El Programa IMSS Oportunidades

Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad

Ma. Guadalupe Chávez Méndez, José Ramiro Caballero Hoyos, Joel Monárrez Espino, Karla Y. Covarrubias Cuéllar

Resumen

Objetivo. Comprender el proceso de implementación de la estrategia de comunicación educativa del Programa IMSS Oportunidades desde la percepción de sus actores institucionales en un contexto de alta marginalidad del país.
Metodología. Desde el enfoque cualitativo se realizó un estudio de caso de tipo instrumental orientado a realizar una exploración detallada de las características de la estrategia de comunicación educativa en un contexto indígena de alta marginalidad del sur de Chihuahua, México. Del 20 al 26 de abril de 2009 se realizó trabajo de campo en tres comunidades de alta marginalidad del país: Guachochi, Baquiriachi y Cabórachi. Durante este período se recolectó información empírica y contextual sobre la problemática de estudio a través de la aplicación metodológica y técnica de la etnografía, la entrevista a informantes clave y la observación no participante.
Resultados. Mediante el funcionamiento del Programa IMSS Oportunidades en el contexto comunitario estudiado, se evidenció que el sentido operativo de la estrategia de comunicación educativa del Programa oscila entre lo vertical y lo horizontal. Se pudo saber que la corresponsabilidad comunitaria existente entre las dos instancias ejecutoras del Programa (la Atención Médica y la Atención Comunitaria) operan como eje central del Programa en el ejercicio del desarrollo de actividades de promoción de la salud y como factor que impulsa el desarrollo de la estrategia de la comunicación educativa.
Conclusiones. El impacto positivo del Programa IMSS Oportunidades y de su estrategia de comunicación educativa, fue reconocido por los distintos actores institucionales, gracias a la forma de trabajo coordinado y participativo existente entre la comunidad y los equipos de salud en procesos de acción e intervención comunitaria durante décadas.

Palabras clave: Comunicación Educativa, Programa IMSS Oportunidades, Salud indígena, Participación Comunitaria, Pobreza, Marginalidad, México.

5 Estudio de caso Chavez pp 113-147.indd 113

Abstract

The IMSS Oportunidades Program. An Approach to its Education Communication Strategy Applied to a Context of High Marginality Aim: To understand the implementation process of the education communication strategy (ECS) of the IMSS Oportunidades Program from the perception of its institutional actors in a higly marginalized area of Mexico.
Methodology. A qualitative instrumental case study was conducted in April 2009 to explore in detail characteristics of an ECS in a remote indigenous context in the south og the northern Mexican State of Chihuahua. The field work was carried out in the communities of Guachochi, Baquiriachi and Cabórachi. Empirical and contextual information related to the study aim were collected using the methodological and technical applications of ethnography, key informant interviews, and non-participant observations.
Result. Within this community background, the operative meaning of the ECS of the IMSS Oportunidades program oscillated between the vertical and the horizontal. The existing co-responsibility between the two main program players the medical and community caretakers operate as the central axis for exercising the development of health promotion activities and support the development of the ECS.
Conclusions. The positive impact of the Program and its ECS was recognized by the institutional actors interviewed, which seemed to be the result of a continued coordination and participative work for decades between the community and the health teams involved in intervention activities at community level.

Key words: Educational Communication, IMSS Oportunidades Program, Indigenous Health, Communities Participation, Poverty, Marginality, Mexico.

Ma. Guadalupe Chávez Méndez. Mexicana. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Colima. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Áreas de interés: comunicación en salud, reflexividad metodológica y culturas juveniles; lupita_chavez@ucol.mx

José Ramiro Caballero Hoyos. Boliviano. Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara/CIESAS Occidente. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima. Áreas de interés: juventud y VIH/SIDA, epidemiología social de grupos vulnerables, comunicación en salud; rchsur@gmail.com

Joel Monárrez Espino. Mexicano. Doctor en Medicina por la Universidad de Essen (Alemania), y en Salud Internacional por la Universidad de Uppsala (Suecia). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Áreas de interés: salud indígena, epidemiología nutricional, comunicación en salud. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua; y Programa de Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; jmonarrez@hotmail.com

Karla Y. Covarrubias Cuéllar. Mexicana. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Áreas de interés: conversión religiosa, migración, antropología del cuerpo, historia oral; karlacuis@gmail.com

América Latina y el Caribe son las regiones del mundo con mayor desigualdad en la distribución de su riqueza, por la concentración de los recursos y del poder en pocas manos. En las últimas décadas, las reformas estructurales aplicadas en la región generaron crecimiento en las economías sin lograr una redistribución de la misma. Esta situación acrecentó la asimetría económica entre ricos y pobres y, a la vez, afectó con mayor rigor a los pueblos indígenas, debido a que en la región prevalece una estructura social racista que privilegia a unas castas y margina a los indígenas (Hoffman y Centeno, 2003).
La profunda desigualdad social en esas regiones repercute en la persistencia de la pobreza y en la marcada inequidad en las condiciones de la salud y en el acceso a los servicios. Por tal razón, los esfuerzos gubernamentales de reducción de la inequidad en salud hacen suyos los principios éticos de la justicia distributiva y de la inclusión social, al buscar disminuir los efectos de la pobreza y la marginación.

En los estándares internacionales de desarrollo, México se clasifica como un país de ingresos medios, con profundas desigualdades sociales, regionales y étnicas. Más del 40% de su población vive bajo el umbral de la pobreza y alrededor de diez millones de personas en situación de pobreza extrema.1 En su conjunto, los índices de marginalidad más altos del país se encuentran en las regiones con mayor concentración de población indígena y analfabeta, con mayor inequidad de género y con menor infraestructura básica instalada (Fuentes y Montes, 2004).

En los últimos cuarenta años, se establecieron en el país programas contra la pobreza bajo un enfoque monetarista. Con ese afán se fomentó el crecimiento económico y la transferencia directa de recursos a la población más vulnerable, para compensar los efectos adversos de las carencias materiales en sus condiciones de vida.
1. En México, la pobreza se mide con un método de carácter monetario denominado "Líneas de Pobreza", que valora una canasta de bienes y servicios básicos (alimentación, salud, educación, vestido, calzado, vivienda y transporte público) y la disposición de recurso individuales y/o de los hogares para adquirirlos tanto en áreas urbanas como rurales. Cuando estos recursos son insuficientes se considera que la persona o el hogar vive en condiciones de pobreza. Asimismo, cuando la insuficiencia es severa se considera que la persona o el hogar vive por debajo de la línea de la pobreza en condiciones de pobreza extrema (para una visión más detallada, véase a Cortés et al., 2002).

5 Estudio de caso Chavez pp 113-147.indd 115

Con el fin de favorecer la eficiencia en la transferencia de los recursos y la participación activa de la población en tales programas, se aplicó el instrumento de las "corresponsabilidades", el que consiste en la asistencia controlada de los beneficiados por las políticas, a acciones de educación, salud, alimentación y desarrollo comunitario como requisito para recibir un apoyo económico. Al transcurrir los años, la implementación de los programas pasó de una administración centralizada a otra descentralizada, lo cual favoreció tanto una transferencia más autónoma de recursos a los estados y municipios, como una distribución de incentivos económicos más transparente y rigurosa a las familias más pobres. Inicialmente los programas abarcaron a la población marginada rural y más tarde se extendieron a sectores marginados urbanos. Distintas evaluaciones externas a los mencionados programas hallaron que la puesta en marcha de los mismos ha contribuido a la reducción de las diferentes vulnerabilidades en los más pobres, pero que su acción ha sido insuficiente para acabar con el problema estructural de la pobreza (Ruezga, 1992, González de la Rocha y Escobar, 2008; Escobar y González de la Rocha, 2008).

El Programa IMSS Oportunidades y la salud de los más pobres

En el marco de las políticas de desarrollo social del país, el brazo de la seguridad en salud fue cubierto desde 1979 por el ahora denominado Programa IMSS Oportunidades (Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades).2 El objetivo general del Programa es el de garantizar el

2. Los orígenes del Programa se remontan a junio de 1974, cuando, con base en la facultad conferida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por la Ley del Seguro Social de 1973, se iniciaron los servicios de solidaridad en favor de la población desprotegida. En 1979, el gobierno mexicano confirió al IMSS la responsabilidad de extender la cobertura de los servicios de salud a la población rural, campesina e indígena, estimada por ese entonces en diez millones de personas, residentes en localidades apartadas, aisladas y dispersas, carentes de acceso a la seguridad social y a los servicios de las secretarías de salud federal y estatales.
El programa tuvo sus inicios en 1979 mediante el convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar) del Gobierno Federal. Su objetivo fue otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas. En 1983 el Programa puso en práctica un Modelo de Cuidado Integral de la Salud basado en las recomendaciones de la Declaración de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Alma Ata de 1978.
El modelo proponía la participación comunitaria en la resolución de problemas de salud por medio de una asamblea general, un comité de salud y la acción de promotoras voluntarias capacitadas, con lo cual favorecía la corresponsabilidad de la comunidad en la conservación de su salud (Alvarado y Morán, 1989). Desde 1979 el Programa operó en dos mil unidades médicas rurales de regiones desatendidas, especialmente indígenas, y en 52 clínicas hospitales

derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que

habitan en condiciones de pobreza y marginación en áreas rurales y urbano-marginadas, al aplicar un modelo de atención integral que brinda apoyos en especie mediante la prestación de servicios médicos gratuitos de tipo preventivo y curativo, así como el desarrollo de acciones comunitarias de promoción y comunicación educativa para la prevención de riesgos y daños, a partir del autocuidado de la salud (IMSS, 2009). A fines de diciembre de 2008, el Programa cubría localidades rurales en 17 estados del país, así como localidades urbanas en 25 entidades federativas. Atendía a más de diez millones de mexicanos que no contaban con acceso formal a los servicios de salud, de los cuales el 34.5% era población indígena. Su infraestructura médica incluía unidades distribuidas en 17 estados y la ciudad de México, con un total de 3,845 unidades médicas. De esas unidades, setenta eran hospitales rurales (HR); 3,549, unidades médicas rurales (UMR); y 226 unidades médicas urbanas (UMU). El programa contaba con más de 17 mil empleados en su personal médico y paramédico, así como con la participación de más de 269 mil voluntarios que actuaban como vínculo entre las unidades médicas y la comunidad organizada (Gómez-Vinales et al, 2008).

En el marco de las políticas de salud del país y las necesidades de atención a riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad, el Programa orienta sus acciones hacia las siguientes prioridades de salud: la promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención del cáncer cervical y mamario; prevención de la malnutrición infantil y materna; prevención de la diabetes mellitus e hipertensión arterial; prevención y control de la tuberculosis; y prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores (IMSS, 2009) de campo. El año 1981 su cobertura abarcó 14 millones de personas en 3,024 unidades médicas (Velásquez-Díaz, 1991). En 1989, el programa cambió su nombre a IMSS-Solidaridad al integrarse al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) con un régimen descentralizado y una cobertura en diecisiete estados de la república. Su modelo de atención mantuvo el esquema de la participación de personal de salud multidisciplinario, la coordinación intersectorial, la articipación comunitaria organizada, el uso de tecnología apropiada y un enfoque respetuoso de la cultura y las tradiciones locales. El proceso de atención se apoyó en servicios médicos con capacidad resolutiva y con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que se agilizó con un sistema de radiocomunicación (Velásquez-Díaz, 1992). En 1997 el Gobierno Federal creó el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) con la finalidad de afrontar importantes rezagos del medio rural, en materia de educación, salud y alimentación. El 6 de marzo de 2002, de acuerdo a la política social de promover estrategias y acciones intersectoriales, se renombró al PROGRESA como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). En ese contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el 10 de julio de 2002 el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorgaba el componente salud a los beneficiarios del PDHO.

El Programa ha operado, desde sus inicios, bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud (en adelante MAIS) basado en los principios de la promoción de la salud, la participación comunitaria organizada que se corresponsabiliza del cuidado de su salud y el respeto a las costumbres y tradiciones de las comunidades.

El MAIS se sustenta en la estrategia de atención primaria a la salud y se fundamenta en la labor coordinada de los equipos de salud y la comunidad organizada.

La atención de los servicios médicos se realiza través de los equipos de salud (red de médicos, enfermeras y paramédicos) encargados de proporcionar la atención preventiva y curativa, así como de realizar acciones de vigilancia epidemiológica.

De forma complementaria, la acción comunitaria se desarrolla a través de voluntarios de las comunidades (asistentes médicos, promotores, parteras, integrantes de comités de salud y terapeutas tradicionales) encargados de asesorar a la población sobre el cuidado de su salud y promover acciones de participación comunitaria.

La estrategia de comunicación educativa del Programa

En la labor de la acción comunitaria del MAIS, se busca favorecer la participación de la población en distintas actividades de promoción de la salud para la comunidad. Con este propósito se implementa una estrategia de comunicación educativa que pretende propiciar la organización de las comunidades, promover la apropiación de los conocimientos en salud y favorecer la adopción de prácticas y entornos saludables en los distintos segmentos poblacionales (IMSS, 2009).

Con ese objetivo se desarrollan mensajes preventivos con elementos de los enfoques de género y de interculturalidad con la idea de alentar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

La estrategia de comunicación educativa tiene la característica de ser desarrollada "por la gente y para la gente", lo cual ha permitido construir un puente de comunicación entre la comunidad y los equipos de salud.

Las bases teóricas que sustentan su operación se encuentran en el modelo de Comunicación Estratégica diseñado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad John's Hopkins de los Estados Unidos y difundido por la Agencia para el Desarrollo Internacional de ese país (USAID) en las distintas regiones de menor desarrollo económico donde brinda cooperación (Piotrow y Kincaid, 2001).

Dicho modelo comprende, en su aplicación, a la estrategia de comunicación educativa del Programa: un proceso de planeación que abarca el diseño, el establecimiento y la evaluación de intervenciones orientadas al cambio de normas sociales y de comportamientos individuales de riesgo.

Sus intervenciones incluyen acciones de Información, Educación y Comunicación dirigidas tanto a las audiencias específicas (individuales y grupales) como a las comunitarias (Gómez-Vinales, 2007:104-106).

En las acciones de la estrategia de comunicación educativa hay tres vertientes complementarias de diseminación de mensajes que involucran distintos grados de participación comunitaria: la interpersonal, la grupal y la masiva.

La vertiente interpersonal comprende visitas domiciliarias en la comunidad dirigidas a personas identificadas con riesgo o con necesidades específicas de orientación. También incluye sesiones de consejería de salud efectuadas por voluntarios entrenados, o bien, por el equipo médico en el área de consulta externa y hospitalización.

La vertiente grupal abarca sesiones de información, formación y capacitación sobre temas específicos para fortalecer los conocimientos, modificar creencias y cambiar actitudes y prácticas. Estas sesiones se insertan en talleres comunitarios, asambleas comunales, actividades educativas, pláticas y jornadas comunitarias.

Las sesiones de taller comunitario se desarrollan con un enfoque activo y vivencial, con el propósito de crear una dinámica de aprendizaje que propicie el conocimiento a través de la reflexión y el diálogo, a fin de fomentar la búsqueda y aplicación de nuevos estilos de vida.

Las sesiones tienen el soporte de material didáctico impreso, sonoro y audiovisual en distintos idiomas y van dirigidas a segmentos de audiencia específicos y grupos considerados prioritarios en función de su vulnerabilidad ante la enfermedad.

La vertiente masiva incluye actividades de información y comunicación que llegan a colectividades (desde una localidad específica hasta el nivel nacional) con el propósito de generar conciencia sobre problemas de salud y convocar a la participación solidaria.

Dependiendo de su alcance, las actividades se llevan a cabo a través de radios comunitarias, televisión, educación vía satélite (EDUSAT), distribución de materiales impresos (carteles y folletos), perifoneo móvil o fijo y pinta de bardas, piedras y mantas, entre otros.

Una aproximación cualitativa a la estrategia de comunicación

Durante sus tres décadas de existencia, el Programa IMSS Oportunidades ha tenido un impacto creciente en la satisfacción de las necesidades básicas de salud de sus beneficiarios y en la disminución de los riesgos relacionados con la salud que se reflejan en las menores tasas de mortalidad, así como en una ascendente participación de las comunidades usuarias (Flores-Alvarado y Moran-Zenteno, 1989; Velásquez-Díaz, 1992; Gómez-Vinales et al, 2008).

Los resultados de las últimas evaluaciones externas sobre el impacto generado por el programa (del año 2004 al 2006) muestran un incremento continuo en la satisfacción de necesidades básicas de salud (superior al 40%), la disminución general de daños a la salud (mayor al 20%), la mejoría en la calidad de vida y el desarrollo humano, así como el incremento de la esperanza de vida derivada de la inversión en salud, entre otros (IMSS/INNOVA, 2006; IMSS/INNOVA, 2008). En tales evaluaciones, las acciones comunitarias tuvieron una efectividad creciente en favorecer el desarrollo humano de las comunidades (superior al 7%).

Debido a que el Programa ha tenido un impacto significativo en el promedio de sus beneficiarios, constituye una acción relevante de salud pública en favor de la población más pobre y marginada del país. La acción comunitaria, un elemento esencial del MAIS, ha tenido una efectividad creciente, pues uno de sus componentes es la estrategia de comunicación educativa. En el presente trabajo, nuestro interés será concentrarnos en los elementos cualitativos de la implementación de esta estrategia, en su accionar dentro de un contexto de alta marginalidad del país.

Para tal efecto, se intentará responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo opera la estrategia de comunicación educativa dentro del MAIS en un contexto local de extrema pobreza? ¿Cuáles son los actores formales e informales de la estrategia y cuáles son sus actividades principales? ¿Cuál es la percepción de los actores institucionales sobre la contribución de la estrategia de comunicación educativa a la efectividad del programa? ¿Cuál es la percepción de estos actores sobre las fortalezas y debilidades de dicha estrategia?

En tal sentido, el objetivo del trabajo será comprender la estrategia de comunicación educativa del Programa, desde la percepción de sus actores institucionales en un contexto de alta marginalidad del país. Se realizará con el fin de generar algunas hipótesis interpretativas sobre la contribución de la estrategia de comunicación educativa a la efectividad de la acción comunitaria del Programa.

El Programa IMSS Oportunidades

Metodología

Se realizó un estudio de caso de tipo instrumental (Stake, 1994) orientado a realizar una exploración detallada de la estrategia de comunicación educativa en el contexto de estudio, a efectos de generar hipótesis sobre la problemática de su implementación y sobre las características del proceso de la comunicación que predominan en la ejecución de las acciones del Programa.

El estudio se apoyó en una estrategia metodológica cualitativa para comprender los significados de los actores sociales que implementan el Programa acerca de las acciones médica y comunitaria, de la participación comunitaria y del impacto de la estrategia de comunicación educativa, en tres localidades ubicadas al sur del estado de Chihuahua, México: Guachochi, Baquiriachi y Cabórachi. Estas tres localidades pertenecen a la zona de cobertura del Hospital Rural Oportunidades No. 26 del municipio de Guachochi. Este Hospital es administrado por el Programa IMSS Oportunidades y cubre a la población del municipio de Guachochi y otros municipios colindantes, todos de "muy alta marginación" (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2008a) y con una alta proporción de pobladores indígenas de la etnia Rarámuri (Figura 1).

Figura 1



Ubicación y área de cobertura del Hospital Rural No. 26

De acuerdo al Conteo de Población y Vivienda del 2005, el municipio de Guachochi tenía 45,881 habitantes, de los cuales, el 55.8% hablaba alguna lengua indígena (INEGI, 2007). La economía de la zona de cobertura del Hospital se caracteriza por actividades agrícolas (se produce maíz y frijol, principalmente; de subsistencia, en el caso de los indígenas); ganaderas (sobre todo, bovina y en menor medida caprina, porcina, equina y avícola); madereras (coníferas básicamente) y mineras (plata, plomo, cobre y oro, en las localidades de Batopilas y Urique). El desarrollo del turismo en la zona es incipiente (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2008b).

El trabajo de campo se realizó del 20 al 26 de abril de 2009. Se seleccionaron tres unidades médicas de distinto nivel de atención y de diferentes contextos poblacionales. Se trabajó, por una parte, en el Hospital Rural Oportunidades No. 26 de la cabecera municipal urbana de Guachochi que brinda atención médica de segundo nivel y admite entre 2,500 y 3 mil pacientes anuales (dos terceras partes de ellos, indígenas). Por otra parte, se trabajó en dos Unidades Médicas Rurales (UMR) de primer nivel de atención, en las localidades rurales de Baquiriachi y Cabórachi.

Se recolectó información empírica y contextual sobre la problemática de estudio, a través de la aplicación metodológica y técnica de la etnografía, la entrevista a informantes clave y la observación no participante.

La etnografía sirvió para comprender cómo las prácticas sociales reflejan la cultura compartida de un grupo social en su propio contexto. Mediante esta técnica se pudo observar la comunicación establecida, en el ejercicio de la acción comunitaria, entre médico y paciente, y personal comunitario-paciente.

Con la entrevista a informantes clave se exploraron las distintas concepciones sobre el funcionamiento y los problemas operativos de los servicios de salud, los problemas propios (barreras culturales) de las comunidades, el personal comunitario-paciente, las actitudes de los diferentes actores hacia la calidad de la atención recibida, la comunicación establecida entre médico-paciente y las formas de autocuidado, manifestadas por los directivos de los hospitales rurales, los supervisores y los promotores de acción comunitaria, los médicos pasantes en servicio social, el personal de enfermería, los auxiliares de área médica y los directivos de las dependencias con las que el programa IMSS Oportunidades trabaja de manera coordinada en la promoción y difusión de actividades preventivas para una mejor salud. Tal es el caso del Director de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) de Guachochi y la ex directora de la Estación de Radio Indígena (XETAR) de Guachochi.

La aplicación de la técnica de observación no participante permitió identificar distintas formas de relación entre los habitantes de las comunidades y las instituciones de salud locales que implementaban el Programa.

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y el texto resultante fue segmentado y codificado mediante la técnica del análisis de contenido cualitativo (Hsieh y Shannon, 2005). En ese proceso se combinaron los criterios inductivo y deductivo en el rescate de temas que emergieron del texto. Se crearon 43 códigos que fueron agrupados en tres grandes categorías temáticas: actores del Programa (13 códigos), actividades del equipo de actores (15 códigos) e impactos del Programa (15 códigos).

Para cada categoría temática se elaboraron redes semánticas de relación de grupos de códigos. Estas redes se emplearon como guías para orientar la interpretación del sentido de las relaciones entre los códigos mismos, así como para la construcción del texto con los resultados del artículo. Las redes semánticas, tanto del comportamiento de los actores, del desempeño de sus actividades, como del resultado de los impactos, permitieron generar una interpretación sobre el proceso de operación de las estrategias de comunicación educativa en la promoción de la salud que implementa el Programa IMSS Oportunidades, mediante su modelo de atención MAIS, en comunidades del sur de Chihuahua. La sistematización y el análisis de la información se realizaron con el programa ATLAS.ti, versión 5.0.

Para cuidar la validez3 de los hallazgos e interpretaciones del estudio se emplearon las siguientes estrategias en las fases de recolección y análisis: 1) Triangulación de datos al obtener información combinada de fuentes. Se entrevistaron a diferentes funcionarios de mayor y menor jerarquía institucional de las áreas médica y comunitaria; 2)Triangulación de métodos para obtener distintos niveles de observación y de construcción conceptual del fenómeno; 3) Integración del contexto lingüístico a los segmentos de texto seleccionados para lograr una mejor interpretación de los temas emergentes; 4) Cuidado de la coherencia entre las interpretaciones y los segmentos de texto usados como ilustración, en la comunicación de los resultados.

3. La validez en la investigación cualitativa tiene que ver con la evaluación crítica de la legitimidad y la credibilidad de los procesos de diseño, recolección, análisis e interpretación (Onwuegbuzie y Leech, 2007). La idea es favorecer cierto estándar de rigor, comunicación y consenso en la construcción y en la lectura de los hallazgos reportados con el propósito de lograr conocimientos de mayor calidad. Aunque el cuidado de la validez tiene posturas encontradas en las distintas aproximaciones de la investigación cualitativa, debido a que algunos están muy de acuerdo y otros son escépticos, en el presente trabajo consideramos que es una actividad instrumental positiva que ayuda a mejorar la calidad de los hallazgos reportados.

Se informó a los entrevistados sobre los objetivos y la finalidad estrictamente académica del estudio. La participación fue libre y voluntaria; se garantizó a los informantes el anonimato y la confidencialidad en el manejo y difusión de la información proporcionada.

Resultados

El MAIS y su estrategia de comunicación educativa: entre lo vertical y lo horizontal

A través del discurso manifestado por los actores formales e informales involucrados en el funcionamiento del Programa, se observa que el sentido operativo de la estrategia de comunicación educativa implementada dentro del MAIS, en la realidad concreta del contexto comunitario estudiado, se podría reducir a un tipo de estrategia de comunicación educativa que puede ser calificado como vertical, lineal e institucional, en el sentido del énfasis puesto en la transmisión estratégica de conocimientos útiles para favorecer cambios de conducta de las personas, con objetivos previamente diseñados desde las instancias institucionales.

Al ser entrevistado, el supervisor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua sugiere una percepción vertical del funcionamiento del Programa al visualizarlo como la acción de un ejército con organización jerárquica:

Yo pongo al Programa como un gran ejército que está en guerra, cada unidad médica es el frente, lo que nos hace fuerte es el centro del comando: es la unidad médica, y la tropa, los soldados, los que se están enfrentado es el equipo del personal comunitario (P6 analog.prog 23:23).4

A su vez, el director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi considera que el Programa ha propiciado la organización de las comunidades de una manera más o menos paternalista pero con eficiencia:

La virtud principal que se tiene, creo yo, es que se ha trabajado mucho con la propia omunidad y se ha propiciado su organización, claro, desde una manera paternalista, hasta cierto punto, pero se ha desarrollado una estructura comunitaria que trabaja, y, el asunto es que ya han pasado

4. En el presente testimonio y en los subsecuentes se emplea por convención un formato de identificación del segmento textual.

El formato incluye el número de documento de entrevista, el código asignado al segmento y las líneas de texto donde se ubica el segmento en el documento de la entrevista. En el presente testimonio, el documento de entrevista es el P6, el código asignado es "analog.prog" que significa analogía del Programa, y las líneas de texto donde se ubica el segmento son de la 23 a la 23 (23:23).

Años (30 años), que se tiene ya todo este desarrollo y claro que ha funcionado... creo que funciona bien porque se aplica la filosofía en la que nace el programa a nivel nacional (P2 - visi.comp. 5:13).

Por su parte, el promotor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua enfatiza el rol protagónico de la institución en la capacitación de los actores que desarrollan la acción comunitaria del Programa. Sin embargo, también destaca la confianza que van ganando los capacitados y la importancia de su labor como promotores de salud:Cuando los voluntarios reciben la primera capacitación ven al piso, cuando reciben la segunda ya ven a los ojos.

Nosotros les vamos enseñando cómo hablar en público; tiene que ver con un cambio de actitud y aptitud, les enseñamos algo de administración del tiempo, algo de desarrollo humano, incluyendo sexualidad. Es un conjunto de actividades en que ellos se convierten en el modelo real de su propia familia. Si ven que la asistente de salud, el comité de salud y la promotora se bañan; los hijos se van a bañar, la esposa y el esposo se van a bañar (P9 - visi.comp. 52:59).

La enfermera auxiliar de la UMR de la comunidad rural de Cabórachi destacó la capacitación de las promotoras como un elemento central para lograr una comunicación eficiente con la comunidad: Por medio de las promotoras, tenemos reuniones cada mes. Nosotros [las] capacitamos a ellas, hay reunión con el comité de salud y [con] las promotoras (P1 cap. 5:7).

Ellos tienen sus mitos y creencias, yo pienso que entre ellos se entienden mejor. Después de haber capacitado al personal, nos ha tocado acompañarlos con sus familias para ver si transmiten bien la información que les dimos mediante la capacitación y el resultado es positivo porque dejan ver que entendieron las indicaciones. Como hay muchos promotores que tienen muchos años en su función, entienden bien el proceso de comunicación (P1 - noc.prom. 9:19).

Aunque los actores institucionales perciben cierto grado de verticalidad en la implementación de la norma del Programa, en el ejercicio de la acción comunitaria se va más allá de lo dispuesto por los lineamientos de operación desde lo institucional, mediante el proceso de adaptación que se hace de éstos al contexto de su ejecución en la práctica cotidiana por los integrantes de la organización comunitaria. Por ejemplo, el hecho de que las promotoras voluntarias reciban capacitación institucional para atender al grupo de familias que estarán bajo su control y vigilancia médica, y que en su función de promotoras hagan uso de sus mitos y creencias como recursos estratégicos para entenderse mejor con el otro.

O bien, como el médico tradicional o curandero, que emplea su conocimiento empírico para detectar y registrar, en un instrumento de control de enfermedades diseñado por la instancia de Atención Médica, los problemas de salud de las personas y poder canalizarlas al hospital para que sean revisadas por el médico general, refleja la implementación de estrategias de comunicación creadas por los propios sujetos que las aplican en un contexto social y cultural específico.

Dichas acciones son el resultado de un proceso informal de comunicación horizontal, más abierta y democrática, establecido entre las dos instancias ejecutoras del MAIS: la Atención Médica y la Atención Comunitaria, para desarrollar la acción comunitaria en la promoción a la salud.

La corresponsabilidad comunitaria eje central del Programa En el ejercicio de la acción comunitaria del Programa, la participación comprometida de las promotoras de salud ha sido determinante para lograr un desarrollo eficiente en el cumplimiento de las metas de autocuidado de la salud.

Esta participación ha favorecido una identificación sincera de las comunidades con el Programa al estar conscientes de sus beneficios y ha contribuido a superar los límites de la corresponsabilidad basada en un interés económico o material que ha caracterizado a los programas de desarrollo social.

En entrevista, el supervisor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua, considera que el compromiso comunitario es vital para el funcionamiento del Programa:

La acción comunitaria del Programa es como una esfera que no podemos desmembrar, es como un todo, donde la acción comunitaria es la mitad y la otra mitad es el médico.

Tal como lo veo, la gente está muy comprometida, tiene el poder de convocatoria que tiene el Programa; el día que la gente pierda el interés de participar, podemos decir que el Programa dejó de funcionar, pero hasta el momento sigue llegando gente (P6 act.acc.com 18:23).

A su vez, la jefa de enfermeras del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi considera que el personal comunitario del Programa hace una gran labor a cambio de nada:

La gente se involucra mucho con este Programa porque tenemos personal voluntario, llámense parteras rurales voluntarias que atienden a personas embarazadas o nos ayudan a manejar a la población en edad fértil; tenemos a las promotoras sociales voluntarias que es

gente de la misma comunidad y hacen una labor a cambio de nada, su trabajo va encaminado a la acción comunitaria, lo que es el medio ambiente, la limpieza, las letrinas, hierven el agua a todas las familias que les tocan. Tenemos cerca de 110 promotoras sociales voluntarias y cada una maneja entre 10 a 15 familias; ellas también nos ayudan a localizar a la gente que no acude a revisión médica programada, los buscan y no[s] los traen a consulta (P4 noc.prom 35:39).

Mediante el testimonio anterior se puede observar el alto grado de participación de las mujeres en el desarrollo de la acción comunitaria, por lo que la perspectiva de género en el que se sustenta la creación de la política social del Programa IMSS Oportunidades desempeña un papel importante en la implementación de las actividades del mismo. El supervisor de acción comunitaria de la zona norte de Chihuahua, destaca que la acción comunitaria ha favorecido sistemáticamente el autocuidado de la salud:

La acción comunitaria es una de las columnas del Programa del IMSS Oportunidades. Sin el apoyo de la comunidad, de la capacitación, no serían posibles los avances que tenemos a este nivel del Programa IMSS Oportunidades. Es un binomio, nosotros trabajamos como equipo de salud, más el equipo comunitario, las acciones que ellos realizan es en beneficio de su propia casa, de su domicilio para el autocuidado de la salud. La situación está en que ellos han avanzado lentamente, pero con paso firme para el autocuidado de la salud, en el mejoramiento de la vivienda. Ellos procuran su salud al acudir a la consulta (P3 act. acc.com. 12:14).

Al respecto, el director de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) de Guachochi, opina:

Creo que el Programa funciona porque tiene ese componente de la acción comunitaria, sin ese componente el IMSS Oportunidades difícilmente estaría prestando de manera adecuada ese servicio de salud (P7 activ. acc.com. 14:16). La participación comprometida y sincera del personal comunitario y de la población se ha desarrollado pese a existir un sesgo económico que han generado los programas de desarrollo social al promover la participación en actividades de salud y educativas a cambio de dinero, lo cual ha obstaculizado una participación espontánea y comprometida en las comunidades.

El director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi, comenta al respecto sobre las expectativas económicas de la gente a cambio de integrarse en las acciones comunitarias:

Lo que sí es que las necesidades de la gente han cambiado sustantivamente, no necesariamente participar con el hospital, con los intereses que perseguimos en salud ya es su máxima prioridad muy frecuentemente, y su máxima prioridad se ha convertido, principalmente, en andar detrás del dinero (P2 barreras.cult. 19:22).

Actores y actividades de la estrategia de comunicación educativa en el contexto comunitario estudiado, el proceso de interacción establecido entre actores formales e informales que participan en actividades de promoción de la salud en beneficio de la comunidad, impulsa el desarrollo de la estrategia de la comunicación educativa.

La Atención Médica, como instancia ejecutora del MAIS, en el desarrollo de la acción comunitaria, es comandada principalmente por el supervisor de acción comunitaria quien, dentro de sus múltiples actividades, supervisa la organización y la participación de la comunidad y la aplicación del modelo de comunicación educativa.

Por su parte, el promotor de acción comunitaria es quien ejecuta las estrategias de acción comunitaria: promoción de la salud, comunicación educativa, actitudes saludables, complementación con parteras y terapeutas tradicionales, entre otras actividades que están bajo su responsabilidad.

Ambos actores cuentan con el apoyo voluntario de la organización comunitaria para que de manera coordinada y participativa velen por entornos benéficos para la salud. Esto permitirá el desarrollo de competencias encaminadas a modificar estilos de vida individual y colectiva, a través de la mejora de los ambientes habitados por el individuo en donde desarrolla diversas actividades para el bien de su comunidad.

La organización comunitaria está integrada por una asamblea comunal y un comité de salud que trabajan de manera coordinada con el asistente rural de salud, el promotor voluntario rural, la partera rural y el terapeuta tradicional; este comité, representado por un presidente y cinco vocales (de salud, saneamiento, nutrición, educación, control y vigilancia), recibe capacitación y adiestramiento por parte de los equipos de salud, para poder intervenir en los cambios de comportamiento de riesgo sustentado en acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC).

El comité de salud, en su carácter de principal órgano de gestión local, está integrado por miembros de la comunidad (en su mayoría por mujeres) elegidos en asamblea, lo que constituye el puente de comunicación entre la comunidad y el personal institucional para la vigilancia y el seguimiento

de las acciones de salud a nivel familiar y comunitario. Gracias al poder de gestión que caracteriza al comité de salud, en Baquiriachi se gestionó exitosamente, ante instancias locales de gobierno, una ambulancia nueva para la UMR de la comunidad.

Para propiciar el desarrollo de actividades en la mejora de entornos saludables se ha establecido un puente de comunicación entre las dos instancias ejecutoras del MAIS: la Atención Médica y la Atención Comunitaria. El director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi comentó algunos detalles de la dinámica de operación de la interacción del área médica y la comunitaria:

En un inicio se organizaron a las comunidades; para empezar se tiene un personaje específico aquí en el hospital que se llama promotor de acción comunitaria que trabaja de tiempo completo con la misma teoría del modelo de atención integral de la salud que manejamos. Ellos tienen visitas y reuniones con la gente. Nosotros tenemos programadas cinco localidades que visitamos regularmente dos veces al mes y no sale sólo el doctor, sino también un par de enfermeras, dentista, psicóloga, un nutriólogo y hasta un chofer.

Entonces se reúne la gente, las promotoras sociales voluntarias que están organizadas en módulos, cada promotora es responsable de diez familias, menos o más dependiendo del tamaño de la comunidad. Hay un comité de salud que es el enlace entre las promotoras y el hospital y tenemos un asistente rural para cada localidad de acción intensiva; esta gente se viene a capacitar regularmente dependiendo el recurso, por ejemplo, lo que son parteras y asistentes rurales vienen mes con mes religiosamente a recibir un apoyo pequeño de dinero [para cubrir gastos de transportación] y a recibir capacitación específica sobre el parto limpio, coloración de agua, todo aquello que es la cuestión básica en lo que ellos colaboran (P2 act.acc.com. 15:17).

El supervisor de acción comunitaria de la zona norte de Chihuahua recalcó que la función de la asistencia rural comprende, en muchos casos, otras tareas del equipo de salud como carga adicional de trabajo que no está originalmente contemplada en la normativa del Programa, ello porque la asistencia rural ocupa un lugar central en la organización de las actividades comunitarias y de atención médica:

El asistente rural viene siendo el organizador que tenemos en un área de acción intensiva donde no está el médico y él es el que viene haciendo la función del equipo de salud; él es el que organiza al comité de salud y promotoras.

En su defecto, cuando hay una partera ella es la responsable de atender a las mujeres embarazadas y de promover en las mujeres la planificación familiar. El asistente rural se encarga de que a la partera no le falten, que las personas embarazadas vayan y la visiten, la

partera a su vez, informa del proceso del embarazo de la mujer y de su estado de salud, o se encarga de canalizarlas con el médico para que las atienda también (P3 act.acc.com. 23:27).

Mediante la interacción entre ambas instancias se han logrado ejecutar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), en las que la acción comunitaria, en sus distintos niveles de participación, ha operado con base en tres modalidades comunicativas: interpersonal, grupal y masiva. El promotor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua describe cómo se implementa la estrategia de IEC en las comunidades de estudio con énfasis en la promoción de la participación y la apropiación cultural al contexto:

Tenemos una estrategia que ya tiene algunos años que se implementó y es la estrategia de IEC, Información, Educación y Comunicación.

Aquí se trabaja de manera individual y grupal con la comunidad. Primero es al personal a través de la consejería, de persona a persona. Se puede hablar de planificación familiar, de anticonceptivos, de los riesgos materno infantil y los que tienen que ver con la nutrición, eso puede hacerse a través de la consejería. Pero también se llevan a cabo talleres comunitarios donde la teoría representa un 30% y un 70% [es] práctico; de tal manera que el voluntario se va sensibilizando y pone en práctica su conocimiento, lo aprendido, después lo comparte con las familias. De esa forma se engancha a la familia y hacen actividades de salud y obviamente está mejorando la participación comunitaria.

Algo importante aquí es que estamos hablando de un 26% de analfabetas; en estos talleres no nos interesa si saben leer o escribir, sino que estén en un hábito saludable. Además, algo que implementa la estrategia del IEC, es la pinta de bardas, lonas o mantas alusivos a la atención en salud o en el saneamiento ambiental. Aparte, también se realizan, en algunas localidades, perifoneo; así como los anuncios en la radio que se realizan en español y en aquellas localidades que requieran traducción a su lengua, se traducen al dialecto necesario para que la gente se vaya sensibilizando en la atención en salud (P9 estrateg.com. 43:35).

En la comunidad estudiada, la radio indígena y cultural XETAR constituye una importante vía de diseminación masiva, ya que a través de este medio se informa y se le comunica a la población la agenda de actividades comunitarias de salud del Programa.

Sobre el funcionamiento de la radiodifusora, su ex directora comentó que la gente tiene un enorme sentido de apropiación de los mensajes porque los contenidos obedecen a las necesidades culturales de la población, en términos de difusión de música, costumbres, tradiciones, así como el uso de distintas lenguas para lograr una comunicación eficiente con la comunidad:

...los compañeros, por ejemplo en lenguas hablan de las costumbres de sus pueblos, de sus artesanías, de su comida, medicina tradicional, son básicamente los temas que se abordan en la radio. Cada uno tiene sus espacios que, sobre todo, la gente ha ido solicitando, porque hay horarios en los que la radio se escucha mejor [se refiere a la recepción de la señal o a las condiciones de programación atmosférica] entonces, la misma gente dice en qué horarios quiere escuchar determinado tipo de música y a mi locutor en tal lengua, y nosotros vamos cumpliendo con lo que la gente nos pide.

Tenemos barras musicales a través de las que se promueve la música indígena de la región y de México, también hay espacios de música mestiza pero de la región. A su vez, hay espacio donde podemos meter de todo, pero básicamente es lo regional y lo local.

Para la comunidad, la radio es su radio, porque escuchan su música; hay gente que está metida, tan metida en la radio que llega y le dice a uno: vengo a que me entrevistes y quiero que se oiga mi voz, quiero decir esto. La gente tiene un enorme sentido de apropiación de la radio (P5 rut.prof. 53:58).

Impacto de la estrategia de comunicación educativa del MAIS desde la percepción de los actores institucionales

En este apartado interesa diferenciar, de entrada, el impacto del programa IMSS Oportunidades y el impacto de la estrategia de comunicación educativa del MAIS en el ejercicio de la acción comunitaria, por tener ambos una relación indisociable.

El criterio para la identificación del primero consistió en representar algunos elementos históricos de la implementación del Programa IMSS Oportunidades en la zona estudiada y los cambios estratégicos, no sólo en el campo de la salud, sino en otros ámbitos y contextos.

Por otro lado, el impacto de la estrategia de comunicación educativa del MAIS fue identificado por los cambios generados en el estilo de vida de la comunidad y en las condiciones concretas de salud en las que vivían y viven hoy en día las personas.

El impacto de IMSS Oportunidades en la zona sur de Chihuahua De acuerdo con algunos actores institucionales, el impacto del Programa IMSS Oportunidades es un hecho que se puede identificar en el ámbito geográfico, debido a que desde la implementación del Programa en la zona sur de Chihuahua, han acontecido cambios en la infraestructura

Hospitalaria y educativa, en el proceso de urbanización de las localidades, en la apertura de vías y carreteras, en el acceso a tecnologías de información y comunicación para uso educativo e informativo, entre otros, que han favorecido un mayor desarrollo socioeconómico y cultural.

El Hospital Rural Oportunidades No. 26, ubicado en el Municipio de Guachochi, se fundó como parte del Programa IMSS Oportunidades para mejorar la calidad de vida de comunidades marginadas que se encuentran inmersas en la pobreza. El hospital sentó el precedente de un proceso de urbanización y modernización tanto en el Municipio como en la región sur de la sierra tarahumara.

El mayor impacto del Programa se identifica por los actores como "la época dorada del IMSS Oportunidades". Con ello se refieren a los cambios generados por su modelo de atención, así como por la construcción de carreteras que abrían las vías de comunicación con otros municipios del estado y con la región en general; así se reafirmaba una vía importante que conectaba a Guachochi, Baquiriachi y Cabórachi con diversos municipios y con la capital del estado, la ciudad de Chihuahua. A su vez, en esta época se introdujeron distintas tecnologías de la información que facilitaron la diseminación de información y el cambio cultural.

El Director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 menciona algunos de esos cambios al referirse a la "época dorada" del Programa:

Fueron los primeros 15 años, de 1978 al 93 [ó] 95. Al menos en la región con el gobierno de Francisco Barrio, en Guachochi inicia un proceso de accesibilidad importante por la creación de carreteras transitables; empieza el desarrollo de Guachochi, un presidente municipal que mete el alumbrado público, luego entra la televisión vía satelital, la Internet y con ella, un bombardeo de información enorme que hace que Guachochi presente un cambio cultural enorme (P2 épo.dor. 30:34).

Por su parte, la ex directora de la radiodifusora indígena y cultural XETAR de Guachochi comentó, en torno a este impacto geográfico, que la ubicación estratégica del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi ha permitido un creciente acceso a los servicios de salud en la población más pobre de las localidades aledañas, debido a las vías de comunicación existentes, así como una mayor cobertura de los servicios gratuitos ofrecidos por el Programa:

Lo que tiene el IMSS aquí en Guachochi es que, a pesar de que hay una clínica del IMSS en Guadalupe y Calvo, la gente prefiere venirse de allá para atenderse aquí en Guachochi. En Guachochi reciben pacientes de Guadalupe y Calvo, de Morelos, de Batopilas, de Balleza; hay gente que viene de otros municipios más alejados de Parral.

La razón de hacer esto, pueden ser los costos porque aquí en IMSS Oportunidades no se cobra ni por alguna operación, ni por medicamento y, en ciudades como Parral y Chihuahua ya existe un cobro (P5 hosp. 36:36).

El impacto de la estrategia de comunicación educativa

La estrategia de comunicación educativa contribuye a mejorar las condiciones de salud de quienes viven en una comunidad marginada y empobrecida. Su impacto se refleja principalmente en algunos indicadores relacionados con la reducción de la muerte materna, el cuidado de la salud, el saneamiento ambiental y el uso de la medicina tradicional.

El Director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 planteó, como indicadores del impacto de la estrategia, tanto el incremento en la demanda de los usuarios como el descenso en las tasas de mortalidad materna:
...antes se atendían 400 partos, ahora atendemos 1200 partos, pero bueno, hay "asegunes", las clínicas pequeñas que nos mandan pacientes para parto, nosotros [atendemos] cerca de 1000 mujeres de control, pero de esas atendemos entre todos 500 o máximo 600, el resto se siguen atendiendo donde Dios les da a entender (P2 ten.aten.part. 13:13).

Yo ya tengo 17 años aquí, por ponerle un ejemplo, que las tasas de mortalidad materna, aquí... eran 10 u 8 veces [mayores], y claro que hay impactos; que estamos fuera de lo actual, a nivel mundial, sí, es cierto, pero si volteamos para atrás, veríamos que hemos tenido impactos importantes (P2 imp. 9:9).

Mediante las entrevistas se pudo conocer que, para los actores institucionales, es una prioridad el brindar atención al problema de la muerte materna. Ellos reconocen un creciente interés por parte de las mujeres de la zona sur de Chihuahua en recibir atención oportuna de sus partos, lo cual implica un cambio en la forma de pensar y de actuar de las mujeres beneficiadas por el Programa.

La reducción de la mortalidad materna se asocia con el interés creciente de las mujeres por asistir a revisiones ginecológicas al Hospital Rural Oportunidades No. 26 o a alguna de las UMR de su localidad. Lo que llama la atención es que las mujeres no acuden solas a su consulta, sino acompañadas de su partera, lo que permite pensar que su embarazo es mas

si se cuenta con la supervisión de la instancia médica y la comunitaria, a tal grado de priorizar este problema de salud frente a cualquier otro. Al ser entrevistado, el supervisor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua, comenta sobre la prioridad manifestada por la instancia médica en la atención inmediata a la mujer embarazada:

Lo priorizamos tanto que si se requiere atender una urgencia de una embarazada, se acabó el resto de las consultas; todo lo que se tenía que hacer se suspende para priorizar la atención de la embarazada (P6 priorid. 9:16).

Por otra parte, el trabajo de campo permitió conocer que las personas beneficiadas por el Programa han modificado muchos de sus hábitos relacionados con la prevención y el autocuidado de la salud, ya que después de treinta años de haberse establecido se ha creado una cultura distinta para el cuidado de la salud.

Este cambio no ha sido fácil ni rápido, ha implicado una resistencia cultural en los habitantes; así lo reconocen, en primera instancia, el promotor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua, y, en segunda, la enfermera auxiliar de la UMR de la comunidad rural de Cabórachi, quienes refieren sobre la importancia de la actitud cultural en la implementación del cambio de hábitos de vacunación:

Hace veinte años, las mamás escondían a sus hijos para que no fueran vacunados; ahora, ellas mismas los llevan a vacunar. En la estructura comunitaria el diálogo no se da por muchas limitantes, una de ellas, es fundamental, tenía que ver con la cultura, más que el analfabetismo, la religión y todo, es de actitud.

Si al voluntario lo hacemos sentir que es importante en su comunidad, motivará a los demás. Creo que en la forma que se midan los impactos en salud, tendremos mejores resultados (P9 visi.comp. 52:59).

Pienso que ya entienden mejor de que si no hacen las cosas que se les dicen se enfermarán, ya en la mayoría de la gente [se] tiene como prioridad el cuidado de su salud, ya no batallamos tanto.

Ahora ya todas las familias acuden a la unidad médica; antes había familias que no se paraban a recibir atención, pero ahora vienen todas. A todos los niños vacunamos, les ponemos cita y todos acuden.

A través del programa IMSS Oportunidades, les ponemos cita a personas sanas y también acuden a nuestro llamado (P1cam.háb.salu. 21:36).

Otro cambio observado como producto del impacto de la estrategia de comunicación educativa fue el de las acciones de saneamiento básico, en la modificación de hábitos relacionados con la salud. El supervisor de acción comunitaria de la zona norte de Chihuahua, comenta acerca de los cambios favorables en las condiciones de saneamiento de la vida cotidiana de las personas y su repercusión en la mejoría de la salud gastrointestinal:

Ya no tienen tantos cacharros, son contadas las gentes que siguen durmiendo en el suelo, porque ahora ya se tiende a dormir en cama de alto; ya no se cocina en el suelo, la mayor parte de la gente está participando en la eliminación de excretas. La gente ha visto que ha tenido mejoría en los problemas gastrointestinales, al hervir el agua o tratarla (P3 cam.háb.salu. 35:37).

La estrategia de comunicación educativa ha impactado, además, en los hábitos culturales de las familias. Por ejemplo, el supervisor de acción comunitaria de la zona sur recalcó que el Programa ha promovido el uso de la medicina tradicional:

Nosotros mismos fuimos promotores de la medicina tradicional y lo seguimos siendo. A un paciente que tiene tos, le recomendamos que tome un té de orégano y le ponga una ramita de ocote y se lo tome (P6 usomed.trad. 45:48).

Pese a tal promoción, la enfermera auxiliar de la UMR de la comunidad de Cabórachi reconoce que en las comunidades ya no se da la importancia de antes a este tipo de medicina porque ha aumentado la preferencia por la medicina alópata: Ya la usan muy poco. Aunque nosotros mismos les digamos que sigan usando los remedios caseros, ellos prefieren ya la medicina alópata. Muy pocos son los que acuden con un médico tradicional (P1 cam. háb.salu. 21:36).

Sin embargo, se pudo observar que algunos indígenas prefieren mantener el uso de la medicina tradicional por la falta de confianza en los servicios médicos. Sobre esta actitud, el director del CDI de Guachochi, comentó:

Es el esquema natural de ciertas tradiciones que prefieren acudir con la partera que con el médico, en ocasiones hasta por temor a una revisión, porque no se establece ningún vínculo de confianza entre médico y paciente (P7barreras cult. 22:24).

Los cambios de hábitos saludables generados por la estrategia de comunicación educativa pueden ser vistos también como parte de una intervención directa y lineal a la propia cultura de estas comunidades marginadas, generada a largo plazo por el Programa IMSS Oportunidades.

Esta intervención cultural es reconocida por la Jefa de enfermeras del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi como algo favorable para la salud de los miembros de las comunidades:

Pienso que [si] las personas de estas zonas carecieran de la seguridad social, habría muchos daños a la salud, porque con los avances que se han tenido mediante el programa, se han tenido muchos logros que nos han llevado a interferir en la cultura de la población indígena.

Interferir en la mejora de la atención en la salud, porque ahora las personas hierven el agua, tienen sus letrinas, cultivan sus huertos, en ese sentido sí interviene bastante la existencia del Programa en estas comunidades (P4 cam.háb.salu. 31:33).

Barreras institucionales y culturales que limitan la eficiencia plena del Programa y de su estrategia de comunicación educativa se pudo observar que en el establecimiento del Programa existen barreras institucionales que obstaculizan el desarrollo de la estrategia de comunicación educativa, al limitar la asignación de recursos económicos y humanos especializados para realizar sus actividades.

El personal del Programa comenta que la falta de financiamiento institucional siempre funciona como una barrera que impide al personal concentrarse en sus funciones específicas de acción comunitaria, debido a que se han vuelto gestores de sus propios recursos ante otras instancias externas.

Al respecto, el promotor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua, enfatiza cómo la falta de recursos se vuelve un problema económico y social, al limitar el desarrollo de actividades en salud:

Somos gestores de los recursos porque el Programa solo no podrá con los recursos. El Programa maneja algunos presupuestos para metas programáticas... Tenemos que tocar puertas al municipio, al gobierno del estado, al INI, a la Coordinadora de la Tarahumara, para poder ver qué recursos tienen ellos y ver de qué manera podemos socializar los recursos y poderlos llevar a las localidades que tienen mayor problema de salud (P9 - def.prog. 30:30).

También aparece como barrera institucional que el Programa tenga la necesidad constante de contar con más recursos humanos capacitados. Es insuficiente el personal especializado con relación a la infraestructura en salud con la que se cuenta. Sobre esta situación, comenta el director del Hospital Rural Oportunidades No. 26 de Guachochi:

Aunque hemos crecido en infraestructura, en apoyo humano no lo hemos hecho. A nosotros lo que nos gustaría tener, además de nuestros residentes, es un internista de base adscrito, con mucha experiencia, que despeje dudas de conocimiento.

En general, el Programa IMSS Oportunidades funciona, pero se requieren más recursos: unos tres médicos en la consulta externa para que atendieran específicamente a los de IMSS Oportunidades y no cerrarles la puerta a la población en general (P2 visi.comp. 40:41).

Como consecuencia de la falta de recursos económicos, en los últimos años el Programa recortó parte del personal especializado con experiencia, con antigüedad y con derechos laborales, sustituyéndolo por estudiantes de medicina que realizan su servicio social. Situación que ha limitado brindar un servicio eficiente y de calidad. Sobre este aspecto, al entrevistarlo, un actor institucional mencionó:

Por alguna razón el programa explotó a los médicos generales y a las enfermeras generales que hacían guardias hasta de 24 horas, durante décadas, hasta aproximadamente hace cuatro años es cuando les dieron derechos laborales. Al hacer esto, automáticamente, la plantilla del hospital se recortó de gente con más alto nivel de competencia y eso se suplió metiendo médicos pasantes, que son muy buenos pero otros no, y ellos no tienen responsabilidad profesional por ley (P# defic. 37:37).

En lo que respecta a las barreras culturales identificadas en el contexto comunitario estudiado, éstas se manifestaron a través del bajo conocimiento de la lengua indígena en quienes brindan el servicio médico, y la transformación negativa de la costumbre festiva de la "tesgüinada".

No hablar la lengua indígena constituye una barrera cultural importante cuando el personal médico establece comunicación con las personas de la comunidad. Esta barrera dura en la medida en que dicho personal se sensibiliza con la lengua y la cultura indígenas. El supervisor de acción comunitaria de la zona sur de Chihuahua se refiere a la necesidad de romper este impedimento en la relación médico-paciente:

La primera barrera radica en nuestro personal, cuando llega gente nueva que no ha tenido contacto con gente indígena. La primera barrera del médico que presta el servicio social y no sabe cómo llegarle a la gente; la segunda es el no tratar de entenderlos, de respetar su vida y sus costumbres.

Cuando un médico pasante se empieza a interesar en su lengua, en sus costumbres, se rompe la barrera cultural. Una población indígena que vea que el doctor está interesado en sus costumbres y en su cultura, lo acepta (P5 barreras cult. 29:35).

La ex directora de la radiodifusora indígena y cultural XETAR de Guachochi, alude a la importancia del uso de la lengua indígena dentro del Programa IMSS Oportunidades como estrategia indispensable de entendimiento y comprensión de la cultura:

Yo creo que en cualquier institución nos vamos a enfrentar con ella [se refiere a la barrera cultural] porque no tenemos el conocimiento de la lengua. Entender la lengua es importante porque se entiende la problemática de las personas, por eso es indispensable la gente bilingüe, en este sentido, el lenguaje es una de las principales barreras, aunque ya la mayoría de la gente Rarámuri ya habla español y se dan a entender muy bien (P5 barreras cult. 38:42).

Bajo esta necesidad de comunicación y entendimiento cotidiano, los actores del Programa se han apoyado con traductores para desarrollar la acción comunitaria. Sin embargo, la condición de los tarahumaras ha sido diferente, porque ellos han considerado necesario aprender el español para facilitarse el acceso a los servicios médicos.

Por otra parte, la transformación de la costumbre festiva de la "tesgüinada" se identificó como una barrera cultural que impide una mayor participación social en la acción comunitaria. Se trata de una celebración de los indígenas de la sierra tarahumara para festejar su jornada de trabajo; consiste en invitar a toda la comunidad a tomar una bebida tradicional llamada tesgüino que es preparada con maíz germinado y fermentado.

Estas convivencias colectivas interfieren en el trabajo comunitario cuando pierden su sentido original. En entrevista, el supervisor de acción comunitaria de la zona norte de Chihuahua, comentó sobre la transformación que ha presentado esta costumbre al pasar el tiempo:

Ellos iban casa por casa a invitar a brindar por la labor. El dueño de la tierra le invitaba qué beber y comer a la gente, pero hasta que terminaba la jornada era cuando tomaban. Ahora ya es una borrachera porque cuando ya llegan a la labor ya están tomados; el alcoholismo es una gran barrera que ha hecho que cambie la tradición (P3 tesg. 31:31).

Discusión

En términos generales, los distintos actores institucionales reconocieron el impacto positivo del Programa IMSS Oportunidades y de su estrategia de comunicación educativa, precisamente porque se ha trabajado de manera coordinada y participativa entre la comunidad y los equipos de salud, en procesos de acción e intervención comunitaria durante décadas.

Con ello se han logrado crear escenarios de movilización y de acción participativa en las tres comunidades estudiadas del sur de Chihuahua, pese a caracterizarse por habitar dentro de un contexto de alta marginalidad.

El impacto percibido tiene que ver con cambios significativos en la cultura de la salud de la población, en términos de una mayor demanda de servicios sanitarios, menor mortalidad materna, cambios en los estilos de vida y en las condiciones higiénicas y de saneamiento básico, entre otros.

El establecimiento de la estrategia de comunicación educativa del Programa tiene características procesales que han rebasado su conceptualización normativa basada en los principios de un modelo de Comunicación Estratégica, al constituirse en una práctica participativa, solidaria y promotora de la equidad, en la interacción de las instancias médica y comunitaria, que contribuye al desarrollo eficiente del Programa.

Una primera característica procesal a destacar, al establecer la estrategia de comunicación educativa, es su funcionamiento oscilante entre lo vertical y lo horizontal. Con base en los elementos cualitativos recopilados se pudo identificar que lo vertical permaneció en escena, teniendo como telón de fondo lo normativo e institucional con un diseño estratégico que enfatiza los contenidos y los efectos de la información transmitida, mediante las distintas vertientes de comunicación de la estrategia del Programa, con la intención de modificar comportamientos de riesgo y promover estilos de vida saludables.

En las comunidades, lo horizontal de la estrategia se representa mediante el escenario del ejercicio cotidiano de la acción comunicativa (Habermas, 1996), con el desarrollo de múltiples actividades que fomentan el "acceso, diálogo y participación" de una manera democrática y equitativa (Beltrán, 1991: 20). Esta praxis comunicativa cotidiana posibilita un entendimiento y cohesión social5 en la interacción y coordinación entre las instancias médica y comunitaria del Programa.

En lo horizontal, prevalece un modelo ecológico, en el cual la comunidad otorga identidad y sentido de pertenencia a la puesta en marcha del Programa en su territorio y cultura (Giménez, 2000). Por una parte, el sentido de la identidad se construye con una lógica comunicacional que combina elementos de la cultura indígena con los de la institución para generar una identidad social común, donde lo comunitario comparte elementos

5. Entendida como "la extensión de la conexión y solidaridad entre el grupo, las comunidades altamente cohesionadas son aquéllas con alto capital social o características que facilitan la acción colectiva como la confianza interpersonal, la reciprocidad de las normas y la ayuda mutua" (Abroms y Maibach, 2008: 225).

con la cultura médica a través de un sentimiento recíproco de solidaridad (Maffesoli, 2007). Por la otra, el sentido de pertenencia se manifiesta en acciones de generación y apropiación de conocimiento (Prieto, 1998), en la reflexión sobre las propias problemáticas de salud, en el uso de costumbres, tradiciones y habla popular para comunicar mensajes de salud por vertientes interpersonales, grupales y por la radio indígena cultural XETAR.

Los componentes del modelo ecológico favorecen una efectividad mayor del uso de la comunicación para el cambio en las prácticas de riesgo, en la medida en que combinan diferentes vertientes de difusión y la comunicación horizontal en la comunidad. Abroms y Maibach (2008) sugieren que el uso de una combinación más amplia de canales de diseminación de mensajes (interpersonales, grupales, redes sociales, masivos y virtuales) tiene una mayor probabilidad de lograr cambios positivos de prácticas en salud y que éstos pueden ser más efectivos si los mensajes son apropiados el contexto cultural en el cual se establecen.

La segunda característica procesal a destacar en el establecimiento de la estrategia de comunicación educativa es la participación genuina. En este trabajo se identificaron dos tendencias participativas propuestas por Gudynas y Evia (1995:178): La primera es la llamada "participación de... como ser parte de", donde la comunidad forma parte del Programa y tiene la posibilidad de tomar decisiones con cierto grado de autonomía y en coordinación con la institución médica. Este tipo de participación tiene como características la cooperación que se manifiesta en la intervención de la comunidad en la planificación y ejecución de las acciones; y el potenciamiento que se materializa en la intervención de la comunidad con poder de fiscalización y gestión de recursos avalados por la comunidad (Beltrán, 1998: 20).

La segunda tendencia es la denominada "participación en..., como tomar parte en", cuando la comunidad participa por estar afiliada a un programa institucional que requiere el cumplimiento de normas y la asistencia no siempre espontánea a actividades programadas.

Existen posturas críticas sobre los procesos de participación en los programas de promoción de la salud en México. Una de ellas propone que la participación de la población pobre no iría más allá del tipo "participación en..., como tomar parte en", antes descrito, motivo por el cual no existiría un compromiso genuino con la modificación de los procesos de salud, debido al énfasis en la racionalidad de la corresponsabilidad interesada en una bonificación a cambio de acciones desarrolladas sin mayor responsabilidad y autonomía (Acosta-Méndez et al., 2007). Sin embargo, en el contexto estudiado se encontraron elementos que

permiten pensar que en las comunidades existe un tipo de participación genuina basada en la cooperación y el potenciamiento, lo cual ha favorecido la acción comprometida y solidaria de los actores del Programa y de la comunidad.

Se podría pensar que tal situación obedece, en gran medida, a las limitaciones que tiene el Programa para satisfacer todas las necesidades de salud demandadas por las comunidades.

Al estar identificadas las comunidades con el espíritu solidario del Programa, éstas realizan acciones que intensifican su movilización para compensar las carencias de la implementación del mismo.

Una tercera característica procesal a destacar de la implementación del Programa es la promoción de la equidad de género. En el caso del contexto estudiado, la participación de la mujer es muy intensa y significativa.

Son más mujeres que hombres quienes realizan diversas actividades de acción comunitaria como la capacitación mediante talleres, visitas domiciliarias de promoción y la atención médica a nivel preventivo, entre otras.

A su vez, los comités de salud de las comunidades están integrados, en su mayoría, por mujeres que desempeñan indistintamente roles femeninos y otros percibidos culturalmente como masculinos. Esta situación obedece a la perspectiva de género que orienta la concepción de la política social del Programa IMSS Oportunidades.

Dicha perspectiva asume que el rol que desempeña el sujeto es influenciado por un conjunto tanto de normas como de prescripciones dictadas por la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino, más que por una determinación biológica (Lamas, 2000; Butler, 2006; Martínez, 2000).

El Programa, en la aplicación de dicha perspectiva, garantiza la participación activa de las mujeres al considerarlas como el principal eje de operación de combate a la pobreza y promueve la reducción de la inequidad entre hombres y mujeres en una sociedad patriarcal caracterizada por las desigualdades sociales.

En la concepción de la participación de la mujer pareciera existir un supuesto sobre la mayor disposición de ella a cooperar de manera comprometida con el Programa y, con esto, conseguir mayor reconocimiento social por el ejercicio de sus labores.

En las comunidades estudiadas, la participación de la mujer se da por decisión y voluntad propias y cuenta con el consentimiento familiar. En este sentido, sus acciones cobran razón en el proceso de construcción de una

equidad de género, en la que la autonomía para participar es considerada legítima. Las participantes no consideran una obligación el cumplir con sus responsabilidades en la acción comunitaria, pero tampoco sus familias muestran desacuerdo con su participación activa.

Esta modalidad de autonomía para participar en decisiones de mujeres beneficiarias es reconocida socialmente por la comunidad pero, principalmente, por la instancia médica. Esta autonomía de las mujeres se ha logrado pese a la condición subordinada que éstas experimentan en un contexto cultural donde el poder masculino es hegemónico.

En este tenor, el Programa ha favorecido una actitud positiva de los hombres hacia la participación de las mujeres porque están conscientes del beneficio de sus acciones para la comunidad. Una barrera importante para el desarrollo eficiente de la comunicación intercultural del Programa es la del uso limitado de la lengua indígena por parte del personal de la atención médica.

Esta situación hace que los indígenas tengan que aprender el español para poder comunicarse y recibir la atención, lo cual demuestra que en la estructura de la comunicación interpersonal, subsiste la histórica subordinación indígena frente al poder hegemónico que hace prevalecer el uso del español en la interacción cotidiana.

Mientras no se modifique esta situación, la validez de la comunicación participativa tendrá limitaciones en sus aspectos de apropiación y de sinceridad que son favorecedores de todo proceso democrático de interacción (Jacobson y Storey, 2004) y de búsqueda de equidad intercultural.

Todas las características que se han destacado del proceso de implementación de la estrategia de comunicación educativa, en el contexto estudiado, se han desarrollado a lo largo de los años de interacción de las instancias médica y comunitaria. En su accionar se han combinado elementos de planeación estratégica vertical y componentes informales de comunicación horizontal que han favorecido al impacto positivo del Programa.

El dinamismo de la historia y de la interacción intercultural en la lucha contra la pobreza y en beneficio de la salud de la población más vulnerable ha contribuido al desarrollo de una estrategia de comunicación educativa con participación popular genuina y con amplia legitimidad social.

Las interpretaciones generadas por este estudio de caso cualitativo, deben ser apreciadas desde las limitaciones de su diseño metodológico. Se trata de hipótesis de trabajo que resultan de una observación exploratoria en tres comunidades específicas y en ambientes de

atención médica de un contexto de alta marginalidad de la sierra tarahumara de Chihuahua, así como de una serie de entrevistas a actores institucionales que expresaron sus percepciones sobre el Programa.

Estas hipótesis están sujetas a un estudio a profundidad mediante estrategias de campo intensivas y de mayor duración, en las cuales sean entrevistados con mayor detalle los actores institucionales y también los actores indígenas beneficiados por el Programa.

Las hipótesis pueden tener una extrapolación conceptual a contextos con características parecidas en infraestructura médica, composición étnica y marginación, sin implicar ello una pretensión comparativa basada en criterios de representatividad estadística.

Referencias bibliográfícas

Abroms, L. C. & Maibach E. W. (2008). "The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behavior", en: The Annual Review of Public Health, 29, pp. 219-234.
Acosta-Mendez, M., Mariscal-Servitje L. & Santos-Burgoa C. (2007). "The Present and Future of Mexican Health Promotion", en: Promotion & Education 14, pp. 224-227.
Beltrán, L. R. (1998). "Salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos", Ponencia presentada en el Foro Información y comunicación para seguridad social en salud realizado del 9-11 de septiembre de 1998. Bogotá, Fundación Santa Fe.
Beltrán, L. R. (1991). Adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal", La Paz, Bolivia: Universidad Católica Boliviana-La Paz.
Butler, J. (2006). Deshacer el género, España: Paidós.
Cortés, F. Hernández, D. Hernández, E. Székely, M. Vera, H. (2002). "Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo XX", en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/10.pdf
Escobar, A., González de la Rocha, M. (2008). "Evaluación cualitativa rural de mediano plazo del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2004", en Cortés, F., Escobar, A., González de la Rocha, M. (2008). Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales. México, DF: El Colegio de México, pp. 203-295.
Flores A., Moran-Zenteno JA. (1989). "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México", en: Salud pública de México, 31(6), pp. 745-56.
Fuentes, R., Montes, A. (2004). "Mexico and the Millennium Development Goals at the Subnational Level", en: Journal of Human Development, 5(1), pp. 97-120.
Giménez, G. (2000). "Territorio, cultura e identidades. La región socio-cultural" en: Rosales, R. Coord, Globalización y regiones en México, México: UNAM, pp. 19-52.
Gómez-Vinales, C., Herrera-Segura, J. E., Solano-Mejía, B. V. (2008). "Acciones integrales de salud en el Programa IMSS-Oportunidades", en: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46 (2), pp. 223-232.
Gómez-Vinales, C.(2007). CARA: ocho años de experiencia con adolescentes rurales e indígenas. México, DF: Programa IMSS Oportunidades.
González de la Rocha, M., Escobar, A. (2008). "Vulnerabiliad y activos de los hogares: El Programa Progresa Oportunidades en ciudades pequeñas", en: Cortés, F. Escobar, A., González de la Rocha, M. Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales. México, DF: El Colegio de México, pp. 129-202.
Gudynas, E. y Evia, G. (1995). Ecología social. Manual de metodologías para educadores populares, Bogotá, Colombia: Magisterio.

Habermas, J. (1996). Conciencia moral y acción comunicativa, Barcelona: Península.
Hoffman, K., Centeno, M. A. (2003). The Lopsided Continent: Inequality in Latin America. Annual Review of Sociology, 29, pp. 36390.
Hsieh, Hsiu-Fang., Shannon, S. E. (2005). "Three Approaches to Qualitative Content Analysis", en: Qualitative Health Research 15 (9), pp. 1277-1288.
IMSS/INNOVA Consultores (2006). Informe final de la evaluación integral del Programa IMSS Oportunidades EneroDiciembre, 2004-2005. México DF: IMSS.
IMSS/INNOVA Consul SC. (2008). "Evaluación externa a los resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el 2007. Informe final". México DF, INNOVA Consul SC, pp. 120-121. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/ NR/rdonlyres/72B5AB2C-484F-4BFE-B783-F365C42E99BF/0/InformefinalMMLIMSSO2007.pdf
Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). "Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2009", en: Diario Oficial, miércoles 31 de diciembre de 2008.
Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2007). Conteo de población y vivienda 2005. Principales resultados por localidad, 2005: Chihuahua. Aguascalientes, México: INEGI.
Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los Municipios de México. (2008a). "Estimaciones del CONAPO con base en el II Conteo de Población y Vivienda 2005, y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005, IV Trimestre"en:http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chihuahua/esta_03.htm
Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los Municipios de México. (2008b). "Estado de Chihuahua. Municipio de Guachochi". Gobierno del Estado de Chihuahua, 2008. Disponible en: http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chihuahua/Mpios/08027a.htm
Jacobson, T. L. & J. Storey, D.J. (2004). "Development Communication and Participation: Applying Habermas to a Case Study of Population Programs in Nepal", en Communication Theory: International Communication Association, pp. 99-121.
Lamas, M. (2000). El género. La construcción cultural y la diferencia sexual, México, Porrúa.
Mafessoli, M. (2007). "De la identidad a la identificación", en: En el crisol de las apariencias. Para una estética, México: Siglo XXI, pp. 228-267.
Martínez, B. (2000). Género, empoderamiento y sustentabilidad, México: GIMTRAP
Miller, WL. Crabtree BF (1992). "Primary Care Research: A Multimethod Typology, en Crabtree, BF, Miller, WL. Doing Qualitative Research, Newbury Park: Sage, pp. 3-28.
Onwuegbuzie AJ, Leech, NL. (2007). Validity and Qualitative Research: An Oxymoron? Quality & Quantity; 41, pp. 233-249.

Piotrow, PT. Kincaid, DL. (2007). "Strategic Communication for International Health Programs", en: R.E. Rice. C.K. Atkin, editors. Public Communication Campaigns. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 249-266.
Prieto, C. (1998). "En torno a la comunicación y la movilización comunitaria", en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario, La Paz: JHU-Save the ChildrenUSAID, 51-75.
Ruezga, B. (1992). Solidaridad social y democracia transparente: Sexenio 1976- , México, DF: UNAM.
Stake, R. E. (1994). "Case Studies", en: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 236-247.
Velásquez Díaz, G. (1991) Programa IMSS-COPLAMAR, en: Salud y enfermedad en el medio rural de México. México DF: Secretaría de Salud, 1991, pp. 413-421.
Velásquez Díaz, G. (1992). "Organización y funcionamiento de los servicios de salud del programa IMSS Solidaridad". Salud Pública México, 652.

Recibido: 14 de septiembre, 2009 Aprobado: 25 de noviembre, 2009