

Entrevista
Dra. Ma. Luisa Magaña Aquino
Coordinadora estatal de Salud Reproductiva
Servicios de Salud de Querétaro
Mtra. Alejandra Oyosa Romero

Yessica Sánchez Rangel



Soy una mujer imperfecta, en construcción, en crecimiento, con oportunidades y desafíos en la vida, con limitaciones en mi historia, en mi infancia, en mi crecimiento como mujer y como profesional. Me asumo e identifico como un ser humano que sigue en la búsqueda incansable de ser mejor persona y prestadora de servicios de salud, para poner mi conocimiento al servicio de la gente, sobre todo de la más desprotegida, pues son quienes nos ocupan en esta institución de la salud.

Así se presentó la coordinadora estatal de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Querétaro; una mujer de imagen fuerte que ha trabajado durante varias décadas por la salud de las y los mexicanos. En esta ocasión, presentamos esta entrevista que nos permitirá conocer las experiencias de vida y profesionales de esta servidora pública.

¿Por qué decidió estudiar Medicina y Salud Pública? ¿Qué la motivó a desarrollarse en estos ámbitos?

Nací en Zapotiltic, un pueblo del sur de Jalisco y antes de ingresar a la carrera de Medicina existieron varios procesos y barreras, pues desde los inicios de mi vida hubo limitaciones y carencias, como las que hay en cualquier pueblo. Sin embargo, decidí que renunciaría a repetir las historias de vida que conocía y que ahora percibo como de terror, porque se ponen barreras y no permiten el crecimiento y el desarrollo de las personas y de la sociedad.

El primer interés hacia la carrera de Medicina se dio entre los diez y once años, cuando mis hermanas, hermanos y yo, por la carencia de servicios de salud en mi pueblo, éramos atendidos y curados por mi mamá con plantas medicinales. Creo que conocí un doctor hasta los doce años y también fue la primera vez que fui a consulta, porque no había más.

En aquella época estaba el Movimiento Nacional de Salud Popular, en el cual participé entre los diez y doce años. Así conocí un mundo más allá de mi realidad, lo que me abrió los ojos y me permitió soñar con la posibilidad de volar fuera del contexto familiar y personal, pero sobre todo del pueblo. Entonces me involucré en el campo de la medicina natural y conocí más de 80 plantas, sus propiedades, sus dosis y para qué servían, por lo que comencé a medicar.

Sin embargo, no sabía cómo diagnosticar; aún así, cuando tenía entre trece y quince años las personas llegaban conmigo y llevaban el diagnóstico médico para que yo las recetara. Me decían: “tengo amibiasis” y les contestaba: “entonces te vamos a dar chaparro amargo” y también me pedían: “quiero planificar la familia, pero no quiero tomar hormonas”, entonces les daba una micro dosis de ruda. Pero yo quería apropiarme del conocimiento necesario para hacer diagnósticos y se despertó en mí el interés por estudiar, pues sabía que desde el ámbito empírico iba a ser poco menos que imposible.

Una medicina más social

¿Cómo fue ese camino hacia la Medicina?

Tuve la suerte de ingresar a Medicina en la Universidad de Guadalajara (UdeG), institución que me permitió incursionar en este campo más social: la Salud Pública. La intención es regresar a la sociedad lo que me ha dado; en la UdeG el cuerpo docente nos decía: “la responsabilidad que viene después de esto es que vas a ser una profesional y tienes que devolverle todo lo que puedas a la gente”.

Estudí Medicina porque sabía que cuando pudiera diagnosticar y medicar iría con las comunidades más desprotegidas. Para cumplir con el servicio social elegí la sierra, el municipio más pobre, Cuautitlán de García Barragán. Ahí enfrenté la realidad de la población indígena, náhuatl, con todas las limitaciones que tenía.

Me enamoré tanto de la población, de la gente, que todavía recuerdo y vibro. Voy a visitarles cada año y me cimbro, porque me transformé y me identifiqué mucho con esas mujeres y esos hombres. Además, trabajé cosas maravillosas que implicaron la organización con la población, con muchos temas en materia de Salud Pública que incluían acciones como cocinar y aprender a cultivar soya, hacer cooperativas, organizaciones, conocer plantas y también tenía grupos que ahora se llaman “de ayuda mutua”.

Al concluir el servicio social, tuve trabajo al día siguiente. En ese entonces ya había presentado mi examen profesional y mi tesis, sólo era cuestión de liberar mis papeles, por lo que decidí adentrarme más allá de Cuautitlán de García Barragán y llegué a Chacala, una comunidad con una realidad más cruda. Pese a todo lo que había aprendido en la otra delegación me di cuenta que mi patria, mi pueblo y mi gente tenía muchas situaciones limitantes que, por mucho conocimiento, corazón y pasión que le ponga una a la carrera hay circunstancias de estructura que son mayores y que nos rebasan.

¿Cómo ingresó al ámbito de la Salud Pública?

Al llegar a Chacala empecé a soñar con la posibilidad de hacer algo más, en otros niveles y dimensiones. En esa época conocí más de cerca el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y me inscribí en un curso de verano, quería saber si era lo mío y ahí encontré personas

maravillosas, compañeras y compañeros de todo el país.

Mientras estaba en ese curso concluyó mi contrato y hubo cambio de gobierno, por lo que ya no me dieron espacio en mi trabajo. Siempre he pensado que no fue por falta de recursos, sino que había hecho mucho ruido en la comunidad, pues la población indígena se estaba empoderando y exigiendo lo que no les llegaba: medicamentos y materiales de curación. Además, redignificamos la unidad de salud y movilizamos a la gente.

Al concluir el programa académico regresé a Jalisco y ya tenía un empleo, contactado mediante un amigo entrañable. De esa manera llegué a la Sierra Gorda de Querétaro y el mismo día en que tuve la entrevista para el empleo, el director de la Jurisdicción me confirmó que mi puesto de trabajo sería con él, en el área de Salud Reproductiva.

En Querétaro mi vida cambió en todos los ámbitos. Empecé a considerar otras posibilidades y desde que llegué a Jalpan le dije a mi director: “me encantó el trote del INSP y quiero hacer Salud Pública” y él me contestó: “pues aquí tienes mucho para que te entrenes”. Estuve dos años y ocho meses en la sierra, donde aprendí mucho.

En el año 2000 tuve la oportunidad de estudiar la maestría en Salud Pública en el INSP. Dos años después concluí mis estudios, deseaba regresar a Jalpan, pero la directora de Servicios de Salud me indicó que me necesitaba en Querétaro. Así llegué a Salud Reproductiva, primero al Programa de Planificación Familiar (PF) y seis meses después me ofrecieron la jefatura del área. Por supuesto que me resistía, porque sabía el reto que implicaba, pero acepté y me propuse identificar mis potencialidades y mis capacidades.

Cuando tomé ese puesto había 15 personas en el área, pero era muy cuadrada y venía de una institución muy rígida. Ahora me río y hasta me censuro, porque de un equipo de 13 personas sólo terminamos la secretaria, el capturista y yo. Tal vez el nivel de exigencia era demasiado o quizá no sabía tratarles, o les quité del nicho de confort. A los seis meses ya no tenía equipo y fue un reto reconstruirlo con personal experto en cada uno de los temas.

Me mantuve en el liderazgo del programa hasta 2006, cuando se deslindó de forma parcial el área de Cáncer cervicouterino y de mama, así como el programa “Arranque parejo en la vida”

(Salud materna y perinatal). De tal forma que me quedé con el Programa de PF, Violencia y lo poquito que podíamos hacer respecto a Género, Climaterio y Menopausia, así como Salud Sexual y Reproductiva.

El trabajo con cáncer cervicouterino: un giro de tuerca

Entre los años 2003 y 2004 se planeó una estrategia para el fortalecimiento de la atención al cáncer cervicouterino. Al llegar a Querétaro identifiqué baja incidencia de este padecimiento, pero una tasa de mortalidad muy alta, lo que cuestioné por la poca correlación que existía entre los diagnósticos citológicos y la morbilidad de las queretanas. Además, observamos que mujeres que se habían realizado el papanicolaou por cuatro años consecutivos, siempre tenían resultados negativos, nivel 2 o reacciones inflamatorias y a los cuatro meses estaban muriendo por esta enfermedad. Había demasiadas inconsistencias, por lo que propuse una estrategia que nos permitiera identificar esta patología de una forma más efectiva.

De este modo, planteamos hacer colposcopías además de citologías y si había lesión, en ese mismo momento se hacía biopsia, cuyo resultado estaba disponible 72 horas después. Ya teníamos diagnósticos histopatológicos con cánceres *in situ* o VPH; aunque la colposcopia era entonces muy cara y poco practicada, nos permitía ver la lesión, hacer la muestra y la biopsia, enviarla a análisis patológico –se contrató una persona sólo para la lectura de muestras- y en un periodo de 24 a 48 horas teníamos los resultados de biopsia e histopatología. Así, tras 120 horas esa mujer ya estaba en tratamiento.

Fui criticada y censurada por el “desperdicio de recursos”, pero creo que si una mujer se salvó, valió la pena toda la inversión. Decidí cambiar a las y los citotecnólogos por especialistas en patología, pero no había suficientes profesionales y quien se especializaba en esta área cobraba muy caro y no trabajaba a destajo, como lo requiere la institución. Entonces seguimos haciendo lo que podíamos con colposcopia, diagnóstico histopatológico y tratamiento con las y los médicos de colposcopia, oncología o con quienes lo tuviéramos que hacer.

Debido a nuestros resultados, nos prestaron una unidad móvil nacional y Querétaro compró tres unidades más, montamos colposcopios, contratamos especialistas, se adiestró al personal y también incluimos la mastografía. Nos acabamos la unidad móvil que tenía la

Federación; la partimos en dos porque la metimos en comunidades casi inaccesibles, pero así identificamos muchísimas lesiones en los lugares más desprotegidos. Incluso he dicho que ese cascarón tendríamos que triturarlo con honores, por las historias de vida que se transformaron con el diagnóstico oportuno de cáncer.

También posicionamos la “Ruta por la vida”, que era el tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama en las mujeres y la etiquetación de recurso único que, desde que tengo conocimiento, en la historia de Querétaro ha sido el único programa que se ha considerado prioritario y al que se ha otorgado dinero del gobierno estatal. Fueron millones de pesos, lo que implicó que se politizara con los efectos que se podrían esperar: suponían que me estaba robando el dinero, pero la historia dice lo contrario.

Lo anterior derivó en que a inicios del 2007 me separaran del ámbito del cáncer cervicouterino, aunque con el tiempo hubo problemas y me pidieron que regresara. En ese periodo desapareció “Ruta por la vida”, pero el fortalecimiento llegó desde el nivel federal e implicó el posicionamiento del trabajo en materia de cáncer de mama con un Programa de Acción Específico y una Norma Oficial.

Por otra parte, en el año 2011 tuve ciertas fricciones con algunas autoridades porque en ningún hospital se consideraba la anticoncepción postevento obstétrico (APEO). A los seis meses dejé de colaborar en el programa de PF y me propuse demostrar a los hospitales que sí se podía hacer APEO con éxito, por lo que me fui a campo. Esa época fue interesante porque en un periodo de tres meses se incrementaron las coberturas de APEO, lo que en muchos años no se había alcanzado. Ese trabajo lo repliqué en otro hospital y seis meses después regresé a PF.

Violencia, género y salud reproductiva

¿Podría compartir algunas de sus experiencias de trabajo respecto a las temáticas de violencia y género?

Hasta donde conozco, Querétaro fue pionero en materia de violencia familiar y también en el programa “Igualdad de Género”, en el que hemos trabajado para la transversalización de la perspectiva de género en todos los programas prioritarios y en todo lo que tenga que ver con salud.

Picando piedra, he incorporado la perspectiva de género en la medida de lo posible. En PF hemos

abordado las masculinidades, las paternidades y la inclusión de otros elementos que transversalizan el género. Por ejemplo, hoy fuimos a Jalpan a entregar las constancias y clausurar el cuarto grupo de este año del diplomado en materia de inclusión de la perspectiva de género, al que se inscribieron 120 personas.

Prevención del embarazo adolescente: trabajando desde la Psicología

¿Durante todos los años que ha trabajado en salud reproductiva, ¿hay alguna experiencia que sea paradigmática para usted?

Por supuesto, desde el año 2002 y hasta 2008 insistí en que se proporcionaran recursos para el área de salud sexual y reproductiva, porque en ese tiempo no había apoyos de la Federación. Hasta 2008 los obtuve con un proyecto que era una utopía para mí: una estrategia más cercana a la población adolescente.

En ese año le presenté al secretario de Salud estatal un estudio de costos en el que le demostré con evidencias que estaba costando más de 20 millones de pesos atender la consulta prenatal, el parto, los abortos y las cesáreas de 10 mil embarazadas en Querétaro, en el supuesto de que todo fuera “normal” y que no hubiera ninguna complicación en las madres, ni en las y los recién nacidos. Le solicité la décima parte de ese presupuesto y con base en los argumentos presentados otorgó 600 mil pesos para contratar a cinco profesionales y comprar cuatro proyectores y cuatro computadoras portátiles.

Se dudó de la contratación de personal de Psicología, pues cuando las y los psicólogos comenzaron a trabajar temas de salud sexual y reproductiva en campo, el personal médico sintió invadido su terreno.

Fue una lucha muy interesante, pero valió la pena. La tarea consistía en hacer exactamente lo propuesto y establecido en los Programas de Acción Específicos (PAE), pero acudiendo directamente con las y los jóvenes, situación diferente a la de los “servicios amigables”, los cuales se instalan, pero la población objetivo no llega a ellos y cuando los buscan ya no es hora de consulta, o no está el personal médico.

La apuesta fue que para ser eficientes no tendríamos que esperar que las y los adolescentes acudieran a los servicios, sino que tendríamos que salir a buscarles. Así, capacité a un equipo de ocho especialistas en Psicología, dos para cada jurisdicción. Honestamente tenía miedo

de dejarles hablar de temas álgidos, como las infecciones de transmisión sexual o el embarazo. Por lo tanto, hasta que me cercioré de que las partes teórica y práctica estaban consolidadas, salieron al trabajo de campo. Fue un proyecto cuya metodología en algún momento documentaré y evidenciaré cómo funcionó para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

El antecedente de este proyecto fue la colaboración de personal de Psicología en una experiencia vinculada con la violencia y en el apoyo que recibimos en salud sexual y reproductiva. Al respecto, cuando empezaron a llegar los preservativos femeninos todo mundo juraba que era una cosa horrible, espantosa, una bolsa que nadie utilizaría; pero una psicóloga trabajó en el municipio de Mealco, comunidad indígena otomí de Querétaro, y ahí fue donde consumieron los preservativos femeninos. No lo podía creer, todos los mitos y tabúes que tenía acerca de las mujeres indígenas, como que no se iban a tocar y menos iban a hurgarse para colocar el preservativo fueron derruidos.

Me di cuenta que sí funciona, siempre y cuando se ofrezca información completa, verídica y oportuna. Las personas indígenas son muy inteligentes y saben tomar decisiones respecto al cuidado de su cuerpo y de su vida. También creí en el potencial de las y los psicólogos para hacer la labor de sensibilización.

En realidad el personal médico no es idóneo para hacer promoción y educación para la salud, la mayoría no lo sabe hacer, habla con demasiados tecnicismos y la gente no les entiende. En este proyecto también colaboraron un antropólogo, maestro en Salud Pública, y un técnico superior universitario en Urgencias Médicas, ambos con sensibilidad en el tema.

En el trabajo se requirió de gestiones con el profesorado de los niveles de secundaria y medio superior. Aunque al principio el equipo fue censurado, los datos señalan que dos años después de que iniciamos el proyecto en cada uno de los municipios se observó que la tasa de embarazo iba en franco descenso; pero si dejábamos de acudir en un periodo de uno, dos o tres años se incrementaba de nuevo.

En Querétaro ocho personas hicieron lo que cientos de médicas y médicos no habíamos logrado. Por supuesto que modificar la tasa de embarazo en adolescentes no es fácil y menos en comunidades o municipios con una densidad de población tan grande. Sin embargo, logramos

incidir en Querétaro y San Juan del Río, lo que se reflejó en la disminución de la tasa estatal.

Se impartieron talleres de diez horas frente a grupo y se desarrollaron temas como el género, los derechos sexuales y reproductivos, la violencia en el noviazgo e intrafamiliar, el riesgo reproductivo, las implicaciones en el embarazo adolescente, los métodos de planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual.

Para sensibilizar a las personas con prejuicios y falta de empatía con las y los jóvenes y “hacer más humanas” a quienes estábamos en el proyecto de adolescentes se aplicó el enfoque del doctor Roberto Tapia Conyer y su equipo de especialistas, y también nos inscribimos en una maestría en Desarrollo del Potencial Humano. Esta decisión permitió que se diera un cambio radical respecto a las herramientas prácticas, metodológicas y pedagógicas para ser más eficientes.

Los resultados están ahí: personal más sensible, humano y empático. Quince personas graduadas de la maestría en Desarrollo del Potencial Humano estamos en proceso de elaboración de la tesis para lograr la titulación y todas trabajamos en materia de salud sexual y reproductiva.

Otro proyecto que tengo en mente es crear un espacio para compartir las experiencias y estrategias que han funcionado en Querétaro, creo que vale la pena darlo a conocer a las compañeras y compañeros de otras entidades. Cuando reviso los resultados se me enchina la piel: son las y los jóvenes quienes están teniendo una vida sexual activa con todos los riesgos que implica en materia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si bien, se han incrementado sus conocimientos en tres grandes temas, aún hay mucho que hacer al respecto.

El primero de esos temas se refiere a la diferencia de VIH y sida, pues la población joven no la sabe a ciencia cierta, lo que les coloca en una condición de vulnerabilidad, tampoco usan un método de planificación familiar, lo que incide en embarazos y la exposición a ITS. El desconocimiento del uso correcto de la anticoncepción de emergencia, es el segundo tema común. El tercero es la identificación y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es que con la información que ya poseen tomen mejores decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad y a la determinación de cuándo tener hijas e hijos.

Hay trabajo importante por realizar, pero estamos en el camino y en posición de compartir estas experiencias con otras entidades. A cinco años de haber iniciado la estrategia es evidente la tendencia a la reducción de embarazos en población adolescente. Como se señala en Salud Pública, indicadores de impacto no se ven de la noche a la mañana, podrás observar los de procesos, de resultados, pero los de impacto son más difíciles.

Esta estrategia la hemos llevado al Instituto Queretano de las Mujeres, así como a ciertos municipios donde se inscriben proyectos y se trabaja con adolescentes. Para mí es todo un éxito que ya esté en la agenda, en el lenguaje de las autoridades y de las diferentes instituciones. Sin quitarle mérito a todo el esfuerzo que se ha hecho a nivel nacional desde las políticas públicas para reposicionar la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar en todo el territorio nacional.

Documentar experiencias

¿Ha sistematizado y publicado estos proyectos estratégicos de trabajo que han marcado la diferencia en Querétaro?

En realidad no, y debo reconocer que una de mis limitaciones tiene que ver con la escritura. Me apasiono con el trabajo y me doy poco espacio para dar a conocer cosas extraordinarias. Con la experiencia de “Ruta por la vida” documentamos al menos dos mil casos de mujeres con lesiones precursoras a cáncer y de no haber tomado el riesgo de realizar ese proyecto de fortalecimiento, hoy no estarían vivas

Al ver las cifras, me percaté de cuántas y cuántos jóvenes pudieron haberse embarazado, quienes con el apoyo de los servicios de salud evitaron ese desafío en sus vidas y no tuvieron que cambiar sus proyectos. Además, en materia de violencia familiar tenemos diversas bases de datos que desde hace años queremos sistematizar. Hemos hecho perfiles del agresor, hemos modificado la herramienta de detección de violencia incluyendo todas las variantes de la Norma Oficial y tomamos en cuenta otras variables que tampoco hemos dado a conocer, pues el tiempo nos ha ganado.

Esto es un poco de lo que he hecho, reitero que muchas no están documentadas, pues no tengo la disciplina de escribir, aunque deseo hacer cosas diferentes en este contexto. Creo que vendrán tiempos mejores, podremos hacer cosas más significativas y compartirlas con otras y otros colegas.

Retos para el futuro

¿Cuáles son los desafíos que vislumbra en su futuro? Y me refiero tanto al ámbito personal como al profesional.

En el ámbito personal, veo la posibilidad de estudiar algún doctorado que contribuiría a mi trayectoria e implicaría más retos para el trabajo dentro de esta institución, donde me visualizo en el área operativa y dando consulta. Dentro de los próximos quince años me veo dentro de la Secretaría de Salud, en el campo que sea, en el nivel que sea, pues soy un ser humano al servicio de la gente.

Si hay oportunidades de crecer en cualquier otro nivel y si considero que puedo hacerlo, las tomaré. Pero si no se dan las cosas tampoco va a pasar nada y tendría que buscar algún otro espacio que me permita crecer, como el ámbito académico, para documentar lo que se ha hecho y retomar historias exitosas que podamos compartir.

De forma paralela, me he desempeñado en el campo de la docencia, por lo que me puedo ver en alguna institución educativa. Creo que ambiciono poco y de lo poco que ambiciono, lo que me dé la vida será muy satisfactorio, lo aceptaré y aportaré las potencialidades que pueda para desempeñar el puesto que me sea asignado.

Honestamente a algunas ofertas y propuestas les he tenido miedo, no al trabajo, sino a las condiciones y al contexto, por eso las he rechazado. Me han ofrecido algunas posibilidades en la Ciudad de México, pero me da pavor, en particular la multitud, los tumultos, la densidad de población y el tráfico. Vengo de una comunidad muy pequeña donde se goza de mucha libertad y oxígeno. Llegar al Distrito Federal me emociona, pero si no tuviera tanta gente y tantos automóviles sería otra cosa. Aunque no me veo en esa ciudad, tampoco lo descarto.

Dentro de todas estas actividades exitosas y logros, ¿cuáles son algunos de los desafíos que han surgido en el ámbito institucional?

Los desafíos y bloqueos más grandes han sido con colegas de la profesión médica, con personas con nivel jerárquico superior al mío, quienes dicen que “no se puede” y la negativa es absoluta. Entonces les digo que se vale equivocarnos, hay que hacerlo. No puedes decir que no se puede si no lo has intentado, hay que aventarse. A veces tengo eco, otras no; cuando lo logro, trato de sacar el mayor provecho posible con los mejores resultados.

Cualquier “sí” es un desafío para mí, para aplicar todo el potencial y demostrar que es posible. En buena medida la actitud de las personas, la sensibilidad y la formación son fundamentales: si mi jefa o jefe pertenece al ámbito clínico su prioridad será esto, pero si son personas salubristas y de visión macro darán preponderancia a las masas y no a lo micro. Sin embargo, esto es así: hay que aceptar lo que tengamos y trabajar con ello

En cinco palabras díganos qué elementos claves institucionales, federales, estatales requiere para poder avanzar en sus actividades y proyectos.

El recurso humano es fundamental, alguien que me ayude a documentar o dedicarme un poco a este campo, con el fin de evaluar periódicamente los avances y redireccionar a tiempo cuando no vamos tan bien. También se requiere recurso económico para fortalecer los programas, por ejemplo el de “Climaterio y Menopausia”, que es un reto enorme y aunque está en el Seguro Popular, no es un programa prioritario. Debo señalar que en este tema hay un trabajo extraordinario por hacer y va de la mano con otros programas como los de personas adultas mayores y enfermedades crónicas no transmisibles.

En salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, sería ideal contar con un ejército de personal de Psicología. Hemos llegado a tener un equipo de veinte personas, que han hecho la diferencia en Querétaro. Además se requiere de computadoras portátiles y proyectores, material didáctico y vehículos para que el personal de Psicología se pueda mover con sus bebés virtuales, sus condones y todo lo que utilizan en su labor.

En resumen, serían recursos humanos, económicos, profesionalización de mis colaboradoras y colaboradores, y le seguiría apostando a la capacitación y a la especialización en temas álgidos, así como a la sensibilización para el personal. Esta última parte es fundamental y coyuntural para la incorporación de la perspectiva de género en salud y es determinante la inclusión de los hombres.

Asimismo, sería ideal tener una oficina digna. Desde 2012 se solicitó un espacio, hasta abril de 2014 logramos que nos dieran refugio en un espacio paralelo a las oficinas centrales, pero no contamos con muebles de oficina.

Sus experiencias en el ámbito de la salud le han planteado la necesidad de trabajar con conceptos que han sido fundamentales en su labor, por lo que pido que defina algunos de ellos. Empecemos con la salud.

Creo en un concepto más relacionado con la persona, con el ser y con el estar: estoy bien y soy saludable en el contexto histórico y cultural donde me tocó vivir. Además, es importante subrayar que la salud transversaliza situaciones que implican un trabajo más profundo, más filosófico e incluso en el campo espiritual. Para mí, esta cuestión de valores cobra un peso muy importante en una disciplina tan noble.

Con todo lo que implica y con el respeto que me merece, creo cada vez menos en la utopía de OPS. Para mí, una salud social es aquella en la que todas y cada una de las personas tendríamos que poner nuestro grano de arena para hacer de esta sociedad un lugar de mayor armonía, paz, con espacios de corresponsabilidad donde pueda compartir mis conocimientos como profesional de la salud y ponerlos al servicio de las personas enfermas.

La salud va mucho más allá de un concepto, tiene una esencia más profunda, tiene una mayor relación con un estilo de vida, una forma de ser y estar de las personas, en vínculo con el contexto donde vive

¿El siguiente concepto es Salud Pública, ¿qué nos puede decir al respecto?

Tiene que ver con la gente, con las masas, con lo macro, por lo tanto va mucho más allá del ámbito curativo y se ubica en el preventivo. De esta forma, a través de la prevención primaria evitamos enfermar, en la medida de lo posible, para no invertir recursos en atención curativa. Atiende grupos de población y realiza diagnósticos científicos para poder puntualizar hacia dónde tendrían que moverse las políticas públicas de este país y los programas prioritarios. También orienta sobre lo que podemos hacer a nivel personal, como comunidad y cada una de las entidades federativas, en los diferentes niveles y contextos de México.

En este país tan diverso tenemos heterogeneidad de patologías, hay algunas que si se desatienden se va a pagar un costo muy alto. Un ejemplo es el caso de las y los adolescentes, pues por un lado intentan ejercer sus derechos sexuales y por el otro no miden los riesgos a los que se exponen. Por lo que en un futuro, siendo personas adultas jóvenes podrían vivir con alguna ITS.

¿Por qué es importante el trabajo comunitario en el ámbito de la salud?

56

Es determinante. Por principio de cuentas le devolvemos el poder a la gente y la hacemos corresponsable de la condición en que vive. Hemos puesto a las personas en un nicho de confort, si seguimos en ese camino no serán capaces de moverse si no se les sensibiliza y si no se es incluyente. Hay que devolver el poder a la gente, para que desde el reconocimiento de sus potencialidades como comunidad, puedan moverse hacia una condición diferente que les permita ver un mundo distinto.

Si no sabemos trabajar con la comunidad, no la hacemos corresponsable para que asuma la parte que le corresponde en el ejercicio de su ciudadanía. Empoderar a la población, reconocerla y dignificarla podría hacer la diferencia si se invierte en esta respuesta social organizada.

¿Por qué y para qué trabajar con perspectiva de género en salud?

Incorporar la perspectiva de género es determinante para entender que en su ejercicio de ciudadanía mujeres y hombres son sujetos de derechos que tienen las mismas potencialidades. Además, también deberían tener las mismas oportunidades, así como un salario igual por un trabajo igual.

Trabajar con perspectiva de género en todos los niveles, es una de las acciones afirmativas de las que mucho se habla y otra forma de devolver el poder y la dignidad a la mujer, pues ha sido poco valorado su esfuerzo y contribución en el crecimiento y desarrollo de este país.

Es un trabajo titánico y es un acierto, por lo que incorporo la perspectiva de género en la medida de lo posible.

En este sentido, ¿cuál sería la importancia de trabajar los temas de masculinidades y paternidad?

La masculinidad tiene relación con modificar la forma de ser y actuar como hombre, con todas

estas ideas de lo que implica ser y comportarse como tal. Por lo general, estos comportamientos se reproducen en el ejercicio de la paternidad y en la educación hacia las hijas e hijos. Pero si se cambia el “chip” en la estructura de los hombres, podría lograrse cierto equilibrio con las mujeres.

Es cierto que en la actualidad muchos hombres no ocupan aún el papel de ser el educador de las y los hijos, es una tarea que se atribuye a las mujeres. Pero no se necesita dar lecciones, el ejemplo es fundamental: si un papá hace el trabajo que le corresponde, como lavar su ropa, el niño lo está observando y en cuanto pueda seguramente hará una parte del trabajo doméstico que normalmente hacen las mujeres sin remuneración, lo cual las ha puesto en una condición de desventaja respecto a los hombres, quienes siguen siendo aceptados como sujetos que salen a la calle y que son proveedores.

Trabajar este binomio paternidad-masculinidad es esencial, el reto más difícil de lograr es que los hombres actúen en función de los conceptos teóricos aprendidos. Pero también a nosotras nos toca soltar muchas cosas que nos hemos apropiado; por ejemplo, tenemos que compartir el trabajo de cuidado de otras personas para insertarnos en un empleo. El acceso de las mujeres al ámbito laboral se ha obstaculizado por la falta de oportunidades.

Tenemos que preparar a las nuevas generaciones para ser un país que piensa y actúa diferente, donde mujeres y hombres seamos incluyentes en todo lo que nos toca hacer.

Con su voz grave, potente y segura, Ma. Luisa Magaña compartió la pasión que impulsa su trabajo cotidiano y que le ha permitido soñar y asumir retos que parecían imposibles de cumplir, utopías como ella misma los llama. Los obstáculos y desafíos han consolidado su vocación como salubrista pública y el camino que tiene delante de ella incluye el compromiso de sistematizar, escribir, publicar y difundir sus experiencias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Su objetivo es compartir con sus colegas su visión y el espíritu que la caracterizan.



Yessica Sánchez Rangel