

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Identificar las prácticas y experiencias de la asociación civil de salud y desarrollo comunitario (SADEC), como aproximación a un quehacer concreto de promoción de la salud, desde la mirada socio-histórica de la licenciatura en Promoción de la Salud.

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

PRESENTAN

**MARTHA ITZEL ALDAVE HERRERA
SANDRA NAYELLY ARRIAGA MENDOZA**

Director del trabajo recepcional
Mtro. Pedro Leonel Arreola Medina

Ciudad de México, septiembre de 2016

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.

Dedico este trabajo a mi familia, amigos y profesores por su apoyo para cerrar este ciclo. En especial a mi mamá Martha Herrera Sánchez por ser un ejemplo de constancia y dedicación, fue una experticia maravillosa tenerte entre las aulas de la UACM como estudiante de Arte y Patrimonio Cultural.

Reconozco el apoyo, la confianza y el acompañamiento de Daniel Quinto en el cierre de este trabajo. Gracias por tu paciencia, tiempo y dedicación tu apoyo ha sido muy importante, te amo.

A mis profesores que dedicaron amor, paciencia y compromiso con el proyecto educativo de la UACM, admiro su compromiso por la formación de profesionistas que comparten su saber con la sociedad para responder a las problemáticas que entrega nuestra sociedad.

Agradezco a SADEC por abrirnos las puertas y darnos la oportunidad de trabajar e intercambiar experiencias sobre Promoción de la Salud, con libertad y apertura para descubrir en la práctica el quehacer de la licenciatura en campo.

Hago un reconocimiento muy especial a la Dra. Luz María Soto Pizano, por su entrega y pasión en la defensa del derecho a la salud de mujeres indígenas que por falta de acceso a los servicios de salud, pueden perder la vida después del parto. El trabajo de Luzma me inspira para ofrecer un servicio profesional comprometido, humano, amoroso y cercano a las personas, que fortalezca la autonomía de las comunidades.

Finalmente agradezco a la Coordinación de Servicio Estudiantiles de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por su la impresión de este trabajo.

Itzel Aldave.

Con mucho cariño dedico esta tesis, a todos los que me apoyaron en mi formación académica durante todos estos años.

En especial a mis padres y mis hermanos que me brindaron su amor y su apoyo en todas las decisiones que fui tomando, en todo este caminar que me permitió concluir con esta primera etapa de mi formación.

Al Mtro. Leonel Arreola por confiar en mí para este proyecto, por brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para afrontar todos los obstáculos a los que me pudiera enfrentar en mi camino.

A SADF por brindarme la oportunidad de conocer, aprender y trabajar durante mi pasantía de servicio social, en el cual encontré una gran pasión por el trabajo que hoy en día realizo.

Sandra Nallely Arriaga Mendoza.

	ÍNDICE	PÁGINA
1.	Introducción	1
2.	Justificación	2
3.	Planteamiento del problema	7
4.	Objetivo general	9
5.	Objetivos específicos	9
6.	Marco teórico	9
6.1	Salud	14
6.2	Promoción de la salud	22
	6.2.1 Historia de la promoción de la salud	22
	6.2.2 Conferencias internacionales de promoción de la salud	24
6.3	Comunidad	44
	6.3.1 Trabajo comunitario	53
	6.3.2 Desarrollo comunitario	64
6.4	Respuesta social organizada	66
	6.4.1 Universidades	69
	6.4.2 Movimientos sociales	73
	6.4.3 ONG`S Y A.C	75
6.5	Saberes y habilidades	79
	6.5.1 Saberes y habilidades	87
	6.5.2 Diálogo e intercambio de saberes	89
7.	Marco referencial	89

7.1. Historia de la licenciatura en promoción de la salud.	89
7.2 Salud y desarrollo comunitario (SADEC A.C)	92
7.3 Chiapas	95
8. Metodología	97
8.1 Investigación y acción participativa	94
8.2 Instrumentos de investigación para Identificación de saberes y habilidades	100
9. Presentación de resultados	105
9.1. Coordinadores (SADEC)	106
9.2 Pasantes en servicio social de medicina y estomatología (SADEC)	111
9.3 Promotores de salud (SADEC)	1119
9.4 Saberes y habilidades del programa de estudios de la Licenciatura en promoción de la salud	128
10. Análisis de resultados	
10.1 Análisis de salud	133
10.2 Análisis de promoción de la salud	137
10.3 Análisis de respuesta social organizada	140
10.4 Análisis de comunidad	143
10.5. Análisis de saberes y habilidades	147
11. Experiencia del servicio social	152
11.1 Aldave Herrera Marta Itzel	152
11.2 Arriaga Mendoza Sandra Nallely	157
12. Reflexión final	164
12.1 Aldave Herrera Marta Itzel	164
12.2 Arriaga Mendoza Sandra Nallely	167
13. Conclusión	168
14. Propuestas	170

15. Obras consultadas	171
16. Anexos	180
16.1. Entrevista a Víctor Ríos	180
16.2 Entrevista a coordinadores de SADEC	180
16.3 Entrevista a pasantes de SADEC	232
16.4 Entrevista a promotores de salud de las clínicas autónoma	282
16.5 Tabla de saberes y habilidades de la Lic. En promoción de la salud	359
16.6 Tabla de conceptos y habilidades de promoción de la salud	381

1. Introducción

Históricamente, a las universidades, se les ha encomendado la formación de profesionistas preparados para resolver los diferentes y variados problemas que la sociedad enfrenta. Así las relaciones humanas, en el desempeño de los oficios profesionales, establecen que los profesionistas se asuman como especialistas o expertos en la materia, y que las personas que se acercan a ellos los reconozcan como tales. De este modo, se instituye una relación desigual entre los profesionistas y los que requieren de sus servicios.

Las universidades plantean en sus diferentes modelos educativos, una relación Universidad–Sociedad. Los espacios que se abren para los estudiantes son variados, y permiten la posibilidad de construir vínculos con Organizaciones no Gubernamentales (ONG), instituciones gubernamentales y empresas privadas. Un mecanismo estratégico para lograr este propósito es el Servicio Social (SS), proyectos de asistencia y de investigación.

En este sentido, la UACM cuenta con un programa de SS externo donde estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS) pueden trabajar con instituciones del Sector Público Federal, Estatal o Municipal, Asociaciones Civiles sin fin de lucro y ONG. Así mismo existe un programa de SS interno en donde pueden colaborar pasantes de LPS, en diversos proyectos de investigación coordinados por académicos de esta casa de estudios, dentro de estas opciones se encuentra el proyecto *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano*, el cual estudia la relación ONG y la Universidad en materia de PS.¹

Las ONG se enfrentan a la dificultad de contar con el apoyo de prestadores de Servicio Social en sus instituciones, en el caso particular de las áreas de salud es

¹Universidad Autónoma de la Ciudad de México [<http://www.uacm.edu.mx/>]. México: Programa de Servicio Social; 2013 [actualizado -Fernando Gómez y Jorge Macías; acceso 27 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://serviciosocial.uacm.edu.mx:3000/programas>

el Estado quien se ha encargado de regular los espacios de trabajo donde los prestadores de Servicio Social pueden cumplir con este trámite institucional, lo cual limita la participación de los estudiantes con las ONG, es importante que estas organizaciones cuenten con el apoyo de las universidades, para que obtengan prestigio a través del respaldo académico y cuenten con personal actualizado que aporte saberes y habilidades que ayuden a las ONG a alcanzar sus objetivos a un bajo costo. En particular, en la UAM Xochimilco, a través del Programa de servicio social Desarrollo Humano en Chiapas, abre un espacio para que los pasantes de diversas licenciaturas realicen trabajo comunitario con población indígena de la región, según comenta el coordinador Víctor R. A este espacio también se ha vinculado la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

La investigación que a continuación se presenta surge como resultado de haber colaborado en el proyecto interno de servicio social *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano*. Como resultado de esta experiencia se obtuvo un diagnóstico de saberes y habilidades vinculados a la Promoción de la Salud (PS), entre la LPS y la ONG de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC A.C), el cual se llevó a cabo en el estado de Chiapas de agosto de 2012 a febrero de 2013, así mismo como parte del servicio social se llevaron a cabo actividades relacionadas con la práctica de la Promoción de la Salud con miembros de la organización civil.

El presente trabajo está conformado los siguientes capítulos:

Justificación: Se explica como la promoción de la salud surge a través de una serie de demandas de sociedad civil, de esta manera empiezan a surgir reuniones internacionales que dan pie a formar lo que hoy conocemos como las conferencias internacionales donde se discuten los temas relacionados a promoción de la salud. Así mismo se aborda como la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) crea una licenciatura en promoción de la salud.

Planteamiento del problema: Se abordará como a través del proyecto del servicio social los pasantes de la LPS comparten sus saberes y habilidades con organizaciones y la gente de la sociedad civil.

Objetivo general y objetivos específicos: se especifican lo que se quiere encontrar con dicha investigación que es la identificación de saberes y habilidades.

Marco teórico: Está construido por cinco grandes categorías como son; salud, promoción de la salud, comunidad, respuesta social organizada y saberes y habilidades. Estas abordadas desde diferentes autores esto nos permitió hacer un análisis más profundo en esta investigación.

Marco referencial: Se describirá la historia de la licenciatura, así como la socio demografía del Estado de Chiapas, así como de la asociación civil SADEC.

Metodología: se especifica el tipo de metodología que utilizamos en esta investigación que de orden investigación acción participativa y donde se encontraran los instrumentos que se utilizaron para las entrevistas.

Presentación de resultados: se presentan lo encontrado en las entrevistas que se realizaron a los diferentes espacios que tiene SADEC y a la licenciatura, en relación a saberes y habilidades.

Análisis de resultados: Se presenta desde las diferentes categorías analizadas en el marco teórico e identificando las convergencias y divergencias que se encontraron en los saberes y habilidades de SADEC y la Licenciatura.

Experiencia de servicio social: Se expondrá la experiencia de cada una de nosotras en el servicio, lo que aprendimos, vivimos y compartimos en estos seis meses de trabajo en SADEC.

Reflexión, conclusiones y propuestas: se abordan reflexiones de manera individual y colectivamente, y una serie de propuestas que surgieron a través de esta investigación.

Para finalizar consideramos importante aclarar, que al inicio de este proyecto pensamos que los temas de Derecho a la Salud y Determinantes sociales de la salud, eran importantes para la investigación, pero a lo largo de la misma no nos fue posible integrarlos ni en la metodología ni en el trabajo de campo, por lo que fueron descartados del cuerpo de este documento; solo utilizamos el tema del Derecho a la Salud en el trabajo de Servicio Social.

2. Justificación

Charles Edward Amory Winslow investigador estadounidense en Salud Pública y Bacteriología publicó en la revista *Science*, el artículo *The Untilled Fields of Public Health*, en donde explicó que el concepto de PS surgió como respuesta a la demanda de la sociedad por incluir a la salud en las políticas públicas del estado para así mejorar las condiciones de vida de la población en general en el entorno laboral, educativo y social.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como institución oficial, instituye una serie de reuniones de trabajo internacionales como son: Alma Ata, Rusia 1978, en donde surgió la declaración *Salud para todos en el año 2000*, además se reconoció a la PS como parte de la Atención Primaria (APS). Para 1986, se llevó a cabo en Ottawa, Canadá, la primera conferencia en PS, en la cual se definió el concepto de PS y se establecieron las líneas de acción que los Estados deberían incluir en sus Políticas Públicas en esta materia con la finalidad de dar atención a la desigualdad e injusticia social. A partir de ese momento se realizaron las siguientes conferencias en donde se buscó dar continuidad a lo declarado en Ottawa, las cuales son: Adelaida, Australia 1988; Sundsvall, Suecia 1991; Santa Fe de Bogotá, Colombia 1992, Yakarta, República de Indonesia 1997, México, D.F 2000, Bangkok Tailandia 2005, Nairobi Kenia 2009 y Helsinki Finlandia 2013.³

Retomando, para 1978 se realizó la primera conferencia en APS en Alma Ata Rusia dentro de las recomendaciones que se plantearon para mejorar la salud están:

² Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial; 2006. p. 19-46.

³ Paho.org. The 8th Global Conference on Health Promotion 2013 [www.paho.org]. Pan American Health Organization; [acceso 22 de agosto del 2013]. Disponible en: [www.paho.org/hiap/index.php?lang=es]

*Brindar educación y métodos de prevención a las personas sobre los principales problemas de salud, hacer promoción del suministro de alimentos para lograr una nutrición adecuada, abastecimiento adecuado de agua potable, saneamiento básico, asistencia materno-infantil, que incluya la planificación familiar, inmunización sobre las principales enfermedades infecciosas, tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes y suministro de medicamentos esenciales e incorporados al sistema de salud.*⁴

El concepto original de Promoción de la Salud de la carta de Ottawa inició con la siguiente frase:

*Health promotion is the process of **enabling** people to increase control over, and to improve, their health (...).*^{5,6}

Existen diferencias de fondo, y por tanto de quehaceres, entre la definición original y la traducción que las instituciones oficiales en América Latina han hecho debido a que el significado del verbo **enabling** tiene que ver con la acción de permitir y no de proporcionar. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud en México avalan en su traducción la palabra *proporcionar*. Es importante considerar este contraste en el manejo conceptual de la PS y lo que representa en la práctica de la PS, ya que es a partir de esto que se justifica la creación de políticas públicas asistencialistas.

⁴Organización Panamericana de la Salud [<http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>]. Washington: [Acceso 19 de Abril de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.html

⁵La versión original de la Carta de Ottawa define a la PS como: Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

⁶ Organización Mundial de la Salud [<http://www.who.int/es/>]. Washington: Health promotion; 2013 [actualización 2013; acceso 11 de septiembre de 2013] Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

*La promoción de la salud consiste en **proporcionar** a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.⁷*

La promoción de la salud se institucionalizó en México en el año 2003 cuando cambió la denominación de la subsecretaría de Prevención y Protección de la salud por la de subsecretaría de prevención y promoción de la salud,⁸ la dirección general de promoción de la salud quedó a su cargo y se institucionalizó en 1997. La cual definió su quehacer a partir de las cinco líneas de acción de la carta de Ottawa, las cuales son: desarrollo de aptitudes personales para la salud, desarrollo de entornos favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, reorientación de los servicios de salud e impulso de políticas públicas saludables.⁹

Otra de las acciones que realizó el régimen de política social en materia de PS, fue la creación de la Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS), en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) el 26 de abril del 2001, de éste modo el Estado asumió la responsabilidad de formar recursos humanos en PS con perspectiva interdisciplinaria, que respondieran a diversas problemáticas

⁷ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: www.promoción.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promoción/2_carta_de_ottawa.pdf

⁸ Secretaría de Salud [http://www.spps.gob] México: Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 20013[actualizado 27 de Julio de 2013]; acceso 11 de septiembre de 2013] Webmaster SPPS. Manual de Organización. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/nuestra-spps/manual-organizacion-spps.html>

⁹ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: Dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Las 5 funciones de promoción de la salud. Disponible en: www.promoción.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html

sociales en materia de salud a través de la identificación, el diseño y desarrollo de planes y programas intersectoriales, que mejoraran la calidad de vida a nivel individual, familiar, grupal, comunitario. De acuerdo al plan de estudios de la LPS, el perfil de egreso de estos profesionistas contempla habilidades como:

Promover la participación e integración a nivel individual, grupal, institucional y comunidad en general en tareas relacionadas con promoción y educación para la salud, analizar el contexto individual, familiar, socioeconómico y cultural así como sus efectos sobre la salud integral de las personas, diseñar y desarrollar modelos de intervención para la prevención, atención, resolución o rehabilitación de problemas específicos que afecten a la salud integral de los miembros de la comunidad. Participación en el fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria con la creación de ambientes saludables y contribuirá a reorientar los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención.¹⁰

Entre las actitudes de esta profesión se espera que los egresados mantengan una actitud de servicio, sean auto-críticos y abiertos a la crítica, que cuenten con una formación humanística, que sean responsables a la hora de aplicar sus conocimientos y habilidades en materia de salud integral en lo individual o colectivo, que muestren aceptación y colaboración en grupos de trabajo con sectores interinstitucionales e interdisciplinarios y que fomenten los valores que conforman y distinguen al ser humano.¹¹

En la licenciatura, el concepto de promoción de la salud se estudia desde diferentes disciplinas de conocimiento como son: la medicina, la medicina social, la psicología, la psicología social, la salud pública, la epidemiología, la epidemiología crítica, la salud comunitaria, la pedagogía, entre otras. De éste modo la formación de los egresados de esta licenciatura se forma con un pensamiento crítico y multidisciplinario.

¹⁰ Universidad Autónoma de la Ciudad de México [<http://www.uacm.edu.mx/>]. México: Programa de estudios de las licenciaturas; 2013 [actualizado -]; acceso 27 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.uacm.edu.mx/LinkClick.aspx?fileticket=yULVQdQdMdk%3d&tabid=77>

¹¹ IDEM

Así mismo la formación de recursos humanos en promoción de la salud, es una responsabilidad que las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) han asumido, ¿por qué? retomar lo de las políticas sociales, en las que participan grupos sin fines de lucro dedicados a la protección y defensa de los sectores sociales marginados. También, buscan el desarrollo pleno de estos sectores de la sociedad, a partir de conseguir la justicia social como condición básica para alcanzar dicho desarrollo. Entre los temas que se abordan en la formación de estos recursos se encuentran la educación, capacitación, consultoría calificada, abogacía, asesoría técnica y jurídica, divulgación, protección y defensa de los derechos humanos.¹²

Por tanto, es viable que profesionistas de la LPS y miembros de las ONG trabajen en conjunto, para hacer frente a las diferentes problemáticas sociales que afecten el desarrollo de los sujetos como: la pobreza, la desigualdad, la violación de derechos, entre otros. Con el fortalecimiento de procesos comunitarios, la incidencia en políticas públicas, la abogacía, las alianzas y el estudio del sujeto a partir de su construcción desde el entramado institucional y el contexto socio-histórico.

¹²Instituto de investigaciones jurídicas. Organismos No Gubernamentales: Definición, Presencia y Perspectivas [<http://www.juridicas.unam.mx>]. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México CODHEM <http://www.codhem.org.mx>; 1995 [actualizada el 07 de julio de 1995; acceso 09 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/28/pr/pr1.pdf>

3. Planteamiento del problema

En la licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM, existe un programa de servicio social interno, llamado: *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano*, al cual le interesa conocer ¿cómo se relaciona la licenciatura con los grupos organizados de la sociedad dedicados al trabajo en promoción de la salud?

La asociación civil SADEC ha sido la primera en participar en el programa de servicio social, de hecho la asociación mostró interés por trabajar con la licenciatura, desde el primer foro en promoción de la salud que se realizó en la UACM en el año 2010, donde los coordinadores de SADEC expusieron parte del trabajo que se realizaba en su asociación en las comunidades indígenas de Chipas.

El trabajo entre SADEC y la carrera comenzó en el año 2012, cuando la UACM aprobó el programa de servicio social antes mencionado, más becas para dos pasantes de promoción de la salud. Es importante señalar que antes de esta fecha no existía un programa interno de servicio social que vinculara a la licenciatura en promoción de la salud con los grupos organizados.

El programa *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano*, es un proyecto a largo plazo que se divide en tres etapas:

Etapa I: Diagnóstico

Lo que se busca en el diagnóstico es identificar coincidencias, concurrencias, vínculos, articulaciones y divergencias, entre los intereses, objetivos, habilidades y quehaceres de los estudiantes o pasantes de la licenciatura en Promoción de la salud con grupos organizados, en este caso SADEC.

Etapa II: Proyectos de trabajo

Después de obtener la información del diagnóstico, la segunda etapa consiste en realizar proyectos de trabajo entre SADEC y la licenciatura. Al igual que el diagnóstico estos proyectos serán ejecutados por pasantes de la licenciatura en promoción de la salud

Etapa III: Evaluación

En esta etapa se evaluarán el diagnóstico y el impacto de los proyectos elaborados.

Las investigadoras que presentamos este trabajo, pertenecemos a la primera generación de pasantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud que colabora en la primer etapa del programa Construyendo vínculos. Como se observa la fase de diagnóstico es amplia, por esta razón nosotras solo trabajamos una parte de todo el diagnóstico. Lo que hicimos fue identificar saberes y habilidades entre la licenciatura y SADEC, para definir coincidencias o divergencias.

Además de hacer el servicio social también nos interesó realizar una tesis que aportará más información a la fase de diagnóstico. Por esta razón el proyecto que a continuación se presenta suma los resultados obtenidos al programa de servicio social construyendo vínculos, sin embargo es importante aclarar que la tesis y el servicio social tienen sus objetivos y actividades particulares.

Para el desarrollo de la investigación que corresponde a la tesis, definimos como tema de estudio la relación entre: la universidad pública como institución educativa del Estado con grupos organizados de la sociedad, que además se dedican a la promoción de la salud.

En esta relación existen contrastes importantes por ejemplo: la licenciatura es joven en la práctica profesional está en desarrollo, mientras que SADEC es una organización que le lleva a la licenciatura dos décadas de ventaja haciendo promoción de la salud. Con esta diferencia de por medio nos preguntamos qué

sucede cuando una organización con tantos años de experiencia se encuentra con una licenciatura nueva que apenas se está colocando en el campo laboral, qué pasa con los conocimientos serán diferentes o parecidos y si son diferentes será posible caminar juntos.

4. Objetivo general

Identificar convergencias y divergencias entre los saberes y habilidades entre la licenciatura en promoción de la salud y la asociación civil SADEC, que promueva una relación en que se comparta conocimiento y experiencias.

5. Objetivos específicos

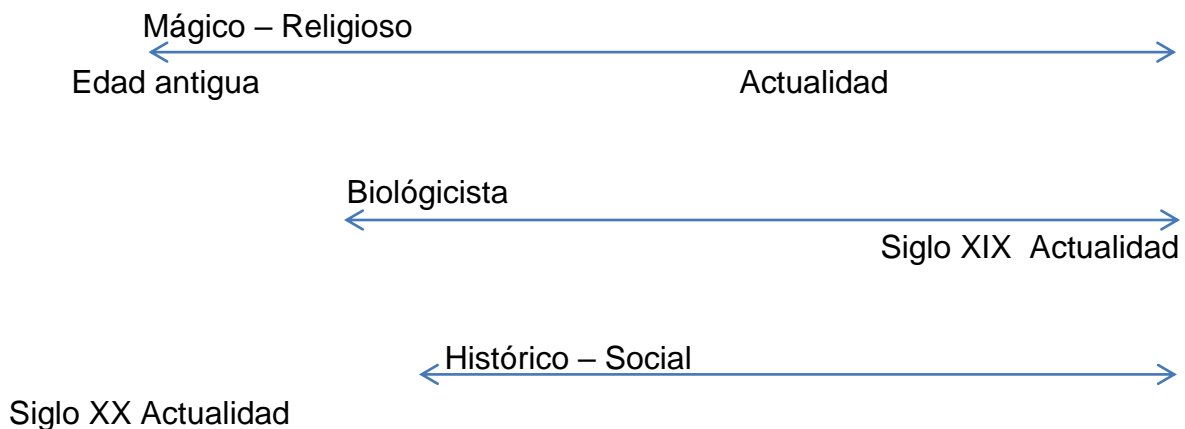
- Identificar los saberes y habilidades de los estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM.
- Identificar los saberes y habilidades de los integrantes de SADEC.
- Identificar las actividades de promoción de la salud que realiza SADEC.
- Definir si los saberes y habilidades identificados entre la licenciatura y SADEC coinciden o divergen.

6. Marco teórico

6.1 Salud

Hablar, ver y entender qué es salud implica hacer una breve revisión de su historia. En la cultura occidental se observa cómo el espacio y el tiempo, han definido los diferentes modos de explicar a la salud desde la época antigua hasta nuestros días.

El concepto de salud es dinámico y de transformación constante y determinado por procesos históricos. Haremos una breve revisión desde tres grandes paradigmas de salud: el Mágico–Religioso, Biológico e Histórico–Social. Es importante mencionar que estos grandes paradigmas o modelos convergen en lapsos de tiempo.



En paradigma Mágico–Religioso data de la época antigua, en donde las primeras civilizaciones de occidente asociaban la salud y la enfermedad cómo resultado de fuerzas o espíritus; la enfermedad representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las características que destacan son facilitar la aceptación a la muerte, además de prevención desde las normas y tabúes, la curación o sanación de las personas debía ser a través de ritos. Su principal desventaja es que impide la aceptación del pensamiento científico.

Sus principales representantes son los chamanes, hechiceros, brujos, sacerdotes, curanderos, espiritistas, etc. Los seguidores de este paradigma fueron sociedades de la época primitiva y la edad media, no obstante, actualmente sigue persistiendo este paradigma.¹³

En la época de la Grecia Clásica pensadores como Hipócrates y Galeno representaron un papel fundamental para la historia de la práctica médica. Ellos entendían a la salud como la pureza y limpieza del cuerpo, también empleaban la teoría del equilibrio entre el ambiente interno (teoría de los humores) y el externo a partir de los cuatro elementos fuego, aire, agua y tierra, como determinantes de la salud y la enfermedad.¹⁴

El surgimiento de éste paradigma biológico o unicausal data de la mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. Lo unicausal se explica que la salud y la enfermedad está dada por agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y la respuesta del individuo, en donde se busca el agente patógeno o de factor causal de cada enfermedad.¹⁵

Desde la perspectiva biológica se concibe a la enfermedad como resultado de una agresión de un agente etiológico a un organismo; un desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos conducirían a la perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo o de sus funciones vitales.¹⁶

Dentro de éste paradigma predomina el tratamiento y el diagnóstico del paciente, esta orientación curativa es a-histórica, a-cultural e individualista en una relación

¹³Arredondo, A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso Salud-Enfermedad. Pág. 256.

¹⁴ Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. 5ª ed. México: Siglo XXI editores; 1998. Pág.98.

¹⁵ Arredondo Arredondo. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos sobre proceso Salud-Enfermedad. Pág. 257.

¹⁶ IDEM

médico paciente. A lo largo del proceso histórico este pensamiento lineal se mostró insuficiente para explicar la complejidad de proceso salud-enfermedad.

La evidencia empírica señalaba que era necesario que el pensamiento biológico explicara por qué la convivencia entre el huésped y el ambiente algunas veces producía enfermedad y otras no. Este modelo desconoce los diversos componentes e ignora su inscripción en un contexto socio–histórico – cultural y económico. Lo que implica que se vean los factores biológicos desde un contexto social, dando pie a que surja un nuevo paradigma.¹⁷

A finales de los años sesenta, como resultado de crisis en cuestiones sociales, políticas, económicas y de la medicina, surge el paradigma histórico–social. El cual cuestiona el carácter biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante al explicar que existen perfiles diferenciales de la salud y la enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, más adelante se profundiza este tema con Asa Cistina Laurell y Eduardo Menéndez.¹⁸

Dicho modelo considera cinco categorías conceptuales fundamentales para la comprensión de la salud enfermedad como son: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la forma en que individuo se inserta en los medios de producción.¹⁹

Los paradigmas anteriores demuestran el carácter dinámico de la salud y su relación con el contexto social: Actualmente estos paradigmas siguen vigentes e incluso es posible encontrarlos interrelacionados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como *el “estado de completo bienestar físico,*

¹⁷ Arredondo Arredondo. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos sobre proceso Salud–Enfermedad. Pág. 257.

¹⁸ Kairos. Revista de temas sociales ISSN 1514-9331. Proyectos culturas juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Año 15. N° 28, Noviembre de 2011. Pág. 7

¹⁹ Arredondo Arredondo. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos sobre proceso Salud – Enfermedad. Pág. 258.

mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad."²⁰ Sin embargo cuando la define como un *estadoniega* su carácter dinámico, y en su lugar promueve la idea de que la salud es la misma para todos mientras se consiga el bienestar físico, mental y social. El estudio de la salud desde una postura social, se opone a lo que menciona la OMS, retomando lo que se mencionó en párrafos anteriores, la salud es parte de un proceso articulado con el proceso social. Esta característica explica como la salud y la enfermedad no puede ser igual para todos.

*El proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.*²¹

El carácter social de la salud y la enfermedad evidencia cómo las necesidades de las clases dominantes se expresan como si éstas fueran las de todos por igual. En la sociedad capitalista el concepto de enfermedad está centrado en la biología individual, en cambio desde un análisis social de la enfermedad, tiene que ver con la incapacidad para trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía, con la creación de plusvalía y la posibilidad de acumulación de capital.²²

Para Asa Cristina Laurell el proceso salud-enfermedad de la colectividad, explica el modo como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y de reproducción. Destacando como momento particular la presencia de un

²⁰Organización Mundial de la Salud [<http://www.who.int>]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion>

²¹Laurell, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de salud. 1981; 2(1):16

²² IDEM Pág.18

funcionamiento biológico, diferenciable, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad.²³

Empíricamente el proceso salud-enfermedad se expresa, por un lado, en diferentes maneras como en: indicadores de esperanza de vida, las condiciones nutricionales, la constitución somática, y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, esto es, en el perfil patológico indicado por la morbilidad o la mortalidad del grupo.²⁴

Así mismo, para Juan Samaja, la epistemología de la salud, parte de entender la discusión de las diferentes disciplinas científicas y como la práctica humana ayuda a la configuración de todos estos saberes dentro del campo que compone a la salud. Si entendemos cómo epistemología al conocimiento de teorías y saberes, podemos comprender que no sólo se puede estudiar a la salud como una práctica médica, sino que hay que verla y entenderla como una ciencia compleja.

De manera que si vemos entonces a la salud como una **ciencia de la salud** podemos definirla como: *el conjunto de los sistemas de saberes teóricos y prácticos que han ido siendo adaptados en la historia para la curación de los seres enfermos o para preservar la salud de los sanos [...].*²⁵

La ciencia de la salud se ha venido conformando a través de grandes modificaciones de la vida humana y modernidades de la sociedad civil, conservando los saberes previos a otras ciencias. Si vemos algunos de los problemas que se ven en el campo de la salud tendremos por ejemplo:

- Higiene o prevención de la salud
- Curación de la acción médica

²³Laurell, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de salud. 1981; 2(1):16

²⁴IDEM Pág.17.

²⁵ Samaja Juan, Epistemología de la salud: reproducción social, subjetiva y transdisciplina. Buenos Aires año, 2007, pág. 26

- Relación de la práctica médica en el conjunto de prácticas sociales y del Estado
- El hombre sano o enfermo de la naturaleza

Todas estas problemáticas pueden ser abordadas de manera particular por otras disciplinas como: medicina, antropología, psicología, sociología, pedagogía, epidemiología, biología humana, ciencias sociales, sólo por mencionar algunas. Si el conocimiento de estas disciplinas aborda diversos aspectos del concepto de salud y que se entiende como un quien, formándose desde lo teórico-práctico, se puede determinar que la salud está envuelta en un conjunto de categorías que ayudan ser un análisis más profundo de esta ciencia.

Las ciencias de la salud presentan un panorama variado, dado que es un campo científico donde interviene tanto físicos, químicos y biólogos, así como profesionales de las ciencias del hombre psicólogos, antropólogos, sociólogos trabajadores sociales y sin duda la promoción de la salud, todas con tradiciones.²⁶

Si decimos que las ciencias se forman a través de saberes, en conclusión podemos decir que la salud se puede formar por un conjunto de saberes tomados de diversas ciencias para transformar el conocimiento en un campo de especulación y práctica.

La práctica médica dominante que toma como punto de partida el paradigma biomédico se instituye sobre una superestructura que Eduardo Menéndez explica desde el biologismo, el individualismo, la a-historicidad, la a-socialidad, el mercantilismo y la eficacia pragmática.²⁷

A continuación se presenta una breve descripción de estos conceptos.

²⁶ Samaja Juan, Epistemología de la salud: reproducción social, subjetiva y transdisciplina. Buenos Aires año, 2007, pág. 11

²⁷ Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores en Basaglia. México: Nueva imagen; 1979.

El *individualismo* es una doctrina filosófica según la cual la entidad básica de toda agrupación humana es el individuo, el diccionario de filosofía Ferrater Mora plantea dos posturas que explican la definición de este concepto, una de ellas entiende al individuo como una especie de átomo social que se constituye por oposición a diversas realidades (la sociedad, el Estado, los demás individuos). La otra la concibe como una realidad singular no intercambiable con ninguna de la misma especie, ya que cada individuo humano se constituye en virtud de sus propias cualidades irreducibles. En la época moderna el individualismo es adoptado por el liberalismo y el contrato social.²⁸

La *a-historicidad* se caracteriza por hacer uso del pensamiento científico para estudiar la historia, desde la corriente positivista que se identifica entre otras cosas por su objetividad, visión que se opone al estudio de la historia que utiliza la experiencia subjetiva del investigador y la filosofía crítica, para reflejar la historia de su tiempo. La *a-historicidad* implica desvincular al sujeto de la situación social y temporal de su contexto histórico, lo cual deja fuera los símbolos culturales que lo identifican los otros.²⁹

La *a-socialidad* se opone al concepto de sociabilidad, que se utiliza para distinguir la disposición de los sujetos para establecer relaciones sociales según sea el caso, “*espontánea u organizada, solidaria o conflictiva, instrumental o gratificante,*” la cual se observa en el grupo, asociación, comunidad, masa, etc. Estas relaciones se basan en diferentes necesidades e intereses. La sociabilidad incluye los procesos asociativos y disociativos de separación o distanciamiento.³⁰

El *mercantilismo* es un sistema económico que coloca en primer lugar al desarrollo del comercio de exportación y considera la posesión de materiales preciosos como signo característico de riqueza. Este sistema tiene como finalidad servir a la economía del poderío de Estado, frente a la economía de bienestar del individuo,

²⁸ J. Ferrater Mora. Diccionario de filosofía Tomo II. Barcelona: Ariel referencia; 2004.

²⁹ Burguiere. Diccionario de ciencias históricas. España: Akal; 1991. P702.

³⁰ Gallino L. Diccionario de sociología. México: Siglo veintiuno; 1995. P 1003.

es la puesta al servicio del Estado y del soberano de todos los recursos del país para incrementar el poderío del aquél y ayudarlo a sostener unas veces la lucha y otras veces la paz armada.³¹

La *eficiencia pragmática* consiste en lograr los objetivos plantados mediante la elección de alternativas con mayor rendimiento neto. En una organización la eficiencia se mide por el monto de los recursos empleados por cada unidad producida, la eficiencia aumenta cuando se reducen los costos o los recursos empleados. Eduardo Menéndez explica que en el Modelo Médico el proceso capitalista exige que estos caracteres sean los que dominen sobre los caracteres opuestos subordinados.³²

³¹ Greco O. Diccionario de economía. Buenos Aires: Valleta; 2003. P494.

³² Guadagnini D. Diccionario de administración y ciencias afines. México: Limusa; 1995 P224.

6.2 Promoción de la salud

6.2.1 Historia de la promoción de la salud

El concepto de Promoción de la Salud también es dinámico como el de salud; a través del tiempo se ha discutido desde diferentes disciplinas científicas y sociales, como, la salud pública. En los párrafos siguientes se revisaran algunos datos históricos sobre la promoción de la salud.

En 1920, Winslow puntualizó que la promoción de la salud surgió del esfuerzo activo de la sociedad organizada, al proponer la elaboración de políticas públicas que mejoran las condiciones de salud de la población general. Sigerist definió las cuatro tareas de la medicina como: La promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación del enfermo y la rehabilitación. Para este autor la salud se promovía proporcionando a las personas condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de ocio y descanso. Sigerist planteó por primera vez la intersectorialidad de la promoción de la salud, es decir que involucró al sector político, educativo, empresarial, especialidades médicas y los sindicatos.³³

Para mediados de la década de los sesentas el planteamiento la prevención de la enfermedad cobro. Esta propuesta fue desarrollada por Leavell y Clark en el año de 1965, con *La historia natural de la enfermedad*, la cual ubica a la promoción de la salud como un elemento de la prevención primaria y la definió como una herramienta encargada de proteger al ser humano de agentes patógenos y de agentes del medio ambiente que poner al individuo en riesgo de enfermar, a través de actividades de educación y estimulación sanitaria.³⁴

³³ Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial; 2006. P. 19-46.

³⁴ IDEM

En 1976 el Estado canadiense dio a conocer el primer documento oficial que sobre promoción de la salud, el escrito se tituló *A new perspective on the health of Canadians*, o Informe Lalonde en honor a su autor. Esta declaración retomó nuevamente el componente político, técnico y económico planteado 50 años atrás y añadió el concepto de determinantes de la salud, los cuales tienen sus antecedentes en autores como McKeown.³⁵

³⁵ Restrepo H. Promoción de la salud: desafíos y propuestas para el futuro. Seminario internacional evaluación políticas públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Colombia 14 de junio de 2005.

6.2.2 Conferencias internacionales de la salud

Las conferencias internacionales en Promoción de la Salud definen las líneas de trabajo de esta alrededor del mundo. Dichos documentos presentan una serie de recomendaciones acerca de la formación de recursos humanos en promoción de la salud a nivel profesional y no profesional. Las recomendaciones de estas conferencias surgen a partir de la postura que la comunidad internacional participe en la elaboración de estos documentos asume ante las formas de organización política y económica de los países industrializados, por tanto cabría preguntarse ¿cuál es la postura política y económica de las conferencias internacionales en relación al ejercicio de la promoción de la salud y en la formación de recursos humanos?, para contestar a esta interrogante a continuación se presenta una revisión de la institucionalización de la Promoción de la Salud desde 1978, a la fecha.

Declaración de Alma-Ata

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La declaración de Alama-Ata definió a la Atención Primaria en Salud (APS) define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicas, socialmente aceptables y accesibles que promuevan la autorresponsabilidad y autodeterminación de individuos, familias y comunidades. Ubica a la APS como el primer nivel de contacto que las personas establecen con el sistema nacional de salud y definió que su quehacer consiste en dar atención a los principales problemas de salud a través de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.³⁶

³⁶ Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Disponible en:

El país sede donde se celebró la declaración de Alma-Ata fue clave para la política internacional del siglo XX; vale la pena recordar que esta nación encabezó la primera revolución social que tomó como base ideológica la hipótesis de la dictadura del proletariado, la cual terminó por convertirse en una dictadura coercitiva y represora de las clases proletarias. Tiempo después a inicios de la década de los setentas surgió una nueva corriente política, *ElEurocomunismo*, la cual rechazó dicha hipótesis y cuestionó el papel de la revolución como catalizadora de un proceso en el que las clases proletarias pudieran convertirse en el factor hegemónico de la sociedad, esta ideología se institucionalizó en 1977 y determinó los procesos democráticos en occidente.³⁷

Para la década de los setentas la organización económica se encontraba en un periodo de reestructuración, debido a una serie de crisis financieras que afectaron la economía mundial. Ante este panorama los países industrializados impulsaron la estrategia del Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI), con la que se buscó abrir las fronteras políticas y económicas de los países subdesarrollados a las inversiones de los países industrializados, quienes se comprometieron a: aliviar la carga de la deuda externa o incluso condonarla en los países de menor desarrollo, incrementar la transferencia tecnológica al tercer mundo y aumentar el peso de los países subdesarrollados en el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la supervisión de las actividades de las empresas multinacionales.³⁸

La postura de la declaración de Alma-Ata ante este contexto, favoreció los cambios en la organización política y económica gestionada por los países industrializados. Ese documento explicó que la desigualdad en el estado de salud de la población entre los países desarrollados y subdesarrollados podía reducirse a partir de la puesta en marcha de los acuerdos del NOEI. Además definió las

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

³⁷ Espiell H. El nuevo Orden Económico Internacional, el derecho al desarrollo y los derechos humanos. Seminario de las Naciones Unidas. Ginebra; 1980. [Acceso: 02 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/908/5.pdf>

³⁸IDEM

acciones de la APS como indispensables para alcanzar un desarrollo económico y social sostenido. Sin embargo, este documento no explica cómo debería ser la formación de recursos humanos en promoción de la salud.³⁹

A partir de esta información se observa que la declaración de Alma-Ata respaldó los planes de reestructuración económica impulsados por los países industrializados. Para la década de los ochentas se obtienen los primeros resultados de la implementación de estos acuerdos, que no favorecían a los países subdesarrollados, en la siguiente conferencia se aborda este tema con más detalle.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

Ottawa 21 de noviembre de 1986

La carta de Ottawa reconoce a la salud como un concepto positivo presente en la vida cotidiana de las personas que consiste en alcanzar un estado de completo bienestar, físico, mental y social. Por otro lado, define a la Promoción Salud como la acción de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Además explica que esta actividad no es exclusiva del sector sanitario. Este documento define por primera vez las líneas de acción de la Promoción de la Salud las cuales consistían en elaborar políticas públicas sanas, crear entornos saludables, desarrollar aptitudes personales, reforzar de la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.⁴⁰

En el año en el que se firmó la Carta de Ottawa ocurrieron cambios importantes en la organización política y económica a nivel mundial. Uno de estos fue la puesta en marcha del Nuevo Orden Económico Internacional, con el cual se buscaba

³⁹ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

⁴⁰ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en:

www.promoción.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promoción/2_carta_de_ottawa.pdf

fortalecer la economía de los países industrializados como estrategia para conseguir dicho objetivo. Dichas naciones formaron acuerdos con los países subdesarrollados que consistían en que estos recibirían préstamos bancarios para disminuir su deuda externa a cambio de permitir la entrada de empresas multinacionales a sus mercados y la extracción de sus recursos naturales; estas actividades formaron parte de los tratados de libre comercio.⁴¹

Esta situación acentuó la desigualdad entre los países industrializados y los subdesarrollados al limitar del crecimiento económico de estos últimos; se incrementaron problemáticas sociales como el analfabetismo, la pobreza, la falta de industrialización, el acceso a la tecnología, la emigración de profesionistas, la inflación de la moneda, crisis demográficas, consumo acelerado de recursos naturales.⁴²

El poder que adquirieron los países industrializados sobre la organización política y económica de los países subordinados tomó como base la represión coercitiva. América Latina fue un claro ejemplo de esta situación debido a que su organización política dependía de Estados Unidos, quien se encargó de colocar gobiernos dictatoriales, militarizados, autoritarios y represivos, que utilizaban estrategias como la guerra de baja intensidad para mantener al margen a los grupos opositores.⁴³

Por su parte Canadá participó en la apertura de los tratados de libre comercio en América Latina a través de la Organización de Estados Americanos (OEA), debido a que terminó sus relaciones comerciales con Europa tras la conformación de la Unión Europea y la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), por tanto

⁴¹ Harenberg B. Crónica de la humanidad. Barcelona: Plaza&Janes Editores, S.A; 1987. P 1053.

⁴² IDEM

⁴³ Estrategia desarrollada por el pentágono en Estados Unidos, para hacer frente a las insurgencias armadas en los países subdesarrollados, hace hincapié en la movilización de la sociedad civil y en la puesta en práctica de las reformas sociales que dejen si argumento a la guerrilla.

Canadá obtuvo beneficios económicos importantes al tener mayor presencia en América Latina.⁴⁴

La carta de Ottawa incluyó la formación de recursos humanos en dos de sus líneas de acción: en el reforzamiento de la acción comunitaria con personal no profesionalista al que se le asigna la tarea de fortalecer la participación pública de la comunidad en cuestiones sanitarias; otra de las líneas que contempla este punto fue la reorientación de los servicios sanitarios a partir de asignar a los gobiernos el fortalecimiento de la investigación en salud y cambiar la formación de los profesionistas de la salud, para obtener servicios sanitarios más sensibles y respetuosos de las necesidades culturales de los individuos.⁴⁵

II Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud
Políticas Públicas para la salud

Declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida 1988.

En este documento la elaboración de Políticas Pública Sanas fue la base para llevar a cabo las líneas de acción de la promoción de la salud, así mismo reconoció a la salud como un derecho humano y una buena inversión social de la cual es posible obtener beneficios económicos a largo plazo, además recomendó a los Estados incluir a la salud en el sector económico, agrario, comercial, educativo y político.⁴⁶

En 1988 los países industrializados experimentaron una crisis económica parecida a la de 1929 a causa de la caída de la bolsa de valores que comenzó en Hong Kong y en poco tiempo llegó a Europa y Estados Unidos. A consecuencia de esto

⁴⁴ Arguelles-Arredondo C. Canadá y América Latina una relación estratégica hacia la integración económica. Revista Mexicana de Estudios Canadienses. 2010; (20): 57-73.

⁴⁵ Arguelles-Arredondo C. Canadá y América Latina una relación estratégica hacia la integración económica. Revista Mexicana de Estudios Canadienses. 2010; (20): 57-73.

⁴⁶ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

aumentó el desempleo, los precios de alimentos y materias primas. Por otro lado la economía de los países latinoamericanos dependía de la dirección de Estados Unidos quien se hizo uso de la mano de obra barata y las materias primas de dichos países. Además mantuvo un aparato de guerra para contener y alinear los movimientos revolucionarios que se opusieron a sus políticas.⁴⁷

Las recomendaciones de la conferencia de Adelaida no son ajenas a las crisis económicas de la época. Esto se observa en la noción de salud de este documento donde se la reconoce como un derecho humano fundamental y una buena inversión social de la cual es posible obtener beneficios a largo plazo tales como: el aumento de la productividad económica y social; así mismo concibe a las políticas públicas como un mecanismo que puede fortalecer la economía y la inversión en salud.⁴⁸

La conferencia planteó que a través de las Políticas Públicas Sanas era un buen mecanismo para dar respuesta a: la distribución inequitativa de los recursos, las condiciones de vida y de trabajo, la paz, los derechos humanos y la justicia social, ecológica y de desarrollo sostenible. Los cuales no podían solucionarse desde el asistencialismo, si no desde un enfoque que integrara el desarrollo social y económico desde la promoción de la salud.

*Los esfuerzos de promoción de la salud son esenciales, y estos requieren de un enfoque integrado al desarrollo social y económico que restablezca los vínculos entre la salud y la reforma social, que las políticas de la Organización Mundial de la Salud en el decenio pasado han abordado como un principio básico.*⁴⁹

⁴⁷ Salvat J. Panorama económico internacional. En: Libro del año 1988. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1989. P 80-111. P308.

⁴⁸ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

⁴⁹ IDEM

Por otra parte la conferencia instó a los gobiernos para que formaran alianzas con la sociedad civil, que incidieran de manera positiva en la salud. En las cuales podían participar: instituciones del Estado, empresas, organismos no gubernamentales, organizaciones comunitarias, sindicatos.⁵⁰

Este documento mencionó que la formación de los recursos humanos en salud era importante para fortalecer el vínculo entre los gobiernos y las instituciones no gubernamentales, además exhortó a las instituciones educativas a reorientar los programas de estudio en materia de salud.

[...] las aptitudes de habilitar, mediar y promover las causas. Debe de haber un cambio de poder para pasar del control al apoyo técnico en la formulación de políticas. Además, hacen falta foros para el intercambio de experiencias a los niveles nacional e internacional [...] se recomienda que esos organismos establezcan centros de distribución de información, para promover la buena práctica en la formación de políticas públicas para la salud.⁵¹

III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud

Entornos Propicios para la Salud

Declaración de Sundsvall 1991.

En los primeros párrafos de esta declaración se explica que la salud y el medio ambiente son interdependientes e inseparables. Las recomendaciones de este documento se hicieron a partir de los factores físicos sociales, económicos y políticos que determinan a los *Ambientes Saludables*. El objetivo de la conferencia es que los entornos saludables formen parte de la agenda política de todos los

⁵⁰ Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

⁵¹ IDEM

niveles de gobierno, así como en los programas de las Organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales.⁵²

La conferencia señaló que el quehacer de la promoción de la salud tenía que ver con la atención de problemáticas ambientales como la extrema pobreza, conflictos armados, crecimiento acelerado de la población mundial, falta de acceso a agua, alimentación adecuada, educación, vivienda, saneamiento, atención de la salud esencial, opresión de la mujer y explotación sexual. Entre las estrategias de promoción de la salud para atender estos problemas está el fortalecimiento de los servicios de salud, la acción social, la asignación de recursos y la intersectorialidad. En esta conferencia no se incluyó la formación de recursos humanos en promoción de la salud.⁵³

Para el año de 1991, el nuevo orden económico internacional impulsó las negociaciones de los tratados de libre comercio entre Estados Unidos, Canadá y México con el cual buscó eliminar las fronteras económicas desde Alaska hasta tierra de fuego. Este programa permitiría que Estados Unidos mantuviera su competitividad con la comunidad europea y asiática.⁵⁴

Existían conflictos armados en otros países como Camboya, Namibia, Nicaragua, Afganistán e Irán, sin embargo, la atención de los países industrializados estaba en la Guerra del Golfo en Oriente Medio entre Irak y Kuwait, debido a que estos países albergaban en sus territorios dos tercios de las reservas de petróleo en

⁵² Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Entornos Propicios para la Salud declaración de Sundsvall. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

⁵³ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Entornos Propicios para la Salud declaración de Sundsvall. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

⁵⁴ Ramón So. Anuario de los temas 1991. Barcelona: Difusora internacional; 1992. 105-125 p.

todo el mundo y el resultados de este conflicto traería repercusiones para la economía de los países industrializados.⁵⁵

La intención de Irak con Saddam Hussein era absorber a Kuwait para convertirse en una potencia y alcanzar la capacidad nuclear, sin embargo después de un mes de desatarse la guerra esta terminó con la derrota militar de Saddam Hussein pero no con su derrota política. Los efectos de la guerra del Golfo nutrieron el poderío de Estados Unidos en el mundo, se hablaba de un nuevo totalitarismo debido a que este país monopolizaba el sector político, económico e ideológico de una buena parte del mundo.⁵⁶

La propuesta del nuevo orden económico internacional toma fuerza con el inicio de las negociaciones del Tratado de libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México, con el que se buscaba eliminar las fronteras económicas. La aprobación de este programa permitiría a Estados Unidos mantener su competitividad con la comunidad europea y asiática.⁵⁷

Conferencia internacional de Promoción de la Salud en América Latina

Declaración de Bogotá 1992.

En la conferencia de Bogotá la PS consiste en crear condiciones que garanticen el bienestar general de las personas a partir de instrumentos como el acceso a la información y la promoción de conocimientos. Asimismo, menciona que la PS convoca, anima y activa la responsabilidad social para que las personas participen en la modificación de las condiciones sanitarias, los modos de vida y la transformación del sector salud.⁵⁸

⁵⁵IDEM Pág.105-125.

⁵⁶ Ramón So. Anuario de los temas 1991. Barcelona: Difusora internacional; 1992. 337-357 p.

⁵⁷ IBIDEM

⁵⁸[acceso 22 de agosto del 2013] Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en América Latina Bogotá. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf

Para el inicio de la década de los noventa países como Estados Unidos, Europa y Japón se encontraban en un periodo de recesión económica, que ocasionó déficits comerciales y públicos, inflación de la moneda e industrias en expansión estancadas. En los países no industrializados aumentaron los problemas derivados de la desigualdad como: la pobreza, el desempleo y la reducción de la inversión en gastos sociales. La historia ha demostrado que en las crisis financieras los Estados dan prioridad a los intereses económicos sobre los sociales, esta situación derivó en el aumento de la desigualdad en todas sus formas,⁵⁹ creando relaciones excluyentes que ponen en riesgo el bienestar general de la población.⁶⁰

La conferencia de Bogotá tomó como referente el contexto social de América Latina. Para 1992, la distribución inequitativa de la riqueza favorecía el enriquecimiento de un pequeño sector de la sociedad, mientras que la mayoría vivía en una situación de pobreza. Aumentó la corrupción y los vínculos entre representantes del Estado con el narcotráfico, el lavado de dólares, así como la aprobación de reformas estructurales de carácter neoliberal, respaldados por el Fondo Monetario Internacional (FMI), que países como México y Colombia instituyeron en su política, cabe señalar que el pueblo venezolano fue el único en oponerse a dichas reformas a través de un golpe de Estado, sin embargo no tuvo éxito.⁶¹

De acuerdo a la conferencia de Bogotá, el compromiso de la Promoción de la Salud con América Latina consistió en incidir en la modificación de las condiciones de salud, desde el sector económico, político, ambiental y cultural. También era responsabilidad de la PS instaurar políticas públicas equitativas, que creen ambientes favorables y opciones saludables, a través de la negociación entre el

⁵⁹ Desigualdad económica, ambiental, social, política, cultural, así como la relacionada con los servicios de salud que se expresa en la cobertura, acceso y calidad.

⁶⁰ Domingo R. Anuario de los hechos 1992. Barcelona: difusora internacional; 2003. P 509.

⁶¹ IDEM

sector social y el sector institucional, para aumentar la inversión en organizaciones no gubernamentales.⁶²

En materia de formación de recursos humanos en PS, la conferencia incluyó el diálogo e intercambio de saberes entre los profesionistas de la salud y los pueblos, para incluir el desarrollo de la salud en el patrimonio cultural de las regiones. Asimismo, reconoció como agentes de la salud a las personas comprometidas con los proceso de promoción de la salud y a los profesionistas de servicios asistenciales e investigadores en PS.

IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud.

La Promoción de la Salud del siglo XXI

Declaración de Yakarta, República de Indonesia 1997

A diez años de la Carta de Ottawa, la declaración de Yakarta evaluó las estrategias en Promoción de la Salud construidas y llevadas a la práctica hasta ese momento. Este documento recomendó aplicar las cinco líneas de acción de la Promoción de la Salud en conjunto y no por separado ya que se observaron resultados favorables al aplicarlas en espacios urbanos, rurales, instituciones educativas, de salud y empleos.⁶³

La conferencia definió a la salud como un derecho fundamental indispensable para el desarrollo social y económico, reconoce a la Promoción de la salud como un proceso de capacitación que permite a las personas ejercer mayor control sobre su vida, asimismo definió como prioridad en PS: Promover la responsabilidad por la salud por parte de las instituciones gubernamentales y privadas, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas

⁶² [acceso 22 de agosto del 2013] Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en América Latina Bogotá. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf

⁶³ Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.⁶⁴

En cuanto a los factores determinantes de la salud, la conferencia incluyó de nuevo la paz, la equidad, la justicia social y los derechos humanos como en las conferencias anteriores e incluye a la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, los ingresos, el empoderamiento de la mujer, el ecosistema estable y el uso sostenible de recursos. Además, consideró la integración de la economía mundial, los mercados financieros, el comercio, el acceso a tecnología y medios de información; así como la destrucción del medio ambiente por el uso irresponsable de recursos, como factores determinantes de la salud.⁶⁵

Como amenazas para la salud, la conferencia se refirió a: la pobreza, el crecimiento demográfico, la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos u otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y la violencia civil y doméstica.⁶⁶

En torno a la formación de recursos humanos en PS, la conferencia reconoció la importancia del aprendizaje compartido entre agentes la salud y las comunidades, debido a que estas son importantes para lograr la participación efectiva, entre estos conocimiento se encuentran los relacionados con el liderazgo en cada

⁶⁴ IDEM

⁶⁵ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

⁶⁶ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud, ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos que mejoren el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.⁶⁷

La conferencia de Yakarta es la primera en celebrarse en un país subdesarrollado, la situación de este país para el año de 1997 era complicada, su moneda se devaluó tras la oposición del Estado a la intervención del banco nacional de indonesia; el gobierno indonesio clausuró por insolvencia a 16 de los 220 bancos del país y garantizó que todos los depósitos de hasta 5.500 dólares serán reembolsados, lo que afectó al 93.7% de los titulares de cuentas de ahorros. Esta medida se ejecuta después de que el FMI concediera un crédito de 23.000 millones de dólares a Indonesia para garantizar su estabilidad.⁶⁸

La situación mundial se destacó por conflictos armados, crisis económicas uno de ellos fueron las guerras en el África Subsahariana provocadas por desacuerdos ideológicos, étnicos, religiosos y económicos, en una zona del mundo rica en petróleo y problemas. Por otro lado, Francia y Estados Unidos se encargaron de saquear el petróleo de África, y a cambio, facilitaron los recursos económicos necesarios para mantener poderosas milicias en este territorio. Países como Camboya, Arabia y Palestina vivieron una situación parecida. En ese mismo año, la unión europea comenzó un proceso hacia la institucionalización del euro como moneda única.⁶⁹

V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud
Promoción de la salud: hacia una mayor equidad
Ciudad de México 2000

⁶⁷ Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

⁶⁸Pérez Cabos A. Anuario de los hechos 1997. Barcelona: difusora internacional; 1998 P. 509

⁶⁹IDEM

Este documento define a la salud como un recurso necesario para el desarrollo social, económico, determinada por factores sociales, económicos y medioambientales. Sitúa a la Promoción de la Salud como un componente de las políticas públicas, como respuesta a los problemas que limitan la salud de las personas.⁷⁰

El año 2000 fue un año de cambios en México, que tienen que ver con cuestiones políticas, por ejemplo el Gobierno y el movimiento de liberación nacional (EZLN) reanudan negociaciones de paz. El derecho a la autonomía de los pueblos indígenas se reconoce en este año. En materia económica se fusionaron grandes empresas sobre todo en el sector de las telecomunicaciones, buscando adaptarse a la nueva economía y cerrar el paso a operaciones similares de la competencia. Para esas fechas, el euro ya era una realidad, sin embargo durante el año 2000 enfrentó una depresión importante en los mercados monetarios internacionales.⁷¹

Mientras tanto, en el mundo como en años pasados guerras, corrupción, conflictos políticos en Zimbabue, guerras civiles en Sudán, Burundi o y República Democrática del Congo, luchas religiosas en Nigeria y hambrunas en Etiopia o Eritrea, además de una epidemia de SIDA. El Congo se convirtió en el campo de batalla de cinco naciones y amenazaba con desestabilizar el mercado mundial de los minerales estratégicos; más de dos millones de personas murieron en los años noventa en África como consecuencia de los problemas derivados del subdesarrollo político y económico declaró la comisión económica para África.⁷²

Esta declaración mencionó como estrategia de PS la participación activa de todos los sectores de la sociedad en la institución de un cuadro básico de acciones que incluyan: el contexto nacional, la identificación de prioridades en salud, el

⁷⁰ [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Il Declaración de México sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf

⁷¹Lara Bosch J. M. Anuario 2000 los hechos. Barcelona: difusora internacional; 2001. PP.510

⁷²Lara Bosch J. M. Anuario 2000 los hechos. Barcelona: difusora internacional; 2001. PP.510

establecimiento de programas y políticas públicas, la movilización de recursos financieros y operacionales que den soporte a estas acciones, creación de capacidad humana e instituciones que elaboren, apliquen, vigilen y evalúen dichos planes.⁷³

En cuanto a la formación de recursos humanos la conferencia apoya la investigación en PS que aporte conocimientos sobre la identificación de prioridades en salud, el establecimiento de programas y políticas públicas que atiendan dichas prioridades. Para que esto sea posible la conferencia insta a los Estados a invertir recursos en la creación de capacidad humana e institucional que elabore dichas investigaciones y evalúe los planes de acción en el ámbito nacional.

VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud

Carta para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado.

Bangkok 2005

Este documento se refirió a la salud como un derecho humano accesible a todos sin discriminación alguna. Entre las determinantes de la salud que este documento consideró están: la desigualdad creciente entre países, las nuevas formas de comercialización, comunicación y consumo, la urbanización, los cambios sociales, ambientales, económicos y demográficos que afectan las condiciones laborales, los entornos de aprendizaje, las estructuras familiares, la cultura y la trama social de las comunidades. Reconoció como problemas de salud a las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, la vulnerabilidad de los niños, la exclusión de los pueblos indígenas, las personas marginadas y discapacitadas.⁷⁴

⁷³ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de México sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf

⁷⁴ Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Bangkok. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Bangkok_es.pdf

En este año se llevaron a cabo eventos importantes en el continente asiático, por ejemplo en este año entró en vigor el protocolo de Kioto de la convención marco de las Naciones Unidas sobre cambio climático. Japón celebró la primera exposición universal del siglo XXI, la cual se centró en la relación armónica entre el ser humano y la naturaleza, en este evento se discutió el desarrollo sostenible para el siglo XXI.⁷⁵

El Reino Unido organizó una conferencia con el grupo de los ocho donde se discutió la pobreza de África. El primer ministro británico Tony Blair mencionó que los remedios contra la pobreza africana consistían en ayuda, comercio y condonación de la deuda por parte de los países poderosos a cambio de un buen gobierno en África.⁷⁶

En este año también se discutió el tema de la sociedad civil y la globalización en una reunión organizada por Bill Clinton donde se reunieron políticos, empresarios, líderes religiosos y otras personalidades, la propuesta del expresidente americano consistía en crear una sociedad civil global donde participaran las organizaciones no gubernamentales, las empresas, los sindicatos y los organismos internacionales.⁷⁷

El año en que se celebró la conferencia en diferentes partes del mundo se discutieron temas relacionados con problemas sociales y propuestas para hacerles frente. La conferencia de Bangkok también propuso estrategias de trabajo para actuar sobre dichos problemas desde la promoción de la salud las cuales consistieron en: impulsar la inversión en políticas públicas así como en infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud, ampliar la participación de la sociedad, abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, la transferencia de conocimientos, la investigación y la alfabetización sanitaria, establecer normas y leyes que

⁷⁵ Lara J. M. Anuario 2005 los hechos. Barcelona: difusora internacional; 2006. P.157

⁷⁶ Lara J. M. Anuario 2005 los hechos. Barcelona: difusora internacional; 2006. P.240

⁷⁷ IDEM Pág.280

garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños a la salud, la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas, el establecimiento de alianzas entre organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales.

La conferencia visualizó a la formación de recursos humanos como un medio para dar continuidad a estas estrategias, a través de la transferencia de conocimientos, la investigación y la alfabetización sanitaria. Las comunidades y la sociedad civil son con frecuencia las que lideran la puesta en marcha, el diseño y el desarrollo de las actividades de promoción de la salud. Por ello, necesitan tener los derechos, recursos y oportunidades que les permitirán ampliar y sostener sus contribuciones.

El apoyo a la creación de capacidad es particularmente importante en las comunidades menos desarrolladas y las asociaciones de profesionales de la salud también tienen aportaciones que realizar.

VII Conferencia Mundial en Promoción de la Salud

La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la salud.

Nairobi, Kenya 2009.

La conferencia concibió a la PS como una estrategia que puede ayudar a los Estados a alcanzar metas en salud y reducir las inequidades en salud. Este documento ubica como problemas de salud el cambio climático, las amenazas globales de pandemia y crisis. Como estrategias para responder a dichas problemáticas la capacitación en promoción de la salud de la salud, la construcción de capacidades como liderazgo, habilidades en abogacía y administración para abocar los determinantes sociales de la salud, fortalecimiento

de los sistemas de salud, las alianzas y acción intersectorial, el empoderamiento comunitario, el alfabetismo en salud, así como las conductas sanas.⁷⁸

El punto tres de la conferencia de Nairobi definió como estrategias y acciones para la promoción de la salud: la capacitación en promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud.⁷⁹

Con respecto a la formación en promoción de la salud, la conferencia hizo hincapié en la construcción de infraestructura sustentable y el desarrollo de capacitación en todos los niveles. Dicha capacitación incluyó: habilidades para los promotores de salud (profesionales y técnicos). Cabe señalar que el documento no especifica a qué se refiere con dichas habilidades; competencias de acreditación y estándares de promoción de la salud; revisión de los currículum formativos de profesionales de la salud y relacionados con esta área, para que incluyeran a la promoción de la salud en su formación. Lo que se esperaba de las personas capacitadas, era que se desempeñaran de acuerdo a las competencias especificadas.⁸⁰

En el tema de alfabetismo en salud la conferencia menciona que este debe basarse en las necesidades y prioridades comunitarias, acordes con su contexto político, social y cultural, para fortalecer la participación comunitaria, así como la construcción recursos y redes sustentables.⁸¹

⁷⁸Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. VII Conferencia Mundial en Promoción de la Salud la llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la salud. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf

⁷⁹IDEM P.4

⁸⁰OPCID

⁸¹Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. VII Conferencia Mundial en Promoción de la Salud la llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la salud. P.8. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf

Para el año 2009, la política internacional estuvo marcada por la evolución de la economía que dio ciertos síntomas de mejora tras la crisis del año anterior. Las cumbres internacionales recogieron en sus agendas las medidas necesarias para evitar una quiebra similar en el futuro.⁸²

En el continente Africano finalizaron los conflictos armados entre la guerrilla y el ejército de la república democrática. También fue un año de elecciones en varios países sudafricanos. En América la Organización de los Estados Americanos (OEA) decidió separarse de la pertenencia de Honduras, debido al golpe de Estado contra el presidente. El conflicto estuvo presente en la política latinoamericana y fue uno de los temas centrales de la XIX Cumbre Iberoamericana celebrada en Portugal.⁸³

En Estados Unidos inició su mandato el presidente Barack Obama con mejora en el ámbito económico, uno de los objetivos de gobierno fue la reforma al sistema sanitario, con la que pretendía dar cobertura a todos los estadounidenses. Tomo medidas conciliadoras con Cuba y acordó con Rusia una drástica destrucción de armamento nuclear.⁸⁴

VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud

Salud en todas las políticas.

Helsinki 2013

Esta conferencia reconoció a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, postura política y condición económica o social y reconoce como problemas de salud el cambio climático y demográfico, la urbanización, la globalización, las enfermedades de la pobreza y la comercialización desenfrenada no sostenible. Además señala como quehacer

⁸² Lara J. M. Anuario 2009 los hechos los temas y sus protagonistas. Barcelona: difusora internacional; 2010. P.275

⁸³Lara J. M. Anuario 2009 los hechos los temas y sus protagonistas. Barcelona: difusora internacional; 2010. P.215

⁸⁴Lara J. M. Anuario 2009 los hechos los temas y sus protagonistas. Barcelona: difusora internacional; 2010.P.310

de la PS la reducción de la pobreza, el fortalecimiento de la inclusión social y la seguridad.⁸⁵

La inclusión de las políticas públicas en salud en todos los sectores fue el eje en que se centraron las estrategias en PS. Con esta medida se buscó que dichos sectores consideraran las implicaciones sanitarias de sus decisiones, buscaran evitar efectos nocivos en el sistema de salud y los determinantes sociales. Es importante mencionar que la conferencia de Helsinki no menciona en ninguna de sus estrategias a la formación en promoción de la salud, esta omisión es un corte en el trabajo que se venía desarrollando en las conferencias anteriores y se convierte en un dato que puede ser analizado.

En el 2013 se presentaron movimientos sociales a nivel mundial y protestas, los cuales comenzaron a con un acontecimiento que surgió en el norte de África y se le llamó la Primavera árabe. Todo inició con el sacrificio de Mohamed Bouazizi, quien decidió prender fuego a su cuerpo ante el maltrato de policías quienes decomisaron su auto con las mercancías de su negocio. Este acontecimiento encendió una mecha en el mundo árabe en un lugar del mundo donde la libre expresión, la vida y la democracia simplemente no existían.⁸⁶ Al calor de este movimiento en España surgió el movimiento de *Los Indignados*, en el que los ciudadanos manifestaron su rechazo al sistema clientelar y altamente corruptible de los partidos políticos, las redes sociales fueron un elemento importante para que millones de personas alrededor del mundo se unieran a este movimiento como el yo soy 132 en México.⁸⁷

⁸⁵ Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en todas las políticas Helsinki 2013. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf

⁸⁶http://www.clarin.com/mundo/Hace-Primavera-Arabe-sangre-Tunez_0_1274272918.html

⁸⁷<http://revistareplicante.com/el-movimiento-de-los-indignados/>

6.3 Comunidad

La comunidad forma parte del quehacer de la Promoción de la Salud, tanto la postura crítica como la oficial coinciden en que es un elemento imprescindible en las acciones de esta de tal forma que vale la pena preguntarse ¿qué es la comunidad?, ¿desde qué postura o corrientes de pensamiento abordarla?, ¿cómo se define y trabaja con la comunidad desde la Licenciatura en Promoción de la salud y en SADEC? Una de las razones para responder a estas preguntas radica en que este concepto ha sido discutido desde la epidemiología tradicional y la crítica, por tanto es importante tomar una postura al respecto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, desempeña una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configura la agenda de las investigaciones en salud, establece normas, articula opciones de política basada en la evidencia y presta apoyo técnico a los países.⁸⁸ Desde 1986 a la fecha la OMS se ha encargado de construir y coordinar el trabajo en promoción de la salud a través de ocho conferencias internacionales, la cuales conciben a la comunidad como un elemento necesario en las acciones de promoción de la salud.

En la carrera de Promoción de la Salud se estudia la concepción de comunidad en las asignaturas de Epidemiología I y II desde lo que menciona Héctor Arias⁸⁹ sobre los elementos estructurales y funcionales que la componen: los primeros se refieren al espacio geográfico donde se localiza un grupo e incluye las instituciones políticas, económicas y sociales que lo rigen. Los elementos funcionales son las necesidades objetivas e intereses comunes entre los miembros del grupo.

⁸⁸ [who.int/es/](http://www.who.int/es/). Organización Mundial de la Salud [<http://www.who.int/about/es/>]. México: Copyright Organización Mundial de la Salud; 2013 [acceso 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>

⁸⁹ Héctor Arias H. La comunidad y su estudio: personalidad, educación, salud. La Habana: Pueblo y educación; 1995.

*Grupo de personas que viven en un área geográficamente específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas colectivos.*⁹⁰

Esta noción de comunidad vincula sus elementos estructurales y funcionales de la misma para comprender la cohesión de un grupo. Ezequiel Ander Egg retoma elementos de Arias en su definición como el espacio geográfico o los intereses comunes. Para este autor la comunidad consiste en el conjunto de grupos humanos que comparten elementos de la realidad, y establecen vínculos entre sí para formar una unidad social que pueden surgir a nivel local o internacional.⁹¹

Egg clasificó a la comunidad a partir de las diferencias compartidas entre los miembros de los grupos como: límites geográficos que comprenden el espacio o territorio donde habitan las personas; factores psicológicos como el sentido de pertenencia y la identificación lo cual habla de la identidad de los grupos y de la historia que éstos tienen con los integrantes de la comunidad; y por último los factores del orden social donde se estudian las interacciones entre los miembros del grupo, que abarcan los problemas de roles, estatus y clases sociales. Así el autor propone el uso de esta clasificación para identificar diferentes agrupaciones y permite precisar a qué tipo de comunidad nos referimos a la hora de trabajar con ellas.

*La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en al cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto.*⁹²

⁹⁰ IDEM

⁹¹ Ander Egg E. En: Noción de comunidad. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. 10 ed. Buenos Aires: Hvmánitas; 1988. p. 43-47. PP.342.

⁹²IDEM

Desde esta mirada Tomas Ibáñez amplía la noción de sentido de pertenencia desde la teoría de la identidad la cual comprende tres procesos psicosociales: la *comparación*, que observa la relación que existe entre un grupo ya integrado y los nuevos miembros del grupo desconocido; la *categorización social* que explica la superioridad de un grupo sobre otro que le es ajeno, por último, la *identificación* concepto que hace referencia a la cohesión entre los miembros de un grupo.⁹³

Por otro lado, desde la teoría materialista representada por Marx y Engels, la discusión de la comunidad parte de la evolución organizativa de los grupos sociales así como su dominio sobre los modos de producción y reproducción social que se explica a partir del estudio del origen de la familia, el cual se divide en tres etapas: el comunismo primitivo con la formación de la horda y los matrimonios entre grupos, la barbarie con la formación de la familia sindiásmica y la civilización con el establecimiento de la monogamia, el adulterio y la prostitución.

En el comunismo primitivo la humanidad sobrevivía en pequeños grupos o en aislamiento siendo presa fácil de la naturaleza. Un paso importante en la evolución humana fue la unión de fuerzas de la acción común de diversos grupos a los que Marx y Engels llamaron el surgimiento de la *horda*. Los medios de subsistencia se obtenían a partir de la apropiación de productos que la naturaleza daba, las producciones artificiales del hombre estaban destinadas a facilitar esa apropiación y eran de propiedad común así como los vínculos sexuales entre los miembros de la horda por tanto la poligamia y la promiscuidad era cosa natural.⁹⁴

La tolerancia recíproca entre los machos adultos y la ausencia de celos constituyeron la primera condición para que pudieran formarse esos grupos

⁹³ Ibáñez, Tomas. Introducción a la psicología social. España: UOC, 2004. Pág. 449.

⁹⁴ Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf>. P.3.

extensos [la horda] y duraderos en cuyo seno únicamente podía operarse la transformación del animal en hombre.⁹⁵

Las formas de organización colectiva de la horda se acotaron con el surgimiento de la familia hasta llegar a la formación de pequeños grupos humanos. Esta transformación, de acuerdo a la hipótesis de Marx y Engels, se explica de la siguiente manera: El matrimonio entre grupos fue la construcción de la forma primitiva de familia, dicha forma de organización establecía restricciones sexuales entre padres e hijos, la economía doméstica del comunismo primitivo predominó hasta muy entrado el estadio medio de la barbarie el cual prescribía una extensión máxima de la comunidad familiar.

En la barbarie se constituye la *gens* como círculo cerrado de parientes consanguíneos por línea femenina, en esta forma de organización social se limitó a la unión matrimonial entre hermanos, la *gens* se consolidó cada vez más por medio de instituciones comunes de orden social y religioso que los distinguen de las otras *gens* de la misma tribu.

*Una tribu se divide en varias gens por lo común en dos al aumentar la población, cada una de estas gens primitivas se segmenta en varias gens hijas, para las cuales la gens madre aparece como fratria; la tribu misma se subdivide en varias tribus, donde encontramos, en la mayoría de los casos, las antiguas gens.*⁹⁶

En este periodo la obtención de los medios de existencia se basaba en la ganadería y la agricultura, además se aprendió a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo en conjunto, no existía distinción entre derechos y deberes, la economía doméstica era común para varias familias porque lo que se hacía y se utilizaba por todos era de propiedad común. El establecimiento de la

⁹⁵ IDEM

⁹⁶ Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf>. P.83

propiedad privada inició cuando ciertas tribus de arios, semitas y quizá turanios hicieron de la domesticación y la cría del ganado su principal ocupación, esta fue la primera gran división social del trabajo.⁹⁷

*En cuanto las tribus pastoriles se separaron del resto de los salvajes, encontramos enteramente formadas las condiciones necesarias para el cambio entre los miembros de tribus diferentes y para el desarrollo y consolidación del cambio como una institución regular. Al principio, el cambio se hizo de tribu a tribu, por mediación de los jefes de las gens; pero cuando los rebaños empezaron poco a poco a ser propiedad privada, el cambio entre individuos fue predominando más y más y acabó por ser la forma única.*⁹⁸

El dominio de los modos de producción trajo consigo la primer gran división del trabajo, cuando la humanidad controló la producción ganadera, agrícola y los oficios manuales domésticos y produjo más de lo necesario para su sustento, esta situación cambió la organización social debido a que el trabajo de una sola tribu no era suficiente la producción requerida, por tanto aumentó la fuerza de trabajo que la guerra se encargó de administrar, ya que los prisioneros capturados pasaron a ser esclavos.⁹⁹

⁹⁷ Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf>. P.20, 44.

⁹⁸ IDEM P.84

⁹⁹ Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf>. P.85

*Al aumentar la productividad del trabajo, y por consiguiente la riqueza, y al extender el campo de la actividad productora, tenía que traer consigo necesariamente la esclavitud. De la primera gran división social del trabajo nació la primera gran escisión de la sociedad en dos clases: señores y esclavos, explotadores y explotados.*¹⁰⁰

Así mismo la familia se modificó, fue en la época de la barbarie en donde la familia sindiásmica sustituyó el dominio del matriarcado con el reconocimiento del padre, quien a su vez se beneficiaba de las riquezas que daban al hombre una posición más importante que la mujer. La familia patriarcal desde sus orígenes comprendía el conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre. Esta forma de familia señala el tránsito del matrimonio sindiásmico a la monogamia.¹⁰¹

El paso a la monogamia representó la consolidación de la civilización, período en el que el hombre continuo aprendiendo a transformar los productos de la naturaleza, a través de la industria y del arte, con esta nueva situación se diversificó la división del trabajo hasta llegar a los mercaderes quienes se encargaron del cambio de los productos. Con el surgimiento de la moneda, la acumulación de mercancías y de esclavos, apareció la riqueza territorial que consistió en adquirir derechos sobre las parcelas del suelo que tiempo atrás le pertenecía a los grupos organizados.¹⁰²

Dichos cambios en la organización social definieron necesidades e intereses diferentes, surgió la división entre explotadores y explota. Y también se estableció el Estado como institución reguladora y mediador entre pobres y ricos.

Una sociedad de este género no podía existir sino en medio de una lucha abierta e incesante de estas clases entre sí o bajo el dominio de un tercer poder que, puesto

¹⁰⁰IDEM

¹⁰¹IDEM P.14

¹⁰² Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf> P. 86-86

*aparentemente por encima de las clases en lucha, suprimiera sus conflictos abiertos y no permitiera la lucha de clases más que en el terreno económico, bajo la forma llamada legal. El régimen gentilicio era ya algo caduco. Fue destruido por la división del trabajo, que dividió la sociedad en clases, y remplazado por el Estado.*¹⁰³

Desde la perspectiva materialista de la historia, podemos pensar a la comunidad como una entidad abstracta, que se entiende como una forma de organización social en la que los sujetos se relacionan entre sí, a partir del contexto histórico, los modos de producción y reproducción social.

Discutir el concepto de comunidad desde el terreno de la filosofía es una tarea obligada para la promoción de la salud, porque nos conduce por bastos caminos de reflexión que orientan nuestro pensamiento crítico para el hacer. Para fines de esta investigación partiremos desde la ontología, para aproximarnos al ser de la comunidad desde el filósofo francés Jean Luc Nancy, quien aborda este tema en su obra *La comunidad desobrada*.¹⁰⁴

A modo de paréntesis, para aquellos lectores no familiarizados con este tipo de análisis, la Ontología es la rama de la filosofía encargada del estudio de los entes, es decir de todo aquello que tiene ser, así se trate de rocas u organismos vivos, etc., todas las ciencias o saberes identifican los aspectos particulares o las características esenciales de dichos entes para definir el ser de cada objeto estudiado, así la comunidad se constituye a partir de entes y tiene la forma de ser humano.¹⁰⁵

La esencia de la comunidad de acuerdo a Nancy, puede entenderse desde la *praxis*, no es un concepto si no como una práctica, un ejercicio que hace el ser.

¹⁰³ IDEM P.88

¹⁰⁴ Jean Luc Nancy. *La comunidad desobrada*. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Jean-Luc-Nancy-La-comunidad-desobrada.pdf>.

¹⁰⁵ Echegoyen Olleta J.François Marie Arouet Voltaire Diccionario filosófico. [Internet]. Torre de babel ediciones; 2007 [acceso 27 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiagriega/Presocraticos/Ontologia.htm>

*También la existencia de esta comunidad está sin duda oculta en toda esta tradición y, por razones sin duda de principio, no es accesible más que para una praxis cuya ocultación teórica es, por así decir, constitutiva.*¹⁰⁶

La comunidad es una posición en donde se coloca el ser con otros seres, que los lleva a estar expuestos, identificarse y reconocerse. Con esta premisa Nancy niega la comunidad en común, él dice que hay el ser en común, es decir que existimos para compartir con el otro y de este compartir viene el sentido del ser.

*No hay comunión, no hay ser común hay el ser en común. Toda la ontología, desde el momento en que es esta lógica del ser en sí como ser así, se reduce de este modo al en-común de la a-sí. [...] la existencia no es más que para ser compartida.*¹⁰⁷

No existe el sentido común, existe el sentido en común, cuando un ser y otro se relacionan y se afectan, esta afectación es lo que produce el sentido en común que habla de una necesidad de integración en la que los seres comparten a través de la comunicación.

*El sentido constituye mi relación conmigo en cuanto relacionado con otro. Un ser sin otro (o sin alteridad) no sería sentido, no sería más que la inmanencia de su propia posición (o bien, lo que viene a ser lo mismo, de su propia posición infinita).*¹⁰⁸

La comunidad se apropia de saberes aceptados y valorados por ella, que se convierte en pensamiento y no en un producto de la casualidad.

¹⁰⁶Jean Luc Nancy. La comunidad desobrada. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Jean-Luc-Nancy-La-comunidad-desobrada.pdf>.

¹⁰⁷Jean Luc Nancy. La comunidad desobrada. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Jean-Luc-Nancy-La-comunidad-desobrada.pdf>

¹⁰⁸ IDEM

*Hay en la comunidad un saber, no del discurso de la filosofía, sino de lo que es pensamiento, y de que no es evidencia.*¹⁰⁹

Desde la mirada de la filosofía concluimos que la comunidad forma parte de nuestra condición humana, por lo tanto la comunidad no se hace por la suma de seres que comparten un objetivo. Entre los elementos del ser en común consideramos a la esencia, la comunicación, la exposición que llevan al reconocimiento del otro a los saberes compartidos.

¹⁰⁹ Jean Luc Nancy. La comunidad desobrada. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Jean-Luc-Nancy-La-comunidad-desobrada.pdf>

6.3.1 Trabajo comunitario

El trabajo comunitario es un proceso organizativo de aprendizaje bidireccional entre el investigador y los sujetos que facilita la comprensión de la realidad social y abre la posibilidad de actuar sobre esta. El trabajo comunitario ha sido desarrollado por diversas disciplinas vinculadas a la intervención social. En los párrafos subsecuentes abordaremos dos enfoques del trabajo comunitario en salud: desde la mirada tradicional y la crítica. Además de identificar qué es el trabajo comunitario y cuáles son sus elementos, consideramos relevante responder a las siguientes preguntas: ¿Qué lectura de la realidad se hace desde estos enfoques? ¿Observan el contexto social, económico y político? ¿Cuál es el nivel de participación de la comunidad durante el trabajo comunitario? ¿Cuál es la noción de comunidad de cada enfoque y cómo se vincula con la metodología propuesta?

Al tratarse de un proceso, el trabajo comunitario se puede leer como una serie de acciones progresivas, cuyo avance depende de los tiempos que marca la comunidad. Para fines de esta investigación sólo hablaremos de la primer etapa del proceso: la intervención, puesto que es en esta etapa donde se única el presente estudio.

Desde la mirada tradicional el trabajo comunitario forma parte del quehacer de la PS, fortalece los vínculos entre las instituciones, los servicios y los ciudadanos, responde a problemas como el envejecimiento de la población o el surgimiento de nuevas enfermedades, el objetivo del trabajo comunitario es mejorar las condiciones y calidad de vida, a través de la participación y el trabajo coordinado entre las instituciones de salud y la comunidad.¹¹⁰

¹¹⁰Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? España: Semfyc; S/A. P 9-55.

*Cuando hablamos de promover la participación comunitaria tenemos que pensar en un proceso dinámico, en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder, que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud.*¹¹¹

La etapa inicial del trabajo comunitario es la *intervención*, consiste en un proceso de implicación con la comunidad, Astray Coloma subdivide esta etapa en tres momentos. En el primero se establecen acuerdos entre los miembros del equipo investigador, para definir objetivos, actividades, responsabilidades, territorio y población de trabajo, las reuniones de trabajo se documentan en actas donde se registran avances, conclusiones y narrativas del proceso, para llevar un seguimiento del trabajo que permita a las nuevas incorporaciones conocer trabajo realizado.¹¹²

Durante esta etapa el investigador se presenta con las autoridades sanitarias, prestadores de servicio social, equipos de atención primaria y autoridades locales para mantenerlos informados del avance de la investigación tratando que apoyen la iniciativa o que no se opongan a ella. También se elabora un diagnóstico de aproximación a la comunidad para identificar datos demográficos, socioeconómicos, culturales, de morbilidad, problemas detectados desde el centro de salud, inventarios de recursos humanos y materiales. Para obtener esta información se recomiendan los métodos de valoración rápida y las guías de recogida de datos.¹¹³

A la par del diagnóstico se realizan ficheros en los que se registra: testigos privilegiados, es decir, autoridades de instituciones privadas o públicas, así como líderes comunitarios formales o informales, estas personas son las que guiarán al equipo investigador dentro de la comunidad.¹¹⁴

¹¹¹IDEM

¹¹²Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? España: Semfyc; S/A. P 9-55.

¹¹³ IDEM

¹¹⁴ I Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? España: Semfyc; S/A. P 9-55.

Una vez que se obtiene esta información comienza la segunda fase de la *intervención*, en la que el equipo investigador convoca a representantes de instituciones públicas y privadas, autoridades locales formales e informales, prestadores de servicios sociales y la población, a participar en una serie de reuniones donde se presentan los resultados del diagnóstico de aproximación, el objetivo es conocer la opinión de los asistentes así como su disposición o nivel de participación en la solución de las problemáticas presentadas.¹¹⁵

Con esta actividad se busca iniciar un proceso de trabajo conjunto entre la comunidad, las instituciones y el equipo investigador, quien participará como asesor. Después de esta actividad se organizará convoca a una segunda en reunión, para formar una comisión promotora, donde podrán participar los sectores más dinámicos del tejido asociativo, profesionistas de los servicios de salud y personas interesadas en su comunidad, el quehacer de esta comisión es avanzar en el conocimiento de la comunidad, establecer prioridades, planificar programas y actividades.¹¹⁶

En la tercera fase de este proceso comienzan las primeras intervenciones con la comunidad. A través de un acto público o materiales impresos como folletos o carteles, el equipo de trabajo se presenta ante la comunidad, para dar a conocer la iniciativa que se pondrá en marcha e invitar a la comunidad a participar en esta. El autor recomienda que la elección del tema al que responderá la iniciativa sea seleccionado por la comunidad, en la medida en que avance el trabajo con la comunidad se podrán abordar problemas más complejos y tejer lazos más fuertes entre las instituciones y la comunidad organizada.¹¹⁷

El trabajo comunitario es un recurso metodológico aplicado por diversas disciplinas. Para fines de esta investigación se presenta una aproximación a este

¹¹⁵ IDEM

¹¹⁶Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? España: Semfyc; S/A. P 9-55.

¹¹⁷ IDEM

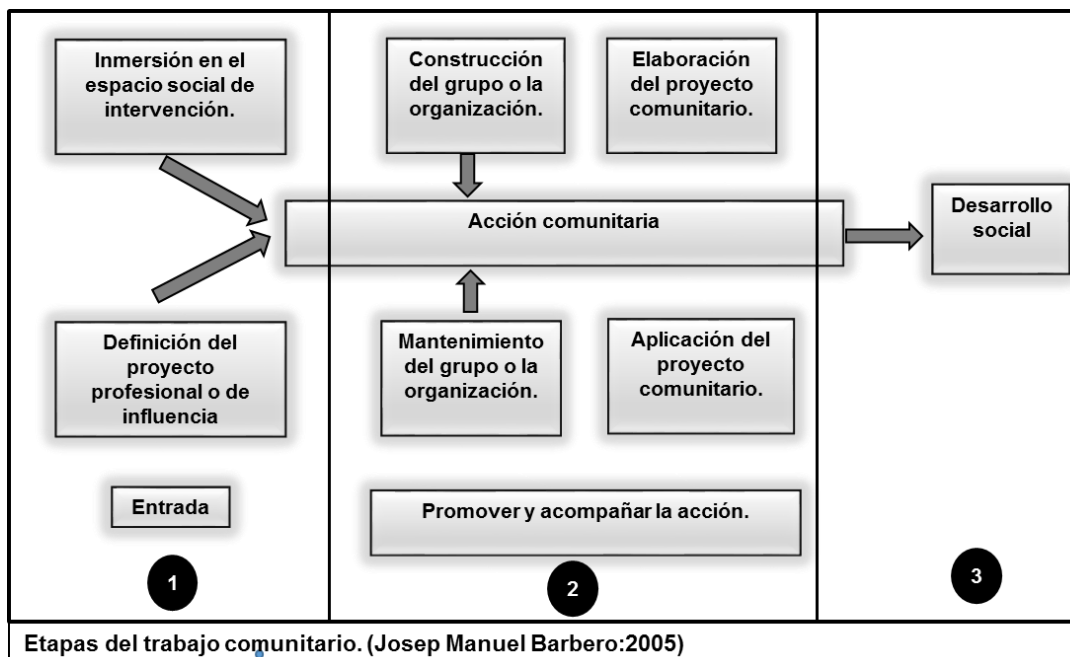
concepto desde el Trabajo Social, debido a que esta disciplina aporta elementos que enriquecen la discusión sobre este concepto. Desde esta mirada el Trabajo comunitario se define como el conjunto de conocimientos que pueden orientar a los profesionales de la intervención social en las tareas de organización de las poblaciones con la que se pretende abordar la transformación de situaciones colectivas. El trabajo comunitario enfrenta al reto de construir y sostener un grupo (o varios) en torno a la elaboración y aplicación de proyectos de desarrollo social.¹¹⁸

La columna vertebral del trabajo comunitario es la organización colectiva que M.G Ross define como el *proceso mediante el cual una comunidad identifica necesidades y objetivos, los ordena y clasifica, busca y encuentra recursos internos y externos para afrontarlos y actúa; al hacerlo así, desarrolla en la comunidad actitudes cooperadoras y maneras de actuar*. La importancia de este proceso radica en que si un grupo está organizado es posible incidir en nuevas formas de conciencia y de movilización.

El trabajo comunitario comprende una serie de procesos que Josep Manuel Barbero subdivide en tres dimensiones, las cuales se esquematizan en el siguiente cuadro:¹¹⁹

¹¹⁸ Barbero J.M. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza; 2005. P 16-37.

¹¹⁹ Barbero J.M. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza; 2005. P 16-37



La organización comunitaria atraviesa cada una de estas etapas. Para fines de esta investigación, solo abordaremos las estrategias que corresponde a la fase de entrada a la comunidad, es decir la intervención. Josep Manuel Barbero define este concepto como el conjunto coherente de acciones que responden al análisis previo de un entorno y que pretenden producir resultados.¹²⁰

De acuerdo a este autor las estrategias de la intervención son las que inciden en la modificación del dispositivo institucional y las que operan directamente con la comunidad. Entre los beneficios de vincular estas estrategias está la posibilidad de que la población organizada, participe en los procesos de transformación y resignificación institucional. Los elementos de los procesos organizativos de la intervención son:¹²¹

Sujetos protagonistas: Poblaciones destinatarias, agentes sociales que conforman la situación social que se ve como problema o pueden contribuir a un cambio.

¹²⁰ Barbero J.M. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza; 2005. P 16-37.

¹²¹ IDEM

Destinatarios: Toda una población o parte de ella.

Iniciadores de la acción comunitaria: Ciudadanos organizados, profesionistas, una ONG, Institución o agencia de Estados, combinación de estos, etc.

Objetivos: Construir relaciones e interacciones sociales integradoras que posibiliten el desarrollo de la personalidad de individuos y de colectivos.

Temas: Abordo de situaciones relacionadas con el objeto que incumbe a los profesionales de la intervención como la marginación y la integración social. En términos generales se abordan situaciones sociales colectivas.

Espacios de intervención: Barrios, instituciones que ocupan a profesionales de la intervención social (servicios sociales, residenciales, centros sanitarios o educativos).

Trabajador comunitario: Pueden tener el rol de organizadores o de participantes.

Actividades: Constituir y sostener una organización (grupo o inter-grupo) en torno a la elaboración y aplicación de proyectos colectivos; descubrir necesidades y potencialidades del espacio social; tomar contacto con la gente, desarrollar la voluntad de trabajar para satisfacer necesidades y reunirla; establecer estructuras colectivas, repartir tareas, ayudar a establecer objetivos; mantener la organización activa; cuidar las relaciones, ayudar a comunicar, etc.

Instrumentos técnicos básicos: La reunión como vehículo para el funcionamiento del grupo; trabajo con miembros en torno al desarrollo de cargos, formas de funcionar, elaboraciones; gestiones y trabajo con terceros a favor de los proyectos del grupo.

Josep Manuel Barbero ubica al trabajo comunitario en un continuo de niveles de intervención que conectan el desarrollo en el nivel micro-social en el reforzamiento

de individuos, colectivos y grupos, meso-social en el barrio o localidades y macro-social a nivel nacional e internacional.¹²²

Otro planteamiento sobre el trabajo comunitario y la intervención es el de la mirada crítica. Para el desarrollo de esta mirada se tomará como referente la experiencia de una la asociación civil ENLACE. Esta asociación entiende el trabajo comunitario como un instrumento que facilita la constitución y fortalecimiento de los actores sociales y un recurso para la construcción de su autonomía y a la intervención como la estrategia que se refiere a la manera en que un grupo organizado decide influir en su propia realidad. La propuesta de ENLACE es pensar el trabajo comunitario desde abajo, es decir, desde los espacios sociales y culturales, por tanto los proyectos generados desde esta visión apuntan hacia al desarrollo local.¹²³

ENLACE plantea que existen diferentes mecanismos de intervención, que de fondo tienen un posicionamiento político particular, a partir del cual se definen estrategias de organización, objetivos e intenciones, así como los medios para lograrlos. Dicho posicionamiento implica analizar la realidad social donde se observa la organización política, las estructuras de poder, el nivel de participación de la ciudadanía con respecto al quehacer del Estado. En este sentido cabría preguntarse si existe una base social (local, regional o estatal) comunitaria organizada, que hagan viable los programas gubernamentales, para definir a la organización social como eje de la intervención.

¹²² Barbero J.M. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza; 2005. P 16-37.

¹²³López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 49-83.

*Que una conciencia ciudadana sólo es posible si se realizan esfuerzos sistemáticos para alcanzarla, no surge por generación espontánea, implica un arduo trabajo de organización y educación participativa.*¹²⁴

Así mismo ENLACE incluye en los análisis de realidad el papel de las estructuras de poder económica a nivel local, regional, nacional e internacional, en la destrucción del tejido social y su incidencia en problemas como la desigualdad social, la inequidad y la pobreza.

En la noción de trabajo comunitario ENLACE hace referencia a los actores sociales, que la asociación define como el grupo comunitario recién constituido, que logra el reconocimiento de su labor por el conjunto de su comunidad, municipio o región, el cual se convierte en sujeto social cuando logra crecer cuantitativamente y forjarse una identidad, así como desempeñar una actividad adicional a la que debe su origen, con capacidad de planear alternativas y desarrollarlas.¹²⁵

Aunque ENLACE utiliza el concepto de intervención, presenta una reflexión interesante sobre este concepto con la que busca deconstruir su significado. En primera instancia reconoce que intervenir tiene que ver establecer vínculos con las comunidades de trabajo, estos vínculos implican un régimen de reciprocidad entre la comunidad y el equipo.

¹²⁴ López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 55.

¹²⁵IDEM

La intervención como un sentido de una extrañeza intrínseca involucra esencialmente la experiencia de lo otro. La aparición del otro tiene algo de espectacular suscita la extrañeza de sí mismo. Así, el enrarecimiento conmueve a quien interviene y a quien experimenta la intervención: aun así, se trata de dos ámbitos y dos cualidades distintas de la extrañeza.¹²⁶

Desde esta mirada la noción de intervención como acto invasivo se redefine como el acto en el que dos subjetividades se encuentran y comparten a partir de establecer dialogo para construir vínculos. Esta noción nos aproxima a otros conceptos que consideramos valdría la pena reflexionar como: cultura, intercultura, implicación y diálogo intercultural.

Al esforzarnos mediante nuestra intervención por crear un diálogo intercultural como ejercicio mutuo de autonomía entre distintos sujetos involucrados en un proyecto de transformación, cancelamos paradójicamente, el carácter mismo de la intervención¹²⁷.

Este ejercicio reflexivo deja dos preguntas importantes para esta etapas de encuentro con el otro, ¿dónde está nuestro poder y cómo lo estamos utilizando?, ¿dónde está el poder de los otros actores y cómo lo están utilizando?, ¿cómo nos relacionamos con las comunidades?, consideramos importante retomar estas preguntas en el apartado de análisis de esta investigación.

La noción de comunidad desde ENLACE, no es estática y lineal, de hecho asume que la comunidad se recrea permanentemente pues está inserta en un contexto social en el que intercambia y al que se resiste, por tanto, la identidad es un proceso en construcción, en el que se transforman subjetividades, imaginarios y

¹²⁶ López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 55.

¹²⁷ López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 55.

valores, se reordenan significados. ENLACE divide a la intervención en tres momentos clave¹²⁸:

Inserción: Consiste en un proceso que inicia con la elección de la región hasta la inserción del equipo en el territorio. Un criterio para seleccionar a la región (que nos es forzoso que exista) es que existan bases mínimas necesarias para llevar a cabo, actividades de desarrollo económico, social y político, como la existencia de actores sociales que puedan posicionarse o resistir o posicionarse mejor frente a problemas como la globalización; con posibilidades de tejer alianzas con otras organizaciones.¹²⁹

Investigación documental sobre las condiciones de la región, además se establecen los primeros contactos referentes y posteriormente se traslada a vivir a al territorio.

En el territorio se profundiza en el conocimiento de las características sociales y políticas, así mismo se diseñan los instrumentos que nos permitan obtener más información. Se aumentan y consolidan los contactos con personas y actores clave para difundir la propuesta de trabajo. Se recomienda la aplicación de diagnósticos documentales y participativos.

Experimentación y desarrollo: Cuando encontramos actores comunitarios muy debilitados, se ponen en marcha actividades que fortalezcan la confianza en la permanencia comprometida del equipo y el desarrollo organizativo inicial de la población. Dichas actividades deben considerar los conocimientos y quehaceres de los pobladores, junto con estas acciones se definen junto con la comunidad las

¹²⁸IDEM

¹²⁹ López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 55.

probables líneas de acción para el desarrollo, estas serán el precedente para la construcción de ejes estratégicos.¹³⁰

La planeación, el monitoreo y la evaluación son acciones que se desarrollan a lo largo de la investigación, estas funcionan como instrumentos que pueden detectar errores, aciertos, definir variables y redimensionar estrategias. Cuando los actores son lo suficientemente fuertes, entonces es posible impulsar procesos participativos de apropiación y mejoramiento de sus propias condiciones sociales, así como de satisfacción de sus necesidades presentes y futuras.¹³¹

Se recomienda el uso de la metodología participativa, para la formulación de planes específicos a nivel local y regional, elaborar proyectos temáticos, gestionar recursos para programas y proyecto, establecimientos de sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación.¹³² Citar

Extensión o retiro: Una vez generadas las condiciones para que la comunidad asuma sus propios procesos de desarrollo y se ha logrado que los otros (gobierno, local, estatal y federal, agencias de cooperación para el desarrollo, empresarios, etc.) se involucren en la construcción de proyectos colectivos y de interés mutuo entonces es posible pensar y programar el momento de retirarse de la región.

¹³⁰ López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 56.

¹³¹ IDEM

¹³² López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002. P 57.

6.3.2 Desarrollo comunitario

El desarrollo comunitario tiene ya medio siglo de existencia, comenzó tras la segunda guerra mundial cuando la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) planteó intervenir en el Tercer Mundo para ayudar en el retraso económico, laboral, sanitario, cultural, educativo y social, que había en esos momentos. A través de diseñar programas de desarrollo comunitario para las regiones más atrasadas como África, Asia y América Latina.¹³³

Se entiende por desarrollo comunitario “una técnica o práctica que tiene por objetivo fundamental la participación del hombre, movilizándolo recursos humanos e instituciones mediante la participación activa y democrática de la población”.¹³⁴ Surge por la movilización de actores sociales y personas de las mismas comunidades, para encontrar soluciones a problemáticas a través de un proceso democrático, educativo y de organización. La población es la detonante para que surjan cambios que ayuden a mejorar bienes, servicios y necesidades inmediatas, teniendo como objetivo promover a través del establecimiento de un nuevo paradigma de desarrollo, un proceso que facilite el empoderamiento de la comunidad, la creación de oportunidades de desarrollo, el cambio de las actitudes y conductas de sus miembros, así como generar una nueva visión de futuro.¹³⁵

Para que dichos objetivos se lleven a cabo se deben realizar acciones como, la construcción del capital humano y la construcción del capital social. Cuando se habla de capitales dentro del desarrollo comunitario, se debe tener presente que a medida en que se trabaje el capital humano, se estará creando condiciones que favorezcan el desarrollo del capital social. Para esto es importante que la

¹³³ Chacón Blanco María Dolores, El desarrollo comunitario, Revista innovación y experiencias educativas, N° 29, Abril 2010.

¹³⁴ IDEM

¹³⁵ IDEM

sociedad civil lleve a cabo su trabajo en ambos sentidos, es decir, el desarrollo del capital social.

El capital social se construye a partir de programas que tengan como objetivo construir, desarrollar, crear organizaciones e instituciones, para mejorar los servicios de la comunidad, aumentar la participación de las personas en organizaciones de la sociedad civil. El capital humano también se construye a partir de programas que contribuya al desarrollo sano de las personas.

Por lo tanto el desarrollo comunitario no sólo es la implementación de programas que cumplan con las necesidades que está teniendo la comunidad, sino que también es la organización que la comunidad tiene para ejercer los recursos humanos, la libertad de expresar sus necesidades y el trabajo en colectivo que pueden hacer, para tener un bien común dentro de sus comunidades.

Por otra parte la respuesta social organizada surge por las necesidades de la sociedad civil, a través de acciones que desarrolla la comunidad para un mejoramiento de los servicios de salud. Las necesidades son un subconjunto de las condiciones: aquéllas que la sociedad ha determinado que requieren de una respuesta en forma de atención. De este modo el concepto de necesidad es construido socialmente.¹³⁶

¹³⁶ Freink, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, 3ª ed. México: FCE, SEP, CONACYT, 2003.

6.4 Respuesta social organizada

En este capítulo para hablar de la respuesta social organizada, implica abordar una serie de conceptos como universidad, movimientos sociales y organizaciones no gubernamentales (ONG). Estos nos permitirán entender como los colectivos y la sociedad civil son capaces de generar un respuesta ante las necesidades en salud que hay.

Por otra parte la respuesta social organizada surge por las necesidades de la sociedad civil, a través de acciones que desarrolla la comunidad para un mejoramiento de los servicios de salud. Las necesidades son un subconjunto de las condiciones: aquéllas que la sociedad ha determinado que requiere de una respuesta en forma de atención.¹³⁷ De este modo el concepto de necesidad es construido socialmente.

La respuesta de la sociedad empieza cuando las condiciones de salud son definidas como necesidades, teniendo como factores la equidad, la calidad y la tecnología permitiendo calcular los servicios requeridos para satisfacer dichas necesidades.¹³⁸

El concepto de condiciones de salud es neutral, mientras que las necesidades implican una serie de valores y políticas sociales.¹³⁹ Teniendo como respuesta una selección entre los diversos procesos de salud y enfermedad serán considerados como necesidades. De este modo la relación entre necesidades, servicio y los recursos son parte de una respuesta social organizada.

¹³⁷ Frenk, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, 3ª ed. México: FCE, SEP, CONACYT, 2003.

¹³⁸ IDEM

¹³⁹ IDEM

El sistema de salud puede ser visto, en sentido abstracto, como el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población.¹⁴⁰ De este modo la accesibilidad y la productividad establecen las equivalencias en términos de los recursos requeridos para producir dichos servicios.

Así los prestadores de servicios y el mediador colectivo constituyen los componentes centrales de los sistemas de salud. Así se ven apoyados por diversas organizaciones que obtienen recursos potenciales de la población y los convierten en recursos efectivos para los servicios. Como ejemplo se cuentan a las universidades en el caso de la formación de recursos humanos y la investigación científica, las compañías aseguradoras o las cajas de seguros sociales en el caso de los recursos financieros y las múltiples empresas productoras de tecnologías. Ante esto el Estado puede ejercer control sobre estos recursos, incluyendo el financiamiento la regulación y la propiedad.¹⁴¹

La relación del Estado con la población y sus organizaciones se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos de los servicios de salud, tales como: el poder de compra, la pobreza, la prioridad socialmente percibida y la ciudadanía.¹⁴²

Desde las ciencias sociales, la respuesta social parte de dos componentes el primero parte de un hecho primario en donde se derivan tres elementos salud – enfermedad y muerte. El segundo componente se integra por las instituciones sanitarias, instituciones académicas organizaciones sanitarias y actores sociales.

Así la respuesta social puede estar compuesta por acciones con sentido social donde los colectivos determinan como relacionarse con la salud la enfermedad y la muerte. Comprende los procesos de lucha contra la enfermedad y sus consecuencias, las acciones para fomentar y promover la salud y prevenir la

¹⁴⁰ IDEM

¹⁴¹ IDEM

¹⁴² IDEM

enfermedad que realizan las personas individualmente.¹⁴³ Además de que incluye a las instituciones y organizaciones, estando presente en una sociedad determinada.

Por otro lado el proceso salud – enfermedad y muerte explica que dicho proceso forma parte de un proceso biológico o de un procesos social. Si se considera que un colectivo o grupos sociales es el ámbito de preocupación para diferentes disciplinas se crea un planteamiento teórico en donde se explica que el proceso salud enfermedad se puede ver desde procesos históricos, sociales y culturales, donde se integran las particularidades biológicas de los colectivos.

Para Boaventura de Sousa¹⁴⁴ el entender la respuesta social es a partir de transformar teorías críticas de prácticas políticas a partir de la última ola de movimientos de protestas que se han dado últimamente en cualquier parte del mundo. Esta teoría crítica cambia constantemente de pensamiento crítico, es un pensamiento muy preocupado por las relaciones de poder existen poderes desigual en las sociedades y hay desigualdades de poderes.

Hay dimensiones distintas dentro del pensamiento hegemónico los que hacen a la política otros que hacen a la inteligencia o a la intelectualidad, este viene siendo un modelo dominante. Este modelo impide representar el mundo como nuestro y en donde la sociedad acaba siendo representada por el poder.

Para lograr un cambio se puede lograr una nueva transformación de políticas una política per figurativa donde haya zonas liberales de democratizar la vida, la economía en las sociedades. La segunda una política re configurativa, como podemos hacer lucha dentro de las instituciones, es transformar el poder para formar el poder que no se pueda cambiar a través de la lucha dentro y fuera de las instituciones con legalidad y no legalidad.

¹⁴³ Jarillo S. Edgar C, Arroyave Loaiza M^a Gilm, El conocimiento de la salud y las ciencias sociales, Rev. Esp. Salud pública, 1995.

¹⁴⁴<https://www.youtube.com/watch?v=E7BSirUOFio>, consultada en Marzo del 2014

6.4.1 Universidades

La historia de las universidades inicia con la fundación de la Universidad de Bolonia en 1080, en 1090 la de Paris, 1096 la de Oxford siendo está la primera universidad autónoma, en 1213 la de Salamanca en España y a nivel Latinoamérica en 1551 en Perú la universidad de San Carlos y en México la Real y Pontifica Universidad de México, antecesora de la Universidad Autónoma de México UNAM. Todas estas creadas por dos razones, preservar los saberes en la historia de la humanidad y educar a los alumnos que ingresan a ellas, por esto se puede decir que las universidades reproducen una cierta estructura social

La universidad guarda muchos significados que van desde la calidad universal hasta los institutos públicos que se encuentran varias facultades y se concluyen los grados correspondientes. La Universidad preserva cultura, forma recursos humanos, estudia la ciencia y la tecnología. Llevando todo esto afuera con la gente y las comunidades, de manera humanística y estética.¹⁴⁵

Las primeras universidades surgen con compromiso de colaboración y apoyo para el aprendizaje intelectual. El término de universidad se empieza a utilizar a finales de la edad media, de ahí que sean conocidas como las universidades medievales o gremios, éstas eran instituciones reconocidas y protegidas por autoridades como el Papa, emperadores, monarcas u otras autoridades locales. Dado que las universidades heredan toda la tradición escolástica anterior, estaban íntimamente ligadas a la Iglesia romana. Teniendo así una enseñanza más teológica y filosófica.¹⁴⁶

¹⁴⁵En la ponencia de Manuel Outon (en V foro Anual de Promoción de la salud, febrero 2015)

¹⁴⁶ Ma. Isabel del Val Valdivieso, el contexto social de las universidades, universidad de Valladolid. Pag 243

Inicialmente, la universidad se realiza como espacio de encuentro, como relación libre de enseñanza-aprendizaje, cobra identidad propia dada la forma de organización que asume a la búsqueda de nuevos saberes.¹⁴⁷

A partir del siglo XIII se crean dos elementos que conjugan para la conformación de nuevas universidades, en primer lugar empieza la organización por parte de maestros y alumnos sobre las bases de la corporación de oficios, sancionada por una carta formal emitida por el Papa o por el emperador y dominada por los estudiantes y profesores, con la autoridad de emitir títulos. En segundo lugar se promueven en ellas la libre indagación de la verdad y el desarrollo consecuente del método y la teoría de la verdad.¹⁴⁸

A partir del siglo XVIII se comienzan a regular y organizar las Universidades y facultades con la finalidad de luchar con los charlatanes, los empíricos y las personas sin título, que ejercen prácticas sin la capacidad de ejercer¹⁴⁹, como ejemplo estaba la medicina.

De este modo empezaban a regular y controlar los saberes de las personas que no contaban un título y que para poder ejercer y poner en práctica los conocimientos universitarios, los estudiantes tenían que cursar tres años de estudios debidamente comprobables y pasar un examen para poder obtener un título de licenciado.

A pesar de esto los charlatanes seguían ejerciendo sus prácticas, lo cual llevó a que surgieran diferentes movimientos institucionales que les permitieron establecer nuevas subjetividades en el discurso de saberes. Dentro de la sociedad existían dos series de reivindicaciones, una a favor de la limitación estricta de

¹⁴⁷ Pérez Correa Fernando, Steger Hanns- Albert, La universidad del futuro, 1981, UNAM. Pag.29

¹⁴⁸ *Ibidem*

¹⁴⁹ Foucault Michel, La historia de la clínica, 1ª ed. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina, 2004, pag. 73

ejercer y la otra a favor de una organización más rigurosa de los estudios universitarios.¹⁵⁰

Con esta regulación de conocimientos universitarios, se pretendía proteger al pueblo de todas las ilusiones y en contra de los charlatanes mistificadores. Ya dentro de las Universidades se creía que los conocimientos teóricos no llegan a proponer una versión institucional de ella: la formación práctica no es la aplicación pura y simple del saber abstracto (bastaría entonces confiar esta enseñanza práctica a los profesores de las escuelas); pero no puede ser tampoco la llave de este saber.¹⁵¹

Para Boaventura Santos, las universidades se han enfrentado a una serie de desafíos a finales del siglo XX. Dividido en tres crisis: la primera fue la de la hegemonía, está es el resultado de las contradicciones entre las funciones tradicionales de la universidad y de las que fueron atribuidas a lo largo del siglo XX. Por un lado estaba la producción de la alta cultura, el pensamiento crítico y los conocimientos ejemplares, científicos y humanistas necesarios para la formación de las elites que en ese entonces se ocupaban de la universidad. Por otro lado, la producción de patrones culturales medios y conocimiento instrumentales útiles para la producción de mano de obra calificada exigida para el desarrollo capitalista. La incapacidad de la universidad para desempeñar cabalmente funciones contradictorias llevó al Estado y a los agentes económicos a buscar fuera de la universidad medios alternativos para encontrar estos objetivos.¹⁵²

La segunda crisis fue de legitimidad, provocada por el hecho de haber dejado de ser la universidad una institución consensual, frente a la contradicción entre la jerarquización de los saberes especializados de un lado, a través de las restricciones de acceso y certificación de las competencias y de otro lado, por las

¹⁵¹ Ibídem pag.77

¹⁵² Boaventura de Sousa Santos, "La universidad del siglo XXI", cuarta edición, CIDES-UMSA, 2007 Pag.21

exigencias sociales y políticas de la democratización de la universidad y la reivindicación de la igualdad de oportunidades para los hijos de las clases populares.

La tercera crisis fue la institucional, resultado de la contradicción entre la reivindicación de la autonomía de la definición de valores y objetos de la universidad y la presión creciente para someterla a criterios de la eficiencia y la productividad de la naturaleza empresarial o de la responsabilidad social.

6.4.2 Movimientos sociales

Los movimientos sociales surgen, por movimientos de personas y organizaciones, en cuestiones socio-políticas teniendo como finalidad un cambio social. Un movimiento social es un actor colectivo movilizador que, con cierta continuidad y sobre todo las bases de una alta integración simbólica y una escasa especificación de su papel, persigue una meta consistente en llevar a cabo, evitar o anular cambios sociales fundamentales, utilizando para ello formas organizativas y de acción variable. A partir de los años sesenta se ha producido una serie de cambios dentro de los movimientos sociales.

En México la Revolución Mexicana comenzó como un potente movimiento cívico democrático, contra la reelección y la autocracia, y luego se radicalizó. El cardenismo, en los años treinta, fue también, en el fondo, un movimiento cívico contra el llamado Maximato del caudillo Plutarco Elías Calles y, para afirmarse, debió hacer una profundísima reforma agraria, armar a los campesinos, reconstruir el ejército y estatizar las palancas fundamentales de la economía, como el petróleo. En México fue el estado el que desarrolló la burguesía nacional y en parte la creó, y fueron los movimientos cívicos y sociales los que unificaron al país y desarrollaron el estado ampliado, con el consenso y la participación activa de los sectores pobres, sobre los cuales se asentó el aparato estatal resultante, primero, de la revolución de 1910 y, dos décadas después, del segundo impulso de ésta, el cardenista.¹⁵³

Debemos entender que un actor social, son aquellas personas que se involucran activamente en el desarrollo actual del que se está presente. En el movimiento social, deben de haber por lo menos algunos elementos compartidos dentro de los integrantes del movimiento:

¹⁵³ Almeyra Guillermo, Los vaivenes de los movimientos sociales en México, año IX N°24, Octubre de 2008.

- Debe de tener una estructura organizada
- Deben de tener bien claro las metas que se están persiguiendo
- Una línea de acción coordinada e organizada
- La voluntad de intervenir en la política incidiendo así en la gestión de un conflicto social

Existen varias organizaciones y personas que crean movimientos sociales, con la finalidad de crear cambios, opiniones , conductas sociales, formación de nuevas identidades colecticas, crear cambios en la estructura política, crear nuevos espacios y mecanismos de negociación con autoridades, impulsar la creación de políticas e impulsando el respeto de los derechos.

Hay movimientos estudiantiles, de trabajadores, campesinos, obreros, entre otros. Todos estos movimientos creados con un fin común dentro de sus organizaciones, de tal manera que estas movilizaciones les de la pauta para que sean escuchados por el Estado, creando así cambios en la sociedad que conlleven a satisfacer las necesidades y demandas que este movimiento solicita.

6.4.3 Organizaciones de la sociedad civil y asociaciones civiles, ONG Y A.C.

Las ONG se definen como el conjunto de instituciones privadas con personalidad jurídica, sin fines de lucro, formalmente constituidas, auto-gobernables y con personal voluntario, que tienen como objeto atender necesidades sociales.¹⁵⁴ En ellas participan grupos altruistas dedicados a la protección y defensa de los sectores sociales marginados, buscan el desarrollo pleno del individuo a partir de conseguir la justicia social como condición básica para obtener dicho desarrollo.¹⁵⁵ Estas instituciones se crean a partir de la organización de la sociedad civil, que forman parte de un conjunto de iniciativas ciudadanas e iniciativas privadas destinadas la producción de bienes y servicios públicos, a fin de modificar las sociedades donde viven, a este grupo de personas se les reconocen como el tercer sector.¹⁵⁶

Las instituciones no lucrativas se caracterizan porque el superávit que obtienen no se reparte entre los miembros de la organización. Los recursos como equipos e ingresos se utilizan en actividades, que sirvan para alcanzar los propósitos de la ONG.

Estas organizaciones se identifican por su carácter apartidista y su capacidad de autogobierno, de este modo los funcionarios del gobierno no pueden ejercer un dominio sobre éstas, sin embargo las ONG cuentan con la libertad para mediar en las agendas locales e internacionales del Estado, por ejemplo a través de la

¹⁵⁴Instituto de investigaciones jurídicas. Organismos No Gubernamentales: Definición, Presencia y Perspectivas [<http://www.juridicas.unam.mx>]. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México CODHEM <http://www.codhem.org.mx>; 1995 [actualizada el 07 de julio de 1995; acceso 09 de junio de 2012]. Disponible en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/28/pr/pr35.pdf>

¹⁵⁵ Instituto de investigaciones jurídicas. Organismos No Gubernamentales: Definición, Presencia y Perspectivas [<http://www.juridicas.unam.mx>]. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México CODHEM <http://www.codhem.org.mx>; 1995 [actualizada el 07 de julio de 1995; acceso 09 de junio de 2012]. Disponible en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/28/pr/pr1.pdf>

¹⁵⁶ IBIDEM

incidencia en políticas sociales, que promueva alianzas con el gobierno para hacer contrapeso ante grupos poderosos y de este modo se garanticen los beneficios del desarrollo social para todos.¹⁵⁷

Las ONG se dividen por categorías según las actividades que realicen, por ejemplo las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) definen a la población con la que trabajan a partir de su ubicación geográfica o de forma general; otras ONG realizan sus labores desde su especialidad como educación, comunidad, cultura, salud, cultura popular, defensa de los derechos humanos, etc.; las ONG que se dedican a la investigación social tienen la capacidad de desarrollar programas donde de manera simultánea se da atención a más de un problema social en un mismo proyecto.¹⁵⁸

Entre las tareas que se llevan a cabo en las ONG se encuentran: educación, capacitación, consultoría calificada, abogacía, asesoría técnica y jurídica, divulgación, protección y defensa de los derechos humanos.

Mientras tanto una Asociación Civil (AC), está formada por un grupo de personas que tienen como fin desarrollar actividades sociales, culturales y comunitarias con la finalidad de obtener un bien común dentro de la sociedad. El trabajo que realiza la AC es sin fines de lucro ya que no persiguen fines económicos. También se conocen a una Asociación Civil como una persona jurídica privada, constituida por un conjunto de personas físicas (llamadas socios) que, con la debida autorización de Estado, se unen para realizar actividades que tienen un bien común.¹⁵⁹

Las funciones que destacan a las AC, es la realización de trabajo y actividades con la sociedad para mejorar la calidad de vida de ésta. La estructura que debe de tener una AC es un estatuto y una asamblea.

¹⁵⁷ IDEM

¹⁵⁸ IDEM

¹⁵⁹ IDEM

El estatuto es el instrumento legal que tiene la asociación, en el nombre y dirección que la dicha asociación, en la asamblea se forma una comisión promotora que está integrada por un presidente y dos secretario, esta asamblea tendrá como fin presentarle a los socios los objetivos de la Asociación civil.

Una Sociedad Civil (SC) es un conjunto de personas que trabajan de manera colectiva para tomar decisiones dentro de un ámbito público, pero también son aquellas organizaciones o redes que se ubican fuera del aparato estatal formal. Una Sociedad Civil la puede formar cualquier grupo de interés no sólo ONG, sino también sindicatos, asociaciones profesionales, cámara de comercio, religiones, grupos de estudiante, sociedades culturales, clubes deportivos y grupos comunitarios. Un buen número de estos grupos tiene como objetivos, perseguir causas particulares, sin mostrar interés alguno en equilibrar sus aspiraciones para el bien público más extenso.

Las funciones que realizan una Sociedad Civil son transmitir experiencias, promover la participación del ciudadano para la formulación de políticas, además de sensibilizar a la población acerca de las políticas gubernamentales y las políticas que éstas conllevan, también desempeñan un papel importante de la movilización y el empoderamiento de la población, para que participe en procesos de desarrollo.

Las organizaciones de la Sociedad Civil tiene como características, el carácter de organizaciones autónomas (es decir, que no forma parte del gobierno, y no busca hacerlo, aunque pueda cooperar con él); que no persigue un lucro aunque algunas de sus actividades pueden incluir el lucro únicamente como medio para alcanzar sus fines) y que realizan un aporte a la sociedad, ya sea mediante la prestación de servicios a terceros o la promoción de derechos fundamentales.

Las funciones principales de una Sociedad Civil son en primera, la sociedad civil ayuda a crear, estabilizar y expandir el Estado de derechos. En segundo lugar una sociedad civil forma los diferentes espacios públicos a través de los cuales los

actores sociales se comunican entre sí y con los actores políticos. En tercer lugar la sociedad civil desarrolla una densa red de asociaciones, fortaleciendo así el tejido social. Por último, la sociedad civil ayuda a construir y generar una cultura de tolerancia y respeto mutuo.

6.5 Saberes y habilidades

Para fines de esta investigación se presentará una revisión del significado de los términos saberes y habilidades, para comprender la relación universidad-sociedad, y cómo se puede establecer un diálogo entre los actores que pertenecen a estos sectores de la sociedad.

En este apartado se discutirá el concepto de saberes y habilidades desde la filosofía, la psicología educativa y la pedagogía, con autores como Villoro quien presenta un análisis sobre como las razones de una creencia se convierten en saberes. Así mismo se presenta una clasificación de los saberes basada en la propuesta de Díaz Barriga sobre los contenidos del curriculum desde el saber-saber y el saber-hacer, esta información se complementa con los planteamientos de Sacristán sobre la determinación de los saberes curriculares. Así mismo se incluye a los saberes no académicos es decir aquellos que forman parte del sistema cultural y que se adquieren a partir de la experticia, Sacristán habla sobre este tema e incluye una discusión sobre el dialogo entre los saberes escolares y extraescolares.

En los diálogos de Platón se encuentra el primer antecedente del concepto de saber, al que Villoro nombra análisis tradicional de saber, representado por Teetetes, en él se explica que una creencia se acepta como saber, cuando está correspondiente a la realidad, es verdadera y existen razones suficientes que la justifiquen.

Teetetes acierta cuando a la pregunta de Sócrates sobre qué es saber, contesta: saber es creencia verdadera.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P 16.

Menón coincide con Teetetes en esta definición y agrega que el saber a diferencia de la creencia, es una guía de la práctica firmemente asegurada en razones.

En ambos casos, el conocimiento se ve como una forma en la que el sujeto puede anclarse en la realidad: las razones son eslabones con que la inteligencia alcanza la verdad y la amarra que asegura el éxito de nuestra práctica.¹⁶¹

Villoro amplía el análisis de saber, al decir que las razones para creer deben ser: objetivamente suficientes, concluyentes y coherentes.¹⁶² Los elementos para que una razón cumpla con dichas condiciones depende de que los datos de observación, argumentos, interpretaciones y explicaciones teóricas sean accesibles así como avaladas por miembros de una sociedad epistémica.

Esta sociedad epistémica cuenta con un cuerpo de información, tecnología, teorías e interpretaciones, determinados por el nivel de desarrollo alcanzado por el conocimiento de la época, todo ello dentro del supuesto de un marco conceptual común. Por lo tanto el tiempo y espacio son dos elementos importantes en la validación de los saberes por la sociedad epistémica.¹⁶³

Así mismo la condición de irrevocabilidad valida las razones de una creencia para que se consideren saberes, porque significa que ningún sujeto de la sociedad epistémica cuenta con razones suplementarias que la revoquen.¹⁶⁴ Este criterio es temporal hasta que se descubran razones contrarias que demuestren que las anteriores son insuficientes a la luz de la nueva.¹⁶⁵

El pensamiento crítico es otro elemento importante para que una razón dada sea considerada un saber, puesto que cuestiona las ideologías dominantes y pone en

¹⁶¹ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P 19.

¹⁶² Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P. 145.

¹⁶³ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P. 149.

¹⁶⁴ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P. 165.

¹⁶⁵ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P192.

evidencia las posturas e intereses que estén de fondo en la validación de los saberes.

*La crítica supone un cambio de actitud: el paso de la actitud que somete la razón al consenso del grupo, a la que enfrenta la razón al consenso. La primera da lugar a un pensamiento reiterativo de las creencias aceptadas, la segunda, a un pensamiento disruptivo frente a ellas. Todo progreso importante del conocimiento es efecto de un pensamiento disruptivo.*¹⁶⁶

Finalmente, Villoro indica que las razones de una creencia son objetivamente suficientes cuando: la justificación objetiva resiste a razones en contra¹⁶⁷ y trascienden de un plano abstracto a un ejercicio práctico que permite al ser humano alcanzar una pequeña porción de la realidad, ya que no es posible tener a la mano todas las razones que hacen de una creencia un saber.¹⁶⁸

La práctica del saber tienen que ver con el saber-hacer, al cual Villoro lo define como el conjunto de habilidades con las que se ejecutan acciones, con las que se reconoce el conocimientos en un persona, no obstante ser hábil no garantiza contar con el conocimiento, para explicar la práctica.

*Saber hacer no se refiere a alguna actividad por la que el sujeto alcance la realidad y se determine por ella; designa, antes bien, un conjunto de habilidades para ejecutar ciertas acciones coordinadas; aunque éstas puedan ser señal que nos permita reconocer conocimientos en una persona, ellas mismas no son conocimientos.*¹⁶⁹

Los saberes son organizados, regulados y controlados por las instituciones educativas a través del curriculum, en él se expresan los contenidos de la enseñanza, se establece el orden de su impartición y se regula la práctica que

¹⁶⁶ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P153.

¹⁶⁷Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P179.

¹⁶⁸Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P 220.

¹⁶⁹Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. P 217.

determina la acción educativa, así el curriculum guía el progreso de los estudiantes en la adquisición del conocimiento.¹⁷⁰

Además de incluir los contenidos bibliográficos, el curriculum incluye hábitos de trabajo y habilidades específicas que trascienden el saber teórico.¹⁷¹

*Lo que importa no es lo que se dice, si no lo que verdaderamente se hace; el significado real del curriculum no es el plan ordenado, secuenciado, en el que se plasman intenciones, los objetivos concretos, los tópicos, las habilidades, valores, etc., que decimos han de aprender los alumnos, sino la práctica real que determina la experiencia de aprendizaje de los mismos.*¹⁷²

La selección de los contenidos curriculares es una actividad compleja que responde a las exigencias del estatus quo, determinado por intereses sociales, políticos, económicos y religiosos, que no depende del juicio de la comunidad científica o la solución de los problemas que afectan a la humanidad.

*Conviene tomar en consideración que las diversas fuentes de influjo y de transmisión de información en el mundo postindustrial contemporáneo desarrollado no tiene como objetivo el desarrollo cognitivo del niño/a, sino servir a los múltiples intereses económicos, sociales, políticos o religiosos que la controlan. Así pues es fácil suponer que los esquemas que desarrolla el niño en las sociedades de mercado actuales son el reflejo de las influencias culturales más directas, inmediatas y omnipresentes y que normalmente responden a las exigencias e intereses de la propaganda y publicidad, al servicio de las fuerzas que controlan el mercado.*¹⁷³

¹⁷⁰Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica. 1ª ed. España: Morata; 1992. P.144.

¹⁷¹ Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992. P142.

¹⁷² Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992. P153.

¹⁷³ Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992. P75.

En la sociedad de libre mercado surcada por la desigualdad y la injusticia social, las instituciones educativas se encargan de educar a la sociedad bajo esta ideología, difícilmente pueden compensar las diferencias que provocan, sin embargo dentro de la institución existen miradas críticas que buscan modificar los caracteres de la formación tradicional dominante.¹⁷⁴

La escuela responde a demandas contradictorias, por ejemplo, desde el discurso político la educación es un derecho universal; sin embargo, la economía condiciona y determina los saberes de los individuos. La escuela concreta conocimientos, ideas, actividades y pautas de conducta diferenciados, por ejemplo para el mundo civil dichos saberes apuntan a la libertad de consumo de elección, participación política, libertad y responsabilidad de la vida en familia, en contraste para el mundo del trabajo asalariado los saberes apuntan a la incorporación sumisa y disciplinada de los individuos al mundo laboral.¹⁷⁵

Ahora bien, regresando al tema de la organización de los saberes, Díaz Barriga plantea que estos se pueden agrupar en tres tipos básicos: declarativos, procedimentales y actitudinales, para fines de esta investigación solo se abordan los dos primeros con la finalidad de entender en qué consiste el saber-saber y el saber-hacer. Los contenidos declarativos constituyen el entramado fundamental en el que se estructuran las asignaturas en el curriculum. El medio para acceder a estos y aplicarlos cuando se requiera es el lenguaje y su aprendizaje implica la apropiación, reelaboración y retención.¹⁷⁶

Díaz Barriga los define como:

¹⁷⁴Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992. P.24.

¹⁷⁵Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992. P.28.

¹⁷⁶Universidad Autónoma de la Ciudad de México. El proyecto educativo de la UACM. Una educación centrada en el aprendizaje. 2ª ed. México: UACM; 2007. p.59

*La competencia vinculada con el conocimiento de datos, hechos, conceptos, principios, teorías, categorías, definiciones, conceptos, etc., de la parcela de saberes que se abordan durante el curso.*¹⁷⁷

La misma autora divide los contenidos declarativos en dos grupos: el conocimiento factual y conceptual. El primero se refiere a los datos y hechos que proporcionan información verbal, su aprendizaje se basa en la lógica reproductiva y memorística, a diferencia de este el conocimiento conceptual consiste en conceptos, principios y explicaciones, estos saberes se asimilan cuando el educando comprende el significado y relaciona con sus conocimientos previos.¹⁷⁸

Por otra parte, el saber procedimental se refiere a la ejecución de estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos, ordenados y dirigidos hacia la consecución de una meta determinada. El aprendizaje de este saber consiste en un proceso gradual que abarca las siguientes etapas.¹⁷⁹ El saber hacer es una actividad intencional aplicada en acciones objetivas manifiestas en el comportamiento observable, Villoro amplía este concepto cuando afirma que la práctica es una actividad transformadora que comprende la transformación de una porción de realidad natural o incluso hasta el ser humano.¹⁸⁰

¹⁷⁷ Díaz Barriga Arceo F, Hernández Rojas G. Constructivismo y aprendizaje significativo. 3ª ed. Mc Graw Hill. México 2010. p 42.

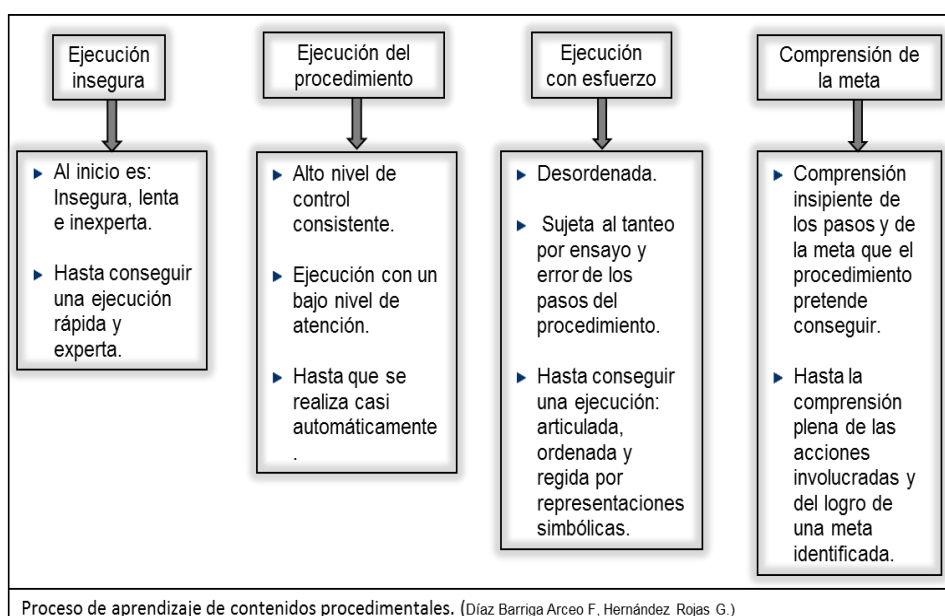
¹⁷⁸ Díaz Barriga Arceo F, Hernández Rojas G. Constructivismo y aprendizaje significativo. 3ª ed. Mc Graw Hill. México 2010. p 43.

¹⁷⁹ IBID., p 44.

¹⁸⁰ Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2009. 253.

La clasificación de saberes que propone Díaz Barriga resulta de utilidad para comprender la organización de los contenidos curriculares, como se esquematiza en el siguiente cuadro.

No obstante más allá de las instituciones educativas los saberes pertenecen a un sistema vivo en permanente proceso de cambio e intercambio entre los seres humanos, es decir a la cultura.¹⁸¹ Sacristán entiende este concepto como un conglomerado abierto de representaciones y normas de comportamiento que contextualizan la rica, cambiante y creadora vida de los miembros de una comunidad, que se amplía, enriquece y modifica como consecuencia de la vida innovadora de aquellos que actúan bajo el paraguas de la influencia. Por ello, la



cultura se convierte en un espacio de negociación de significados y se recrea constantemente como consecuencia de este mismo proceso de negociación.¹⁸²

Sacristán coincide con la sociología constructivista cuando afirma que el desarrollo humano está mediado por los elementos materiales y simbólicos de la cultura, que

¹⁸¹Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El currículum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p71.
¹⁸²Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El currículum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p72.

los seres humanos crean, asimilan y construyen de manera diferente.¹⁸³ Los grupos humanos han puesto en marcha mecanismos y sistemas de transmisión de saberes, para garantizar la pervivencia de estos en las nuevas generaciones, la adquisición de saberes en las conquistas sociales, es el antecedente de lo que ahora se denomina proceso educativo.¹⁸⁴

Para Sacristán dicho proceso se puede estudiar desde los procesos de socialización directa y secundaria. La primera consiste en incluir a las nuevas generaciones en las actividades de la vida adulta, la familia, los grupos de iguales y centros de trabajo, por otro lado los procesos de socialización secundaria son coordinados por la escuela cuando incorpora en los educandos información especializada, para que estos entren al mundo laboral. La escuela socializa procesos de reproducción cultural implícitos en la ideología dominante, que incorpora ideas, valores y normas de conducta del sistema de organización.¹⁸⁵

Sacristán pone en la mesa de discusión el reto que representa la creación de espacios de diálogo entre el conocimiento privado experiencial y el ámbito del conocimiento público académico, de modo que se evite colocar a uno por encima del otro y se obstaculice la comunicación.¹⁸⁶ En el siguiente capítulo se abordará este tema con mayor profundidad y se vinculará con la relación universidad-sociedad. El diálogo de saberes es una oportunidad para establecer una relación entre sistemas de conocimiento diferentes.

¹⁸³Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p64.

¹⁸⁴Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p17.

¹⁸⁵Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p18.

¹⁸⁶Sacristán JG, Pérez Gómez AI. El curriculum: ¿los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica? 1ª ed. España: Morata; 1992.p69.

6.5.1 Diálogo en intercambio de saberes

En la relación-universidad sociedad es una actividad que regularmente se menciona dentro de las políticas educativas así como del curriculum, sin embargo no en todas se lleva a la práctica, actualmente es un reto fortalecer el desarrollo de la sociedad si se pretende incidir en las problemáticas sociales. El dialogo de saberes desde la propuesta de Boaventura De Sousa Santos, para explicar cómo desde los espacios universitarios podemos vincularnos con la realidad de la sociedad.

De Sousa se refiere al intercambio de saberes como *Ecología de los saberes* para este autor este concepto implica una revolución epistemológica en el seno de la universidad que no puede ser descartado por las leyes. En su libro *La universidad del siglo XXI para una reforma democrática y emancipadora*, menciona que la ecología de los saberes consiste en una práctica de afuera hacia dentro de la universidad, que consiste en la promoción de diálogos entre el saber científico y humanístico que la universidad produce y los saberes legos de diversos grupos sociales.¹⁸⁷

Este diálogo promueve una nueva convivencia de saberes con el supuesto de que todos ellos, incluido el saber científico, se pueden enriquecer. La ecología de los saberes implica una gama de acciones en las que se reconoce y valora el conocimiento científico y practico compartidos por investigadores, estudiantes y grupos sociales, que sirve para la creación de comunidades epistémicas más amplias que convierten a la universidad en un espacio público de interconocimiento donde los ciudadanos y los grupos sociales pueden intervenir.¹⁸⁸

El diálogo de saberes es un proceso que implica pluralidad de opiniones y diversidad cultural y si esta no se reglamenta se generan contradicciones, que De

¹⁸⁷De Sousa Santos Boaventura. *La universidad del siglo XXI para una reforma democrática y emancipadora de la universidad*. México: Universidad Autónoma de México; 2005. P.69

¹⁸⁸ IBID. P. 70

Sousa define como dualidad de saberes, entre los cuales se puede encontrar una ecología de saberes, la cual se construye con diálogo y negociación en la que ninguna de las partes puede ganar todo, sin embargo se pueden establecer acuerdos en los que ambas partes tienen que perder algo o ganar.¹⁸⁹

¹⁸⁹De Sousa Santos Boaventura De las dualidades a las ecologías. Bolivia: Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía; 2012. P.21 y 26

7. Marco referencial

En este apartado se presenta una breve reseña sobre la historia de la Licenciatura en Promoción de la Salud, de la asociación civil SADEC y aspectos sociodemográficos del Estado de Chipas. Esta información se retomará más adelante en el análisis.

7.1 Historia de la licenciatura en promoción de la salud

La carrera de Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), institución que se inauguró el 26 de abril del 2001. Surgió como una propuesta para disminuir el rezago educativo, provocado por las políticas orientadas a la privatización de la salud se basa en un modelo académico innovador en el área de la salud, que responde a las determinantes sociales de la salud y que mirara a la promoción de la salud como sistema de soporte social.

El primer plan de estudios fue elaborado por el Dr. Mariano García Viveros y Claudia Ramírez, bajo el título *“Propuesta para la creación de la licenciatura en promoción de la salud y educación para la salud en la Universidad de la Ciudad de México.”* El proyecto vinculaba la promoción de la salud y las personas a partir de sistemas, subsistemas y las relaciones que se establecen entre ellos con el ambiente externo. De esta manera se incluye el estudio de la célula, el cuerpo humano y las relaciones sociales, donde la promoción de la salud encuentra su aplicación práctica. A partir de esta estructura en la currícula se toma la decisión de colocar a la licenciatura en promoción de la salud en el colegio de ciencias y humanidades.¹⁹⁰

¹⁹⁰ “Evaluación DX”, Comisión de aproximación, participantes: Natividad Almanza Beltrán, Pedro Leonel Arreola Medina, Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Yolanda Gómez Moreno, informe redactado por: Darío Santiago López y Yolanda Gómez Moreno, Documento de circulación interna. Dentro de la Evaluación del plan de estudio de la Lic. En Promoción de la Salud, 2008 – 2009, coordinado por la comisión académica y desarrollo curricular de la UACM

La licenciatura se divide en dos ciclos el básico, que se plantea como propósito contribuir a la formación de criterios sólidos, que amplíe la cultura científica y humanística de los estudiantes, para que los estudiantes desarrollen habilidades que les permitan adquirir nuevos conocimientos en el ciclo superior, en el que se encuentran las materias propias de la promoción de la salud.

El primer plan de estudios contempló los planteamientos teóricos sobre la promoción de la salud, adoptados por instituciones internacionales, regionales, plasmadas en la carta de Ottawa, Yakarta (1997) y México (2000), donde se reconoce a la promoción de la salud como un componente fundamental de las políticas públicas y programas de salud.¹⁹¹

En esta propuesta el perfil del estudiante tenía los siguientes aspectos: participación en la detección de problemas de salud, elaboración de investigación y vigilancia epidemiológica, organización de la comunidad para integrar las propuestas de ley, diseño y aplicación de programas educativos que sensibilizaran e informaran a las autoridades y a la comunidad misma.¹⁹²

Entre las habilidades del profesionista en promoción de la salud se planteó la gestoría, asesoría, intermediación, transformación de una cultura a favor de la salud colectiva, fortalecimiento de procesos organizacionales en las comunidades, acciones orientadas a la transformación que permita relaciones más justas y equitativas.¹⁹³

Se definió como labor del licenciado en promoción de la salud ante integrantes de la comunidad e instituciones responsables, proponer y participar en el diseño y cumplimiento de aquellas leyes que protejan la salud de la comunidad. Lo que se

¹⁹¹ IDEM

¹⁹² IDEM

¹⁹³ IDEM

buscaba en el profesionista era el compromiso social consciente de su contexto social y con una formación científica.

La licenciatura en promoción de la salud abarca ocho semestres los cuales se dividen en dos ciclos. En el ciclo básico las líneas de trabajo tienen que ver con el conocimiento científico del cuerpo humano el cual se estudia a partir de asignaturas como Química, Física, Biología Celular, Matemáticas, Anatomía, Fisiología, Psicología, Salud Pública y Epidemiología así mismo se estudia las teorías epistemológicas y socioeconómicas para la comprensión de la realidad social, los factores condicionantes y de riesgo para la salud integral del individuo y la comunidad, con esto se busca evitar la especialización temprana en una disciplina en particular.

El ciclo superior consiste en la profesionalización del estudiante en el campo de conocimiento de la Promoción de la Salud, a partir de la revisión de metodologías de la investigación social, educativa y epistemológica, paradigmas y tecnología educativa, así como elementos para realizar diagnósticos, políticas y planeación sobre necesidades y problemas de la salud integral. La licenciatura fomenta el pensamiento crítico en el estudiante, para que estos desarrollen su capacidad cuestionar, analizar desde la complejidad diferentes miradas el proceso salud-enfermedad.

7.2 Salud y desarrollo comunitario (SADEC)

Las actividades en promoción de la salud que SADEC desarrolla consisten en capacitación en herbolaria, asistencia médica, asistencia dental, salud reproductiva, desarrollo de las capacidades locales, formación de multiplicadores y capacitadores. Establecer un diálogo con esta institución es una oportunidad para que estudiantes de la licenciatura desarrollen la capacidad para escuchar y aprender del otro, sin emitir juicios de valor que descalifiquen las actividades de promoción de la salud, que se llevan a cabo por los promotores formados en la práctica y no en la teoría, además este proyecto abre una oportunidad para que los estudiantes de las futuras generaciones desarrollen habilidades que les permitan crear propuestas de trabajo en las áreas que SADEC ofrece.

La asociación civil, Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) inició en 1985, en la región de Marqués de Comillas, con un programa de salud comunitaria, su objetivo era formar promotores/as de salud y parteras. Aún que esta organización logro sus objetivos en tampoco tiempo, en las comunidades seguía existiendo un gran rezago en salud, educación, servicios, vivienda y nutrición, entre muchos otros aspectos.¹⁹⁴

Estas desigualdades sociales y violaciones a sus derechos humanos, provoca un levantamiento entre las comunidades indígenas, el 1 de enero de 1994, por el ejército zapatista. A consecuencia de estos movimientos se genera un cambio dentro de las políticas en salud, por lo que ocasiona que el proyecto quede fuera de las comunidades.

Todos estos acontecimientos llevaron a la asociación a independizarse y fortalecer las acciones del proyecto desde una mirada diferente. En 1996 se construye legalmente, iniciando su trabajo en las cañadas. SADEC está dedicada a la formación de recursos humanos en salud, atención médica, impulso de estrategias

¹⁹⁴ www.sadec.org.mx

sanitarias, así como a la organización de estructuras de salud; todo esto con ayuda de las comunidades. Sus principales objetivos son:¹⁹⁵

- Impulsar la creación de redes locales de salud.
- Reducir los índices de morbimortalidad en las regiones.
- Impulsar una metodología educativa por medio de la difusión de experiencias en capacitación y elaboración de material educativo.
- Promover proyectos educativos y de desarrollo social.
- Impulso de medicinas alternativas.
- Promover la participación de la mujer.
- Establecer alianzas entre los diferentes actores sociales.
- Promoción de la investigación.
- Actualización y superación académica de las persona de la asociación.
- Apoyo al servicio de campo.

Actualmente, esta asociación trabaja con 3 regiones, las cañadas, norte y selva, estas cuentan con 10 subregiones, dentro de la cañadas se encuentra las Tazas, el Guanal; en la región de selva está Arroyo granizo, San Jerónimo y en la región de norte el Jon ixtle y el Mango. En estas regiones se desarrollan proyectos de una manera conjunta entre las autoridades y los comités de salud de cada comunidad. Cada subregión cuenta con una clínica comunitaria, promotores de salud, comité de salud comunitaria, comité de salud regional, casas de salud y farmacias comunitarias, en donde participan médicos, odontólogos que realizan servicio social. Los programas que se llevan acabó son: vacunación, control del niño sano, control prenatal, atención de partos, entre otros.¹⁹⁶

Los ejes de trabajo que realiza SADEC, es brindar atención médica desde las casas y puestos de salud de las regiones, se capacita a los promotores de salud

¹⁹⁵ IDEM

¹⁹⁶ IDEM

desde una propuesta metodológica y la organización en salud, fortalece la organización local y regional comunitaria.

La metodología que SADEC plantea, es la orientación a la solución de problemas existenciales con una definición de estructura social, y la creación de políticas en salud, partiendo desde el derecho a la salud y la autonomía.

7.3 Chiapas

En este apartado hablaremos un poco de las condiciones demográficas y sociodemográficas en las cuales se encuentra el Estado de Chiapas, principalmente del municipio de Palenque y Ocosingo, que son los municipios donde trabaja actualmente SADEC.

El estado de Chiapas se localiza al sureste de la república mexicana, su capital es Tuxtla Gutiérrez, tiene una extensión territorial de 74,415 km², siendo de este modo el octavo estado más grande en México, Chiapas colinda con Veracruz, Oaxaca, Tabasco, el Océano Pacífico y la República de Guatemala.

Cuenta con 119 municipios los cuales se dividen en 15 regiones, Metropolitana, Mezcalera, Sierra Mariscal, Maya, Valles Zoque, Norte, De los Bosques, De los llanos, Istmo-costa, Soconuco, Selva Lacandona, Meseta Comiteca Tojalabal, Altos Tsotsil-Tzeltal, Frailesca y Tulijá tzeltal. Y sus principales ciudades son; San Cristóbal de las Casas, Palenque, Tuxtla Gutiérrez, Comitán, Tapachula y Chiapa de Corso.

De acuerdo al censo realizado en el 2010 por el INEGI, el Estado de Chiapas contaba con 4 796 580 personas teniendo un crecimiento 2% anual en promedio en un periodo de 2000 -2010.¹⁹⁷

Los municipios con mayor número de población son Tuxtla Gutiérrez con más de medio millón de habitantes, seguido de Tapachula Y Ocosingo con 198 877 habitantes en este último municipio. Palenque se encuentra en la octava porción con 110 918 de habitantes.¹⁹⁸

¹⁹⁷ Censo de población y vivienda INEGI 2010. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/chis/07_principales_resultados_cp2010.pdf

¹⁹⁸ IDEM.

Existen 62 etnias diferentes en Chiapas, de las cuales sólo son reconocidas oficialmente 12 como pueblos indios, estas son: Tzeltal, Tzotzil, Ch'ol, Tojolabal, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mam, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón Maya Cribé. En los municipios de Palenque y Ocosingo la etnia que predomina es la Tzeltal.

El clima en el estado es cálido durante todo el año, aunque en algunas regiones que cuenten con zonas bajas y valles, el clima es cálido húmedo y en mesetas montañosas y sierras altas el clima es templado húmedo.

Las actividades económica del Estado, depende de la agricultura, la pesca, ganadería, caza y forestales. Además de una amplia guía turística ya que cuenta con playas, zonas arqueológicas, cascadas y lagunas, parques eco turístico, ciudades coloniales, entre muchas cosas más. Los principales productos de producción son el café, cereales y frutas.

8. Metodología

El presente estudio consiste en un diagnóstico de saberes y habilidades vinculados a la práctica de la promoción de la salud, basado en la Investigación Acción Participativa. En el que participaron miembros de la Asociación de (Salud y Desarrollo SADEC A.C.) y pasantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). El estudio se llevó a cabo en el estado de Chiapas, de agosto de 2012 a febrero de 2013.

A partir de este diagnóstico se buscó ahondar más en la relación que existe entre la universidad y las ONG, a partir de identificar cómo se relacionan los saberes y habilidades en torno al quehacer de la Promoción de la Salud, de la Asociación de Salud y Desarrollo (SADEC A.C.) y la formación de los licenciados en promoción de la salud de la UACM.

La respuesta a esta pregunta es importante, para establecer un diálogo entre los saberes y habilidades que tienen que ver con la práctica de la promoción de la salud de ambas instituciones y así identificar cómo los egresados de la licenciatura pueden insertarse en una institución que realiza prácticas en Promoción de la Salud.

El diagnóstico forma parte del proyecto de investigación *Construyendo Vínculos de Trabajo entre Promoción de la Salud de la UACM y Grupos Organizados del Sureste Mexicano*, que se divide en 3 etapas. La investigación que a continuación se presenta forma parte de la primera etapa.

Etapa 1

- Elaborar un diagnóstico de coincidencias, concurrencias, vínculos, articulaciones y divergencias, entre los intereses, objetivos, habilidades y quehaceres de los estudiantes o pasantes de la licenciatura en Promoción de la

salud de la UACM con organizaciones de la sociedad civil del estado de Chiapas, en espacios en las ciudades de Palenque y San Cristóbal de las Casas.

- Elaborar un diagnóstico de coincidencias, concurrencias, vínculos, articulaciones y divergencias entre los intereses, objetivos, habilidades y quehaceres de los estudiantes o pasantes de la licenciatura en Promoción de la salud de la UACM con organizaciones de la sociedad civil del estado de Oaxaca, en específico en la ciudad de Oaxaca.

Etapa II

- Elaborar un programa de acción y colaboración a corto, mediano y largo plazo, incluso a través de un convenio de colaboración entre al UACM y organizaciones de la sociedad civil con las que trabajaron en los estados antes mencionados.

Etapa III

- Actualizar anualmente el diagnóstico y aportar nuevos programas necesarios.

Para llevar a cabo este diagnóstico nos basamos en la investigación-acción-participativa. Los instrumentos utilizados consistieron en entrevistas semiestructuradas y entrevistas a grupos focales. Los resultados obtenidos serán comparados con la formación de los y las licenciadas en promoción de la salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

8.1 Investigación acción participativa

La investigación que se presenta se realizó con métodos cualitativos, desde la investigación acción participativa, puesto que nos interesaba fortalecer la participación entre los investigadores y los integrantes de SADEC, en una relación sujeto-sujeto y no sujeto-objeto de estudio.

La investigación acción participativa nos ayudó a identificar saberes y habilidades sobre promoción de la salud en SADEC y en este proceso los integrantes de la asociación adquirieron nuevas formas de comprenderse tanto en lo personal como en lo colectivo.

Como instrumentos de investigación realizamos entrevistas semiestructuradas, consultas a informantes clave, observación y diario de campo; con los que logramos identificar saberes, habilidades sobre Promoción de la Salud en SADEC.

8.2 Instrumentos de identificación para la identificación de saberes y habilidades

El proceso para la elaboración de los instrumentos de investigación comenzó con una revisión de los conceptos de “saber-saber” y “saber-hacer,” en asesoría con la profesora Claudia López, académica de la UACM especializada en pedagogía. A partir de esta información se definió no estudiar a profundidad dichos conceptos, puesto que el interés principal de la investigación era la identificación de éstos en relación con la promoción de la salud. Con esta información se diseñó la siguiente estrategia:

Espacio: Coordinación de Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC)

Instrumento: Entrevista semiestructurada

Justificación: El objetivo de esta investigación es acercarnos a los saberes y habilidades de la comunidad SADEC, para alcanzarlo utilizaremos la entrevista semiestructurada, porque la naturaleza de las preguntas que se pueden formular desde este instrumento, se caracterizan por tener cierta flexibilidad a la hora de obtener información, de tal modo que es posible enunciar preguntas abiertas y cerradas, por otro lado a partir de los resultados obtenidos, contaremos con elementos para identificar en que saberes o habilidades será necesario profundizar más.

Preguntas:

Actividad

¿Qué actividades realizan?

¿Cómo ejecutan esas actividades y con quién?

Saberes

¿Cómo aprendieron a realizar estas actividades?

¿Por qué aprendieron a realizar estas actividades?

¿Qué saberes han compartido con los promotores y a la población y que esperan con esto?

¿Qué han aprendido de los promotores y de la población?

Habilidades

¿Qué habilidades han desarrollado durante el tiempo que llevan en SADEC?

¿Cómo fueron haciéndose de habilidades en su práctica?

Otras

¿Qué quieren lograr?

¿Qué esperan de los pasantes, los promotores y la población, con respecto a su práctica?

¿Cómo ha sido su participación con los promotores, con la población y con los pasantes?

Espacio: Promotores de salud permanentes y rotativos.

Instrumento: Entrevista semiestructurada

Justificación: El objetivo de esta investigación es acercarnos a los saberes y habilidades de la comunidad SADEC, para alcanzarlo utilizaremos la entrevista semiestructurada, porque la naturaleza de las preguntas que se pueden formular desde este instrumento, se caracterizan por tener cierta flexibilidad a la hora de obtener información, de tal modo que es posible enunciar preguntas abiertas y cerradas, que conforme avanza la entrevista se enriquece y reorienta, por otro lado a partir de los resultados obtenidos, contaremos con elementos para identificar en que saberes o habilidades será necesario profundizar más.

Preguntas:

Actividades

¿Cuánto tiempo tienes como promotor de salud?

¿Cómo llegaste a ser promotor permanente?

¿Qué actividades realizan?

- ¿Cómo y con qué personas realizan estas actividades?
- ¿Fuera de la clínica realizas otras actividades como promotor de salud?

Saberes

- ¿Qué saberes debe tener una persona para ser promotor de salud?
- ¿Cómo es el proceso de formación para promotores de salud?
- ¿Cómo te dan esa capacitación?
- ¿Cada cuánto tiempo reciben capacitación?
- ¿Quiénes imparten esa capacitación?
- ¿Qué temas abordan para esas capacitaciones?
- ¿Qué otros saberes y habilidades has aprendido fuera de la capacitación que te han ayudado en tu práctica y formación como promotor de salud?
- ¿Cómo pasa a ser promotor de primer nivel a promotor de segundo y tercer nivel?
- ¿Les gusta la capacitación que les dan?
- ¿Cambiarían algo a la capacitación?
- ¿Cómo les gustaría que fuera?
- ¿Qué otros temas les gustaría aprender?

Habilidades

- ¿Qué habilidades ponen en práctica para desarrollar sus actividades?
- ¿Qué herramientas utilizan para llevar a cabo sus actividades?
- ¿Cómo pones en práctica los conocimientos adquiridos?

Otras

- ¿Qué dificultades han tenido en su práctica?
- ¿Qué limitaciones tienen como promotores?
- ¿Cómo ha enfrentado esas dificultades y limitaciones?
- ¿Cómo interactúan con la población?
- ¿Qué actividades realizan con la población?
- ¿Qué te deja el trabajar con la población?
- ¿Qué esperan de los pasantes y de la coordinación de SADEC?

Espacio: Multiplicadores

Instrumento: Entrevista a grupo focal

Justificación: Para acercarnos a los saberes y habilidades de este espacio, utilizaremos la entrevista a grupo focal, debido a que facilita la recolección colectiva de información, además este instrumento permite abordar un número reducido de temas, que en este caso serán los saberes y habilidades, con esto buscamos hacer una primer aproximación a estos temas, siguiendo la lógica de la entrevista semiestructurada. La configuración de los grupos solo comprenderá a los sujetos que actualmente llevan a la práctica los programas de SADEC, en este caso el grupo estará conformado por 6 pasantes de servicio social.

Preguntas:

Actividades

- ¿Qué actividades realizan?
- ¿Cómo ejecutan esas actividades y con quién?
- ¿Qué esperan de estas actividades?

Actividades como multiplicadores

- ¿Qué programas manejan y como los llevan a cabo?
- ¿Qué esperan de estos programas?
- ¿Qué beneficios le encuentra a estos programas?
- ¿Cómo responde la población a estos programas?

Saberes

- ¿Qué conocimientos necesitan para llevar a cabo sus actividades?
- ¿Qué nuevos saberes han adquirido al reproducir los programas?
- ¿Cuáles son los conocimientos que necesitan para llevar a cabo sus actividades?
- ¿Qué han aprendido de la población, los promotores y de la coordinación?
- ¿Qué opinan de los programas que reproducen?
- ¿Qué le aportarían a estos programas?

Habilidades

¿Qué habilidades llevan a la práctica para que la población responda a estos programas?

¿Qué limitaciones han tenido?

¿Qué dificultades han enfrentado en comunidad y cómo las han solucionado?

¿Qué habilidades llevaron a la práctica al solucionar esos problemas?

Otras

¿Qué es lo que esperas de la coordinación, de los promotores y de la población?

9. Presentación de resultados

Los instrumentos de investigación seleccionados, como medio para acercarnos a los saberes y habilidades de SADEC, consistieron en tres entrevistas semi-estructuradas, en la que participaron los coordinadores de SADEC, promotores de salud y un prestador de servicio social, por otro lado se realizó una entrevista a grupo focal al grupo de prestadoras de servicio social de la generación Agosto 2012 a Agosto 2013.¹⁹⁹

Los saberes y habilidades identificados en las entrevistas que a continuación se presentan, muestran como la experiencia de trabajo de campo y la participación de diversos espacios académicos, han funcionado como espacios de aprendizaje, donde se aprende a partir de compartir saberes, esta dinámica se observa en cada uno de los espacios en donde se aplicaron los instrumentos de investigación. También se presenta resultados de los saberes y habilidades del programa de estudios de la licenciatura. Los resultados se muestran de la siguiente manera:

1. Los coordinadores de SADEC.
2. Los Médicos Pasantes en Servicio Social (MPSS).
3. Los promotores de salud de las clínicas autónomas.
4. Programa de estudio de la Lic. PS

De cada uno de estos se muestran:

- Saberes que se tienen.
- Saberes que se aprenden y practican en el trabajo de campo.
- Saberes que se aprenden de la comunidad.
- Las habilidades que se tienen.

9.1 Entrevista a Coordinadores de SADEC

¹⁹⁹ Se hace entrevistas separadas a los prestadores de servicio social ya que uno de ellos contaba en el momento de realizar las entrevistas con 8 meses de experiencia de trabajo en SADEC y el grupo focal sólo tenía 3 meses de experiencia.

El profesor Joel Heredia es coordinador del proyecto de Desarrollo Humano en Chiapas, que pertenece a división de Ciencias Biológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco. Entre las funciones que desempeña ésta la investigación y la asesoría de proyectos de titulación de pasantes de la carrera de medicina que se imparte en esta institución. Además es coordinador de la asociación civil de Salud y Desarrollo Comunitario SADEC A.C. Durante treinta años se ha dedicado al trabajo de campo en comunidades indígenas del sureste mexicano.

Saúl Hernández es fundador de SADEC A.C., desde 1994, actualmente comparte la coordinación con el profesor Joel Heredia Cuevas, tiene experiencia en la formación promotores de salud, supervisión y seguimiento de pasantes en servicio social, que llevan a cabo trabajo de campo en comunidad y de los programas que actualmente lleva a cabo la asociación civil.

Los saberes teóricos y metodológicos identificados por los coordinadores de SADEC, para llevar a cabo sus actividades tienen que ver con el trabajo de campo, mirar el contexto político y la conformación de redes de salud.

Primero me parece que es fundamental trabajar en campo, haber vivido la experiencia de estar en campo (...) para fines prácticos el estar de manera intensa en el área de trabajo, que también puede ser un espacio urbano, desde luego implica que uno viva las diferentes situaciones que se presentan alrededor de todo tu trabajo, que no es nada más lo que tiene que ver con el área, con lo que a mí me toca, si no conocer los conflictos de los problemas de la población, pero en un trabajo comunitario en donde uno está en una dinámica en otra lógica de la organización, de formar, de conformar redes de salud definitivamente si uno no entiende que está pasando allí, más allá del problema de una comunidad si en la región y el contexto político pues es muy difícil poder ir más allá”.

Los coordinadores han recibido capacitación desde la academia, dichos saberes les han ayudado a realizar trabajo desde hace más de 10 años.

Maestrías relacionadas con salud pública, epidemiología, salud colectiva, desarrollo rural, con alguna de estas cosas que le den herramientas a la gente que trabaja en campo, más allá de las herramientas técnicas que traemos, se necesita más análisis social, político, económico (...) diplomados sobre análisis de la realidad, metodología para la enseñanza (...) salud colectiva e interculturalidad y salud.

Por otro lado, los coordinadores mencionan que los encuentros entre ONG, han resultado un espacio importantes para intercambiar experiencias y aprendizajes con otras organizaciones nacionales y latinoamericanas dedicadas al trabajo comunitario.

Hay todo un espacio paralelo de las mismas ONG en donde se da una serie de procesos en los que uno tiene la posibilidad de acercarse y de compartir otras experiencias y en ese sentido de aprender, esto lo hemos vivido nosotros también a lo largo del trabajo desde experiencias nacionales (...), Guatemala, por ejemplo o en Perú, en Brasil, entonces eso permite voltear a ver con otros lentes, desde otro ángulo el trabajo que se hace en lo local.

Hemos estado en Guatemala en un encuentro con promotores de la salud de allá, de organizaciones hermanas, (...) en este caso creo que mucho más avanzados con el grupo de ASEXA, una asociación civil de Guatemala, ha habido contacto con ellos y eso ha permitido voltear a ver un poco, aprender a ver estas experiencias.

Para los coordinadores acompañar a las comunidades a partir del trabajo de campo, no solo se relaciona con una actividad laboral ya que esta actividad también forma parte de su proyecto de vida, donde el compromiso con las comunidades ha definido en gran parte el trabajo que han llevado a cabo durante su trayectoria como organización no gubernamental y que les ha dejado como aprendizaje que el trabajo que realizan, no se convierte en una dependencia de parte de la comunidad hacia la propuesta de trabajo que SADEC ofrece.

Es el proyecto de vida, que va más allá del espacio laboral, es en donde uno está volcando ideología, compromiso, (...) lo cual no significa que sea un compromiso en el que tenga que estar aquí toda la vida, yo al principio creía eso, pero no, ahora tengo claro que no, porque aquí han pasado muchos compañeros y compañeras que con todo el corazón le apuestan [a este proyecto] (...)lo que nosotros podemos darle seguimiento ahora es porque se construyó desde antes, porque se sentaron bases, porque se fueron poniendo cimientos.

Tenemos una responsabilidad en lo que estamos haciendo [que es] también ver hacia adelante, no como los indispensables, como los necesarios, como la parte necesaria entonces creo que estaríamos cometiendo un serio error, ahí vamos caminando es muy difícil, ya lo aprendimos.

Uno de los saberes que los coordinadores han adquirido a partir del trabajo de campo, tienen que ver con entender que las actividades y propuestas de trabajo de SADEC se suman a un proceso comunitario donde no se obtienen resultados inmediatos y que existe todo un trabajo al interior de las comunidades realizado por diversos actores.

Lo que he aprendido es a entender esa dinámica comunitaria, con diferentes tiempos, con diferentes formas, con diferentes puntos que inciden para poder tomar una decisión, que para uno pareciera muy simple, bueno ya definámoslo, de repente no es así, hay que esperar (...) diferencias en las miradas, el trabajo que hacen con ellos mismos desde el campo, la salud, la educación, el caminar diferente, posiblemente pensar diferente.

Que uno con el paso del tiempo pues va dándose cuenta cómo funciona, que de repente no ves el resultado, no lo ves incluso en algunas ocasiones crees que el resultado es muy pobre o es negativo y al paso de los años te das cuenta de que no, que fue una buena decisión.

La noción de salud que asume la coordinación de SADEC A.C., se vincula con las determinantes sociales, a partir de esta base la coordinación busca compartir

saberes con otros, por ejemplo a través del libro Construyendo la Salud, en donde los problemas de salud se explican a través de su determinación social.

Problemas de salud tienen un origen más allá de un bicho o una bacteria, es decir hay un componente social, económico, político, ahora ya definido como los determinantes sociales de la salud.

La causalidad social que está detrás de todas las enfermedades, que origina otra serie de problemas de desnutrición, por la carencia de alimentos, por las condiciones de vida etc., y es lo que lleva a la enfermedad, esto lo aprendimos fuera y con otros grupos de salud (...), es lo que está en la propuesta metodológica que venimos manejando, en cuanto a los contenidos sobre la medicina alópata con los promotores de salud, que están en el libro construyendo la salud.

Los saberes que la coordinación ha adquirido a partir de la experiencia de trabajo de campo con comunidades indígenas, se materializan en una propuesta metodológica que comprende tres ejes: capacitación a promotores de salud, atención médica y organización en salud.

Con la población de Márquez de Comillas desarrollamos una metodología (...) que logramos en esos 10 años. Entonces estos tres ejes son tres pilares digamos la capacitación, la atención médica, la organización en salud.

La herbolaria también ha sido un tema que los coordinadores comparten con los promotores de salud y parteras, de las comunidades autónomas con las que actualmente trabajan.

Trajimos algunas técnicas de cómo conservar las plantas, cómo hacer preparados y cómo conservarlos, con un uso mediano en cuanto a un proceso no industrializado, pero sí de elaboración que permita conservar el producto y disponer de él en el momento en que tengas que darlo y no solo dar la receta. (...) Esto ha significado que parteras, curanderos y los promotores de salud, que ya conocían el uso de

plantas medicinales, ahora aprendieran a hacer una tintura y tenerla disponible sin la necesidad de grandes inversiones.

El camino que la coordinación ha recorrido con parteras, promotores de salud y herbolarios, les ha dejado aprendizajes a partir de los cuales han afinado la propuesta Servicio Social del programa de Desarrollo Humano en Chiapas, de la UAM Xochimilco, la cual busca que los pasantes en servicio social miren desde un punto de vista más crítico la realidad social que determina enfermedades en las comunidades indígenas.

El trabajo que han hecho y siguen haciendo las parteras, lo he aprendido (...) eso me da una base para lo que estoy haciendo con los pasantes, porque lo que estoy diciendo lo conozco, lo aprendí, lo viví y yo creo que en esa misma vertiente va lo que aprendí en herbolaria (...) les puede dar esa visión de la problemática de las condiciones de vida en que vive la comunidad e impactan en salud es importante reflexionarla, conocerla, independientemente de que aquí se vayan a ser neurocirujanos súper especialistas.

Para los coordinadores, SADEC A.C. es un espacio de formación en donde se comparten y adquieren saberes, que se ponen en práctica a la hora de participar las actividades de trabajo de campo.

SADEC es un espacio de formación, no solo para los promotores y parteras, [para los pasantes] los casos, las pláticas, las reuniones, me parece que es un espacio de formación y sin duda les toca ver a ellos, encontrarse allá solos en campo, en la clínica con lo que hay y ser sus propios jefes.

9.2 Entrevista al Médicos Pasantes en Servicio Social (M.P.S.S) y Estomatólogos Pasantes en Servicio Social (E.P.S.S.)

Adán Dávila Gutiérrez.²⁰⁰

Palenque chis. Octubre, 2012

Hay que poner en la metodología que también se entrevistó a médico pasante porque no queda claro. Yo me quedé con la idea que solo era para los promotores de la salud de SADEC y de la UACM. También hay que incluir a la coordinación. O hacerlo más explícito.

El médico pasante de servicio social Adán Dávila, participo con SADEC como médico en la comunidad de Arroyo Granizo dentro de la clínica autónoma, teniendo 9 meses de experiencia en su trabajo en la comunidad y con SADEC. Los saberes metodológicos que debe tener para realizar el trabajo en comunidad son principalmente los conocimientos médicos.

Pues además de más conocimientos médicos yo creo que los conocimientos que necesito son más conocimientos de interculturalidad.

Los cursos que se dan en SADEC como de interculturalidad y derecho a la salud ayudan a ver otra visión diferente sobre las comunidades indígenas y a reflexionar sobre las cuestiones de interculturalidad que se viven en comunidad.

Yo creo que uno de los saberes he intentado o más bien más se me ha permitido conocer ha sido la cuestión de interculturalidad los cursos que se dan con está Eli con la Pedagoga en SADEC (...) curso-taller que da de interculturalidad Eli se ve la visión del indígena donde te intenta poner a reflexionarte ¿Qué es un indígena? ¿Cuáles su visión de la salud? ¿Cuál es la forma en que se estructuran? ¿Cómo es que se da la relación entre las comunidades?, entonces eso te permite tranquilizarte de alguna manera como médicos (...) entonces ese saber de conocer que las

²⁰⁰ Ver Anexo 2. Transcripción de entrevista a MPSS, Adán Dávila Gutiérrez.

comunidades indígenas están estructuradas en alguna forma, el conocer una parte de lo que son, el respeto a los pueblos originarios el que se te muestre muchas veces discriminamos por ignorancia o minimizamos por ignorancia algunos pequeños detalles que tenemos, sin embargo, cuando te los plantean como en las comunidades es vital, en las comunidades es importante que tú no digas no sirven las hiervas y no porque simplemente no sirva, sino porque simplemente no tienes elementos de juicio para decir si sirven o no, entonces esos cursos de interculturalidad que tocaron estos puntos facilitaron mucho mi práctica médica,(...) esos cursos de interculturalidad de derecho a la salud y todo eso te hacen ver que eso no recae la responsabilidad total en ti.

Con la interacción y el acercamiento con la población te pueden brindar de nuevos saberes como es la lengua Tzeltal.

Yo siempre lo he dicho yo aprendí más de la población que ellos de mí, aprendí de cierta manera una cosmovisión plasmada en su lenguaje, por ejemplo a mí me llamaba la atención cuando llegaban pacientes que hablaban español y que para mí hablaba de una forma muy curiosa el español (...), sin embargo cuando yo comienzo a tener un acercamiento al tzeltal cuando la comunidad me empieza a enseñar tzeltal no con una simple traducción, sino con qué intención se habla el tzeltal de esta forma, por ejemplo un ejemplo muy claro es el saludo no te dicen hola, vinchi a gotan, que dice tu corazón, entonces cuando empiezas a concebir que en el tzeltal las circunstancias se plasma de una forma diferente me permitía entender porque la gente hablaba así el español” (...) “aprendí mucho acerca de las ganas de vivir de dignidad, aquí aprendí mucho de dignidad humana(...), también está visión la llevan a su forma de relacionarse o su forma de vivir con la comunidad.

Lo que las familias te dejan ver y aprender de su cultura alimentaria.

También he aprendido cosas de la cocina, también he aprendido un poquito de cuál es la hierba mora, cuál es la mostaza de qué manera comer ciertos alimentos el

pozol yo no conocía el pozol y aquí es llegar y conocer nuevos alimentos, conocer diferentes formas en las que se distribuyen los labores en la casa.

También del campo y los cultivos se pueden aprender.

He prendido también a tener esa relación con el campo, me han invitado unos a las cuestiones de cultivo de esta cuestión del maíz y me explican por qué se tiene que el maíz, porque se tiene que quemar, cómo es lo de la roseada, la tapisqueada.

Los saberes que los promotores de salud pudieron compartir con el médico fueron más acerca de la organización zapatista.

Pude conocer la forma en la que se estructura el sistema de salud zapatista desde a quien obedecían de cómo se daba esa jerarquización de la clínica conocer a las autoridades de conocer a los pacientes (...) a ver las demandas la concepción zapatista en este caso en esta clínica, de qué manera se ha estructurado como se ha articulado los caracoles o los municipios con la clínica.

El conocimiento de la lengua Tzeltal fue a través de los promotores ya le enseñaron al médico lo básico para poder dar una consulta.

Me enseñó mucho Cata hablar tzeltal, (...) Cata aprovecha el tiempo que estaba conmigo para enseñarme por lo menos lo básico de la consulta, vina vigil, vantalemal y cosas así que me permitían dirigir de alguna manera la consulta, después tuve dos promotoras que fueron como rotativas (...) ellas fortalecían mi tzeltal. (...) Lo que pude entender es que existe un lado desinteresado de la salud, eso me lo transmitieron todo mis promotores.

De una experiencia de trabajo en campo como fue el servicio social, ayuda a mejorar como persona, como médico.

Servicio social aprendí más de mejorar yo como persona que mejorar yo como médico biológico, porque claro que como médico he crecido enormemente, porque a

lo mejor ya concibo mi acto médico muy limitado no solamente a tratar ya la enfermedad sino involucrarme con ella, ósea tratar de observar que otros factores intervienen en esa enfermedad no simplemente decir el cólera es una enfermedad se da por tal bacteria sino que se da, y decir porqué este paciente me regresa cinco veces con parasitosis, entonces voltear a ver otros factores sociales que perpetúan la enfermedad, factores laborales, factores de vivienda, factores de alimentación, factores de vestido, entonces esto me ha permitido ampliar mi visión médica y también me ha permitido convivir con gente que me ha compartido sus experiencias de vida y eso me ha permitido aprender a través de la experiencia ajena.

Dentro de las habilidades que se debe de tener para llevar acabo las actividades son habilidad de comunicación, audiencia, simpatía e innovación.

La habilidad de comunicación, la habilidad de audiencia, no creo que eso sea una habilidad pero de captar la atención y sobretodo la habilidad de alguna manera de convencimiento no de todo hacia la población (...) habilidades también son de simpatía, tienes que tener mucha simpatía y empatía también con la gente de tu comunidad, la habilidad de comunicar de ser claro con lo que intentas comunicar y la habilidad que sobre todo que tendríamos que tener todos, es la habilidad de innovación, porque el médico y todos los profesionistas tendríamos que tener desarrolladísima esa capacidad inventiva, sobre todo por ver la realidad de aquí de la comunidad de aquí no se trata de adaptar a la comunidad a mi medicina que yo adaptar mi medicina a la comunidad y para eso se necesita ingenio y entonces creo que es una habilidad que tendríamos que tener todos y tendríamos que fortalecer a través de talleres.

M.P.S.S, Nancy Tapia, Oyuky Sanaya, Tania Catillo y E.P.S.S Lilia Ríos.²⁰¹

Palenque chis. Diciembre, 2012

Las compañeras de Medicina y Estomatología, colaboran con SADEC en su servicio social desde hace 4 meses, ellas están brindando sus servicios en comunidades autónomas, Nancy se encuentra en la comunidad de Emiliano Zapata, Oyuky en Tazas, estas dos comunidades pertenecen al municipio Autónomo de San Manuel. Mientras que Tania se encuentra en la comunidad de San Jerónimo Tulija y Lilia colabora en tres comunidades, en San Jerónimo, Tulija, Arroyo Granizo y Culebra.

Los saberes teóricos que necesitan principalmente son los conocimientos médicos, además mencionan que les ayudó a perder el miedo, el ver a pacientes desde el inicio de la carrera.

Pues nuestro conocimiento médico, mucho de él, es lo que practicamos a diario que es lo que aprendimos en la carrera.

Creo que lo que aprendimos al principio de la carrera como decíamos del sistema modular es que tenemos pacientes casi desde que entramos a medicina, entonces ponemos a diario el hecho de atender al paciente ya le perdimos el miedo no como en otras universidades la atención del paciente o el contacto con el paciente ya casi es hasta al final y si eso, más que nada.

En sus cuatro meses de trabajo en la comunidad han aprendido su lengua, cultura, costumbres.

Un poco de la lengua de forma en que piensan ya en entenderlos que su entendimiento es muy distinto al nuestro, entonces yo creo que es la principal, el aprender a entenderlos creo que es lo que todos nos han ayudado a introducirnos a

²⁰¹ Ver Anexo 3. Transcripción de entrevista a grupo focal de MPSS y EPSS.

las comunidades a ganarnos sus confianza su respeto, entonces creo que eso es indispensable.

Hecho de estar haciendo un servicio social aquí el introducirte en una comunidad distinta de ver nuevas costumbres pues también te enseña un poco de humildad un poco más de trato con las personas te vuelves una persona otra vez humano.

De las otras figuras de salud que hay dentro de la comunidad a parte del médico también se aprende otra manera de recetar a la enfermedad como es la herbolaria.

De repente te das cuenta de que tú dices no pues para paracitos yo le doy este medicamento, no para paracitos también está el té de epazote y hay aprende muchas cosas nuevas aquí, yo he aprendido muchas cosas nuevas aparte de la humanización, me he asombrado de la capacidad de la población para poder atender sus propios problemas médicos, que no necesitan la tecnología que nosotros necesitamos en la ciudad.

Teóricos un poco de libros (...) de herbolaria ya manejamos un poco esencia de clavo por ejemplo o enjuagues con bicarbonato, agua oxigenada ya que pues no se tienen aquí los materiales necesarios y pues ya eso es lo que he aprendido aquí.

El trabajo y la convivencia día a día en comunidad les ha dejado aprendizajes, no sólo el aprender una lengua sino a ver de una manera diferente a la enfermedad, de ver no sólo la cuestión médica sino también la humana.

Aprendido de todo desde la lengua, desde el trato con el paciente, desde que hay maneras distintas de tratar a una enfermedad no solo medicamentos, sino planta, sino remedios, el trabajo con las parteras, que nosotros estamos muy acostumbrados a una posición, y no, no eso no es natural, y hasta aprender hacer cosa que en tu vida ibas a prender, quien te iba a decir que te ibas a poner a apelar frijoles no por ejemplo, no sólo eso la cuestión médica sino también la cuestión humana, he aprendido a abrir mi campo laboral y abrir mis expectativas y abrir

muchos horizontes que tenía bloqueados (...), de todo me han enseñado y aquí lo que he aprendido mucho es a trabajar en equipo (...) aquí he aprendido como que a ver somos un equipo todos tenemos que poner de nuestra parte para sacar el proyecto en conjunto eso aprendí yo acá.

Las médicas y estomatólogas han aprendido el compromiso y el respeto por la gente, eso se los ha enseñado el trabajo que los coordinadores de SADEC realizan.

De los coordinadores de SADEC, he aprendido a ser más independiente he aprendido mucho de ellos yo creo, porque en ellos se ve el compromiso en la gente y el respeto, entonces sí he aprendido mucha tolerancia, respeto que nunca lo había visto y menos en el personal médico, ósea la verdad el personal médico está totalmente deshumanizado y no tiene respeto hacia la gente, creo que eso es muy rescatable y que en verdad en ningún otro lado hubiera aprendido más que con ellos, de esa forma es impresionante.

Las habilidades que desempeñan las médicas van más encaminadas a la consulta, en cómo hacer las exploraciones físicas, los interrogatorios, además reconocen que son diferentes a las de la ciudad que las del campo.

Pues el hecho de dar una consulta ya tu sólo sin que te estén supervisando, el hecho de hacer una exploración física.” (...) “Un interrogatorio, desde empezar a maquinar acá en tu cabecita desde que llega el paciente yo creo que tiene como esto y ya lo vas confirmando.

Bueno yo dentro de las habilidades quiero decir que como dicen es muy diferente una población de la ciudad que del campo, en la ciudad no realizamos lo que aquí es el pan de cada día digámoslo así las extracciones se hacían muy poco lo que intentas es hacer tratamientos restaurativos siempre el final es la extracción de un diente y aquí se realiza eso muy seguido, entonces yo creo que si he adquirido habilidades aquí con el poco instrumental, digamos con la poca tecnología que

tenemos a nuestra disposición creo que eso me ha dado mucha habilidad dentro de campo práctico.

También encuentran habilidades que les han ayudado a fortalecer su práctica médica y clínica.

Habilidades más cognitivas, Habilidades prácticas porque no falta el que llega deshidratado y hay que canalizarlo y de más, y también habilidades prácticas que tenemos en la clínica.

Fortaleciendo sus habilidades en la exploración siempre en la consulta, realizando un trabajo de preguntas respuesta, he analizado casos que nos llegan ahí en la consulta.

9.3 Entrevista a Promotores de la salud de las clínicas autónomas

Clínica Murcia Eliza Irina Zaens.²⁰²

Palenque Chis. Octubre, 2012

La clínica Autónoma Murcia Eliza Irina Zaens, se encuentra ubicada en el municipio de Chillón en el Estado de Chiapas. En la clínica hay tres promotores permanentes J. tiene 4 años encargado y responsable permanente de la clínica, M. tiene 6 años de permanente y F. 2 años. Las actividades que realizan son dar consulta cuando el médico pasante no se encuentra en la comunidad y apoyan al médico en la consulta, además de que atienden la farmacia.

Los saberes que se necesitan para ser un buen promotor de salud se adquieren a través de cursos que reciben en seis módulos, sino se tiene los módulos completos no puedes ser promotor de salud.

Pues para poder ser un buen promotor de salud nosotros necesitamos tener cursos, cursos cada dos meses (...) y son seis módulos, de los seis módulos si completas los seis módulos ya eres un buen promotor, desde ahí te nombran promotor porque sin el cumplimiento de los seis módulos no eres promotor porque todavía no has visto cuales son las enfermedades, también diagnosticar al paciente hacer preguntas lo que son para valorar al paciente que enfermedad tienen.

Las capacitaciones que reciben los promotores de salud se basan en el libro construyendo la salud, además también reciben cursos de personas que vienen de otro país.

²⁰² Ver Anexo 4. Transcripción de entrevista a promotores de salud de la clínica autónoma Murcia Eliza Irina Zaens.

Si todo depende de qué tema, vemos en el primer curso digamos, que si vemos lo de digestión, lo que es el digestivo, aparato respiratorio, todos esos temas y siempre cuando echarle ganas al estudio.

En el primer módulo vemos lo que es enfermedades por falta de buena vivienda, el segundo enfermedades por falta de alimentación y enfermedades por falta de ropa adecuada.

Pues estamos recibiendo capacitación de nutrición, que nos dan capacitación de otro país y también el manejo de medicamentos como antibióticos, antihistamínicos, anti piréticos, analgésicos todos son esos.

La confianza que la gente del pueblo les brinda a los promotores de salud es importante para que ellos les aporten sus conocimientos adquiridos.

El conocimiento, la confianza de la gente del pueblo, porque nosotros trabajamos del pueblo y para el pueblo y este damos el conocimiento para que la gente del pueblo no se enferme tan seguido.

Los promotores ven como una herramienta al conocimiento, que les ayuda a transmitir su experiencia a sus compañeros y a la comunidad.

Bueno las herramientas que nosotros manejamos aquí como promotores de la salud de la organización autónoma, pues este el conocimiento, el saber el para qué sirve y para que lo proporcionamos para que le damos el saber a los pueblos a las comunidades o los pacientes que nosotros atendemos aquí todo depende de cada experiencia, cuando ya tienes experiencia pues le impartes a la comunidad a las compañeras o todo con la experiencia.

Entre los promotores existe una realimentación de saberes que les ayuda a pasar su conocimiento aprendido en la capacitación al pueblo.

Así es como a nosotros nos capacitan, los capacitadores los capacita SADEC y los capacitadores nos capacitan a nosotros como primer nivel y ya nosotros pasamos con el pueblo y también capacitamos a los promotores que vienen aquí de turno a la clínica, les damos capacitaciones y juntos hacemos el trabajo y juntos damos plática.

María Luisa.²⁰³

Palenque Chis. Octubre, 2012

La clínica Autónoma María Luisa se encuentra ubicada en la comunidad de Culebra que pertenece al caracol de la Garrucha ubicado en el municipio de Ocosingo en el Estado de Chiapas. En esta clínica ya tienen colaborando 4 años como promotores permanentes M. y Ma., en cuanto a O. tiene 2 años de promotor permanente.

Las labores que realizan en la clínica son la atención y consulta a los pacientes ya que esta clínica no cuenta con un médico, además del abastecimiento y sustentabilidad de farmacia.

Para los promotores de salud la capacitación y la experiencia son esenciales para poder hacer un buen trabajo de salud.

Este para entrar en un promotor necesitamos la experiencia de capacitación para entrar hacer el trabajo de promotor, porque si no, no tienes la experiencia de capacitación para entrar hacer el trabajo de promotor, (...) no tienes la experiencia no se puede hacer el trabajo de salud, pues casi no sabes cómo entrarle de consulta y como digamos pues de prevención que tengamos que hacer, para saberlo de todo esto se puede decidir cómo pasar de un promotor de salud (...) nada más falta la capacitación para saber cómo trabajar.

²⁰³ Ver Anexo 5. Transcripción de entrevista a promotores de salud de la clínica autónoma María Luisa.

Dentro de las capacitaciones que reciben, revisan saberes teóricos de enfermedades que pueden dar por las condiciones socioculturales en las que se encuentra la comunidad y manejo de medicamentos.

Los primeros temas, es como de desnutrición, como enfermedades de los pies, enfermedades por falta de ropa adecuada y los primeros auxilios, también de prevención.

Pues como nosotros manejamos los medicamentos, este así como ya dijo, este majemos los antibióticos.

Además encontramos que le dan continuidad a las capacitaciones aunque ya hayan visto los temas, esto porque ellos mismos se están dando cuenta que las problemáticas de salud van cambiando y se están encontrando con nuevas complicaciones como es en el caso de embarazo y parto.

Nosotros hemos pasado la última capacitación con el embarazo y parto, estamos repitiendo complicaciones o hay problemas que pasan con el parto, por eso estamos revisando como ayudarlo o como referimos a otro hospitales (...) pues ya pasan muchos problemas con las compañeras, se alivian acá o en otras partes por eso es que estamos viendo en capacitaciones seguimiento para saberlo bien como atender o como ver las complicaciones que están pasando.

En la consulta realizan la parte práctica de los saberes teóricos que se aprendieron en capacitación, el cual también les permite aprender nuevos conocimientos y habilidades como canalizar, suturar heridas, etc.

Ahí digamos, pues aquí estamos viendo todas las enfermedades que pasan y estamos haciendo el trabajo ya, no que nada más en pura teoría no estamos haciendo ya el trabajo como parto, otras enfermedades.

Fuera de la capacitación y que vine aquí a la clínica pero ya aprendí a canalizar, suturar heridas a atender pacientes, pero ahí en esos cursos, pues lo vimos pues pero son pura teoría y ya se pierde rápido, y ya aquí pues se aprende.

Los promotores le llevan al paciente los conocimientos que les dejan su capacitadores y los médicos que han pasado en la clínica, como es el trato con el paciente, los diagnósticos y la exploración.

Bueno este digamos nosotros el conocimiento que han dejado también los capacitadores o doctores también, el cómo hacerlo en consulta, pues sacar el dato del paciente así informando que enfermedad tiene es que viéndolo y ya sacando e diagnóstico en la paciente que llegue con nosotros, eso que hemos visto de todo lo de exploración de todo pues que hemos visto en el curso de nosotros eso que estamos haciendo y llevando con la paciente que llega con nosotros.

Clínica La Compañera Lucha²⁰⁴.

Palenque Chis. Octubre, 2012

La clínica Autónoma la Compañera se localiza en la comunidad Autónoma Zapata, que pertenece al caracol de la Garrucha en el municipio de Ocosingo, los servicios benefician a las comunidades aledañas.

Los promotores de salud que participaron en la entrevista prestan sus servicios como promotores rotativos de tiempo completo durante 15 días, entre ellos se encuentra los compañeros M., J., X., y J. La experiencia que tienen llevando a cabo esta labor es de seis meses a siete años, la clínica en la que prestan su servicio funciona como un espacio de aprendizaje, ya que ellos reciben capacitaciones para llegar a ser promotores permanentes en la clínica.

El compañero M. ocupa el cargo de promotor permanente, permanece en la clínica tiempo completo durante un mes, entre las responsabilidades que desempeña esta coordinación de la clínica, atención de pacientes, formación de promotores rotativos, administración y sustentabilidad de la farmacia.

Para los promotores de salud los saberes necesarios para llevar a cabo sus actividades tienen que ver con la atención de pacientes, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, curación de heridas, pláticas preventivas, difusión de medidas higiénicas, manejo de herramientas para diagnóstico y técnicas para la aplicación de inyecciones o canalizaciones.

Atendemos al paciente, si hay una herida la suturamos (...) el promotor programa que tema va a plática con la comunidad, la autoridad junta al pueblo, a los y las compañeras para ver qué es cómo prevenir las enfermedades, como limpiar la casa, lavar las manos, ropa todo. (...), para dar una consulta necesitamos baumanómetro, estetoscopio, termómetros, estuche para diagnósticos, lámpara para diagnósticos,

²⁰⁴ Ver Anexo 6. Transcripción de entrevista a promotores de salud de la clínica autónoma La Compañera Lucha.

libros. (...) yo utilizo el libro, el EPM, también un poco de donde no hay doctor (...) también el construyendo la salud.

Los promotores de salud de la clínica comentan que los saberes que han adquirido durante este tiempo ha sido resultado de capacitaciones constantes de promotores con más experiencia en el área, médicos pasantes de servicio social que han rotado por la clínica, voluntarios de la cruz roja y médicos sin fronteras.

Empecé a tener capacitaciones con la cruz roja, con médicos sin fronteras y con varios otros médicos con quienes hemos realizado capacitaciones aquí en el municipio, de aquí (...) con los médicos que han venido, hemos aprendido un poco muchas cosas, hemos compartido ideas, ellos me han enseñado muy bien cómo trabajar, como atender la consulta aquí en la clínica.

Edgar [médico pasante de SADEC] me enseñó un chingo aquí a trabajar, como dar una consulta, que enfermedades tiene, como recomendar, que cuidados debe tener el paciente, (...) dietas astringentes (...) con los médicos hay otras cosas más avanzadas, por ejemplo ahora estoy viendo la bacteria gram positivo, gram negativo, eso no lo conocemos, lo de las bacterias, pero con la doctora [Nancy Tapia] si estuvimos platicando y nos estuvo enseñando y eso los capacitadores no nos lo enseñan aquí.

Los promotores mencionan que los saberes que han adquirido, a partir de las capacitaciones que brindan promotores con más experiencia en campo, se relacionan con la atención de urgencias y prevención de enfermedades.

Primeros auxilios, manejo de medicamentos (...) cuidados de la mujer, aparato digestivo, enfermedades respiratorias, atención de pacientes, toma de signos vitales.

Los promotores de salud ubican como una habilidad el manejo de grupos, esta actividad la llevan a la práctica a la hora de trabajar con los niños de las escuelas

autónomas, en donde comparten con ellos saberes relacionados con el cuidado de su salud.

Nos ponemos de acuerdo con el maestro y le decimos venimos a dar una plática con los alumnos, platicamos sobre los cuidados, lavarse las manos, bañarse bien, cepillarse los dientes, es lo que platicamos.

Los promotores se han dado a la tarea de compartir con la comunidad los temas que aprenden en sus capacitaciones, de este modo ellos buscan que las personas hagan propios estos saberes y los lleven a la práctica en su vida cotidiana.

Pues más o menos todo lo que aprendimos con las comunidades lo aprendimos aquí, como prevenir, como puedes hacer toda la limpieza en el hogar, en el solar, y también la comunidad pues más o menos nos toman en cuenta, ahora pues más o menos lo van haciendo todo lo que nosotros le indicamos a la comunidad..

Clínica de los pobres. ²⁰⁵

Ocosingo, Chiapas, Octubre, 2012

La clínica Autónoma de los pobres las Tazas, se localiza en la comunidad Las Tazas, que pertenece al caracol de la Garrucha en el municipio de Ocosingo. Las promotoras de la salud que participan en la entrevista brindan su servicio desde hace dos meses como promotoras permanentes tiempo completo, sin embargo durante dos años se han capacitado como promotoras rotativas en temas relacionados con: salud general, herbolaria y salud sexual y reproductiva.

Las promotoras comentan que las actividades que realizan como la atención de pacientes, requieren de saber leer, escribir, estar en contacto con la gente en la comunidad, toma de signos vitales.

Escribir y leer para poder aprender, recibir cursos y practicar y venir siempre a la clínica para aprender las enfermedades (...) cuando viene un paciente puedes tomar signos vitales, parto, control prenatal, toma de frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura (...), a veces niños, adultos y si viene una embarazada, como medir, como se escucha su corazón de su bebe, aseo personal.

Los cursos que han recibido por parte de los capacitadores con mayor experiencia vinculan la teoría y la práctica, revisan temas relacionados con la atención primaria en salud.

El capacitador da el tema, llevar cuaderno, lápiz, a veces da información y otras dan práctica, las de canalización, vacunación, signos vitales, enfermedades respiratorias, infecciones vaginales, salud de la mujer, embarazo, diarreas con calentura, vomito, infección en vías urinarias.

²⁰⁵ Ver Anexo 7. Transcripción de entrevista a los promotores de salud de la clínica autónoma De Los Pobres.

Los saberes que las promotoras han adquirido a partir de las capacitaciones y de pasantes de servicio social, tienen que ver con la atención de pacientes en la clínica.

Si como un parto a veces tienen problema antes del parto después del parto o traen infecciones o hay alguna eclampsia, que va a nacer y como saber si tiene esa enfermedad, si podemos ver aquí o no, si hemos escuchado pero no hemos visto esas áreas, no hemos visto que más vamos a dar, por eso quiero aprender más.

9.4 Saberes y habilidades del programa de estudio de la licenciatura en promoción de la salud

En la siguiente presentación de resultados sólo se mostrara una breve descripción de las materias que se impartieron en cada semestre, enfatizando solo e los conocimientos teóricos y metodológicos que se revisaron y no se revisaron de la misma manera de las habilidades que se adquirieron durante el curso. El programa de estudios se divide en dos partes el ciclo básico que abarca de 1^{ro} a 3^{er} semestre y el ciclo superior de 4^{to} a 8^{vo} semestre.

En el apartado de anexos se muestra más a detalle la tabla con un desglosé de las materias y los conocimientos teóricos, conocimientos metodológicos y habilidades.

En el primer semestre se revisan las materias de Algebra y geometría analítica, Química de la célula e Introducción a la física. Dentro de los conocimientos teóricos se adquirieron saberes como, solución de ecuaciones de 1^{er} y 2^{do} grado, funciones trigonométricas y logarítmicas, enlaces y reacciones químicas y masa, volumen y densidad. Las habilidades que se alcanzaron son la solución de problemas lógico matemáticos, comprensión y análisis de textos científicos.

En segundo semestre se ven las materias de Célula 1, Cuerpo humano 1 e Introducción a la promoción de la salud. Algunos de los saberes que se obtuvieron de estas asignaturas fueron, organización de los seres vivos, reproducción celular, homeostasis, los sistemas y aparatos del cuerpo humano, el desarrollo holístico del concepto de salud y las diferentes miradas de la promoción de la salud.

Los conocimientos metodológicos fueron a través del método científico y el análisis de problemas, en cuanto a las habilidades se lograron son el análisis de casos y crearse un pensamiento más crítico.

En tercer semestre hay continuación de algunas materias de segundo como, Célula 2 y Cuerpo humano 2, pero también se imparten otras como Bioestadística, Crecimiento y desarrollo 1 y Metodología de la investigación. Se construyeron saberes acerca de actividad enzimática, salud y metabolismo, sistema inmune, reproducción humana, el ciclo vital humano, la relación sujeto-objeto y sujeto-sujeto y diseño de protocolos de investigación.

La parte de la metodología fue en relación al método científico, y metodología cualitativa, las habilidades son la reflexión y el análisis del discurso.

En cuarto semestre comienza el ciclo superior de la licenciatura, las materias que se llevan son, Crecimiento Desarrollo 2, Patología 1, Epidemiología 1, Salud Pública 1 y Medio Ambiente y Salud. Los saberes son, identificación de factores de riesgo, edad adulta, concepto de la salud pública, estructura de las políticas internacionales en salud, visión integral del medio ambiente, determinantes y modelos para el estudio de la salud y método epidemiológico.

La metodología fue través del trabajo de campo, trabajo teórico –práctico, exposiciones, análisis de la información, en cuanto a las habilidades fue la elaboración de diagnóstico en salud y elaboración de protocolos de investigación.

Durante el quinto semestre de la licenciatura se revisan temas en torno al componente social de la salud, el estudio y análisis de la complejidad de la salud conduce al estudiante a un análisis del proceso salud-enfermedad, el cual se aborda desde el estudio de la Epidemiología. En esta asignatura los y las estudiantes se encargan del levantamiento de un diagnóstico comunitario basado en instrumentos cuantitativos y cualitativos, que contempla indicadores de salud y factores socio-culturales, que definen problemas de salud-enfermedad en una comunidad determinada.

A partir de esta información los y las estudiantes se encargan de diseñar cuatro proyectos que den solución a los problemas identificados, la elaboración de las propuestas toma como eje los contenidos de las asignaturas de Patología, Salud Pública, Saneamiento Ambiental y Nutrición. Los temas que se discuten en este semestre son concepto de salud, proceso salud-enfermedad, participación comunitaria, calidad de vida, prevención, hábitos, factores de riesgo, factores protectores, política, cultura, creencias y tradiciones en torno a la salud.

Durante el sexto semestre de la licenciatura continua el estudio de la salud desde su componente social, de tal modo que el *Proceso Salud-Enfermedad* marca el eje de la discusión, sin embargo ahora se discute desde el marxismo con el estudio de la producción y reproducción social, respuesta social organizada la pedagogía de Paulo Freire entorno a los métodos de enseñanza aprendizaje aplicados la salud y la psicología social con las bases conceptuales relacionados con el concepto de sujeto, subjetividad e intersubjetividad.

Durante este semestre la y los estudiantes adquieren herramientas metodológicas aplicadas el trabajo con grupos, ejercicios de reflexión-acción y el método dialectico. Por otro lado es importante mencionar que también se retoman saberes del ciclo básico relacionados con el estudio del campo biológico aplicado a la farmacología, en donde se revisan temas como fármaco-cinética, fármaco-dinamia, toxicología, medicamentos y sus vías de administración, principio activo, vida media, mecanismos de acción, drogas y su repercusión en el cuerpo humano.

El séptimo semestre de la licenciatura se estudia el papel del Estado en la *respuesta social organizada*, a partir del estudio crítico de las Políticas Públicas y los Sistemas de protección, asistencia y rehabilitación de la salud. De este modo algunos de los temas que se revisan son participación ciudadana, sociedad civil, sociedad política, hegemonía, Advocacy, asistencialismo, políticas clientelares, sistema nacional de salud, determinantes sociales de la salud.

En cuanto a los elementos metodológicos que aporta la licenciatura durante este semestre, se brindan herramientas como análisis del discurso, medios de comunicación y diseño de campañas de salud que promuevan contenidos críticos, sin violencia aplicados al área de la salud, por otro lado también se estudia el papel del promotor de la salud en la intervención institucional, comunitaria y en grupos, visto desde la psicología social.

El último semestre de la licenciatura los estudiantes tienen la oportunidad de intervenir en un proceso comunitario y ejecutar propuestas que lo fortalezcan, basándose en la investigación-acción participativa, así mismo esta actividad se acompaña del estudio y análisis de conceptos como comunidad, participación comunitaria, proceso, cultura, sistematización de experiencias, movimiento social, educación popular.

Por otro lado durante este semestre se estudió el *Derecho a la Salud* donde se estudian la salud como asunto de interés público, legislación en salud en el ámbito privado y social, normatividad, crítica del derecho a la salud en México, elementos esenciales del derecho a la salud, análisis del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como su ratificación para México. Por otro lado este semestre se complementa con herramientas metodológicas vinculadas al aprendizaje y la generación de ambientes pedagógicos que favorezcan el empoderamiento y la reflexión acción, lo cual se materializa en el diseño de talleres.

También se revisan temas relacionados con Bioética, en donde se promueve la discusión del ejercicio de la práctica profesional de la promoción de la salud, desde lo legal, social, político-religioso, en esta asignatura se fortalece la capacidad de los estudiantes para el debate y la discusión. Finalmente en la asignatura de Administración para la salud, los profesionistas elaboran proyectos sociales basados en elementos administrativos.

10. Análisis de resultados

10.1 Análisis de salud

El hablar de salud es complejo, cada área que trabaja en ella la entiende de manera diferente. En el grupo de trabajo de SADEC (coordinadores, pasantes y promotores de salud) se identificaron diferencias que abarcan desde el modelo Biológico, el mágico-religioso y el socio-histórico.

La coordinación conceptualiza los saberes de salud desde el modelo naturalista y socio-histórico. Desde sus inicios, a finales de los ochentas, SADEC surgió como un proyecto que dio continuidad a una propuesta de trabajo del Instituto Nacional Indigenista (INI), que buscaba fortalecer la cobertura de salud institucional en la región de Márquez de Comillas, con una noción de salud asistencial de atención a la enfermedad.

El INI participa en un proyecto de salud y ahí es en donde aparecemos nosotros en mi caso como médico, que participo con otros tres médicos, para buscar que acciones asistenciales podemos desarrollar ahí (en la región de Marqués de Comillas).²⁰⁶

Los coordinadores realizaron actividades que respondían a los problemas de enfermedad identificados en la población, cabe señalar que dichas actividades tenían como base la participación comunitaria. Así se dieron a la tarea de capacitar a personas de la población, desde el enfoque bio-médico de atención de la enfermedad, de este modo la dependencia de la población hacia las instituciones de salud quedó desplazada por personas de la comunidad capacitados como promotores de salud y parteras, quienes asumieron la responsabilidad de ofrecer servicios médicos en clínicas y farmacias comunitarias.

²⁰⁶ Presentación de resultados coordinadores

Los coordinadores de la asociación cambiaron su forma de entender la salud cuando identificaron que era importante conocer las condiciones de vida de la población que recibía atención en las clínicas, además de considerar distribución inequitativa de los recursos y cómo estas repercutían en la salud de las comunidades. Esta visión les dio herramientas para complejizar el concepto de salud desde un enfoque político, económico, social y cultural.

Los pasantes de servicio social tanto de medicina como de estomatología, entienden a la salud como un concepto institucionalizado basado en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde el modelo naturalista los pasantes crean una práctica individualista donde sólo establecen una relación médico–paciente, enfocada al diagnóstico y tratamiento del paciente.

Pues nuestro conocimiento médico mucho es lo que practicamos a diario que es lo que aprendimos en la carrera.

No obstante, vivir en las comunidades les ha permitido ampliar su noción de salud, así mismo con los talleres que reciben por parte de la coordinación relacionan las condiciones de vida en las que se encuentran los pacientes con las enfermedades que presentan.

Los promotores de salud relacionan la salud con la tranquilidad, la ausencia de dolor y con la ausencia de enfermedad, de acuerdo con ellos para estar sano es necesario participar en los procesos de organización de la comunidad, para que las clínicas continúen dando servicio. Los promotores de salud no sólo atienden la enfermedad con la medicina alópata, también utilizan la herbolaria y acuden con los hueseros, parteras o hierberos cuando así lo requieren los pacientes.

Los pasantes utilizan su conocimiento y prácticas médicas para dar consultas en comunidad; en cambio, los promotores de salud utilizan los conocimientos y prácticas que han adquirido a través de los cursos que los coordinadores les proporcionan, los cuales están diseñados para entender las problemáticas sociales que se presentan en las comunidades y que son las que provocan problemas de salud. El quehacer de los pasantes en gran parte está enfocado al tratamiento, diagnóstico y la prevención de la enfermedad, identificado en médicos y promotores de salud. Como mencionamos al inicio de este capítulo existen formas diversas de entender a la salud, en el caso de SADEC resulta interesante ubicar explicaciones diferentes sobre salud, sin embargo la atención asistencial de la enfermedad está presente en los tres casos.

Actualmente el quehacer de los médicos y promotores de salud se enfoca al tratamiento, diagnóstico y la prevención de la enfermedad, cabe mencionar que los promotores sólo se enfocan a las consultas cuando los médicos no se encuentran en las clínicas, además de las prácticas asistenciales incluyen las problemáticas sociales de las comunidades que provocan los problemas de salud en las comunidades, como falta de agua potable, servicios sanitarios, viviendas inadecuadas, falta de alimentación, el exceso y malas condiciones de trabajo, entre otros.

Hoy en día el quehacer en salud de los coordinadores consiste en el diseño y ejecución de talleres dirigidos a los pasantes de servicio social, orientados a la identificación de factores políticos, económicos, sociales y culturales que inciden en la condiciones de vida de la comunidad e incluyen temas como interculturalidad, género, derechos humanos, además de cursos de herbolaria y partería. Todos estos temas para ofrecer una visión más compleja de los que es la salud.

Durante los primeros semestres de la licenciatura en Promoción de la Salud se revisan diferentes formas de entender a la salud, las cuales incluyen la definición

de la Organización Mundial de la Salud (OMS); además se incluyen saberes relacionados con el funcionamiento del cuerpo humano, reproducción celular, patología, farmacología y epidemiología, con estas asignaturas es posible identificar signos y síntomas de algunas enfermedades. Conforme se avanza en los semestres la forma de entender a la salud se ampliar al incluir factores sociales, económicos y culturales con los cuales se busca entender a la salud desde una mirada más crítica y profunda.

10.2 Análisis de promoción de la salud

En las entrevistas a los integrantes de Salud y Desarrollo Comunitario SADEC A.C., identificamos diferencias en la noción de Promoción de la Salud (PS), que se explican desde el pensamiento complejo, causal y preventivista. Esta situación se presenta debido a que la promoción de la salud está determinada por procesos, saberes y experiencias diferentes acerca de la salud. A continuación se presentan los elementos que forman parte de la definición de PS en cada uno de los espacios de la asociación y su relación con la currícula de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM.

La coordinación de SADEC entiende a la promoción de la salud como una actividad compleja encargada de analizar problemas de enfermedad desde las condiciones de vida, el contexto político, económico y cultural de la población. En la actualidad entiendo que la asociación rompe con la definición institucional dicha en Ottawa, sobre proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud.

El programa de capacitación para promotores de salud que desarrollaron los coordinadores de la asociación desde 1985, ha sido pionero en esta tarea, puesto que la carta de Ottawa menciona esta actividad un año después. Actualmente la coordinación de SADEC se ha convertido en un espacio de formación en el área de promoción de la salud, para promotores de salud de las comunidades y diferentes profesionistas.

Hay coincidencias entre el programa de formación para pasantes de servicio social, desarrollado por la coordinación y lo que menciona la conferencia de Bogotá: incluir el diálogo e intercambio de saberes entre los profesionistas de la salud y los pueblos, entiendo que esto lo incluye la coordinación en los cursos de capacitación para pasantes que incluyen el tema de interculturalidad, así los pasantes orientan su práctica médica desde este enfoque.

Además la experiencia de trabajo de campo permite los pasantes se aproximen a la realidad de los sectores más excluidos de la sociedad mexicana y comprendan como el contexto social determina la forma de enfermar y morir de la comunidad. En relación con la licenciatura en PS, el último semestre de la carrera incluye la experiencia de trabajo de campo en la asignatura de Salud comunitaria III en la que se revisa y práctica la intervención en procesos comunitarios.

El saber-saber que la coordinación toma como referencia para explicar a la promoción de la salud tiene que ver con salud pública, epidemiología, salud colectiva, desarrollo rural, análisis de la realidad, metodología de la enseñanza e interculturalidad y un saber-hacer orientado a la formación de recursos humanos en PS y conformación de redes de salud.²⁰⁷La currícula de la licenciatura incluye saberes que coinciden con los que menciona la coordinación, en asignaturas como salud pública, epidemiología y salud comunitaria.

Como trabajo de promoción de la salud SADEC ha desarrollado actividades en torno a dos problemas que afectan a la población chiapaneca: la falta de acceso a servicios de salud y la reducción de la muerte materna. Desde nuestra formación en la licenciatura contamos con saberes para el estudio de dichos problemas, por ejemplo en la asignatura de Sistemas de Protección Asistencia y Rehabilitación de la Salud se estudia el acceso a los servicios de salud desde la organización, prestación y regulación del Sistema Nacional de Salud y las prácticas de la sociedad organizada de grupos no gubernamentales.

Los promotores de salud de las comunidades con las que trabaja SADEC, entienden a la PS como una práctica encargada de realizar pláticas y campañas sobre la prevención de enfermedades. La cual encontramos que coincide con la mirada de los promotores de salud, en la asignatura de Promoción de la salud II, los estudiantes adquieren conocimientos sobre la elaboración de materiales de difusión para campañas de salud y en la asignatura de Patología II se elaboran

²⁰⁷ Presentación de resultados P.85

proyectos sobre educación para la salud que disminuyan la presencia de enfermedades.

Además de identificar coincidencias basadas en la currícula de la licenciatura, observamos puntos de encuentro con SADEC, los cuales se basan en nuestra experiencia de servicio social. Consideramos que el seminario *Acercamiento al quehacer de la licenciatura en Promoción de la Salud* fue una actividad que propició la discusión del concepto de salud de la OMS entre los pasantes de medicina y estomatología. Uno de los propósitos de los coordinadores de la asociación es que los pasantes cuestionen si realmente lo que dicen las instituciones en salud responde ante la realidad de las comunidades en las que trabajan, consideramos que la discusión del concepto de salud fue un elemento que fortalece este objetivo, porque los pasantes visualizaron a la salud desde su dimensión histórica y política.

Observamos coincidencias entre SADEC y la licenciatura cuando participamos en el diseño y ejecución de los talleres sobre muerte materna, en los que compartimos herramientas de la licenciatura, como: la elaboración de una carta descriptiva, además contábamos con bases para discutir temas como género e interculturalidad y el derecho a la salud, en los casos de muerte materna.

En cuanto al quehacer de la licenciatura en campo ubicamos que la coordinación, pasantes y promotores de salud tiene que ver con la ejecución de programas preventivos como: control de pacientes con enfermedades crónicas esenciales, control del niño sano, detección oportuna de cáncer cervicouterino, programa de atención a las mujeres, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, salud reproductiva y detección de violencia.

10.3 Análisis de respuesta social organizada

Para hablar de respuesta social organizada y explicar cómo SADEC surge a través de dar una respuesta a las necesidades en salud que en los años noventa se estaban viviendo en el país y en el especial en el Estado de Chiapas, se analizara tomando en cuenta a los movimientos sociales , a las ONG y el vínculo entre universidad - sociedad.

Las universidades, como ya se mencionó, anteriormente en el marco teórico, son creadas a partir de la edad media con la finalidad de proporcionar saberes y profesionalizar a los sujetos, formando recursos humanos que sean capaces de enfrentarse a las problemáticas sociales. Estableciéndose así la relación universidad – sociedad, permitiéndose crear vínculos con diversos espacios, siendo estos el sector privado y público, gubernamental y de la sociedad, incluyendo las llamadas ONG. Todo esto a través de proyectos de servicio social (SS).

La UAM – X a través de un proyecto de SS en la década de los ochentas, manda estudiantes pasantes de la licenciatura en medicina al Estado de Chiapas a brindar sus servicios ante los problemas en salud. Al término de su pasantía se integran a un proyecto de salud y vivienda impulsado por el Instituto Nacional Indigenista (INI) en la región de Márquez de Comillas. De esta manera se integran a las comunidades brindando servicios asistenciales y capacitación a la gente como promotores de salud. Siendo estas necesidades primordiales de la población.

Si la respuesta social surge por las necesidades de la sociedad y se pueden dar a través de movimientos y protestas; Los llamados movimientos sociales surgen, por acciones concretas, en cuestiones socio-políticas teniendo como finalidad un cambio social. Para finales de los ochenta y principios de los noventa se empezaban a mostrar una serie de movimientos tanto Centro América, México y en especial en el Estado de Chiapas, teniendo como deficiencias una alta

migración de Centro América como paso a los EU y así como para establecerse en el Estado.

El 1 de enero de 1994 el Ejército Zapatista Liberación Nacional (EZLN), movimiento formado por indígenas, sale a exigir al gobierno una serie de demandas como salud, educación, vivienda, respeto e igualdad para la población indígena. El movimiento adquiere mucha fuerza, al grado de que las instituciones empiezan a abandonar los proyectos que venían trabajando en el Estado, quedando desprotegido el proyecto del INI en la región de Márquez de Comillas.

De este modo y pese a los conflictos que se estaban viviendo, el grupo de trabajo que estaba conformado por Joel, Saúl y Fulgencio, por lo que deciden crear SADEC para darle continuidad a los proyectos que se venían realizando en las comunidades. De esta manera se crea como una ONG dándole el nombre de Salud y desarrollo comunitario. Es el continuo de una propuesta de trabajo de formación de intercambio de saberes con la población en temas de salud.

La continuidad al proyecto de salud, les permite cubrir a más comunidades que carecen de servicios de salud, a través de consultas, capacitación y formación de promotores de salud, la creación de programas.

Si hablamos de que la respuesta de la sociedad empieza cuando las condiciones de salud son definidas como necesidades, SADEC da respuesta a las necesidades en salud en las comunidades con las que trabaja, proporcionando un médico y estomatólogo en las clínicas de salud brindando capacitación y realizando acciones en promoción de la salud.

Por otra parte, la formación académica de la UACM en la licenciatura de promoción de la salud, tiene los conocimientos y las habilidades para que sus egresados se puedan integrar a proyectos que ayuden a las necesidades que la sociedad civil. Si tomamos en cuenta la carta de Ottawa donde menciona la formación de recursos humanos en dos de sus líneas de acción: en el

reforzamiento de la acción comunitaria con personal no profesionalista al que se le asigna la tarea de fortalecer la participación pública de la comunidad en cuestiones sanitarias, otra de las líneas que contempla este punto es la reorientación de los servicios sanitarios a partir de asignar a los gobiernos el fortalecimiento de la investigación en salud y cambiar la formación de los profesionistas de la salud, para obtener servicios sanitarios más sensibles y respetuosos de las necesidades culturales de los individuos.

10.4 Análisis de comunidad

En éste análisis abordaremos el concepto de comunidad y trabajo comunitario, desde el ser hasta la inserción a la comunidad. Tratando de dar respuesta a ¿Cuál es la noción de comunidad de SADEC? ¿Cómo es la intervención de SADEC en las comunidades con las que trabaja? Y ¿Qué puede aportar la LPS en su intervención en las comunidades con las que trabaja SADEC?

Si retomamos el concepto de comunidad en donde se describe como un grupo de personas que viven en una misma área geográfica y comparten intereses en común. Podemos decir que SADEC trabaja con comunidades que reúnen estas características, esto viéndolo desde la manera más tradicional como lo aborda la epidemiología. Sin embargo hay que tomar en cuenta que existen más características que identifican a una comunidad como, su historia e identidad o sentido de pertenencia que los hace ser parte de ella, así como los factores sociales que determinan la interacción entre los miembros de los grupos.

En SADEC los coordinadores entienden a la comunidad desde las formas de organización que se establecen en un grupo de personas, como las formas de trabajo, puntos de vista, tiempos, toma de decisiones, la forma de entender a la salud, la educación. La organización de los grupos es lo que los hace diferentes unos de otros, por lo tanto los coordinadores trabajan con la comunidad a partir de las formas de organización que identifican en cada grupo.

Los pasantes de servicio social identificaron a la comunidad desde los elementos estructurales de una agrupación de personas como las formas de organización y relaciones que se establecen entre sus miembros, además incluyen la identidad y la cultura. Esto coincide con el enfoque de la epidemiología tradicional que se revisa en la licenciatura, en la materia de epidemiología I y II.

Los promotores hablan de lo que los hace ser comunidad, ellos hablan de las formas de relacionarse con su pueblo, como ejemplo la confianza que las personas depositan en ellos se traduce en la responsabilidad de trabajar del pueblo y para el pueblo, compartir saberes con sus compañeros y los pacientes, otro ejemplo tiene que ver con las formas de organización que establecen con su comunidad como el realizar actividades a partir del trabajo en conjunto y el establecimiento de acuerdos.

En la licenciatura en promoción de la salud estudiamos a la comunidad desde el enfoque de la epidemiología tradicional que considera los elementos estructurales y funcionales en los que coincide un grupo y permite que se unan.

Desde la mirada crítica la comunidad es una entidad abstracta, que se entiende como una forma de organización social en la que los sujetos se relacionan a partir del contexto histórico, los modos de producción y reproducción social.

Siguiendo a Jean Luc Nancy el sentido del ser de la comunidad está en lo que compartimos en la práctica, en este proceso nos exponemos, reconocemos e identificamos, de este modo la comunidad no se hace por la suma de seres que comparten un objetivo. Si tomamos en cuenta lo que ya se mencionó, podemos decir que SADEC conceptualiza a la comunidad como seres humanos que trabaja en colectivos y que más de tener una identidad propia, tienen un ser en común, este pensamiento se pudo observar de las comunidades con las que trabajamos., además la misma AC, se puede decir que es una comunidad ya que el grupo de personas que trabaja en SADEC comparten un ser en común, comparte saberes con el otro y tiene comunicación entre sí.

Bajo esta premisa SADEC y la Licenciatura en Promoción de la Salud inician un proceso en el que pueden llegar a ser comunidad, en esta relación el intercambio de saberes y la identificación de coincidencias y divergencias, en este sentido, el programa de servicio social *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de*

la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano, es un medio para que estas instituciones lleguen a ser comunidad.

Otro aspecto en el que SADEC y la licenciatura coinciden tiene que ver con el trabajo de campo. En la licenciatura se revisa el tema de trabajo comunitario en los cursos de salud comunitaria III y Epidemiología I y II, en estos los estudiantes realizan actividades como: presentación ante comunidad, organización, planeación y ejecución de instrumentos de investigación y presentación de resultados. En SADEC también se hacen estos ejercicios, por ejemplo cuando una nueva generación llega, los pasantes se presentan con las autoridades de la comunidad y los promotores con quienes trabajaran, durante el año de servicio los pasantes trabajan en un informe de trabajo y presentan los resultados con los coordinadores de la asociación.

Los instrumentos para recabar información sobre la experiencia en campo en la licenciatura consisten en: diario de campo, reportes de cada visita a comunidad, encuestas y entrevistas. Mientras que en SADEC se entregan informes mensuales sobre la experiencia en campo y los reportes sobre el avance de los programas internos de SADEC.

En la licenciatura los programas de trabajo en comunidad se elaboran después de un diagnóstico comunitario que se realiza durante un año en la asignatura de Epidemiología I y II. Mientras que en la asignatura de Salud Comunitaria III los estudiantes diseñan y ponen en práctica programas de trabajo con las comunidades y cada generación de estudiantes se encarga de darle continuidad al trabajo.

El programa de intervención comunitaria diseñado por la coordinación de SADEC, está hecho para que los pasantes de servicio social trabajen en comunidades indígenas un año, en los primeros meses se acoplan a la vida rural alejada de las comodidades de la ciudad, conocen a las autoridades de las comunidades y a sus compañeros promotores de salud que se encargan de enseñarles el idioma

Tzeltal, los servicios que se prestan en la clínica, finalmente en este proceso pasantes y promotores establecen acuerdos de trabajo.

Después de esta etapa los pasantes se dedican a prestar servicios asistenciales, compartir saberes médicos con los promotores y poner en marcha los programas diseñados por la asociación, en las últimas etapas de este proceso los estudiantes hacen sugerencias para mejorar los programas o hacen propuestas de trabajo con la población.

La intervención que hacen los pasantes de SADEC les permite conocer la realidad de las comunidades, acercarse a su cultura, prestar sus servicios, fortalecer el vínculo entre las instituciones educativas y de salud con los promotores, además de identificar y dar seguimiento a las enfermedades que se presentan.

La experiencia de trabajo de campo ha permitido que los coordinadores se mantenga constantes en las comunidades a diferencia de los pasantes que solo viven la etapa de intervención. Los promotores de salud forman parte de comunidades autónomas que de forma interna hacen trabajo comunitario y son las que invitan a participar a SADEC en para formar promotores de salud como recursos humanos para sus clínicas.

La formación que nos brinda la LPS nos da las herramientas necesarias para insertarnos a una comunidad a través del trabajo comunitario, siendo este parte del quehacer del promotor de la salud, respondiendo a los problemas identificados por la comunidad a través de la participación y el trabajo en conjunto con la comunidad.

10.5 Análisis de saberes y habilidades

En este último análisis se aborda los saberes y habilidades que encontramos en las entrevistas que se realizaron a los integrantes de cada espacio de SADEC, así como los de la licenciatura, tratando de identificar las convergencias y divergencias en su práctica de Promoción de la Salud.

En los siguientes párrafos se presenta la relación entre los saberes de la licenciatura en promoción de la salud y la asociación civil SADEC, esto se realizará con base en la clasificación de Díaz Barriga sobre los saberes declarativos, que se subdividen en conocimiento factual y conceptual.

En relación al conocimiento factual la asociación le da más peso a los saberes relacionados con la **atención de pacientes enfermos**, que tienen que ver con: Anatomía, Fisiología, Farmacología, protocolos para la identificación de patologías, así como su tratamiento. Si bien la Licenciatura en Promoción de la Salud no fue diseñada para la atención asistencial de pacientes, sí incluye saberes relacionados con el cuerpo humano y sus funciones, en asignaturas como célula I y II, cuerpo humano I y II, patología I y II, nutrición y farmacología. Dichos saberes pueden funcionar como un apoyo hacia los promotores de salud que trabajan con SADEC, puesto que son introductorios para comprender los saberes asistenciales.

En cuanto al conocimiento conceptual actualmente la asociación se interesa por analizar y resignificar el concepto de salud que plantea la OMS, para ampliar la relación que tiene esta con procesos sociales, el derecho, las condiciones de vida, la cultura, etc., y compartir dichos saberes con los pasantes de medicina y estomatología. En relación a esto la curricular de la carrera incluye el análisis de enfoques y discurso diferentes sobre la salud, los cuales se amplían en el quinto semestre de la carrera, con el estudio del proceso salud enfermedad.

El proceso salud-enfermedad se convierte en un eje de análisis durante el ciclo superior de la carrera, en donde los estudiantes analizan como los procesos sociales influyen en la salud de las personas, dichos saberes pueden coincidir con la asociación puesto que a esta le interesa compartir dicha información con pasantes y promotores de salud de las clínicas, un ejemplo de ello es el libro construyendo la salud y los talleres que reciben los pasantes cada fin de mes.

El tema principal de los talleres es el análisis de la muerte materna desde el género, la interculturalidad y el derecho a la salud. La información que se revisa en estos talleres, amplía la mirada de los pasantes sobre los pacientes que atienden y fortalece que idea de que la práctica médica implica ir más allá de la atención asistencial de la enfermedad.

Los contenidos de estos talleres se relacionan con la licenciatura, puesto que en la asignatura de legislación sanitaria los estudiantes adquieren herramientas legales para analizar casos de violación al derecho a la salud, dicha información puede ser útil para el diseño de los talleres, con bibliografía y ejercicios de análisis de casos.

Así mismo en la asignatura de salud comunitaria y epidemiología, en las que se revisa el tema de la cultura y su relación con los problemas de salud. Este tema es importante en la asociación por la relación que los pasantes sostienen con la comunidad, es frecuente encontrar creencias, costumbres y formas de vivir que se oponen al contexto de las ciudades. En la licenciatura revisamos el tema del capital cultural y social, estos temas coinciden con la asociación puesto que permiten comprender o abrir el panorama en cuanto a las diferencias culturales.

La licenciatura puede compartir dichos saberes con SADEC y sumarse al quehacer de la coordinación, para ampliar la mirada de los pasantes hacia los pacientes y **fortalecer la relación médico paciente**. En los siguientes párrafos

analizaremos las coincidencias y divergencias en las habilidades que se desarrollan en la licenciatura y SADEC.

Si decimos que las habilidades están asociadas a la práctica del saber – hacer y se definen como el conjunto acciones, estrategias, métodos, técnicas, que le permiten al sujeto realizar actividades que le permitan transformando su conocimiento. Encontramos que los coordinadores tienen ciertas habilidades que han adquirido a lo largo de toda su trayectoria como organización, algunas de estas son:

- **Capacitación, casos, pláticas y reuniones.** Analizan casos, participan en pláticas y reuniones de la comunidad además de capacitar a promotores de salud de las clínicas, además de realizar talleres y reuniones para los pasantes en servicio social.
- **Tener la posibilidad de acercarse y de compartir otras experiencias y en ese sentido de aprender.** Aprenden a través de escuchar y de compartir experiencias con la gente de la comunidad.
- **Técnicas de cómo conservar las plantas, cómo hacer preparados y cómo conservarlos, con un uso mediano en cuanto a un proceso no industrializado, pero sí de elaboración que permita conservar el producto.** Crean técnicas para preparar y conservar los medicamentos que son elaborados a través de plantas medicinales.

En cuanto a los pasantes de servicio social, adquieren una serie de habilidades extras a su formación como médicos y estomatólogos, todas ellas adquiridas con la experiencia de trabajo en comunidad, como son:

- **Adaptabilidad.** Crean habilidades que les permitan integrarse y adaptarse a un espacio fuera de la ciudad y del entorno familiar.
- **Habilidades aquí con el poco instrumental, Habilidades prácticas que tenemos en la clínica, Habilidades en la exploración siempre en la consulta,**

Analizando casos. Adquieren habilidades en la atención clínica a través de su capacidad de adaptación ya que cuentan con poco instrumental en la consulta, está se basa en la exploración física y el análisis de casos.

- **Trabajo con parteras y en equipo** aprende que el trabajo en equipo con parteras y pasantes de otras licenciaturas es importante para hacer frente a los problemas de enfermedad de la población.

- **Comunicación y empatía con la gente.** desarrollan capacidades en comunicación e innovación para generar un respeto y compromiso con la gente.

Por otro lado los promotores de salud, adquieren habilidades durante su capacitación y con sus actividades en las clínicas, estas habilidades son relacionas con:

- **Preguntas lo que son para valorar al paciente, ejemplo; que enfermedad tienen.**

- **Canalizar Suturar heridas a atender pacientes Primeros auxilios, manejo de medicamentos Toma de signos vitales.** Manejan habilidades para interrogar al paciente y a través de la práctica desarrollan y habilidades técnico médicas para dar a tención a la enfermedad.

Podemos decir que el grupo de trabajo de SADEC ya en la práctica realiza análisis de casos clínicos desde lo médico hasta un contexto social, desarrollan habilidades técnico – médicas que ayuden a brindar una mejor atención médica y orientada a una comunicación que les permita ganarse el respeto y confianza de la gente, además de que les facilite el aprendizaje y trabajo en colectivo en la comunidad.

Un ejemplo de esto es que cada fin de mes los coordinadores y los pasantes realizan análisis de casos clínicos que suceden en la comunidad, fortaleciendo su capacidad de análisis. Otro ejemplo es el trabajo que realizan los médicos y promotores de salud, ellos realizan trabajo en conjunto para mejorar la relación médico – paciente ya que la comunicación es una dificultad para los pasantes. En

cuanto a las habilidades que se adquieren durante la formación como licenciados en promoción de la salud son:

- ***Análisis de casos, promover la mejora de la calidad de vida de los sujetos y sus comunidades.***
- ***Análisis y crítica de programas de salud.***
- ***Elaboración de un diagnóstico comunitario.***
- ***Diseño de un programa de salud.***
- ***Intervención en grupos.***
- ***Elaboración de materiales de comunicación.***
- ***Elaboración de campañas.***
- ***Capacidad de observación y análisis.***

Sólo por mencionar algunas, estas habilidades nos permitieron integrarnos a un proyecto como lo es SADEC. Estas habilidades nos permiten analizar y promover la participación en las comunidades analizando un contexto social, económico y cultural, que nos permitan diseñar y desarrollar estrategias de intervención a nivel tanto individual como en colectivo.

Las habilidades de promoción de la salud de SADEC están enfocadas al análisis de casos clínicos, la atención asistencial de la enfermedad, y la participación de trabajo en colectivo, podemos decir que las convergencias en estas concuerdan en el análisis y la intervención en colectivos siendo estas estrategias de promoción de la salud.

11. Experiencia del servicio social

11.1 Experiencia de Martha Itzel Aldave Herrera

El proyecto de servicio social *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados del sureste mexicano*, me dejó aprendizajes nuevos que complementaron mi formación como promotora de salud, además puse en práctica saberes y habilidades que adquirí en la licenciatura. Esto fue importante para mi formación puesto que durante la carrera contamos con pocos espacios de práctica. A continuación relataré algunas experiencias.

Al pertenecer a la primera generación del proyecto de servicio social, tuve la oportunidad de participar, junto con mi compañera Sandra, en la gestión del proyecto con la universidad. Después de que el proyecto de servicio social fue aprobado por la universidad, continuamos como equipo con los preparativos para trabajar con SADEC.

Una de las tareas fue conocer la historia de la asociación y obtener más información sobre la relación universidad-sociedad. Para obtener estos datos trabajé con mi compañera Sandra en la revisión de la página de SADEC y en una entrevista al investigador Víctor Ríos en la UAM Xochimilco en la coordinación de primer nivel y salud comunitaria. Además de obtener la información que necesitábamos, esta tarea me permitió potenciar habilidades para hacer una entrevista como: hacer preguntas clave y ubicar temas relevantes para la investigación, conocer el contexto y la historia de una comunidad antes de hacer trabajo de intervención.

La planeación de las actividades para el servicio social, fue otra actividad que realicé en equipo con Sandra y el coordinador del proyecto. En esta tarea diseñamos un seminario de seis meses sobre el quehacer de la licenciatura en

promoción de la salud, para esta actividad potencie habilidades para la organización de temas y selección de bibliografía.

Sobre el proceso de intervención comunitaria aprendí a planear las actividades y materiales presentarse ante comunidad. Para esto en equipo con Sandra diseñamos trípticos para presentarnos en la asociación, dar a conocer la licenciatura y la propuesta de trabajo para el servicio social. En esta actividad desarrolle habilidades para trabajar en equipo, hacer síntesis de información, diseño de materiales de difusión y programación de actividades.

El servicio social comenzó formalmente en agosto del 2012, lo primero que hice con Sandra fue presentar a la licenciatura con los trípticos que habíamos diseñado. Durante esta experiencia aprendí a moderar mi capacidad para exponer, puesto que no dejaba participar a mi compañera Sandra y aprendí que el trabajo en equipo también implicaba que mi compañera desarrollara sus habilidades.

Cuando se presentó a la licenciatura en SADEC la respuesta de los participantes fue de apertura al dialogo y el intercambio de saberes. Ellos mostraron interés por saber cuál era el quehacer concreto de la carrera y cómo lo demostraríamos en el trabajo de campo. Estas preguntas representaron un reto para mí, puesto que no podía darles una respuesta específica, ya que la licenciatura no tiene una actividad concreta.

Después de esto realizamos la primera sesión del seminario sobre el quehacer de la licenciatura. Durante la carrera participé como apoyo en la preparación de seminarios, sin embargo a diferencia de estas experiencias, en el servicio social aprendí a coordinar en equipo un seminario, sin el respaldo de un asesor puesto que en SADEC no había maestros de la universidad. Esta experiencia fue muy valiosa puesto que en equipo descubrimos nuestras capacidades para manejar grupos, dirigir la discusión de un tema, administrar tiempos y dar continuidad a los procesos de aprendizaje.

Esta fue la primer y única sesión del seminario, ya que la coordinación de SADEC nos invitó a participar en el diseño y coordinación de un taller sobre muerte materna. En esta experiencia aprendí que en a diferencia de la universidad la realidad está sujeta al cambio y la adaptación a éste. Así que junto con Sandra decidimos participar en el taller y aprender de la experiencia, para ello decimos abordar el tema de muerte materna desde el derecho a la salud y adaptamos la información que habíamos preparado para el seminario.

El taller resultó una experiencia sobre el trabajo interdisciplinario, puesto que para el diseño de los talleres participaron personas de medicina, comunicación y pedagogía. Lo que hicimos fue el abordaje de la muerte materna desde el género, la interculturalidad y el derecho a la salud. De esto aprendí que contaba con los saberes y habilidades para discutir cada uno de los temas, realimentar al equipo de trabajo, establecer acuerdos, utilizar herramientas como las cartas descripticas para definir estrategias a partir de objetivos y definir actividades para que los participantes vincularan su práctica en campo con los temas del taller.

Un día antes de realizar el taller los pasantes tenían una reunión en donde discutían los casos clínicos más complicados en campo, esta información resultó importante para los talleres puesto que así se identificaron los vínculos entre lo teórico y lo práctico. Hasta ese momento no había dimensionado la importancia de los problemas de salud pública en México, porque la realidad rebaza por mucho las discusiones en el aula, no es lo mismo hablar sobre los indicadores de muerte materna, que ir a las comunidades donde el acceso a los servicios de salud es limitado y las mujeres corren un alto riesgo de morir en el parto.

Además de estar en las instalaciones de SADEC en el municipio de Palenque, tuve la oportunidad de visitar las comunidades con las que la asociación trabaja. Cuando estaba en ellas leía lo que la OMS decía sobre los determinantes sociales, las condiciones de vida, la pobreza, etc., y resultó un contraste enorme lo

que dice la OMS con la realidad, entendí que las necesidades de una comunidad son deferentes, complejas y así debería trabajarse.

Cuando estuve en las comunidades conocí a compañeros promotores de salud, ellos no pertenecían a la licenciatura. Una de las preocupaciones de mis profesores era cómo sería el recibimiento de los promotores hacia la licenciatura, les preocupaba que los títulos profesionales marcaran una diferencia y cerraran el diálogo. No obstante los promotores se mostraron receptivos e interesados en la licenciatura, de hecho les dio gusto saber que existía una carrera con ese nombre y querían saber que era lo que aprendíamos en la licenciatura. De esta experiencia aprendí que en la intervención comunitaria es importante el respeto por el otro y que no es necesario marcar diferencias académicas, y que una actitud de apertura y diálogo es más importante que el título profesional, puesto comenzar el trabajo con diferencias académicas significa cerrar la puerta al intercambio de saberes.

En equipo con los promotores se realizaron campañas sobre los derechos de las mujeres, en esta actividad, desarrollé habilidades para trabajar en equipo con los promotores y la pasantes de medicina. Esta actividad me enseñó que los tiempos de la comunidad son muy diferentes a los de la ciudad, puesto que para realizar esta tarea esperé varios meses para que nos dieran luz verde. También aprendí a adaptar la campaña y los materiales que utilizamos con lo que la comunidad y SADEC ya tenían.

Además impartí un taller sobre manejo de información bibliográfica para promotores de salud. Esta actividad me enseñó a escuchar a los promotores e identificar los temas de interés para el taller, después desarrollé habilidades para seleccionar los temas que podía impartir, puesto que el tiempo era corto y no podía profundizar o dar continuidad.

La campaña promoción de los derechos de la fueron hechos en tzeltal, de acuerdo a la ideología de las comunidades autónomas. Fue un reto que los promotores

continuaran con esta actividad porque la asistencia de los enfermos es la prioridad, aun así la disposición y el interés de los promotores estuvo presente en todo momento.

La población también nos pidió trabajar con ellos, por ejemplo el grupo de alcohólicos anónimos solicitó un taller sobre violencia doméstica, para esta actividad se preparó una sesión para el grupo. El diseño y la información que se presentó se dejaron en manos del grupo de alcohólicos anónimos. De esta experiencia aprendí que la licenciatura tiene un campo de trabajo amplio en SADEC y que el promotor de la salud necesita ser versátil y ubicar las limitantes de su trabajo, que no tienen que ver con los saberes que tenga, sino con las condiciones, los tiempos y el nivel de profundidad de cada tema que aborde.

Finalmente participé en un encuentro de parteras entre México, Bolivia y Argentina, en el que asistieron diferentes organizaciones civiles, para discutir el tema de muerte materna en Latinoamérica y la importancia de fortalecer el intercambio de saberes con parteras. En esta actividad el diálogo entre profesionistas y parteras, tenía apertura para el aprendizaje, en esta actividad adquirí información sobre los beneficios del parto vertical a nivel fisiológico, cultural y social; aprendí sobre la violencia ginecobstetricia en los hospitales del sector salud y la desvaloración e invasión del cuerpo femenino.

Al salir de SADEC se realizó un evento de cierre de actividades con la asociación que consistió en una entrega de resultados sobre el servicio social y los avances del trabajo recepcional. En esta actividad desarrollé habilidades para exponer como: dicción, organización de información, síntesis y presentación de resultados. Además aprendí del trabajo en equipo puesto que junto con mi compañera Sandra organizamos el evento final.

La experiencia de servicio social me enseñó que antes de esta experiencia carecía de herramientas para trabajar en equipo; no entendía que en este tipo de trabajo

existen estilos, ritmos e interés diferentes entre los miembros del equipo. El aprendizaje es saber cómo empatar estas diferencias, para lograr los objetivos del proyecto.

Una pregunta constante de SADEC hacia la licenciatura fue ¿Qué hace la promoción de la salud?, en una ocasión una compañera de medicina me dijo: Como médica sé que cuando doy una consulta hice algo, pero a tú cómo puedes aplicar la teoría que aprendiste en tu carrera en las comunidades. Al inicio del servicio social mi respuesta fue: la promoción de la salud tiene un campo amplio de aplicación, en este momento realizaremos un diagnóstico para identificar los saberes y habilidades, para identificar si SADEC y la licenciatura coinciden o no, y a partir de esta información podría decirte, qué es lo que desde la carrera se puede hacer. Sin embargo no era suficiente, puesto que la respuesta no era una práctica concreta. Esta experiencia me enseñó que no tenía clara la utilidad de las herramientas que adquirí en la carrera.

Esta pregunta transformo mi forma de entender a la promoción de la salud, ahora sé que a partir de la experiencia es cuando las herramientas de la carrera comienzan a surgir.

11.2 Experiencia de servicio social Sandra Nallely Arriaga Mendoza

Toda esta experiencia empieza a partir de mayo del 2012 cuando el profesor Leonel nos comenta a mi compañera Itzel y a mí que había la posibilidad de ir a Chiapas a realizar servicio social, lo cual esta noticia nos puso muy contentas ya que anteriormente habíamos estado interactuando con algunas comunidades de allá.

Esta oportunidad nos puso a trabajar en las diversas actividades que nos permitieron integrarnos a este proyecto:

1. Conocer el trabajo que SADEC realiza.
2. Como presentar a la licenciatura y a la universidad.
3. Las actividades que realizaríamos durante el servicio.
4. Y el diseño de protocolo de investigación.

Para conocer el trabajo que SADEC realiza, fue investigar a través de su página web, ahí conocimos un poco de las actividades que realizan y las comunidades con las que trabajan, además le realizamos una entrevista al profesor Víctor Ríos de la UAM – Xochimilco quien conocía el proyecto y que en algún tiempo colaboro con SADEC, él nos pudo contar un poco la historia de cómo inicia el proyecto en Chiapas y además de lo que íbamos a encontrar y a enfrentar nosotras solas. Y por otro lado, lo que el profesor Leonel nos platicaba de la importancia que tenía este servicio en particular. A partir de estas charlas surgieron varias ideas para dar a conocer la licenciatura y a la UACM, así que realizamos unos trípticos que nos permitieran describir los objetivos y el quehacer de la licenciatura.

Para la parte de las actividades se diseñó un seminario que nos permitiera mostrar algunos de los temas que se ven LPS, sobre todo para que los compañeros de medicina y estomatología pudieran entender el quehacer de la PS, abarcando

salud, derecho a la salud, políticas públicas, educación popular y promoción de la salud.

De esta propuesta de servicio social también surge la idea de realizar una tesis en colectivo, el cual nos puso a trabajar en el protocolo de investigación uno de los objetivos era encontrar las divergencias y convergencias del quehacer de promoción de la salud de SADEC y de la Licenciatura. Como un primer acercamiento entre la UACM y SADEC que promueva la retroalimentación entre ambos a partir de identificar los saberes y habilidades.

En el mes de julio conocimos y nos entrevistamos con el Dr. Joel Heredia quien es el responsable de SADEC. Le platicamos todo el plan de trabajo que realizaríamos. La hora de partir llego y con ella se mostraba la tristeza de dejar a nuestras familias, los nervios de llegar a Palenque en donde no se conoce a nadie, pero sobre todo iba con las ganas de trabajar, de aprender, de conocer nuevas cosas, nuevos lugares, nuevas personas, culturas y lenguas.

El viaje fue bastante largo y cansado, sin poder dormir y sólo pensando e imaginándome, ¿Cómo sería SADEC? ¿Cuántos compañeros tendríamos? ¿Cómo nos recibirían? ¿Qué sabían de la universidad y de la licenciatura? ¿Qué iba hacer primero en cuanto llegara? Y que tanto extrañaría mi familia y amigos.

Nuestra llegada a SADEC fue genial ya que no sólo nos esperaban a nosotras si no a más compañeros que iniciarían su pasantía junto con nosotras, la incertidumbre era mucha por conocer a todo el equipo de trabajo que se integraba y que ya estaba en SADEC.

Comenzamos a trabajar el día 1 de agosto con una reunión con todo el equipo de trabajo de SADEC, coordinadores y pasantes, Adán, Tania, Nancy, Jonathan, Fabiola, Lilia, Oyuky, Saúl, Mónica, Fulgencio, Miriam y el Doctor Joel. Después de presentarnos con el grupo, ellos nos presentaron las comunidades en las que están trabajando siendo estas culebra, arroyo granizo, San Jerónimo Tulija, las

Tazas y Zapata todas estas comunidades autónomas además de los programas que implementan.

En esa reunión se presentó tanto a la universidad como a la licenciatura de Promoción de la Salud de su quehacer y de las actividades que podemos realizar, además de mostrar la propuesta del seminario que se quería realizar cada fin de mes en donde se dialogaría algunos temas de promoción de la salud, que les ayudaría a tener otra mirada y perspectiva del trabajo en campo. Me encontré con que no conocían ni la universidad y la licenciatura, algo que ya me temía sin embargo las inquietudes y la disponibilidad de los compañeros de conocer acerca de la promoción de la salud, me alegró y motivó bastante.

Mientras llegaba el día de visitar el caracol de la garrucha que es donde se encuentra la junta de buen gobierno del movimiento zapatista, realicé junto con otros compañeros una salida para empezar a conocer el Estado de Chiapas.

El recorrido por las comunidades empezó y con el ir dejando a cada uno de los compañeros que ya tenían asignada su comunidad. Empezando en San Carlos, de ahí llegamos a la garrucha en donde teníamos que pedir permiso para trabajar en las clínicas y con la gente de la comunidad, este proceso ya lo conocía ya un año antes había estado en otro caracol. Partimos ya por la tarde hacia zapata atravesando las montañas en un camino en donde no había nada más que el atardecer de ese día. El Dr. Joel nos iba platicando anécdotas que había pasado por esos caminos, llegamos a la comunidad en donde ya nos esperaban y al bajar me quedé impactada con el hermoso cielo estrellado que vi, una cosa que nunca había visto. Esa noche la pasamos ahí, por la mañana seguimos nuestro recorrido hacia tazas en donde solo dejamos a una compañera más. Después fuimos a san jerónimo, arroyo granizo y culebra.

Los días, las semanas empezaron a pasar muy rápido y al término del mes ya había visitado todas las comunidades con las que SADE trabaja, quedándome en

tres de ellas San Jerónimo, Arroyo y Culebra. Ya en el trabajo de campo uno de los mayores temores era como nos iban a aceptar los promotores de la salud, la comunidad y las autoridades, el poder explicarles que aunque tuviéramos el mismo nombre no realizábamos las mismas actividades que ellos. Fue muy difícil poder explicarles ya que el primer obstáculo fue el poder comunicarnos ya que hablan tzeltal y casi no hablan español.

El primer mes terminó, y para mí fue un mes lleno de muchas actividades, en donde me puede dar cuenta que cada comunidad es muy diferente, que las personas como te brindan su confianza a pesar de que no te conocen, fueron algunos motivos para continuar en el viaje.

Las reuniones comenzaron y con ello el seminario que se tenía programado y era tiempo de ver lo capaz que podía ser para explicar los que ya había aprendido durante la licenciatura.

Durante el segundo mes no fui a comunidad ya que nos quedamos a observar el trabajo que los coordinadores de SADEC realizan, lo cual fue bastante aburrido pero interesante a la vez, ya que participan en algunos cursos o incluso prestan las instalaciones para actividades con grupos, con migrantes, parteras, y con Casa de la Mujer. El curso con parteras fue bastante interesante ya que estuvieron presentes unas compañeras de Argentina y Bolivia quienes nos hablaron de herbolaria y de cómo se realizaba anteriormente los rituales para que las mujeres tuvieran a sus bebés. Fue interesante escuchar las experiencias que las parteras han tenido y como se han enfrentado a las instituciones de salud para que el trabajo que realizan no sea desprestigiado.

Conforme pasaron los tres primeros meses me permitió ver que en SADEC en las actividades que realizan en promoción de la salud, tienen que ver con actividades asistenciales y de capacitación; lo cual asocia al quehacer del modelo médico-hegemónico.

La dinámica del seminario cambió a un taller el cual le podíamos dar continuidad mes con mes, el eje de trabajo fue la muerte materna, abordando como temas que se abordaron fueron género, interculturalidad y derecho a la salud. Éste taller se realizó en conjunto con otras disciplinas como la pedagogía, medicina comunicación y la promoción de la salud, el colaborar en un taller me permitió adquirir experiencia, nuevos saberes, y ver como un grupo multidisciplinario puede lograr trabajar en problemáticas que sociales. Pero sobre todo el ver que los compañeros se interesan y participa en las dinámicas de trabajo les ayudo a comprender y a darle otro enfoque a las problemáticas de salud que veían de la comunidad.

Como parte del trabajo de investigación, se una serie de entrevistas semi estructuradas a los coordinadores de SADEC, pasantes de servicio social y los promotores de salud, estas entrevistas nos sirvieron para ponernos en contexto del trabajo de promoción de la salud que se viene realzando y el ver los saberes y las habilidades que tienen en promoción de la salud.

Para llevar a cabo actividades con los promotores, escuché las problemáticas que ellos veían en la comunidad, las cuales eran la alimentación, la cual propuse una serie de talleres que les permitiera a los promotores abordar este tema con los pacientes y con la comunidad en general. Sin embargo, trabajar con ellos necesitábamos de mucha planeación y organización con tiempo, ya que los tiempos de los promotores son pocos, además de que si se da un taller se tiene que dar a todos los promotores que hay en el caracol, para llevar a cabo esto se necesita la aprobación de las autoridades, la cual no es inmediata, acordar la fecha para trabajar, asumiendo que podían decir que no.

Y aunque de las tres comunidades en donde estuve, sólo pude trabajar con los promotores de salud de la clínica de culebra, en donde hablamos de nutrición y del programa del seguro popular, me permitió ganar más confianza en mi persona y

mi formación, además de adquirir nuevos saberes y descubrir que era capaz de planear, organizar, crear y ejecutar proyectos a corto plazo.

En el trabajo con mis compañeros pasantes de medicina y estomatología se realizó en conjunto una campaña de Papanicolaou, toma de glucosa y presión así como pláticas de salud bucal, cáncer cervicouterino y alimentación y vivienda.

Considero que este proyecto de servicio social fue muy enriquecedor en cuanto a los nuevos saberes que adquirí en el trabajo de campo que realice en las comunidades autónomas zapatistas, ya que aprendes mucho de la población de sus costumbres, tradiciones, de su modo de organización en colectivos, de su lengua y sobre todo aprendes a vivir humanamente.

El intercambio de saberes que se dio entre SADEC y las pasantes de la licenciatura de la UACM, fue uno de los resultados más enriquecedor ya que considero que ambos aportamos conocimientos que nos permitieron vivir nuevas experiencias, que podemos compartir con compañeros de la licenciatura.

Así mismo, los compañeros del área de medicina y estomatología se interesaron por conocer más por la promoción de la salud y que los talleres y el seminario que se les impartió, les permitiera voltear a ver otros factores que determinan a la enfermedad y que no sólo es la ausencia de ésta. Y que los conocimientos que ellos adquirieron los llevaron a la práctica en las comunidades.

Todo este trabajo que se realizó me permitió darme cuenta que hay mucho trabajo que hacer en la promoción de la salud, hay muchas cosas que aún faltan por hacer. Que hay comunidades que no tiene acceso a muchos servicios y que eso limita a desarrollar muchas de sus capacidades.

12 Reflexión final

12.1 Martha Itzel Aldave Herrera

En esta investigación dejamos de lado el vínculo estático entre profesionistas y comunidad y se hizo posible un diálogo e intercambio de saberes y experiencias, que permitió la modificación de esquemas de pensamiento y de acción de la práctica médica y de la promoción de la salud.

La relación entre la universidad y SADEC en la práctica de la Promoción de la Salud nos permitió establecer un diálogo en el que se identificaron convergencias y divergencias, ya que si bien es cierto que las conferencias internacionales sobre esta área insisten en la profesionalización y formación de promotores de salud, en México existen pocas instituciones que se ocupan en ello e incluso es difícil que abran sus puertas a egresados de la licenciatura en Promoción de la Salud. Sin embargo en SADEC se ha capacitado a promotores de salud desde 1984, dos años antes de que la carta de Ottawa lo mencionara.

Al finalizar la licenciatura pareciera que se rechaza la práctica médica que se concentra en la atención de la enfermedad y no incluye la dimensión social de la salud. Se lograron identificar algunas necesidades de la comunidad, entre ellas: capacitación en temas sociales de salud para los pasantes y con los promotores se llevaron a cabo actividades para el desarrollo de habilidades para búsqueda de información y el desarrollo de un medio de acercamiento de la información hacia la población atendida.

En el diseño de los talleres sobre muerte materna se estableció un diálogo con los coordinadores de SADEC, en el que se integraron tres enfoques: el género, la interculturalidad y el derecho a la salud. En esta actividad se desarrolló habilidad en investigación, establecimiento de objetivos y actividades que fortalecieran la aplicación de la teoría en la práctica de los pasantes. El resultado fue que los

pasantes vivieron un proceso de formación integral vinculado a su experiencia, en menos tiempo que las generaciones previas.

Por ejemplo, en los talleres los pasantes recibieron capacitación sobre interculturalidad, derecho a la salud y género para prevenir la muerte materna en la comunidad. Esta información les permitió brindar servicios de salud desde un enfoque integral que incluya el contexto social, el respeto por la cultura, las creencias y la lengua materna de los pacientes, así como la organización comunitaria de los lugares donde se ubican las clínicas.

Por otro lado con los promotores se planeó la realización de una campaña sobre los derechos de las mujeres autónomas. Durante esta actividad se sugirió la utilización de material didáctico que estaba sin utilizarse y que era muy apropiado para este tema. Como resultado, los promotores encontraron una forma más amable de acercar a la población temas difíciles de trabajar como el de esta campaña, a través de la traducción a las lenguas nativas de los carteles expuestos y la discusión de documentales hechos por la misma sociedad autónoma. Esta campaña tuvo una gran aceptación entre los visitantes de la clínica.

En la capacitación para las promotoras de la clínica de Tazas sobre manejo de información, desarrollaron herramientas que les sirvieron para utilizar material biográfico disponible en la clínica. El resultado fue que al final del taller, las promotoras demostraron habilidad en la búsqueda de información e independencia de los pasantes de medicina.

El tema recurrente en las entrevistas y la experiencia de servicio social fue la práctica médica asistencial. En este tema se distingue un primer desencuentro con la carrera de Promoción de la Salud, puesto que la atención de la enfermedad no es un tema que nos ocupe. Sin embargo coincidimos en que la carrera de Promoción de la salud puede compartir información que fortalece la

transformación de la práctica médica, para que esta se realice desde un enfoque social.

La práctica médica de SADEC nos invita a reflexionar sobre la dicotomía hegemonía y contra-hegemonía que abordamos en el marco teórico. De acuerdo a Eduardo Menéndez la superestructura sobre la que se instituye la práctica médica hegemónica es: el biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y la eficacia pragmática. Como veremos en los siguientes párrafos, la práctica médica en la SADEC se diferencia porque incluye la historicidad y la sociabilidad sin embargo también está presente el biologismo y el individualismo, con esta información se podría decir que la asociación está en un proceso contra-hegemónico de la práctica médica.

Otra coincidencia entre ambas instituciones es que se considera a la participación del profesionalista en campo como la suma de su trabajo a un proceso comunitario independiente, que ya tiene un funcionamiento establecido y para el cual el profesionalista no es indispensable.

En conclusión la relación entre SADEC y la carrera de Promoción de la salud es un proceso con mucho futuro. Entre los encuentros y desencuentros identificados, la práctica médica es un tema que une a dichas instituciones, puesto que se enriquece con la experiencia de la asociación y el bagaje teórico de la licenciatura.

Trabajar en SADEC resultó una experticia formativa que en mi opinión favorece el desarrollo de saberes y habilidades, desde el diálogo y la experiencia.

12.2 Reflexión Sandra

El realizar un servicio Social diferente a muchos otros, al mismo tiempo que se realizaba el trabajo de investigación para esta tesis, me ha dejado una serie de satisfacciones, saberes, habilidades y nuevas experiencias, que me hicieron crecer como persona y como Promotora de la Salud.

En cuanto a los saberes, estos fueron muchos como el aprender un poco de una lengua en este caso el Tzeltal el cual me permitió comunicarme y relacionarme con la gente de la comunidad. El intercambio de saberes entre los integrantes de SADEC ayuda a enriquecer nuestra formación como PS y en el proceso de trabajo comunitario. Además de que fue interesante comprender como las materias que nos otorga la licenciatura son necesarias para un trabajo como el que realizó, ya que a lo largo de la licenciatura no queda claro porque llevar materias relacionadas a lo biológico como célula, cuerpo humano y farmacología, ya que en el ciclo superior de la licenciatura no les vemos relación alguna, sin embargo el trabajar con una A.C que se dedica a la práctica asistencial de la enfermedad, me permitió ver que son necesarios esos saberes y que no nos deben de ser ajenos para un trabajo en comunidad.

Se pusieron en marcha las habilidades adquiridas durante la licenciatura, en incluso fue interesante como es estar alejada de los profesores, me permitió descubrir que contamos con una caja de herramientas que se pueden poner en marcha en el trabajo de campo, como el trabajo multidisciplinario que permitió crear un taller para los pasantes.

13. Conclusión

Se potenciaron procesos de análisis y trabajo al interior y entre los participantes de la asociación.

Se identificaron los saberes y habilidades en SADEC, a través de entrevistas a profundidad y a grupos focales, además de observaciones del servicio social.

Se identificó que en SADEC existe apertura para trabajar con la licenciatura en actividades diferentes a las asistenciales y preventivistas.

Conclusiones particulares:

Se identificaron saberes y habilidades en la currícula de la licenciatura y se compilaron en una tabla.

Se identificaron coincidencias entre la licenciatura y SADEC en saberes relacionados con el área de ciencias en asignaturas como: cuerpo humano I y II, farmacología y nutrición.

Se identificaron coincidencias entre la licenciatura y SADEC en saberes relacionados con el área de ciencias sociales en asignaturas como: derecho a la salud, salud pública y salud comunitaria, formación de recursos humanos en promoción de la salud.

Se identificaron coincidencias entre SADEC y la licenciatura en habilidades como: trabajo interdisciplinario, manejo de grupos, análisis, planeación, construcción de consensos, análisis de problemas de salud pública y diseño de programas para incidir en estos.

Se identificaron como divergencias entre SADEC y la licenciatura la orientación de la práctica de la promoción de la salud. La asociación le da más peso a la práctica

asistencial, mientras que en la licenciatura es al fortalecimiento de procesos comunitarios.

Se identificaron como divergencias entre SADEC y la licenciatura, que la asociación se orienta hacia la atención y prevención de la enfermedad, mientras que en la licenciatura es hacia el proceso salud-enfermedad.

14. Propuestas

El proyecto de servicio social es un espacio de práctica en donde los estudiantes pueden compartir saberes relacionados con las ciencias con los promotores de salud de SADEC, puesto que dichos saberes son básicos para entrar a temas asistenciales.

El proyecto de servicio social *Construyendo vínculos de trabajo entre promoción de la salud de la UACM y grupos organizados de salud en el sureste mexicano*, debería de ser un proyecto que tuviera una duración de 1 año para que dé tiempo de los procesos del proyecto.

La currícula de la licenciatura aporta saberes y habilidades sobre interculturalidad, derecho a la salud y género, que potencian la reflexión orientada a la práctica en comunidades indígenas, para la formación de pasantes de otras carreras.

La licenciatura debería de brindar más proyectos en donde los estudiantes puedan analizar el programa de estudios y se puedan tener un intercambio de saberes con diferentes disciplinas.

15. Obras consultadas

Universidad Autónoma de la Ciudad de México [<http://www.uacm.edu.mx/>]. México: Programa de Servicio Social; 2013 [actualizado -Fernando Gómez y Jorge Macías; acceso 27 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://serviciosocial.uacm.edu.mx:3000/programas>

Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial; 2006.

Paho.org. The 8th Global Conference on Health Promotion 2013 [www.paho.org]. Pan American Health Organization; [acceso 22 de agosto del 2013]. Disponible en: [www.paho.org/hiap/index.php?lang=es]

Organización Panamericana de la Salud [<http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>]. Washington: [Acceso 19 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.html

Organización Mundial de la Salud [<http://www.who.int/es/>]. Washington: Health promotion; 2013 [actualización 2013; acceso 11 de septiembre de 2013] Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: www.promoción.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promoción/2_carta_de_ottawa.pdf

Secretaria de Salud [<http://www.spps.gob>] México: Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud; 20013[actualizado 27 de Julio de 2013]; acceso 11 de septiembre de 2013] Webmaster SPPS. Manual de Organización. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/nuestra-spps/manual-organizacion-spps.html>

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: Dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Las 5 funciones de promoción de la salud. Disponible en:

www.promoción.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html

Universidad Autónoma de la Ciudad de México [<http://www.uacm.edu.mx/>]. México: Programa de estudios de las licenciaturas; 2013 [actualizado -]; acceso 27 de agosto de 2013. Disponible en:

<http://www.uacm.edu.mx/LinkClick.aspx?fileticket=yULVQdQdMdk%3d&tabid=77>

Instituto de investigaciones jurídicas. Organismos No Gubernamentales: Definición, Presencia y Perspectivas [<http://www.juridicas.unam.mx>]. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México CODHEM <http://www.codhem.org.mx>; 1995 [actualizada el 07 de julio de 1995; acceso 09 de junio de 2012]. Disponible en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/28/pr/pr1.pdf>

Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud–enfermedad. Revista de salud pública Rio de Janeiro [Internet]. 1992 [acceso 05 de marzo de 2015]; 8(3) P.254. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>

Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. 5ª ed. México: Siglo XXI editores; 1998. P.98.

Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores en Basaglia. México: Nueva imagen; 1979.

Ferrater-Mora J. Diccionario de filosofía. Buenos Aires: Sudamericana; 1964.

Burguiere. Diccionario de ciencias históricas. España: Akal; 1991. P702.

Gallino L. Diccionario de sociología. México: Siglo veintiuno; 1995. P 1003.

Greco O. Diccionario de economía. Buenos Aires: Valleta; 2003. P494.

Guadagnini D. Diccionario de administración y ciencias afines. México: Limusa; 1995 P224.

Restrepo H. Promoción de la salud: desafíos y propuestas para el futuro. Seminario internacional evaluación políticas públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Colombia 14 de junio de 2005.

Kairos. Revista de temas sociales ISSN 1514-9331. Proyectos culturas juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luís. Año 15. N° 28, Noviembre de 2011.

Laurell, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de salud. 1981; 2(1):18

Samaja Juan, Epistemología de la salud: reproducción social, subjetiva y transdisciplina. 1ª ed Buenos Aires año, 2007.

González-Guzmán R. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina

Social [Internet]. 2009 [acceso 28 de mayo de 2012]; 4(2): 135-141. Disponible en: www.medicinasocial.info

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_d_eALMA_ATA.pdf

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: www.promoción.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promoción/2_carta_de_ottawa.pdf

Arguelles-Arredondo C. Canadá y América Latina una relación estratégica hacia la integración económica. Revista Mexicana de Estudios Canadienses. 2010; (20): 57-73.

Harenberg B. Crónica de la humanidad. Barcelona: Plaza&Janes Editores, S.A; 1987. P 1053.

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_d_e_Adelaide.pdf

Salvat J. Panorama económico internacional. En: Libro del año 1988. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1989. P 80-111. P308.

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Políticas Públicas para la Salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Conferencia sobre Promoción de la Salud Entornos Propicios para la Salud declaración de Sundsvall. Disponible en:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

Ramón Sol. Anuario de los temas 1991. Barcelona: difusora internacional; 1992 P.526. [Acceso 22 de agosto del 2013] Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en América Latina Bogotá. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf

Domingo R. Anuario de los hechos 1992. Barcelona: difusora internacional; 2003. P 509.

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_d_e_Yakarta.pdf

Pérez Cabos A. Anuario de los hechos 1997. Barcelona: difusora internacional; 1998 P. 509. [Actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de México sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI.

Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf

Lara J. M. Anuario 2005 los hechos. Barcelona: difusora internacional; 2006. P.520

Secretaria de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. II Declaración de Bangkok. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Bangkok_es.pdf

Lara J. M. Anuario 2009 los hechos los temas y sus protagonistas. Barcelona: difusora internacional; 2010. P.419

Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. VII Conferencia Mundial en Promoción de la Salud la llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la salud. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf

Secretaría de Salud [www.promoción.salud.gob.mx]. México: dirección general de promoción de la salud; 2012 [actualizado jueves 01 de marzo del 2012; acceso 22 de agosto del 2013] José M. Sánchez Zepeda. VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en todas las políticas Helsinki 2013. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf

Héctor Arias H. La comunidad y su estudio: personalidad, educación, salud. La Habana: Pueblo y educación; 1995.

Ander Egg E. En: Noción de comunidad. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. 10 ed. Buenos Aires: Hvmánitas; 1988. PP.342.

Ibañez, Tomas. Introducción a la psicología social. España: UOC, 2004. Pág. 449.

Marx K, Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Marx-y-Engels.-El-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-Estado.pdf>.

Jean Luc Nancy. La comunidad desobrada. México: Seminario mirada y poder Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Jean-Luc-Nancy-La-comunidad-desobrada.pdf>.

Echegoyen Olleta J. François Marie Arouet Voltaire Diccionario filosófico. [Internet]. Torre de babel ediciones; 2007 [acceso 27 de diciembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.entorredebabel.com/Historiadelafilosofia/Filosofiagriega/Presocraticos/Ontologia.htm>

Astray Coloma L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? España: Semfyc; S/A.

Barbero J.M. Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. Madrid: Alianza; 2005.

López Casillas C.A. Entre Pizacas y Barbrechos Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace. México: Enlace, comunicación y capacitación A.C; 2002.

Chacón Blanco María Dolores, El desarrollo comunitario, Revista innovación y experiencias educativas, N° 29, Abril 2010.

Freink, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, 3a ed. México: FCE, SEP, CONACYT, 2003.

Jarillo S. Edgar C, Arroyave Loaiza Ma Gilm, El conocimiento de la salud y las ciencias sociales, Rev. Esp. Salud pública, 1995.

<https://www.youtube.com/watch?v=E7BSirUOFio>, consultada en Marzo del 2014.

En la ponencia de Manuel Outón (en V foro Anual de Promoción de la salud, febrero 2015) Ma. Isabel del Val Valdivieso, el contexto social de las universidades, universidad de Valladolid.

Pérez Correa Fernando, Steger Hanns- Albert, La universidad del futuro, 1981, UNAM. Pag.29

Foucault Michel, La historia de la clínica, 1a ed. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina, 2004, pág. 73

Boaventura de Sousa Santos, “La universidad del siglo XXI”, cuarta edición, CIDES-UMSA, 2007 Pag.21

Almeyra Guillermo, Los vaivenes de los movimientos sociales en México, año IX N°24, Octubre de 2008.

Villoro L. Creer, saber y conocer. 2ª ed. México: Siglo XXI; 2009.

Díaz Barriga Arceo F, Hernández Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista. 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.

Sacristán JG, Pérez Gómez Al. . Comprender y transformar la enseñanza. 1ª ed. España: Morata; 1992. Censo de población y vivienda INEGI 2010: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/chis/07_principales_resultados_cpv2010.pdf

“Evaluación DX”, Comisión de aproximación, participantes: Natividad Almanza Beltrán, Pedro Leonel Arreola Medina, Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Yolanda Gómez Moreno, informe redactado por: Darío Santiago López y Yolanda Gómez Moreno, Documento de circulación interna. Dentro de la Evaluación del plan de estudio de la Lic. En Promoción de la Salud, 2008 – 2009, coordinado por la comisión académica y desarrollo curricular de la UACM.