alguien más a cargo. Entonces, dije: voy a hacer

una rotación de pura pediatría voluntaria, lo cual no fue fácil porque yo ya tenía la cédula; sin embargo, por alguna razón, me abrieron las puertas.

Así dio inicio el transitar de Martha en los diferentes espacios, buscando huir de la violencia institucional propia de la práctica médica en la residencia, pero sin abandonar su pasión por el trabajo en salud.

Cuando estaba haciendo la rotación, un antiguo profesor trabajaba en el DIF [Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia] nos llamó para contarnos de un puesto de trabajo en un albergue para mujeres y niños que vivían violencia. Eran finales de los noventa y empezaban a surgir en la Ciudad de México los servicios que abordaban la violencia familiar. Y me quedé allí a trabajar. Fue lo mejor que pude haber hecho porque en el albergue, entré como médica. Había un equipo multidisciplinario, y comencé a entender que la violencia no puede verse como un asunto individual, sino estructural. Había un clima de trabajo en el que se conversaba mucho y se tenía mucha formación continua, estábamos siendo constantemente capacitados, venía gente del ILEF [Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia], que hacía un trabajo de contención y de formación. En el trabajo de contención, se abordaba lo que sucedía en las situaciones que atendíamos, nos tocaba como personas y como equipo. En la parte de formación, revisábamos cuestiones de terapia familiar y eso me encantó. Dije: ¿cómo es que no sabía que esto existía? Esto me gusta, y me gusta más que el trabajo médico.

El ILEF es una asociación civil, creada en 1984 para promover el estudio, la investigación y la formación académica de agentes de la salud mental que trabajan directa o indirectamente con el grupo familiar y que se desempeñan en tareas de prevención o de tratamiento terapéutico de familias, parejas e individuos (ILEF, 2019).

Hacíamos reuniones donde todas opinaban. Empecé a entender cómo llegaban esas mujeres; la mayor parte de ellas no traía lesiones visibles, casi todas traían problemas crónicos de somatización,¹ problemas vinculados con el tremendo estrés de vivir en relaciones en las que eran maltratadas. Empecé a pensar en entrar a aprender terapia familiar, pero no me atrevía, así que fue otra lucha, primero conmigo y, luego en mi casa [porque] se veía como: «¡Ya te echaste ¡cuántos años [en medicina]! ¿Cómo cambias de parecer así?». Y justo estaba en el albergue, en una de estas capacitaciones, que tuve un diplomado de Educación Emocional, que me llevó a imaginarme desarrollando un trabajo diferente. Me fascinó estar ahí porque se hizo un trabajo muy pensado. El trabajo emocional se hacía comunitariamente, desarrollando habilidades que todas las personas tenemos. El trabajo era a partir del desahogo y la co-escucha. Era un trabajo de apoyo emocional entre pares, ésa era la consigna. «Estamos aprendiendo herramientas para ayudar a las otras personas a hablar de las situaciones que les preocupan y escuchar de una manera que sea útil a esa per-

¹ Somatización es un diagnóstico aplicado a quienes sufren síntomas físicos que no tienen un origen visible o médicamente identificable

sona que está hablando, no dar consejos, no juzgar, sino desahogar y acomodar, en la escucha, lo que tenga que acomodar». A mí se me hacía compatible con lo que había aprendido de promoción de la salud y me emocionó. Todo eso sucedía en el contexto de prevención de abuso sexual infantil y juvenil.

La salida del albergue fue muy dramática [porque] cuando hubo cambio de administración, entró a la dirección gente nueva que no entendía nada del asunto, ni de violencia familiar, ni de trabajar con profesionales que atienden a personas que la viven. Hubo una situación que fue manejada muy mal por quienes estaban entrando a dirigir el albergue. Había dos posturas muy distintas frente a cómo lidiar con un problema que surgió con una familia albergada y la tensión surgida a partir de eso, rompió al equipo multidisciplinario que venía trabajando hasta entonces. Me salí del albergue y me metí a un diplomado de violencia un poquito como para cerrar, estaba muy desgastada y pensaba que eso me permitiría cerrar también con el equipo. Cuando terminé el diplomado yo ya estaba en el IFAC [Instituto de la Familia, A. C.]. Pero estando ahí, seguía pensando: «Yo soy médica», tenía cuatro compañeros médicos que habían estado en asuntos de psiquiatría, entonces, no me sentía tan perdida y tenían sedes clínicas en hospitales. Estuve en el Instituto Nacional de Pediatría [INP], que contaba con un espacio de terapia familiar a cargo del IFAC. Luego de terminar la formación como terapeuta familiar, dejé pasar un año, después hice el diplomado o especialidad en Terapia de Pareja, para entonces, ya estaba en la UACM.

Y realmente el trabajo como terapeuta lo empecé a disfrutar más cuando me encontré el trabajo de terapia familiar en Grupo Campos Elíseos, porque el Instituto donde me formé era la parte educativa, me dio seguridad, confianza de que lo que estaba haciendo, lo estaba haciendo bien y eso es invaluable, pero Campos Elíseos me dio el disfrute de encontrarme, vincularme y regresarme a lo médico. Creo que yo necesitaba una escucha respetuosa que me permitiera plantearme cómo vincular el trabajo terapéutico, el de promoción de la salud y el médico, y eso lo tuve hasta que llegué a Campos Elíseos. En mi casa, por ejemplo, yo sentía la duda de mis papás, creo que mi mamá estaba más abierta, pero mi papá no tanto; recuerdo que para mí fue un signo de aceptación cuando me regaló un libro de terapia familiar. Fuimos a una librería, él estaba por un lado, yo por otro, y saliendo me da la bolsita cerrada y me da el libro de terapia estratégica, yo dije: «¡Órale, ya quedó!».

El Instituto de la Familia, A. C. (IFAC) es una institución y escuela que se dedica a la formación de terapeutas familiares y el desarrollo de habilidades relacionales, para mejorar la calidad de vida de las familias en su entorno psicosocial y cultural. Por su parte, el Grupo Campos Elíseos es un equipo que desarrolla y difunde formas de trabajo basadas en la colaboración y el diálogo (IFAC, 2019).

Producto de este diálogo con el Grupo de Campos Elíseos, las participantes publicaron el libro *Converbrijes. conversaciones sobre el qué-ha-ser terapéutico*, en 2014. ¿Libro? Sí, aunque no uno tradicional ni uno cualquiera. Un libro-objeto: porque tiene cara y contracara y hojas impresas con ideas dentro y metáforas o reflexiones. Objeto, porque en sí mismo es una propuesta estética distinta al texto clásico de la terapia familiar o de cualquier otra temática. Un objeto que compila una serie de provocaciones para quien se deje seducir por la posibilidad de seguirle el juego a la lógica discontinua. A

los formatos diversos: desde conversaciones transcritas hasta obras de teatro, pasando por viñetas clínicas o análisis de textos.

Yo tenía ya un rato trabajando en Promoción de la Salud con la escritura, entonces ya llevaba un tiempo cambiando el formato de mis clases: pasando de contenidos a ideas reflexivas, pero lo hacía intuitivamente; lo apliqué alguna vez en un diplomado y me acuerdo del placer de encontrar el efecto que podía tener escribir, pero no encontraba lo teórico, ¿desde donde vincularlo?

Para Martha el trabajo en salud consiste en «lograr que las personas ganen posibilidades de información o de enlaces sociales, que les permitan tomar decisiones mucho más controladas sobre su cuerpo y sobre su vida».

Y yo estaba en el asunto de la escritura reflexiva, de la terapia posmoderna, cuando a una persona muy cercana, casi mi hermana, le diagnosticaron enfermedad de Lyme,² y me dio otra vuelta la vida. Al principio, me causó muchísimo estrés porque esta persona confiaba mucho en mí para entender lo que le pasaba y para tomar decisiones sobre la enfermedad. Este desafío me ayudó a anclar los engranajes de todo. Me regresó a la medicina, me puso en el lugar de promotora de la salud dentro de la medicina, en la que mis habilidades de terapeuta familiar también servían. Había estado muy cerca de esta mujer que durante 18 años había tenido una enfermedad ¡Sin saber que la tenía! Estaba cansada, adolorida, sin energía, con insomnio todo el tiempo, cada vez más con dificultades cognitivas: dejó de organizarse, de tener orden en las cosas materiales, hasta con el tiempo. Sentía que no rendía nada. Tenía una sensibilidad de dolor tremenda y eso la deprimía.

Yo le había ayudado a sobrellevar su enfermedad en todos esos años. Antes de reconocer su problema, como enfermedad de Lyme, habíamos encontrado que sus síntomas coincidían con algo que empezaba a nombrarse como fibromialgia,³ en ese tiempo no había mucha información sobre eso. Me puse a investigar con ella, y entendimos que es una enfermedad crónica que no te pone en riesgo inmediato de morir, que no se quita, que se trata con analgésicos y antidepresivos; hacer ejercicio y dormir bien eran indispensables para mantenerse funcional.

Encontramos que eso era una consecuencia de otra enfermedad que se llama Lyme. Lo descubrí por una amiga que me dijo: «Oye, me picó un bicho, no sé si es Lyme. Aquí [en Canadá] le tienen mucho miedo». Me mandó las fotos y yo le dije: Mira yo de Lyme no sé, porque aquí en México no hay, pero déjame investigar. Investigo

² La enfermedad de Lyme es una infección causada por una bacteria que entra al cuerpo gracias a la picadura de una garrapata infectada. La manifestación en el cuerpo es un sarpullido que puede verse como una escarapela, fácilmente confundible con un piquete de otro tipo.

³ La fibromialgia se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos). Este dolor se parece al originado en las articulaciones, pero no es una enfermedad articular. Además del dolor, puede ocasionar rigidez generalizada, sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de inflamación en manos y pies. El dolor varía en relación con la hora del día, el nivel de actividad, los cambios climáticos, la falta de sueño y el estrés. No se conoce la causa de esta alteración, pero se piensa que hay muchos factores implicados.

y lo primero que veo es que hay un reporte de Lyme en México y se lo cuento a mi amiga-hermana. Me cuenta que, en 1998, le había picado algo: había tenido una roncha, caliente, que no dolía ni picaba; desapareció después de 40 días; luego, se le olvidó, pero tiene clara la fecha, porque acababa de concluir la universidad y empezaba a tener síntomas. La ayudé a buscar dónde hacerse las pruebas y a encontrar quién la atendiera. Las pruebas salieron positivas.

Un ambiente totalmente compatible con lo que yo pienso que debe ser el trabajo en salud, que es el trabajo de lograr que las personas ganen posibilidades de información o de enlaces sociales que les permitan tomar decisiones mucho más controladas sobre su cuerpo y sobre su vida.

Entonces, me encuentro justamente en un sitio en el que soy médica, soy terapeuta familiar, soy promotora de la salud, soy universitaria; estoy en un momento de la vida que todas esas pertenencias me conectan de un modo distinto con las personas, haciendo el trabajo, ya sea como promotora o terapeuta familiar. Ahora, me siento muy contenta y privilegiada por poder caminar desde todos estos lugares porque no he renunciado a ninguna. Ahora, siento que no renuncié a nada. Siento que, hasta la experiencia materna, la de crianza, todo confluye.

Yo decidí hacer medicina porque sentía que mi papá siendo pediatra, nos cuidaba y nos protegía de los malos médicos, de la mentira, de las transas. Muchas veces, las conversaciones de la mesa eran sobre lo indebido que se hacía en el ámbito médico, aquello que él sabía y de alguna manera denunciaba en la mesa. Y yo decía, cuándo él no esté, ¿quién nos va a cuidar?

Cuando empecé a hacer terapia familiar, pensé que renunciaba a ese deber; luego, me doy cuenta de que no. Al final, estoy interesada en Lyme porque estoy cuidando a mi familia y a mí misma. Quiero aprender por gusto, aprender con gente que le gusta y decir «está bien cuidar». A los primeros promotores de salud nosotros les llamábamos cuidadores, por la connotación que tenía, una palabra más cercana que promotores de salud, que sonaba más institucional. Eran cuidadores porque «cuidaban» en el amplio sentido. Y así me siento yo ahora.

La entrevista con Martha dibujó una trayectoria efectivamente diversa de un camino sin renuncias. Un recorrido que ahora se concreta en una suma complementaria y armónica. Con su reflexión y trabajo sobre la enfermedad de Lyme ha emergido la constelación de recursos y dones, producto del arcoíris formativo de su trayectoria, donde se condensa un tipo de trabajo congruente y variado, donde confluyen sus identidades y facetas. Nunca más clara entonces la idea paradójica de que, a veces, es en el marco de las enfermedades, donde mejor se cocina la salud.

converbrijes

CONVERSACIONES SOBRE
EL *qué-ha-ser* TERAPÉUTICO

con textos de

MÓNICA CAMPERO • ELENA FERNÁNDEZ • MARTHA GÓMEZ • MARINA GONZÁLEZ
ADRIANA HERRERA • JOSEFINA LUZANO • VANESSA MANASSERO
DULCE MARÍA BANCHE • NOHA BENTUJÍA • MÓNICA SISMA



GRUPO CALIPOS ELISEOS SUR

EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO



DISCUTE EN EQUIPO

- ¿Qué te hace pensar el título de este libro ? ¿Qué significado identificas que ese invento lingüístico tiene escondido?
- ¿Por qué crees que hayan jugado con la fusión de esas palabras?
- ¿Qué consideras tienen que ver esos dos significados con el trabajo de la promotor/a de salud?



RESPECTO A TU PROPIA EXPERIENCIA. LA ENTREVISTADA IDENTIFICA UN MOMENTO EN EL QUE SU PADRE MANIFESTÓ SU ACEPTACIÓN Y RESPETO SOBRE EL TIPO DE PROMOTORA DE SALUD QUE ELLA QUERÍA SER.



Escribe en media cuartilla un evento/momento/ anécdota o conversación con alguna persona significativa en tu vida donde sentiste que hubo aceptación y respeto a tu identidad profesional como promotor/a de salud?



Para conocer a Martha más y su trabajo sobre la enfermedad de lyme checa este link: <https://www.Blogtalkradio.Com/juanmanuellymeradio/2017/01/16/entrevista-con-la-dra-martha-aline-gomez-panana-de-la-ciudad-de-mxico>

IX. JUAN MANUEL CASTRO

«EN LA LICENCIATURA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PUDIMOS HABER CONSTRUIDO POR FIN UNA LICENCIATURA EN SALUD, NO CONTAMINADA DE MEDICINA»

Juan Manuel Castro era subsecretario de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México cuando fuimos a entrevistarlo. Acababa de tomar posesión hacía poco pero ya tenía la agenda llena por los siguientes dos siglos, sin embargo, me atreví insistir en la cita porque conocía que tenía particular cariño por la UAM y el Diplomado de Promoción de la Salud donde nos conocimos, mucho cariño por la UACM y recuerdos recientes de nuestro pasajero encuentro como doctorantes del programa de Salud Colectiva en Xochimilco. No me equivoqué, él encontró tiempo para recibirnos a mí y a mis colegas estudiantes egresados. Antes, había sido maestro de muchos de los actuales profesores de la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM en el diplomado de la UAM. En la licenciatura, muchos de sus artículos han sido literatura obligada para los promotores en formación y lo que guio esta entrevista fue la pregunta: ¿Qué implica que uno de los profesionales más comprometidos con la promoción de la salud crítica, tenga una responsabilidad de esta magnitud en la Secretaría de Salud del gobierno actual?

¿Qué puede eso hacerles pensar o imaginar a los promotores en formación, en términos del futuro de su campo y su vida profesional/laboral, por lo menos en la Ciudad de México?

En 2004 Juan Manuel ya nos había compartido a la generación del diplomado de Promoción de la Salud en la UAM la historia de cómo fue vinculando esta práctica a las distintas luchas propias de la época que le tocó atravesar.

Yo nací en una familia de clase media baja, de dos profesionales muy trabajadores. Mi familia paterna fue de migrantes salvadoreños, exiliados que vinieron a México a causa del golpe de Estado que hubo en 1932 en El Salvador cuando la matanza de campesinos y la muerte de Farabundo Martí. Mi abuelo fue un tipo muy democrático y progresista que apoyó mucho a Augusto César Sandino, eran amigos personales, y a Farabundo Martí. En esa época se opuso al golpe de Estado y a la matanza de los campesinos, así que el dictador lo metió a la cárcel y lo amenazó de muerte.

La anécdota que contaban mis tíos era que al abuelo lo mandaron fusilar y que cuando estaban formando el cuadro, lo salvó el embajador de México para que no sucediera, pero no lo pudieron reintegrar al país hasta mucho tiempo después, así que lo mandaron preso a Honduras. Estuvo varios años en San Pedro Sula con la ciudad como cárcel, con el apoyo del dictador hondureño en turno y a la familia la sacaron de la casa de Santa Anna en la madrugada, en pijama, y los fueron a depositar en la frontera con México. Santa Anna está muy cerquita de Guatemala, y entonces se los llevaron por la Panamericana y los dejaron en Tapachula. Así, de la noche a la mañana, ellos que tenían una situación económica muy boyante, se fueron a vivir a la Merced a vender ollas. Ésa fue la historia de mi familia paterna.

La familia llegó a México en la época de Cárdenas y se metió al modelo cardenista: mis tíos y mi padre, los mayores, estudiaron en las escuelas públicas fundadas por Cárdenas, en la época de la educación socialista. Mi tío, Carlo Antonio Castro

Guevara fue un destacado antropólogo lingüista, él fue fundador de la carrera de Lingüística en la Universidad Veracruzana y mi otro tío, Nomapompilio Castro, fue médico psiquiatra. Mi padre, Marco Tulio Castro Guevara, médico y salubrista. Todos ellos estudiaron en el Poli.

Mi padre decidió estudiar en la Antigua Escuela Superior de Medicina Rural que tenía como misión formar a los médicos que se requerían para las zonas rurales del país. Él estudió en esa lógica de irse a trabajar al campo. Trabajó mucho en la formación de enfermeros bilingües. Fundó clínicas en todas partes porque no había otra unidad de atención a la población indígena en ese entonces, más que el INI [Instituto Nacional Indigenista]. Además, el INI en ese entonces era muy combativo porque en particular en Chiapas siempre tuvo una confrontación con los caciques y con la Iglesia que era el otro cacicazgo. Curiosamente, cuando mi padre entró a trabajar allí le tocó la primera etapa de la llegada de don Samuel Ruiz que, como cuenta en su biografía, don Samuel llegó acuerpado por la burguesía chiapaneca y no «entendió las cosas hasta mucho tiempo después», pues primero llegó con toda una visión tradicional, pero se empezó a dar cuenta de las condiciones en que vivían los indígenas y le costó mucho trabajo, prácticamente toda la década de los sesenta.

Cuando mi padre trabajaba en el INI se confrontaba muchísimo con la Iglesia católica y el Gobierno del estado. Luego, él trabajó en otras zonas del INI con el pueblo huichol y después se fue a hacer la maestría en Salud Pública y entró a trabajar en el Politécnico; toda su vida en adelante se dedicó a trabajar en el servicio social en el Poli.

La educación socialista fue un modelo educativo vinculado con el gobierno cardenista a partir de la reforma del artículo tercero constitucional, en el cual se señala que la educación que impartiría el Estado debería de ser socialista y excluir toda doctrina religiosa para combatir el fanatismo y los prejuicios. Durante su gobierno la educación se consideró parte fundamental de un proyecto de nación que «veía a los niños como agentes de cambio, críticos y educados para la justicia social». Sin embargo, fue una realidad únicamente durante los seis años que duró en el poder pues en el siguiente sexenio, Manuel Ávila Camacho le dio un rumbo distinto a la educación y al proyecto de país. En el marco del proyecto nacional liderado por Cárdenas se crearon la Escuela Nacional de Maestros, la Escuela Nacional de Agricultura, el Instituto Politécnico Nacional (IPN), redes de escuelas regionales campesinas y escuelas vocacionales, así como centros de educación para indígenas. Para Juan Manuel Castro fue fundamental su pertenencia a la Escuela Vocacional, al Politécnico y posteriormente a los proyectos de servicios social de esa misma institución. El IPN nació con la finalidad de responder al carácter laico y gratuito de la educación, atender en forma más específica las necesidades técnicas del país y dar oportunidad de educación superior y de posgrado a los jóvenes de las clases vulnerables.

Yo nací en 1957 y me formé con esas tradiciones paternas; por otro lado, mi madre fue una maestra normalista, excelente, extraordinaria, de un origen muy humilde; vivió toda su infancia en una vecindad, hija de una mujer obrera, costurera, empleada doméstica en Estados Unidos, bracera, de origen chino. Mi abuelo materno fue

taxista asalariado durante sesenta años. Trabajó taxis de otras personas. La única época donde pudo liberarse de eso fue en el cardenismo, por eso también ellos eran cardenistas, porque Cárdenas dio taxis a crédito.

De esa familia de gente muy trabajadora, mi madre pudo estudiar la primaria y terminar la normal y se dedicó a ser maestra de educación primaria. Soy el primero de cinco hijos, toda mi vida estudié en escuelas públicas; ésa era la norma. Mi padre y mi madre decían que lo que había que privilegiar en México era las instituciones públicas. Mi padre nunca ejerció la medicina privada; mi madre tampoco, siempre realizó su profesión en el ámbito público.

Yo vivía en la colonia Nueva Santa María y cuando me tocó la Vocacional me fui al Casco de Santo Tomás y luego a la Escuela Superior de Medicina del Poli. Mi padre nunca me dijo que tenía que ser médico, ellos planteaban la libertad de elección, lo que querían era que fuéramos profesionales. Jamás me «metió la idea» de la medicina, pero yo lo veía trabajar y lo admiraba. Aprendí a leer a los tres años porque mi padre estaba fuera y le escribía cartas a mi madre desde la selva, para poder enterarme qué decían. Aprendí a leer a esa edad y fui creando un mito adentro de mi cabeza y claro que me encantaba la idea de hacer lo mismo, por ejemplo, cuando estuvo como epidemiólogo en Guerrero lo acompañé a dos o tres campañas contra «el mal del pinto» en la Cuenca del Balsas; me impactaba el trabajo intenso que hacían los profesionales de la salud, para mí eso estaba en el plano de la aventura y me llamaba la atención, por supuesto.

Pero la decisión de ser médico la tomé en la Vocacional porque tenía una vocación por la biología y la historia, pero en el Poli no había historia, así que me metí a Ciencias Biológicas y ahí me vinculé con organizaciones políticas porque terminé la secundaria en el 68 y me tocó vivirlo. Me tocó vivir el 68 como testigo de niño, tenía 12 años, pero como vivía en la Nueva Santa María viví toda la invasión del ejército al Casco de Santo Tomás y todas las luchas estudiantiles. Mi abuelo manejaba un taxi con el que sacaba a los estudiantes de las persecuciones: llenaba su taxi de estudiantes para sacarlos de la refriega y en alguna ocasión lo pararon. Él decía que eran sus nietos y yo iba con él. Entre la población había una gran sensación de solidaridad hacia el movimiento estudiantil: la gente abría las puertas de sus casas para que los estudiantes entraran. Mi casa retumbaba por los tanques de guerra, se oían las ametralladoras, estábamos en medio; eso nos impactó. Me acuerdo de que todos en la casa pensábamos que habría un golpe de Estado; los adultos se reunían y yo percibía la angustia de ellos, así como mucha solidaridad con los estudiantes. Se había hecho acopio de víveres por si había una situación más complicada. En la casa jamás se dijo que los estudiantes eran revoltosos.

El Casco de Santo Tomás es el área donde se encuentra la Unidad Profesional «Lázaro Cárdenas» del IPN y fue una trinchera de resistencia en el marco del movimiento estudiantil de 1968, pues una vez que las fuerzas del Estado tomaron y desalojaron a los estudiantes organizados en Ciudad Universitaria, quisieron seguir con el mismo procedimiento en el Politécnico. Granaderos y policía montada no lograron desalojar a los estudiantes en resistencia por la enorme respuesta de éstos organizados con los pobladores. «Jóvenes y trabajadores de colonias populares cerca como Talilco, Xochi-

manca, Santa María la Ribera» (Martínez, 2018: 2) salieron en defensa de los estudiantes. La noche del 23 de septiembre los estudiantes y colonos lograron que granaderos y policía retrocedieran, sin embargo, al día siguiente salieron del cuartel hacia Santo Tomás mil soldados armados con rifles de asalto y lanza granadas que lograron imponerse y ocupar ese espacio.

Entré a la Vocacional en 1971. En ese entonces se dio la matanza del 10 de junio y también fui testigo presencial porque estuve allí. Fuimos un contingente de la secundaria y estábamos en Lauro Aguirre esquina México Tacuba cuando empezó la balacera y nos pegaron una corretiza hasta que llegamos a refugiarnos justamente al Casco de Santo Tomás. Cuando entré a la Vocacional me vinculé a un grupo político que tenía dos revistas: Los Agachados y Los Supermachos, en alusión a que sólo siendo un supermacho se podía aguantar el gobierno que teníamos. Esos días de junio justo cerraron y nosotros nos conformamos como denuncia de esa censura: Grupo Independiente Supermachos.

El 10 de junio de 1971 los estudiantes salieron a las calles en apoyo del movimiento de los estudiantes en Monterrey y fueron fuertemente reprimidos por fuerzas paramilitares al servicio del gobierno de Luis Echeverría conocidos como los «halcones». El número oficial de jóvenes asesinados fue de 120 estudiantes de entre catorce y veintidós años. Este hecho se conoció como el halconazo o la matanza de Corpus Christi. Ante los gobiernos represivos de Díaz Ordaz y Echeverría y la victoria de la Revolución Socialista en Cuba, los años sesenta y setenta fueron para México un periodo de diversos intentos de cambios revolucionarios: desde la formación de guerrillas urbanas hasta la de grupos de guerrilleros al estilo «guerra de guerrillas», que buscaban modificar el estado de cosas y, en el marco de la Guerra Fría, buscar en México un cambio lo suficientemente significativo.

El 15 de marzo de 1973 se formó la Liga Comunista 23 de Septiembre que fue una organización político militar que estuvo activa desde 1974 «para unificar a todas las organizaciones revolucionarias del momento y construir una fuerza política que le diera dirección revolucionaria a las diferentes luchas del periodo» y se llamó así dado que algunos de los líderes buscaron emular en México el Asalto al cuartel Moncada en Cuba del 26 de julio de 1953, realizando el asalto al cuartel militar en la Sierra de Madera, Chihuahua, el 23 de septiembre de 1965. Para 1984 la liga dejó de estar activa, sus miembros fueron perseguidos, detenidos, torturados y desaparecidos.

Me vinculé a las Juventudes Comunistas en un periodo muy particular porque era el periodo de la Guerra Sucia, de la Guerrilla Urbana. En algún momento nos enteramos que nuestro responsable en realidad militaba en la Liga 23 de Septiembre y un día apareció en el noticiero 24 Horas todo golpeado. Nosotros le llevábamos cosas a Lecumberri: andábamos vendiendo revistas de la Editorial Progreso y de la Embajada de China para sacar a nuestro compañero que estaba en el bote, al cual por cierto le destrozaron la vida: lo dejaron sordo, medio ciego, tuvo desprendimiento de retina de un ojo; no pudo terminar la carrera.

La decisión de estudiar medicina estuvo vinculada a eso: cuando a Luis Beltrán lo metieron a la cárcel, tuvimos otro responsable que era profesor de la Vocacional de la sección de Médico Biológicas que nos llevaba a hacer brigadas de alfabetización y de formación política con los campesinos de la montaña de Guerrero. Nuestra tirada como estudiantes era vincularnos con Lucio Cabañas y nos pasaron un montón de aventuras en esa lógica; pero en una noche de invierno, en un pueblito que se llama Atlamajancingo del Río, en el jacal de una familia, había un niño que estaba con una neumonía severa, un niño menor de un año. Yo sabía que era neumonía porque mi padre nos había dicho cómo era el cuadro. Nos fuimos a esa hora a pedirle al médico de la jurisdicción sanitaria de Tlapa que lo fuera a ver y él dijo: «No, yo no salgo a esta hora». Tenía un Jeep, tenía condiciones. Y yo me acordaba del trabajo de mi padre, pero no hubo manera. El tipo dijo: «Si lo traen, lo atiendo», así que nos regresamos, convencimos a los padres de que había que encontrar la manera de llevarlo, pero el niño murió cuando lo estaban atendiendo porque se perdió mucho tiempo. Para mí fue una experiencia muy marcada, era la primera vez que yo veía morir a una persona, a un niño, con una enfermedad que de haber sido atendida a tiempo [se hubiera salvado, pero no fue así] por la indolencia del personal de salud; ese día fue cuando decidí estudiar medicina.

Para Juan Manuel estudiar medicina tuvo que ver con el contraste que encontró entre el trabajo de su padre como médico comprometido y las actitudes y limitaciones que vio, con sus propios ojos, en los médicos del sistema de salud. Decidió estudiar medicina por un contraejemplo: un médico que permitió la muerte de un niño por indolencia.

En medicina me pasaron dos cosas: cuando yo llegué a la Escuela Superior de Medicina, desgraciadamente no era invisible porque conocían a mi papá y eso me metió una presión muy fuerte, porque entonces era «el hijo de Marco Tulio Castro que re-prueba en el primer examen»; eran exámenes semanales y yo creía que la podía hacer como le había hecho antes: que medio lees, medio repasas. En el segundo examen de anatomía, saqué dos, en el tercer examen, cero. Y ahí me pegó en el orgullo y me metí en la locura de estudiar: me pasaba todas las noches en vela y llegó un momento en que no solamente me repuse, sino que el maestro me puso [de ejemplo] enfrente de los alumnos. Me la vivía en el anfiteatro. Fue una época interesante porque estudiaba mucho, no dejaba de vivir la vida, pero sí dejé de tener una participación política y aunque seguía vinculado, no podía participar como antes: fui cortando la relación con los compas del comité de lucha porque ellos nunca se metían a clases.

Aunque sí participé en proyectos de saneamiento de la escuela y la lucha contra los porros, ellos me veían como la rata de laboratorio que sólo estaba estudiando. Por el promedio me becaron y, como cualquier médico, me fue encantando la medicina clínica. El Poli tenía una ventaja respecto a las otras facultades de medicina: era una carrera de siete años y tenía muchos contenidos sociales, una clínica social, antropología médica, medicina social, medicina e higiene del trabajo, problemas sociales de México; vestigios de la época cardenista que se quedaron, que fueron aprovechados por dos generaciones de maestros: los viejos maestros que habían entrado al Poli con Cárdenas.

Me tocaron varios de esos maestros republicanos españoles de izquierda y era una joya entrar a sus clases. Entrabas a la clase de Roberto Folker Pi, catalán, que hablaba de la historia de la farmacología, pero también los contextos políticos, la ética [...] enlazaba la filosofía con la ética y la medicina. Así como él había varios. Más adelante vinieron los exiliados chilenos, argentinos, uruguayos, vino una mezcla que benefició a la UAM, las Facultades de Estudios Superiores y al Poli. Era la época en la que en la Escuela Superior de Medicina teníamos un cine club en el que había discusión, eso hacía que, aunque alguien tuviera una vocación hacia la parte clínica, la parte social seguía jalando; hacíamos círculos de estudio en el momento en que iniciaba la medicina social latinoamericana, publicaba Cristina Laurell y Julio Frenk.

Julio Frenk estaba estudiando Medicina, era un intelectual pastoreado por Laguna y todo eso. Yo me acuerdo de un artículo de Julio, estudiante en el 78 o 77, cuando era obligatorio leer en nuestros círculos de estudio que se llamaba «Cuadro clínico de la enseñanza médica en México» y se hizo un clásico porque lo que decía era que en las facultades de medicina necesitábamos formación en ciencias sociales. Él, López Acuña y Sepúlveda tenían un grupito, eran la élite, pero publicaban ciertas cosas. Por supuesto que estudiábamos lo que publicaban Cristina Laurell, los brasileños o José Carlos Escudero, todo eso lo devorábamos y lo discutíamos. Era esa doble formación: la clínica con formación social.

Era interesante que el propio Julio Frenk, en los años setenta no sólo suscribía sino pugnaba por una mejor y mayor formación de los médicos clínicos en ciencias sociales y defendía la medicina social en su artículo «Cuadro clínico de la enseñanza médica en México» que a la letra decía:

En 1910 fue publicado el Informe Flexner, una investigación sobre las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá. Las recomendaciones de este Informe, que han marcado desde entonces las pautas de la educación médica no sólo en Estados Unidos, sino prácticamente en todos los países del mundo, se resumen en que la atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas y que sólo las escuelas de alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos. En la práctica, el Informe Flexner vino a consolidar un tipo de ejercicio médico, la llamada «medicina científica», que dio un enfoque positivista a la enseñanza, la investigación y la práctica.

Este informe fue la expresión de las tendencias científicas de la sociedad norteamericana, por medio de las cuales se pretendía reducir los problemas sociales a problemas técnicos y generó que el auge del positivismo médico encontrara su expresión más acabada primero: en que la concepción del cuerpo humano como un organismo integrado fuera sustituida definitivamente por la de una yuxtaposición de sistemas sin relación entre sí. La especialización a que dio origen la medicina científica enfatizó el estudio y el tratamiento de sistemas y órganos individuales con exclusión de la totalidad del cuerpo humano. Segundo: la investigación cerró los ojos a toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se consideraba científico. Esta actitud se hacía eco de la doctrina de la etiología específica que, partiendo de una deformación de hallazgos microbiológicos del siglo XIX, creaba el espejismo del eventual descubrimiento de una causa única y concreta para cada enfermedad, con un olvido total de las complejidades ecológicas. Tercero: el diagnóstico y la terapéutica

empezaron a realizarse mediante un enfoque del organismo como máquina, facilitando así una aproximación instrumentalista al cuerpo. Las partes individuales podían ser examinadas y tratadas sin que el resto del organismo se viera afectado. El modelo de la máquina facilitó la aplicación de principios estadísticos al estudio del cuerpo humano, en particular la aceptación de una tendencia central (la normalidad) que permitió tratar a las enfermedades como entidades universales más que como afecciones diferentes para cada individuo. Mientras que el diagnóstico y la terapéutica se basan en suposiciones colectivas según una «curva de normalidad», paradójicamente el paciente es visto como una abstracción, aislado de su comunidad. La enfermedad es tratada como un proceso natural y su etiología social resulta ajena a la acción médica. En esta forma el hospital ha quedado convertido en un taller de reparaciones y la función del médico ha adquirido un carácter fundamentalmente técnico: su trabajo es componer órganos dañados por causas naturales. (Frenk, 1978).

La medicina social no podría estar más de acuerdo con la mirada crítica que el el texto de Frenk difundía. ¿Quién hubiera dicho que durante el sexenio de Fox, Frenk sería el encargado de desarrollar el modelo del Seguro Popular y defender todo lo que anteriormente había evaluado críticamente: la mirada biomédica de atención a la enfermedad como en un taller de reparaciones.

A mí me fascinaba la cardiología, me tocó presenciar la última etapa de la vida de Ignacio Chávez, y en «cardio» en alguna guardia, me preguntó qué quería estudiar como especialidad, y yo le dije que cardio, pues me la pasaba escuchando los corazones de todo el mundo. Me imaginaba que podía y quería ser cardiólogo, pero ocurrió un evento traumático en el Hospital General de México. Entré y mi primer servicio fue en la atención a urgencias médico quirúrgicas. Ahí se atendían todas las personas en situación de calle que eran alcohólicas y que tenían diversos grados de cirrosis hepática y mezclaban su cirrosis con síndrome de supresión alcohólica, sangrado de tubo digestivo, etcétera o sufrían de un coma metabólico o una psicosis.

Gente que estaba en una situación muy grave era atendida por un sector pequeño de urgencias cardiovasculares. El común denominador era que se trataba de personas extremadamente pobres y el grupo de los alcohólicos eran los más pobres entre los pobres, eran los que tomaban alcohol puro que mezclaban con refresco para que no supiera tanto. Un día llegó al cubículo de urgencias un señor que era alcohólico. Comencé a examinarlo y empiezo a encontrar datos de confusión, datos neurológicos que hacían pensar que podía estar teniendo un síndrome de supresión alcohólica y además estaba sangrando. En los pacientes con cirrosis empieza a haber un problema de intoxicación que los lleva a un coma químico, es decir, dejan abruptamente de tomar alcohol y como hay una dependencia fisiológica les genera un estado de ansiedad y neurológico muy particular por lo que llegan a tener alucinaciones, y el sangrado pone en riesgo sus vidas.

Lo detecté, lo ingresé, hice todo lo que tenía que hacer y estábamos en la sala de observación de urgencias esperando la entrada a terapia intensiva y el hombre se va poniendo peor. Llega el jefe de residencias se pone en la cabecera del señor y con el mayor de los cinismos de que era el jefe nos dice: a estas personas yo las curo así: y empieza a decirle al señor «soy el diablo, deja de tomar» y yo haciendo mi nota. Como Interno eres el último escalón de la jerarquía, no puedes atreverte a dirigirle la palabra al «adscrito», pero yo le dije: «¡Déjalo!, ¡déjalo en paz!, se está agitando,

se va a poner mal», y el otro, como si le hubieran dicho «Hazlo más» en la lógica de, ¿cómo un interno se atreve a hablarle así al jefe?

Continuó diciéndole muchas cosas, cambiaba la voz... Imagínate el tipo estaba con una agitación extrema, comienza a alucinar, la presión le sube y le da un paro cardiorrespiratorio. Todos actuamos, lo sacamos del paro y saliendo del paro le puse una «patiza» al médico, no pude aguantarme, le eché en cara que era su responsabilidad que una persona hubiera estado a punto de morir. Ya para entonces yo estaba harto de ver violaciones flagrantes a los derechos de las personas en el hospital.

Al día siguiente me iban a expulsar: el jefe de servicio hizo una especie de tribunal, pero las enfermeras actuaron a mi favor, diciendo su versión y eso me salvó de la expulsión. En cambio, me metieron guardias de castigo, de ahí hasta que terminé, porque les parecía muy grave la insubordinación de un interno. Al residente le llamaron la atención, pero a mí «magnánimamente» no me expulsaron. De castigo me mandaban a los lugares donde nadie quería ir, me ponían diuréticos en el café... ¿Qué hice? Pues aprender.

El problema es el habitus, lo que hace es que la gente le empieza a entrar a esa lógica y se normaliza: que el médico le empiece a gritar a la mujer embarazada pariendo; eso era lo esperable, lo que no era normal era que un interno le contestara a un residente.

El *habitus* es uno de los conceptos centrales de la teoría sociológica de Pierre Bourdieu y se refiere a las «disposiciones» o esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El *habitus* es el término que Bourdieu propuso para hacer referencia a la discusión sociológica-filosófica sobre si los actos humanos están mayormente determinados por lo interior (psicológico o subjetivo) o lo exterior (material u objetivo). Lo que el sociólogo propone con esta noción es que la conducta está principalmente determinada por los recursos disponibles en un determinado campo, ya que, dados ciertos capitales, la forma espontánea y libre de actuar de los agentes es más parecida entre personas de la misma posición social, sus estrategias y sus expectativas serán parecidas porque están determinadas por las reglas del espacio social al que pertenecen.

Juan Manuel hace referencia a lo común que era entre los médicos ciertas conductas violentas y destructivas hacia los pacientes y «subalternos»; no porque de manera individual asumieran necesariamente esquemas de obrar, pensar y sentir violentos en su vida personal, sino porque en su posición de médicos, ese actuar no sólo estaba normalizado, sino que se les pedía que, en el proceso de «formación» en el «internado», aprendieran a naturalizarlo como parte del currículum oculto de la medicina clínica en hospitales.

Se llama currículum oculto a aquellos aprendizajes que son incorporados por los estudiantes a pesar de que no figuren en el currículum oficial. Cualquier entorno brinda aprendizajes explícitos e implícitos, estos últimos son los conocimientos y la formación que se despliega entre líneas. Ese currículum oculto existe en todas las disciplinas y formaciones.

Yo sufrí el internado. Me llevé una decepción enorme en relación con lo que yo quería hacer, pero mi salvación fue el servicio social en comunidad porque el Politécnico tenía un programa de medicina comunitaria en una colonia popular en Azcapot-

zalco, muy interesante. Ahí conocí un modelo de medicina comunitaria basado en participación social, con una consulta supervisada, todo lo que era el modelo de atención cubano y a mí me encantó porque además eso estaba conectado con un programa de servicio social en Chiapas que se llamaba «plan tojolabal», y me entusiasmó la idea de irme de la ciudad.

De ahí sale la idea mítica de hacer medicina en comunidad con compromiso social. Cuando yo salí a hacer mi servicio social, el campo de la promoción de la salud era preventivista; era 1980, no se había hecho la Carta de Ottawa, no se había definido el campo, existía el término de promoción de la salud, pero estaba completamente en el campo de la prevención, o sea la «historia natural de la enfermedad».

La medicina preventiva se define como la práctica tendiente a prevenir la enfermedad: detectar precozmente los cuadros patológicos y tratarlos antes de que causen mayores síntomas. Su objetivo es proteger, promover y mantener el organismo libre de enfermedades, pues desde el preventivismo se entiende salud como lo opuesto a la enfermedad. Se organiza en torno a los cuadros patológicos, no en torno a la salud. El preventivismo entonces es una característica de las intervenciones en salud que se caracteriza por el predominio de lo individual sobre lo colectivo, de lo técnico sobre lo político, de lo material sobre lo social donde el cuerpo es visto como una máquina abierta a la intervención.

Cuando llegamos al servicio social, la realidad cruda de Chiapas y sus desigualdades marcadas nos brincaron brutalmente porque por más que tú leas y entiendas la problemática social de una manera general, para alguien que viene de una formación fundamentalmente urbana, y si tienes un mínimo de conciencia social, tomas partido. Lo que hicimos nosotros fue tomar partido por los campesinos, por los tojolabales con los que estábamos trabajando y los campesinos de diferentes etnias del estado que estaban en la zona de la selva. Ahí empecé a desarrollar una experiencia de trabajo con personas de la comunidad que se capacitaron y que a veces tenían un nivel muy básico de escolaridad, que sólo sabían leer y escribir, pero que tenían ganas de aprender e ir demostrando y enseñando que es posible transformar la realidad con procesos de educación y formación política. En ese momento había unos vínculos de solidaridad dentro de la comunidad muy fuertes: se veía la capacidad de las personas de transformar su realidad.

Si eso lo llevamos a lo que hoy se conoce como promoción de la salud, dices: aquí está uno de los pilares, uno de los rumbos estratégicos dentro de la promoción de la salud que es la capacidad de resolver problemas. La otra es la participación de la población, porque cuando se va trabajando dentro de la comunidad —en esas en particular—, las decisiones de los grandes problemas colectivos se tomaban en asamblea y lo hacían por consenso, después de discusiones amplísimas.

La promoción de la salud es la capacidad de resolver problemas y esto se definió de manera más clara por primera vez, en la Carta de Ottawa en 1986. Esta conferencia fue tan importante para la promoción de la salud, porque representó el viraje del preventivismo a la salutogénesis. Salutogénesis es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su vida y salud para mejorarla.

Por primera vez, en Ottawa la salud no estuvo vinculada con la ausencia de enfermedad o el «bienestar completo bio pisco social», sino con el control sobre los procesos determinantes de la salud: las condiciones materiales de vida y de trabajo (OMS, 1986). En esta conferencia se definieron, además, los cinco ejes de acción de los promotores de salud, ninguna de las cuales era clínica: elaborar política pública, crear ambientes saludables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud.

En el servicio social se aprenden un montón de cosas, entre ellas que hay que reorientar los servicios, que es otro campo de la promoción de la salud y a tener una visión más de trabajo en torno a los determinantes sociales. Nuestro trabajo como pasantes en servicio social tenía mucho de gestión de: «apóyenos para hacer este escrito porque la comisión va a la Reforma Agraria a reclamar sobre nuestro derecho sobre tales tierras». Eran terrenos ejidales que habían sido repartidos en la época de Lázaro Cárdenas y que ya les tocaba, desde hacía más de 20 años, ampliaciones ejidales y no se resolvían. O la lucha contra los terratenientes, porque seguían existiendo terratenientes locales o contra los intermediarios, coyotes, etcétera, que se quedaban con una buena parte de las ganancias del campo.

Se genera una serie de compromisos con la gente, se va aprendiendo y se da uno cuenta de que los conocimientos en medicina no son suficientes o no sirven de mucho para poder apoyar las transformaciones que se requieren. Si aprendes de las personas y aprendes a trabajar con ellos, priorizas y buscas formas conjuntas para resolver la problemática. Entonces, sólo así tienes más posibilidades de hacer una verdadera promoción de la salud.

Eso implicó para nosotros —y estoy hablando como colectivo porque yo así lo viví— una responsabilidad con las comunidades en las que estábamos trabajando: teníamos un programa, estudiábamos, conformamos un círculo de estudio; cada cierto tiempo nos reuníamos en Comitán, durante cuatro días para estudiar y discutir. Eran cuatro días para planear, para estudiar, para hacer la otra vida, de reposición, porque las condiciones en las que estábamos eran muy complejas y teníamos un seguimiento cercano de un par de médicos del hospital de Comitán —y que no eran médicos comunes y corrientes.

Uno de ellos fue dirigente del movimiento de médicos del 64-65 y ahí hay una conexión con el pasado reciente, con algo que había tenido un impacto en nuestra propia generación. Había sido el director del hospital, era un cirujano que había sido dirigente del movimiento médico del 68 y el otro era un internista muy complementario. El cirujano nada más era un hombre de acción, como buen cirujano que encuentra «una bola» y piensa que hay que sacarla: abrir, sacar y cerrar; así son los cirujanos. Y el otro, el internista, era un tipo brillante, bueno, razonador, que había sido militante y él un poco más joven que el otro, no había participado en el movimiento del 64-65, pero participó en el 68 e incluso, lo hirieron en el 68. Entre los dos generaron una propuesta sinérgica muy interesante.

En 1964, 206 médicos residentes del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) fueron despedidos

por reclamar el pago de los aguinaldos que el Estado les debía. Este hecho funcionó como el detonador de un movimiento de médicos residentes y egresados que se organizaron en torno a demandas, en un primer momento económicas y después más generales, que exigían democracia sindical y el fin del totalitarismo represor del régimen de Díaz Ordaz. Mientras las demandas fueron económicas, el Estado prometió estudiarlas, pero en cuanto el movimiento se politizó, la policía tomó los hospitales 20 de Noviembre, Rubén Leñero y Colonia y destituyó a los médicos en resistencia para sustituirlos por médicos militares afines al régimen. Las enfermeras del 20 de Noviembre sufrieron secuestros por parte de los grupos de choque y los médicos más protagónicos del movimiento fueron despedidos y encarcelados. Los demás participantes acabaron boletinados en una lista negra para que no pudieran ser empleados en ninguna institución y el sistema hospitalario fue burocratizándose cada vez más con la finalidad de desterrar a los del movimiento que quedaban activos. Según algunos autores (Casas-Patiño; Reséndiz-Rivera; Casas, 2009), la respuesta del Estado opacó cualquier futura disidencia de este sector.

Nosotros estábamos felices y si a alguien podíamos llamar maestros en el sentido académico era a estos dos médicos; si a alguien teníamos que llamar maestros en el sentido más práctico, era a las comunidades. Estábamos en ese campo y eso generaba una necesidad de estudiar: ciencias sociales, pero también epidemiología y todas las herramientas que permitieran en un momento determinado entender e intervenir sobre la realidad de cara a la gente. Empezamos a formar grupos de compañeros seleccionados de la comunidad que se capacitaban, con ellos formábamos comités de salud y no estábamos inventando el hilo negro, ya había modelos de trabajo comunitario institucional de la Secretaría de Salud que planteaban la intervención con comités, pero los comités eran utilizados como mano de obra complementaria a las tareas del médico, o sea, para que llevaran los alimentos, pintaran la clínica, barrieran el piso, para eso eran los comités desde la lógica tradicional.

Al contrario, para nosotros el Comité de Salud tenía que ser un órgano de decisión y ejecutivo. A los miembros de los comités los llamábamos «promotores» porque mucha de su actividad era de promoción. Hoy cuando dicen algunos especialistas que no debes hacer barrido epidemiológico, para la detección de tuberculosis, yo me río.

Cuando yo llegué a hacer servicio social, el informe del pasante que estaba antes decía que en esa comunidad no había tuberculosis. Se me hacía raro porque en esa época la producción de maíz por familia no llegaba a una tonelada por hectárea, la gran mayoría de habitantes de esa comunidad tenían entre media tonelada y tres cuartos de tonelada por hectárea, porque eran tierras de temporal y eran tierras agotadas y había crecido la población en ese lugar en relación con el reparto original de las tierras. Cuando ellos llegaron, les dieron 20 hectáreas por ejidatario, pero nacieron los hijos, los nietos y esas 20 hectáreas se empezaron a dividir entre familias numerosas, porque tenían que procrear muchos hijos, dado que se morían muchos y era la manera de reponer la mano de obra. Entonces, la cosecha sólo les alcanzaba para una parte del año, por lo que tenían que irse a rentar como mano de obra, para trabajar en unas fincas cafetaleras o algodonerías en Tapachula y regresaban enfermos de paludismo o de dengue o de otras enfermedades que agarraban en la

costa en pleno noviembre; era el momento en el que ya la gente estaba padeciendo hambre porque ya se había acabado la cosecha y les quedaba la reserva. Todo es para decir: aquí tiene que haber tuberculosis porque están todas las condiciones materiales para eso.

La primera persona que atendí ahí de urgencia, que terminó muriendo era una mujer con tuberculosis, una persona anciana. Me llamaron para ir a verla, cuando la reviso me doy cuenta de que estaba con hemoptisis. La llevo al hospital, se interna de tuberculosis y poco se pudo hacer, entonces dije: a ver, si tienes una persona con hemoptisis, ¿cómo es que no va a ver tuberculosis? Otra cosa es que nunca se hizo la detección.

Nosotros empezamos a trabajar con la Comisión con las primeras reglas básicas: cómo numerar las casas, hacer croquis, identificar a las familias y a hacer barridos. Se hace «un control» con los comités y con el apoyo de la población, porque estas cosas no se hacen sin el permiso de la gente. Aprovechas estos espacios para planear tu trabajo y expandirlo, y el trabajo de la expansión lo hacían los promotores miembros de los comités.

Juan Manuel vincula la aparición y tasas de tuberculosos con las determinantes sociales de la salud: la producción de maíz por familia, el reparto original de la tierra, el número de hectáreas y toneladas de producción en época de sequía, la necesidad de vender la fuerza de trabajo, el hambre, la pobreza, las temporadas de cosecha, el salario, etcétera. Con ese marco teórico como referencia y juntando esas variables, lo que aparece es una constelación de indicadores que permiten entender la realidad social y de salud desde un lugar más complejo e interesante. Juan Manuel se formó a partir de los postulados de la medicina social que permiten entender que «las condiciones sociales y económicas tienen relación directa con la salud y la enfermedad; relación que debería ser motivo de investigación científica» (Rosen; Sotomayor, 1985: 81).

Si los estudiantes buscan el concepto «determinantes sociales de la salud» la mayoría de las referencias les vincularán a la Organización Mundial de la Salud pero en realidad fue un aporte de las y los teóricos de América Latina desde los años sesenta y setenta que «reivindicaban un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones» (López Arellano; Escudero; Carmona, 2008).

Ahí me fui dando cuenta de la capacidad que tiene la gente, aquella que no está acostumbrada a estudiar o a leer o a la formación académica, pero que le mete unas ganas..., y bueno, eso me motivó. Por eso digo que, para mí, el servicio social fue clave, fue un momento en el que yo me reencontré con la medicina después de quedarme decepcionado en el internado.

El 28 de marzo de 1982 me presenté con el coordinador estatal y conseguí trabajo en el Instituto Nacional Indigenista. Cuando me aceptaron me mandaron a Coapilla un pueblo que no tenía luz eléctrica y que la única luz que había era la planta de luz que tenía el radio, que a su vez era la única forma de comunicación. En ese entonces no existía internet, eran los radios los que mantenían la comunicación con los 11 centros indigenistas. Ese día estábamos en una tertulia, nos estábamos echando unas

chelas cuando sonó el radio de urgencia porque estaban cayendo piedras del volcán Chichón. El asunto era serio, hubo alarmas antes, pero que el gobierno municipal había minimizado; en ese tiempo el presidente municipal se acercó al gobernador Juan Sabines y le dijo: «el volcán está echando humo» y el gobernador le dijo: «no pasa nada, regrésate», cuando se regresó, se murió por la fuerte erupción del volcán.

Fue también la época en que llegaron los refugiados guatemaltecos. Entonces sucedieron muchas cosas en ese tiempo, hubo mucha resistencia de la gente de los campamentos guatemaltecos para irse de Chiapas porque los gobiernos buscaban reubicarlos. Muchos se fueron a refugiar a campamentos de la Iglesia católica, que tenía terrenos o ranchos en ciertas zonas de Chiapas y les dieron acogida. Yo empecé a conocer en ese tiempo a compañeros que tenían una experiencia parecida a la de ASEXA (Asociación Civil en Guatemala), pero en México, que era el Movimiento Nacional de Salud Popular, fundado a principio de los ochenta.

Eran 800 o 900 personas de distintos grupos en donde estaban todas las tendencias de la atención médica: desde los que solamente trabajaban con plantas medicinales, hasta los que hacían medicina alópata, los homeópatas, lo que fuera. Entonces todos estos compañeros del movimiento de salud popular en una de las reuniones en Ixmiquilpan, Hidalgo, habían determinado la creación de una asociación civil en México que se llamaba Prodessep (Promoción de Servicios Educativos y Salud Comunitaria A. C.) que tuvo una estructura muy interesante y se dedicaba a diseñar materiales educativos baratos.

Nuestro equipo seguía en Comitán como sede, salíamos a las comunidades y después nos decidimos cambiar a San Cristóbal por cuestiones de estrategia, porque ya estábamos muy perseguidos por los órganos del Estado de Chiapas. En Comitán seguíamos manteniendo relaciones con el hospital, nos fuimos a vivir como equipo técnico a San Cristóbal, pero salíamos a la selva. En ese periodo me invitaron a Guadalajara a un Encuentro de Salud Popular y ahí conocí la metodología de Freire, que para mí era nueva. Hay una escuela en la calle de Pino que se llama INBEC que tienen una propuesta de escuela metodológica nacional de educación popular, me inscribí en la escuela, era la segunda generación. Ahí se me fueron abriendo los ojos, con esta otra cosa, porque era lo que yo creía que necesitábamos los grupos de Chiapas: estaba toda esa experiencia sistematizada de partir de la práctica: teorizar, profundizar y regresar a la práctica en un ciclo dialéctico y con una metodología popular.

La metodología de educación popular es un esfuerzo por generar procesos de construcción de conocimiento que permitan entender y transformar la realidad: espacios colectivos de construcción y recuperación de saberes a partir de la participación activa y crítica de los educandos en el proceso. En lugar de sólo escuchar, leer, memorizar datos; se pregunta, investiga, experimenta, discute, debate, pone en duda y usan los conocimientos para realizar cambios.

En ese momento se me abre ese campo y trato de impulsar que trabajemos con el centro de capacitación en educación popular. Ahí me encontré con una compañera que además venía de la experiencia nicaragüense de la Red Alforja en Costa Rica, Nicaragua y Centroamérica, y fundamos un boletín, que era como un órgano de los

promotores de salud. Lo hacíamos artesanalmente en una mesa de luz con recortes, con computadoras e impresoras antiguas. Sacábamos tipos de letra y era prácticamente recortar y pegar sobre la mesita. Así, las monjas del Sagrado Corazón de Jesús, parte de la pastoral de San Cristóbal de las Casas en el Hospital de San Carlos tomaron el boletín y lo tradujeron al tseltal y tsotsil, y así empezamos a trabajar con esos grupos.

En algún momento pensamos: ¿Por qué no empezamos a hacer un encuentro de grupos de salud popular y nos afiliamos a Prodessep? Y a finales del 87 hice un taller de educación popular para todos los grupos de salud de Chiapas y de Campeche; aglutinamos 26 experiencias diferentes y creamos la red sureste. El boletín del centro de capacitación se llamaba Pensamiento y Salud; mantuvimos la publicación de 24 números, dos años. El contenido era monográfico sobre problemas de salud, pero tenía distintos apartados para primero discutir sobre el tema, luego, trabajábamos sobre el punto de vista de la población, las acciones para distintos grupos y el intercambio de experiencias con los promotores.

Implicaba trabajarlo con la gente: no podías nada más entregarlo, tenías que usarlo como material «generador». Nos reuníamos en las comunidades en círculos de estudio y lo vinculábamos al proceso de capacitación. Uno de mis compañeros de ese grupo, Salvador Pacheco, recopiló todo ese material y lo transformó en un libro que se llama El nuevo amanecer de los pueblos indígenas. Primero lo sacaron medio rústico y después hicieron una edición genial. Está escrito ya por los promotores de salud con el apoyo de Salvador Pacheco. Si tú me dices cómo me metí al asunto de la promoción de la salud fue así.

Un parteaguas para nosotros fue 1986: terminé la residencia, me metí al Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos y nos empezamos a enterar de la promoción de la salud de Ottawa justo cuando se hizo la Conferencia. Suscribimos la Carta de Ottawa y los cinco famosos rumbos de la promoción de la salud originales: fortalecimiento de las capacidades de las personas, participación social, ambientes saludables, políticas públicas saludables, en fin, todos esos temas estaban ahí, y la reorientación de los servicios. ¿Cómo haces para que los servicios realmente respondan a necesidades de las personas y que tengan la flexibilidad para irse adaptando a los retos?

Empezamos a trabajar el tema de calidad de los servicios de atención y levantamos un proyecto que fue la clínica llamada «Unidad de Referencia Intermedia, Clínica de Poza Rica» porque estaba en el centro de acción de la región que nos correspondía en la selva, en una comunidad que se llamaba Nueva Poza Rica. Esa clínica fue creciendo y trabajamos con parteras, pusimos una sala de atención de emergencia al parto, desarrollamos proyectos de alimentación y nutrición, proyectos experimentales de cultivos, plantas medicinales, uso de temazcal, composta. Hacíamos de todo ahí y metimos un laboratorio. Primero era un laboratorio seco y después bastante complejo: hacíamos hasta baciloscopías. Recibimos apoyo del Colegio de la Frontera Sur y se capacitaron los técnicos de laboratorio que además eran promotores de salud.

Cuando Juan Manuel dice que los materiales educativos no sólo se diseñaban y construían artesanalmente desde la lógica de plantear problemas de salud, sino que «no podían sólo entregarse, debían ser trabajados con las personas», probablemente se está refiriendo a uno de los trabajos de promoción de la salud de base más importantes desde la perspectiva del pensamiento crítico y la educación popular: generar grupos de estudio y reflexión a partir de un material particular.

Tal vez más importante que el trabajo de diseñar el material, la promoción de la salud consistía en trabajarlo con las personas y en esa medida se presentaba como un programa generador de reflexión.

Pero en los años noventa me dediqué a la parte académica. Estuve en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) donde fundé el departamento de promoción de la salud, que nada más vivió el tiempo que estuve como jefe del departamento.

Luego entré a la Universidad Autónoma Metropolitana en 1996 en el momento en el que llegó el programa de desarrollo humano en Chiapas, que fue el primer proyecto de investigación interunidades y estaba empujado por Luciano Concheiro en desarrollo rural; por Pepe en el área de salud colectiva y por otros compañeros de la unidad Iztapalapa. Había un montón de gente interesada en que la UAM apoyara a sus egresados con proyectos de investigación e intervención en Chiapas, en el contexto de la guerra, entonces armamos un buen equipo. Yo me hice cargo de la parte de salud y empezamos a ir a Chiapas desde 1996 hasta 1998, sistemáticamente, cada mes. Aprovechamos para trabajar en otros proyectos en los Altos. Con toda la serie de amigos que teníamos allá organizamos un taller de promotores de salud, a 20 años del Congreso Indígena de San Cristóbal de las Casas, que era un proyecto muy interesante porque el punto de partida de todo esto fue, y eso hay que reconocerlo, don Samuel Ruiz. En 1974 convocó, en el marco del aniversario de Fray Bartolomé de las Casas, a un Congreso en el que se discutieron temas de desarrollo social, de cultura y de salud. Las conclusiones de «la mesa de salud» fueron retomados por los zapatistas en otro momento.

Curiosamente, estaban vivos compas que habían participado en aquella experiencia de 1974 y los jóvenes zapatistas nuevos. En ese diplomado logramos convocar a todos los promotores de salud de diferentes años y regiones zapatistas para hacer un trabajo nuevamente de educación popular. A mí me tocó hacer el diseño del curso con las distintas organizaciones. Fue el primer diplomado que la UAM aceptó por Consejo Académico para gente que no tuviera una formación profesional.

En 1998 me pidieron que me incorporara al equipo de Armando Cordera para ayudarles a diseñar un programa de capacitación de directivos en el gobierno de Cuauhtémoc Cárdenas en la Ciudad de México y tuve que cortar el cordón umbilical con Chiapas. Paralelamente a eso ocurre que, estando en el Instituto Nacional de Salud Pública en 1993 y siendo representante de la Escuela de Salud Pública en la UIPES (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud) conocí a Coni Chapela, gracias a Ángeles Garduño. Ella tenía el proyecto de hacer un diplomado en promoción de la salud en la UAM y empezamos a armarlo. Yo me encargué de la parte de planeación.

Con la ayuda del doctor Bojalil empezamos a generar un núcleo que tenía como centro la propuesta de Consuelo Chapela, que a mí me parecía importante: ver la promoción de la salud desde otra perspectiva, encontrar el objeto de salud como objeto de transformación y trabajar alrededor de eso como proyecto de vida, no necesariamente asociarlo al concepto de enfermedad.

Yo ya traía el rollo de considerar que podías estar enfermo y sano al mismo tiempo, a diferencia de lo que planteaba Cristina Laurell sobre el nexo bio-psico-social o del proceso salud-enfermedad. Me parecía más cercano la noción del objeto de transformación y entender la salud como el potencial para desarrollar las capacidades que tienes para poder actuar sobre ese objeto de transformación, que es tu vida, finalmente. Coincidimos con Coni y lanzamos el diplomado durante diez años, de 1993 a 2003. Colaboré intensamente, sobre todo en los primeros años, y formamos muchas generaciones de los actuales profesores de la licenciatura de promoción de la salud de la UACM, por ejemplo.

La UIPES tiene más de medio siglo de vida. Es una asociación mundial de individuos y de organizaciones, de carácter único, dedicada a la mejora de la salud de la población mediante la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud. Los miembros incluyen agencias gubernamentales, universidades, instituciones, organizaciones no gubernamentales (ONG) y profesionales de todo el mundo.

Después fui representante de la escuela que en ese tiempo se llamaba Unión Internacional de Educación para la Salud (UIPES) que se había fundado en los años cincuenta. Hubo una sesión del Comité Ejecutivo en México auspiciado por Mariano García Viveros en el Instituto Nacional de la Nutrición. Mariano era un buen médico, internista, endocrinólogo, que había fundado una maestría en Educación Médica y tenía un proyecto muy interesante en educación para pacientes diabéticos en el Instituto, al que yo conocí porque trabajé allí. Era además un exiliado de la Guerra Civil de España y un defensor del castellano.

Él era representante de México en la UIPES y yo estaba representando a la Escuela de Salud Pública, entonces participamos en la sesión que era en México y se publicó un libro de esa sesión con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que cada uno expuso sus contenidos. Yo defendí en ese momento el concepto de «promoción de la salud» porque en ese momento el Comité Ejecutivo estaba discutiendo seriamente si se abandonaba el título de «educación para la salud» y se transformaba en «Unión Internacional de Promoción de la Salud» que era lo que quería nuestra corriente, pero la corriente conservadora, que eran los más viejos, decían que no. Discutimos con ellos y ahí fue nuestro primer pleito entre Mariano García Viveros y yo, porque él era defensor a ultranza del término «educación para la salud». Él decía que la promoción de la salud era un invento gringo, es decir, la manera en que los gringos veían la educación para la salud, porque en ese momento en Estados Unidos hablaban de promoción de la salud como si fuera sinónimos de estilos de vida, muy en relación con todo ese modelo individualista de consumo.

Mariano tenía una fuerte posición crítica a eso, pero tenía una posición conservadora sobre educación para la salud, pues suscribía la intervención en medicina preventiva como si eso fuera hacer promoción de la salud.

La discusión entre la generación de recambio de la UIPES y la generación de él tenía que ver con defender el término promoción de la salud como algo mucho más amplio que la medicina preventiva y como algo distinto al modelo de estilos de vida.

La asamblea que se hizo en ese año, en algún país europeo, determinó que se debería llamar Unión Internacional de Educación y Promoción de la Salud (UIPES) y desde entonces, nos confrontamos Mariano García Viveros y yo muchas veces.

Una parte importante de la trayectoria de Juan Manuel Castro ha sido académica; además de haber realizado la maestría y el doctorado en Medicina Social y Salud Colectiva, y participado como docente e investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública y en la UNAM, también participó en la planeación de la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM. Ésta es la historia del origen de esta licenciatura, en los «tiempos más primeros», de acuerdo con lo vivido y narrado a posteriori por él como testigo y participante.

Cuando estaba como director general de los servicios de salud pública, me invitaron a participar en la creación de la licenciatura de Promoción de la Salud. Manuel Pérez Rocha propuso la licenciatura en esta lógica de «Nada humano me es ajeno», e invitó a Lourdes Guzmán Pizarro y a Manuel Outón Lemus a hacer un primer planteamiento de la formación.

Lourdes fue mi maestra, traía todo un rollo de la didáctica crítica; de repente me la encuentro en esa reunión para discutir la base del programa de la licenciatura de Promoción de la Salud y ahí teníamos toda la libertad de hacer el diseño de la licenciatura, para que no estuviera contaminada por la medicina, ésa era la propuesta original.

Manuel Outón, que es filósofo y Lourdes Guzmán, actual profesora de la licenciatura, tenían todo el tema analizado y empezamos a trabajar. Invitaron a Consuelo Chapela, estábamos todos ahí metidos en eso. Pero Manuel Pérez Rocha tenía un médico, que era ni más ni menos que Mariano García Viveros, y poco a poco lo fue metiendo; al tiempo que él se metía, se fueron saliendo Lourdes y Manuel, entonces el programa que quedó es lo que hay ahorita, que fue la propuesta del médico particular del rector.

A mí me tocó el pleito con Mariano García Viveros que, por cierto, era alguien a quien yo quería mucho porque también fue el médico de cabecera de mi padre en los últimos meses de su vida. Pero una cosa es que lo quisiera y otra que estuviera de acuerdo con su posición respecto a la promoción de la salud.

Mariano trajo a unas personas con él y empezaron a desarrollar el programa que presentaron en el Auditorio del Plantel Histórico. Tal cual esa «propuesta» fue la que quedó como programa oficial de la licenciatura de Promoción de la Salud en la UACM. Del lado crítico estuvo Olivia López Arellano, Consuelo Chapela y yo.

Me acuerdo muy bien que salimos de la reunión y Mariano muy enojado conmigo, me dijo: «Y tú, ¿qué tienes contra los médicos?», y me acuerdo de haberle contestado: «Nada, yo soy médico y cuando me enfermo me voy con un médico, pero en

esta licenciatura no estamos hablando de especialistas en enfermedad, estamos hablando de expertos en salud».

El problema fue que se quiso hacer una licenciatura en Promoción de la Salud partiendo del paradigma de la medicina. Lo que se consiguió fue que la licenciatura apareciera como una sumatoria de tres programas que coexisten simultáneamente: una visión medicalizada en ciclo básico, una visión centrada en estilos de vida en los semestres cuarto y quinto y una visión más social y crítica sólo hasta el final.

De haberse aprobado la primera propuesta de licenciatura en Promoción de la Salud, hubiéramos tenido por primera vez en el país una carrera centrada realmente en la salud con un currículum «no contaminado de medicina». Esto en sí mismo ya hubiese representado para los estudiantes una identidad diferenciada y definida desde el principio y tal vez, se hubiesen ahorrado el conjunto de materiales que ahora necesitan para abonar a la construcción de la identidad del promotor, en tanto que su objeto de estudio sería de base, particular y único.

Luego, pues nos agarró la cuarta transformación en la Ciudad de México, yo estaba a punto de irme a Chiapas, insertarme tocando puertas en la Universidad Intercultural o en la Universidad Autónoma del Estado. A mí me fascina la docencia y mi única opción era trabajar en una Universidad de provincia que tuviera régimen social. En eso estábamos cuando a Olivia López Arellano la nombraron Secretaria de Salud de la Ciudad, y me dijo: «¿Qué te parece?», y aquí estoy.

Estamos muy entusiasmados, pero con un montón de problemas, en promoción de la salud está una compañera mía de la maestría que se llama Claudia Meza Dávila. Ella está formada en promoción de la salud, queremos ver cómo le hacemos para incorporar a la gente de la UACM, no está fácil porque no tenemos plazas, no tenemos cómo, pero de alguna manera, a pesar de que parece que ya llevamos años aquí, tenemos apenas seis meses.


Hay un proyecto del gobierno de la Ciudad de México que da muchas posibilidades de desarrollo en promoción de la salud: el programa «Pilares». Estos puntos de encuentro de educación, de libertad y de servicios, están planteados para que se construyan 300 en toda la ciudad. Ya hay varios que están funcionando con la idea de trabajar con jóvenes los temas de empoderamiento, convergencia institucional y transversalidad en las políticas de derechos

El interés de Juan Manuel por la medicina tuvo que ver con el compromiso social que él observó en el trabajo que, como médico, hacía su padre. Luego se quiso especializar en cardiología porque «se la pasaba escuchándole el corazón a todo el mundo» hasta que descubrió que la mejor manera de escuchar el corazón de las personas es defendiendo sus necesidades, apuestas y proyectos; parece que la promoción de la salud crítica le ha permitido hacerlo.





Higiea o Hygea era la diosa de la salud en Grecia. Su trabajo era reflexionar a partir de la pregunta, ¿en qué consiste vivir razonablemente? Mientras que su hermana (Panacea) se encargaba de enseñar fórmulas y generar medicinas para curar enfermedades.

EJERCICIO DE FIN DE LECTURA

 OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO. ESCRIBE MEDIA CUARTILLA EN TU CUADERNO

- Por qué crees que para los griegos era importante diferenciar entre las diosas de la salud y la de la curación de la enfermedad (hygea y panacea)?
- Cuando el entrevistado dice que se puede tener al mismo tiempo enfermedad y salud ¿qué ejemplos se te ocurren de eso?

 Escribe una historia alternativa. Piensa en una realidad imaginaria en la que la licenciatura no estuviera «contaminada de medicina» ¿cómo sería? ¿qué materias tendría? ¿qué perfil tendrían los promotores egresados?

 Conoce a Juan Manuel dando clic aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=OI7PjEty3DU>

X. JULIETA RODITI

«SON LOS PACIENTES QUE CONSUMEN MARIHUANA LOS QUE ESTÁN ENSEÑÁNDOLE A LOS DOCTORES A TITULAR LA SUSTANCIA»

Cuando la escuché hablar de su experiencia con sus colegas médicos que no entendían cómo otros marcos sanadores, sobre todo respecto al dolor, podían ser mejores que el biomédico para los que sufren, supe que esta entrevista sería la que necesitaba para nutrir y cerrar con broche de oro este decálogo de entrevistas.

Nos vimos en mi consultorio una mañana de viernes y fue como si esa fuera la décima conversación y no la primera. Julieta, como promotora de salud, era alguien que tenía claro que, si no se comprende a la persona completa, no se está trabajando en su salud. Justo porque su trabajo en el Hospital Militar se convirtió en una jornada de consultas a destajo tuvo que salir de ahí y ha optado por dedicarse a la escucha y atención del dolor agudo, crítico y terminal. Dos años después volvimos a hablar a propósito de la imagen que le hubiera gustado estuviera vinculada a su entrevista y en esa nueva conversación aprendí más sobre cómo ha sido atacado incluso el modelo bio-psico-social para la clínica médica que lo considera «inespecífico e inmedible».

Esta entrevista fue incluida en el libro en tanto que, en su camino, Julieta ha reflexionado mucho sobre el modelo médico hegemónico y decidido que es necesario desarrollar otro tipo de práctica e investigación, dadas las enormes limitaciones de éste como esquema terapéutico y de atención. Julieta ha entendido que se necesitan protocolos que confirmen, por ejemplo, el poder analgésico y terapéutico de sustancias como el CBD y THC y nos narra cómo ha sentido que hizo un salto «triple mortal» para primero, decidir estudiar medicina occidental habiendo sido curada toda su infancia con acupuntura; segundo, aprender a no decir nada sobre la medicina no biomédica a sus compañeros médicos para no ser juzgada y tercero, terminar la carrera y decidir romper también, a su estilo, con ese modelo y encontrar su propio camino.

Mi papá, médico por la UNAM, se fue a China y estudió toda la medicina allá. Yo de chica nunca tomé un antibiótico así que para mí cuando llegó el momento y decidí estudiar medicina, tuve que hacer triple transición: de la medicina china a la medicina alópata y luego de regreso y fue difícil porque en la carrera me tenía que aguantar que a los doctores les diera igual si la paciente sufrió una pérdida, un duelo o cualquier estado emocional, porque ellos como practicantes de la medicina occidental no están preparados para que les importe la persona como conjunto.

Los doctores no estudian el problema de los hábitos porque sólo los consideran un factor de predisposición a la enfermedad. Al principio yo me metía en pleitos porque veía que ni los profesores ni los demás estudiantes se fijaban en la vida de las personas. Me acuerdo mucho de mi enojo cuando una paciente, a los 30 años, llegó a consulta con dolor en la muñeca, madre soltera, su bebé de un año y medio y al doctor se le hizo fácil, después de dos consultas, diagnosticarla con artritis reumatoide seropositiva, que quiere decir que es inespecífica, «lo traía en la sangre». Pero nunca le preguntaron a la mujer por su contexto, ni si cargaba a su bebé todo el día con ese brazo, cuando evidentemente era eso y no artritis reumatoide lo que le dolía.

Modelo médico hegemónico es un concepto que, desde la antropología médica, ha nombrado la medicina científica caracterizando su modo de intervenir como meramente organista y por lo tanto, pobre en tanto interpretación de la realidad. Al término de alopátia le sucede algo similar, pues es una manera de nombrar la medicina occidental desde una postura que se distancia críticamente de la medicina oriental o la homeopatía.

Julieta, sin embargo, llama a la medicina que estudió en la Universidad «medicina basada en la evidencia» (MBE) término que fue propuesto por Gordon Guaya y la define como «un proceso cuyo objetivo es la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea. Filosóficamente es un nuevo paradigma (verificacionista), que se ha extendido a todas las profesiones sanitarias (Cirugía Basada en la Evidencia, Odontología Basada en la Evidencia, etcétera)».

Julieta vivió en carne propia, como estudiante de medicina, la manera fragmentaria en que la medicina basada en la evidencia estudia al ser humano y por eso también su posibilidad de mirar con sarcasmo «la evidencia». En su entrevista, abundan los ejemplos concretos de cómo «el contexto» no es parte de las variables que los médicos en formación aprenden a leer como parte de la evidencia. La a-socialidad y a-historicidad de la medicina oficial es una de las características que otros paradigmas curativos como la acupuntura no comparten, siendo que ésta última valora en gran medida la lectura integrada del ser humano y su mundo. La medicina china y japonesa entiende que en vez de «cuadros patológicos» existen personas enfermas y se relaciona con cada una, como un todo conectado con múltiples dimensiones.

Durante la licenciatura tuve muchas experiencias de choque, justamente por esa transición entre la medicina china y la occidental. En la carrera todo tenía que estar «basado en la evidencia» y yo que por ejemplo, no tenía la mitad de las vacunas «necesarias para sobrevivir», de acuerdo con mis maestros, terminaba siendo objeto de cualquier cantidad de juicios. Si las respuestas de mis compañeros eran malísimas, la de mis maestros eran mucho peor.

Me sentía el enemigo total por no cumplir con la medicina preventiva tradicional, casi que «gracias a mí serían las próximas epidemias». Hasta que empecé a entender que no le podía decir a nadie que no estaba vacunada porque estaba en el territorio de ellos, un lugar lleno de batas blancas que no veían más allá de «su evidencia».

Eso era gracioso porque yo decía: «es que no puede ser que mis compañeros no quieran aprender de una medicina más antigua que la que están estudiando ahora». Llegó un punto en que aprendí a callarme y saber con quién se podía compartir qué. Afortunadamente fue distinto con las personas ya en consulta. La respuesta de los pacientes al escuchar palabras que nunca habían escuchado fue increíble, porque supongo que sentían que no le estaba hablando como si todo él/ella fuera una enfermedad. Estudié muchísimo tiempo todos los protocolos para el tratamiento del dolor y cuando me llegaba un paciente con dolor crónico y hacía todo lo que estaba en el libro «basado en evidencia» y el paciente seguía con dolor, volvía al punto A, mucho de lo que en mi licenciatura aprendes que sirve, no sirve para nada.

Obviamente al principio tuve que forzarme a entender qué hacía la alopátia y me puse a estudiar como todo el mundo y me aprendí lo que todo el mundo se tiene que aprender y ya.

Actualmente en México la forma de ser especialista en dolor era haciendo anestesiología primero, después especialidad en dolor, estar de guardia cada 36 horas, durante tres años. Y en el proceso de presentar el examen de especialidad, me desmayé. Me di cuenta que no quería estudiar anestesiología, quería estudiar el dolor, pero no quería vivir en quirófanos sedando personas.

Toda mi carrera fue una búsqueda de «¿Qué voy a hacer?», porque estudiar medicina sin hacer especialidad era como no ser médica. Así que primero quise ser «ultra cirujana» porque a eso me iba a dedicar yo, luego iba a ser neonatóloga, estaba súper clavada con la neonatología y luego en mi internado me di cuenta que mi mayor preocupación era el dolor. Me importaba el dolor, no necesariamente terminal sino también el post quirúrgico, en especial porque a nadie le importaba; hoy en día en la medicina sigue sin importar mucho.

Anduve busque y busque, encontré maestrías en «dolor» fuera de México, aquí no existían. Tomé la decisión de no ser anestesióloga, pero para el gremio médico, COFEPRIS, Secretaría de Salud, no seguir ese paso era como faltarles al respeto. Todo eso lo uní y tomé la decisión de hacerme especialista en medicina paliativa, aunque en México todavía no existiera una cédula profesional para los especialistas en medicina paliativa porque, otra vez, no la consideran una especialidad importante.

La medicina paliativa atiende «la aparente paradoja que supone encontrar vida y alegría en medio de la muerte y del sufrimiento» pues es la parte de la medicina que se encarga de acompañar a estar bien a las personas que o bien sufren dolor agudo o crónico, o se les considera «terminales». Los paliativistas parten de la consideración de que es posible tener una enfermedad terminal y al mismo tiempo tener salud. Es en ese sentido sincrónico con la promoción de la salud crítica que también propone que la salud es la capacidad de tener control sobre la vida, donde la enfermedad y la muerte están incluidas.

Después de eso fui al Congreso de «dolor» en Monterrey en 2017 y me encontré al jefe de la Clínica del Dolor del Hospital Militar, quien ya me conocía. Cuando me vio en el congreso me ofreció trabajo; por eso trabajé como médica adscrita en el Hospital Militar, donde he visto cosas interesantísimas: una señora llegó con dos años de dolor intenso por un tumor benigno en el cuello, era artista y maestra de música y le quitamos el dolor, logramos que tuviera cero dolor, eso es poco común. Lo interesante fue que un día llegó al hospital y me dijo: «sé que no me vas a decir que estoy loca, pero es que me despierto y no sé qué hacer sin mi dolor, o sea, me despierto sin dolor y siento que algo me falta». Y claro que sí, algo le faltaba, porque ese dolor fue su compañero durante mucho tiempo y toda su vida estaba organizada en torno a ese dolor. No tenía un pelo de loca, al revés, era muy lúcida.

Entonces fui con los psicólogos y con cinco oncólogos y les dije, tengo un caso, no es cáncer, es una paciente sana, pero necesito que cierre su ciclo doloroso y que se despida de su dolor, porque es un duelo. Pues la medicina basada en la evidencia no

la aceptó como paciente, porque no cumplía los requisitos de ser enferma terminal. No saben qué hacer con un paciente sano, no es «mala onda» de su parte, pero no saben qué hacer con alguien que está sanísimo.

La tuve que llevar con una terapeuta por fuera del hospital y decirle que ella invertiera en su terapia. Tuve que decirle: «vete fuera de este hospital porque es completamente normal por lo que estás pasando. Para mí, es totalmente lógico que extrañes ese dolor».

Y luego, otra experiencia que me marcó fue con una niña a la que le amputaron una pierna y que tenía mucho dolor donde antes estaba su pierna. La amputaron una noche antes y me llamaron porque tenía muchísimo dolor ahí donde antes estaba su pierna. Le expliqué a la niña que el cerebro no sabía que le iban a quitar la pierna y que cuando la sedaron antes del quirófano, nadie le explicó, no le avisó al cerebro que esa parte se la iban a quitar. Le conté que había una parte del cerebro que seguía diciendo: el pie derecho me duele. Le dije: le tienes que explicar a tu cerebro que ya no tiene pierna para que el dolor también se despida. El tratamiento para el síndrome del dolor fantasma es con un espejo, no con una medicina. De lo que se trata es hacer rehabilitación a la pierna buena y ponerle un espejo, como si se estuvieran rehabilitando ambas. El cerebro entonces tiene posibilidad de ver también la pierna que no está [reflejada en el espejo] y como en doce sesiones van quitando el espejo; es hasta entonces que el cerebro puede revertir la memoria de la lesión.

Apenas en ese Hospital he podido usar todo lo que sabía, aunque no estuviera «basado en la evidencia». La práctica mía hoy en día es una combinación que yo ya no te podría decir de qué. Y es que cuando empiezas a ver a una señora de ochenta años con artritis generalizada, con dolor por desgaste articular que toma morfina tres veces al día, le empiezas a dar cúrcuma y ya no necesita morfina porque supera el dolor, te das cuenta que la medicina basada en evidencia debería estar subsumida a otras tradiciones. «Nadie debería ir al doctor a menos que se necesite una cirugía, esa es la realidad».

Cúrcuma es la base del curry y los hindús por alguna razón han estudiado mucho el dolor y han podido comprobar que la cúrcuma es para la inflamación. Medicina del dolor es un gremio muy específico en el que me siento muy tranquila, siento que puedo hacer lo que realmente es bueno para la persona; a la acupuntura no se le conoce mucho, pero por lo menos la respetan.

Comencé a estudiar más de cerca el dolor por un error mío en el hospital: estábamos en consultas intra hospitalarias y por primera vez tuve que pedir una interconsulta a clínica del dolor de urgencia. A mí me tocó estar en muchas salas de dolor —cada especialidad tiene su sala—, primero estuve en ortopedia (son de las salas más pesadas porque son más de cuarenta camas y tú y tu compañero son dos). A las seis de la mañana hay que entregar el expediente al doctor, entregar el reporte de lo que pasó: los resultados.

En ese desmadre de 45 pacientes llegó una chava de nuevo ingreso de veintitantos años por un accidente automovilístico, que se tronó por completo la médula del cuello para abajo y ya no se podía mover, tenía mucho dolor, pero nunca me di cuenta, porque como uno está haciendo notas y también tenemos sueño y lo que importa del ingreso es el papeleo siempre, ingresar a la paciente y decir en la sala por

qué está en ingreso, qué medicamentos toma, pura burocracia y todo menos lo que siente la persona. Yo era una esclava sacando toda la chamba, no había residentes que supieran más a las cinco de la mañana. Y ya después a las diez y media de la mañana que estábamos pasando visita, cuando llegamos a ver a «mi paciente», lo único que sabía era su nombre. No me había dado cuenta que la niña estaba temblando de dolor, horrible, no podía hablar por el dolor que sentía, en mi especialidad le llamamos «dolor total».

De acordarme me dan ganas de llorar [se le quiebra la voz] y el jefe se mega encabronó porque dijo, ¿Quién chingados vio a esta persona? estuvo con un dolor insoportable, horas.

En 1964 se propone el término «dolor total» recogiendo la experiencia del trabajo con enfermos terminales para hacer una diferencia entre éste y el dolor crítico o agudo de personas padeciendo otro tipo de síntomas. El autor de esta propuesta fue Cicely Saunders y su objetivo tenía que ver con poner en el centro del quehacer clínico a la persona y su subjetividad en su proceso de muerte. El dolor total abarca sufrimiento físico, mental, social, emocional y espiritual (López Sánchez y Rivera-Largacha, 2018). Sin embargo, el mismo hecho de que exista este término hace referencia a cómo, desde la medicina, se ha tenido que adjetivar el dolor para subrayar la necesidad de poner al centro «la atención a la persona y su subjetividad».

Entonces «me obligaron» a ir a la clínica del dolor y me encontré tres ángeles preciosos, porque fueron conmigo y valoraron a la paciente y le elaboramos un «coctelito» que la alivió de inmediato. Empecé a relacionarme con ellos todos los días porque entendí que podían ayudarme con los demás y no sólo con ella. Hasta que me dijeron: no, vas a aprender tú y te haces cargo, porque como para que dependas de nosotros.

Así conocí que existía la clínica del dolor porque no sabía nada: no te enseñan nada en toda tu carrera sobre su existencia. Aunque el dolor sea el noventa por ciento de la consulta a nivel mundial, no hay ninguna materia en ninguna universidad en el mundo que enseñe «el dolor» y mientras que cardiología fue «especialidad» desde que existe la medicina, los profesionales tuvieron en cuenta el dolor de las personas hasta después de los ochenta.

Fue después de la Guerra de Vietnam cuando los soldados regresaron con mucho dolor, que en Inglaterra el doctor Dr. John Bonica denunció que no había quién tratara a los soldados. Eso se sumó a que a su mamá le dio cáncer y nada le quitaba el sufrimiento. Hasta ese momento nació la especialidad paliativa. Y la cosa funciona mal porque sólo los anestesiólogos pueden usar la morfina y la lógica es, si eres anestesiólogo puedes usar las dosis paliativas, pero cuando pones a los especialistas en anestesiología a quitarle el dolor a un paciente, se jalan los pelos, porque a ellos les enseñan a usar los fármacos para anestesiarse previo a una operación, pero no saben calmar el dolor de una persona que no se va a operar. Tampoco diagnostican el dolor, sedan sí, estudian todo el sistema nervioso, pero no entienden el dolor. Soy defensora de que no es necesario que seas médico ni anestesiólogo para dosificar sustancias contra el dolor. El noventa por ciento de la reducción del dolor no tiene ni siquiera que ver con la sustancia y las dosis sino con la relación entre el paciente

y la médica. Es decir, la confianza, la forma de hablar. Estoy segura que disminuye el dolor instantáneamente a partir de mi relación con ellos porque me lo han dicho saliendo de la consulta cuando todavía no hemos administrado nada en el cuerpo. Sólo por estar ahí. El problema con las instituciones es que no se construyen relaciones, sólo dosifican fármacos.

La licenciatura en Promoción de la Salud para mí es el presente y el futuro, porque si promueves la salud entendemos que la medicina debe ponerse al servicio de las cosas graves, quirúrgicas o de urgencias. Si los promotores de la salud se convierten en los líderes de las instituciones de salud yo creo que sería clave para que las cosas cambiaran.

Mi ensayo final, del último diplomado que cursé, fue un texto donde decía que hay una deficiencia seria en la medicina porque no está relacionada con las otras filosofías ni con las otras ciencias. Se ponen a discutir la eutanasia y no han leído a los filósofos franceses que pensaron la muerte, desde el principio, ni a los antropólogos o los psicólogos que estudian de verdad la vida y el duelo; los promotores de la salud deberían ser los grandes maestros de los doctores.

Julieta ha escrito estas reflexiones y con ellas, tratado de incidir desde su trinchera con ideas pensadas para los demás médicos, invitándoles a cuestionar su formación, su práctica y supuestos. A raíz de esta entrevista nos compartió alguno de sus escritos:

La incapacidad de relacionarse con el sufrimiento, la muerte y su pena, significa que las acciones del médico estarán nubladas ante las necesidades de la persona que sufre. El médico no logra dar espacio a la compasión. Dentro de la formación, la dignidad es pobremente conceptualizada teórica y empíricamente y su estudio superficial no deja que desarrolle la sensibilidad necesaria. Se degrada al paciente por su naturaleza de objeto. La medicina ha dejado de lado la asistencia ética que dignifica la profesión médica para adaptarse a la política macroeconómica de la eficiencia. (Roditi, 2019)

Uno de mis proyectos a futuro es fundar otro tipo de «hospital» y si lo logro, los Promotores de la salud jugarían un papel importantísimo junto con psicólogos, terapeutas, rehabilitadores; y es que el dolor no sólo se trata con «cócteles de morfina». Hay gente que por sólo quitar el frijol y el haba de su cotidianidad disminuye su dolor porque quita el proceso inflamatorio. Con dieta libre de alimentos procesados y conservadores, las hormonas se balancean y la inflamación silenciosa se quita. Te duele el hombro y te hago radiografías, prueba de fuerza de nervios, tomografía y no hay lesión en ningún lado; puedes mover el brazo perfecto, pero hay mucho dolor, eso es dolor sin causa aparente y es otro tema que no se estudia en medicina alopática tampoco. Nadie te habla de ella, es una inflamación que podría corresponder a un dolor de hombro, pero luego cambia de lugar. Hoy es el hombro y mañana el cuello y luego es el tobillo y luego la rodilla. Médicamente se diagnosticaría como artritis inespecífica o fibromialgia, pero no se investiga más allá; cuando hay duda, los doctores diagnostican «inespecífico» y se lavan las manos.

La medicina paliativa apuesta por la integridad de la persona y no por la especialidad. Tampoco por los diagnósticos clínicos sino por sembrar una relación con la persona

que sufre. Julieta hace promoción de la salud desde la clínica y entiende la necesidad de poner el trabajo clínico al servicio de la persona, como lo hacen los promotores que entienden su posición en el campo de la salud.

En Oaxaca, donde hice mi servicio social, fui amiga de un agrónomo que tenía muy buena marihuana y empezamos a estudiar juntos cómo hacer extractos medicinales terapéuticos para combatir el dolor. Él ya los hacía, pero me chocaban, eran muy sucios, muy sólidos y el sabor no me gustaba, así que empezamos a diseñar extractos más diluidos, más limpios. En vez de usar la flor seca, la usamos congelada y empecé a dosificar a su mamá que tenía Alzheimer. De repente empecé a estudiar cómo tratarla y cómo ayudar a dormir a cualquier otra persona con gotas, me clavé tres años estudiando solita porque no hay dónde estudiar eso, hay mucha información, pero no hay donde formarse en manejo de dosis.

Cuando decidí que me iba a dedicar a esto, armé un grupo, conocí a L. que era socio de D. Uno se había dedicado siempre a la agricultura en el campo oaxaqueño y ayudaba a la gente a crecer el maíz y también a crecer mejor marihuana. Él conoció a ciertos campesinos que le enseñaron cuándo cortarla, cómo secarla. Hoy tenemos en el campo a gente dedicada a la flor de marihuana por interés propio, la mejor marihuana es de Oaxaca. L. es más dedicado a la extracción y D. es de los que entra a los ejidos con las puertas abiertas L. les enseña a tocar la flor y hacerla crecer.

Cuando trato, por ejemplo, un cáncer de páncreas o una cirugía a una persona que le quitaron el esófago o intestino, generalmente después no puede comer o dormir porque tiene muchas náuseas y ninguna medicina funciona como la marihuana. La medicina basada en la evidencia hace infusiones intravenosas de cuatro medicinas alopáticas, en esos casos. A veces se quita la náusea, pero siempre regresa.

En medicina paliativa usamos muchas medicinas para paliar síntomas y yo no he visto nada mejor que la marihuana para dormir, para comer, para controlar náusea, para la rigidez, para el Parkinson, no he visto una terapéutica que actúe así de rápido en ningún lugar.

Cuando fui a pedir financiamiento para mi último proyecto me preguntaron qué quería hacer, y les dije: una gota de extracto de marihuana que quite la náusea y los pacientes puedan alimentarse después de las cirugías de páncreas o de las quimioterapias. Yo ya quería hacer mil tipos de gotas para muchos padecimientos, pero entendí que si me dedico a hacer una gota para la náusea, otra gota para la convulsión y así para cada cosa, entonces no voy a hacer nada bien.

Julieta ha estudiado a fondo las investigaciones donde se presentan resultados con personas que no han tenido logros con el método tradicional de controlar y manejar su dolor y que en cambio encuentran en la cannabis alivio, calidad de tiempo y vida (Guindon y Hohmann, 2009).

Cada persona tiene un sistema endocannabinoide distinto, así como un sistema inmune distinto, y eso implica que tengo que encontrar un tipo de flor para cada paciente. Para la esclerosis múltiple rígida o el párkinson rígido, no hay una sola medicina alópata que haga lo que logra la marihuana. La dosis que tengo que usar

para la marihuana en gotas, por ejemplo, en mi tía es muy baja. Ella tiene párkinson y consume mis extractos desde hace tres años y le va bien.

Pero tengo una paciente de 40 años con dolor de migraña desde hace 20 años y le tuve que hacer tres extractos: uno para el día, otro para la noche y otro, por si hay dolor más fuerte. A ella la atendemos tres especialistas en dolor y ha avanzado, pero no se puede usar ese mismo extracto con otra persona con migraña porque no es generalizable, ni la dosis, ni la planta.

Esa es una de las partes más interesantes de este proceso: son los pacientes que consumen marihuana los que están enseñándole a los doctores a titular la sustancia [a nombrar y encontrar la dosis apropiada según el malestar] porque en ningún libro ni artículo se encuentra: si le das esto, cada seis horas, va a estar menos rígido. Los artículos que sí están publicados nunca dicen las dosis. De eso se trata mi proyecto hoy en día. Primero con la náusea, luego ya veremos.

Entender la muerte como un proceso más de la vida y poder realmente estar ahí para escuchar y respetar las necesidades y decisiones del otro y de su comunidad en esos momentos, es una de las maneras en que la promoción de la salud cobra vida en contextos de muerte y es por eso que con esta entrevista cerramos este texto. Muchas de las ideas antes expuestas sobre las características poco saludables de la atención a la enfermedad en el modelo clínico tradicional se condensan en esta conversación.

Así como las enormes posibilidades que otro tipo de pensamiento potencia. La apuesta, abre caminos para los profesionales que quieren dedicarse a acompañar procesos de salud con personas o colectivos.

Gracias a todos los entrevistados por recordárnoslo.



EJERCICIO DE FIN DE LECTURA



OBSERVA MUY BIEN LA IMAGEN QUE SE PRESENTA AL FINALIZAR EL TEXTO.



DISCUTE EN EQUIPO.

- ¿A qué se refería la entrevistada cuando dijo: son los usuarios de marihuana los que están enseñando a los doctores a titular la sustancia?



INVESTIGA

- ¿Cuál es la historia de los movimientos sociales para liberar el uso medicinal/recreativo de la marihuana en México y que tienen que aportar a la promoción de la salud crítica?
- Hagamos un ejercicio de imaginación sobre el futuro. Piensa un personaje y escribe un relato sobre cómo sería una muerte ideal para él/ella. Una que desearas también para ti llegado el momento. ¿Cuántos años tendría, en qué condiciones sería su muerte, quien estaría presente en ese momento, cómo sería su transición de la vida a la muerte?
- Comparte tu relato con alguien del grupo con quien te sientas a gusto hablando. conversen sobre, ¿cómo tiene que ver tu carrera con la posibilidad de trabajar por el derecho a una muerte saludable?

EPÍLOGO: SALIR DE LA CÁRCEL DEL YO

Jezreel Salazar

Los mejores libros que he leído son aquellos que han modificado mi manera de comprender la realidad. Me refiero a textos que al tratar ciertos temas, proponen perspectivas que rompen con el sentido común y trastocan las ideas o parámetros hegemónicos con los que percibimos el mundo. Este es el caso de *Mudanzas*, un conjunto de entrevistas a profesionales de la medicina que abjuraron de su disciplina original para adentrarse en experiencias y prácticas novedosas, las cuales les permitieron una visión alternativa respecto a cómo abordar el tema de la salud y cómo pensar, desde otro lugar, las causas de las enfermedades y la relación con los pacientes.

Al leer los testimonios de vida de distintos ex-médicos, uno se percató de las limitaciones que la enseñanza ortodoxa de la medicina trae consigo. No sólo en cuanto a tradiciones excluyentes que, al disciplinar a los cuerpos, tienden a construir normas de exclusión frente a quienes se presentan como sujetos con algún tipo de diferencia. También la crítica que se deriva del libro va contra aquellas prácticas jerárquicas y de maltrato, que deshumanizan lo mismo a los pacientes que a los médicos en formación.

De ahí la propuesta de ir más allá de una medicalización centrada exclusivamente en la enfermedad. La mirada de conjunto que subyacente a todo el libro, y establece conexiones entre las distintas voces entrevistadas, postula que la salud es un fenómeno que contempla condiciones y circunstancias que van más allá de lo biológico y lo anatómico, y que incluyen dimensiones sociales, culturales y económicas. En ese sentido, la promoción de la salud aparece como un aprendizaje que necesariamente requiere una dimensión interdisciplinaria, y que a la hora de ponerse en práctica, implica abrirse a experiencias de constante empatía y diálogo con otras disciplinas. Sin esta disposición de carácter al mismo tiempo pedagógico y ético, resulta imposible superar los reduccionismos de la disciplina médica y sus tradiciones educativas ortodoxas.

Pensar la salud desde una perspectiva puramente científicista que no involucra a las humanidades como discurso orientador es condenar el tratamiento de la salud a una burocracia deshumanizadora. Foucault ya hablaba de ello, y este libro expone ejemplos concretos que lo demuestran. Hay en el recorrido de estas páginas un presupuesto autocrítico, fundamental para resignificar y reorientar la instrumentalización en que ha caído el ejercicio de la medicina. Esta perspectiva crítica, humanística y liberadora, está conectada así con prácticas concretas y diversas, surgidas de una revisión y un auto-cuestionamiento de los propios médicos, y tales experiencias además están vinculadas al contacto con los otros. Sin estos procesos, la autocrítica sobre las formas aprendidas de medicar, de concebir el bienestar y de pensar la propia profesión, habría sido imposible.

Otro logro de este volumen es que sitúa el debate en torno a la salud reconectándola con la esfera pública, es decir concibiéndola como una problemática colectiva y de interés general, en lugar de un asunto privado e individual. En ese sentido, la necesidad de comunicación, diálogo y construcción de comunidad es fundamental para modificar nuestra relación con el propio cuerpo y sus devenires, lo que por supuesto también

arroja interrogantes significativas sobre la importancia de recuperar el papel del Estado y la reconstitución del poder público (en lugar de promover la destrucción del mismo).

Por último, quiero recalcar que en todas las entrevistas que se leen aquí parece haber un proceso de politización de quienes han sabido desligarse de los clichés y las formas convencionales en que se concibe la salud y la relación entre médicos y pacientes. Es casi como si los testimonios dijese que la verdadera cura ante los efectos de las desigualdades sociales y los malestares físicos, estuviera constituida por un proceso político de toma de conciencia ética (por un ir de un *yo* hacia un *otro*). Lo replanteo: el remedio para el malestar individual es la politización. Me parece que cuando logramos trastocar nuestras propias limitaciones, cuestionar los estereotipos profesionales y poner de cabeza los modelos hegemónicos de pensar la realidad, es cuando se abre la posibilidad de salir de la cárcel del *yo*. Ese es, a fin de cuentas, el único modo que tenemos en la actualidad para volver a establecer vínculos de cuidado, más allá del egotismo al que nos llevan las dinámicas patológicamente individualizadoras del neoliberalismo actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONOVSKY, Aaron. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, Oxford University Press, 11, (#), 11-18.
- ALDANA, C. y C. Núñez (2002). Educación popular y los formadores políticos. *Cuadernos de formación para la práctica democrática* 3. Instituto Centroamericano de Estudios Políticos. <http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/metodologia_de_la_eduacion_popular.pdf?revision_id=80144&package_id=80083>
- ALTHAUS, Esther (2013). Cuando la enfermedad llega. <https://vimeo.com/251085608> <https://www.youtube.com/watch?v=WdjxrmsEGto>
- ALTHAUS, Esther (2015). Diplomado de Enfermedades Crónicas y Familia. <http://www.ilef.com.mx/cecfam-clinica-de-enfermedades-cronicas-y-familia>
- ARIAS-SOBRADO, Jorge (2015). Hospital sin paredes, estrategia pionera de la Atención Primaria de salud en Latinoamérica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud* 1(1). 34-38. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5279925.pdf>
- BARONNET, Bruno, Mariana Mora Bravo y Richard Stanhler-Sholk (2011). *Luchas muy otras: zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. UAM-Xochimilco / CIESAS / UNACH.
- BOURDIEU, Pierre (2017). Habitus, Jean Hillier y Emma Rooksby (eds.). *Habitus: A Sense of Place*. Abingdon: Routledge. 59-66.
- BRACHO, America (22 mayo 2013). Qué pasa cuando los pacientes se convierten en líderes del equipo. *TEDMED*. <https://www.youtube.com/watch?v=jxCG6d4LiGQ>
- BRACHO, America (25 octubre 2018). The Storyteller at A Room Full of Stories 2016. Ummeed Child Development Center. <https://www.youtube.com/watch?v=iblvguaNrJo>
- CAMPERO, Mónica, Elena Fernández, Martha Gómez, Marina González, Adriana Herrera, Josefina Lozano, Vanessa Manassero, Dulce María Rangel, Nora Rentería y Mónica Sesma (2014). *Converbrijes. Conversaciones sobre el qué-ha-ser terapéutico*. México: Grupo Campos Elíseos Sur.
- CASAS-PATÍÑO, Donovan, Sergio Reséndiz-Rivera e Isaac Casas (2009). Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 12(1). 9-13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2009/hf091c.pdf>
- CASTRO ALBARRÁN, Juan Manuel (2016). *Promoción de la salud: de discurso preventivista a estrategia biopolítica del siglo XXI. Implicaciones para el ejercicio del derecho a la salud*. Tesis de doctorado. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- CHAPELA, Ma. Consuelo y Alejandro Cerda (2010). *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- CHAPELA y Blanco, Gonzalo (2007). *Conversaciones con Luza*. México. <http://gonzalochapela.wikidot.com>
- DE KEIJZER, Benno. (5 de agosto 2018) ¿Qué hace el grupo de hombres responsabilizándose de su vida? <https://www.youtube.com/watch?v=A20deJsYdZ4>
- DEL CID, Verónica (2016). La formación política y su metodología. Aportando en la construcción de poder popular. *La Migraña. Revista de análisis político* 18, 40-43. <https://www.vicepresidencia.gob.bo/IMG/pdf/migrana-18.pdf>
- DRESSER, Denise (2008). *Gritos y Susurros II. Experiencias intempestivas de otras 39 mujeres*. México: Alfaguara.

- FRENK, Julio (1978). Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana. *Nexos* (1). 21-31. <https://www.nexos.com.mx/?p=50>
- FRENK, Julio (1998). 20 Años de Salud en México. *Nexos* 21(241). 85-91. <https://www.nexos.com.mx/?p=8745>
- FROMM, Erich y Michael Maccoby (1975). *Socio-psicoanálisis del campesino mexicano. Estudio de la economía y la psicología de una comunidad rural*. Fondo de Cultura Económica.
- GAMIÑO Muñoz, Rodolfo y Mónica Patricia Toledo González (2011). Origen de la Liga Comunista 23 de Septiembre. *Espiral* 18(52). 9-36. <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v18n52/v18n52a1.pdf>
- GARCÍA Cárdenas, David (2008). Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud. UACM, 1-15. <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- GARCÍA, Prudencio (2005). *El genocidio de Guatemala a la luz de la sociología militar*. Sepha.
- GARMA, Ángel (1962). *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Julián Yebenes.
- GONZÁLEZ de Dios, Javier (2001, Ene). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *Anales de Pediatría* 55(5). 429-39. <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403301777156>
- GROTEHERMEN, Franjo (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids* 1(1). 10-14. https://www.cannabis-med.org/data/pdf/es_2006_01_2.pdf
- Grupo Campos Eliseos*. México. <https://grupocamposeliseos.org/quienes-somos>
- GUINDON, José y Andrea G. Hohmann (2009). The endocannabinoid system and pain. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 8(6). 403-421. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834283/pdf/nihms165245.pdf>
- GUTIÉRREZ-Samperio, César (2016). El Movimiento Médico en México (1964-1965). ¿Qué pasa medio siglo después. *Gaceta Médica de México* 152. 124-34. http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n1/GMM_152_2016_1_124-134.pdf
- GUTIÉRREZ, Gustavo y Lucas F. Mateo Seco (1971). *Teología de la liberación*. CEP.
- Hogar y Futuro* A. C. (2018) <http://www.hogaryfuturo.org>
- ILLICH, Ivan (1978). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Joaquín Mortiz.
- IURIART, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2). 128-136. <https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M4/BiblioM4/MEDICINASOCIAL.pdf>
- LÓPEZ Arellano, Oliva, José Carlos Escudero y Luz Dary Carmona (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social* 3 (4). 323-335. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
- LÓPEZ Sánchez, Juan Rafael y Silvia Rivera-Largacha (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de la Salud* 16(2). 340-356. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-340.pdf>
- MARTÍNEZ Omaña, María Concepción (2015). La revolución entra a la escuela. Recuerdos, imágenes y vivencias de la educación socialista en México. *Revista Mexicana de Historia de la Educación* 3(5). 17-46. <http://www.rmhe.somehide.org/index.php/revista/article/view/54/64>
- Médicos sin fronteras*. <https://www.msf.es>

- MENÉNDEZ, Eduardo (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. Alianza.
- MITTELMARK, Maurice B., Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström y Geir Arild Espnes (eds.) (2017). *The handbook of salutogenesis*. Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-04600-6.pdf>
- MOSCOSO, Javier (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales* (47). 170-176. <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n47/n47a14.pdf>
- OMAÑA, M. C. M. (2015). La revolución entra a la escuela. Recuerdos, imágenes y vivencias de la educación socialista en México. *Revista Mexicana de Historia de la Educación* 3(5). 17-46. https://mora.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1018/350/1/Mtz%20Oma%C3%B1a_Revoluci%C3%B3n.pdf
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- PÉREZ de Armiño, Karlos (2002). *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Icaria / Hegoa.
- PORTILLO, Aránzazu, Sonia Santibáñez y José A. Oteo (2014). Enfermedad de Lyme. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 32(S1). 37-42. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X1470148X>
- ROSEN, George y Humberto Sotomayor (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI.
- SAAVEDRA, Alfredo (2001). *El color de la sangre: 40 años de represión y de resistencia en Guatemala*. Grupo de Apoyo Mutuo.
- SCHIAVON, Raffaella (3 agosto 2018). Aborto, un problema de salud pública y de derechos humanos. *Redaas. Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina*. <https://www.youtube.com/watch?v=OJi7yfxJ6Oo>
- SUSSMAN, David J. (1993). *¿Qué es la acupuntura?* Kier.
- VALDÉS PROA, Verónica (2019). *Teología de la liberación en Nicaragua*. Tesis de licenciatura. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/100192/tesis%20concluida%202019.pdf>
- VILAS, Carlos M. (1987). *Perfiles de la Revolución Sandinista: liberación nacional y transformaciones sociales en Centroamérica*. Legasa.
- WERNER, David (1980). *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Hesperian Foundation.
- WERNER, David (1988). *Nada sobre nosotros sin nosotros. Desarrollando tecnologías innovadoras para, por y con personas discapacitadas*. Pax.

SUMARIO

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
BENNO DE KEIJZER: <i>Ya no me dedico a la medicina, me dedico a la salud, lo que me parece más importante</i>	11
EDGAR JARILLO: <i>Pasamos de la acción curativa a la comunitaria porque lo que queríamos era hacer medicina en un sentido transformador</i>	25
ESTHER ALTHAUS: <i>Paradójicamente me siento más médica ahora que he renunciado a la medicina</i>	35
MARÍA CONSUELO CHAPELA: <i>Mi consigna era que no trabajaría nunca más con médicos, pero sí con la salud</i>	43
RAFFAELA SCHIAVON: <i>En lo privado, con o sin ley, siempre ha habido servicio de aborto</i>	51
ROSELIA A. ROSALES: <i>Los promotores de la salud facilitan que sea el sujeto el que tome decisiones sobre su cuerpo, no su médico</i>	59
CAROLINA MARTÍNEZ: <i>El cuerpo y la muerte se los dejo a mis compañeros, yo me quedo con la mente y la salud</i>	67
MARTHA GÓMEZ PANANA: <i>Me interesaba la clínica, pero no la de cuatro paredes</i>	85
JUAN MANUEL CASTRO: <i>En la licenciatura de Promoción de la salud pudimos haber construido por fin una licenciatura en salud, no contaminada de medicina</i>	97
JULIETA RODITI: <i>Son los pacientes que consumen marihuana los que están enseñándole a los doctores a titular la sustancia</i>	117
EPÍLOGO: <i>Salir de la cárcel del yo, Jezreel Salazar</i>	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

*Mudanzas: diez entrevistas con profesionales de la medicina
que prefirieron promover la salud,*
se terminó de imprimir en marzo de 2023,
en los talleres de impresión
de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México,
San Lorenzo, 290, col. Del Valle, alcaldía
Benito Juárez, c.p. 03100, Ciudad de México.
El tiraje fue de 500 ejemplares.
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

En todas las entrevistas que se leen aquí parece haber un proceso de politización de quienes han sabido desligarse de los clichés y las formas convencionales en que se concibe la salud y la relación entre profesionales de la medicina y pacientes. Es casi como si los testimonios dijese que la verdadera cura ante los efectos de las desigualdades sociales y los malestares físicos, estuviera constituida por un proceso político de toma de conciencia ética (por un ir de un yo hacia un otro). Lo replanteo: el remedio para el malestar individual es la politización. Me parece que cuando logramos trastocar nuestras propias limitaciones, cuestionar los estereotipos profesionales y poner de cabeza los modelos hegemónicos de pensar la realidad, es cuando se abre la posibilidad de salir de la cárcel del yo. Ese es, a fin de cuentas, el único modo que tenemos en la actualidad para volver a establecer vínculos de cuidado, más allá del egotismo al que nos llevan las dinámicas patológicamente individualizadoras del neoliberalismo actual.

JEZREEL SALAZAR



Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (Universidad Autónoma Metropolitana), 2013. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo en la Licenciatura de Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (2005-2021). Maestría en Estudios Avanzados de Literatura Española e Hispanoamericana por la Universidad Autónoma de Barcelona 2020. Profesora invitada en el Instituto Zurbano de Terapia Familiar en Madrid.

Investigadora asociada en la Universidad de Sevilla en el grupo de investigación “Diversidad Familiar” de la Facultad de Psicología, desde 2012. Psicóloga Consultora de la Embajada de México en España. Terapeuta en la Comunidad de Psicoterapia Feminista de Madrid desde 2021. Asesora de Tesis en el Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea de Valencia desde 2021.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Biblioteca
BE
del
Estudiante

ISBN 978-607-8840-73-1



9 786078 840731