

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

***"Una propuesta de promoción de salud comunitaria con perspectiva de género:
experiencia en Círculo de Mujeres Mayahuel y Tehuisco;
Pueblo de San Miguel Topilejo; Tlalpan; Distrito Federal"***

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

ESTHER PIZANO OLIVO

Director del trabajo recepcional

Mtro. Javier Gutiérrez Marmolejo

México, D.F. Noviembre 2012

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Tlohkenauhke Ipalnemohuani

A ti pedacito de mí, hijo amado
porque sin tu comprensión no me hubiera
sido posible terminar este proyecto
Te amo, Carlos Iván

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, en especial a mi madre Estela Olivo Maldonado por haberme enseñado que con tenacidad y compromiso los proyectos florecen; a mi hermana Sonia Pizano Olivo por todo su apoyo y amor; a mi dualidad Joel Castro Méndez por acompañarme en este andar y compartir conmigo el aquí y el ahora; a todas las mujeres que me mostraron aún sin saberlo que la emancipación no es una utopía; a cada uno de los que han contribuido a que esto fuera posible, empezando por el proyecto educativo de la UACM (educación pública y gratuita) que hizo válido mi derecho a la educación y por el apoyo recibido para la impresión de esta tesis; a cada uno de los profesores que me guiaron en el proceso de construcción del conocimiento; a mi director de tesis Javier Gutiérrez Marmolejo por darme un acompañamiento cordial, de calidad, por su buen trato, y por compartir conmigo su conocimiento; a mis lectores Frida Quintino Pérez, Juanita Ochoa Chi, Raymundo Sandoval Bautista y Alma Nora Nava Martínez; a las comunidades Ahuacatitla, y Tehuisco del pueblo de San Miguel Topilejo; a Samuel Almazan Santiago por brindarme su amistad incondicional; a cada una de mis compañeras de trabajo por mostrar su solidaridad cuando más la necesite; al Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal por la beca que me otorgó para la realización de esta tesis.

INDICE

Introducción.....	7
1. Marco teórico: La Promoción de la Salud desde la perspectiva crítica: Medicina Social, Epidemiología Crítica y Salud Colectiva	
1.1.1 Antecedentes de la Medicina Social.....	16
1.1.2 La Medicina Social, Epidemiología Crítica y la Salud Colectiva en Latinoamérica.....	23
1.1.3 Siglo XX Antecedentes de la Promoción de la Salud.....	35
1.2 Educación Popular: Paulo Freire y Carlos Núñez	
1.2.1 La propuesta de Paulo Freire.....	38
1.2.2 Carlos Núñez Hurtado.....	45
1.3 Género y desigualdad social.....	51
2. Marco contextual: Antecedentes históricos, políticos y sociodemográficos de San Miguel Topilejo	
2.1 Origen.....	56
2.2 Nombre.....	57
2.3 Evangelización en Mesoamérica y creación del pueblo de	

San Miguel Topilejo.....	58
2.4 Agricultura y organización social.....	59
2.5 Fiestas, costumbres y tradiciones.....	61
2.6 Nuevos asentamientos humanos.....	62
2.7 Datos sociodemográficos de las colonias Ahuacatitla y Tehuisco/Ocotla...	64
2.8 Reflexiones finales.....	69
3. Sistematización y reflexiones sobre la intervención realizada en el Círculo de Mujeres Mayahuel, de Ahuacatitla, San Miguel Topilejo	
3.1 Contexto en el que se realizó el trabajo de campo.....	75
3.2 Círculo de Mujeres Mayahuel.....	76
3.2.1 Perfil del Círculo de Mujeres Mayahuel.....	76
3.3 El programa Círculo de Mujeres.....	81
3.4 Actividades realizadas en el Círculo de Mujeres Mayahuel.....	84
3.5 Problemáticas en las que se actuó.....	89
3.6 Reflexiones y aprendizajes de la experiencia vivida.....	95
3.7 Prácticas de Promoción de la Salud.....	100

4. Intervención Comunitaria en el Círculo de Mujeres Tehuisco/Topilejo

4.1 Análisis del taller GEM.....	101
4.2 Realización de un taller de Promoción de la Salud con perspectiva de género desde la metodología de la Educación Popular con contenidos conceptuales de la Medicina Social.....	102
4.3 Propuesta a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México para implementar prácticas comunitarias obligatorias en la licenciatura de Promoción de la Salud.....	142
Conclusiones	147
Anexos	151
Bibliografía	160

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende visibilizar cómo las injusticias y desigualdades sociales impactan directamente en el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres con quienes se construyó esta investigación. Asimismo, busca reafirmar que el proceso salud-enfermedad-atención es un proceso complejo que no se encuentra determinado únicamente por los componentes biológicos, físicos y/o bioquímicos; sino que es consecuencia de la interrelación de diversos determinantes de la salud como son educación, vivienda, cultura, política, alimentación, recreación, economía, empleo y, además, están vinculados a la compleja esfera de la subjetividad. Esta investigación busca demostrar, además, que el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención arroja mayores elementos de análisis cuando se incluye la categoría género.

He recurrido a la metodología de la Educación Popular debido a que ésta permite retomar los saberes de las comunidades y utilizarlos como instrumento de combate a la desigualdad y la opresión, además de ser una metodología potencialmente generadora de conciencia de clase.

Esta tesis trae consigo la necesidad de visibilizar la importancia sobre la incidencia en trabajo comunitario, específico en temas de violencia de género y desigualdad social, desde el espacio de la Promoción de la Salud. Dentro del plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud, de la UACM, son muy escasas las prácticas de campo en las que las y los estudiantes pueden desempeñarse utilizando las herramientas que el programa de estudios ofrece. Las prácticas de campo se reducen a la observación y a la reflexión -en el mejor de los casos- y no se les da el peso necesario para que el/la estudiante se capacite profesionalmente para facilitar y/o acompañar procesos comunitarios que permitan mejorar las condiciones de vida de las comunidades.

Hoy en día los estudios de género han avanzado considerablemente y las diferentes corrientes en defensa de la igualdad entre varones y mujeres han teorizado mucho al respecto; sin embargo, el trabajo directo con los y las afectadas no ha sido atendido con suficiencia en las comunidades y, las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad, continúan sin la posibilidad de apropiarse de elementos que les permitan combatir la violencia de género, y la desigualdad social, en sus hogares y en la sociedad.

Esta investigación muestra de qué manera se articulan las categorías clase social y género, visibiliza cómo esta relación repercute en la salud a nivel individual y colectivo. De igual forma, demuestra que la Educación Popular es una corriente teórica y metodológica que proporciona herramientas a las y los promotores de la salud para enfrentar esta realidad social en el trabajo con las afectadas en sus comunidades.

Es de suma importancia entender que tanto el género como la violencia no son temas que se puedan aislar de un contexto histórico, político, cultural y económico, por lo que la violencia de género se convierte en una problemática compleja que afecta principalmente a las mujeres que, además, pueden enfrentar otras agravantes como el ser indígenas, jóvenes y/o pobres. Si a esto sumamos que la reproducción de la violencia se encuentra tanto en la vida privada¹ como en la vida pública,² y que ésta se manifiesta en múltiples formas (física, económica sexual, emocional), nos encontramos ante una problemática que requiere de

¹ La violencia ejercida contra las mujeres en espacios privados se refiere a la cometida por una persona con quien se mantiene una relación de tipo íntima, incluidos el/la compañero/a, familiares y amigos, ya sea que esa violencia se produzca dentro o fuera del hogar entendiendo este espacio no como un lugar físico donde se manifiesta la violencia, sino como el tipo de relación cercana que existe entre el agresor y la víctima. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2006.

² Las manifestaciones de esta violencia son, entre otras: violación, abuso sexual, intimidación, trata de personas, prostitución forzada, acoso sexual y prácticas discriminatorias en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud, centros de recreación, medios de transporte, vía pública, o cualquier otro lugar. Ídem.

profesionales en el campo de la salud que tomen en consideración dicha complejidad y que sean capaces de acompañar los procesos organizativos comunitarios con el propósito de que juntos, comunidad y profesionales de la salud, podamos diluir y/o transformar los efectos de la violencia de género en las comunidades.

La asignación de roles de género dada en nuestra sociedad genera, por sí misma, procesos de dominación debido a que el “deber ser” de la mujer ha quedado en desventaja, dependencia y subordinación ante el “deber ser” de los varones. En esta asignación del deber ser se encuentran las relaciones de poder y la violencia de género: la dicotomía entre dominadores (varones) y dominadas (mujeres), y su internalización en la construcción de las subjetividades femeninas y masculinas, cobran fuerza a través de las instituciones en las que socializamos como son la familia, la escuela y la iglesia. Son estas instituciones las que nos imponen cómo debemos actuar, pensar, decidir y sentir.³ Ante esta situación se vuelve fundamental establecer un diálogo entre los tres ejes teórico-metodológicos fundamentales de esta investigación: Promoción de la Salud, Estudios de Género y Educación Popular con el objetivo de unir esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de las mujeres a partir del combate la violencia de género desde una perspectiva de intervención comunitaria transdisciplinaria.

Vivimos en una sociedad que históricamente ha naturalizado una relación de dominación y abuso de poder del género masculino sobre el femenino y, que en comunidades con altos rangos de marginación y pobreza, esta situación se agrava y deja ver que efectivamente existe una serie de injusticias y de maltratos a los cuales son sometidas muchas mujeres (violencia económica, sexual, psicológica y

³ Astelarra, J; (2003), “Democracia, Género y Sistema Político” en Meentzan, A. y E. Gomáriz (comps.), *Democracia de Género, una propuesta inclusiva. Contribuciones desde América Latina y Europa* [En línea]. El Salvador, Fundación Heinrich Böll. Disponible en: http://www.boell-latinoamerica.org/download_es/democraciadegenero.pdf [Accesado el día 06 de enero de 2012]

física) ejercidas en el ámbito privado y en el ámbito público. Así, nos encontramos con problemáticas diversas como son trabas para que las mujeres puedan desarrollarse en el ámbito profesional; decidir libremente cuántos hijos tener o, simplemente, no tener hijos; acceder a trabajos dignos y bien remunerados; la sobrevaloración del cuerpo femenino; el disfrute de la sexualidad, entre otros. Sumado a esto, se encuentra un sistema ineficiente de procuración de justicia que no garantiza el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y el derecho a la educación de las mujeres más pobres, lo que contribuye a que las afectadas acepten subordinarse a relaciones de dominación y abuso de poder.

Cabe señalar que los discursos y las acciones tomadas por los gobiernos nacionales e internacionales, y por la sociedad, no corresponden a la realidad.⁴ Las injusticias y desigualdades sociales impactan directamente en el acceso a la educación. Así, las mujeres que no tienen acceso a la educación media superior y superior, por lo general, tienen menor acceso a cuestionar el hecho de ser educadas desde la desigualdad de género en el núcleo familiar y en la esfera social inmediata, lo que dificulta el acceso a elementos que contribuyan a que estas mujeres sean autónomas y se les garanticen sus derechos. Estas situaciones, que finalmente repercuten en el proceso salud-enfermedad-atención en el corto, mediano y largo plazo lejos están de reconocerse. En la actualidad muchas mujeres amas de casa se han incorporado al trabajo formal e informal como una manera de apoyo económico al hogar, realizando dobles y triples jornadas de trabajo, lo que genera repercusiones que afectan su salud debido al desgaste físico (desgaste biológico) y psicológico (desgaste emocional y moral por no cumplir cabalmente con “sus deberes”); lo que conlleva a dejar para después la atención a su salud y dedicar su tiempo a la atención de la familia y al hogar.

⁴ Carriba, V., (2010). “Objetivos del Milenio: el fracaso” en *Revista Contralínea* [En línea] No. 176. Abril 2010. Disponible en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2010/04/04/objetivos-del-milenio-el-fracaso/> [Accesado el día 15 de diciembre de 2010]

La violencia de género da como resultado desigualdad, injusticia, anomia existencial, pérdida del valor de la existencia humana, vulnerabilidad y anulación del/a otro/a. Por ello, en este trabajo se realiza una propuesta de intervención comunitaria que sirva como herramienta a las y los promotores de la salud para generar procesos de reflexión en las comunidades a través talleres que permitan generar conciencia de clase y visibilizar la violencia de género existente en la actualidad. Los temas de desigualdad de género, y de desigualdad de clase, no pueden analizarse de manera aislada, sino conjunta.

Considero importante que en la presente investigación se pueda estudiar la violencia de género visualizando el contexto histórico, social, político y económico del país. En una sociedad donde el tejido social ha sido fragmentado y existe una apatía y una anomia existencial generalizada (indiferencia, pérdida del valor de la existencia humana),⁵ donde el individualismo ha desplazado a la colectividad, en un contexto en el cual el Poder Ejecutivo no es reconocido como legítimo, donde este mismo poder ha implementado estrategias que generan todo tipo de violencia como la famosa guerra contra el narcotráfico o la disolución del Sindicato Mexicano de Electricistas (SME), resulta importante analizar la presente temática. En un contexto donde la política económica neoliberal adelgaza, poco a poco, los derechos de los individuos y de los colectivos, donde se privatiza y mercantiliza el acceso a bienes y servicios básicos como la salud, la educación, la vivienda, la recreación, la cultura (entendida como la significación de lo cotidiano en el proceso de socialización), la desigualdad social necesita ser reflexionada desde el espacio académico y generar acciones prácticas, junto a otros actores, para su combate.⁶

⁵ Flores, N., (2008). "2008: estallidos sociales y mayor precariedad económica" en *Revista Contralínea* [En línea] No. 96. Febrero 2008. Disponible en: http://www.contralinea.com.mx/archivo/2008/febrero2/htm/2008-estallidos_sociales.htm [Accesado el día 15 de diciembre 2010]

⁶ Chávez, M., (2009). "Felipe, entre la represión y la mentira" en *Revista Contralínea* [En línea] No. 154. Octubre 2009. Disponible en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2009/10/25/felipe-entre-la-represion-y-la-mentira/> [Accesado el día 15 de diciembre de 2010]

Finalmente, enfatizar que el sistema de seguridad social no es sólo el derecho a la atención de la salud, sino que representa la garantía de los derechos humanos los cuales son universales, irrenunciables, intransferibles e indivisibles, resulta una premisa de primer orden y coloca al tema de la salud en una dimensión amplia y compleja. Por lo anterior, considero que los temas de género deben ser problematizados desde una promoción de la salud con perspectiva en derechos sociales y derechos humanos.

En esta investigación se han trazado los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Generar una propuesta metodológica para que las y los promotores de la salud se apropien de algunos elementos técnicos en el ejercicio del manejo de grupos sobre temas de género y desigualdad social desde la metodología de la Educación Popular.

Objetivos Particulares:

- a) Realizar un acercamiento al Círculo de Mujeres *Mayahuel*, ubicado en la colonia Ahuacatitla, perteneciente al pueblo de San Miguel Topilejo, Tlalpan; con el propósito de generar y aplicar un conjunto de propuestas de intervención en promoción de la salud.
- ✓ Sistematizar la experiencia del conjunto de intervenciones.
- ✓ Reflexionar sobre aprendizajes vividos y, de esta manera, enriquecer las propuestas a ser aplicadas desde los referentes teóricos metodológicos de la Promoción de la Salud, la Educación Popular y los Estudios de Género.

- b) Analizar los contenidos y las técnicas implementadas por el Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM) en el Círculo de Mujeres *Mayahuel*.
 - ✓ Diseñar un nuevo taller que incluya referentes críticos de la Promoción de la Salud.
 - ✓ Aplicar este nuevo taller en el Círculo de Mujeres *Tehuisco*.
 - ✓ Reflexionar sobre el proceso vivido.

- c) Hacer una propuesta a la UACM sobre la inclusión de prácticas comunitarias con diferentes características (diseño, duración y metodología) que permita a las y los promotores de salud utilizar las herramientas aprendidas para generar procesos reflexivos en las comunidades.

Para alcanzar dichos objetivos, el capítulo uno presenta un marco teórico en el cual se realiza un recorrido histórico sobre el estudio de la Medicina Social desde sus inicios en el siglo XVIII y hasta el siglo XX donde surgen en Latinoamérica, durante el último periodo analizado, nuevas corrientes del estudio de la medicina como hecho social: Medicina Social, Epidemiología Crítica y Salud Colectiva. Asimismo, se presenta la propuesta de Educación Popular de Paulo Freire (Brasil) y Carlos Núñez (México) y, finalmente, se realiza un abordaje de la categoría género en su relación con la desigualdad social.

En el capítulo dos se abordan los antecedentes históricos, políticos y sociodemográficos pertenecientes al lugar donde se realizó la intervención comunitaria. A partir del análisis del proceso de construcción de la comunidad, a través de sus relaciones económicas, políticas, sociodemográficas y culturales; y

del análisis del proceso de crecimiento de la población, ayudamos a explicar cuándo, cómo, dónde y por qué es que una comunidad incorpora patrones de conducta, comportamientos, usos y costumbres, tradiciones, valores, responsabilidad social, indiferencia, solidaridad, subordinación, emancipación y/o participación. Conociendo el origen del proceso cultural y social es que podemos dar paso a investigar cómo cada una de estas esferas pueden afectar o contribuir al proceso de salud-enfermedad-atención de las comunidades. La Promoción de la Salud, desde las perspectivas de la Medicina Social y la Salud Colectiva, establece que el estudio del proceso histórico social es vital, por esto mismo se presenta un bosquejo de dicho proceso en el pueblo de San Miguel Topilejo con el objetivo de tener elementos que, más adelante, nos permitan interpretar la problemática de la violencia de género.

En el capítulo tres se presenta la sistematización de la experiencia vivida en el Círculo de Mujeres *Mayahuel* donde tuve incidencia como observadora participante. El análisis que aquí se presenta es una mirada completa a partir de mi primer día de trabajo en la comunidad. Se hace un abordaje del contexto donde se realizó el trabajo de campo: ubicación geográfica y las características generales del lugar donde se trabajó; se presenta la descripción de la experiencia vivida atravesando la problemática en la que se actuó, actividades realizadas, metodología utilizada y resultados obtenidos y, por último, se comparte una reflexión del trabajo de campo argumentando los aprendizajes y las contribuciones que éstos tienen en el campo de la Promoción de la Salud.

Del proceso anterior se desprende el capítulo cuatro en el que se presenta un análisis de la participación del Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM). A partir de dicha reflexión, se diseñó un taller que incluye la Promoción de la Salud desde las nuevas corrientes críticas latinoamericanas y la discusión sobre temas fundamentales de los Estudios de Género encaminados al análisis comunitario de la violencia de género al implementar la metodología de la Educación Popular.

Este taller fue impartido en el Círculo de Mujeres Tehuisco ubicado en el pueblo de San Miguel Topilejo. Se presentan las reflexiones y resultados obtenidos de esta experiencia.

Para cerrar el capítulo se presenta una propuesta a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México para que sean implementadas prácticas comunitarias obligatorias en el plan de estudios de la licenciatura de Promoción de la Salud.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 La Promoción de la Salud desde la perspectiva crítica: Medicina Social, Epidemiología Crítica y Salud Colectiva.

1.1.1 Antecedentes de la Medicina Social

Tanto la Medicina Social, como la Epidemiología tradicional, son corrientes de pensamientos que han sido estudiadas de forma paralela desde el siglo XVIII, dando dos resultados contrarios. Mientras la Epidemiología tradicional se legitimó en el campo científico, la Medicina Social clásica del siglo XIX quedó relegada. No fue sino hasta la década de los años sesenta del siglo XX que surge, en América Latina, la Epidemiología Crítica como corriente contrahegemónica a la Epidemiología tradicional al resaltar el estudio de la medicina como hecho social.

El estudio de la medicina como hecho social no es reciente. Desde inicios del siglo XVIII se ha escrito con regularidad sobre el carácter social de la enfermedad (Ramazzini, 1700; Frank, 1790; Chadwick, 1844; Engels, 1845; Virchow, 1848); sin embargo, el surgimiento del positivismo en el llamado “Siglo de las Luces” sentó las bases para que el fortalecimiento de las perspectivas biologicistas privilegiaran al conocimiento científico al tomar sus hallazgos y descubrimientos como verdades absolutas. En este contexto el estudio de la enfermedad como hecho social no se pudo sostener.

Bernardino Ramazzini, considerado como uno de los principales precursores de la medicina del trabajo, escribió en 1700 el tratado *De morbis artificum diatriba* (Discurso sobre las enfermedades de los trabajadores). Ramazzini concluye que el tipo y las condiciones de trabajo impactan directamente en el proceso salud-enfermedad-atención-muerte y coloca al trabajo como un determinante social de dicho proceso.⁷ En 1790, Johann Peter Frank señaló en *La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*, el condicionamiento social de las enfermedades. En dicha obra destaca la situación de los campesinos que se encontraban oprimidos y hambrientos en medio de la abundancia y hace un llamado a realizar reformas políticas y económicas. Desde el ámbito de la salud pública, este autor realizó una obra de ocho tomos que llamó *Sistema de una policía médica*.⁸ La policía médica era un programa que consistía básicamente en un reglamento sanitario higienista con políticas a nivel meso y micro las cuales contemplaban: la práctica médica, el control de epidemias, cordones sanitarios, fronteras, control de bebidas y alimentos, formación de parteras, control de ciertas prácticas (aseo diario, aseo de la ropa, aseo del hogar, eliminación de basura, alcantarillado), educación infantil, control de fauna y trabajo sexual. Propuso que todas las mujeres que ejercieran esta práctica debían ser segregadas en casas de prostitución, además de que todo hombre o mujer que adquiriera alguna enfermedad venérea debería abstenerse de prácticas sexuales hasta estar completamente sano. Frank se caracterizó por tener un enfoque médico social que estudiaba al hombre dentro de su entorno físico y social desde el nacimiento hasta la muerte. Además, fue un representante del despotismo ilustrado, por lo que sus estudios apoyaron a la monarquía mientras este régimen estuvo vigente. En Inglaterra, Edwin Chadwick elaboró un informe que demuestra la relación existente entre las enfermedades y las condiciones de

⁷ Nieto, H. et al., (2008) "Formación de dirigentes gremiales médicos en la ciudad de Buenos Aires en condiciones y medio ambiente de trabajo" en *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo* [En línea] Vol. 54, No. 213. Octubre-diciembre, 2008, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2008000400007&script=sci_arttext [Accesado el día 20 de octubre de 2011].

⁸ Sigerist, H., (2006) "Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social" en *Revista Salud Colectiva* [En línea] Vol. 2, No. 3. Octubre-diciembre, 2008, Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602004000100002&script=sci_arttext [Accesado el día 20 de octubre de 2011].

trabajo (1844). Promovió la creación de un comité general de salud y una ley para el registro de todos los nacimientos.⁹

En 1845, Federico Engels publicó *La situación de la clase obrera en Inglaterra*; para entonces, la revolución industrial se había expandido considerablemente, la división de clases se acentuó y la clase proletaria (obreros industriales) vivía situaciones de pobreza, hacinamiento, mala ventilación en las viviendas, mala alimentación, marginación y explotación laboral, además de no contar con servicios urbanos. Estas situaciones contribuían a lo que el autor llamó “crimen social” que, básicamente, consistía en la muerte por hambre y enfermedad de este sector que incluía a hombres, mujeres y niños y que aumentaba conforme se expandía la industria. Engels afirmaba que todos estos elementos sumían a los trabajadores en una situación denigrante. Los artesanos comenzaron a migrar a las grandes ciudades debido a que su mercado interno ya no era redituable, lo que explicaba el crecimiento de los barrios marginados, aumentando la indigencia, la delincuencia y la prostitución. Engels crítica la respuesta social de la burguesía que consistió en la conformación de las casas de misericordia que incluían fondos para pobres, casas dormitorio e instituciones privadas de beneficencia. Para el pensador inglés, estas instituciones intentaban disfrazar el crimen social y sumían aún más a los trabajadores en situaciones indignas. Engels ya abordaba en su teoría crítica del capitalismo lo que hoy llamamos determinantes sociales de la salud, toma en cuenta no sólo las condiciones de trabajo, sino el medio ambiente (entendido como vivienda y servicios urbanos), la alimentación, el tiempo de ocio, la migración, la pobreza extrema o indigencia y la marginación.

El concepto de medicina social emerge en un contexto de cuestionamiento a la estructura política-social existente. En 1789 comenzó la Revolución Francesa.

⁹ Berlinguer, G., (2007) “Determinantes sociales de las enfermedades” en *Revista Cubana de Salud Pública* [En línea] Vol. 33, No. 1. Enero-marzo 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003 [Accesado el 20 de octubre de 2011].

Italia vivió procesos revolucionarios en 1820, 1830 y 1848. Durante este último año se publicó *El Manifiesto del Partido Comunista*, de Marx y Engels, y se desarrolló en Alemania una importante rebelión social.

Para 1848 surge, en Alemania, un movimiento encabezado por el médico Rudolf Virchow que fue apoyado, entre otros, por Salomon Neumann y Leubuscher. Este movimiento intentó conformar el estudio de la medicina como hecho social y proclamaba un cambio en la forma en la que se estudiaban y trataban las enfermedades. Virchow, quien pugnaba políticamente por una reforma médica, fue el precursor del concepto de medicina social. El lema que le permitió expresar su preocupación por las relaciones de la medicina con los problemas sociales fue: “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala” (Rosen, 1985: 79). Al elaborar la teoría de las enfermedades epidémicas trazó un paralelo entre individuo y cuerpo político en la que estableció que las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales eran las determinantes de las enfermedades y defendió la supremacía de lo social sobre lo biológico. Para este autor, el Estado democrático estaba obligado a que todos los ciudadanos disfrutaran del bienestar porque reconocía que todos tenían iguales derechos. Entre sus aportaciones encontramos ideas que siguen vigentes en el campo de estudio de la medicina social, las cuales consisten en reconocer que, para promover la salud y combatir la enfermedad, es necesario tomar medidas no sólo médicas, sino sociales. Para ello es necesario aceptar que las condiciones sociales y económicas tienen consecuencias directas en el proceso salud-enfermedad y asumir la obligación que toda sociedad tiene que proteger la salud de sus miembros (Ídem: 81-84).

En toda Europa surgieron pensadores afines a los postulados del movimiento alemán. Se propuso como causa de enfermedad la alimentación insuficiente e inadecuada, hábitos sedentarios, ausencia de estímulos físicos y

mentales, las preocupaciones y ansiedades de la vida, además de formular el establecimiento de funcionarios médicos (médicos de distrito) (Ídem: 94-96).

La Revolución Industrial trajo consigo enfermedad y muerte para la clase trabajadora por lo que no se dejó de escribir acerca de la mala salud, la mala vivienda, ocupaciones peligrosas y nocivas, morbilidad y mortalidad excesivas en la clase trabajadora, reducción de horas de trabajo, demandas sobre explotación infantil, frecuencia de enfermedades entre los pobres, tratados de medicina ocupacional.

Las mujeres fueron integradas a las fábricas ya que de ellas se obtenía mayor plusvalía debido a los bajos salarios y la explotación de horas pagadas de forma diferenciada por el hecho de ser mujeres. Las nuevas tecnologías instauradas por la industria debilitan en el ámbito laboral las barreras existentes entre hombres y mujeres lo que origina las dobles y triples jornadas de trabajo para las mujeres.

Para 1930 investigaciones del servicio de salud pública de Norteamérica demostraron la causalidad económica de la enfermedad, las descripciones de las personas más necesitadas de esa ciudad presentadas por el *New York Times* fueron tomadas por Henry Sigerist¹⁰ para su análisis demostrando, inequívocamente, que el círculo vicioso de la enfermedad, que produce pobreza, genera más enfermedad.

Según Rosen (1985: 134-135), la Medicina Social estudia aspectos descriptivos y normativos. El aspecto descriptivo consiste en investigar las condiciones sociales y médicas de los diferentes grupos que coexisten en una sociedad y establecer la causalidad de dichas condiciones. El aspecto normativo

¹⁰ Médico e historiador de la medicina (Francia 1891 - Suiza 1957). Profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de Zurich, Suiza (1921-1923) y Leipzig, Alemania (1925-1932). Profesor y Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, EE.UU. (1932-1947).

consiste en establecer los patrones entre los diversos grupos y señalar las posibles medidas a tomar para mejorar las condiciones sociales y médicas. Para Rosen, el alcance de la medicina social abarca tres ámbitos:

- La salud en relación con la comunidad. La relación salud-enfermedad con las instituciones comunitarias, con movimientos poblacionales, con normas raciales y étnicas de las comunidades, con estándares de vida y con niveles tanto sociales como económicos de los diferentes grupos.
- La salud como valor social. Requiere la comprensión del lugar que ocupa la salud en la jerarquía de valores en las diferentes clases sociales.
- La salud como política social. Investigación encaminada a contribuir a la formación de una política social.

Todo lo dicho hasta aquí nos lleva a concluir que el propósito de la Medicina Social consiste en investigar y estudiar la especificidad de los grupos sociales (las clases sociales), identificar cada una de las esferas que conforman la condición social: política, social, económica y cultural, para con ello encontrar la particularidad de cada grupo y establecer cómo cada uno de estos factores afectan el proceso salud-enfermedad-atención-muerte de los sujetos. El conocimiento obtenido nos lleva a proponer medidas no sólo clínicas y sanitarias, sino incidir en los aspectos sociales, culturales, económicos y políticos que sean necesarios para mejorar la salud.

Es de vital importancia reconocer que, desde su origen, el estudio de la medicina como hecho social tiene como base el cuestionamiento al orden social y a la forma en que las desigualdades sociales impactan en la salud. Para que exista un cuestionamiento es necesario que exista una tesis y una antítesis que cuestione

los postulados de la primera. La tesis conservadora sobre las desigualdades sociales proviene de una corriente funcionalista estructural, la cual postulaba que la desigualdad social era justa, necesaria e inevitable y defendía el *status quo*. Los autores que apoyaban esta tesis (Herbert Spencer, Augusto Comte, entre otros) se caracterizaban por tener una mirada reduccionista que colocaba sólo a los burgueses como poseedores de la verdad y reducía a la clase trabajadora y a su crítica revolucionaria no sólo en pensamiento, sino que los excluía de todo derecho.

La antítesis radical sobre las desigualdades sociales proviene de una corriente de pensamiento que se contraponía a los postulados funcionalistas estructurales, argumentando que la desigualdad social es injusta, innecesaria y evitable. Los autores que apoyaban esta tesis (Federico Engels y Carlos Marx) Defendían la idea de que los procesos salud-enfermedad en la clase trabajadora dependía en gran medida de las condiciones de vida y trabajo, por lo tanto, este proceso era desigual, inequitativo, racista y priorizaba a la clase burguesa¹¹. Por lo que se postulaba que los determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad dependían en gran medida de las condiciones de vida y trabajo de las personas. Su propuesta teórico-metodológica fue llamada Materialismo Histórico, que será posteriormente retomada por la corriente socio-histórica de la Medicina Social Latinoamericana. Desde esta perspectiva se asume que las desigualdades sociales son producto de la división de clases sociales; es decir, de la distribución inequitativa de la riqueza, dando como resultado la conformación de relaciones de dominación/subordinación inequitativas.

Nos encontramos con dos perspectivas sobre desigualdad social: la primera entendida como un sistema de estratificación “natural” que recurre a los estratos (ingresos, escolaridad, ocupación, etc.) para su análisis y que encuentra solución a partir de modificar las conductas familiares e individuales. La segunda fundamenta

¹¹ Siguiendo las leyes de producción de capital y generación de ganancia lo cual divide a la sociedad en dos (burguesía y proletariado)

las desigualdades en un sistema de contradicciones que devienen de la distribución desigual del poder y la riqueza.¹²

A través de este recorrido histórico nos podemos dar cuenta que la salud de las poblaciones se encuentra íntimamente relacionada con las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales. Por lo tanto, para entender el proceso salud-enfermedad es necesario estudiar cuáles son los avances en el tema desde una perspectiva socio-histórica.

1.1.2 La Medicina Social, la Epidemiología Crítica y la Salud Colectiva en Latinoamérica

La Medicina Social

En la década de los años sesenta del siglo XX surgen en Latinoamérica corrientes académicas, como la Epidemiología Crítica y la Medicina Social, que cuestionan la práctica médico hegemónica. Retoman la propuesta teórico metodológica del Materialismo Histórico Dialéctico y el estudio de la medicina como hecho social. Sus primeros exponentes son Jaime Breilh y Edmundo Granda en Ecuador, Asa Cristina Laurell en México y Naomar Almeida Filho en Brasil.¹³ Dichas corrientes basaron sus investigaciones en cuatro líneas de trabajo: mostrar las limitaciones de los modelos epidemiológicos y de Salud Pública clásicos, demostrar el carácter sociohistórico de los procesos salud-enfermedad, identificar y comprender la distribución y determinación diferencial (desigual) del proceso salud-enfermedad e

¹² López O. y J. Blanco, (2003) "Desigualdad social e inequidad en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones" en *Revista Salud Problema*, Año 8, No. 14-15. Junio-diciembre 2003, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

¹³ Hernández, L. J., (2009) "Qué crítica la Epidemiología Crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho" en *Boletín del Observatorio en Salud* [En línea], Vol. 2, No. 4. 2009. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/viewFile/10453/10943> [Accesado el 27 de octubre de 2011]

introducir las categorías del modelo histórico dialéctico: clase social, desigualdad, producción y reproducción.¹⁴

Asa Cristina Laurell¹⁵ parte desde el estudio de la esfera de la producción para analizar el proceso salud-enfermedad.¹⁶ Desde el análisis de los procesos de producción en sus dos vertientes: el proceso de valorización (producción de plusvalía) y el proceso laboral (producción de bienes) la autora explica la determinación social de los procesos salud-enfermedad. De esta forma, Laurell argumenta que mediante la organización y división del trabajo; es decir, a través del proceso laboral, se genera plusvalía. Centra sus estudios en la organización y división del trabajo, el proceso de trabajo (objeto e instrumentos de trabajo, relaciones sociales de producción) y el trabajo en sí. Para la autora éstos son procesos corporales que tienen como estrategia la explotación y la producción de plusvalía (Almeida-Filho, 2000: 146).

Laurell propone que el desarrollo de la perspectiva sociohistórica debe: 1) demostrar el carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad, 2) reconstruir el objeto de estudio y 3) comprender la determinación y distribución diferencial de la salud-enfermedad en contextos y grupos específicos; es decir, explicar y profundizar en el análisis de los determinantes de la salud. Para demostrar lo anterior la autora acude a la evidencia empírica que muestra que los grupos y sociedades tienen patrones diferenciados (característicos) de enfermar y morir (perfiles patológicos y perfiles epidemiológicos). A partir de ello procede al estudio de estas diferencias.

¹⁴ Granda, E., (2009) "ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina" en *La Salud y La Vida* [En línea]. Vol. 1. Quito, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://devserver.paho.org/virtualcampus/download/boletin/si/2009/07/salud_vida_edmundo_granda.pdf [Accesado el 1 de noviembre de 2011].

¹⁵ Docente e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

¹⁶ El proceso salud-enfermedad es uno de los objetos de estudio de la Medicina Social Latinoamericana. Éste consiste, según Laurell, en analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos. Por lo tanto, es la forma histórica específica del proceso humano en un momento dado y, como tal, es un proceso que simultáneamente tiene carácter social y biológico. Laurell, A. C., (1986) "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina" en *Revista Cuadernos Médico Sociales*. No. 37, 1986.

Para demostrar el carácter social de la enfermedad recurre al estudio de tres casos empíricos que contribuyeron a mostrar el carácter sociohistórico del proceso salud-enfermedad en los que encontró que:

✓ La disminución de algunas enfermedades infecciosas en México en el periodo 1940-1970 se encuentran relacionadas con medidas de prevención específicas, pero no con el desarrollo del modelo médico hospitalario. De esto puede concluirse que la práctica médica tiene un gran peso; sin embargo, no es el factor más importante, ya que se debe tomar en cuenta que en ese período la economía mexicana descansaba en el llamado “Estado de Bienestar”. Por otra parte, la disminución de las enfermedades contagiosas, en la segunda mitad del siglo XX, puede entenderse por el impulso a las políticas sociales posteriores a la revolución: educación laica y gratuita, ejidos de tierra para quien la trabaja, regulación de horas de trabajo, mejora en las condiciones de vida y trabajo en la clase obrera durante el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas, además de la instauración del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

✓ A través de la comparación entre Cuba, México y Estados Unidos se comprobó que no existe relación mecánica entre el grado de desarrollo económico y las condiciones de salud poblacional. Siendo un país “subdesarrollado”, Cuba obtuvo los índices menores en mortalidad por enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas en contraste con Estados Unidos y México.

✓ El riesgo de morir en la infancia está ligado a la ocupación de los padres, dependiendo de los modos en los que éstos se insertan en la producción; las causas de muerte en un hospital privado y en uno público caracterizan la clase que ocupan los sujetos en la estructura económica: mientras en los hospitales públicos las personas mueren de enfermedades relacionadas con la pobreza: amibiasis, tuberculosis, hepatitis, infecciones respiratorias agudas, cirrosis hepática y de

enfermedades reumáticas crónicas; en los hospitales privados las personas mueren de enfermedades vasculares y de enfermedades del sistema nervioso central.

Al reconstruir el objeto de estudio, Laurell enfatiza la importancia de reconocer que el carácter social del proceso salud-enfermedad se manifiesta con mayor claridad en la colectividad. Por ello, la autora recurre a definir la salud y la enfermedad como un proceso. El estudio de este proceso requerirá estudiar a estos grupos; primero, en función de sus características sociales y, posteriormente, desde sus características biológicas, resultando con ello que el proceso salud-enfermedad adquiere historicidad porque se encuentra socialmente determinado. Con este análisis se llega a la conclusión que el objeto de estudio de la medicina, vista como hecho social, es el proceso de salud-enfermedad colectiva.

En cuanto a la *determinación*, la autora propone que el proceso salud-enfermedad colectivo se encuentra determinado por las condiciones de vida y trabajo de cada grupo social. La aportación de Laurell (1981) fue demostrar que el carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad depende de los patrones característicos¹⁷ de enfermar y morir¹⁸ de los diferentes grupos sociales. Sus teorías privilegian la esfera de la producción (esfera del trabajo) para explicar el proceso de determinación social e histórico del proceso salud-enfermedad.¹⁹

Epidemiología Crítica

La escuela de la Epidemiología Crítica tiene su principal espacio de discusión académica en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito, Ecuador. Sus principales exponentes son: Jaime Breilh y Edmundo

¹⁷ Entendiendo “característicos” como sinónimo de diferenciados y que dichas diferencias se encuentran marcada por las desigualdades sociales.

¹⁸ Perfiles patológicos y perfiles epidemiológicos.

¹⁹ Laurell, A, (1981) “La salud enfermedad como proceso social” en Cuadernos Médicos Sociales [En línea] No. 19. Enero 1982. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/diracap/mat/matbiblio/laurell.pdf> [Accesado el día 05 de noviembre de 2011]

Granda, quienes han demostrado las limitaciones de los modelos epidemiológicos clásicos. Estos teóricos se han interesado por reformar el objeto de estudio epidemiológico para mostrar el carácter social e histórico del proceso salud-enfermedad, realizar un análisis diferencial y clasista de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en grupos y contextos específicos y profundizar en la comprensión de los determinantes que provienen de la esfera de la reproducción social para explicar el proceso salud-enfermedad.

A continuación se presenta un cuadro que muestra las diferencias entre el modelo epidemiológico convencional (hegemónico) y el modelo epidemiológico histórico-social (crítico).²⁰

Modelos convencionales	Modelos histórico-sociales
<i>Metodología:</i> privilegian los abordajes analítico experimentales (cuantitativos, de naturaleza inductiva) para probar o construir teorías.	<i>Metodología:</i> privilegian los abordajes comprensivos o explicativos (cualitativos y cuantitativos, de naturaleza deductiva). Acuden a un referente teórico que analiza el dato empírico.
<i>Objeto de estudio:</i> factores de riesgo.	<i>Objeto de estudio:</i> proceso salud-enfermedad en colectivos.
<i>Premisa fundamental:</i> la enfermedad no se distribuye al azar, por ello se tiene que identificar las condiciones que pueden ser clasificadas como causas proximales de los riesgos de la salud (factores de riesgo).	<i>Premisa fundamental:</i> el proceso salud-enfermedad es producto de un sistema de contradicciones (valores y contravalores) que conforman la esfera de la reproducción social. Siendo el principal determinante de enfermedad y muerte las condiciones socioeconómicas. ²¹
<i>Principal objetivo:</i> identificar y descubrir la distribución, frecuencia y causas	<i>Principal objetivo:</i> explicar la distribución desigual de las diferencias de los

²⁰ Hernández, L. J., (2009) "Qué critica la Epidemiología Crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho" en *Boletín del Observatorio en Salud* [En línea], Vol. 2, No. 4. 2009. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/viewFile/10453/10943> [Accesado el 27 de octubre de 2011]

²¹ Según Almeida-Filho la diferencia entre "poblacional" y "colectivo" radica en que el término poblacional se expresa como la sumatoria de individuos y, lo colectivo, como un grupo humano social e histórico.

proximales de los riesgos a la salud.	procesos salud-enfermedad entre las diversas clases sociales.
El aspecto socioeconómico sólo es un factor de riesgo más y se coloca a la altura de lo biológico, el ambiente y los servicios de salud.	Se recurre a la política como una herramienta detonante de movilización social, con este elemento se pretende incidir en los determinantes estructurales.

A diferencia de Laurell, Jaime Breilh se basa en el concepto de “reproducción social” (Almeida-Filho, 2000) para explicar el perfil de salud-enfermedad; para ello, el autor recurre al estudio del sistema de contradicciones existente en la sociedad explicando que los miembros de cada clase social, cada uno con su particular forma de modo de inserción en la esfera productiva, con sus patrones característicos de consumo y sus formas específicas de organización y cultura, se desarrolla en medio de este sistema de contradicciones en el que, por un lado, se encuentran los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan su salud y el avance de sus procesos biológicos y, por el otro, los aspectos destructivos que lo constriñen y deterioran (Breilh, 1989). Así, el perfil epidemiológico de clase se encuentra constituido por el perfil reproductivo y por el perfil de salud enfermedad (Almeida-Filho, 2000).

En este sentido, Breilh (2003: 215) señala:

Las condiciones para la vida se construyen colectivamente y en ese mismo proceso de producción, se generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes y servicios de los que depende la reproducción social. La producción de procesos para la vida (protectores y destructivos) determina, a la vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos o la de sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores.

Paralelo a la esfera del trabajo encontramos a la esfera del consumo en la cual el proceso salud-enfermedad está ligado a la cultura. Desde la perspectiva de Breilh, la esfera del consumo corresponde a las condiciones de vida y la forma en la que nos insertamos al mercado en el que se mueven bienes materiales, bienes simbólicos, productos y servicios. En los bienes de consumo encontramos desigualdad entre clases dominantes y clases trabajadoras: el acceso a estos bienes de consumo determina la diferenciación de clase en torno a la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los sistemas de salud, el acceso al sistema educativo; es decir, determina las necesidades esenciales, además de impactar en las necesidades creadas. En la intersección de la esfera del consumo y la esfera del trabajo se encuentra la reproducción social, que hace referencia a la interrelación que se establece entre los diferentes niveles de la vida social. La reproducción social puede entenderse como los modos de vida y, para su análisis, Breilh los clasifica en estilos de vida, condiciones de vida y condiciones de trabajo. En la esfera de la reproducción social estos tres elementos son los que determinan el proceso salud-enfermedad de los grupos sociales.

Tanto la Epidemiología Crítica, como la Medicina Social, tienen un eje conductor de análisis que consiste en explicar los procesos salud-enfermedad-atención-muerte desde la determinación económica, la cual visibiliza las injusticias y desigualdades sociales. Además, ambas corrientes comparten las siguientes miradas:

1. Recurren a los determinantes estructurales de la salud que se conforman por la posición socioeconómica; es decir, el lugar que se ocupa en los medios de producción, la estructura social y la clase social (esfera de la producción), así como las relaciones de género y etnia (relaciones de dominación/subordinación). El contexto socio-político (tipo de gobierno, cultura, políticas macro-económicas, sociales y públicas) tiene influencia directa en dichos determinantes. Así, la posición socioeconómica define

directamente la educación, la ocupación y el ingreso configurando los determinantes sociales intermediarios: condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, modos de vida, comportamientos, factores biológicos y psicosociales (esfera de la reproducción). Los elementos de los determinantes sociales están diferenciados según la posición socioeconómica de los sujetos por lo que se puede decir, con claridad, que el principal determinante en los procesos salud-enfermedad es la desigualdad social.²²

2. Las desigualdades constituyen la principal determinante en los procesos salud-enfermedad-atención-muerte. Por lo que esta corriente privilegia el análisis de la conformación histórica de las desigualdades y busca explicar por qué se construyen estas diferencias. Las desigualdades en salud se encuentran dadas por las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales que han construido a lo largo de la historia y se expresan en perfiles epidemiológicos o patológicos que son diferenciales entre las clases sociales.

3. Determinación económica del proceso salud-enfermedad. En tanto coexistimos en un régimen capitalista, inevitablemente nos encontramos inmersos en el sistema de producción y reproducción de los recursos y las relaciones de poder que se establecen entre las clases sociales. Se considera que la esencia del capitalismo es la obtención del máximo plus valor. En este sentido, se busca elevar a toda costa los niveles de producción con lo que se acentúa la explotación de la clase trabajadora, por lo que el proceso del trabajo, con el paso del tiempo, deviene en el desgaste del obrero, ocasionando daños directos a la salud (Oliva y Blanco, 2003).

²² Asociación Latinoamericana de Medicina Social, (2008) *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales* [En línea]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf> [Accesado el 1 de noviembre de 2011].

En 1984, surge la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)²³ con el objetivo de unir esfuerzos en la producción del pensamiento crítico en salud y la lucha de los pueblos latinoamericanos en la defensa de su salud. ALAMES se caracteriza por el intercambio de conocimientos afianzando, con ello, el estudio de la Medicina Social y una nueva corriente de pensamiento latinoamericano, la Salud Colectiva.

Salud Colectiva

Desde las perspectivas de la Medicina Social Latinoamericana y la Epidemiología Crítica se hace necesario establecer nuevos puntos referenciales sobre cómo instaurar mecanismos de acción para dar continuidad a estas teorías, es decir, diseñar una estructura que permita aterrizar y operar las tareas prácticas de trabajo con las comunidades desde estos enfoques teóricos.

La crisis de la salud en toda su extensión: científica, económica, social y política arroja elementos que dan origen a la realización de esfuerzos, en el siglo XXI, hacia la configuración de nuevos paradigmas de la salud. De este modo, la Salud Colectiva surge como una corriente científica (interdisciplinaria, dinámica, renovada y recompuesta) y como un campo de prácticas con compromiso político. La Salud Colectiva es un movimiento ideológico interesado en abordar el objeto complejo del proceso salud-enfermedad-atención respetando su historicidad e integralidad. Así, la Salud Colectiva pretende dar cuenta de este proceso a partir de redimensionar, por un lado, el campo científico y, por el otro, el campo de acción. Para ello se vuelve fundamental recurrir a la transdisciplinariedad con el propósito de generar una red que sume las capacidades de especialistas de

²³ ALAMES es una asociación que une personas e instituciones ubicadas en diferentes ámbitos: academia, movimientos sociales, políticas y servicios de salud, investigación y que dirige su atención a la producción de conocimientos en el campo, pero que a su vez tiene una definida intencionalidad política y que obra como un engarce solidario entre sus miembros.

distintas áreas del conocimiento, las experiencias de actores sociales comunitarios que transitan a través distintos espacios (comunidad, sociedad civil, gobierno), los saberes de las propias comunidades y los hacedores de política pública desde los gobiernos con el fin de generar conocimientos y respuestas conjuntas a los desafíos de los procesos salud-enfermedad-atención. El campo científico de la Salud Colectiva hace referencia a cómo construir conocimiento a partir de sumar los diferentes saberes en torno al objeto por conocer (la “salud”) y toma en consideración que, en este hecho, actúan diversas disciplinas que entienden a la salud como un proceso social, histórico y económico. La Salud Colectiva, en tanto campo científico, contribuye a estudiar el proceso salud-enfermedad-atención de las poblaciones en su carácter social; investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad, a partir de los procesos de producción y reproducción social; y procura conocer las formas en que las sociedades identifican sus necesidades y problemáticas de salud para explicarlas, así como la forma en que se organizan para contrarrestarlas (Almeida-Filho y Silva, 2010).

Para Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim (2010: 22-23):

(...) la Salud Colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. Este contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria (Ribeiro 1991). Son disciplinas complementarias de ese campo la estadística, la demografía, la clínica, la genética, las ciencias biomédicas básicas, etc. Esta área del saber fundamenta un ámbito de prácticas transdisciplinar, multiprofesional, interinstitucional y transectorial.

El campo de la acción se encuentra encaminado a reconocer todas aquellas prácticas, todas aquellas acciones realizadas en organizaciones u instituciones, las cuales pueden ser ejecutadas por sujetos que no necesariamente deben ser especialistas en el sentido estricto de la palabra. Estas acciones o prácticas pueden darse dentro o fuera del sector salud. Paim describe estas acciones como “conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud”.

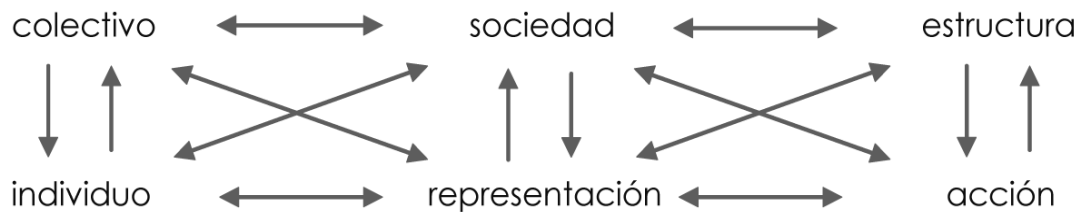
En los modelos de intervención para la Salud Colectiva propuestos por Almeida Filho y Paim (2010) se contemplan cuatro objetos de intervención: 1) política, entendida como las formas de distribución del poder; 2) prácticas, englobando cambios de comportamientos, cultura, instituciones, producción de conocimiento, prácticas institucionales, profesionales y relacionales; 3) técnicas, organización y regulación de los recursos y procesos productivos y 4) cuerpos/ambientes e instrumentos, correspondientes a los medios de producción de la intervención. Para estos mismos autores la Salud Colectiva:

(...) contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables a través de actividades profesionales generales y especializadas. Subrayar el carácter histórico o estructural de la Salud Colectiva significa reconocer teórica y empíricamente un conjunto de prácticas (económicas, políticas, ideológicas, técnicas, etc.) que toman como objeto las necesidades sociales de salud. Representa un enfoque de prácticas que no se someten, acríticamente, al modelo de salud pública institucionalizado en los países centrales, sea en tanto tipo profesional o modelo de organización de servicios de salud.

Así, la Salud Colectiva se preocupa por la salud pública entendiendo que lo público hace referencia no a la suma simple de individuos, sino a grupos sociales con sus especificidades particulares, ya sean de clase social, étnicas, de casta, de género o etarias. Es ineludible que esta propuesta, además de generar nuevos objetos de conocimiento y prácticas, promueve la creación de espacios institucionales y de movimientos pedagógicos para la constitución de nuevos sujetos sociales en el interior de los mismos servicios de salud. La participación organizada de los grupos sociales, y el reconocimiento y el estímulo de las iniciativas comunitarias solidarias, son piezas clave para posibilitar la redefinición de las relaciones sociales al favorecer las respuestas a los procesos salud-enfermedad-atención desde una mirada transdisciplinaria que contribuya a la defensa de la calidad de vida de las comunidades: “No se trata solamente de explicitar valores (democracia, equidad, efectividad, solidaridad, etc.) sino de efectivamente deseárselos, agregando grupos, clases o segmentos sociales que se comprometan con esta transformación”

Para abordar el concepto de Salud Colectiva desde su epistemología, Everardo Duarte Nunes propone utilizar tres conceptos sociológicos fundamentales en las ciencias sociales: colectivo, sociedad y estructura que, a su vez, pueden ser articulados de forma interactiva con otros tres conceptos: individuo, representación y acción. De este modo, se logra construir una categoría analítica que permite diseñar un objeto de estudio de la Salud Colectiva que engloba el proceso salud-enfermedad-atención en toda su complejidad. El siguiente esquema, propuesta por Duarte Nunes, da cuenta de la interrelación dinámica entre dichos conceptos y visibiliza la existencia de bases firmes para consolidar la epistemología de la Salud Colectiva como un campo de conocimiento complejo.²⁴

²⁴ Duarte, N.E., (2010) “*Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos*” en Redalyc [En línea], Vol.6 No. 1. 2010. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/731/73115246002.pdf> [Accesado el día 23 de enero de 2012].



Hasta aquí hemos revisado la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención. Una problemática, desde esta perspectiva, será mejor atendida si logramos dar una respuesta transdisciplinaria en la que se puedan conjuntar las acciones de áreas tanto científicas, como sociales, triangulando métodos y técnicas que permitan abordar y dar respuesta a las problemáticas de salud desde toda su complejidad con el objetivo de que las acciones no se vean limitadas a un solo campo de acción. La Salud Colectiva propone utilizar herramientas, tanto cuantitativas como cualitativas, en el entendido de que el proceso salud-enfermedad-atención no se limita a una cuestión biomédica (anatómica, fisiológica, biológica), sino que trae consigo un nivel de complejidad que demanda respuestas diversas como es el entender aspectos históricos, contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, singularidades e incluso intersubjetividades (Souza, 2008).

1.1.3 Siglo XX: Antecedentes de la Promoción de la Salud

Henry Sigerist propone por primera vez, a inicios del siglo XX, a la Promoción de la Salud como una de las cuatro funciones de la medicina. En el concepto de promoción de la salud incorpora dos elementos que han sido fundamentales para el desarrollo de esta disciplina: 1) las acciones basadas en la educación sanitaria y 2)

las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población. Dentro del programa propuesto por el médico francés se encuentran elementos como la educación, el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, la recreación y el descanso, la accesibilidad y la calidad de atención en los servicios de salud (personal e instalaciones), así como investigación y capacitación médica.²⁵

Las corrientes teóricas latinoamericanas propuestas en las décadas de los sesenta y setenta, del siglo pasado, han cobrado medular importancia para el desarrollo teórico-metodológico de una Promoción de la Salud que centra sus intervenciones en los efectos que los determinantes sociales de la salud generan en grupos y comunidades.

La promoción de la salud comienza a tomar fuerza como nueva disciplina a partir de la segunda mitad del siglo XX. Dentro del marco referencial que le otorga fundamento destaca la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá el 21 de noviembre de 1986. En ella se emite la *Carta de Ottawa*, documento que encauza las reflexiones y demandas formuladas en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud realizada en la ciudad de Alma-Ata, ex Unión Soviética, en noviembre de 1978. En esta conferencia, la meta trazada hacia el año 2000 era la de alcanzar universalidad en el acceso a los servicios de salud, ahí su lema: "Salud para Todos en el año 2000." En Ottawa, se tomaron como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata, el documento *Los Objetivos de la Salud para Todos* de la Organización Mundial de la Salud y el debate sobre la acción intersectorial para salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud.²⁶ Para Helena Restrepo, el informe Lalonde (1974) fue otro de los documentos que fundamenta la Carta de Ottawa.

²⁵ Restrepo, E., (2001) *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional

²⁶ Carta de Otawa para la Promoción de la Salud [En línea] Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado el día 12 julio 2012

El informe Lalonde esta centrado en reconocer como determinantes de la salud a: 1) la biología humana, 2) el medio ambiente físico y social, 3) los estilos de vida y 4) los sistemas de asistencia sanitaria. Establece una constante interacción entre ellos modificando favorablemente o desfavorablemente la salud de los individuos. Además da un énfasis en cómo los estilos de vida impactan mayormente en el acceso a la salud o la enfermedad.²⁷

Restrepo señala que la Carta de Ottawa se constituyó como el documento más importante para el marco referencial de la Promoción de la Salud al sentar las bases de dicha disciplina, lo que permite pasar de las palabras a los hechos. Establece, además, cinco áreas estratégicas del campo:

- ❖ Construcción de políticas públicas saludables.
- ❖ Creación de entornos favorables (ambientes físicos, sociales, políticos, económicos y culturales).
- ❖ Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- ❖ Desarrollo de aptitudes personales (estilos de vida).
- ❖ Reorientación de servicios de salud.²⁸

Si bien se han llevado a cabo distintas conferencias internacionales de Promoción de la Salud, desde 1986 a la fecha,²⁹ destaca la de Bangkok, Tailandia, celebrada en 2005, debido al documento *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*. En éste se fortalece la mirada social de la Promoción de la Salud, se alude al tema de los derechos y se enmarca en las

²⁷ Perea, R; 2004 Educación para la Salud, Reto de nuestro tiempo. España: Ediciones Díaz de Santos S.A.

²⁸ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [En línea] Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado el día 12 julio 2012

²⁹ Conferencia de Adelaida-Australia 1998, Conferencia de Sundsval 1991, Conferencia y declaración de Santa Fe de Bogotá- Colombia 1992, Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago 1993, Conferencia y declaración Jakarta 1997, Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud 2000,

condiciones de desigualdad social y económica de las distintas regiones del mundo.³⁰

1.2 Educación Popular

1.2.1 La propuesta de Paulo Freire

Paralelamente al surgimiento del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, Paulo Freire desarrolló una propuesta pedagógica sobre un nuevo método de educación y alfabetización (Freire, 1969) para superar las problemáticas que Brasil enfrentaba en ese entonces. La propuesta del autor cuestionaba el sistema educativo tradicional en Brasil, así como el sistema político y la dominación de un gobierno que no permitía una democracia real en pleno siglo XX. Dichos estudios buscaban consagrar un método que permitiera una transformación radical y auténtica de la sociedad que dotara de los medios necesarios para la construcción de conciencia de clase en los sectores populares, fundamentales en las transformaciones de los individuos y las sociedades. Al mismo tiempo, se buscaba que este método fuera un elemento que permitiera combatir la opresión y abuso de poder de las clases dominantes en la sociedad.

El método de Freire nos remite a entender la educación como la vía de la liberación del hombre, por lo que el proceso de adquisición de conocimiento debe ser significativo para el receptor del mismo. El proceso de enseñanza se convierte así en una acción dinámica que busca diluir la relación jerárquica entre el “educador” y el “educando”. Otro elemento fundamental de este método es la subjetividad que requiere el proceso de enseñanza, lo cual significa que para que

³⁰ Carta de Bangkok para la Promoción de la salud en un mundo globalizado [En línea] disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf . Accesado el día 12 julio 2012

este proceso sea liberador, se requiere tomar en consideración la realidad de los sujetos (social, política, económica, cultural). Esta propuesta de enseñanza nos lleva a cesar terminantemente con métodos que no propicien la injerencia y participación de los sujetos (educandos), como parte fundamental de su propia transformación y adquisición del conocimiento, lo que nos lleva a entender a los procesos de educación popular como un mecanismo de adquisición mutua de conocimiento y a fortalecer las relaciones horizontales entre educador y educando al anular, definitivamente, las estructuras de dominación entre ambos actores. La Educación Popular es una pedagogía de la educación cimentada en el diálogo del hombre con el hombre, en donde la horizontalidad del proceso de construcción del conocimiento permite entender con claridad que el aprendizaje es un intercambio constante entre los individuos y el medio que los rodea. Freire propone una alfabetización y educación vinculadas a una toma de conciencia de clase que permite potencializar las capacidades de los sujetos a partir de la reflexión y la acción. Freire, a través de su propuesta pedagógica, busca analizar la sociedad en la que vivimos para vislumbrar la relación opresores/oprimidos y así poder enfrentar la situación de nuestra realidad específica en las esferas política, económica, social y cultural. Tener claro que “nadie es analfabeto, inculto o iletrado por decisión propia”. Freire critica al método tradicional de enseñanza y alfabetización por su carácter “domesticador” y “alienante”,³¹ el cual está pensado en la protección de los intereses de las clases dominantes a través de la anulación de la conciencia crítica y la creación de procesos de masificación que tienen como objetivo generar “objetos” inconscientes al servicio de los medios de producción a partir de procesos repetitivos con criterios eficientistas. Estos procesos, indudablemente, llevan a la deshumanización. Por ello, propone que la humanización debe darse mediante una educación que despierte conciencias críticas para que no seamos seres ajustados a lo que se nos imponga, sin derecho a decidir. Propone, además, despertar nuestra capacidad creadora y nuestra capacidad de comprensión de los cambios, asumir la responsabilidad de la

³¹ Alienantes al *status quo*.

participación y entenderla como sinónimo de democratización en los ámbitos económicos, políticos, culturales y sociales presentes en la vida cotidiana de los sujetos, para que seamos capaces de tomar una posición consciente y crítica ante las problemáticas existentes en nuestra realidad y que desarrollemos la capacidad de ser fuertes para enfrentar dicha realidad, “educación como reflexión sobre el propio poder de reflexionar” (Freire, 1969: 52), un método que nos posibilita a comprender la realidad desde nuestro propio condicionamiento histórico-cultural.

La pedagogía de Freire se configura a partir de la premisa de que la educación debe ser un medio para la liberación del hombre. Propone instaurar un método pedagógico en el que éste se reconozca a partir de la concientización, la cual no significa únicamente conocimiento o reconocimiento, sino opción, decisión y compromiso alejándose de la enseñanza para así dar paso al aprendizaje.

Esta pedagogía obliga a que aquellos a los que se les ha negado la palabra aprendan a tomarla para transformar su realidad. La pedagogía del oprimido debe ser elaborada con él y para él; por ello, el objeto de reflexión de los oprimidos es la opresión y sus causas. Freire señala dos momentos de la pedagogía del oprimido como pedagogía humanista y liberadora: en el primero los oprimidos descubren el mundo de la opresión, a la vez que se comprometen con su transformación a partir de la práctica y, el segundo, radica en que una vez transformada la realidad opresora, esta pedagogía deja de ser del oprimido transformándose en una pedagogía de hombres en permanente liberación.

Freire crítica fuertemente a la educación tradicional, a la que se refiere como “educación bancaria”, ya que ésta lleva a formar seres alienados y alienantes. El término de educación bancaria hace referencia a que el acto mismo de transmisión de conocimiento resulta un acto de depositar, en el cual los educandos son los depositarios y el educador es quien deposita. De esta pedagogía alienante,

domesticadora y opresora deviene una relación vertical en el que el educando es un ser de adaptación y ajuste.

En la educación tradicional o bancaria la relación entre educador y educando se caracterizaría de la siguiente manera:

Educador	Educando
Educa	Es educado
Sabe	No sabe
Piensa	Objeto pensado
Habla	Escucha dócilmente
Disciplina	Es disciplinado
Opta y prescribe su opinión	Sigue la prescripción
Actúa	Tiene la ilusión de actuar en la actuación del educador
Escoge el contenido programático	Jamás es escuchado, se acomoda al contenido
Identifica a la autoridad del saber con su autoridad	Se adapta a las determinaciones del educador
Es el sujeto del proceso de educación	Es objeto del proceso de educación

Ante la educación bancaria, Freire propone la educación problematizadora en la cual el principio del educador humanista radica en que su acción debe basarse en la creencia del poder creador del hombre. Así, Freire hace hincapié en que los educadores humanistas no podemos utilizar la educación bancaria como una herramienta para la liberación, ya que se estaría incurriendo en una contradicción. Afirma, por otro lado, que la liberación auténtica es la humanización en proceso que se construye a partir de la práctica que implica la reflexión y la acción de los hombres sobre el mundo para transformarlo. De este modo, la

educación liberadora problematizadora no puede ser acto de depositar, narrar, transferir o transmitir “conocimientos”, sino acto cognoscente en el cual debe superarse la contradicción educador-educando. Nos encontramos, entonces, con que la educación problematizadora representa el paradigma que busca romper la contradicción educador-educando al proponer la dialogicidad.³² En consecuencia, se busca desarticular la relación de verticalidad y transitar a una relación horizontal entre los integrantes que participan del proceso pedagógico. Freire afirma que nadie educa a nadie y nadie se educa solo, sino que el proceso es el de hombres que se educan en comunión mediatizados por el mundo.³³ Es así que el educando ya no es un simple receptor de los depósitos, sino que se transforma en investigador crítico estableciendo un dialogo con el educador quién a su vez es también un investigador crítico. Otra diferencia entre ambos sistemas la podemos encontrar en el “asistencialismo” de la educación bancaria en tanto que éste sirve a la dominación al inhibir la creatividad, la domestica y anula el proceso de humanización. En contraste, la educación problematizadora busca una reflexión crítica. Freire afirma:

en la medida que sirve a la liberación, se fundamenta en la creatividad y estimula la reflexión y la acción verdadera de lo hombres sobre la realidad, responde a su vocación como seres que no pueden autenticarse al margen de la búsqueda y de la transformación creadora³⁴

La metodología de la educación liberadora propuesta por Freire es la siguiente:

³² Freire afirma que en el acto de dialogicidad, nuestro papel no es hablar al pueblo sobre nuestra visión o intentar imponerla a él, sino dialogar con él sobre su visión y la nuestra.

³³ Freire hace la misma analogía respecto de la opresión afirmando que nadie se libera solo y nadie libera a los demás sino que somos seres liberándonos (opresor y oprimido)

³⁴ Freire. P., (1970) *La pedagogía del Oprimido*. Uruguay: Tierra nueva (pg.95)

1.- Para eliminar un discurso alienado y alienante es necesario utilizar un lenguaje sencillo, claro, concreto y acorde a las situaciones de los hombres a quienes se les habla.

2.- Temas generadores y toma de conciencia de los individuos en torno a los mismos. Para ello será necesario buscar las situaciones límite,³⁵ las cuales implican la existencia de aquellos a quien directa o indirectamente sirven y aquellos a quien niegan lo frenan.

Debido a que el fundamento de la metodología de Freire es la dialogicidad, a continuación se presenta una diferenciación puntual entre la antialogicidad y la dialogicidad a partir de sus principales características:

Conquista v/s Colaboración.

La opresión se entrelaza con la conquista, así una vez que el individuo es conquistado, éste es aún más oprimido económica y culturalmente al robársele su palabra, su expresividad y su cultura. Con ello, el opresor se apropia, según Freire, de una falsa admiración, situación que lleva a las masas a convertirse en simples espectadoras, pasivas, divididas y, por ello, masas enajenadas.

La colaboración implica anular el “yo” y el “tú” para dar paso, con ello, a nosotros; sujetos que se unen para la problematización de su propia opresión y la transformación de ésta; por lo tanto, para la transformación del mundo. Así nos encontramos con que el diálogo no impone, no manipula, no domestica, no cosifica y no “slognaiza”, sino que da paso a la conciencia libre de opiniones.

³⁵ Según Freire “Cuanto más asuman los hombres una postura activa en la investigación temática, tanto más profundizan en su toma de conciencia en torno de la realidad y explicitando su temática significativa, se apropian de ella”

División v/s Unión

De inicio, el autor coloca a la manipulación como un instrumento propio de la conquista. El mecanismo de la división radica en el falso supuesto de la conservación del *status quo* entre los mismos oprimidos. Con ello, los dominadores aparecen como salvadores de aquellos a los que deshumanizan. El engaño es claro cuando los oprimidos demuestran un presunto poder sobre sus iguales. Estos, los nuevos opresores, creen que ya no están con los oprimidos, ya que el supuesto poder hace que se encuentren del lado de los opresores.

En tanto que la división es el mecanismo de acción de la opresión, el liderazgo revolucionario se alcanza sólo si existe unidad en las masas. Freire señala que este proceso puede generar conciencia de clase: “la unión de los oprimidos, la relación solidaria entre sí, sin importar cuáles sean los niveles reales en que éstos se encuentran como tales, implica, indiscutiblemente, una conciencia de clase.”³⁶

Manipulación v/s Organización

Igual que la división, la manipulación es colocada como un instrumento de conquista. En la manipulación se utiliza para toda serie de mitos relacionados con las aspiraciones del acenso a la burguesía. Movilidad que únicamente se logra a través de la alineación y aceptación de los preceptos impuestos por los mismos. La organización, según el autor, implica liderazgo, disciplina, orden, decisión, objetivos, tareas que cumplir y cuentas que rendir. Sin embargo, ésta debe llevarse a cabo sin recurrir a la cosificación de las masas populares. El liderazgo revolucionario no podrá nunca decir su palabra solo, sino con el pueblo.

³⁶ Freire. P., (1970) *La pedagogía del Oprimido*. Uruguay: Tierra nueva (pg.228)

Invasión cultural v/s Síntesis cultural

La invasión lleva a la inautenticidad de las masas. El engaño radica en hacer creer a las masas que son ignorantes, por lo que dicha ignorancia sólo les permite recibir la enseñanza de los dominadores.

En la síntesis cultural lo que se pretende alcanzar, según el autor, es la superación de cualquier aspecto inducido. De ahí que los actores del proceso no deban llegar al mundo como invasores, ya que éstos vienen para conocerlo con el pueblo y no para enseñarle, transmitirle y/o entregarle.

1.2.2 Carlos Núñez Hurtado

Uno de los principales representantes de la Educación Popular en México es Carlos Núñez Hurtado (Guadalajara, 1942-2008)³⁷ quien, en 1985, escribió *Educación para transformar, transformar para educar*. En este texto, el autor presenta algunos antecedentes históricos sobre la consagración de la metodología de la educación popular en Latinoamérica, así como de sus antecedentes en México.

³⁷ Fundador y director de Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario A.C. (IMDEC) en 1963. Propulsor de diversas iniciativas, entre ellas: COPEVI de OCCIDENTE (1967-1972), el Taller experimental de Expresión Popular (1978), la Red Alforja en Centroamérica (1981), la Red Mexicana de Educación Popular (1985). Presidente del Consejo de Educación de Adultos para América Latina CEAAL (1990-1997). Integrante del Movimiento Ciudadano Jalisciense (1992) y diputado federal ciudadano (1994-1997). Miembro Directivo del Consejo Internacional de Educación de Adultos (ICAE) en 1994, dirigente nacional de la Agrupación Política Causa Ciudadana y del movimiento Alianza Cívica. Participó en infinidad de eventos en América Latina y en Europa como educador, conductor, conferencista y asesor en diversas universidades e instituciones de educación, comunicación y desarrollo. Consultor de la UNESCO, la UNICEF y ministerios estatales en diferentes programas para México y Centroamérica.

Las nuevas formas de educación en los sectores populares han sido desarrolladas tanto por intelectuales comprometidos, como por los mismos cuadros avanzados de los movimientos populares. Dentro de su obra Núñez considera imprescindibles las siguientes experiencias:

1.- Augusto César Sandino (Nicaragua, 1920) se caracterizó por gestar un movimiento libertario y antiimperialista después de haber triunfado la revolución popular sandinista. Ésta dio origen a la Cruzada Nacional de Alfabetización. En 1984, el propio Ministro de Educación de Nicaragua afirmó que es Sandino quien abrió la primera escuela rural, una verdadera escuela para la liberación “donde tanto el alfabetizador como el alfabetizado compartieron las mismas condiciones inhóspitas, el mismo suelo ahoyado por las bombas y el mismo cielo nublado por los aviones”.(Nuñez,1996:26) Núñez afirma que Sandino logró fusionar los aspectos pedagógicos-educativos con lo militar, lo político, lo social, lo ideológico y lo económico, constituyéndose como precursor de la educación popular a partir de que el análisis de su proceso instauró la premisa de aprender del análisis de la realidad.

2.- José Carlos Mariátegui es considerado el fundador de esta nueva corriente ideológica en Perú. Al interpretar el marxismo en la realidad latinoamericana introduce nuevas prácticas formativas y organizativas que hoy en día se reconocen como pertenecientes a la educación popular. Carlos Nuñez, quien cita a Adriana Puigros, advierte: “En específico, adquiere características peculiares en cada situación nacional; las contradicciones raciales, generacionales, sexistas, la cuestión sindical, las luchas reivindicativas, ocupan en el esquema Mariateguista un lugar propio, pero siempre articulándose a un eje central, la lucha de clases.” (Nuñez, 1996: 28)

Según Núñez, los elementos constitutivos de su propuesta son: realidad, práctica transformadora, teoría y organización.

3.- En México el cardenismo y el alemanismo sentaron las bases en el proceso de su desarrollo popular y su dimensión educativa. Recordemos que en el gobierno de Lázaro Cárdenas se instaura el Estado de Bienestar, el cual fue resultado de las demandas revolucionaras. El autor afirma que en el ámbito educativo Cárdenas marca una tendencia popular y democrática.

El autor se apoya en Adriana Puigros para afirmar que la experiencia de educación socialista establecida por Cárdenas instaura en México un punto de quiebre del cual parte posteriormente la discusión sobre educación popular. Se establecen cuatro tendencias fundamentales: 1) el carácter laico de la educación, 2) el método científico como articulador de la realidad histórica, 3) educación gratuita y popular, y 4) como síntesis de los anteriores, el intento de la construcción de una pedagogía socialista nacional que introduce principios marxistas a la pedagogía de la realidad contemporánea mexicana. Sin embargo, la directriz que había tomado la educación socialista se ve interrumpida al tomar una nueva dirección llevando la educación a un modelo desarrollista-estabilizador³⁸ que en ese momento los gobiernos de Manuel Ávila Camacho y Miguel Alemán Valdez alentaban.

Núñez propone algunas etapas que han contribuido a formular lo que hoy en día llamamos Educación Popular a partir de las décadas de los 60 del siglo XX.

- 1) Con el triunfo de la Revolución Cubana el imperialismo crea una estrategia llamada “Alianza para el Progreso”, la cual pretendía cooptar los procesos populares a partir de otorgar asistencia técnica, apoyo financiero, una gran campaña ideológica cultural y organizativa. Dicha experiencia no logró concretarse, pero dejó importantes aportes (obras, materiales, movimientos cooperativos, organizativos, etc.) El más importante, a juicio de Núñez, fue el “desarrollo de la comunidad” como método de trabajo popular.

³⁸ Al respecto Nuñez señala “La implantación sin escrúpulos de un modelo capitalista dependiente orientado a jugar un papel útil a los intereses de las clases dominantes y al servicio de los grupos transnacionales” (33)

Introduciendo por primera vez conceptos como “participación”, “necesidad sentida” y muchos más. Es así que superando el alcance desarrollista inicial del proyecto original da paso a esta nueva propuesta.

- 2) A finales de los 50 y casi todos los 60, la iglesia católica contribuyó a buscar el “desarrollo.” Así surge un planteamiento desarrollista, el cual proponía pasar de una situación paternalista y asistencialista a un enfoque meramente economicista. Con ello, se conformaron en América Latina grandes concentraciones que se identificaron con el pueblo y sus necesidades, lo que propició la creación de nuevas metodologías y técnicas de investigación. Se intentaba instaurar el uso de materiales didácticos y organizativos, etc. De esta manera, según Núñez, una práctica de desarrollo comunitario honesta, el acercamiento al pueblo, y una tímida relación con las ciencias sociales contribuyeron al creciente fenómeno de las prácticas de Educación Popular.

- 3) En la segunda mitad de la década de los años sesenta, en Chile surgieron centros que buscaban, por un lado, superar la marginalidad y, por otro, la incorporación activa de los más pobres a la sociedad. Esta teoría exponía que la sociedad se encontraba dividida en participativa y marginal, donde las minorías que podían acceder a la participación gozaban de los procesos de desarrollo, con lo que podían adquirir bienes y servicios como ingreso, salud, vivienda, recreación, etc. Mientras tanto, las mayorías se encontraban al margen de esta realidad. Así, la marginación, la no participación, y la dependencia geopolítica se constituyeron como un nuevo y valioso aporte, ya que dieron pie a formular el quehacer en términos metodológicos y se realiza una incipiente vinculación entre lo social y lo político.

- 4) En la misma década de los sesenta surge la propuesta de Paulo Freire sobre la pedagogía de la liberación.

Núñez señala que cuando la teoría de Freire llega a México se asume como una teoría meramente educativa y pedagógica que dejaba de lado el carácter político que caracterizaba a Freire, convirtiendo el acto de concientizar como sinónimo de alfabetizar (Núñez, 1985: 41). Sin embargo, expone el autor, el surgimiento de la Teología de la Liberación en Medellín, Colombia (1968), y los acontecimientos del movimiento estudiantil en México en el mismo año, llevaron a muchos jóvenes universitarios a interesarse en trabajar con los grupos populares dando una orientación política. Núñez afirma que la falta de experiencia en México contribuyó a abrir un abismo entre la propuesta teórica de Freire y lo que se estaba llevando a la práctica en las comunidades en las que se realizaba el trabajo. El autor remite este vacío a la falta de herramientas técnicas y métodos disponibles.

Núñez enfatiza la necesidad de entender que la Educación Popular se aleja de ser un método de enseñanza que sirva a la educación no formal entendida como programas de educación a distancia, educación abierta, educación acelerada y cualquier otro método de enseñanza que rompa con ciertos elementos de la educación formal y que reproduzca la verticalidad de la relación alumno-maestro. La educación para adultos también es mal llamada Educación Popular, según este autor, ya que reproduce técnicas en las que el educador es quien tiene el conocimiento y lo transmite para cumplir con los estándares establecidos en los programas oficiales.

La Educación Popular, para Núñez (1985: 54), es un proceso y método de enseñanza que forma y capacita desde una perspectiva política de clase. Esa conciencia se encuentra vinculada con la acción organizada del pueblo y debe traducirse en praxis comunitaria para enfrentar las problemáticas sociales. El autor critica la creencia falsa de que los intelectuales, que no tienen relación con la vida cotidiana de las comunidades (pueblo), y con el proceso de las mismas, sean

quienes dicten las normas y pautas a seguir, por lo que propone alejarnos de criterios “vanguardistas”. Al mismo tiempo, propone dar veracidad y validez a la voz y a la experiencia del pueblo siempre y cuando éstas sean producto de la conciencia y del sentido histórico, no de criterios “basistas” y “expontaneistas” (Ídem: 55-56). Núñez plantea que no se trata únicamente de crear conciencia o concientizar, sino que esta concientización debe estar dirigida a crear conciencia de clase que se vuelva, como decía Freire, un medio de transformación. La relevancia de este autor radica en la reivindicación que formula de las teorías de Freire en México y coloca, como objetivo fundamental de la Educación Popular, el desarrollo de la “conciencia de clase”. De ahí que la metodología del autor pone de manifiesto la necesidad de establecer una relación entre el planteamiento metodológico coherente y la definición política del programa, lo cual, según Núñez, sólo es posible a partir de una metodología dialéctica a través del proceso “acción-reflexión-acción”, “práctica- teoría- práctica”.

El punto de partida que propone el autor consiste en un triple diagnóstico. En principio, el grupo u organización realiza un diagnóstico de su realidad objetiva (condiciones materiales y sociales) para situarse, en un segundo momento, en el análisis de “práctica social”, entendiendo que las acciones individuales, grupales y colectivas de la práctica diaria es lo que crea, modifica y transforma constantemente la realidad (accionar del hombre sobre las condiciones materiales y sociales). El grupo debe analizar las acciones espontáneas u organizadas que realiza para transformar su realidad. El tercer momento del diagnóstico consiste en el reconocimiento crítico y consciente de la realidad y de las acciones efectuadas sobre dicha realidad. Este reconocimiento es objetivo en tanto hechos, situaciones y circunstancias que se conocen y subjetivo en tanto se reconocen actitudes, emociones, sentimientos e interpretaciones.

Una vez realizado el tripe diagnóstico es necesario acudir a la teorización a partir de la práctica, constituir un mecanismo constante de adquisición del

conocimiento a partir de la realidad, sin regresar nunca al punto inicial, ya que el método funciona como un “articulador dialéctico entre la teoría que lo fundamenta y la realidad que se pretende conocer” (Ídem: 63). La construcción de los conceptos que el grupo u organización diseña responde al nivel de conciencia del mismo grupo y se encuentran ligados al grado de interpretación y universo cultural del mismo. Por último, es necesario regresar a la práctica avanzando con ello dinámica y creativamente cada vez que se renueve el proceso práctica-teórica-práctica.

1.3 Género y desigualdad social

Hasta aquí, hemos visto cómo la Medicina Social, la Epidemiología Crítica, la Salud Colectiva y la Educación Popular son corrientes teóricas que apuntan a combatir las injusticias y desigualdades sociales mediante el estudio del sistema económico, político, cultural y social de las comunidades. Estos enfoques reconocen que la salud no se reduce al campo biológico y fisiológico, sino que retoma los ámbitos social, económico, político, cultural y simbólico y las diversas interrelaciones existentes entre sí, además de realizar un análisis crítico de cómo opera la opresión, el abuso de poder, la marginalidad, la pobreza y la falta de conciencia política y conciencia de clase como resultado de una dinámica que ha imperado en las sociedades latinoamericanas. Así, la Promoción de la Salud encuentra en ellas un caldo de cultivo en el que es posible fundamentar la importancia de prácticas de Promoción de la Salud las cuales tengan presente la complejidad que implica el proceso salud-enfermedad-atención en su relación con la producción y reproducción social y la formación de profesionistas capacitados para acompañar procesos que tengan como objetivo contribuir a reflexionar sobre la transformación de las desigualdades a partir de la reflexión, discusión y crítica en espacios contruidos por las colectividades y, de ser posible, en espacios que los propios profesionales puedan crear con la finalidad de que el conocimiento deje de

monopolizarse y éste pueda ser construido desde los propios referentes y las experiencias de los participantes de dichos procesos.

Si bien es una realidad que las injusticias y desigualdades sociales se pueden traducir en determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, es necesario reconocer que, aún dentro de una misma clase social, existen otros elementos que agudizan los procesos salud-enfermedad-atención. Uno de ellos es el género.

Las ciencias sociales, en particular la psicología, la sociología y la antropología social se han interesado por el estudio de las construcciones sociales de la diferencia sexual y cómo éstas operan, de manera estructural, en distintas dimensiones de los sujetos. Para explicar la construcción de la diferencia de género en su relación con la desigualdad se ha propuesto 1) que las diferencias conductuales y de temperamento entre varones y mujeres son creaciones culturales (Mead, 1935); 2) que el hecho de que los sexos tengan una asignación diferencial en la niñez, y ocupaciones distintas en la edad adulta, es lo que explica las diferencias en el temperamento, es decir, las diferencias en el temperamento no parten de una base esencialista dada en el nacimiento, son un producto social (Murdoch, 1937); 3) que la construcción social de lo masculino y lo femenino son estatus instituidos que influyen en la configuración de identidades psicológicas para cada persona (Linton, 1942).

El nuevo feminismo que surge a final de los años sesenta, del siglo XX, pone a la luz una realidad que se había pasado por alto: ¿por qué la diferencia sexual implica desigualdad? A esta pregunta yo agregaría: ¿por qué el incorporar el análisis de la categoría género en los procesos salud-enfermedad-atención arroja resultados diferenciados según cómo el género opere y se combine con otros determinantes? Para responder a estas preguntas es necesario establecer algunos conceptos.

¿A que nos referimos cuando hablamos de Estudios de Género? La categoría género surge a partir del análisis de cómo las sociedades a través de la cultura (experiencias, ritos y costumbres) han construido y legitimado las normas de comportamiento, actitudes y aptitudes de varones y mujeres dando como resultado la asignación y adquisición de identidades antagónicas basadas, inicialmente, en la anatomía de las personas. De esta forma, en nuestra sociedad contemporánea lo “masculino” ha significado “fuerza, decisión, mando, poder, etc.”; mientras lo femenino es asociado a conceptos como “debilidad, timidez, obediencia, sumisión, etc.”

Robert Stoller (1968) es el primero en establecer la diferencia entre sexo y género indicando que, por un lado, el género es una cuestión que se le atribuye al sujeto desde el nacimiento a partir de sus características biológicas (genitales) y da como resultado la categorización hombre-mujer. Posterior a esto, a la par de que el infante adquiere lenguaje, adquiere también una identidad de género la cual se encuentra relacionada directamente con todo un proceso de incorporación de normas, valores y expectativas alrededor de lo que debe y no debe ser su masculinidad o su feminidad. Es decir, para la identidad de género la sociedad establece una serie de roles culturales los cuales son resultado de normas establecidas respecto a lo que socialmente es aceptable para lo femenino y para lo masculino. Así, en nuestra sociedad contemporánea, se atribuye que la mujer, por el hecho de parir, es quien debe actuar en el ámbito privado, en el ámbito doméstico, en el que se desempeñará como cuidadora de sus hijos, de la casa y la familia; mientras que los hombres actuarían en el ámbito público desempeñándose como proveedores y encargados de la protección material de la familia. Nos encontramos con que la sociedad establece comportamientos, habilidades, características, trabajos y atribuciones para cada género. Es decir, las aptitudes y actitudes a partir de la diferencia sexual tiene una determinación social que establece el “deber ser” para la asignación de roles a partir del género (Lamas, 1996: 112-114).

A partir de analizar estos elementos surge una categoría denominada “sistema sexo-género”. Dicho análisis se encuentra encaminado a visibilizar cómo las sociedades han transformado la sexualidad biológica en productos de actividad humana (Ídem: 116-117). La mujer, a quien se le atribuye debilidad, fragilidad, sumisión, cuidadora de hijos y de la familia, es colocada en una situación de desventaja, opresión, manipulación y subordinación atribuyéndole una cercanía “legítima” al ámbito del mundo natural debido a su función biológica reproductiva. Los estudios del sistema sexo-género cuestionan esta relación directa de la mujer con el mundo natural y, por oposición, la relación directa de varón con el mundo cultural. Es, precisamente, en este cuestionamiento de diferenciación sexo-género, donde se observa el origen de la desigualdad entre los varones y las mujeres.

Por lo tanto, los Estudios de Género se encaminan a comprender cómo socialmente se ha construido al relación de lo femenino con el ámbito privado, lo masculino con el ámbito público (Ídem: 32 y 33) la manera en que ello implica desigualdad social y, de esta manera, el poder generar acciones que busquen la equidad entre los géneros.

Hoy en día, para las ciencias sociales, es inaceptable el argumento de que la pasividad y vulnerabilidad de la mujer descansa en su anatomía. Se acepta que ésta es una construcción sociocultural e histórica, por lo que es posible transformarla. El hecho de revalorar el trabajo de las mujeres fundamenta bases sólidas sobre las cuales es posible construir sociedades más equitativas, justas e igualitarias.

Los Estudios de Género reconocen la subordinación y dominación al que las mujeres han estado sometidas durante generaciones, reconoce que cada sociedad, a través de sus instituciones (políticas, sociales, religiosas y económicas) generan modelos de desigualdad, entre varones y mujeres, históricamente determinados. Así, encontramos que en sociedades capitalistas se ha generado todo un sistema

para obtener de las mujeres mayores ganancias a partir de la división sexual del trabajo: reducción de sueldos, no dar prestaciones a las trabajadoras o despedirlas cuando éstas se encuentran en estado de embarazo. Todos estos factores afectan directamente el proceso salud-enfermedad (Ídem: 41). Cabe señalar que en los gobiernos socialistas del siglo XX tampoco se logró abatir, de manera considerable, la desigualdad de género a pesar de algunos avances en derechos sociales y género. Por tanto, los procesos de desigualdad de género son resultado de las formas en las que culturalmente hemos “aprehendido” a socializar. Dichas formas de socialización se encuentran, además, reforzadas por las instituciones que permean la organización social.

Las diferencias biológicas se traducen en desigualdades entre los géneros explicadas a partir de la construcción sociocultural y es, a partir de estas desigualdades, que la Promoción de la Salud encuentra un ámbito de acción en tanto estas desigualdades impactan directamente la salud de las mujeres, ya sea a corto, mediano o largo plazo en los ámbitos físico, psicológico, emotivo, de acceso a bienes, servicios y derechos. Estas desigualdades también impactan en la salud de los varones por los costos, por ejemplo, de lo que implica alcanzar el ideal de la masculinidad dominante.

Sin lugar a dudas, se requieren promotores de la salud capaces de generar procesos que incluyan estrategias que impacten de forma directa en la deconstrucción del imaginario social respecto la “feminidad” y la “masculinidad”. Procesos que incluyan la perspectiva de género no sólo como una polarización entre los sexos, sino que éstos propicien la incorporación de una nueva construcción sociocultural respecto al tema con el objetivo de eliminar la opresión, la desigualdad, la injusticia y la jerarquización entre los géneros para dar paso a una sociedad con igualdad en derechos y oportunidades en todos los ámbitos que permean la actividad humana

CAPÍTULO II
MARCO CONTEXTUAL
Antecedentes históricos, políticos y sociodemográficos de San Miguel
Topilejo

2.1 Origen

El poblado de San Miguel Topilejo se remonta a la época mesoamericana. Los restos más antiguos sitúan el poblamiento de esta región en el año 1100 de nuestra era. Es probable que el poblamiento de Topilejo tenga su origen en asentamientos creados a partir de grupos pertenecientes a la corriente migratoria de xochimilcas, provenientes del actual estado de Morelos, la cual culmina su migración en el sur de la cuenca de México con la creación del pueblo chinampero de Xochimilco. Se cree que Topilejo no fue un importante centro de poder económico, político ni religioso. Los vestigios muestran que su arquitectura no era de tipo monumental (Rodríguez y Rodríguez, 1984). Es por ello que se considera que Topilejo tuvo importancia, precisamente, por su carácter de zona subordinada a un centro dominante, contribuyendo con su producción al desarrollo económico, político y religioso de algún centro mayor. Héctor Salvador Moreno Centeno, investigador de la cultura náhuatl, no acepta dicha relación de subordinación y afirma que la importancia de los centros menores radicaba en que las sociedades prehispánicas favorecían la colectividad, explicando así que la importancia de Topilco se debió a los aportes que estos daban a Xochimilco y Morelos a través de los productos que les abastecían en pro de la colectividad y no como centros subordinados.³⁹

María Teresa Cabrero (1980) realizó una investigación antropológica en esta zona, de la cual concluye que éste fue un asentamiento de menor importancia. Encontró vestigios de construcciones de tipo habitacional y de tipo ceremonial.

³⁹ Entrevista realizada a Héctor Salvador Moreno Centeno, investigador independiente de la cultura náhuatl. Realizada el 22 de octubre de 2011.

Asimismo, menciona que existen pruebas en el mapa Upsala de caminos que comunicaban a Topilejo con Xochimilco y que fuentes históricas del siglo XVI confirman la ruta a través de la cual se realizaba contacto con el valle de Morelos. El confirmar la existencia de estas rutas resulta de suma importancia debido a que la relativa proximidad que existía entre estos poblados es clave para entender que, a consecuencia de ella, se compartieron rasgos culturales formando finalmente esta relación entre estos tres poblados (Xochimilco, Topilejo y cierta área de Morelos) como parte de la sociedad mexicana.

2.2 Nombre

Existe un documento en náhuatl, que data de 1531, que describe a Topilejo como el lugar “en donde está el bastón de mando” (Cabrero, 1980: 30). Respecto al nombre dado a este lugar en el período postcolonial, encontramos un relato de la tradición oral. Los ancianos cuentan que, una vez instaurada la capilla en el tiempo que no había párroco, había que enviar a los topiles⁴⁰ a la parroquia de Xochimilco a buscar quién acudiera a dar los servicios religiosos. Dada la lejanía, los misioneros nombraron a los habitantes provenientes de Topilco “los de topilejo” (Ortega, 2006: 6). Es decir, se liga a los representantes del pueblo (topi) con la lejanía del lugar (lejo).

Por otro lado, existe otra versión sobre el origen del nombre Topilejo. Ésta tiene que ver con la acepción que tiene la palabra Topilejo desde la raíz de la lengua donde se origina. En náhuatl, *topilli* significa bastón y *co* significa lugar. Por tanto, topilco podría significar “lugar del bastón”.⁴¹

⁴⁰ La acepción que se le da en este texto a la palabra “topil” o “topiles” es la de ayudantes de mayordomos. Cabe mencionar que en la cosmovisión indígena náhuatl, éste no es un cargo denigrante puesto que, los elegidos para servir, son las personas a las que se les tiene mayor respeto en las comunidades. El punto de ruptura de esta cosmovisión es la invasión occidental que convierte al que sirve en objeto de menoscabo.

⁴¹ Entrevista realizada a Héctor Salvador Moreno Centeno, investigador independiente de la cultura náhuatl. Realizada el 22 de octubre de 2011.

2.3 Evangelización en Mesoamérica y creación del pueblo de San Miguel Topilejo

La invasión⁴² española mesoamericana fue brutal y trajo consigo la dominación espiritual a través de la fuerza. La visión occidental de los invasores no permitió el entendimiento de la cosmovisión indígena de los pueblos que eran nuevos para ellos. Por ello tuvieron que utilizar la fuerza para imponer el lenguaje y la religión judeocristiana (Lafaye, 1978: 6). La imposición espiritual se extiende de Tenochtitlan a las periferias. Así, llegan por primera vez a las tierras de Topilco los franciscanos en 1523, luego los dominicos en 1526 y finalmente los agustinos en 1533. (Ortega, 2006: 19).

Es muy poca la información que se tiene de lo que ocurrió con Topilco durante toda la época colonial. Los documentos que nos muestran que esta zona no se deshabitó son: a) un mapa en donde se encuentran señalados Topilejo y Santiago Tepalcatlapan (1774); b) la *Carta de la Valle de México* donde se muestran los pueblos de San Miguel Topilejo y San Andrés Ahuayucan (1804); c) una carta orográfica del Distrito Federal donde aparecen Santiago Tepalcatlapan y Topilejo (1877); d) una carta hidrológica que registra a Topilejo (1888) y e) una carta hidrográfica (1900) que ubica a Topilejo (Cabrero, 1980: 30).

Debido a la poca existencia de bibliografía del periodo colonial respecto a esta localidad, no se sabe con exactitud cómo se desarrolló la vida en este período. Sin embargo, se sabe que la población decayó a la llegada de los españoles reapareciendo como pueblo en el siglo XVII según los mapas “Obras de Drenaje Profundo” (Ídem: 77). Se presume que la población existente en el área,

⁴² Entendiendo que la conquista es un cortejo y la invasión un sometimiento.

después de la invasión, fue concentrada en diferentes pueblos.⁴³ Así se construye la parroquia del pueblo de Topilejo ubicada en el centro del mismo y se nombra a San Miguel Arcángel como patrono del pueblo.

2.4 Agricultura y Organización Social

Desde la antigüedad y hasta la actualidad en Topilejo la agricultura se practica siguiendo los ciclos de temporal. Esto se debe a la capacidad del suelo para retener la humedad, y así facilitar su aprovechamiento agrícola en forma continúa (Ídem: 15-17). Además de la actividad agrícola, los pobladores aprovechaban la tala de los bosques, la caza de animales silvestres, la recolección de frutos y la crianza de animales domésticos (Ídem: 20-27).

Topilejo ha sido históricamente una zona que ha basado su economía en la agricultura. Para 1994, sus principales cultivos eran maíz, haba, frijol, nopal, chícharo, flor de calabaza, calabaza, rábano, forrajes, papa, zanahoria, espinaca, col, elotes, acelgas y lechuga.⁴⁴ Actualmente, son pocos los pobladores que aún se dedican a la actividad agrícola.⁴⁵

Según José Guadalupe Escobar y Antonio Reza, ejidatario y presidente de bienes comunales de Topilejo, respectivamente, el pueblo cuenta con un área comunal de 10,365 hectáreas, incluyendo los nuevos asentamientos humanos como son: Ayocatitla, Ocotla el Chico, Ocotla el Grande, Ahuacatitla, Los Pastores, Camino Viejo a Cuernavaca, Cortijo de Mendoza, Chalchintongo, El Arenal, El Sifón, Las Margaritas, Las Granjas, Las Rosas, Los Ángeles, Oyameyo, Paraje 38, Pedregal de Aminco, Los Siete Ocotes, El Tetequilo, Tehuiso y San Miguel Toxiac.

⁴³ El área donde se encontraba dicha población era extensa. El estudio de Cabrera (1980) corrobora que esta población fue distribuida en tres pueblos: San Mateo Xalpa, Santiago Tepalcatlapan y Topilejo.

⁴⁴ Coordinación de Organización Vecinal y Desarrollo Rural, (1994), Delegación del Departamento del Distrito Federal en Tlalpan. Mimeografiado.

⁴⁵ Programa de Apoyo a Pueblos Originarios, (2006), *San Miguel Topilejo: Historia costumbres y tradiciones*.

Las tierras de origen comunal fueron otorgadas al pueblo con el decreto del 4 de Mayo de 1976, durante el gobierno de Luis Echeverría.⁴⁶ Actualmente, existen 446 comuneros representados por una mesa directiva que consta de 12 miembros. Éstos ocupan los cargos de presidencia de bienes comunales, secretaría, tesorería y consejo de vigilancia.

Las tierras de tipo comunal se comenzaron a poblar en 1980 a través de venta ilícita, el traspaso de las tierras por herencia y, en algunos casos, la invasión de predios. Muchos de los agricultores se vieron obligados a vender sus tierras comunales debido a que el crecimiento poblacional ocasionó que, en tiempos de cosecha, los moradores del lugar robaran los productos agrícolas, provocando la disminución de las ganancias obtenidas por la venta de estos productos. Otro fenómeno ligado a la venta de los terrenos es el hecho de que los abuelos ya no tienen fuerza para trabajar el campo y las nuevas generaciones ya no se interesan por el trabajo agrícola puesto que éste ya no deja una remuneración redituable, por lo que ingresan al sector de la economía informal (comercio ambulante e independiente u algún oficio) o al sector laboral formal (como ir a trabajar a la industrias y/o a las fábricas).

En 1994 entra en vigor el Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá. El campo mexicano deja de ser productivo, lo que provoca se acelere la venta de terrenos de tipo comunal y, como consecuencia, el crecimiento de los nuevos asentamientos humanos.

La mayor parte de la gente que vive en los nuevos asentamientos pagó a los poseedores adjudicándose la propiedad privada de estas tierras; sin embargo, los oriundos ven a los nuevos habitantes con recelo: “No existe relación de ningún tipo,

⁴⁶ Diario Oficial de la Federación. Página electrónica de la Secretaría de Gobernación: “Resolución sobre el expediente de reconocimiento y titulación de bienes comunales del poblado de San Miguel Topilejo, Delegación Tlalpan, D.F.” Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=1976&month=5&day=24> [Accesada el 30 de agosto de 2011].

ni apoyo por parte de nosotros los originarios, hacia los nuevos colonos. Si les damos apoyo les damos más alas, la delegación les da más apoyo a ellos por que están organizados, ¡ya ve cómo hasta les pusieron luz y empedrado!”.⁴⁷

2.5 Fiestas, costumbres y tradiciones

Las fiestas, costumbres y tradiciones del pueblo de San Miguel Topilejo emanan del sincretismo; a través del mestizaje y de la imposición de la religión cristiana; por lo tanto, las fiestas, costumbres y tradiciones están cargadas hacia el catolicismo popular.

La fiesta patronal de Topilejo es la más importante. Se dedica al patrono del pueblo: San Miguel Arcángel. Existen dos fechas en las que se realiza esta celebración: el 8 de Mayo, llamada La Fiesta Chica; y la del 29 de Septiembre, denominada La Fiesta Grande. Esta última fiesta es esperada durante todo el año por los pobladores. En sus inicios se practicaba el trueque, sobre todo con Xochimilco para obtener los alimentos con los que no se contaba. Se utilizaban las flores silvestres y las ramas de oyamel para adornar la iglesia y el altar. Hoy en día el ritual de vestir la imagen de San Miguel Arcángel, adornar las portadas de la entrada del atrio y de la entrada del templo, y fabricar el castillo desde un día antes, sigue siendo una práctica cotidiana año con año. Se siguen escuchando las campanas, los cuetes y la música de las bandas al término de la primera misa de la mañana. El baile anual es otro de los elementos tradicionales de la fiesta patronal, y danzas como la de chinelos, arrieros y santiagos siguen siendo vistas en el atrio de la iglesia. Cabe mencionar que todos los gastos corren a cargo de los pobladores, existen mayordomías encargadas de recolectar el dinero que se necesita, actividad que se realiza durante todo el año.

⁴⁷ Entrevista realizada a José Guadalupe Escobar y a Antonio Reza, ejidatario y presidente de bienes comunales, respectivamente. Realizada los días 12 de agosto de 2011 y 7 de septiembre de 2011.

Cuando no se contaba con luz eléctrica, el único juego mecánico era un volantín que giraba al moverse una manivela. A finales de 1940, Topilejo se electrificó, la energía eléctrica trajo consigo los juegos mecánicos. Ya en 1950 se construye la autopista México-Cuernavaca. La modernidad, expresada en esta construcción, transformó Topilejo. La autopista trajo consigo una división al interior del pueblo: quienes quedaron separados del centro construyeron su propia capilla, la de La Santa Cruz. Ahora, ellos realizan su propia fiesta para la capilla y celebran dicha fiesta el 3 de mayo (Ortega 2006: 88-89).

Otras tradiciones con raíces católicas son las peregrinaciones al santuario del Señor de Chalma, el rito para despedir a los muertos (ritual al difunto) y la celebración de día de muertos (1 y 2 de Noviembre). Estos ritos han sido modificados por la modernización y el crecimiento económico del pueblo. Sin embargo, la carga que tiene la raíz de estas tradiciones sigue siendo significativa por lo que se siguen realizando por los pobladores que profesan el catolicismo.⁴⁸

No sólo los ritos y tradiciones han sido modificados por el crecimiento económico y la modernización. Otros elementos como la alimentación y el uso de utensilios tradicionales también han cambiado: las tortillas que antes se hacían a mano y eran de nixtamal, ahora han sido sustituidas por las de los comercios; los platos y tazas que antes eran de barro, ahora son de unicel y plástico.

2.6 Nuevos asentamientos humanos

Existen diversos asentamientos humanos que se han establecido, desde 1980, en lo que antes fueron tierras de tipo comunal. Entre ellos, se encuentran los de

⁴⁸ Programa de Apoyo a Pueblos Originarios, (2006), *San Miguel Topilejo: Historia costumbres y tradiciones*.

Ahuacatitla, Tehuisco y Ocotla. Forman parte de las colonias del pueblo de Topilejo. Actualmente, estas colonias no cuentan con servicio de drenaje ni agua potable, todas las viviendas cuentan ya sea con fosas u hoyos negros y el agua se abastece a través del servicio de pipas subsidiadas por el gobierno delegacional. En las colonias de Ocotla y Tehuisco existe el servicio de teléfono; sin embargo, en Ahuacatitla este servicio no está disponible para la comunidad, por lo que sólo quienes pueden pagar el servicio de telefonía celular acceden a este tipo de comunicación. Las tres colonias mencionadas cuentan con servicio de electricidad y, actualmente, se llevan a cabo trabajos para empedrar las calles. Dichos trabajos se realizan conjuntamente entre comunidades y gobierno delegacional: los primeros aportan la mano de obra, el segundo el material.

Desde sus inicios el acceso a estas colonias se ha realizado a través del servicio tolerado de taxis piratas y combis de particulares. Recientemente, la ruta 69 proporcionó el servicio oficial de vagonetas.

El servicio de recolección de basura es insuficiente ya que la recolección de los residuos se realiza semanalmente, por lo que la población se ve obligada a trasladar sus residuos a lo que los pobladores conocen como el kilómetro 28 para depositarlos en contenedores fijos.

Los habitantes de estas comunidades acuden a comprar los artículos de primera necesidad al centro del pueblo de Topilejo, donde se encuentra el mercado más próximo. Cada lunes se coloca en el kilómetro 28 un pequeño tianguis que tiene poca afluencia debido a la baja calidad de los productos y los altos precios que maneja. Los supermercados más cercanos se encuentran a una hora de camino en transporte público.

El pueblo de Topilejo cuenta con dos escuelas preescolar, tres escuelas primarias, una escuela secundaria técnica, un Instituto de Educación Media

Superior (IEMS), un Centro Tecnológico de Educación Superior e instituciones de educación privada a nivel primaria y secundaria. Algunos de los niños de las colonias Ahuacatitla y Tehuisco acuden a estas escuelas; sin embargo, debido a la saturación de las mismas otras familias optan por enviar a sus hijos a escuelas de los pueblos cercanos como Parres, Ajusco, San Andrés, San Pedro, Xitle e incluso a las escuelas del Centro de Tlalpan recorriendo hasta una hora de camino en transporte público.

Las colonias Ahuacatitla y Tehuisco no cuentan con centro de salud, tienen que acudir al centro de salud del pueblo de San Miguel Topilejo, el cual es insuficiente debido a que tiene que dar servicio a la gente del pueblo y de todas las colonias aledañas.⁴⁹ Sólo cuenta con un consultorio dental, tres consultorios para atención de medicina general y espacios reducidos en farmacia, dirección, sanitarios, y servicios administrativos. Situación similar sucede con el servicio del Hospital Materno Infantil de Topilejo. Además de dar atención a la gente del pueblo y de sus colonias circundantes, se suma la atención a las personas de la delegación Tlalpan, e incluso de otras delegaciones, que no cuentan con derechohabiencia.

2.7 Datos sociodemográficos de las colonias Ahuacatitla, Tehuisco/Ocotla

La intervención comunitaria de esta investigación fue implementada en las colonias Ahuacatitla y Tehuisco del pueblo de San Miguel Topilejo, delegación Tlalpan. Por ello, a continuación se presentan los datos sociodemográficos de estas colonias. Cabe destacar que los datos de las colonias Tehuisco y Ocotla no son indivisibles,

⁴⁹ La población total de San Miguel Topilejo es de 34,603 habitantes, de los cuales 57.15% no es derecho habiente, lo que indica que el Centro de Salud da servicio a más de 17,301 personas, lo que equivale al 50% de la población. INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 [En línea] disponible en: <http://gaia.inegi.org.mx/pcpv2010/viwer.html> [Accesado el 28 de septiembre de 2011].

por lo que los datos que da el INEGI incluyen a estas dos colonias en una sola área geográfica.

Ahuacatitla⁵⁰

Población: esta área cuenta con una total de 1,494 habitantes de los cuales 718 son varones y 776 son mujeres.

Lengua indígena: Del total de la población, 82 personas de tres años y más hablan alguna lengua indígena siendo 43 hombres y 39 mujeres.

Educación: La población de 15 años y más que es alfabeta corresponde a 978, siendo 491 hombres y 487 mujeres; mientras que la población analfabeta de 15 años y más es de 24 personas, de las cuales 4 son hombres y 20 mujeres. La población de 15 años y más sin escolaridad corresponde a 53, de éstas 20 son hombres y 33 mujeres. El INEGI establece un grado promedio educativo para la población masculina de 8.59 y, para la femenina, de 8.53.

Servicios de Salud: La población derechohabiente a servicios de salud es de 723, de los cuales 278 se encuentran afiliados al IMSS, 88 al ISSSTE y 217 al Seguro Popular. Por lo tanto, 742 personas no cuentan con seguridad social.

Vivienda: Se contabilizaron 359 viviendas habitadas. El promedio de habitantes por vivienda es de 4.16. El número de viviendas que cuenta con un dormitorio es de 168, mientras que las viviendas con dos dormitorios o más corresponde a 180. El número de viviendas con más de 2.5 habitantes por dormitorio es de 156. Del total de viviendas, 9 cuentan con piso de tierra. Las viviendas que disponen de luz eléctrica son 346, 3 viviendas no disponen de dicho servicio. Las viviendas que no

⁵⁰ INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Clave geostadística: 090120027230 (AGEB 230)

disponen de agua entubada en el ámbito de la vivienda son 350.⁵¹ Las viviendas que cuentan con drenaje son 304, mientras que 46 no cuentan drenaje.⁵² 125 viviendas tienen línea telefónica fija, 252 celular y, 56 viviendas, carecen de cualquiera de las dos modalidades telefónicas. En 86 viviendas se cuenta con computadora; sin embargo, sólo 19 viviendas cuentan con servicio de internet y 259 viviendas no cuentan con internet ni con computadora.

Migración: La población nacida en la entidad es de 1,034 personas (505 hombres y 529 mujeres), mientras que la población nacida en otra entidad corresponde a 427 personas (195 hombres y 232 mujeres).

Características económicas: La población económicamente activa es de 624 personas (407 hombres y 217 mujeres). La población económicamente no activa es de 476 personas (141 hombres y 335 mujeres). La población ocupada corresponde a 610 personas (393 hombres y 217 mujeres); mientras que la población de 12 años y más, económicamente no activa que se dedica a estudiar, es de 218 personas (109 hombres y 109 mujeres). La población de 12 años y más económicamente no activa, que se dedica a los quehaceres del hogar, es de 215 personas (214 mujeres). Llama la atención que la información masculina aparece como confidencial; sin embargo, se deduce que es de las 215 personas que se dedican a quehaceres del hogar, sólo uno es varón.

Hogares con jefatura femenina: de 350 hogares censados, 264 tienen jefatura masculina, mientras que 86 tienen jefatura femenina, desglosados de la siguiente forma:

Jefe/a de familia menor a 30 años, 41 personas (35 hombres y 6 mujeres).

Jefe/a de familia de 30 a 59 años, 264 personas (202 hombres y 62

⁵¹ No existe el servicio de agua entubada de la red pública. Las personas que cuentan con agua entubada en su vivienda tienen que comprar pipas de agua y, lo que se esta contando como viviendas con agua entubada, son aquellas que han adaptado algún tipo de tubería al interior de éstas.

⁵² Cabe señalar que no existe red pública de drenaje. Lo que se considera en este rubro es el número de viviendas que cuentan con fosa o fosa séptica.

mujeres). Jefe/a de familia con 60 años y más, 45 personas (27 hombres y 18 mujeres). Hogares nucleares conformados por jefa de familia con hijos menores a 18 años, 24.

Fecundidad: Promedio de hijos nacidos vivos entre mujeres de 12 años y más, 2%. Promedio de hijos nacidos vivos entre mujeres de 15 a 49 años, 1.73% Porcentaje de mujeres con al menos un hijo nacido vivo, 7.25%.

Religión: Población con religión católica, 1,321 personas. Población con religiones protestantes, evangélicas y bíblicas diferentes a las evangélicas, 53 personas. Población sin religión, 51 personas.

Ocotla y Tehuisco⁵³

Población: esta área cuenta con una total de 1,768 habitantes, de los cuales 883 son varones y 885 son mujeres.

Lengua indígena: Del total de la población, 115 personas de tres años y más hablan alguna lengua indígena, siendo 59 hombres y 56 mujeres.

Educación: La población de 15 años y más que es alfabeta corresponde a 1164 personas, siendo 580 hombres y 584 mujeres; mientras que la población analfabeta de 15 años y más es de 49 personas, de las cuales 22 son hombres y 27 mujeres. La población de 15 años y más sin escolaridad corresponde a 51 personas, de éstas 20 son hombres y 31 mujeres. El INEGI establece un grado promedio de escolaridad para la población masculina de 8.71 y, para la femenina, de 8.52.

⁵³ INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Clave geoestadística: 0901200272422 (AGEB 2422). En este documento las localidades de Ocotla y Tehuisco se encuentran integradas como colonias.

Servicios de Salud: La población derechohabiente a servicios de salud es de 1,012 personas, de las cuales 357 se encuentran afiliados al IMSS, 140 al ISSSTE y 398 al Seguro Popular. Por lo tanto, 745 personas no cuentan con seguridad social.

Vivienda: Se contabilizaron 422 viviendas habitadas. El promedio de habitantes por vivienda es de 4.19. El número de viviendas que cuenta con un dormitorio es de 168, mientras que las viviendas con dos dormitorios o más corresponde a 189. El número de viviendas con más de 2.5 habitantes por dormitorio es de 172. Del total de viviendas, 21 cuentan con piso de tierra. Las viviendas que disponen de luz eléctrica son 415, por lo que 7 viviendas no disponen de luz eléctrica; sin embargo, el censo marca sólo 4 viviendas sin este servicio. Las viviendas que no disponen de agua entubada en el ámbito de la vivienda son 414.⁵⁴ Las viviendas que cuentan con drenaje son 314, mientras que 103 no cuentan con este servicio.⁵⁵ 155 viviendas cuentan con línea telefónica fija, 328 con celular y 48 viviendas no cuentan con ningún servicio telefónico. En 109 viviendas se cuenta con computadora; sin embargo, sólo 27 viviendas cuentan con servicio de internet y, 308 viviendas, no cuentan con internet ni computadora.

Migración: La población nacida en la entidad es de 1,227 personas (619 hombres y 608 mujeres), mientras que la población nacida en otra entidad corresponde a 528 (259 hombres y 269 mujeres).

Características económicas: La población económicamente activa es de 729 personas (474 hombres y 255 mujeres). La población económicamente no activa es de 588 personas (189 hombres y 399 mujeres). La población ocupada es de 704 personas (453 hombres y 251 mujeres). La población de 12 años y más económicamente no activa que se dedica a estudiar es de 244 personas (136

⁵⁴ No existe el servicio de agua entubada de la red pública. Las personas que cuentan con agua entubada en su vivienda tienen que comprar pipas de agua y, lo que se está contando como viviendas con agua entubada, son aquellas que han adaptado algún tipo de tubería al interior de éstas.

⁵⁵ No existe red pública de drenaje. Lo que se considera en este rubro es el número de viviendas que cuentan con fosa o fosa séptica.

hombres y 108 mujeres). La población de 12 años y más económicamente no activa que se dedica a los quehaceres del hogar es de 279 personas (277 mujeres). También llama la atención que la información masculina aparece como confidencial; sin embargo, se deduce que es 2 varones.

Hogares con jefatura femenina: de 419 hogares censados, 340 tienen jefatura masculina, mientras que 79 tienen jefatura femenina, desglosados de la siguiente forma:

Jefe/a de familia menor a 30 años, 46 personas (41 hombres y 5 mujeres).
Jefe/a de familia de 30 a 59 años, 325 personas (267 hombres y 58 mujeres).
Jefe/a de familia con 60 años y más, 48 personas (32 hombres y 16 mujeres).
Hogares nucleares conformados por jefa de familia con hijos menores a 18 años, 18.

Fecundidad: Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más, 1.95%
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años, 1.76%
Porcentaje de mujeres con al menos un hijo nacido vivo, 18.68%

Religión: Población con religión católica, 1,491 personas. Población con religiones protestantes, evangélicas y bíblicas diferentes a las evangélicas, 132 personas. Población sin religión, 126 personas.⁵⁶

2.8 Reflexiones finales

Las comunidades en las que se desarrolló el presente trabajo son comunidades conformadas a partir de la venta irregular de terrenos comunales. Esto ha significado numerosas problemáticas para los habitantes de los nuevos asentamientos humanos. Cabe señalar que la venta excesiva de predios

⁵⁶ Datos consultados en la página del INEGI. Disponible en: <http://gaia.inegi.org.mx/acpv2010/viewer.html> [Accesado los días 27 de septiembre de 2011 y 23 de enero de 2012].

comunales se dio a consecuencia de que el trabajo agrícola dejó de ser una fuente de ingreso para los habitantes del pueblo de San Miguel Topilejo. Entre las principales problemáticas de las colonias Ahuacatitla, Ocotla y Tehuisco encontramos:

- Utilización política de las comunidades: al ser estos asentamientos irregulares, la comunidad se convierte en blanco susceptible ante los mapas electoreros de los partidos políticos e instituciones, generando políticas de clientelismo y paternalismo ante las necesidades de solución de las problemáticas existentes de las comunidades. Cabe destacar que debido el crecimiento de estas colonias, cada vez se hace más necesaria la creación de escuelas, centros de salud, lecherías, mercados, un servicio efectivo de recolección de basura, drenaje y agua potable entubada. Esto es una cuestión compleja ya que los predios aún se encuentran catalogados como ejidales, por lo que las construcciones de este tipo no se encuentran autorizadas. Esto ocasiona que los gobiernos se vean limitados y la población afectada, por lo que deben resolver estas situaciones por sus propios medios.

- Migración: Tanto la colonia de Ahuacatitla, como las de Ocotla y Tehuisco, presentan un considerable número de habitantes que hablan alguna lengua indígena en comparación con la media para el Distrito Federal (82 y 115, respectivamente, lo que equivale a 5.48% y a 6.50% de la población total de dichas colonias).⁵⁷ Además, el número de personas que no nacieron en esta entidad corresponde a 247 en Ahuacatitla y 528 en Ocotla y Tehuisco, lo que equivale al 16.53% y 29.86%, respectivamente, del total de habitantes. Estos

⁵⁷ Para 2010, la población que habla alguna lengua indígena en el Distrito Federal, según cifras del INEGI, equivale al 1.5% del total de habitantes.

datos muestran que existe un importante fenómeno migratorio en estos asentamientos irregulares.

- **Analfabetismo:** El número de analfabetas en ambos casos es mayor en mujeres que en hombres (20 contra 4 y 27 contra 22). Asimismo, en ambos casos el número de mujeres sin educación es mayor al de hombres (33 contra 20 y 31 contra a 20). El INEGI establece un grado promedio de escolaridad de 8.53 para Ahuacatitla y 8.52 para Ocotla y Tehuisco. Cabe señalar que los riesgos de establecer promedios en las mediciones implica ocultar las injusticias y desigualdades sociales, ya que estos promedios reducen los índices de pobreza en las mediciones oficiales.

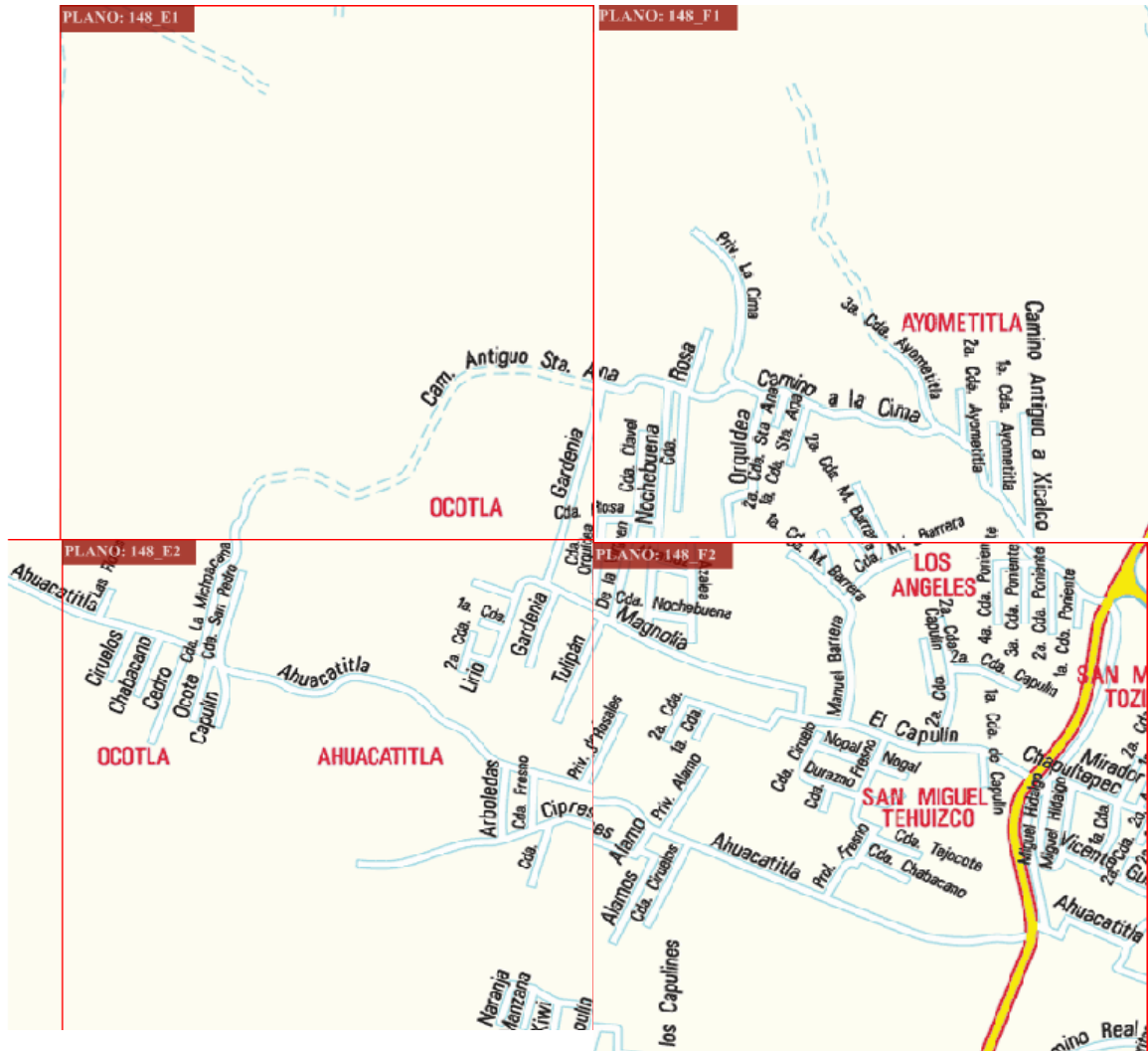
- **Seguridad social:** El número de habitantes que no tiene seguridad social es de 742 en Ahuacatitla y 745 en Ocotla y Tehuisco. Además, el número de habitantes que recibe la atención del Seguro Popular es alto: 217 en Ahuacatitla y 398 en Ocotla y Tehuisco. Este dato resulta importante ya que se debe tomar en cuenta que la atención de primer nivel se da a través de la Secretaría de Salud en los centros de salud de las comunidades. Recordemos que el centro de salud al que asisten las y los habitantes de estas colonias es el del pueblo de San Miguel Topilejo, que sólo cuenta con tres consultorios de médicos generales y un consultorio dental para dar servicio a más de 173,015 habitantes; lo que deja ver claramente que no es funcional en tanto no tiene la capacidad de dar atención de calidad.

- **Hogares con jefatura femenina:** En Ahuacatitla existen 86 hogares con jefatura femenina, mientras que en Ocotla y Tehuisco 340. Cabe señalar que

en ambos casos la mayor parte de los hogares con jefatura femenina se encuentra entre 30 y 59 años de edad.

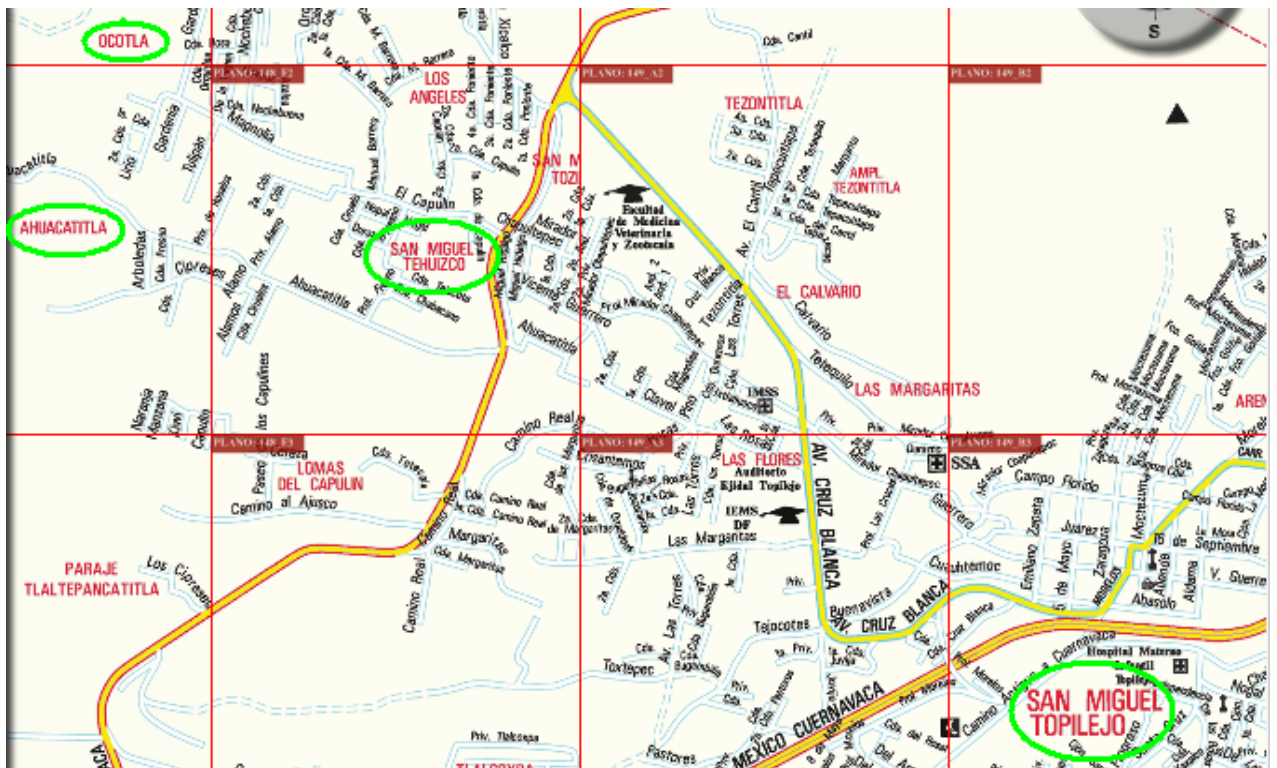
Estos elementos son suficientes para concluir que es necesaria una intervención comunitaria de promoción de la salud, con perspectiva de género, en estas colonias que muestran alto índices de desigualdad social y desigualdad de género.

Ilustración 1: Localización de las colonias Ahuacatitla, Ocotla y Tehuisco en San Miguel Topilejo, Tlalpan.⁵⁸



⁵⁸ Guía Roji [En línea] Disponible en: http://mapas.guiaroji.com.mx/ubicacion.php?gv_mapa=1&gv_calle=&gv_colonia=OCOTLA+CHICO&gv_delegacion=TLALPAN&gv_cp=0&gv_x=482193.109434067&gv_y=2124165.58924973 [Accesado el 26 de septiembre de 2011]

Ilustración 2: Localización de las colonias Ahuacatitla, Ocotla y Tehuisco respecto al centro de San Miguel Topilejo.⁵⁹



⁵⁹ Guía Roji [En línea] Disponible en: http://mapas.guiaroji.com.mx/ubicacion.php?gv_mapa=1&gv_calle=&gv_colonia=OCOTLA+CHICO&gv_delegacion=TLALPAN&gv_cp=0&gv_x=482193.109434067&gv_y=2124165.58924973 [Accesado el 26 de septiembre de 2011]

Capítulo III

Sistematización y reflexiones sobre la intervención realizada en el Círculo de Mujeres Mayahuel, de Ahuacatitla, San Miguel Topilejo.

3.1 Contexto en el que se realizó el trabajo de campo

La razón por la que decidí realizar una intervención comunitaria en promoción de la salud, en este lugar, se debe a que hace quince años llegué a vivir a esta región.⁶⁰ Desde entonces he sido testigo de la pobreza, la falta de voluntad política por mejorar las condiciones de vida de esta colonia, de la forma en que las familias se han tenido que acostumbrar a sobrevivir sin tener acceso a servicios básicos como el de recolección de basura, drenaje, servicios de salud, electricidad, pavimentación de las calles, vivienda digna, servicios de agua potable entubada y escuelas cercanas; y de cómo las necesidades de las comunidades se convierten en botín político en periodo electoral.

Asimismo, he visto cómo las poblaciones de estas colonias han trabajado de manera conjunta para exigir a las autoridades delegacionales el mejoramiento de dichas condiciones. Han logrado, hasta el día de hoy, la electrificación y el empedrado parcial de las calles, así como el servicio de transporte público oficial. Sin embargo, la exigencia por la regularización del uso de suelo sigue vigente.

El conocer de la existencia de un círculo de mujeres que se reunía periódicamente en la colonia Ahuacatitla fue una coincidencia. Cuando supe de este espacio, no dudé en que -dadas las características del grupo- era el lugar

⁶⁰ En 1997 llegué a vivir a la colonia Ocotla/Tehuisco. En un círculo de mujeres de este lugar se realizó una intervención comunitaria, a partir de la sistematización y retroalimentación de la experiencia en Tehuisco, de la cual se hablará en el último capítulo.

perfecto para realizar una intervención de salud comunitaria con perspectiva de género.⁶¹

3.2 Círculo de Mujeres Mayahuel

La colonia Ahuacatitla se encuentra ubicada en las inmediaciones del pueblo de San Miguel Topilejo. En esta colonia existe un grupo de mujeres que se reúne cada siete días en la Cerrada de Ciruelos, manzana 3, lote 41, colonia Ahuacatitla. El grupo está conformado por aproximadamente 50 mujeres, algunas asisten de manera regular, cada semana, otras no. La participación regular oscila entre las 28 y las 30 mujeres. Mayahuel, el nombre náhuatl del grupo, proviene de la diosa del *neutli*, bebida sagrada de los dioses y de la fertilidad de la mujer. Esta organización surge en el año 2006 cuando el *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal (DIF-DF)* realiza una propuesta para crear, en las colonias y pueblos del Distrito Federal, espacios de convivencia, esparcimiento, discusión, análisis, reflexión y capacitación dirigidos a mujeres.

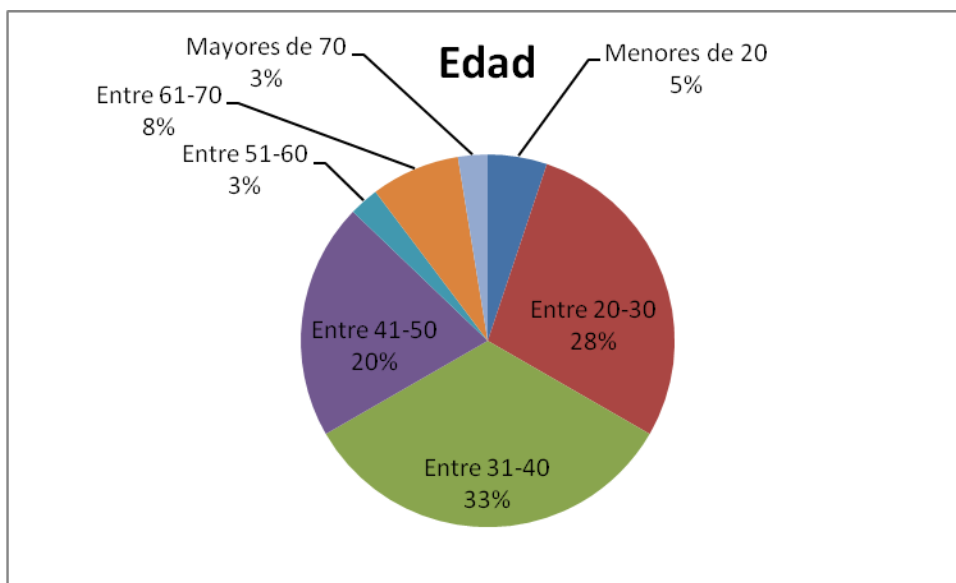
3.2.1 Perfil del Círculo de Mujeres Mayahuel

El perfil del círculo se realizó al analizar los siguientes datos de censo: nombre, dirección, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, hijos que viven con ellas, ocupación, escolaridad, pertenecía étnica, lengua, acceso a la seguridad social, acceso al servicios telefónicos y tiempo de acudir al círculo.

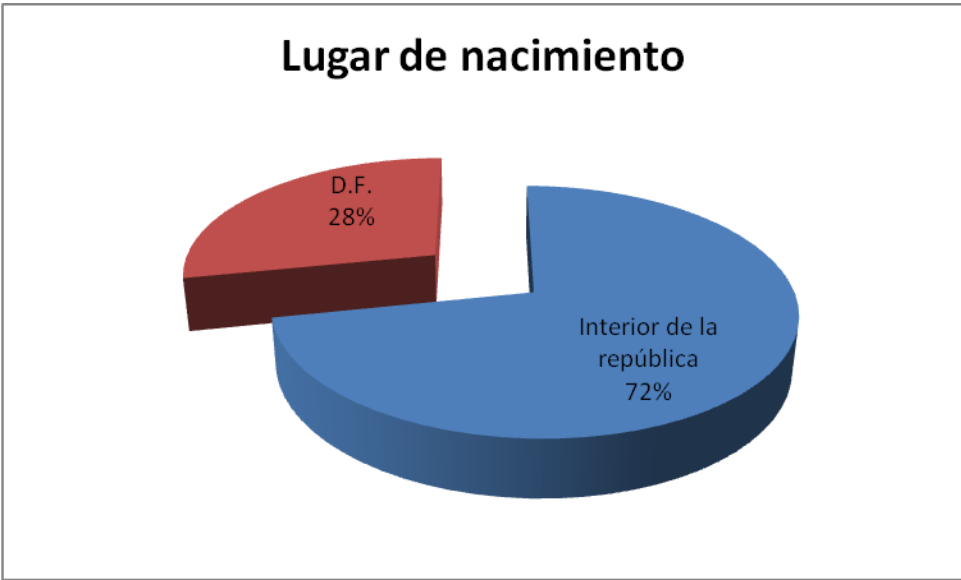
⁶¹ Se realizó una intervención comunitaria del 29 de junio de 2010 al 26 de febrero de 2011 en la comunidad de Ahuacatitla, ubicada en el Pueblo de San Miguel Topilejo. Del 29 de junio al 31 de agosto se realizó un trabajo de observación. Del 7 de septiembre al 26 de octubre de 2010 se realizó trabajo directo con las mujeres del grupo y, del 14 de diciembre al 26 de febrero, la Licenciada Mónica Gamboa del Grupo de Educación Popular con Mujeres A.C. (GEM), quedó a cargo de las actividades del grupo realizando un taller de ocho sesiones.

A continuación, se presentan algunas gráficas a razón de dar al lector un panorama general del grupo donde se trabajó. Cabe mencionar que éstas se presentan sólo para puntualizar algunos aspectos de relevancia sociodemográfica. La presente investigación, de ninguna forma, ve a las y los sujetos inmersos en los procesos sociales como simples estadísticas, porcentajes o números; como se mencionó en el capítulo uno, basarse sólo en las estadísticas para realizar la reflexión del problema de investigación corre el riesgo de esconder otros elementos, que reflejan las injusticias y desigualdades sociales, más allá de las metodologías cuantitativas.

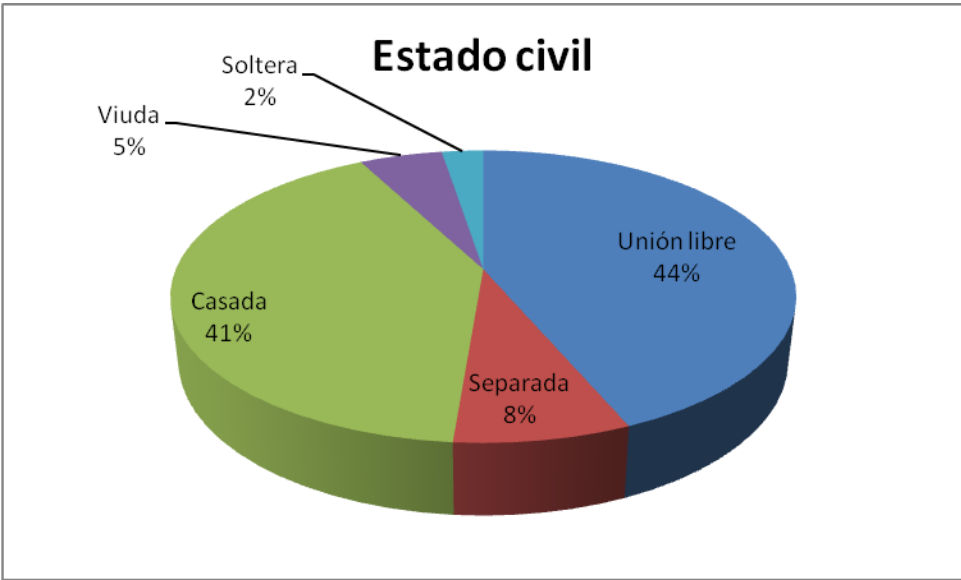
Las gráficas que se muestran a continuación, ofrecen algunos elementos de análisis sobre 39 mujeres que accedieron a participar en este censo.



El grupo, como se puede constatar, es heterogéneo en cuanto a edad. Acuden, en proporciones poco variables, mujeres entre las franjas etarias de los 20 a los 50 años.

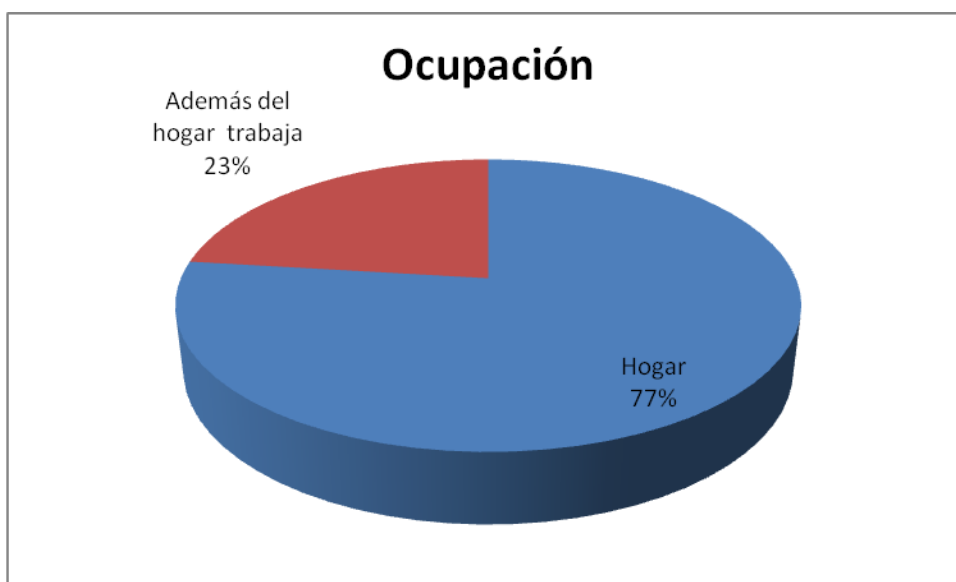


El lugar de nacimiento de las mujeres nos permite observar, con mayor claridad, el fenómeno de emigración a esta colonia. El 72% nació en otro estado de la República y, del 28% que nació en el DF, todas provienen de otras zonas de la ciudad.



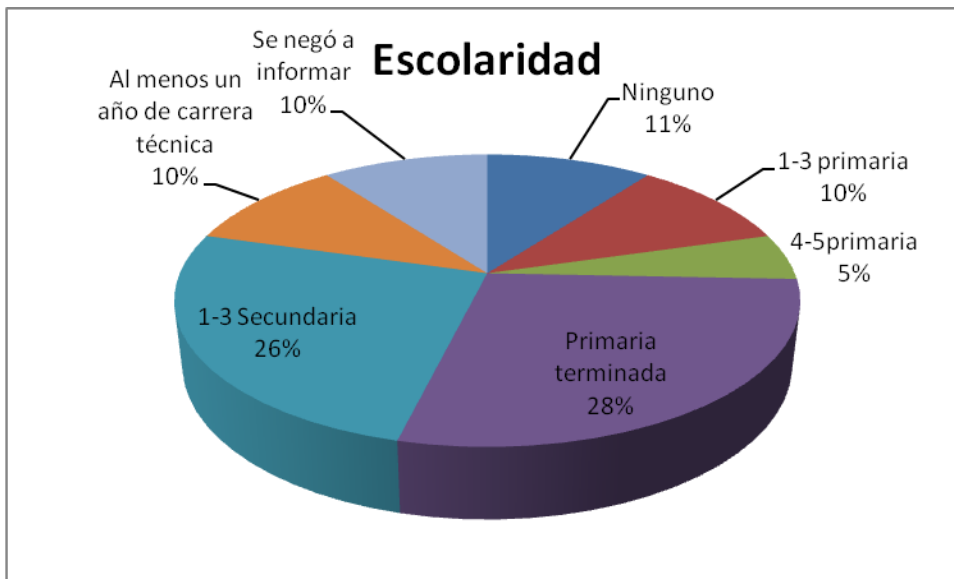
El 85% de las mujeres vive con su esposo o pareja. Es importante señalar que, de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los

Hogares (ENDIREH, INEGI, 2006), casi la mitad (10,088,340) de las mujeres casadas o unidas en México, de 15 años y más, fueron violentadas a lo largo de su relación. Este indicador es un dato importante que sustenta el interés para realizar esta investigación, sin que ello implique, automáticamente, que esta proporción sea la misma entre las mujeres entrevistadas.⁶²



El 23% de las mujeres realiza dobles jornadas de trabajo: la laboral y la del hogar.

⁶² INEGI, (2006) *Panorama de violencia contra las mujeres* [En línea] Disponible en: http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/encuesta_nacional_sobre_la_dinamica_de_las_relacio [Accesada el 11 de febrero de 2012].

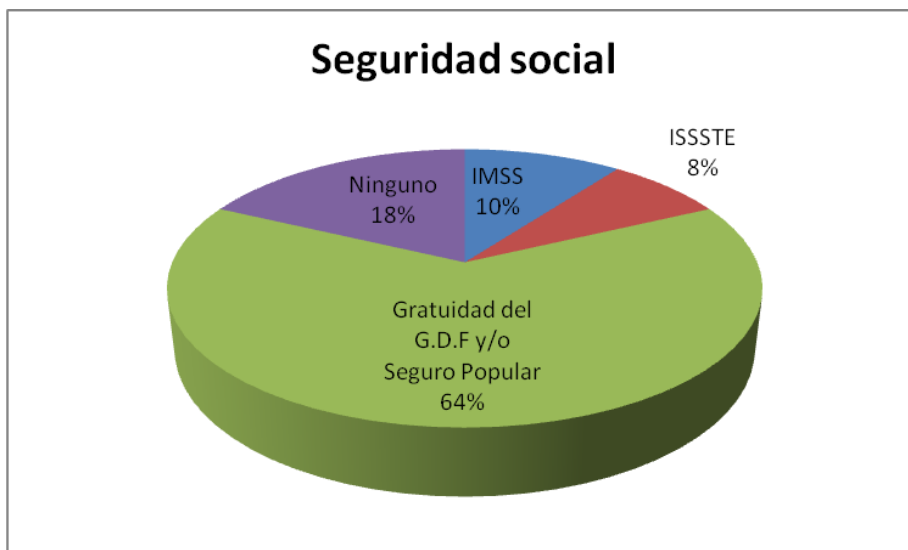


Resulta importante destacar que ésta fue la única pregunta a la que algunas mujeres se negaron a contestar. Por otro lado, 11% de las mujeres no cuenta con instrucción pública, 15% no concluyó la primaria y, el 28%, no logró ingresar a secundaria. Es decir, la escolaridad global es baja si se considera que sólo el 10% de las entrevistadas realizó, al menos, un año de carrera técnica.



Esta gráfica, a pesar de que muestra la existencia de un número importante de mujeres que pertenece a algún grupo indígena, y que la mayor parte de ellas habla

la lengua de su grupo étnico, advirtieron en lo general que ellas no transmiten este conocimiento a sus hijos: “no, no queremos que sufran”.



El 64% de las mujeres tiene afiliación al Seguro Popular y/o acude a los servicios de gratuidad del GDF, los cuales –como ya señalamos- son insuficientes. Sólo el 18% de las entrevistadas cuenta con seguridad social en el ISSSTE o en el IMSS.

3.3 El programa Círculo de Mujeres

Silvana Fuentes Rodríguez, responsable del diseño, arranque y coordinación del proyecto Círculos de Mujeres, hasta el día 6 de Agosto de 2010, señala que este proyecto surge formalmente el día primero de febrero de 2006 como una respuesta a las problemáticas de las mujeres y para dar opciones para combatir los rezagos culturales, políticos, económicos, educativos y de salud. El objetivo de abrir estos espacios “era organizar de una manera sencilla a las mujeres que viven en unidades territoriales con índices de marginación muy alto, alto y medio; que son, digamos, las que tienen menores oportunidades para tener acceso a los beneficios

a los programas por falta de información, por falta de organización.”⁶³ Cuando las mujeres del círculo me presentaron con Silvana, ella me expresó que “la finalidad de estos espacios es que las mujeres cuenten con un lugar donde puedan hacer lazos de apoyo con otras mujeres, donde puedan aprender a organizarse y a gestionar las necesidades que como mujeres tienen.”⁶⁴

El DIF-DF apoyó a los círculos otorgando despensas, dulces, bebidas de frutas, entre otros alimentos. Cada martes, día en que se reúne el Círculo de Mujeres Mayahuel, se pasa una lista de asistencia que, posteriormente, es entregada a la institución.

Todos los viernes, mientras la Lic. Silvana estuvo al frente del proyecto, los enlaces de todos los círculos se reunían en las oficinas del DIF-DF para conversar sobre cada una de las actividades que, cada grupo, habría realizado durante la semana en sus respectivos espacios. Estos viernes también se aprovechaban para que las enlaces recibieran pláticas informativas sobre temas de salud, género, derechos humanos así como talleres autogestivos para la realización de productos de limpieza o de cómo teñir prendas, todo con el objetivo de que ellas mismas los replicaran en sus espacios. Sin embargo, la tarea no resultaba sencilla para las enlaces. En el caso específico del círculo Mayahuel debido a que las mujeres que participan en el mismo no prestan interés a este tipo de actividades, por lo que la enlace no logra convencerlas de llevar el material ni de la importancia que

⁶³ Entrevista realizada en julio de 2011 a la Lic. Silvana Fuentes Rodríguez, ex responsable del programa Círculo de Mujeres.

⁶⁴ Conocí a la Lic. Silvana Fuentes en el Círculo de Mujeres Mayahuel al comienzo del segundo semestre del 2010.

representa la autogestión. Más adelante se analiza cuál es el fondo de esta situación.

Entre las solicitudes realizadas al DIF-DF, por consenso general de las enlaces, destaca la solicitud de despensas, cobijas, chamarras, papelería para los círculos, tinacos de agua, entre otros.

3.4 Actividades realizadas en el Círculo de Mujeres Mayahuel.

Actividad	Fecha
Observación participante.	29-06-2010 06-07-2010
Se informa al grupo el interés de realizar una intervención de promoción de la salud, con perspectiva de género, en el espacio.	13-07-2010
Se solicita a la Lic. Silvana Fuentes autorización para trabajar en el espacio.	20-07-2010
Se levantan los datos para elaborar el perfil del grupo Se realiza una reflexión sobre el uso de objetos desechables	27-07-2010
Se continúa con el levantamiento de datos sobre el perfil del grupo.	03-08-2010
Se realiza una reflexión sobre lo que les significa “ser mujer.”	10-08-2010
Se apoyó la gestión para que el profesor de la UACM, Javier Gutiérrez Marmolejo, donara 50 sillas a la organización antes la carencia de mobiliario. El DIF-DF no cubrió esta necesidad. Convivio organizado por las mujeres con motivo de las fiestas patrias.	07-09-2010
Se solicitó al Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES-DF) la impartición de talleres sobre distintos tipos de violencia.	20-09-2010
Funcionarios de la Secretaría de Desarrollo Social, del gobierno federal, visitaron a las mujeres del círculo de mujeres para “ofrecer” distintos programas sociales. Sin embargo, no regresaron al grupo.	21-09-2010
Se gestionó con el Dr. Samuel Almazán Santiago, y la psicóloga María Elena, la impartición de un par de talleres sobre cuidado ante enfermedades físicas, autoestima y asertividad.	23-09-2010
Se realizó una entrevista autobiográfica con una integrantes del círculo.	26-09-2010
Se impartió un taller de autoestima y asertividad por la Lic. María Elena	12-10-2010
Se suspendió la actividad debido a un incendio en la colonia Ahuacatitla.	26-10-2010
Se realizó una taller de comunicación asertiva por parte de INMUJERES-DF	07-12-2010
Se realizaron un taller, durante ocho sesiones, impartido por el Grupo de Educación Popular con Mujeres. Se observó el desarrollo del taller.	Del 14-12-2010 al 26-02-2011

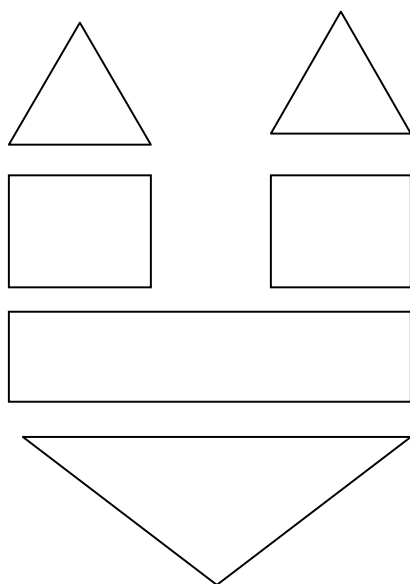
A continuación se presenta una descripción y algunas reflexiones de las actividades realizadas por orden cronológico:

1.- El trabajo de observación me permitió descubrir cuál era la dinámica del grupo, así como visualizar cuál era la relación entre ellas, y de ellas con la institución gubernamental. Asimismo, dejó al descubierto que gran parte de las mujeres se encontraba ahí más que por buscar un espacio en donde pudiesen hacer lazos de apoyo, o darse un tiempo a sí mismas para reflexionar sobre problemáticas cotidianas, para registrarse en las listas que eran entregadas al DIF-DF con el objetivo de asegurar que, cuando llegasen los apoyos, pudieran estar entre las beneficiarias.

2.- ¿Por qué es importante disminuir la utilización de desechables? Esta actividad se llevó a cabo después de que observé que, cada semana, la señora Mercedes (enlace del círculo) les ofrecía a las integrantes del círculo, al terminar la reunión, café, té, fruta y agua en platos y vasos desechables. La contaminación ambiental es un fenómeno en el cual los promotores de salud debemos estar alerta ya que está relacionada, directamente, con problemas de salud. En esta actividad se reflexionaron las ventajas y desventajas, para las asistentes, del uso de estos productos. Las mujeres dialogaron y llegaron a la conclusión de que la única ventaja de los desechables es que disminuye el trabajo doméstico; entre las desventajas, encontraron que éstos generan una cantidad de basura excesiva: después de utilizarlos son depositados al aire libre, en la calle, lo que ocasiona contaminación y la presencia de vectores (moscas y ratas). Por último, se consideró el gasto económico, aunque este punto no tuvo tanto peso al significar un apoyo a su desgaste físico debido a las distintas actividades y “obligaciones” diarias. Se concluyó que el ajetreo de la vida diaria está acompañado del uso de estos materiales, pero que se debe evitar, lo más posible, recurrir a ellos. Al finalizar la discusión doné 30 vasos de plástico semiduro para que fueran utilizados en las reuniones y se acordó, que cada día de sesión, cada mujer lavaría su vaso.

3.- ¿Para mí qué “significa” “ser mujer”? Para realizar esta actividad se realizaron cuatro grupos. Las mujeres se enumeraron del uno al cuatro para formar los equipos. Se entregó a cada uno, una cartulina y un plumón para que anotaran las reflexiones sobre la pregunta “para mí qué significa ser mujer”. Las mujeres se mostraron accesibles al trabajo en equipo y discutieron la pregunta. Posteriormente, se pidió que una representante de cada grupo realizara una exposición sobre sus reflexiones. Cabe mencionar que se realizó un quinto equipo, conformado por las hijas de las mujeres del círculo, las cuales reflexionaron sobre la misma pregunta y sus respuestas fueron hermosas: “ser mujer significa poder estudiar”, “significa ser divertida”, “poder ayudar en casa”. El objetivo de esta actividad fue sondear la postura y percepción que las mujeres tienen de ellas mismas para identificar una línea de trabajo a seguir.

4.- Se realizó una actividad de reflexión y discusión donde se mostraron figuras geométricas y se les pidió, de manera individual, que dibujaran y/o pensarán lo que les parecía que era.



Las distintas respuestas de las mujeres ante las figuras fueron: casa, luchador, croquis de una colonia, calavera, cara de un payasito, persona, cara de un gato, perro, terreno, barquillo, ventana, mesa, cuadritos, rectángulos y cuadrado.

Algunos de los significados se repitieron una o más veces.

Después, se reflexionó sobre los significados que encontraron en las figuras. Se destacó, como punto central de la actividad, la pluralidad de formas de ver el mundo y sus cosas, y las similitudes que podemos encontrar en estas miradas, a partir de nuestras distintas adscripciones a contextos sociales, culturales, económicos y de sistemas de normas y valores. Con esta actividad, se introdujo el tema del respeto a las diferencias en situaciones donde podemos compartir algunos elementos en común vinculados a nuestras inserciones sociales y experiencias de vida. En realidad, la participación de las mujeres no fue tan activa y, al final, tuve que reforzar la reflexión. Ellas permanecieron con una actitud receptiva y parecían interesadas en mis comentarios. Considero que la práctica realizada es un práctica de promoción de la salud debido a que el hecho de reflexionar sobre la importancia que tiene darnos cuenta que una misma cosa, que puede tener significados diferentes para todos, depende de diversos factores: culturales, edad, género, nivel socioeconómico, nivel académico, usos y costumbres, normas y valores, entre otros. El tener esto presente nos ayuda, en los grupos, a mantener la cohesión y el respeto lo que nos dará fuerza para alcanzar nuestros objetivos como organización.

5.- Taller de autoestima y asertividad impartido por la Lic. María Elena del Centro de Salud de San Andrés Totoltepec, Tlalpan. Se realizó una actividad en la que las mujeres debían reconocer tres cualidades y tres defectos en ellas mismas, así como tres cualidades que los demás reconocieran en ellas. El objetivo radicó en la importancia del auto reconocimiento, y del reconocimiento externo, sobre sus cualidades. Generalmente, la atención se enfoca a los defectos, pero las virtudes están invisibilizadas.

6.- Taller de ocho sesiones impartido por GEM:

Primera sesión: bienvenida, presentación del proyecto, presentación de las participantes y organización de la agenda de trabajo (horarios y días de reuniones).

Segunda sesión: se abordó el tema de violencia y se trabajó sobre qué es la violencia y cuáles son los tipos de violencia.

Tercera sesión: en esta sesión se trabajó la reflexión sobre la valoración del cuerpo femenino y sobre el cuerpo y la discriminación. Al finalizar se les pidió que durante la semana debían darse un tiempo para mirarse desnudas en un espejo tratando de no criticarse y poniendo atención sobre cuáles son las sensaciones que este ejercicio les producía (vergüenza, placer, gusto, etc.).

Cuarta sesión: se realiza reflexión sobre la exploración corporal, se trabajó en torno a los sinónimos que se utilizan para nombrar a los órganos sexuales masculinos y a los órganos sexuales femeninos. Se realiza una reflexión sobre la anatomía de la vulva a partir de una exposición de fotos y diagramas de la misma y la importancia que tiene la autoexploración de los genitales internos y externos como una práctica saludable.

Quinta sesión: se realiza una reflexión en torno a las prácticas existentes alrededor del noviazgo, casamiento, manejo del dinero, relaciones sexuales y maternidad. De estas prácticas se identifican cuáles violentan a las mujeres. Se trabaja en el conocimiento de los derechos de las mujeres.

Sexta sesión: se toma un tiempo para que las mujeres expresen sus preocupaciones en torno al chico desaparecido en la colonia, el cual era hermano y cuñado de dos de las mujeres del Círculo. Se trabajó sobre mitos y realidades de las enfermedades de transmisión sexual (hepatitis B, VIH, SIDA y VPH). Se realizó

una práctica sobre el uso correcto del condón masculino y femenino, en ella a cada mujer se le dio un preservativo y cada una mostró a las demás la forma correcta de utilizarlo.

Séptima sesión: Se trabajó en torno a los derechos sexuales y reproductivos y derechos de las mujeres con una actividad que permitió explorar la decisión de las mujeres respecto a los derechos: “si para mí, no para mí”. En esta actividad una mujer ventiló que es víctima de violencia por parte de su pareja, se hizo énfasis en esta situación particular y se le motivó a afrontar la situación haciendo hincapié en el derecho que tiene a vivir una vida libre de violencia. Asimismo, se trabajó en torno a frases que limitan la integración de las mujeres con el propósito de generar la sororidad⁶⁵ entre mujeres.

Octava sesión: cierre del taller, se presentó otra integrante de GEM la cual se encargó de hacer la entrevista (preguntas) con las mujeres del Círculo para evaluar el taller.

3.5 Problemáticas en las que se actuó

El cambio de enlace. A mi llegada al círculo de mujeres la persona que fungía como enlace era la señora “María”.⁶⁶ Ella fue víctima de violencia física por parte de su esposo (el DIF-DF la apoyó en todo momento, pero ella se negó a demandar a

⁶⁵ Para Marcela Lagarde la sororidad es un “pacto político de género entre mujeres que se reconocen como interlocutoras. No hay jerarquía, sino un reconocimiento de la autoridad de cada una. Está basado en el principio de la equivalencia humana, igual valor entre todas las personas porque si tu valor es disminuido por efecto de género, también es disminuido el género en sí. La sororidad tiene un principio de reciprocidad que potencia la diversidad. Implica compartir recursos, tareas, acciones, éxitos... Reconocer la igual valía está basado en reconocer la condición humana de todas, desde una conceptualización teórica de lo que significa. Otro aporte de la sororidad es dar a conocer las aportaciones de las mujeres para construir la valoración no sólo de la condición humana sino de sus hechos.”

⁶⁶ Se usa pseudónimo por confidencialidad ante la experiencia que ella misma comparte en esta investigación.

pesar de la sugerencia de la institución y el acompañamiento de la misma en el proceso de justicia). Debido a esta circunstancia, la señora María deja el cargo de enlace, pero siguió asistiendo a las reuniones e intentó asumir, de manera informal, la conducción del grupo. Esta situación generó problemáticas entre las mujeres, lo que se tradujo en lo que denomino violencia intragenérica; es decir, aquella violencia entre mujeres a partir de la reproducción de estereotipos negativos y supuestos, socialmente construidos, asociados a lo femenino: competitividad, envidia, recelo, entre otros. La violencia intragenérica estuvo presente en más de una ocasión durante las reuniones. Las relaciones de poder, entre las mujeres del círculo, se encontraron muy marcadas, uno de los temas centrales es la dificultad por armonizar la presencia de distintos liderazgos y su articulación positivo en pro del trabajo colectivo.

Cuando la Lic. Silvana Fuentes, responsable del programa Círculo de Mujeres del DIF-DF, es retirada de su cargo, se generó en las mujeres la sensación de abandono institucional, lo que lejos de ocasionar una actitud apática motivó la organización para que los enlaces, de otros círculos, que se inconformaron con dicha decisión, exigieran la reinstalación de la servidora pública. Se realizaron distintas estrategias, entre las que destacó más, fue el cierre de calles en el centro de la ciudad.

La participación del grupo fue positiva cuando ésta se realizó en equipos, ya que las compañeras más participativas motivaban y apoyaban a las que son más tímidas e introvertidas. Al ser un grupo con un importante número de mujeres que colaboran y participan en las actividades, facilita la inserción de prácticas encaminadas al fortalecimiento individual y colectivo. Cabe mencionar que las mujeres son más colaboradoras con metodologías tradicionales, ya que cuando se intentó trabajar con la metodología de educación popular (trabajar sobre su propia experiencia) se produjeron comentarios como: “la señorita nada más viene a preguntar, en lugar de que nos enseñe”. Ante esta observación, se señaló cómo la

no reflexión sobre nuestras experiencias y problemáticas pueden vulnerar nuestros derechos a vivienda, alimentación, educación y salud; en la medida en que sólo nos asumimos como receptores de información, o de programas sociales, desde una perspectiva asistencialista y no participativa. Para ello, se tomó como ejemplo una problemática ocasionada por una gestión diferenciada para la entrega de beneficios de un programa federal, relacionado a “baños dignos”, donde la gestora, vecina de la comunidad, privilegió a unas familias sobre otras bajo criterios no necesariamente de tipo socioeconómico.

En general, la postura de las mujeres que participan en este círculo se encuentra subordinada a los apoyos gubernamentales. Cuando no hay respuesta inmediata en la entrega de las despensas por parte del DIF-DF, por ejemplo, se registra un impacto directo en las formas de participación: se observó que cuando esto sucede, hay molestia, inconformidad y baja el ánimo para participar en las sesiones del círculo.

La investigación acción participativa implica involucrar a la comunidad a reconocer sus problemáticas y necesidades, a organizarse para resolverlas, por lo que el investigador sólo es un facilitador o puente. Puede decirse que, en el transcurso de la intervención comunitaria, se intentó hacer un acercamiento a esta metodología en las siguientes actividades: 1) permitir que fueran ellas quienes decidieran qué temas eran los que querían tratar en el espacio; 2) se llevó más de una semana pidiéndoles que se organizaran para investigar los precios de unos tabloncillos donados por el profesor Javier; sin embargo, no hubo una respuesta inmediata a esta tarea, por lo que decidí no intervenir ya que deseaba que ellas mismas se dieran cuenta de que esto es una necesidad del grupo y, por ello, el grupo es quien debe resolver. La donación estaba hecha. Cuando se donaron las sillas, nadie se interesó en preguntar precios ni lugares donde se comprarían, así que yo intervine para que fuese más rápido. Sin embargo, con el tema de los tabloncillos esperé hasta que, después de varias semanas, hubo dos personas que

investigaron, entre ellas la nueva enlace del círculo. En esta misma lógica, se realizó un acompañamiento para que ellas mismas acudieran a INMUJERES D.F. y solicitaran los talleres de violencia intrafamiliar, una vez que yo me había acercado a la institución para solicitar informes y capacitación respecto al tema.

Realicé una entrevista de tipo autobiografía o historia de vida la cual me resultó difícil debido a que durante la entrevista se ventilaron cosas muy personales y delicadas como eventos de violación. En la experiencia de la mujer entrevistada comprendí que el fenómeno de violencia no termina cuando acaba una relación; esta puede prolongarse a relaciones posteriores debido a la no visualización (violencia de género) real del problema por las afectadas. En este tipo de entrevistas el respeto es indispensable, no deben existir prejuicios por parte del entrevistador y se debe ser sensato al hacer las intervenciones para ir guiando el curso de la entrevista debido a que se tocan fibras sensibles y se debe dar tiempo para que las personas expresen sus sentimientos.

Realicé la gestión para que la Lic. María Elena López Álvarez, psicóloga del Centro de Atención Para las Adicciones (CAPA), acudiera al círculo a dar un taller de autoestima y asertividad. También la gente de INMUJERES Tlalpan acudió al espacio en dos ocasiones a realizar talleres de violencia intrafamiliar, uno el día nueve de noviembre del 2010 y, el otro, el 7 de diciembre del mismo año. Quedó pendiente una última sesión a realizarse una semana después. Para esta actividad ya se tenía contactado al Dr. Samuel Almanzán y a un grupo de médicos egresados de la UNAM, interesados en apoyar el trabajo que se está realizando, quienes ya conocían la lista de temas de interés de las mujeres. Se acordó con ellos trabajar desde la metodología de educación popular. Ellos son médicos abiertos a las prácticas de tipo no hegemónicas, por ejemplo, el doctor Samuel se encuentra cursando la licenciatura de Filosofía en la UNAM, por lo que resultó muy enriquecedor el diálogo respecto a la intervención que se pretendía realizar.

De la gestión con INMUJERES surgió un contacto con la organización Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM) a través de la Lic. Mónica Gamboa. Ella se presentó a la última sesión realizada por INMUJERES. Presentó su propuesta de trabajo en el círculo: una serie de doce talleres relacionados con los temas de violencia, identidad, derechos reproductivos, derechos sexuales, sexualidad y género. Las mujeres realizaron un consenso y decidieron que tomarían los talleres y, si después había oportunidad, retomarían el trabajo con los médicos.

De los doce talleres programados inicialmente por GEM, únicamente se realizaron siete. Este cambio se debió a que la enlace tenía asuntos personales que tratar y no había otro lugar disponible para realizar las actividades, debido al periodo vacacional decembrino y por la presencia de un funcionario público de Sedesol quien tomó el tiempo de uno de los talleres.

Cabe mencionar que, en el transcurso de mi participación en el grupo, se han acercado los enlaces de círculos cercanos como Tehuisco y Xicalco. Ellas han solicitado, en diversas ocasiones, mi participación en dichos espacios, incluso la enlace de Tehuisco invitó a mujeres del círculo que coordina a los talleres que se estaban realizando en Ahuacatitla.

Una última actividad que realicé directamente con el círculo, el sábado 13 de noviembre del 2010, fue el gestionar apoyos del programa de madres solteras ofrecido por el GDF. Para ello, la señora Mercedes y yo revisamos la base de datos que elaboré sobre el círculo para identificar a las posibles beneficiadas. Después de hacerlo, fuimos a buscarlas. Existían dos apoyos para que ingresaran al programa., por lo que se requería urgentemente su documentación. Al llegar a la casa de doña Hermelinda fue necesario ayudarla a buscar sus papeles porque no sabe leer ni escribir (actualmente la señora se encuentra alfabetizándose en el

programa Oportunidades, del gobierno federal, a pesar de que le suspendieron el apoyo económico).



La enlace del Círculo de Mujeres Mayahuel, Mercedes Méndez, entrega despensas donadas por el DIF-DF a las integrantes del grupo. 2010.



Las mujeres del Círculo de Mujeres Mayahuel participando en el taller sobre autoestima y asertividad facilitado por la Lic. María Elena López. 2010

3.6 Reflexiones y aprendizajes de la experiencia vivida.

El Círculo de Mujeres Mayahuel es una organización creada a partir de una institución gubernamental. Los vicios a los que el pueblo ha sido sometido (clientelismo electorero y paternalismo) durante el período priista aún se mantienen. El hecho de que un grupo de mujeres se reúna periódicamente, y se levante una lista de asistencia por parte del DIF, implica que las participantes se encuentren sujetas a la entrega de apoyos a partir de su asistencia al grupo. Cabe mencionar que los actuales gobiernos del Distrito Federal han realizado políticas públicas que han tenido un impacto favorable en aquellos grupos en situación de vulnerabilidad como es el caso de la creación de los círculos de mujeres. A pesar de que se les ha manifestado abiertamente en el círculo que el objetivo de que se reúnan es que ellas encuentren un espacio en donde puedan solidarizarse como mujeres, tener una red de apoyo, organizarse para crear cooperativas o, para que entre ellas, trasmitan conocimientos y que los apoyos por parte del DIF son secundarios, ya que no son seguros ni permanentes, las mujeres aún mantienen una actitud de acudir al espacio con el único objetivo de ser anotadas en la lista, incluso pude observar que muchas sólo van a pasar lista. La pobreza, y la política asistencialista a la que ha estado sujeta la población mexicana durante las últimas décadas, las obliga a ello.

Mi hipótesis es que esto se debe a que las mujeres tienen una profunda necesidad de sentirse apoyadas por los programas sociales, ya sean federales o locales, ya que existe una situación de pobreza generalizada en estas comunidades aun cuando sus hogares no se encuentran, necesariamente, denominados como hogares en pobreza extrema y a pesar de que algunas mujeres no entran en la categoría de madres solteras. Esto se puede traducir como un reflejo de las desigualdades sociales producto de la exclusión y marginación social,

ya que estos programas transitan entre el tradicional clientelismo gubernamental y una política emergente que fortalezca el desarrollo comunitario.

Durante mi estancia en el lugar se dieron cambios administrativos importantes. A la Lic. Silvana Fuentes Domínguez se le reemplazó como responsable de todos los círculos de mujeres de la ciudad por la Lic. Margarita Bustamante Aved, directora ejecutiva de apoyo a la niñez en el DIF-DF. Esta decisión no agradó a las enlaces de los grupos. Se opusieron rotundamente al grado de que los Círculos de Mujeres pasaron, directamente, a manos del Gobierno Central debido a las protestas de las enlaces. A partir de este momento las peticiones de las necesidades de los círculos se realizaron directamente al Gobierno Central. Un año más tarde, en julio de 2011, la Lic. Silvana Fuente retoma la coordinación de los círculos de mujeres de toda la ciudad desde la Dirección Ejecutiva de Asistencia Alimentaria del DIF-DF.

Carlos Núñez (1985), uno de los principales representantes de la Educación Popular en México, señala en su texto *Educar para transformar, transformar para educar* que la teoría de la marginalidad se basa en el crecimiento de las fuerzas de producción y acumulación del capital ya que:

(...) los marginados no participan ni activa ni pasivamente del proceso social, por cuanto no generan ni aportan significativamente al proceso de desarrollo y obviamente no reciben tampoco ni el mínimo de bienes ni servicios que todo ser humano requiere (...) así un círculo vicioso atrapa a los marginados, como están desintegrados no pueden participar, y como no participan no se integran”.

Es claro que la presente experiencia deja ver que la teoría al servicio del modelo económico no es necesariamente efectiva. Si bien las mujeres se encuentran al margen del pleno ejercicio de sus derechos fundamentales (alimentación, vivienda,

salud, etc.) esto no es una limitante para que ellas participen en procesos que les permitan acercarse al mejoramiento de su calidad de vida, aunque en lo inmediato ello implique participar en modelos gubernamentales que todavía incorporan lógicas clientelistas y paternalistas. Y es aquí donde podemos darnos cuenta que metodologías como la Educación Popular siguen siendo vigentes para el desarrollo de un trabajo como lo menciona Freire en *La Educación como Práctica de la Libertad* y en *Pedagogía del Oprimido*.

Como lo menciona Ruiz Olabuénaga (2009) en su obra *Metodología de la Investigación Cualitativa*, la interacción social es fundamental en el proceso de investigación. Por ello, es sumamente importante el compromiso con el grupo, el respetar las fechas y los tiempos establecidos y el no abandonar las sesiones hasta que finalice el proceso.

Por otra parte, Olabuénaga observa que el alejarse de los sentimientos de aceptación incondicional de las normas del grupo, por parte del investigador, para cuestionar ideas, opiniones y conductas que se dan por supuestas ayuda a reflexionar sobre el papel que el propio investigador juega en el proceso:

sólo desde la marginalidad es posible, sin necesidad de superar traumas personales ni situaciones sociales embarazosas, la oportuna flexibilidad para volver a iniciar la búsqueda de información, aplicar una nueva interpretación a los hechos, aceptar un sentido y significado nuevo a lo mismo. (Olabuénaga, 2009:141).

Lo interesante de lo anterior no es la transcripción literal de la teoría, sino su relación con la experiencia vivida en campo. El aprendizaje se da no sólo a partir de la reflexión teórica y metodológica, también en la experiencia que el/la investigadora adquiere en el trabajo con las comunidades. El haberme sobrepuesto a mis miedos y frustraciones aunque fue difícil, desembocó en un

importante aprendizaje. De gran ayuda fue haber leído, con anterioridad, que ante los miembros del grupo puedo ser vista como una promesa de ventajas, una garantía de imparcialidad y de justicia, una amenaza al *status quo* o como un peligro a las situaciones de privilegio. A partir de esta consciencia sobre el papel que juega el/la investigadora en campo es fácil no tomarse como personales los comentarios y, además, da oportunidad para entender a los sujetos con quienes se trabaja.

Otro aprendizaje de gran valor en este proceso fue el conocer que los materiales pedagógicos instituciones, como los de INMUJERES-Tlalpan, no pueden utilizarse de manera arbitraria. Se debe seguir cierto protocolo burocrático porque éstos son, en sentido estricto, propiedad del gobierno local y no pueden ser distribuidos ni utilizados sin la debida autorización.

Cabe mencionar que en la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM se proporcionan los conocimientos teóricos en cuanto a gestión; sin embargo, carece de prácticas que nos permita acercarnos a esta actividad. En esta experiencia se realizó gestión, por primera vez, dentro de mi formación académica. Esta habilidad ya estaba presente debido mi experiencia laboral.

Una persona en su relación con el entorno y la forma en la que ésta entiende su propia experiencia ya es significativamente compleja. Como Chapela (2008) lo coloca en el documento *Cinco Errores Frecuentes del Concepto y Práctica del Trabajo Comunitario y la Promoción de la Salud*: “descubrir elementos del mundo social, biológico, bio-médico, histórico, cultural y político” y conjugarlos para el entendimiento de una problemática real no es tarea sencilla, sobre todo si aceptamos el hecho de que no se puede ser objetivo y, que a pesar de que trates de mantenerte al margen de las circunstancias, el simple hecho de ser mujer en esta experiencia de investigación implica una identificación legítima con las mujeres de los círculos con quienes trabajé.

En el trabajo de comunidad es necesario no obviar nada. La solidaridad es una cualidad del ser humano y, las peores tragedias, sacan lo mejor de sí de las personas. Un aprendizaje muy importante como profesional de la salud es que al trabajar con mis colegas (psicóloga y doctor) me llevó a darme cuenta de que cuando existe compromiso social y ética profesional es más fácil realizar acciones conjuntas en beneficio de los más desprotegidos. Mis colegas me apoyaron en este proyecto sin esperar un pago, un reconocimiento, ni alguna otra forma de agradecimiento, sólo el hecho de saber que están haciendo cosas que benefician a una comunidad que lo necesita. Y es aquí donde me queda claro que el trabajo del promotor de la salud debe ser multidisciplinario para obtener mejores resultados. Sólo hay que aprender a trabajar en equipo y entablar relaciones con profesionales que tengan el mismo criterio de sensibilidad y compromiso social.

Otro aprendizaje relevante fue el conocer la estructura de los programas federales de la Secretaría de Desarrollo Social al interactuar, en uno de los círculos de mujeres, con uno de los responsables de dicho programa.

Un último aprendizaje de esta experiencia es que la planeación de los talleres no puede seguirse siempre al 100% ya que existen innumerables variables dentro del trabajo de campo que no permite que esto sea posible. Entre éstas se encuentran: 1) los tiempos de duración de los talleres, las mujeres tienen sus propios tiempos y no es posible controlar, por ejemplo, que se empiece la sesión hasta treinta minutos después de lo acordado o que las mujeres quieran salir de la sesión antes de que el taller haya terminado; 2) la suspensión inesperada de los talleres por situaciones que están fuera del control de las propias participantes, como fueron los casos del incendio la casa de una de las mujeres y el hecho lamentable del homicidio de un joven familiar de dos de las participantes. Ambas acciones llevaron a suspender el tema programado para generar una reflexión colectiva sobre los problemas de inseguridad que atraviesa la colonia, la situación

del crimen organizado y de la violencia de género de la que son víctimas las mujeres de la comunidad. Estos momentos, no programados, generaron empatía y solidaridad entre las mujeres del grupo al encontrar en el dolor propio y ajeno un lazo de unión.

3.7 Prácticas de Promoción de la Salud

La forma en que se organizan las mujeres en los distintos círculos de la ciudad para decidir -entre otras cosas- quién es la persona que debe coordinarlos desde gobierno, podría ser una práctica en Promoción de la Salud. Por lo que se pudo observar, sólo la enlace del círculo donde se realizó la investigación tiene una incidencia política real en las instituciones de gobierno local. Las demás integrantes de este círculo quedan al margen del proceso de incidencia formal por falta de recursos económicos para los traslados, por falta de tiempo y, en algunos casos, por falta de interés. La organización y participación activa de las mujeres en los círculos se podría potencializar si se realizaran procesos de reflexión al interior de éstos sobre la importancia de la participación política y la construcción de ciudadanía.

La organización que las mujeres están construyendo en los círculos para la exigibilidad de derechos, a pesar de las contradicciones en la organización de los grupos mencionadas anteriormente, podría ser también una práctica en Promoción de la Salud. Ésta se fortalecería si se realizaran intervenciones para cohesionar a los grupos, ya que algunos se encuentran divididos al existir diferentes mujeres que luchan por el poder para la conducción de éstos, lo que ocasiona que se debiliten y los logros que se pudieran tener se ven disminuidos ante dichas problemáticas.

CAPÍTULO IV

Intervención Comunitaria en el Círculo de Mujeres Tehuisco/Topilejo

4.1 Análisis del taller GEM

La participación del Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM) es un ejemplo de que existen programas en Educación Popular que no responden, cabalmente, a las expectativas de esta metodología. En este caso, muchas de las técnicas empleadas por GEM fueron acordes al método; es decir, permitieron que las mujeres sondearan su propio conocimiento y lo analizarán para generar, ellas mismas, las respuestas a las preguntas planteadas. De esta forma se llegó a la generación de conocimiento a partir de los saberes y las experiencias de las propias mujeres. Sin embargo, el elemento de crear conciencia de clase fue inexistente en todas las reuniones. Esto puede deberse a que esta organización tiene su eje principal en el tema de género, a que el proyecto de los talleres en Ahuacatitla fue financiado por una empresa privada (Fundación FORD) o, posiblemente, a que no se terminaron las sesiones como se tenía contemplado.

Como ya lo he mencionado, es necesario que tanto organizaciones no gubernamentales, gobierno y academia unamos esfuerzos para trabajar directamente con las mujeres en sus comunidades; es decir, pasar de la teoría a la práctica, por lo que no debe desdeñarse el trabajo realizado por GEM. Es por ello que he retomado la experiencia del seguimiento que hice a los talleres impartidos por esta organización en la comunidad de Ahuacatitla para realizar, posteriormente, una intervención comunitaria en Promoción de la Salud con perspectiva de género y que permita trabajar con la metodología de la Educación Popular en la que se retoma el triple diagnóstico propuesto por Carlos Núñez.

En este nuevo taller el eje central es el reflexionar sobre las injusticias y las desigualdades sociales existentes en la comunidad, por lo que se visibiliza cómo la diferencia de clases sociales impacta directamente en la salud. Además, se incluye la perspectiva de género con el propósito de reflexionar cómo la dominación de género es un proceso cultural que constriñe la salud de las mujeres y puede ser deconstruido.

Los esfuerzos realizados por aquellas organizaciones civiles, gobiernos y academias que tienen como objetivo analizar las distintas desigualdades sociales y combatirlas, pueden ser retomados, retroalimentados y colocados nuevamente en práctica para su reflexión dentro del proceso práctica-teoría-práctica. Con ello se pretende generar teoría, a partir de la práctica, elemento fundamental en la metodología de la Educación Popular.

4.2 Realización de un taller de Promoción de la Salud con perspectiva de género desde la metodología de la Educación Popular con contenidos conceptuales de la Medicina Social.

A continuación se presenta una propuesta de intervención en salud comunitaria con perspectiva de género a través de un taller que se impartió en la comunidad de Tehuisco, Topilejo; Tlalpan. Cada sesión se planeó para llevarse a cabo una vez por semana, durante dos horas, en el día y horario de reunión del Círculo de Mujeres de Tehuisco.

Cronograma para la impartición de los talleres en Tehuisco⁶⁷

FECHA	TALLER	OBSERVACIONES	Duración
05-enero-2012	1	Debido a la fecha sólo acudieron 5 mujeres	2 horas
12-enero-2012		Se suspendió el taller	
19-enero-2012	2	Realizado	2 horas
26-enero-2012	3	Realizado	2 horas
2-febrero-2012		Se suspendió el taller	
9-febrero-2012	4	Realizado	2 horas
16-febrero-2012	5	Realizado	2 horas
23-febrero-2012		Se suspendió el taller y me comenta la enlace del círculo que es posible que cierre el círculo.	
01-marzo-2012		Se suspendió el taller debido a falta de comunicación de la enlace.	
08-marzo-2012		Se realizó una práctica improvisada debido a la situación particular del grupo.	2 horas
15-marzo-2012	6	Realizado	2 horas
22-marzo-2012	7	Realizado	2 horas
29-marzo-2012	8	Realizado	2 horas
		Se evaluó el proceso en su conjunto	
21-abril-2012		Cierre del proceso en Temazcal.	4 horas

Este taller tiene como objetivo general establecer un proceso de diálogo, reflexión y análisis en torno a cómo las injusticias y desigualdades sociales afectan la salud de las personas y cómo la violencia de género impacta directamente en la salud de las mujeres. Ambas reflexiones se realizaron desde la metodología de la Educación Popular, ya que los métodos de la educación bancaria favorecen los procesos de dominación y, desde esta metodología, la educación es práctica de la libertad. Por

⁶⁷ Las fechas y la duración de los talleres se encontraron sujetos a los tiempos en que las mujeres facilitaron el proceso.

otro lado, la Educación Popular permite que las comunidades se familiaricen con sus problemáticas particulares para generar conciencia de clase y, en consecuencia, acción.

El Círculo de Mujeres Tehuisco se encuentra constituido por 15 participantes, las cuales no asistente con regularidad a las reuniones debido a que algunas trabajan y otras, prácticamente, llegan del trabajo a la reunión y se retiran después de pasar lista ya que tienen que llegar a sus hogares a continuar con su segunda jornada (trabajo en casa).

➤ **Primera sesión**

Objetivos: Realizar una actividad que permita la interacción de las participantes a través de una dinámica grupal. Que las mujeres participantes interactúen a partir de la reflexión de lo que les significa “ser mujer” para generar un ambiente de confianza y de identificación de las unas con las otras.

Actividad 1

Tema: Dinámica de presentación y socialización.

Contenido temático: Refranes.

Propósitos: Relajación a través del movimiento corporal, “romper el hielo” e iniciar el proceso de socialización entre las integrantes del taller, así como introducir el tema de género.

Insumos: Tarjetas en las que previamente se han escrito fragmentos de refranes populares. Cada refrán se escribe en dos tarjetas: el comienzo en una de ellas y, su complemento, en otra.

Instrucciones: Se reparten las tarjetas entre las asistentes y se les pide que busquen a la persona que tiene la otra parte del refrán. De esta manera se forman las parejas que intercambiarán la información a utilizar en la presentación.

Duración: 10 minutos.

Observaciones: Los refranes a utilizar deben ser refranes que se vinculen al tema de género. Pueden usarse refranes no tan populares para darlos a conocer. Aquí algunos ejemplos: “Lo que el diablo no puede, la mujer lo hace”. “De la mala mujer te guardas y de la buena no te fíes”. “Más desvaría, quien de toda mujer no desconfía”. “Cojeada de perro y lágrimas de mujer, no has de creer”. “Al asno y a la mujer, a palos se han de vencer”. “A la mujer y a la burra, todo el día una zurra”. “Mujer al volante, peligro constante”.

Actividad 1.1

Contenido temático: Presentación por parejas.

Propósito: Conocer a las integrantes y crear un ambiente de confianza.

Instrucciones: Una vez formadas las parejas se da la indicación de que éstas deben intercambiar la siguiente información: nombre, ocupación, procedencia, número de hijos, estado civil, qué es lo que más les gusta hacer en sus tiempos libres, interés que tienen por los talleres, expectativas sobre los talleres.

Duración: 10 minutos.

Observaciones: Posteriormente, en plenaria, cada participante presenta a su pareja. Cada pareja puede tardar entre cinco y siete minutos. Esto se puede adecuar según el número de participantes para no rebasar los 30 minutos.

Actividad 2

Tema: El significado de “ser mujer”.

Propósito: Sondear la postura y percepción que las mujeres tienen de ellas mismas para identificar una línea de trabajo a seguir.

Insumos: Plumones de colores, pliegos de papel bond blanco y cinta canela o cinta

adhesiva.

Instrucciones: Se realizan equipos entre cuatro y cinco integrantes. Cada equipo debe seleccionar a dos mujeres, una será la encargada de realizar todas las anotaciones y, la otra, expondrá en plenaria lo que se reflexione en el equipo. Se les pide que dialoguen sobre la pregunta: ¿Qué significa “ser mujer”? Deben escribir en el papel, con letra grande, lo que para ellas ha significado “ser mujer”. Se realiza la plenaria y, todos los equipos, exponen sus respuestas a través de su representante.

Duración: 70 minutos.

Observaciones: No se trata de que hagan una definición, sino que a partir de su experiencia desde lo subjetivo, ellas identifiquen lo que ha representado para ellas “ser mujer” en relación a lo que las ha rodeado: sus padres, hermanos, familia, pareja, hijos y sociedad en general. Desde este primer acercamiento es importante que se induzca la reflexión en torno al tema de género haciendo preguntas detonadoras como: ¿Qué sintieron al escuchar a sus compañeras? ¿Quién nos enseña cómo es que nos debemos comportar las mujeres? ¿Sus comentarios corresponden a lo que es socialmente aceptado? ¿Qué pasa cuando no nos comportamos como los demás esperan que nos comportemos?

Resultados: Transcurrió con un ambiente dinámico a pesar de ser poca la asistencia (seis mujeres). Durante la dinámica de presentación todas se mostraron participativas.

En la actividad “el significado de ser mujer”, las mujeres identificaron elementos positivos como solidaridad, amor propio, respeto, autosuficiencia, no tener miedo, responsabilidad, convivencia, felicidad, cuidarse e ir al médico, poder trabajar, arreglarse y sentirse como les gusta, así como disfrutar de la sexualidad sin ser lastimadas. Sin embargo, también se identificaron elementos represivos por el hecho de ser mujer como son: “si la mujer no funciona, no funciona nada en el hogar”; “vivir la violencia”; “responsables de la atención de la familia”; “cumplir con

las obligaciones sin quedarme al final”; “dedicarme de tiempo completo a la casa y los hijos”. Se trabajó en torno a cómo las construcciones culturales del “deber ser” femenino históricamente han estado subordinadas al “deber ser” masculino.

➤ **Segunda sesión**

Objetivo: Que las mujeres realicen un diagnóstico sobre su realidad objetiva (condiciones sociales y materiales) con el fin de analizar cómo estas condiciones influyen directamente en su salud.

Actividad 1

Tema: Retroalimentación de la sesión anterior.

Contenido temático: Manejo de estrés y síntesis sobre la sesión: El significado de “ser mujer”.

Propósitos: Que las mujeres se relajen a partir de compartir sus experiencias de molestias físicas y emocionales que las aquejan para establecer un proceso de comunicación respecto al tema del estrés.

Insumos: Plumones de colores, pliegos de papel bond y cinta canela.

Instrucciones: Se realiza una lista de las molestias que las aquejan a partir de preguntas detonadoras como pueden ser: En estos momentos, ¿qué les molesta?, ¿qué les duele?, ¿qué les aprieta?, ¿cómo se sienten?, ¿cómo fue su día? Se enlistan las respuestas.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Es posible que en este momento las mujeres no se muestren participativas, por lo que hay que propiciar un ambiente de confianza. Todo lo que ellas mencionen que les molesta es importante y se tendrá que enlistar sin hacer comparaciones ni omisiones de lo que aporten las participantes. Si es necesario se puede fomentar la participación mencionando algunas molestias que la facilitadora tenga en el momento.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer lo planteado por las mujeres en la sesión pasada para actualizar a quienes no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta: ¿Quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quienes no? Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen sobre lo discutido la sesión anterior. *Duración:* 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿Qué más recuerdan?

Actividad 2

Tema: Injusticia y desigualdad social.

Contenido temático: Relación existente entre proceso salud-enfermedad, pobreza y género.

Propósito: Que las mujeres reflexionen en torno a su realidad objetiva y, a partir de ello, identifiquen la relación existente en el proceso salud-enfermedad, la pobreza y el género con la intención de que visibilicen cómo las injusticias y desigualdades sociales impactan directamente a la salud. Desmitificar los modelos salubristas de Promoción de la Salud que culpabilizan al paciente de sus problemáticas de salud.

Insumos: Tres casos hipotéticos de mujeres de distintas clases sociales que enfrentan una problemática en salud y la forma en que ellas intentan resolverla.⁶⁸ Pliegos de papel bond, plumones de colores y cinta canela.

Instrucciones: Se les pide a las participantes que formen tres equipos (el número de equipos dependerá del número de participantes) procurando, en lo posible, que en cada uno de éstos exista, al menos, una mujer que sepa leer y escribir. Se les

⁶⁸ Consultar anexo 2

entrega a cada uno de los equipos un caso y se les pide que lo lean y lo reflexionen. Deben señalar las situaciones con la que se identifiquen en que caso de así sea. Posteriormente, se les entrega un pliego de papel y plumones de colores a cada equipo y se les pide que escriban o dibujen las cosas con las que se sintieron identificadas. Finalmente, se realiza la plenaria donde cada equipo expone el caso que le tocó y expresa cuáles fueron las situaciones con las que se sintieron identificadas. Una vez que cada equipo exponga, la facilitadora detonará la reflexión lanzando la pregunta: ¿cuáles son los temas en común en cada caso y cuáles son los temas diferentes? Esto, para abordar la relación entre pobreza, injusticia, desigualdad social, desmantelamiento de los servicios de salud pública y género.

Duración: 90 minutos.

Observaciones: En esta parte es importante desmitificar la idea de que los sujetos son los únicos responsables de su salud al colocar, en la mesa de discusión, todos los aspectos que no dependen de éstos; es decir, al introducir cómo los determinantes sociales inciden en la salud y la enfermedad de las personas y los grupos. El taller puede terminar con la pregunta: ¿a cuál de las mujeres expuestas en los casos nos parecemos más?, ¿a la del caso uno, a la del caso dos o a la del caso tres? Al mismo tiempo, se puede mencionar que no debemos sentirnos avergonzadas de asumirnos como mujeres pobres que vivimos situaciones de violencia cotidiana. Al contrario, pues es a partir de la toma de conciencia como podremos empezar a buscar formas de transformar nuestras realidades.

Resultados: Se realizó con una intensa participación. En el apartado de identificar las molestias se colocaron como molestias dolor de muela, dolor de oídos, estados de ánimo cambiantes, dolor de cabeza y malestar por hambre.

La lectura y presentación de los casos hipotéticos fue realizada por tres equipos en pareja. Durante la actividad llegó una mujer más que se integró a uno de los equipos. En las respuestas dadas a la pregunta: ¿con qué se identifican en cada caso?, las respuestas fueron:

Caso I: “Cuando Angélica se despierta temprano a preparar el desayuno con los pocos víveres que tiene”; “salir a trabajar para ayudarlo a sostener el hogar”; “los celos, de seguro ya conociste a alguien”; “el maltrato de la pareja”; “la situación económica”; “trabajar sin descuidar la casa”; “lo cotidiano en la vida de Angélica, ella hace todo, es la primera en levantarse y la última en dormir.”

Caso II: “Su madre diabética y su padre hipertenso y, desde, que están afiliados al ISSSTE les dan la medicina”

Caso III: “Cuando tiene bebé y checar el control del embarazo”; “llevar una dieta rigurosa y una rutina de caminata por una hora”; “que a mí me gusta ir al salón de belleza para cortarme el cabello y en ocasiones para hacerme *manicure*”

Se trabajó en puntualizar las injusticias y desigualdades sociales y la conciencia de clase, a partir del determinante nivel socioeconómico. Y en el no tener miedo a nombrar la realidad objetiva: “somos mujeres pobres que vivimos una en una comunidad que no garantiza la satisfacción de los servicios básicos: agua entubada, drenaje, uso de suelo para construcción de nuestras viviendas, recolección de basura; ni el respeto a nuestros derechos a la salud, educación, vivienda, trabajo y a vivir una vida libre de violencia.” También se trabajó en la identificación de la relación existente en el proceso salud-enfermedad, pobreza y género con la intención de visibilizar cómo las injusticias y desigualdades sociales impactan directamente a la salud. Se desmitificaron los modelos salubristas de promoción de la salud que culpabilizan al paciente de sus problemáticas de salud.

➤ Tercera sesión

Objetivo: Que las mujeres construyan su propio concepto de salud a partir del análisis de cómo los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención afectan directamente sus experiencias de vida.

Actividad 1

Tema: Retroalimentación sobre la sesión anterior.

Contenido temático: Manejo de estrés e injusticias y desigualdades sociales

Propósito: Que las mujeres se relajen a partir de compartir sus experiencias de molestias físicas y emocionales que las aquejan para establecer un proceso de comunicación respecto al tema del estrés.

Insumos: Pliegos de papel bond, plumones de colores, cinta canela.

Instrucciones: Se realiza una lista de las molestias que las aquejan a partir de preguntas detonadoras como pueden ser: En estos momentos, ¿qué les molesta?, ¿qué les duele?, ¿qué les aprieta?, ¿cómo se sienten?, ¿cómo fue su día? Se enlistan las respuestas.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Cada una de las molestias se sumará a la lista de la semana pasada. Esta lista será un insumo para la penúltima sesión. En esta ocasión se deberá escribir, delante de cada molestia, la razón por la que ellas creen se genera cada molestia.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no.

Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud.

Actividad 2

Tema: Proceso salud-enfermedad-atención

Propósito: Que las mujeres reflexionen sobre los elementos que inciden en la salud con el propósito de que el grupo cuente con elementos para la construcción de su concepto de salud.

Insumos: Tarjetas que contengan distintos determinantes de la salud: educación, trabajo, alimentación, vivienda, recreación. Pliegos de papel bond, plumones de colores y cinta canela.

Instrucciones: Se forman tres equipos. Se le entrega, a cada equipo, las tarjetas con los determinantes de la salud. Se les pide a las participantes que entablen una conversación sobre la posible relación entre lo que dice cada una de las tarjetas y su impacto en la salud. Una vez concluida esta parte de la actividad, se les pide que escriban sus comentarios en el papel bond. Posteriormente, y en plenaria, cada equipo expone su reflexión. Después de que cada equipo termine, se les pregunta a los equipos restantes qué opinan al respecto. Por último, entre todas las participantes, y en conjunto, se elabora un concepto de salud con los insumos anteriores de las reflexiones colectivas.

Duración: 115 minutos

Observaciones: La facilitadora debe tener preparado un pliego de papel bond en el que colocará un diagrama que recupere, de forma sistematizada, los comentarios de las participantes. Dentro de la reflexión se incorporará el sistema de contradicciones existentes en la sociedad explicando que los miembros de cada clase social, con sus particulares formas de inserción en la esfera productiva, sus

patrones característicos de consumo y sus formas específicas de organización, se desenvuelven en medio de un sistema social contradictorio que, por un lado, incorpora bienes y fuerzas que protegen la salud y, por el otro, admite aspectos destructivos que la constriñen y deterioran. Al mismo tiempo, se reflexionará sobre la desigualdad de género y sus vínculos con el proceso salud-enfermedad-atención.

Resultados: Las mujeres siguieron tornándose participativas. Después de la sesión pasada se esperaba que las mujeres pudieran identificar como causa de sus molestias las injusticias y desigualdades sociales. Las respuestas a la pregunta: ¿cuáles son las molestias que tienen y qué creen que las ocasiona?, fueron:

“Los ojos por cocinar”, “me siento presionada por las prisas”, “tengo dolor de estómago por comer rápido”, “me duelen los pies debido a tanto trabajo”, “dolor de espalda por cargar pesado”, “me duelen los pies porque llevo y traigo a mis hijos de la escuela caminando”.

En la dinámica de retroalimentación, las mujeres que sí asistieron se mostraron muy interesadas en poder compartir a sus compañeras los casos con los que se trabajó en la sesión anterior. Se repartieron las tarjetas con algunos determinantes de la salud (alimentación, vivienda, educación, trabajo y alimentación) y se trabajó en torno a si la palabra que les tocó tiene relación con la salud.

Las reflexiones realizadas por las mujeres fueron las siguientes:

Vivienda: “Si no tienes una vivienda adecuada, o al menos de loza, se cuele mucho aire y a veces agua, te enfermas muy seguido”; “por salud mental de que no estás preocupada de que debes de pagar la renta o de que estés ahí de arrimada o en cualquier momento te corran y no vivas con la angustia

porque luego te enfermas de los nervios”; “tiene que tener una buena higiene”

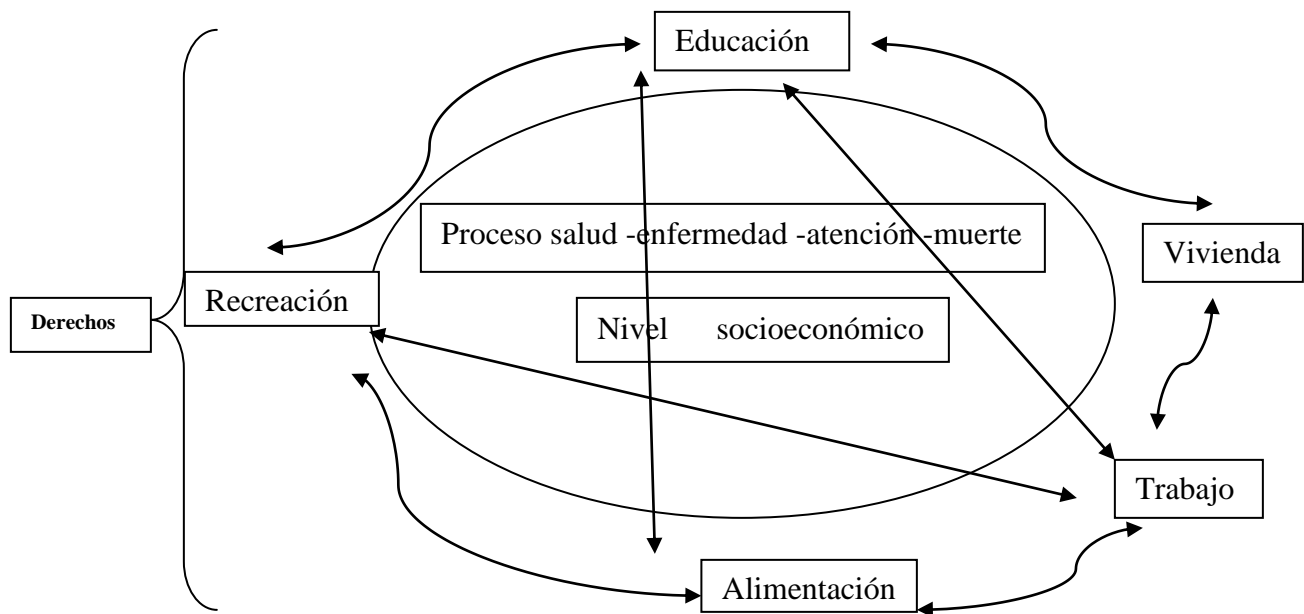
Recreación: “Como ir a un parque a convivir con los hijos, jugar pelota y bicicleta”; “sí se relaciona porque hay gente que, en el tiempo libre, no hace nada y también viene la obesidad y las enfermedades como diabetes e hipertensión”; “nos ayuda, hacer ejercicio te libera del estrés o lo emocional, la salud mental.”

Trabajo: “Sí, porque si trabajas demasiado nos podemos llegar a enfermar porque no cuidamos nuestra alimentación y, si no trabajamos, no nos podemos atender en el doctor o comprar medicamentos.”

Educación: “La educación también es cuestión de salud porque si nosotros nos sentimos bien, nos comportamos bien con la gente y con la gente que nos quiere.”

Alimentación: “Si no comemos, nos enfermamos de debilidad o, como ahora dicen, anemia; pero si trabajamos mucho luego tampoco tenemos tiempo de comer y nos enfermamos de gastritis, pero de todas formas si no trabajamos, no tenemos para comprar siquiera las tortillas y los frijoles, así que tenemos que trabajar.”

Se trabajó en torno al proceso salud-enfermedad-atención-muerte. A partir de sus reflexiones se realizó el siguiente diagrama.



Se construyó un concepto de salud en el grupo:

La salud es tener cubiertos todos los aspectos que tienen relación con las cosas que causan que nos enfermemos como la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, y la recreación. Las personas que tienen un mejor trabajo, ganan más dinero. Por eso la gente que tiene más dinero se enferma menos y, si se enferman, pueden pagar el doctor y sus medicinas. También la salud mental se afecta cuando no tenemos trabajo porque no tenemos dinero para comprar la comida para nuestra familia, nos sentimos presionadas y somos menos felices. Tenemos derecho a la salud, pero en el

pueblo el Centro de Salud da muy mal servicio y mejor tenemos que ver cómo le pagamos al Doctor Simi.

Al término de la construcción del concepto de salud, las mujeres me pidieron realizar una lista de algunos temas de salud que les gustaría trabajar: ansiedad, estrés, desnutrición, cáncer, menopausia, diabetes, hipertensión y enfermedad tiroidea.

➤ **Cuarta sesión**

Objetivo: Que las mujeres reconozcan y puedan identificar los diferentes tipos de violencia, su interrelación y la manifestación de cada uno de ellos con el fin de identificar cómo estas manifestaciones influyen en los procesos de salud-enfermedad-atención de las mujeres.

Actividad 1

Tema: retroalimentación de la sesión anterior

Contenido temático: Manejo de estrés, determinantes en el proceso salud-enfermedad-atención y concepto de salud.

Propósito: Que las mujeres se relajen a partir de compartir sus experiencias de molestias físicas y emocionales que las aquejan para establecer un proceso de comunicación respecto cuales son las causas que están ocasionando sus malestares.

Insumos: Pliegos de papel bond, plumones de colores y cinta canela.

Instrucciones: Se realiza una lista de las molestias que las aquejan a partir de preguntas detonadoras como pueden ser: En estos momentos, ¿qué les molesta?,

¿qué les duele?, ¿qué les aprieta?, ¿cómo se sienten?, ¿cómo fue su día? Se enlistan las respuestas.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Cada una de las molestias se sumara a la lista de las semanas anteriores. Esta lista será un insumo para la penúltima sesión. En esta ocasión se deberá escribir delante de cada molestia cual es la razón que ellas creen que esta causando las molestias.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no. Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud.

Actividad 2

Tema: Violencia de género

Contenidos temático: Violencia física, emocional, económica y sexual.

Propósitos: Que las mujeres reconozcan y puedan identificar los diferentes tipos de violencia, su interrelación y la manifestación de cada uno de ellos.

Insumos: Plumones de colores, pliegos de papel bond blanco, hojas de cuatro colores diferentes (uno para cada tipo de violencia) y plumas.

Instrucciones: Se lanza la pregunta: ¿Qué es la violencia? Se entabla un diálogo al respecto propiciando la participación de las asistentes a través de preguntas como: ¿Qué han escuchado al respecto? ¿Cuáles son los tipos de manifestaciones de violencia que conocen? ¿Qué situaciones le ocurren a alguna conocida que crean esté relacionada con la violencia? Posteriormente, se forman cuatro equipos (el número de integrantes de cada equipo dependerá del número total de participantes). Se le da, a cada equipo, una hoja y una pluma. Se les asigna, además, el tipo de violencia que trabajará cada equipo. Se les pide que dialoguen sobre las manifestaciones de violencia sobre el tema asignado (pueden escribir todo lo que ellas crean que se relaciona). Una vez concluida esta tarea, se escribe en una hoja de papel bond (que sea visible para todas) un círculo que llevará un centro en su interior y se dividirá en cuatro partes (como rebanadas de pizza). A cada parte se le destinará un tipo de violencia. Ya en plenaria, se le pide a cada equipo que mencione lo que anotó y, la facilitadora, escribe en el círculo según corresponda a cada tipo de violencia. Si algún equipo menciona alguna manifestación de violencia que, según el criterio de los demás equipos, no corresponde al tema asignado, se solicita a las participantes que decidan en qué parte del círculo debe ir colocada dicha manifestación de la violencia. Una vez concluidas las anotaciones, se les pregunta a las participantes: ¿Qué mueve esta rueda? Se escucha todo lo que tengan que decir colocando, al centro del círculo, sus respuestas. Se busca que el tema del “abuso de poder y/o la opresión” esté incluido en las respuestas. Finalmente, se reflexiona respecto a las diferencias existentes entre varones y mujeres sobre los puntos anotados. Se puede recurrir a preguntas detonadoras como: ¿Qué pasa cuando (...)? ¿Qué se dice socialmente cuando (...)?

Duración: 90 minutos.

Observaciones: La facilitadora deberá ser paciente y tratar de hablar lo menos posible. Debe motivar la participación a través de preguntas detonadoras que lleve

a las mujeres a reflexionar sobre el tema, sus vivencias, lo que saben que sucede a sus familiares, amigas, vecinas y a ellas mismas.

Resultados: Las mujeres siguieron participativas. Después de la sesión pasada se esperaba que las mujeres pudieran identificar como causa de sus molestias las injusticias y desigualdades sociales. Las respuestas a la pregunta: ¿cuáles son las molestias que tienen y qué creen que las ocasiona?, fueron:

“Me duelen los pies debido al clima frío y el cansancio del trabajo”; “me duele el cuerpo en general por tanto trabajo y mala alimentación”; “a mí me duele la cabeza por tantas presiones del hogar”; “me duelen los ovarios por... ya saben lo de cada mes”; “me duele el estómago porque siento mucha presión, me malpaso y tengo problemas para dormir”; “a mí no me duele nada, soy feliz como lombriz, no tengo ningún problema, no me siento triste ni nada.”

Las respuestas a lo que saben sobre los diferentes tipos de violencia fueron las siguientes:

Violencia sexual: “El acoso es violencia sexual, cuando nos miran morbosamente es violencia, cuando el esposo la toma a la fuerza a una también es violencia, cuando nos dicen palabras que nos agreden en nuestras partes femeninas, cuando en los camiones nos tocan en los pechos o en la pompas es violencia sexual, cuando los hombres enseñan su parte masculina es violencia.”

Violencia emocional: “Cuando hay necesidad y no podemos cumplir con una renta, pagar la luz”; “maltrato como las palabras ofensivas, los insultos: no tengo, no estás fregando, estás muy gorda, ya estás vieja”; “cuando se pide

algo y la respuesta es no tengo, qué quieres que haga, dame de tragar, mira nada más, estás de floja, no sabes hacer nada.”

Violencia económica: “Que no te den gasto, discutir por falta de dinero, humillar por falta de apoyo en la pareja”; “que no cumpla con la manutención de los hijos cuando hay una separación”; “que se enfermen por no haber dinero, que el marido no trabaje por flojo, que se gasten el dinero con otra mujer y también en borracheras”.

Violencia Física: “Es cuando el hombre o la mujer es golpeada y no aceptan que hay violencia física. Cachetada, jalar el cabello, jalonear, sacudir, que te pellizque, patadas, un coscorrón, manazo, golpes con objetos, que te den puñetazo.”

En la plenaria se compartieron las respuestas de cada equipo y las mujeres compartieron sus saberes al respecto de cada uno de los tipos de violencia. Se generó el siguiente esquema.



➤ Quinta sesión

Objetivo: Reflexionar sobre los procesos de reproducción social (estilos de vida, condiciones de vida y condiciones de trabajo) que se encuentran ligados a la cultura. Analizar cómo la cultura y la globalización influyen directamente en los estereotipos del “deber ser” en las mujeres y cómo estos estereotipos influyen, directamente, en el proceso salud-enfermedad-atención de las mismas.

Actividad 1

Tema: Retroalimentación de la sesión anterior.

Contenido temático: Manejo de estrés y violencia de género

Propósito: Que las mujeres se relajen a partir de compartir sus experiencias de molestias físicas y emocionales que las aquejan para establecer un proceso de comunicación respecto al tema del estrés.

Insumos: Pliegos de papel bond, plumones de colores y cinta canela.

Instrucciones: Se realiza una lista de las molestias que las aquejan a partir de preguntas detonadoras como pueden ser: En estos momentos, ¿qué les molesta?, ¿qué les duele?, ¿qué les aprieta?, ¿cómo se sienten?, ¿cómo fue su día? Se enlistan las respuestas.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Cada una de las molestias se sumara a la lista de las semanas anteriores. Esta lista será un insumo para la penúltima sesión. Se deberá escribir delante de cada molestia cual es la razón que ellas creen que esta causando las molestias.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no. Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud.

Actividad 2

Tema: Reproducción social e impacto en los procesos salud-enfermedad-atención.

Contenidos temáticos: Cultura, cuerpo y discriminación.

Propósitos: Reflexionar sobre cómo la sobrevaloración del cuerpo femenino es un proceso cultural en donde influyen directamente los estilos de vida, condiciones de vida y condiciones de trabajo. Analizar cómo tanto la cultura económica capitalista y la globalización influyen directamente en estereotipar al cuerpo femenino y al “deber ser” en la mujer, y cómo estos estereotipos influyen directamente en el proceso salud-enfermedad de las mismas.

Insumos: Hojas blancas, hoja de rotafolio, plumones, crayolas, colores, sacapuntas, papel bond blanco, etiquetas de colores (verde, anaranjado, rosa y azul) y cinta adhesiva.

Instrucciones: Se le da a cada participante una hoja y se les pide la doblen a la mitad. Después se les indica que se dibujen en ella: de un lado de la hoja se dibujarán de frente y, del otro, de espaldas. En un lugar visible se coloca una hoja de rotafolio con las siguientes indicaciones: verde (me gusta), anaranjado (no me

gusta), rosa (me da vergüenza) y azul (me da placer). Se pasan las etiquetas de colores y se les pide que las coloquen según corresponda el significado del color con las distintas partes de sus cuerpos. Pueden utilizar varios colores, uno o ninguno. Se colocan todos los dibujos en un lugar visible para todas y se les pide que, como en un museo, todas pasen a observar los dibujos. Posteriormente, se les pide que voluntariamente expongan su dibujo. Se abre un diálogo preguntando: ¿Por qué nos da pena o nervios hablar sobre el punto azul en especial? Se reflexiona sobre aquellas partes del cuerpo que obtuvieron mayores coincidencias según el color. Se realizan algunas preguntas: ¿Por qué pasa esto? ¿Por qué nadie se pintó desnuda? ¿Cómo influyen los medios de comunicación en el estereotipo de la mujer? ¿Cómo estos estereotipos impactan en la discriminación? ¿Cómo la cultura impacta en el deber ser? ¿Cómo está relacionada la cultura con nuestros estilos de vida, condiciones de vida y condiciones de trabajo? ¿Qué consecuencias conlleva lo anterior en las mujeres y qué problemáticas de salud generan? Se retoma la idea de que existen diferentes tipos de placer, no sólo el sexual, y se reflexiona sobre ello.

Duración: 100 minutos.

Observaciones: Es importante explicar que el dibujo debe ser grande y no debe llevar nombre. Además, se les pide que comenten por qué colocaron cada color donde lo colocaron. Si el dialogo no fluye, se pueden formular preguntas detonadoras: ¿Cómo se sintieron? ¿Para qué creen que les sirve reflexionar sobre este tema? ¿Qué podemos hacer para sentirnos mejor? ¿Qué sintieron al escuchar a sus compañeras? La facilitadora deberá preguntar los por qué y establecer, a la par, un diálogo donde se reflexione sobre los diferentes tipos de placer más allá del sexual.

Resultados: En la actividad de manejo de estrés una mujer comentó que quería estirarse un poco y hacer ejercicios de relajación. Por decisión de las demás mujeres, se suspendió la actividad de molestias y se realizó una serie de estiramientos y ejercicios de liberación de estrés.

Al comenzar la actividad sólo habían llegado cuatro mujeres, las cuales realizaron la actividad del dibujo del cuerpo. Los resultados fueron los siguientes:

Les gusta: cara, pecho, pies, manos, cabello, ojos y pompas.

No les gusta: pechos, estómago, espalda, cara, pies y manos.

Les da vergüenza: pompas, pies y piernas.

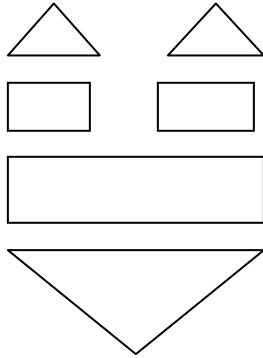
Les da placer: cuello, boca, estómago y genitales.

Esta actividad se implementó para reflexionar cómo la sobrevaloración del cuerpo femenino es un proceso cultural donde influyen, directamente, los estilos de vida, las condiciones de vida y las condiciones de trabajo. Analizar cómo tanto la cultura económica capitalista y la globalización influyen directamente en estereotipar al cuerpo femenino y el “deber ser” en la mujer, y cómo estos estereotipos influyen directamente en el proceso salud-enfermedad de las mismas.

➤ **Sesión extraordinaria**

Hubo una serie de contratiempos que llevaron a la enlace del círculo a suspender las sesiones por dos semanas. Al reanudar las sesiones, la enlace me comentó que hubo una serie de comentarios mal intencionados hacia su persona y hacia el trabajo que se realiza en el círculo, lo que la había llevado a tomar la decisión de cerrarlo. Por ello, se suspendió la sesión planeada para dar paso a una actividad relacionada a reflexionar la pluralidad de formas de ver el mundo y sus cosas, así como las similitudes que podemos encontrar en estas miradas a partir de nuestras distintas adscripciones a contextos sociales, culturales, económicos y de sistemas de normas y valores. Con esta actividad, se introdujo el tema del respeto a las diferencias en situaciones donde podemos compartir algunos elementos en común vinculados a nuestras inserciones sociales y experiencias de vida. Esta actividad la realicé debido a que tuvo muy buen

resultado en el Círculo Mayahuel. De igual forma, resultó una buena reflexión y desahogo de sentires en este espacio.



En el significado encontrado por las mujeres a este ejercicio se encontraron:

- ☉ “Es una cara de sorpresa de un payaso”.
- ☉ “Yo pienso que es una cara de persona: los triángulos son sus cejas, los cuadros sus ojos y el rectángulo su boca”.
- ☉ “Le veo cara de gato o pudiera ser un castillo”.
- ☉ “Se me figura que es la cara de un gato o figuras geométricas”.
- ☉ “Veo cara de figuras geométricas como triángulo y cuadrado, también una casa”.
- ☉ “Yo le veo cara de un robot con orejas de gato o muñeco de caricatura de aprendizaje para niños”.

Se realizó una mesa redonda en donde se analizaron las diferencias y encuentros entre las diferentes formas en las que cada participante percibió la imagen. Posteriormente, se habló sobre la importancia del respeto a las diferencias en

situaciones donde podemos compartir, o no, algunos elementos vinculados a nuestras inserciones sociales y experiencias de vida.

➤ **Sexta sesión**

Objetivo: Que las mujeres reflexionen sobre la influencia de la cultura y la sociedad en las formas en las que nos relacionamos.

Actividad 1

Tema: intersubjetividad

Contenidos temáticos: Diálogo de sentires y sobrevaloración del cuerpo femenino.

Propósitos: Generar un espacio en el que las mujeres puedan hablar sobre cualquier tema que sientan les afecta, ya sea de forma individual o colectiva.

Instrucciones: Se inicia el diálogo preguntando: ¿Cómo se sienten hoy? ¿Hay algo que les moleste? ¿Qué les duele? ¿Sienten algún miedo, angustia o preocupación?

Duración: 20 minutos.

Observaciones: En caso de que se ventile alguna tensión es importante reflexionar sobre qué podemos hacer para solucionarla, qué podemos hacer ante esta situación. Si las mujeres no desean hablar, se puede hacer una dinámica para relajar tensión, ya sea a través de movimientos corporales o una dinámica grupal.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no. Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud.

Actividad 2

Tema: Derechos sexuales y reproductivos.

Contenidos temáticos: Derechos sexuales, violencia, género.

Propósitos: Generar reflexiones que permitan a las participantes ubicar la importancia del fortalecimiento de su autonomía en la toma de decisiones sobre sus cuerpos.

Insumos: Sillas, frases que estén directamente ligadas al tema.

Instrucciones: Se colocan dos filas de sillas, unas frente a las otras. Se les pide a las mujeres que se coloquen al centro. Se les comenta el mecanismo de la actividad: “Voy a leer una serie de frases. Al terminar, cada una ustedes tomará un lugar a la derecha si están de acuerdo con la frase y, si están en desacuerdo, tomarán un lugar a la izquierda”. Una vez que cada participante se haya sentado en alguna de las filas correspondientes, se solicitará a dos o tres de cada fila que comente por qué eligió esa fila y no la otra.

Duración: 40 minutos.

Observaciones: Las frases a leer pueden ser las siguientes: “Expresar mis cariños y afectos en público (besos y abrazos)”. “Bañarme con mis hijos e hijas”. “Tener relaciones sexuales con mi pareja si no tengo ganas.” “Tocar mi cuerpo para sentir placer.” “Salir con amigas y amigos sin mi pareja.” “Tener una mejor amiga que sea lesbiana.” Una vez terminada la actividad se les pregunta: ¿cómo se sintieron durante la actividad?, ¿les fue fácil decidir o no?, ¿qué les pasaba por su mente cuando veían que otras personas pensaban diferente?

Actividad 2.1

Propósito: Reflexionar sobre frases o dichos relacionados a malas relaciones que existe entre las mujeres. Promover, entre las participantes, la escucha, el apoyo y la solidaridad.

Insumos: Hojas de colores en las que se debe escribir, previamente, frases populares que denoten la supuesta mala relación existente entre mujeres.

Instrucciones: Se le da a cada participante una frase y se le pide que la lea y comparta lo que piensa al respecto, que comparta el por qué cree que se dice eso. Posteriormente, se reflexionará de manera grupal los por qué de estas frases con el objetivo de visibilizar cómo las frases tienen una relación directa con la dominación hacia las mujeres.

Duración: 60 minutos.

Observaciones: Ejemplo de las frases que pueden utilizarse: “Mujeres juntas ni difuntas.” “Consejo de amores nunca recibas, y menos cuando vienen de las amigas.” “Nuera y suegra, gata y perra.” “Hay dos animales ingratos, las mujeres y los gatos.”

Resultados: Durante el diálogo de sentires hubo un ambiente de solidaridad ante las situaciones específicas de dos mujeres quienes compartieron experiencias que les causan preocupación, angustia, inestabilidad y dolor. Estas mujeres expresaron su necesidad de atención profesional. Se les canalizó al Centro de Atención para las Adicciones (CAPA), ubicado en el Centro de Salud del pueblo de San Andrés Totoltepec con la Lic. María Elena López Álvarez para que reciban atención psicológica gratuita. Actualmente, estas dos mujeres se encuentran en tratamiento terapéutico ahí.

Durante la lectura de las frases fue necesario cambiar un poco la dinámica ya que el espacio es pequeño y, realizar la actividad con sillas, no era accesible.

Las mujeres opinaron sobre cómo sería la mejor opción para esta actividad y acordaron que se realizaría un círculo. Las mujeres que estuvieran de acuerdo con la frase se quedarían en su lugar y, las que no estuvieran de acuerdo, pasarían al centro del círculo. La actividad se realizó en un ambiente de ánimo y respeto ante las posiciones de cada una. Ninguna mujer quiso imponer su pensar a las demás.

Durante la siguiente actividad, al asignarles las frases donde se expresa la supuesta mala relación entre mujeres, la primera reacción fue de risa y de asumir que ésas son cosas que se dicen siempre de las mujeres e, incluso, se asumieron como ciertas. Al realizar la plenaria, y comenzar a analizar cómo estas frases tienen una relación directa con la opresión hacia las mujeres y cómo estas se encuentran construidas para polarizarnos, se puntualizó sobre cómo los hombres generan ambientes de camaradería mientras que se encargan de generar ambientes hostiles en la relación entre mujeres. Se trabajó en fortalecer la idea de que las mujeres organizadas pueden generar espacios productivos, encaminados a desmitificar todos estos supuestos y generar procesos de cambio a nivel individual y colectivo. Por último, se entabló un diálogo sobre la importancia de compartir estas reflexiones con otras mujeres de la comunidad.

➤ **Séptima sesión**

Objetivos: Que las mujeres analicen, desde la perspectiva de género, los usos y costumbres que existen en su comunidad sobre ciertos temas: noviazgo, relaciones sexuales, casamiento, manejo del dinero y maternidad. Reconocer el impacto que tienen en la vida de las mujeres, y en su salud integral, algunos usos y costumbres sobre la sexualidad y la reproducción. Difundir qué implican los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de los derechos humanos.

Actividad 1

Tema: retroalimentación de la sesión anterior.

Contenido temático: Manejo de estrés y derechos sexuales y reproductivos.

Propósito: Que las mujeres se relajen a partir de compartir sus experiencias de molestias físicas y emocionales que las aquejan para establecer un proceso de comunicación respecto al tema del estrés.

Insumos: Pliegos de papel bond, plumones de colores y cinta canela.

Instrucciones: Se realiza una lista de las molestias que las aquejan a partir de preguntas detonadoras como pueden ser: En estos momentos, ¿qué les molesta?, ¿qué les duele?, ¿qué les aprieta?, ¿cómo se sienten?, ¿cómo fue su día? Se enlistan las respuestas.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Cada una de las molestias se sumara a la lista de las semanas anteriores. Esta lista será un insumo para la penúltima sesión. Se deberá escribir delante de cada molestia cual es la razón que ellas creen que esta causando las molestias.

Actividad 1.1

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no. Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud.

Actividad 2

Tema: Violencia de género.

Contenidos temáticos: Corporeización, deconstrucción y autonomía.

Propósito: Propiciar una reflexión sobre el “deber ser” de las mujeres para observar cómo históricamente este “deber ser” ha significado dominación, marginación y desigualdad.

Instrucciones: Se solicita que dos voluntarias hablen sobre las vivencias de sus embarazos, dos más que hablen sobre cómo viven su noviazgo y lo que piensan del matrimonio, el embarazo y las relaciones sexuales.

Duración: 45 minutos.

Observaciones: En caso de que no les sea fácil empezar el diálogo, se pueden formular preguntas detonadoras: ¿cuántos hijos tienes?, ¿recuerdas como fue la primera vez que te embarazaste?, ¿cómo te cayó la noticia? Las preguntas pueden seguir en el transcurso de la actividad: ¿hubieras hecho algo distinto?, ¿mirando para atrás, cambiarías algo?, ¿sientes que pudiste haber tomado otras decisiones?, ¿te has imaginado cómo sería embarazarte a tu edad? Al concluir el compartir las historias de vida es importante hacer notar similitudes y diferencias entre ambos grupos. Es muy probable que, en esta parte, las mujeres desfoguen emociones, por lo que se debe mantener la calma dejando espacios de silencio mientras las mujeres hablan para no presionar ni saturar la dinámica. Se puede reforzar el apoyo a la reflexión señalando que éste es un tema que atraviesa nuestras vidas y que es importante, en consecuencia, hablar de él.

Actividad 3

Tema: Derechos sexuales y reproductivos en su relación con los derechos humanos.

Contenidos temáticos: Educación como práctica de la libertad.

Propósitos: Que las mujeres conozcan y reconozcan cuáles son sus derechos y, a partir de este conocimiento, reflexionar cómo estos derechos pueden ser herramienta para fortalecer la autonomía de las participantes.

Insumos: Hojas de colores donde previamente se escribieron los derechos

sexuales y reproductivos con letra grande.

Instrucciones: Se explora qué es un derecho para ellas formulando preguntas detonantes: ¿qué es un derecho?, ¿qué han escuchado que son los derechos? Se retoma lo expresado por las participantes y, de manera general, se explica qué es un derecho. Se forman equipos y se les da una hoja con un derecho escrito en ella. Se les pide que imaginen a qué se refiere tal derecho. Posteriormente, se forma un círculo donde cada equipo expondrá sus conclusiones. Finalmente, se establece un diálogo basado en las experiencias de las participantes con cada derecho y se complementa la información sobre lo que son los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de los derechos humanos.

Duración: 45 minutos.

Observaciones: Algunos de los derechos a utilizar pueden ser “derecho a la información y a la educación sexual”, “derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad”, “derecho a la libertad reproductiva”, “derecho a vivir sin discriminación”, “derecho a manifestar públicamente mis afectos”, “derecho a una vida libre de violencia sexual”, “derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual”.

Resultados: Las respuestas a la pregunta: ¿cuáles son las molestias que tienen y qué creen que las ocasiona?, fueron:

“Me duele la espalda por cargar las mochilas de los hijos y por el trabajo domestico”; “me duele la cabeza por no comer a la hora”; “me duelen los pies por estrés”; “me siento tranquila”; “tengo gripa y me duelen los ojos por la temporada de calor”; “estoy feliz”.

Se suspendió la actividad de retroalimentación debido a que todas las mujeres asistentes estuvieron presentes la sesión anterior.

Debido a que fue un grupo pequeño, todas las mujeres pudieron participar en las reflexiones en torno al noviazgo, maternidad, parto, casamiento, matrimonio,

relaciones sexuales, manejo del dinero. El diálogo se desarrolló en un ambiente de confianza y las experiencias fueron la materia prima para hacer un análisis desde la perspectiva de género respecto a cómo se viven estas prácticas en la comunidad y cómo estas prácticas impactan en su salud. Además, se generó un ambiente propicio para difundir los derechos sexuales y reproductivos.

➤ **Octava sesión**

Objetivo: Que las mujeres identifiquen la relación existente entre la desigualdad socioeconómica y la desigualdad de género. Que las mujeres reconozcan la importancia de la práctica social como elemento que permite modificar y/o transformar su realidad.

Actividad 1

Tema: retroalimentación de la sesión anterior

Contenido temático: Corporeización, deconstrucción y autonomía.

Propósito: Generar la participación de las mujeres al mismo tiempo que se da a conocer el tema anterior para aquellas que no pudieron asistir.

Instrucciones: Se pregunta quiénes sí estuvieron la sesión anterior y quiénes no. Se les pide a las que sí estuvieron que platiquen de qué trató la sesión anterior.

Duración: 15 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con la pregunta: ¿qué más recuerdan? Al terminar la exposición de las mujeres debe enfatizarse que el eje en el que está basado el taller es el de las injusticias y las desigualdades sociales, en su relación con la violencia de género, y cómo éstas afectan directamente nuestra salud

Actividad 2

Tema: Injusticia y desigualdad social.

Contenido temático: Proceso salud-enfermedad-atención

Propósito: Que las mujeres reconozcan la raíz del origen de sus malestares.

Insumos: Listado de molestias capturado durante las sesiones anteriores.
Plumones de colores, papel bond y cinta canela.

Instrucciones: Se coloca a la vista de todas las mujeres el listado de molestias. Se hace una mesa redonda donde las participantes exponen sus reflexiones sobre el origen de sus malestares.

Duración: 30 minutos.

Observaciones: Se debe motivar la participación de las mujeres con preguntas del tipo: “¿qué emociones sintieron durante la semana?”, “¿qué sensaciones tuvieron al retirarse de la sesión?”.

Actividad 3

Tema: Conciencia de clase.

Contenidos temáticos: Que las mujeres reflexionen e identifiquen cómo sus acciones individuales y colectivas en su práctica diaria crean, modifican y transforman constantemente su realidad.

Instrucciones: Se forman dos equipos. Se les pide a las mujeres que expongan, a través de un sociodrama, una situación que hayan vivido en la que sus propias prácticas han contribuido a modificar o transformar alguna problemática. Uno de los equipos trabajará una situación individual, el otro una situación colectiva.

Duración: 60 minutos.

Observaciones: Las situaciones a representar pueden ser situaciones propias o de gente que conozcan.

Resultados: Se generaron diversas opiniones en torno a la sesión pasada. Las más emotivas, relacionadas con las dificultades existentes para introducir en sus vidas todo lo que están descubriendo. Una inquietud colectiva fue qué hacer cuando las mujeres empiezan a tomar conciencia de estas situaciones para transmitirlo a sus parejas sin que esto sea necesariamente un motivo de separación.

Al estar presentes en la sesión las mismas mujeres de la sesión anterior, no se realiza la retroalimentación.

Durante la actividad en la que las mujeres debían reconocer la raíz de sus malestares, fue importante observar cómo la mayoría de las mujeres lograron establecer una relación directa entre el origen de sus malestares con la pobreza y con su condición de género.

La actividad de los sociodramas se torno muy divertida. Para facilitar la actividad se les pidió que escribieran en una hoja alguna acción individual o colectiva que, en su práctica diaria, haya contribuido a crear, modificar y transformar constantemente su realidad. Posteriormente, ellas escogieron dos y fueron las que presentaron en el sociodrama. Las actividades escritas por las participantes fueron:

- ☉ “En mi entrada o mi callejón no estaba preparada para transitar, me decidí a acercarme a la delegación. Me mandaron la máquina para abrir la entrada y, ahora, ya es transitable”.
- ☉ “Quiero aprender un oficio para tener un empleo seguro”.
- ☉ “El proyecto Círculo de Mujeres Tehuisco: no hay preferidas, becas, despensas y lo más importante aprendemos a aprender y a valorarnos. Aunque a veces tengo frustración porque hay gente que habla mal del círculo, en especial de la representante, sin saber lo que hay detrás de un grupo (tiempo, dinero, salud y organización)”.
- ☉ “Para mí, poner un lechería en mi comunidad sería un beneficio para todos, incluso para mí sería una fuente de trabajo y mejoraría la colonia. El

problema es que ponen muchos “peros”, ya vinieron a ver el lugar y dicen que tiene que tener piso de azulejo y salida a la calle y pues el espacio que yo tengo disponible no cumple con los requisitos que ellos piden.”

- ☉ “Para transformar mi vida pedí ayuda psicológica en donde usted me canalizó”.
- ☉ “Para transformar mi vida yo quiero encontrar un trabajo fijo porque el que tengo es ocasional y yo quiero salir adelante por mi familia”

➤ **Novena sesión**

Objetivo: Que las mujeres realicen una evaluación de su asistencia al taller.
Realizar el cierre del taller.

Actividad 1

Tema: Evaluación.

Contenidos temáticos: Injusticia y desigualdad social, género, conciencia de clase.

Propósitos: Que las mujeres realicen una autoevaluación de su participación en el taller.

Instrucciones: Se realiza una mesa redonda en donde se establece un diálogo que permita responder las siguientes preguntas: 1) ¿Por qué te parece importante haber participado en este taller?; 2) ¿Qué cambios percibes en tu vida a partir de tu participación?; 3) ¿Cuáles fueron, para ti, los temas más importantes?; 4) ¿Cuáles fueron los aprendizajes más significativos?; 5) ¿Cuáles crees que sean las ventajas de que las mujeres nos reunamos para hablar sobre nuestros derechos, nuestra sexualidad, la violencia de género y las injusticias y desigualdades sociales?

Duración: 60 minutos.

Observaciones: Mientras se desarrolla el diálogo, se deberá tomar nota de las situaciones que se consideren más significativas. Se debe prestar atención a las actividades que gustaron y a las que no. Observar qué temas no tratados consideran importantes con el propósito de retroalimentar el taller y mejorarlo.

Actividad 2

Tema: Cierre del taller.

Contenido temático: Convivencia.

Propósito: Que las participantes tengan un espacio para convivir.

Insumos: Café, té, azúcar, galletas, tres guisados, tortillas, vasos, platos, cucharas.

Duración: 60 minutos.

Observaciones: Durante la convivencia se debe motivar a las mujeres a no dejar de buscar alternativas de reflexión y organización, a que sigan construyendo lazos con instituciones, profesionales y organizaciones no gubernamentales que puedan acompañar sus procesos. Algunas opciones pueden ser: GEM, INMUJERES-DF o el grupo de médicos de las Unidades de Respuesta Inmediata (ERUM) interesado en participar con ellas.

Resultados: Para realizar la evaluación se trabajó en mesa redonda. Se entabló un diálogo con las mujeres. Inicié dando las gracias por permitirme trabajar con ellas y por la confianza que tuvieron en el proceso. Durante el diálogo se obtuvieron las siguientes reflexiones:

1) ¿Por qué te parece importante haber participado en este taller?

“Para conocer y aprender cosas que son importantes para las mujeres”; “para llevarte algo a tu vida y mirarla desde otra perspectiva”; “tratar de solucionar

errores”; “desahogo de todo lo que pasamos”; “para compartir nuestras experiencias y saber cómo defendernos”

2) ¿Qué cambios percibes en tu vida a partir de tu participación?

“Animarme a pedir ayuda para recibir una terapia psicológica”; “compartir con mi marido las temáticas me ayudó a tener más comunicación con él”; “tomar un espacio para mí misma y olvidarme de la casa y los hijos por unas horas, me hace sentir menos estrés”; “pensar en mi propia experiencia”.

3) ¿Cuáles fueron, para ti, los temas más importantes?

“Violencia de género, desigualdad social, derechos de las mujeres... todos son importantes”.

4) ¿Cuáles fueron los aprendizajes más significativos?

“Violencia, derechos, no criticar ni juzgar a las otras mujeres”.

5) ¿Cuáles crees que sean las ventajas de que las mujeres nos reunamos para hablar sobre nuestros derechos, nuestra sexualidad, la violencia de género y las injusticias y desigualdades sociales?

“Compartir experiencias, conocer más, exigir nuestros derechos”; “muchas, porque si las ponemos en práctica, ganamos cosas”; “si conozco mis

derechos, los puedo exigir”; “disipar dudas y aprender cosas”; “muchas porque las compañeras me dan su opinión y me sacan de dudas”; “si no podemos dar la respuesta, es suficiente con dar nuestra experiencia y eso da tranquilidad”; “sabíamos que valemos, pero esto nos retroalimenta”

Al finalizar, las mujeres me pidieron si podría regresar en alguna otra ocasión a hablar de algunos otros temas como autoestima, maltrato familiar, *bullying*; pero sobre todo, cómo hacer para que lo aprendido pueda ser comunicarlo a sus parejas sin que les ocasione problemáticas en sus vidas privadas.





4.3 Propuesta a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México para implementar prácticas comunitarias obligatorias en la licenciatura de Promoción de la Salud

La experiencia vivida durante la elaboración de esta intervención generó múltiples aprendizajes. Uno de los que considero más importante es el de la reflexión sobre la formalización y multiplicación de prácticas comunitarias obligatorias en la currícula de la licenciatura en Promoción de la Salud. La importancia de ello no descansa exclusivamente en fortalecer el aprendizaje teórico, vinculado a la práctica, del estudiante, también enaltece uno de los cinco principios que guía a nuestra Universidad, el de la cooperación. Con ello, las poblaciones y los estudiantes construirán un proceso de mutuo aprendizaje desde las intervenciones y, la UACM, demostraría su compromiso social y apertura al reconocimiento de distintos saberes en los diálogos estudiantes-comunidades.

Uno de los factores para proponer el aumentar e incorporar, de manera obligatoria, prácticas de campo en la licenciatura radica en las pocas oportunidades que actualmente, quienes estudian Promoción de la Salud en la UACM, tienen para reforzar habilidades necesarias para el trabajo fuera del aula. Desde mi experiencia, que no dista de la vivida por otros estudiantes, las únicas materias que incorporan prácticas de campo son Epidemiología I, Epidemiología II y Salud Comunitaria III, lo que equivale, solamente, a tres cursos de un total de 37 asignaturas obligatorias que conforman el plan de estudios de la licenciatura. Si bien en otras materias hay salidas a observar fenómenos concretos, lejos están de considerarse prácticas sistemáticas de campo. Esta situación, en consecuencia, genera un vacío fundamental en la formación de las y los promotores de la salud egresados de esta Universidad. En carne propia viví esta realidad en la implementación de las intervenciones que conforman la presente investigación.

Un segundo argumento, no menor al primero, es el de la falta de profesionales en el campo de la Promoción de la Salud que cuenten con las habilidades necesarias para la construcción e intercambio de saberes en espacios comunitarios. Es decir, no es suficiente el que existan técnicos que dominen estrategias basadas en enfoques tradicionales, desde la educación bancaria, para realizar intervenciones comunitarias, pues éstas lejos están de responder a las expectativas de una Promoción de la Salud crítica y alternativa que considere al otro como sujeto y no como objeto pasivo a quien se le enseña, educa y disciplina.

A partir de la experiencia adquirida en esta intervención se propone un ajuste homogéneo al plan de estudios de la licenciatura para incluir prácticas obligatorias desde su ciclo básico, concretamente, desde el tercer semestre. Conforme avancen los estudiantes en su ruta curricular, el nivel de intervención cobrará mayor complejidad en la puesta en práctica de métodos y técnicas de investigación, acercamiento comunitario y sistematización de la experiencia. A continuación, se presenta un bosquejo de la propuesta:

SEMESTRE	OBJETIVO	MÉTODOS Y TÉCNICAS	META
Tercero	Desarrollar habilidades metodológicas para la estructuración de un mapeo comunitario	Observación no participante Entrevista informal Libreta de notas Guía de simbolización espacial	Mapa Sistematización de la libreta de notas Informe de la experiencia
Cuarto	Identificar a los actores sociales donde se realizó el mapeo	Observación participante Entrevista	Disco con las grabaciones de las entrevistas a los actores sociales

	Participar en reuniones, asambleas, juntas vecinales, ejidales u otro tipo de espacio organizativo comunitario de los grupos con los que se construirá el proceso de investigación	estructurada y semiestructurada Bitácora de campo	Informe centrado en la interrelación existente entre los integrantes del grupo o comunidad.
Quinto	Incorporarse a un grupo ya existente en el grupo o comunidad o, en su caso, conformar uno nuevo Desarrollar habilidades para acompañar, facilitar y organizar procesos de trabajo grupal. Desarrollar habilidades para la gestión de espacios de trabajo. Implementar un diagnóstico participativo sobre necesidades del grupo o comunidad.	Observación participante Cuestionario Grupo focal Bitácora de campo Técnicas de la Educación Popular para el trabajo grupal y comunitario	Relación con datos cualitativos y cuantitativos de quienes integran el grupo de trabajo Plan de trabajo para implementar una intervención a realizarse en el sexto semestre Informe sobre los resultados de las técnicas empleadas para el trabajo grupal y comunitario
Sexto	Implementar una intervención apegada al plan de trabajo diseñado en el quinto semestre. Desarrollar habilidades para la autoevaluación grupal en relación a la implementación de la intervención.	Métodos y técnicas que correspondan a la intervención diseñada. Bitácora.	Perfil socioeconómico y sociodemográfico del grupo de trabajo. Informe que contenga los resultados de la intervención y de la autoevaluación.

			Plan de trabajo para implementar una segunda intervención en el séptimo semestre.
Séptimo	<p>Implementar una segunda intervención apegada al plan de trabajo diseñado en el sexto semestre.</p> <p>Fortalecer habilidades para la autoevaluación grupal en relación a la implementación de la intervención.</p>	<p>Métodos y técnicas que correspondan a la intervención diseñada.</p> <p>Bitácora.</p>	<p>Informe que contenga los resultados de la segunda intervención y de la autoevaluación.</p> <p>Diseñar un material para transmitir al grupo o comunidad los resultados de las intervenciones (cuadernillo, fotosecuencia, video, página electrónica).</p>
Octavo	<p>Desarrollar habilidades para cerrar procesos de intervención en grupos y comunidades.</p> <p>Desarrollar habilidades para realizar encuentros de intercambio de experiencias entre estudiantes e integrantes de grupos y comunidades.</p> <p>Acompañar procesos iniciales de estudiantes del cuarto semestre.</p>	<p>Observación participante</p> <p>Bitácora de campo</p>	<p>Sistematización final de las experiencias vividas durante todo el proceso.</p> <p>Informe sobre las experiencias de acompañamiento a los estudiantes del cuarto semestre.</p>

Las prácticas se realizarían un día a la semana, con duración mínima de tres horas, y serían independientes de las asignaturas impartidas en aula. Para la realización de estas prácticas, los estudiantes estarán acompañados por un docente con experiencia en trabajo comunitario. Las prácticas, de preferencia, se trabajarían en un mismo espacio físico durante los seis semestres con el propósito de establecer un proceso a largo plazo que permita acoplar las propuestas y proyectos a las necesidades de cada comunidad.

CONCLUSIONES

De la experiencia vivida en los talleres concluyó:

1. Se requiere hacer un gran esfuerzo por parte de gobierno, organizaciones no gubernamentales, y sectores académicos interesados en el tema de género para ampliar el trabajo en comunidad. Es importante si no replicar específicamente este taller adecuar a las necesidades de cada comunidad talleres que permitan acercar propuestas que contribuyan a que las mujeres de los distintos barrios, colonias y pueblos originarios puedan acceder a esta información, ampliar sus referentes de cómo vivir la feminidad, analizar cómo se encuentran construidas las relaciones de poder y cómo es que estas desfavorecen a las mujeres y hacer reflexiones profundas de cómo es que las injusticias y desigualdades sociales afectan directamente su salud.
2. Los resultados de dichas reflexiones en este proceso me permiten afirmar que el hecho de que las mujeres compartan y hagan suyo un espacio en el que pueden reunirse a reflexionar y analizar temas ligados a su realidad como son: desigualdad de género, desigualdad de clase, relaciones de poder, establecimiento de estereotipos del “deber ser” de la mujer, procesos de producción y reproducción social, usos y costumbres, violencia de género derechos humanos y de cómo todo esto impacta su salud me dan la certeza de que llevó a cabo un proceso que logró permear a las participantes las cuales estoy segura no son las mismas con las que inicié. En algunas se habrá sembrado al menos la semilla de la duda. Cabe mencionar que deconstruir lo incorporado durante toda una vida por nuestra sociedad y cultura no se resuelve con un taller, se requiere de trabajo constante y de tener siempre presente que cada mujer responde diferente a este tipo de procesos y que en cada una de ellas se esfuerza al máximo, en ocasiones el

simple hecho de presentarse a una sesión requiere de la mayor de la valentía, voluntad y disponibilidad; por lo que siempre será necesario valorar este esfuerzo.

3. El proceso también dejó claro que se requiere no sólo trabajar con mujeres, sino, que es de suma importancia incorporar a este proceso a los hombres, hijos, hermanos, padres, esposos, compañeros y novios en trabajos igualmente profundos relacionados con nuevas formas de construir la masculinidad desde nuevos referentes.
4. Está propuesta requiere de retroalimentación, espero que pueda ser retomada por otras y otros promotores de salud que deseen retroalimentarla y mejorarla para hacerla crecer.

La presente investigación trae consigo una propuesta metodológica para que las y los promotores de salud se apropien de algunos elementos técnicos en el ejercicio de manejo de grupos sobre temas de género y desigualdad social desde la metodología de la Educación Popular. Sin embargo, la experiencia de esta investigación dejó ver con claridad los vacíos existentes en la formación de las y los promotores de la salud en cuanto a prácticas y trabajo de campo reales que permitan a los estudiantes la creación de esta habilidad como un elemento fundamental en el perfil de las y los profesionales. Cabe mencionar que somos egresados de una universidad en desarrollo, por ello, debe considerarse importante poder revisar los planes de estudios, adecuarlos y actualizarlos constantemente. Considero que el trabajo en las comunidades y colectivos es una de las principales áreas de desarrollo de las y los promotores de salud. Es responsabilidad de la universidad poner especial atención en las debilidades y los vacíos existentes en la currícula para garantizar la formación de profesionistas capaces de enfrentar la realidad social a partir de proporcionar las herramientas necesarias para el trabajo de campo durante la etapa formativa. Considero necesario incorporar a los programas de estudios de la licenciatura de Promoción de la Salud prácticas

comunitarias obligatorias a partir del tercer semestre, ya que sólo a través de la práctica pueden afinarse las técnicas, metodologías, manejo de grupos e incluso la forma de relación horizontal entre facilitador y comunidad de la cual hay un amplio estudio desde las diferentes teorías, pero que en la práctica implica nuevos retos.

Al entender el carácter social del proceso salud-enfermedad-atención, y la complejidad de la vida en comunidad (comunidades), es inevitable darse cuenta de que se requiere trabajar directamente con éstas y generar procesos que propicien que cada vez sean más las personas que generen una conciencia crítica y de clase, no importando si éstas tienen acceso al sistema educativo o no. La Educación Popular proporciona las herramientas necesarias para combatir la discriminación en la clase que históricamente ha sido oprimida. El contexto actual: político, económico, cultural, educativo y social, exige profesionales en salud que quieran arriesgarse a salir a las calles, a trabajar con “el proletariado”, los “campesinos”, los “comerciantes”, que tengan la convicción de que la teoría no es nada sin la praxis.

A partir de esta lógica es que se propuso a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, incluir practicas comunitarias obligatorias (a partir del tercer semestre) que permitan a los estudiantes de la licenciatura de Promoción de la Salud establecer relaciones directas con el trabajo de campo, con el trabajo en los distintos grupos etarios, generar procesos reales en relación a la Promoción de la Salud donde las y los promotores sean parte clave, ya que sólo a través de esta participación directa en comunidad es que la y el promotor de la salud empieza a tener claridad del ejercicio profesional y puede afinar sus propias prácticas mientras se encuentra, todavía, en una etapa formativa para que al finalizar la licenciatura se cuenten tanto con los elementos teóricos como con los prácticos.

Esta experiencia de trabajo en campo deja claro que los procesos de intervención comunitaria deben mirarse a largo plazo. Tanto en el Círculo de Mujeres Mayahuel, como en el de Tehuisco, se hizo evidente que desde las

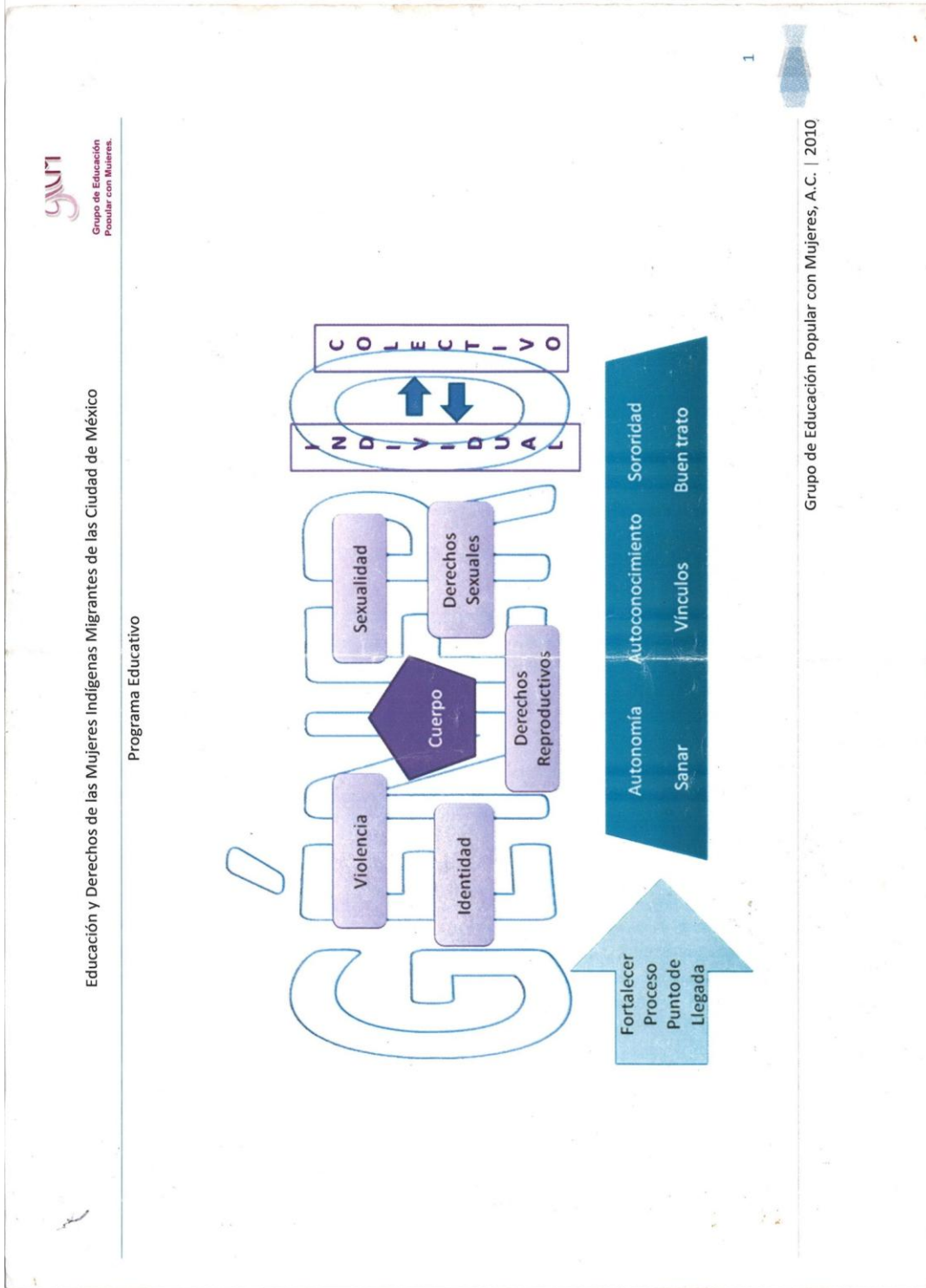
instituciones se realizan propuestas o proyectos que, en la realidad, no se pueden cumplir debido a la propia dinámica de las comunidades. Aprender a respetar los tiempos y espacios que las mujeres tienen disponible es un elemento fundamental, aún cuando esto desfase los cronogramas o las expectativas de quienes realizan la intervención.

El realizar un acercamiento a la comunidad de Ahuacatitla permitió generar y aplicar un conjunto de propuestas de intervención en Promoción de la Salud, esta experiencia se convirtió en todo un reto. A pesar de tener los recursos teóricos, la inexperiencia jugó un papel sumamente importante ya que la experiencia es la que permite que nos apropiemos de herramientas que den salida al cómo enfrentar, el qué hacer, cuando una comunidad no acepta una intervención con una propuesta de relación horizontal. Así, el trabajo realizado en Ahuacatitla permitió abrir la posibilidad de replantear mi propuesta de intervención comunitaria, mejorarla, repensarla y reproducirla en otro espacio con las mismas características.

Este trabajo logró dejar abierta la posibilidad de que otras y otros promotores de la salud puedan replantear esta propuesta, mejorarla y utilizar en espacios donde las mujeres no sólo estén dispuestas a participar, sino que deseen que participemos con ellas. Deja la posibilidad abierta para que la UACM pueda hacer una relación con el DIF-DF, en específico con la Lic. Silvana Fuentes Domínguez, para realizar prácticas comunitarias o servicio social en los círculos de mujeres y en los comedores comunitarios a su cargo. Sobre todo, deja abierta una serie de interrogantes para aquellos que realizaron el plan de estudios de esta licenciatura: ¿es necesario realizar una actualización a la currícula de la licenciatura?; ¿las prácticas comunitarias debieran ser obligatorias en el ciclo superior?; ¿Por qué es importante atender los vacíos en la currícula que los egresados de la universidad demandan?; ¿podemos encontrar ventajas, para el fortalecimiento de las y los promotores de la salud, a partir de rediseñar el plan de estudios?

ANEXOS

Anexo I: Cartas descriptivas GEM



Educación y Derechos de las Mujeres Indígenas Migrantes de las Ciudad de México

Programa Educativo

Sesión	Objetivos	Temas	Actividades	Cimientos
1	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la bienvenida e introducción del taller y consensuar la agenda de trabajo. • Generar un ambiente de aprecio, confianza y respeto que favorezca la integración grupal. • Promover que las participantes compartan y escuchen aspectos significativos de su vida cotidiana y de otras mujeres. • Fomentar que las mujeres identifiquen la importancia de participar en las sesiones como una alternativa para fortalecer el ejercicio de sus derechos humanos. 	Presentación e integración grupal	<p>Bienvenida</p> <p>Presentación del proyecto</p> <p>compartir experiencias significativas</p> <p>Agenda de trabajo (consensuar temas, horarios, etc)</p>	Autonomía, vínculos-grupo
2	<ul style="list-style-type: none"> • Promover que las mujeres reconozcan su cuerpo y que valoren la diversidad como un elemento positivo • Reflexionar acerca de la valoración del cuerpo de las mujeres en los usos y costumbres de sus comunidades. • Analizar la relación que existe entre las características físicas de las mujeres indígenas, la identidad y la discriminación. 	Cuerpo, Identidad, Sexualidad, Discriminación	<p>Observar el propio cuerpo</p> <p>Observar el cuerpo de las compañeras</p> <p>Describir a las otras</p> <p>Reflexión sobre la valoración del cuerpo de las mujeres en la comunidad</p> <p>Apropiación del cuerpo</p> <p>Reflexión sobre cuerpo y discriminación</p>	Autoconocimiento, autonomía, vínculos, sororidad
3	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los principales factores que afectan la salud de las mujeres indígenas migrantes • Reconocer la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres. • Identificar alternativas que tiene las mujeres indígenas migrantes para ejercer su derecho a una vida libre de 	Cuerpo, Violencia, Derechos, Género	<p>Identificar molestias y razones de las molestias</p> <p>Identificar la violencia como algo que origina molestias y dolor</p> <p>Compartir experiencias de daño y violencia</p> <p>Reflexión sobre violencia hacia las</p>	Autoconocimiento, autonomía, sororidad, vínculos, buen trato, sanación

Educación y Derechos de las Mujeres Indígenas Migrantes de las Ciudad de México

Programa Educativo

	violencia.		<p>mujeres</p> <p>Exposición violencia hacia las mujeres</p> <p>Factores que afectan la salud de las mujeres</p> <p>Tarea: reflexionar posibilidades de acción grupal</p>	
4	<ul style="list-style-type: none"> Que las mujeres analicen desde la perspectiva de género los usos y costumbres que hay en su comunidad en torno al noviazgo, relaciones sexuales, casamiento, manejo del dinero y la maternidad. Reconocer el impacto que tienen en la vida de las mujeres y en su salud integral, algunos usos y costumbres en torno a la sexualidad y la reproducción. Difundir los derechos humanos de las mujeres indígenas 	<p>Violencia,</p> <p>Derechos Humanos, DSDR, Género</p>	<p>Describir prácticas alrededor del noviazgo, casamiento, manejo del dinero, relaciones sexuales y maternidad</p> <p>Analizar y evaluar estas prácticas</p> <p>Identificar aquellas que violentan a las mujeres</p> <p>Presentar derechos de mujeres indígenas</p> <p>Pensar en acciones a realizar cómo grupo (retomar tarea anterior)</p>	<p>Autonomía, buen trato, sororidad</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> Conocer y revalorar la anatomía sexual femenina como un espacio de poder para las mujeres. Promover que las mujeres reconozcan su cuerpo como un espacio propio sobre el cual tiene derecho a decidir. 	<p>Cuerpo, anatomía, autoconocimiento</p>	<p>Sinónimos</p> <p>exposición anatomía</p> <p>espejo</p>	<p>Autoconocimiento, anatomía</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> Promover que las participantes compartan su experiencia acerca de explorar su cuerpo. Fomentar el aprecio de sí mismas, a partir del reconocimiento de su propio cuerpo Generar en las mujeres la reflexión acerca de la relación que existe entre su cuerpo y sus derechos sexuales. Promover la sororidad entre las participantes. 	<p>Cuerpo, sexualidad, DS</p>	<p>Retomar la tarea del espejo y reflexionar sobre la exploración corporal</p> <p>Relacionar el cuerpo con los DS</p> <p>Leer frases sobre derechos y cuerpo</p> <p>Reflexión sobre exigir los DS y el autoconocimiento</p>	<p>Autonomía, autoconocimiento, sororidad</p>

Educación y Derechos de las Mujeres Indígenas Migrantes de las Ciudad de México

Programa Educativo

5	<ul style="list-style-type: none"> Promover que las mujeres amplíen el conocimiento para la prevención las infecciones de Transmisión sexual. Promover el conocimiento de los métodos anticonceptivos Promover el uso correcto del condón masculino y femenino 	<p>Infecciones de transmisión sexual. Métodos anticonceptivos. Uso del condón</p>	<p>Revisión de las principales ITS y la forma de prevenirlas y reconocerlas Revisión de los métodos anticonceptivos Práctica de uso del condón Práctica de autoexploración</p>	<p>Autonomía</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> Informar a las participantes acerca de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Reflexionar acerca de su maternidad. Analizar los derechos reproductivos de las mujeres en relación a si desean tener hijas/os, cuántos y cuando. Fortalecer la autoestima de las mujeres, reconociendo su condición humana. 	<p>Cuerpo, derechos reproductivos, sexualidad</p>	<p>Exponer Derechos reproductivos Actividad: así es la cosa Actividad: Y tú qué piensas Reflexionar sobre lo que pasa en la comunidad alrededor de los DR Dar información sobre riesgo e impactos de la reproducción Enfatizar buentrato</p>	<p>Buentrato, autonomía, autoconocimiento</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a las mujeres sobre lo importante que es expresar lo que piensan y lo que sienten de manera asertiva. Fortalecer a las participantes para que poco a poco vayan tomando sus propias decisiones en torno a la salud reproductiva. Generar procesos de saneamiento en las mujeres para que inicien la construcción de su autonomía. Promover el buentrato a nivel personal y comunitario. 	<p>Toma de decisiones, derechos reproductivos, sexualidad</p>	<p>Círculo de la asertividad Sociodrama DR</p>	<p>Sanar, autonomía, buen trato, vínculos</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> Promover el autoconocimiento en las mujeres para que puedan separar cuerpo de reproducción. Reconocer y fortalecer el placer en las mujeres como una fuente de empoderamiento. Generar en las mujeres apropiación de los derechos sexuales. 	<p>Cuerpo, DS, sexualidad</p>	<p>La naranja (autoexploración) Charla o frases de sororidad Que se reúnan en equipo para fortalecer la sororidad y pensar en algo que pueden hacer en conjunto para trabajar por la salud de las</p>	<p>Autonomía, sororidad, vínculos, buentrato, autonomía</p>

Educación y Derechos de las Mujeres Indígenas Migrantes de las Ciudad de México

Programa Educativo

				Mujeres. Tarea que se reúnan fuera del taller	
	<ul style="list-style-type: none"> Reflexionar sobre las frases o dichos sobre la mala relación que existe entre las mujeres. Fortalecer a las participantes para que construyan espacios de escucha, apoyo y solidaridad entre ellas mismas. 				
11	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a las participantes en su autonomía para que comiencen a decidir sobre sus cuerpos. Generar procesos para que reflexionan acerca de cómo sería sus vidas libres de violencia. Fortalecimiento en el buentrato para ellas y con sus vínculos. 	Derechos sexuales, violencia, cuerpo		<p>Si para mí, no para mí, derechos sexuales</p> <p>Expresar en positivo cómo se puede vivir una vida libre de violencia</p> <p>Sociodramas. Decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad</p>	Autonomía, sororidad, buen trato
12	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar a las participantes como grupo de apoyo. Fortalecer a las mujeres para que se sigan encontrando a pesar de finalizar el taller 	Cierre		Actividad de la manta	Sororidad

Nota: Este programa es flexible y puede estar sujeto a modificaciones siguiendo las necesidades e intereses de las mujeres de cada grupo.

Anexo II : Casos hipotéticos

CASO 1

Angélica es una mujer de 28 años de edad. Vive con su esposo y sus dos hijos en unos cuartos provisionales que hicieron en la casa de los padres de Angélica. Desde que viven en unión libre no han podido ahorrar dinero suficiente para adquirir un terreno o comprar una casa propia. El esposo de Angélica no tiene un trabajo fijo, no terminó la secundaria y obtiene ingresos como ayudante de albañilería y carpintería. Cuando no le dan trabajo, sale a lavar autos a un estacionamiento público o realiza cualquier trabajo ocasional que surja.

Angélica se despierta todos los días a las 6:30 de la mañana a preparar, con los pocos víveres que tienen, el desayuno de su esposo y sus hijos. Generalmente, para ahorrar un poco de dinero lleva a sus hijos caminando a la escuela que está a treinta minutos de su casa. De igual forma regresa caminando. Las actividades de Angélica casi siempre son las mismas: lava trastos, tiende camas, limpia pisos, va al mercado, prepara la comida, recoge a los niños de la escuela, lava ropa y plancha. Todos los días Angélica es la primera en levantarse y la última en ir a descansar. Hace dos meses la hija menor de Angélica enfermó fuertemente de las vías respiratorias. Como no tienen seguridad social, acudieron al centro de salud donde Angélica tramitó el servicio de gratuidad; sin embargo, el trato que recibieron fue deficiente. Se formó desde las 5:00 am para apartar una consulta a pesar de que la niña tenía fiebre. La atendieron después del medio día y el doctor trató mal a Angélica. Como no había medicamento le extendió una receta de medicina de patente que, lamentablemente, no pudieron comprar. La hija de Angélica agravó y, ese mismo día por la noche, tuvieron que llevarla a un hospital de la Secretaría de Salud donde fue internada por neumonía. A pesar de que le realizaron un estudio socioeconómico tuvieron que pagar una “mínima” cantidad por los días de hospitalización y comprar el medicamento. Para ello,

pidieron dinero con pago de intereses a Doña Carmelita.

Hace un mes Angélica le pidió permiso a su esposo para salir de casa a trabajar y así ayudarlo a pagar la deuda. Los intereses los están acabando. Luis, el esposo de Angélica, no estaba muy de acuerdo, pero debido a las circunstancias aceptó siempre y cuando no descuidara la casa.

Angélica se siente contenta de poder ayudar a su esposo con los gastos aunque a veces no comprende por qué él es tan duro con ella. Frecuentemente, él hace comentarios como: “seguro ya conociste a alguien por allá y por eso te arreglas tanto, ¿verdad?”; “ya deberías de buscarte un hombre que te dé lo que yo no puedo”; ¿por qué no terminaste tu quehacer?, ya te he dicho que si quieres andar de chismosa, allá donde dizque trabajas, primero tienes que terminar las cosas de tu casa.”

CASO 2

Yolanda es una mujer de 30 años. Es madre soltera y vive en un pequeño departamento en la colonia Portales con sus padres y abuela. No terminó la preparatoria, aun así logró conseguir un empleo en gobierno donde gana un salario mínimo al trabajar de ocho a diez horas diarias. A veces sus patrones le cargan la mano con el trabajo, pero no lo deja ya que su madre es diabética y, su padre, hipertenso. Desde que logró afiliarlos al ISSSTE obtienen medicina y les realizan estudios de laboratorio. Incluso una vez su madre requirió de hospitalización y no tuvieron que pagar nada. Sus amigas le dicen: “estás rayada en esa chamba, tienes todas las prestaciones”. El solo hecho de pensar en quedarse sin trabajo la estresa: aunque gana poco, es un trabajo seguro.

Los padres de Yolanda toda la vida han sido comerciantes, por lo que sus

ingresos dependen de las temporadas. Durante algunas les va muy bien, en otras no, por lo que han aprendido a ahorrar para sobrepasar las épocas difíciles. Yolanda y su familia viven al día. En ocasiones, si el negocio va bien, pueden darse el lujo de salir a comer a la calle o puede llevar a su hijo al cine o a la abuela la llevan a un terapeuta para que le den un masaje. Yolanda contribuye, durante la semana, con las labores del hogar después de su jornada laboral. Los fines de semana se encarga de la abuela para que sus padres descansen. Hace una semana Yolanda sufrió un accidente en el trabajo: se fracturó la pierna y estará incapacitada, al menos, durante tres meses. Anteriormente esto no hubiera sido un problema mayor, pero con las reformas a la Ley del ISSSTE después de la primera quincena de incapacidad le descontarán una parte de su sueldo. Además, Yolanda está cansada de la burocracia en las clínicas familiares. El trato que recibió en el hospital fue bueno; sin embargo, ha tenido muchas problemáticas con el trámite de incapacidad en su clínica familiar. Para empeorar las cosas, sus jefes inmediatos le llamaron ayer por teléfono para informarle que el trabajo que dejó se le acumulará ya que nadie lo hará por ella. Esto la puso muy tensa y, ahora, comenzó a perder cabello y sufre de fuertes dolores de cabeza por la tensión.

CASO 3 Complejizar el caso e incorporar más obstáculos a esta experiencia.

Eugenia es una mujer de 25 años de edad. Vive en Polanco y es licenciada en Diseño Gráfico. Sin embargo, ya no ejerce su carrera desde hace dos años que se casó. Acaba de tener un bebé. Desde el día en que supo que estaba embarazada su esposo la llevó al Hospital Ángeles para que llevara su control. Ahí le ofrecieron un paquete de atención integral que contemplaba consultas mensuales, ultrasonidos, estudios de laboratorio, parto y atención del bebé durante su primer año de vida.

Durante su embarazo Eugenia vivía estresada debido a que su esposo le

exigía que su primogénito debía ser un varón, ella se negó a realizarse el ultrasonido ya que le daba miedo que su esposo le pidiera el divorcio en caso de que estuviera esperando una mujer.

Después de que nació su hijo ella se sintió más tranquila, sin embargo, se sentía deprimida porque su esposo todos los días le mencionaba lo gorda que había quedado. Lo que ocasiono que Eugenia tomara medicamentos para la depresión y para bajar de peso sin previa prescripción médica.

Eugenia lleva una dieta rigurosa que le dio un nutriólogo particular y una estricta rutina aeróbica para recuperar su peso, por lo que todos los días, después de dar indicaciones a sus empleados domésticos, sale al gimnasio en su camioneta último modelo regalo dado por sus papás para pasear con el bebé y la nana. Cada viernes, después del gimnasio, Eugenia pasa regularmente al salón de belleza para arreglarse el cabello, las uñas de manos y pies o, simplemente, para que la maquillen.

Eugenia está preparando un proyecto para la compañía de su papá que arrancará una vez que el bebé cumpla un año. Ése fue el acuerdo al que llegó con su esposo, así es de que todas las tardes dedica unas horas de su tiempo a trabajar en él.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida-Filho, N., (2000) *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

_____ y J. Silva Paim, (2010) “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica” [En línea]. Disponible en: http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/MEDU6500/Unidad_5/Bustillo-crisissprisi_de_salud_publica.pdf [Accesado el día 1 de noviembre de 2011].

Astelarra, J., (2003), “Democracia, Género y Sistema Político” en Meentzan, A. y E. Gomáriz (comps.), *Democracia de Género, una propuesta inclusiva. Contribuciones desde América Latina y Europa* [En línea]. El Salvador: Fundación Heinrich Böll. Disponible en: http://www.boell-latinoamerica.org/download_es/democraciadegenero.pdf [Accesado el día 06 de enero de 2012]

Berlinguer, G., (2007) “Determinantes sociales de las enfermedades” en *Revista Cubana de Salud Pública* [En línea] Vol. 33, No. 1. Enero-marzo 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003 [Accesado el 20 de octubre de 2011].

Cabrero, M.T., (1980) *Entre Chinampas y Bosques: estudio arqueológico de Topilejo*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Serie Antropológica, UNAM.

Carriba, V., (2010). “Objetivos del Milenio: el fracaso” en *Revista Contralínea* [En línea] No. 176. Abril 2010. Disponible en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2010/04/04/objetivos-del-milenio-el-fracaso/> [Accesado el día 15 de diciembre de 2010]

Carta de Bangkok para la Promoción de la salud en un mundo globalizado [En línea] disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf [Accesado el día 12 julio 2012]

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [En línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. [Accesado el día 12 julio 2012]

Chávez, M., (2009). “Felipe, entre la represión y la mentira” en *Revista Contralínea* [En línea] No.154. Octubre 2009. Disponible en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2009/10/25/felipe-entre-la-represion-y-la-mentira/> [Accesado el día 15 de diciembre de 2010]

Coordinación de Organización Vecinal y Desarrollo Rural, (1994), Delegación del Departamento del Distrito Federal en Tlalpan. Mimeografiado.

Diario Oficial de la Federación. Página electrónica de la Secretaría de Gobernación: “Resolución sobre el expediente de reconocimiento y titulación de bienes comunales del poblado de San Miguel Topilejo, Delegación Tlalpan, D.F.” Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/index.php?year=1976&month=5&day=24> [Accesada el 30 de agosto de 2011].

Duarte, N.E., (2010) “*Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos*” en Redalyc [En línea], Vol.6 No. 1. 2010. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/731/73115246002.pdf> [Accesado el día 23 de enero de 2012].

Enríquez, M., (n/d) *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME), Archivo Chile, Historia Político Social – Movimiento Popular [En línea] Disponible en: http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/engelsf/engelsde00008.pdf [Accesado el día 11 de noviembre de 2011]

Flores, N., (2008). “2008: estallidos sociales y mayor precariedad económica” en *Revista Contralínea* [En línea] No. 96. Febrero 2008. Disponible en: http://www.contralinea.com.mx/archivo/2008/febrero2/htm/2008-estallidos_sociales.htm [Accesado el día 15 de diciembre 2010]

Freire, P., (1969) *La educación como práctica de la libertad*. Uruguay: Tierra Nueva.

_____ (1970) *La pedagogía del Oprimido*. Uruguay: Tierra nueva;

Granda, E., (2009) “ALAMES: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina” en *La Salud y La Vida* [En línea]. Vol. 1. Quito, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://devserver.paho.org/virtualcampus/download/boletin/si/2009/07/salud_vida_ed_mundo_granda.pdf [Accesado el 1 de noviembre de 2011].

Guía Roji [En línea] Disponible en: http://mapas.guiaroji.com.mx/ubicacion.php?gv_mapa=1&gv_calle=&gv_colonia=O_COTLA+CHICO&gv_delegacion=TLALPAN&gv_cp=0&gv_x=482193.109434067&gv_y=2124165.58924973 [Accesado el 26 de septiembre de 2011]

Hernández, L. J., (2009) “Qué crítica la Epidemiología Crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho” en *Boletín del Observatorio en Salud* [En línea], Vol. 2, No. 4. 2009. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/viewFile/10453/10943> [Accesado el 27 de octubre de 2011]

INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 [En línea] disponible en: <http://gaia.inegi.org.mx/pcpv2010/viwer.html> [Accesado el 28 de septiembre de 2011].

INEGI, (2006) *Panorama de violencia contra las mujeres*. [En línea] Disponible en: http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/encuesta_nacional_sobre_la_dinamica_de_las_relacio [Accesada el 11 de febrero de 2012].

Lafaye, J., (1978) *Los conquistadores*. México: Siglo XXI editores.

Lagarde, M., (2009) “La política feminista de la sororidad” [En línea] disponible en: <http://singenerododudas.com/tirnamban/1154/la-politica-feminista-de-la-sororidad> [Accesado el 1 de marzo de 2012]

Lamas, M., (1996) “*El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*” México: Programa Universitario de Estudios de Género, Miguel Ángel Porrúa.

Laurell, A. C., (1986) “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina” en *Revista Cuadernos Médico Sociales*. No. 37.

Laurell, A.C., (1981) “La salud enfermedad como proceso social” en *Cuadernos Médicos Sociales* [En línea] No. 19. Enero 1982. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf> [Accesado el día 05 de noviembre de 2011]

López O. y J. Blanco, (2003) “Desigualdad social e inequidad en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones” en *Revista Salud Problema*, Año 8, No. 14-15. Junio-diciembre 2003, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Nieto, H., et al., (2008) “Formación de dirigentes gremiales médicos en la ciudad de Buenos Aires en condiciones y medio ambiente de trabajo” en *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo* [En línea] Vol. 54, No. 213. Octubre-diciembre, 2008, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2008000400007&script=sci_arttext [Accesado el día 20 de octubre de 2011].

Núñez, C., (1996) *Educación para transformar, transformar para educar*. México: IMEDEP, A.C.

Olabuénaga, J.I., (2009) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto

Ortega, M., (2006) *Historia costumbres y tradiciones, San Miguel Topilejo*. México: Programa de Apoyo a Pueblos Originarios.

Perea, R., (2004) *Educación para la Salud, Reto de nuestro tiempo*. España: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Restrepo, E., (2001) *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional

Rosen, G., (1985) *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.

Sigerist, H., (2006) "Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social" en *Revista Salud Colectiva* [En línea] Vol. 2, No. 3. Octubre-diciembre, 2008, Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602004000100002&script=sci_arttext [Accesado el día 20 de octubre de 2011].

Souza, M., (2008) "Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud" en *Salud Colectiva* [En línea], Vol. 2, No. 001, Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/731/73140101.pdf> [Accesado el día 23 de enero de 2012].