



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

**LA DIMENSIÓN AFECTIVO-EMOCIONAL EN LA
PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD.
RECAPITULACIÓN DE UNA EXPERIENCIA EN SAN LUIS
ACATLÁN, MÉXICO, DEL 2010 AL 2015**

Ana Catalina Sedano Díaz

**Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública Comunitaria y
Desarrollo Local**

Guía de Tesis: Paul Hersch Martínez, Marcelo Carrasco Henríquez

Temuco 23 de abril 2017

Agradecimientos

A todos los entrevistados y participantes, quienes compartieron su experiencia, su saber y emoción en los talleres, entrevistas y pláticas, a quienes me recibieron en su hogar y apoyaron en este trabajo: a los promotores de salud, a los coordinadores, policías y compañeros de la CRAC-PC, al grupo Tana Xana, al personal del Ayuntamiento y de la Secretaría de Salud del municipio de San Luis Acatlán, a los pobladores de las comunidades de Horcasitas, Pueblo Hidalgo, Cuanacaxtitlán y Buenavista.

A mis padres, hermanos y toda mi familia y amigos por su apoyo y amor incondicional, por ser espejos y maestros en el camino, por motivarme a seguir aun en momentos difíciles, por su ayuda en esta labor, por ser fuente de inspiración y amor en mi vida.

A mi director de tesis Paul Hersch, de quien he aprendido la importancia de la profesionalización, de la responsabilidad social que tiene la academia, las instituciones y todos como ciudadanos, del alcance de la participación social y la importancia de pensar en la incidencia política de nuestro trabajo, por su corazón incansable y su ejemplo.

Al Programa de Actores Sociales de la Flora Medicinal en México (PASFM) y a sus colaboradores, por todo el aprendizaje e inspiración que me han permitido obtener en diversos escenarios, por luchar por el bien común, por los amigos que ahí he encontrado.

A Marcelo Carrasco, por su amistad y por su ejemplo, por su motivación y apoyo, por su amable acompañamiento y valiosas recomendaciones que enriquecieron este trabajo, por ser fuente de inspiración para seguir contribuyendo a causas nobles y justas.

Al Dr. Jaime Serra por el legado que ha dejado su corazón, voluntad y ejemplo, por abrir caminos donde ahora muchos pueden caminar y crecer como profesionistas y seres humanos; a su familia, a Magdalena y sus hijos, por su apoyo, amistad y por recibirme con cariño en mi estancia en Chile

A la Universidad de la Frontera, al equipo del Programa PIRI, al equipo del centro de salud Boroa Fillulawen, a mis profesores y compañeros del Magister y amigos en Chile, por su fraternal recibimiento, por el aprendizaje compartido y el crecer juntos con esta experiencia.

Al Conacyt, a quienes ahí trabajan y contribuyeron para poder hacer posible mi estancia en Chile.

Agradezco a la vida por haber tenido la oportunidad de tener esta experiencia, por ampliar mi horizonte, poder participar y aprender de diversos escenarios; y a la muerte, por la posibilidad de renovarme, por enseñarme lo valioso de cada instante, encuentro y acción.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
1. Estructura de la tesis	9
2. ¿De dónde surge el interés?	9
3. Tejiendo experiencias	11
4. Problema de investigación	15
5. Metodología	21
 CAPITULO 1. UN DOBLE SOSLAYO EN LA SALUD PÚBLICA: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DIMENSIÓN AFECTIVO-EMOCIONAL	 28
 1.1 Participación social (PS)	 29
1.1.1 Las múltiples lecturas de la PS y su gradación	29
a) Un polo: la participación ciudadana como concepto de referencia	31
b) Subciudadanía, Ciudadanía de baja y alta intensidad	34
c) Algunos determinantes políticos y socioestructurales de la PS	36
d) Modelo neoliberal y capitalismo	38
e) La modernidad y sus efectos en la participación social	39
f) Hegemonía cultural: funcional al polo de la participación Instrumentable	41
g) La participación en salud como referente emancipatorio	43
1.1.2 El soslayo de la PS en la salud pública	44
a) La retórica y lo discursivo como expresión del soslayo e instrumentación de la participación social	45
b) Del dicho al hecho hay mucho trecho: los Comités de salud propuestos a nivel oficial	47
c) La educación como proceso reproductor de valores y prácticas: ¿cómo se enseña y se aprende a no participar?	49
d) Medicalización y paternalismo	51
 1.2 La Dimensión Afectivo-Emocional (DAE)	 53
1.2.1 Diversas aproximaciones a la Dimensión Afectivo-Emocional (DAE)	53
a) Aproximaciones desde lo general	53
b) Aproximaciones desde el ámbito de la salud	55

1.2.2 Algunos referentes de origen en el soslayo biomédico de la DAE	57
a) La modernidad	57
b) El paradigma cartesiano- newtoniano y la separación mente y cuerpo	57
c) El modelo económico y la reducción del ser humano a consumidor y usuario	58
d) El soslayo biomédico de la DAE desde la perspectiva de la antropología médica	59
e) La “salud mental”: una puerta insuficiente a la DAE	60
1.2.3 Algunos niveles, espacios y ejemplos de soslayo biomédico de la DAE	62
a) En los programas de educación superior y en el perfil de los profesionales de la salud	62
b) En la atención y en el tratamiento	63
c) En los programas de promoción y prevención	65
d) En la evaluación del sistema de salud	67
CAPITULO 2. LA SALUD Y SU URGENTE RESIGNIFICACIÓN	68
2.1 ¿Qué es la salud? Diversas aproximaciones conceptuales	68
¿Por qué “resignificarla”?	70
2.2 Referentes pertinentes para una salud pública alternativa	71
2.2.1 Medicina Social	73
2.2.2 Salud Colectiva	74
2.3 La resignificación de la salud desde el “Buen vivir” y la cultura por la vida	75
2.4 Salutogénesis	76
CAPITULO 3. EL MÉXICO PROFUNDO DE LA COSTA CHICA: UN DESPERTAR QUE DUELE PERO ILUMINA	78
3.1 Contexto de la investigación en el marco del programa ASFM-INAH	78
3.2 El territorio: San Luis Acatlán	80
a) Ubicación	80
b) Antecedentes históricos	82
c) Contexto socio y biocultural	83
d) Contexto socioeconómico	84
3.3 Perfil epidemiológico sociocultural	88

a) Servicios públicos	89
b) Servicios personales de salud	92
c) Estructura asistencial oficial	92
d) Insumos y accesibilidad	93
e) Causas de morbilidad desde la perspectiva biomédica	93
f) Causas de morbilidad desde la perspectiva local	95

3.4 La Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias y su Comisión de Salud

96

3.5 La Comisión Municipal de Salud

99

CAPITULO 4. ALGUNOS ELEMENTOS EN TORNO A LA SALUD, LA PARTICIPACIÓN SOCIAL (PS) Y LA DIMENSIÓN AFECTIVA-EMOCIONAL (DAE) EN LAS CULTURAS NA SAVI (MIXTECA) Y ME'EPHAA (TLAPANECA), DE SAN LUIS ACATLÁN, GUERRERO.

103

4.1 Saberes locales relativos a la salud en las culturas Na savi y Me'phaa

103

4.1.1 Algunas representaciones y prácticas relativas a la salud y enfermedad desde la perspectiva local

104

- | | |
|---|-----|
| a) Significados de la salud desde la perspectiva local | 107 |
| b) Significados y algunas causas de enfermedad desde la perspectiva local | 109 |

4.1.2 Actores y espacios relevantes en la salud individual y colectiva en la cultura na savi y me'phaa

112

4.2 Saberes locales relativos a la participación social (PS) en las culturas Na savi y Me'phaa

114

4.2.1 Algunas representaciones y prácticas relativas a la PS desde la perspectiva local

115

Significado de participación desde la perspectiva local 117

4.2.2 Actores y espacios de participación en la salud individual y colectiva

121

4.2.3 Algunos cambios a través de la historia en las formas de participación para la salud. Causas y consecuencias.

123

4.3 Saberes locales relativos a la Dimensión Afectiva-Emocional (DAE) en las culturas Na savi y Me'phaa

127

4.3.1 Las emociones y los afectos desde la perspectiva local. Su relevancia en la salud y enfermedad

127

- | | |
|---|-----|
| a) Significados de las emociones y los afectos desde la perspectiva local | 127 |
| b) Ejemplos de la relación de la DAE y la salud y enfermedad | 129 |
| c) Actores y espacios para la DAE | 132 |
| d) Cambios en la DAE | 132 |

CAPÍTULO 5. SOSLAYO Y POTENCIAL DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA SALUD Y LA ATENCIÓN. NARRATIVAS Y REFLEXIONES EN LA EXPERIENCIA DE CAMPO

134

5.1 El soslayo y el potencial de la PS.

134

5.1.1 El soslayo de la PS. Narrativas y reflexiones.

134

a) Primer ejemplo: El soslayo en la Comisión Municipal y en los Comités de Salud

135

b) Segundo ejemplo: los trabajadores del sistema de salud y el diagnóstico, diseño, y toma de decisiones en los programas

137

5.1.2 El potencial de la PS. Narrativas y reflexiones

139

5.2 Formas de “participar para uno mismo y para los demás”

143

5.2.1 ¿”Cómo participas para tu salud”?

143

5.2.2 ¿Cómo participas para la salud de los demás?

144

5.3 Algunas barreras y oportunidades en la PS para la salud.

148

5.3.1 Barreras

a) intrapersonales

149

b) interpersonales

150

c) institucionales

152

d) estructurales

156

5.3.2 Oportunidades

164

5.4 Redimensionar de la PS para la salud: ¿un reto posible?

165

5.4.1 ¿En qué consiste redimensionar la PS?

165

5.4.2 Algunas actividades realizadas en el marco del proyecto

165

5.4.3 Actores sociales importantes en el redimensionamiento de la PS para la salud a nivel local y macro (comisario, médico, regidor, promotoras)

168

5.4.4 Iniciativas, instancias institucionales y comunitarias de PS en el municipio (escuela, comisaría, centro de salud, centros ceremoniales, etc.)

170

CAPITULO 6. SOSLAYO Y POTENCIAL DE LA DIMENSIÓN AFECTIVO-EMOCIONAL EN LA ATENCIÓN Y LA SALUD. NARRATIVAS Y REFLEXIONES.

171

6.1 El soslayo y potencial de la DAE desde la experiencia en campo

171

6.1.1 El soslayo. Narrativas y reflexiones

171

a) El soslayo de la DAE en la atención médica	171
b) El soslayo de la DAE en los Programas de Salud	172
c) El soslayo de la DAE en el diseño de material de promoción para la salud	174
d) El soslayo de la DAE en el análisis de problemas de salud pública: alcoholismo, violencia, suicidio	176
e) El soslayo de la DAE en la vida personal	186
6.1.2 El potencial de la DAE. Narrativas y reflexiones.	187
a) El potencial de la DAE en la Comisión Municipal de salud	187
b) Potencial en la salud y la atención	188
c) Potencial de la DAE en los talleres de salud	191
6.2 Barreras para la DAE desde otros referentes y desde la experiencia en campo	193
6.3 Redimensionar la DAE ¿un reto posible?	197
6.3.1 ¿Qué es redimensionar la DAE?	197
6.3.2 Actores sociales que pueden redimensionar la DAE (personal de los servicios médicos, promotores de salud, terapeutas locales, comisarios y comisariados de bienes comunales y ejidos)	197
6.3.3 Espacios e instancias donde es posible redimensionar la DAE	201
a) Instancias locales endógenas: La familia y la asamblea	201
b) Instancias exógenas	202
- Comisión de Salud de la CRAC	
- Comisión Municipal de Salud	
- La iglesia	
- El espacio escolar	
- “Alcohólicos Anónimos” y “Cuarto y Quinto paso”	
6.3.4 Algunas actividades relacionadas con la DAE en el marco del proyecto	205
6.3.5 Protectores y amortiguadores de la DAE para la salud desde la perspectiva local	208
6.4 La dimensión afectivo emocional de la PS y su relevancia en la salud desde la perspectiva local	213
6.5 La Determinación Social como contexto	222

CAPITULO 7. ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	225
7.1 Conclusiones y reflexiones finales	225
7.2 Propuestas a partir de la experiencia de los actores locales, del proyecto de referencia y de algunos referentes actuales	232
a) Generales	233
b) Las instancias educativas	235
c) Los gobiernos municipales	238
d) Los Comités de Salud y a la Comisión Municipal de Salud	238
e) La Secretaria de Salud	241
f) La CRAC PC	242
7.3 La Participación social y la Dimensión Afectivo Emocional en el Programa de Internado Rural Interdisciplinario de la Universidad de la Frontera	242
BIBLIOGRAFÍA	246
ANEXOS	261
1. Formato general de entrevista semiestructurada	262
2. Consentimiento informado	265
3. Ejemplos de acciones y niveles de participación de la comunidad y las instituciones	273
4. Árbol de los problemas, ejercicio llevado a cabo en el curso de promotores de la CRAC PC, San Luis Acatlán, 2011	275
5. Árbol de la salud, curso promotores, Horcasitas, 2013	275
6. Dinámica ¿qué es salud o estar sano? Casa de salud comunitaria de la CRAC-PC, 2014	276
7. Emplazamiento llevado a cabo por la comisión municipal de salud a los candidatos para presidencia municipal, San Luis Acatlán, 2012	276
8. Dinámica ¿cómo nos sentimos? Ejercicio de recapitulación con promotores de salud, casa de salud comunitaria.	276
9. Dinámica de integración grupal y confianza. Taller de primeros auxilios con policías comunitarios. Taller con promotores de salud “Red de Cuentos”	276

INTRODUCCIÓN

Estructura de la tesis

La tesis consta de una introducción y siete capítulos. En la **introducción** se relata cómo se llegó a este proceso, cuáles fueron los motivos de elección de la temática, **el problema de investigación y la metodología utilizada**; los capítulos 1 y 2 corresponden **al marco teórico**, el primero referido a la participación social (PS) y a la dimensión afectivo-emocional (DAE) y el segundo al concepto de salud; en el capítulo 3 se exponen **resultados de la búsqueda de documentación sobre el** territorio donde se llevó a cabo la investigación; en el 4, **resultados de búsqueda de documentación, así como algunos resultados** obtenidos en campo sobre la perspectiva cultural en ese territorio, de los tres elementos analizados antes: la participación social (PS), la dimensión afectivo- emocional (DAE) y el concepto de salud; los capítulos 5 y 6 **presentan resultados** mediante narrativas que dan voz a la experiencia de las personas que participaron y en el capítulo 7 se exponen **las conclusiones y propuestas** que se derivan de la investigación.

¿De dónde surge el interés?

La idea y deseo de llevar a cabo esta investigación, surge a partir de experiencias que me han permitido ampliar mi percepción sobre la medicina y la salud, de diversos caminos de sanación personal y de diferentes experiencias laborales, incluyendo la que corresponde al programa de investigación en el cual laboro actualmente, denominado “Actores Sociales de la Flora Medicinal en México” (ASFM-INAH) del Instituto Nacional de Antropología e Historia, mediante el cual, con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) de México ¹ tuve la oportunidad de cursar la maestría de Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local en la Universidad de la Frontera (UFRO), Chile, donde conocí dos experiencias: el Centro de Salud Intercultural Boroa² y el Programa de

¹ Proyecto de investigación Conacyt clave 101990

² Inaugurado a fines del 2003, el Centro de Salud Intercultural Boro Filulawen se emplaza en la comunidad mapuche Felipe Pichicon de Boro, Chile, donde se atienden a población mapuche y no mapuche proveniente de más de 80 comunidades. Este Centro surge como una respuesta desde las comunidades frente a la necesidad de revalidar el conocimiento y sabiduría del pueblo y de la medicina tradicional mapuche.
<http://med.ufro.cl/noticias/2012/abril/16-boroa-filulawen/>

Internado Rural Interdisciplinario (PIRI)³. En esta oportunidad también compartí reflexiones con profesores y compañeros del Magister que hoy toman cauce en esta tesis.

La investigación aborda dos temáticas generales que inciden en la salud de distintas formas, pero vinculables entre sí y que en general son soslayadas en el sistema de salud actual: la participación social y las emociones y los afectos.

Esta investigación en su trabajo de campo se enmarca en particular en el proyecto “Potencial sanitario de saberes y recursos locales en dos municipios rurales de alta marginación contrastantes en términos bioculturales. Hacia un modelo de intervención sanitaria y ambiental replicable regionalmente”⁴, aplicado en dos municipios rurales de alta marginación desde el 2010, en San Luis Acatlán, Guerrero, con población *nasavi* y *me’phaa*⁵, y en Santiago Tapextla, Oaxaca, con población afromexicana.

En dicho proyecto, aplicado con un componente de intervención organizativa sanitaria y donde la epidemiología sociocultural⁶ ha sido referente teórico-metodológico, se estableció vinculación con instancias formales de las secretarías de salud de los estados de Guerrero y Oaxaca, con dos ayuntamientos y con la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitaria, también denominada Policía Comunitaria (CRAC-PC), un sistema autonómico de seguridad y justicia que se ha venido conformando desde 1994 en la región de la Costa Chica y Montaña de Guerrero, en México⁷.

En ese marco, a partir de metodología participativa⁸ se ha tenido oportunidad de observar algunos determinantes y dimensiones esenciales y poco atendidos actualmente en el sistema

³ El PIRI, Programa de Internado Rural Interdisciplinario, de la UFRO comienza el año 1991 liderado por el Dr. Jaime Serra, en la comuna de Cunco en el sur de Chile; experiencia comunitaria en la que estudiantes de último año de carreras como Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, viven por unos meses en una comunidad llevando a cabo de manera coordinada trabajos conjuntos de atención primaria y promoción para la salud. Véase más: <http://piri.ufro.cl/>

⁴ Proyecto de investigación Conacyt clave 101990.

⁵ Dos pueblos originarios, llamados comúnmente mixtecos y tlapanecos, ubicados en el Estado de Guerrero, zona sur del país, donde radican cuatro grupos étnicos: amuzgo (ñomndaa), mixteco (na savi), tlapaneco (me’ephaa) y náhuatl.

⁶ La epidemiología sociocultural constituye un referente operativo y analítico integrador, cuyo objetivo primordial es aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades y de la salud, tomando como uno de sus ejes la categoría del *daño evitable*, lo que implica su estudio, pero también la generación de medidas para enfrentarlo. Véase más en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002898

⁷ Véase referencia más específica en los capítulos 3 y 4.

⁸ La metodología participativa es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza-aprendizaje y construcción del conocimiento. Esta forma de trabajo concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, reconstrucción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores (Villasante, 2008).

educativo, en el de salud y en las políticas actuales relacionadas, como son la participación social en su sentido más integral, escasamente operativa en la formulación de programas y estudios de salud pública, en la formación de profesionales de la salud y en la atención médica actual y, también en ese marco, el potencial de las emociones y afectos, poco reconocidos inclusive a nivel discursivo y en la literatura epidemiológica y de salud pública, y menos en su relevancia para la salud y la política. En ese marco considero que el tema elegido se vincula directamente con el objeto del Magister cursado, al abordar elementos determinantes para la salud pública y también para el desarrollo local.

Tejiendo experiencias

En la elección de la temática de tesis, además de la experiencia surgida en el programa de investigación mencionado, influyeron también vivencias relacionadas que me han servido como referentes de análisis y reflexión. A partir de ello, identifiqué que estos dos ejes, el de la PS y el de las emociones y los afectos, coincidían tanto en su relevancia como en su ausencia formal en las estrategias del sistema de salud, además de sugerir su posible interrelación como tales.

Así, en mi desempeño previo como paramédico, he podido constatar el valor de la prevención y la importancia de desarrollar bien una técnica, pero también la importancia de no dejar de lado el componente emocional en la atención del paciente, de la familia y de uno mismo, pues al estar en contacto con experiencias diversas e intensas, como la atención de diversos tipos de accidentes, era necesario “controlar la emoción”; también ahí se puso en relevancia la importancia del trabajo en equipo y de la participación activa en diversos escenarios.

En los estudios de licenciatura como médico cirujano, recuerdo que precisamente las materias relacionadas con estas dos temáticas se abordaban escasamente; el programa de enseñanza no contemplaba la importancia de capacitarnos en temas de participación social para la salud; estudiábamos en una burbuja y la única ventana, al momento de salir a prácticas, era la historia del paciente y las materias que pudiesen tener relación con estos temas, como la de medicina preventiva y salud pública, las cuales generalmente tenían

pocos seguidores y pocas horas en el programa. Esto también sucedió con el tema de las emociones y los afectos: no había muchas clases que las abordaran; estos temas eran comentados solamente por algunos catedráticos, quienes sensibles, compartían un poco desde su experiencia, pero no como componente explícito de la formación; no se enseña qué hacer con las emociones, no sólo con las del paciente sino con las nuestras y tampoco su relación con la salud y su promoción.

En el internado médico de pregrado, experimenté los contrastes: lo frío que puede ser un hospital si sólo se tratan enfermedades y no personas, y a su vez el potencial del trato personalizado y cálido brindado por algunos profesionales de la salud, quienes a pesar de que predominaba la regla de “no involucrarse” con el paciente y de la saturación del hospital, trataban de procurar el buen trato, el cuidado y la buena actitud; recuerdo al respecto cómo influía eso en el paciente, así también cómo influía el trabajar como equipo y el buen ánimo entre personal de limpieza, personal de cocina, enfermeras, médicos, estudiantes, personal de laboratorio, etc.; a su vez, me viene a la memoria la importancia de la gestión y organización dentro del hospital, cuando, como médicos internos de pregrado, mis compañeros y yo teníamos que enfrentarnos al sistema y a los patrones establecidos por algunos médicos de antaño, quienes al recibir propuestas proactivas o la expresión de sentires de nuestra parte, contestaban mecánicamente con frases como “si nosotros pasamos por eso, ustedes también”.

En el servicio social en comunidad, el de la participación es un tema nombrado pero poco promovido realmente por el centro de salud y por los “pasantes”⁹, quienes tampoco fuimos capacitados previamente para ello y porque mucho del tiempo se gasta en llenar formatos y papelería; si bien ello no es un justificante para no involucrarse con la comunidad, la inversión de demasiada energía en la tramitología lo impide

⁹ Los “pasantes” son en México, los estudiantes de medicina, enfermería y odontología, que cursan su servicio social como última etapa de formación de pregrado en centros de salud usualmente rurales, localizados en todo el país

objetivamente; por otro lado, en la consulta médica, constaté la importancia de la confianza en la relación médico-paciente y que muchas personas acudían al servicio para poder hablar y desahogarse de emociones, como la tristeza y la preocupación. Tuve a su vez la oportunidad de colaborar en dos organizaciones, una la “Coordinadora de Grupos Culturales Indígenas y Comunitarios” (CGCIP)¹⁰ en el estado de Morelos y otra, la organización no gubernamental “Asociados”¹¹, donde la participación fue tema relevante; así también al colaborar en un trabajo de investigación en el IMSS¹² donde se evaluaba un medicamento hecho a base de plantas para los trastornos de ansiedad, donde constaté que las emociones y los afectos y la participación del paciente en su propio cuidado eran esenciales y posteriormente en la consulta médica, donde se tiene una puerta abierta a las historias de cada paciente, pudiendo identificar la diversidad de causas de enfermedad, y donde la participación del enfermo y el cuidado de las emociones y afectos es esencial para el proceso de sanación.

Cabe mencionar que el deseo de indagar sobre los afectos y las emociones en el proyecto de referencia, era porque dicha DAE se manifestaba, ya sea por su soslayo o su potencial en distintos espacios y formas antes de elegir el tema de tesis. En las consultas, en los talleres y pláticas tenidas con el personal de salud, con las autoridades locales, con los promotores y en la convivencia y reflexión con los compañeros de trabajo, la DAE aparecía y se manifestaba sin necesidad de ser buscada.

La elección del tema también nace de conocer diversas aproximaciones a la salud como la risoterapia, “El síntoma y su Función”, la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), la Antroposofía, la Tanatología, lo cual advierto como posible sesgo en esta investigación, por la relevancia que le confiero a éstos temas a partir de lo ya referido.

A su vez, otras experiencias actuales han reforzado la elección del tema de

¹⁰ La Coordinadora Grupos Culturales Indígenas y Populares (CGCIP) es una organización no gubernamental, que tiene como misión rescate, fortalecimiento, promoción y difusión de las expresiones de la cultura indígena comunitaria, tangibles e intangibles (véase <http://cgcip.blogspot.mx/>)

¹¹ Asociados es una organización no gubernamental con el objetivo de asesorar instituciones públicas y privadas para el desarrollo en el uso y diseño de herramientas y estrategias que promueven la participación creativa de organizaciones y comunidades, en los procesos de transformación.

¹² Instituto Mexicano de Seguro Social

investigación, como conocer el Centro de Salud Intercultural Boroa y el Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) en Chile, el Movimiento Morelense contra las Concesiones Mineras de Metales Preciosos, y en el marco del décimo tercer congreso de la ALAMES¹³ en El Salvador, donde pude entablar interlocución al respecto con profesionales de la salud en diversos países latinoamericanos como Venezuela, El Salvador, Guatemala, Colombia, Paraguay y México.

A partir de estas experiencias he podido fortalecer mi convicción de que la salud va más allá de los profesionales y de los medicamentos, de que existen diversos factores y causas de enfermedad poco tomadas en cuenta por las instituciones biomédicas; de que hay tantas formas de sanar y de que todos podemos en mayor o en menor medida ser medicina; de la importancia de sumar voluntades y complementar vocaciones para la generación de propuestas, y de la participación activa, no sólo en un eje esencial como es el proceso personal de sanación, sino también en los espacios públicos y procesos colectivos a favor de la salud, como son hoy, por ejemplo, los movimientos sociales para la defensa del territorio.

En este sentido, si la participación social es reconocida como esencial para la salud y la salud lo es para el bienestar, es pertinente definir y sistematizar algunos factores que facilitan o dificultan dicha participación, esto a partir del análisis y reflexión colectiva y desde la opinión, visión y experiencia de actores significativos¹⁴, incluyendo qué significa para ellos el “estar sanos” o el “participar para la salud”, cómo consideran que se concreta esa participación y cuál es su contexto necesario o favorable, así como resulta pertinente una reflexión conjunta de experiencias de participación social, que permita explorar cómo se expresan en ellas las emociones y afectos, relevantes pero poco analizados en las estrategias de pretenden impulsarla, todo esto con el propósito de generar propuestas, recomendaciones y eventualmente material referencial de apoyo para los programas e iniciativas en salud.

¹³ La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) surgió hace 30 años producto de la confluencia del pensamiento crítico en salud y las luchas de los pueblos latinoamericanos en defensa de su salud. Varios núcleos ubicados en universidades, organizaciones sociales o trabajando en los sistemas de salud formaron esta Asociación con el objetivo de unir esfuerzos. Véase más en: <http://www.alames.org/>

¹⁴ Se les denomina aquí así a aquellas personas cuya participación es relevante para los objetivos de la investigación, para lo cual se buscaron actores con diferentes perspectivas y experiencias, de diferentes edades y con distintos roles dentro de su comunidad (ver metodología).

Esta investigación se ha motivado continuamente por la interacción con diversas personas en diferentes espacios, y al atestiguar diversos caminos de lucha y entrega a nivel individual y a nivel colectivo, trabajos conjuntos en los cuales se participa de diversas formas, compartiendo experiencias, con palabras y preguntas cotidianas, reflexiones, esfuerzo, éxitos y fracasos, que ahora se pretenden sistematizar con la intención de aportar algunas reflexiones que sirvan como memoria y voz de compañeros para sumar a la humanización de la vida.

Para mí esta tesis no representa un mero trámite para terminar una maestría; representa una oportunidad de recapitular, profundizar y tejer varias experiencias tenidas en diversos escenarios; una manera de retribuir el conocimiento adquirido de las personas que de tantas formas me inspiraron y me siguen inspirando en este proceso. Cabe aclarar que no se busca “descubrir el hilo negro” pero sí hacerlo cada vez más visible para poder tejer con él una promoción de la salud más integral, más humana e incluyente.

Problema de investigación

El problema de investigación se ha formulado mediante varias preguntas-eje que son a continuación destacadas; la fundamentación detallada del problema se encuentra en los capítulos sucesivos. Así, a propósito de una experiencia de intervención en el ámbito de la salud en un municipio indígena de alta marginación, **¿son la PS y la DAE realmente soslayadas en la salud pública? Y en ese caso, ¿qué propicia ese soslayo y cómo se expresa?**

A su vez, **¿qué elementos de la práctica sugieren la relevancia potencial de ambas dimensiones (PS y DAE) para la salud pública? ¿Cómo se podría impulsar su reconocimiento y su optimización y a qué niveles? Y de ser así ¿Cómo se manifiesta en términos concretos dicha incidencia y cuál puede ser su relevancia metodológica y operativa?**

Sabemos y varias experiencias lo revelan¹⁵ que para generar cambios en la realidad de un país, de las comunidades, familias e individuos que lo componen, la convergencia de voluntades y esfuerzos y el trabajo de participación y organización resultan determinantes; ello se ejemplifica en el caso de los procesos de democratización que pueden incidir en la planificación de una diferente economía, de una diferente educación, en la toma de decisiones por consenso, o inclusive en las posibilidades terapéuticas de una persona enferma.

A su vez, si bien no es nuevo el reconocimiento de que la participación y organización para la salud y los escenarios que las facilitan son determinantes para la salud individual y colectiva (Granda, 2011), resulta pertinente y necesario comprender qué los obstaculiza o los facilita. Considero que una parte de esas barreras y oportunidades remite a las emociones, sentimientos y afectos, comprendidos en lo que para fines de esta investigación se denomina la *dimensión afectivo-emocional* (DAE), escasamente reconocida en la práctica de los sistemas de salud y de educación. A partir del reconocimiento de la DAE se busca identificar, describir y analizar factores que pueden determinar las iniciativas de participación sanitaria, dada su pertinencia operativa, teórica y política.

La salud es un bien deseado constantemente por el ser humano, que toma un papel protagonista y relevante en nuestra vida, pero, ¿Qué es la salud? ¿De qué depende el estar o sentirnos sanos? ¿Cómo participamos o podemos participar en beneficio de nuestra salud y de la comunidad que nos rodea? Y a su vez, ¿Cuáles son las barreras y oportunidades para la participación en salud? ¿Cuál es la dimensión individual y comunitaria de la DAE en esa participación y en la salud?

Evidentemente, existen muchas formas de comprender la salud y la participación y también de prevenir y curar, tomando en cuenta que el daño a la salud se distribuye de manera diferencial, como consecuencia de la determinación social (Breilh, 2009:269), y a su

¹⁵ Como lo es en México la experiencia de las comunidades chiapanecas en el neozapatismo, las cuales han generado, a partir de un proceso autónomo, de participación y organización social, estrategias limitadas pero promisorias de educación, salud y producción (Baronnet, 2009; Fini, 2010); así también en Chile, el Centro de Salud Mapuche intercultural Boroa Filullawen, y la experiencia Padre las Casas en Temuco, son experiencias relevantes que apuntan a la autogestión en salud.

vez en la salud y la participación operan factores “subjetivos”. Se entiende aquí que la DAE, aunque se expresa continuamente en diversas consecuencias objetivables, se ubicaría precisamente en el rubro de esos factores “subjetivos” o desde el enfoque de epidemiología crítica la DAE cabría en diversas dimensiones de dicha Determinación Social (DS).

La salud es un concepto relativo, tanto en la dimensión espacial como temporal, que varía de una cultura a otra según el contexto específico (Alcántara, 2008). Actualmente, aun cuando han habido cuestionamientos y propuestas de cambio en el modelo médico y en la concepción en el proceso salud–enfermedad/atención-desatención (Menéndez, 1994; Hersch, 2013), en la práctica sigue predominando el modelo biomédico y su racionalidad técnico-instrumental cartesiana inherente, la cual concede importancia primordial a los factores biológicos, a los “estilos de vida” y a la enfermedad en sí, pero soslaya diversos factores y dimensiones inherentes, incluidos los saberes y recursos locales, la dimensión sociocultural de los procesos, las condiciones objetivas de vida, el modo de vida (Breilh, 2010) y la DAE, limitando y/o cediendo el poder sanador sólo a los profesionales de la biomedicina y a sus terapéuticas dominantes (farmacoterapia y cirugía), lo que genera pasividad de otros sectores y actores en relación a la salud y a la atención, sean vistas de manera colectiva o individual.

Una visión reducida y mecánica de lo que significan la salud y la participación, limita la posibilidad de generar estrategias y acciones que incidan en su determinación, así como la de generar responsabilidades compartidas entre los diferentes sectores y actores, e inclusive la *capacidad creativa* para participar para la salud. Una visión más amplia sobre lo que el término salud significa, revela que hay mucho más por hacer para prevenir y darle un sentido a la enfermedad y para participar en la atención y la salud, y hace evidente también la necesidad de integrar a diversos sectores, disciplinas, miradas, voces, saberes y actores en el análisis de la salud y en las dinámicas de atención y la participación social, ya que, en un territorio determinado, las personas que ahí viven pueden, a partir de su propio conocimiento y participación, generar ideas y propuestas valiosas procedentes de los saberes de los abuelos, de las autoridades locales y cargos tradicionales, de las amas de casa o de los jóvenes y niños, expandiendo el conocimiento sobre diferentes estrategias y recursos empleados en la atención, así como sobre los valores, la cultura y el arte, la

solidaridad, la participación social y la decisión por consenso, todos como factores protectores de la salud pública, pues como expresa Dubos de manera relacional y dinámica: *todo acontecimiento del mundo externo con el que tropieza un individuo, modifica, aunque ligera e indirectamente, el equilibrio entre sus diferentes órganos y sus funciones* (1992:136). Este planteamiento de una visión holística se propone también en la propuesta de la epidemiología sociocultural (Hersch y Haro 2007; Hersch, 2013).

Tanto a nivel nacional como internacional, existen referentes que señalan la importancia de la participación y la organización social para la salud, la atención y el bienestar de la población. En el ámbito oficial, a nivel discursivo el Plan de Desarrollo actual de México menciona en su Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su Estrategia 1.1, Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud (2013:48).

Hay que señalar que desde los años noventa del siglo pasado, la Organización Panamericana de Salud lanzó el concepto de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en los cuales cobran particular importancia todas las acciones dirigidas a estimular y fortalecer los procesos de participación social, puesto que en ellos el soporte colectivo a la salud constituye un factor primordial (Sanabria, 2004); sin embargo, a pesar de diversos esfuerzos, dicha propuesta derivó en aplicaciones administrativas más que en una reestructuración de servicios basada en la participación integral (Paganini y Chorny, 1990).

Muchos de los procesos o factores que dañan a la salud se pueden afrontar y reducir a partir de la participación social¹⁶, la cual a su vez, puede influir positivamente en la salud individual y colectiva, al ser ésta un proceso generador de redes, de interacción, de expresión de pensares y sentires, de confluencia de voluntades. Existen múltiples determinantes sociales, educativos, culturales, económicos y políticos; individuales y comunitarios; subjetivos y objetivos que son dinámicos y que limitan o facilitan una política de participación social para la atención y la salud; sin embargo, quedan a menudo

¹⁶ Un ejemplo de ello se encuentra en Kerala, India, como ejercicio de planificación participativa, con notables resultados en indicadores de esperanza de vida, alfabetización, desarrollo rural, ecología, condición de la mujer, etc. A partir de 1996 se generalizó una campaña popular para la descentralización y la toma de decisiones desde los pueblos más pequeños hasta los barrios. Véase más en: <http://www.rebelion.org/docs/97086.pdf>

como “cabos sueltos”, poco atendidos si se trata de impulsar una verdadera política de participación social, expresando barreras y oportunidades que es necesario conocer y evidenciar para generar propuestas más creativas que permitan el cambio de un paradigma medicalizador a uno integral y dialógico.

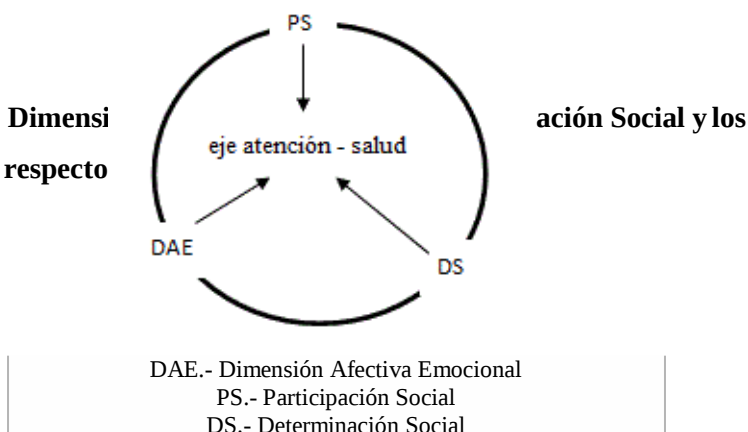
Así, a pesar de que la participación social en salud no es un tema nuevo y mucho se ha hablado y escrito al respecto, en particular en el abordaje de la DAE, ha sido difícil encontrar en la literatura estudios situados en México y sobre todo en comunidades de pueblos originarios y/o de muy alta marginación que aborden cuestionamientos como los referidos.

Ciertamente respecto a la participación social existe todo un discurso y retórica, pero en la operación concreta y cotidiana del sistema de salud las decisiones de la gente, sus emociones, su cultura, su participación genuina no importan y eso trae muy diversas consecuencias, incluyendo enfermedades, conflictos sociales e inclusive ambientales.

A su vez, en el ámbito biomédico, se habla y escribe de los afectos y de las emociones, pero canalizados por la senda de la salud mental, lo que constituye una reducción significativa. Así, ¿qué costo tiene todo ello para la atención y la salud de la población?

No es cuestión de sentimentalismo: dichos soslayos en los programas gubernamentales, en la práctica pública y privada tienen implicaciones que ameritan atención. Abordar justamente la determinación social de la salud (DS) y la participación social (PS) sin tomar en cuenta ésta dimensión esencial humana de los afectos y las emociones es imposible y a su vez es imposible ocuparnos con tino de esta DAE si ello implica descartar la DS y la PS traducidos en condiciones materiales, políticas y socioculturales específicas de los sujetos y sus colectividades. Así, la PS, la DAE y la DS influyen de manera determinante en la capacidad de autogestión y atención en salud y atención que tienen los individuos y la comunidad (Gráfico 1). Así, es en el análisis de la interrelación de estos elementos que se encuentra el eje que orienta esta investigación.

Figura 1.
Interrelación entre la Dimensi
Determinación social respecto



Fuente: propia

Con lo anterior no se pretende focalizar la atención de este trabajo en el mundo de lo subjetivo (tarea también importante), ni sobredimensionar las emociones y los afectos descontextualizados y con ello pasar por alto las condiciones materiales o los procesos políticos y socioculturales en juego, sino explorar cómo se interrelacionan estas diversas dimensiones a propósito de una experiencia de intervención acotada territorialmente, y en particular explorar si, en efecto, la DAE y la PS para la salud se influyen recíprocamente en escenarios delimitados y a su vez, eventualmente, qué propuestas operativas se pueden generar a partir de la experiencia y visión de los actores significativos en el marco de una racionalidad dialógica y de una metodología participativa. Dicho de otra manera, interesa aquí identificar desde la percepción de dichos actores, las barreras y oportunidades que intervienen en la participación para la salud, a través de ejemplos situacionales y casos concretos, poniendo de manifiesto en particular cómo se expresa la DAE, que se postula aquí como relevante, sin desdeñar su contexto sociocultural y estructural.

Metodología de la investigación

Este trabajo constituye la recapitulación de una experiencia aplicada de organización y promoción de la salud en una región de pueblos originarios de México. De acuerdo con planteamientos como el de Feyerabend, respecto a la relevancia de la pluralidad de opinión para el conocimiento objetivo, y por tanto, de la necesidad de un método que la fomente como el único método compatible con una perspectiva humanista (1970: 29), y tomando a su vez como referencia la propuesta de la epidemiología sociocultural de generar conocimiento a partir de un **pluralismo metodológico** (Feyerabend: 1970: 14; Hersch y Haro, 2007, Hersch, 2013:512) así como la necesidad de complementariedad entre diversos enfoques para la comprensión de la realidad que se pretende investigar, se recabaron datos y testimonios relativos a dicha experiencia mediante técnicas procedentes de la **etnografía** (observación participante, entrevistas, y trabajo con grupos focales) y de la **investigación-acción participativa** (dinámicas grupales y talleres), así como la revisión de literatura, localizando referentes pertinentes al problema de investigación.

Algunas indagaciones se llevaron a cabo en el marco mismo del proyecto de referencia, incluyendo actividades educativas, lúdicas, organizativas, asistenciales, de acompañamiento y seguimiento con los compañeros de trabajo y con actores locales significativos, a partir de diagnósticos generados en el seguimiento de la Comisión de Salud Municipal y de la Comisión de Salud de la CRAC, en el municipio de San Luis Acatlán Guerrero, tanto en su cabecera municipal, como en las comunidades de Pueblo Hidalgo, comunidad me'phaa, y Cuanacaxtitlán, comunidad na savi. Se utilizó a su vez la técnica de Grupos focales de los diferentes grupos etarios y por roles y grupos nominales, con diversidad de actores de diferentes escenarios socioculturales (Cimas, 2009:39).

La recapitulación se encuentra estructurada en tres fases:

Primera fase (2010-2012): Comprende los primeros años del proyecto de investigación de referencia. De esta fase se identificó material pertinente para el problema de investigación y se llevó a cabo su sistematización, focalizando elementos clave para las fases siguientes.

Segunda Fase (2012-2013): Comprende varios referentes de sistematización a partir de la estancia llevada a cabo en Chile en el marco del PIRI y del Magister.

Tercera Fase (2013-2015): En la fase final de análisis se focalizaron principalmente dos de las instancias apoyadas en el proyecto de referencia: la Comisión de Salud de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC-Policía Comunitaria) y el “Grupo de terapeutas locales Tana Xana”, en Pueblo Hidalgo, considerados para los fines de este estudio como grupos motor¹⁷, tomando dicha propuesta como referencia para el diseño de instrumentos, elección de actores significativos y la creación de materiales y productos relacionados con la investigación como un proceso de aprendizaje mutuo y continuo desde los saberes y recursos locales, en calidad de *procesos de reciprocidad creativa* (Villasante, 2008). Esto toma relevancia particular, al ser la PS para la salud un referente discursivo en diversas instancias (Secretaría de Salud, Ayuntamientos, CRAC, etc.).

El diseño de esta investigación fue pensado en un principio como de investigación-acción, en el cual se implicase a los y las participantes de un proceso organizativo, así como a representantes políticos y personal técnico en la evaluación del mismo, al tiempo que se legitimaran tanto el proceso evaluado como la evaluación y las mejoras incorporadas a partir de esa evaluación (Red Cimas)¹⁸; sin embargo, este apartado no se logró en su totalidad como se propuso inicialmente, principalmente por la situación de inseguridad existente en la región en el tiempo determinado para el estudio de campo.¹⁹

En total en las tres fases se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

a) observación participante

Se llevó a cabo en diversas actividades tanto de instituciones gubernamentales como comunitarias, así como las convocadas por el proyecto de referencia:

- Cinco talleres de OPORTUNIDADES en apoyo a los médicos de las comunidades
- Reuniones del programa de investigación en comunidades:

¹⁷ Equipo mixto de voluntarios y técnicos, quienes son a la vez fuente de información (ayudan a recabar datos acerca de su entorno y sobre las redes de relaciones existentes) y núcleo del proceso, participando activamente según su interés, disponibilidad, actitudes, capacidades y formación, en las diferentes etapas del proceso (Cimas, 2009:17).

¹⁸ http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_OIDPTrilingue_GUIA.pdf

¹⁹ En ese periodo la Policía Comunitaria entró en conflicto interno, motivado centralmente por políticas de divisionismo y cooptación instrumentadas por el gobierno del estado (González, 2014).

- Cinco asambleas de la CRAC-PC,
- Reuniones Comisión Municipal de Salud (COMUNSAL)
- Ocho asambleas comunitarias,
- Ocho reuniones de la Comisión de salud de la CRAC,
- Tres reuniones de cabildo municipal
- Otras actividades: recorridos comunitarios y actividades de descacharización (control de vectores)

- b) Muestreo: para la tercera fase, se realizó una muestra en la que se definieron grupos de informantes representativos de los diversos actores sociales, comunitarios e institucionales, a quienes se entrevistó. También se utilizó la técnica de "avalancha" o "bola de nieve", por medio de la cual cada informante o grupo de ellos puede sugerir contactar a otros informantes del mismo territorio.
- c) Entrevistas: se diseñó la entrevista semiestructurada (ANEXO 1) con recomendaciones de los promotores de salud de la CRAC-PC, algunos de los cuales participaron en las entrevistas, ayudando en su desarrollo y traduciendo al español cuando fue necesario.

El material generado y revisado de la primera fase consistió en imágenes, 25 transcripciones, 4 sistematizaciones de diagnósticos realizados, material obtenido de talleres como dinámicas de “árboles de los problemas”, así como de recorridos comunitarios y reuniones de la Comisión Municipal de Salud y de la CRAC, asambleas y diarios de campo. En la tercer fase se revisaron 30 entrevistas las cuales se transcribieron y ordenaron cronológicamente.

Análisis de datos:

Se analizaron datos cualitativos siguiendo lineamientos de Spradley (1980:70). Toda la información se analizó utilizando la estrategia de categorías de análisis, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (Braun y Clarke, 2006). Se llevó a cabo un análisis narrativo de contenido, con

una generación mixta de categorías, es decir, a partir de los guiones de las entrevistas y de las categorías emergentes del discurso de los diferentes actores entrevistados.

La dimensión narrativa es una de las formas como las personas moldean y elaboran las experiencia; los relatos permiten analizar los significados y las prácticas en la realidad local. Se decidió utilizar este abordaje para aprovechar la diversidad de información y rescatar la experiencia personal de cada actor significativo. Se analizaron *las narrativas locales contextualizadas* como abordaje metodológico y su correlato con los dispositivos patogénicos estructurales a identificar en el proceso (Bibeau, 1992).

Las tareas asociadas al análisis de datos se dividieron en:

I.- Organización de entrevistas en base de datos: Preparación de textos, transcripción, organización y orden del texto, de acuerdo al tema de interés, preguntas o informantes.

II. Análisis textual propiamente: Se realizó la segmentación del texto en unidades de significado menores para dar cuenta de los contenidos que surgen del mismo a partir de una lectura constante de las entrevistas. Se codificaron y generaron conceptos, comparación de códigos-conceptos y se unieron o asociaron los códigos-conceptos.²⁰

III. Etapa analítica conceptual-síntesis teórica

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se establecieron diferentes categorías inductivas y deductivas construidas a través de la codificación de los relatos y atendiendo a los objetivos planteados en la investigación.

²⁰ Codificar la información: codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso (Rubin y Rubin, 1995). Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación.

Proceso de análisis de datos:

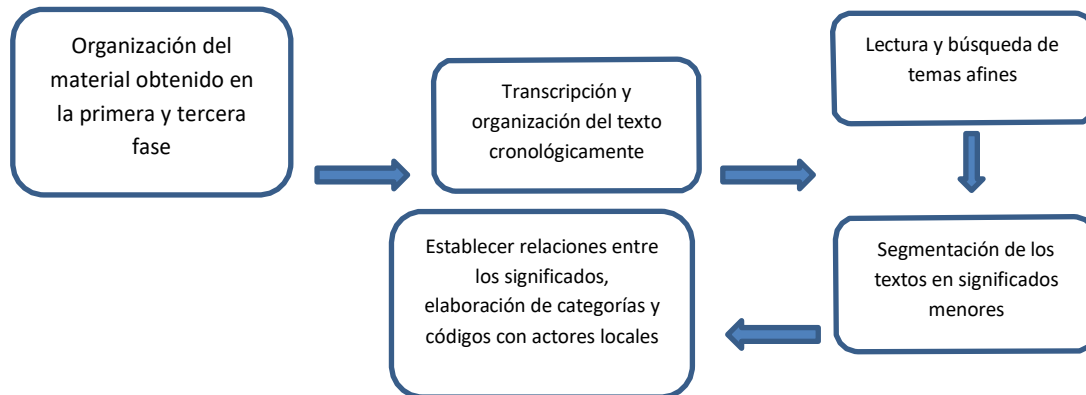


Figura 2. - Proceso de análisis de datos

Material analizado:

25 transcripciones obtenidas en retrospectiva
8 reuniones de la comisión municipal de salud
Transcripciones de 3 talleres
4 ejercicios diagnóstico llevados a cabo en asambleas
2 ejercicios diagnósticos en escuelas
ejercicios de dinámicas hechas en talleres (¿qué es salud para ti?, FODA, cuentos de niños sobre salud)
Materiales generados en talleres, foros y ejercicios de diagnóstico (árboles de la salud y enfermedad, FODA, lluvia de ideas ¿qué es la salud?, etc.)

Se analizó el Diario de Campo donde se registraron en las actividades.

De la segunda fase:

- Reflexiones en torno a la estancia en Chile y en los diversos programas que tuve oportunidad de conocer

De la tercer fase:

- 30 entrevistas semiestructuradas temáticas realizadas en la tercera fase:
 - a distintos grupos etarios: adulto mayor, hombres, mujeres, jóvenes y niños,
 - a líderes tradicionales como: principal, comisario, curanderos.
 - a líderes sociales como: presidentes de comités de salud impulsados por el Sector Salud, regidores, maestros, representantes de establecimientos educativos, integrantes de los comités de salud, personal de salud, religiosos, organizaciones locales de jóvenes, y
 - a los actores que los informantes mismos propusieron como significativos para esta investigación.

Se realizó la revisión bibliohemerográfica, revisión histórica y de fuentes documentales de referencia como: documentos oficiales de la SSA, Gobierno, reportes, estadísticas INEGI, Imágenes, trípticos, para nutrir constantemente la metodología y la reflexión. Se consultó la biblioteca y archivo del Programa ASFM-INAH y diversos sitios vía online, incluyendo páginas institucionales como las de la Secretaría de salud, libros y conferencias que nutrieron constantemente la metodología y la reflexión.

Tabla 1

Espacios de trabajo	Observación participante	Material analizado
Comisarías	Aproximadamente a 5 talleres de OPORTUNIDADES en apoyo a los médicos de las comunidades	25 transcripciones obtenidas en retrospectiva de la primera fase
H. Ayuntamiento	aproximadamente a 5 reuniones del programa en comunidades, aproximadamente:	8 reuniones de la comisión municipal de salud
Centros de salud		Transcripciones de 3 talleres
Sede de la Policía	5 asambleas de la CRAC-PC,	4 ejercicios diagnóstico llevados a cabo en asambleas
Comunitaria	8 asambleas comunitarias,	2 ejercicios diagnósticos en escuelas
	8 reuniones de la Comisión de salud,	sistematización
	3 reuniones de cabildo municipal	ejercicios de dinámicas hechas en talleres (“¿qué es salud para ti?”, FODA, cuentos sobre salud)
	2 actividades de descacharrización	Materiales generados en talleres, foros y ejercicios de diagnóstico (“árboles de la salud y enfermedad”, FODA, “lluvia de ideas” ¿qué es la salud?, etc.)
	2 recorridos comunitarios	
		Se analizó el diario de campo donde se registraron en las actividades.

Criterios de rigurosidad y credibilidad

Se aplicaron los lineamientos de Lorenzo, Rodríguez y Herrera (2005):

Observación persistente. La recapitulación de varios años y varias estancias en campo, ofrecen mayor garantía y verosimilitud de los datos recogidos, que en primera instancia aparecieron sin necesidad de indagarlos directamente-

Triangulación. Permite contrastar las observaciones desde diferentes perspectivas de tiempos, espacios, teorías, datos, fuentes y disciplinas, así como de investigadores de métodos.

- a) Se utilizaron varias fuentes de datos para corroborar información
- b) *Comentario de pares.* Consistió en someter las observaciones e interpretaciones realizadas al juicio crítico de otros investigadores y colegas.
- c) *Comprobaciones de los participantes.* Consistió en el contraste de la información con los agentes y audiencias colaboradoras.

Criterios de ética

Se siguieron las recomendaciones y normatividad establecida por el Comité de Ética de la Universidad de La Frontera y por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Antropología e Historia en México, los cuales se fundamentan principalmente en consultar a la comunidad en relación a la investigación, que es un tema de interés para la comunidad y no solo para fines académicos. Se llevaron a cabo los principios asentados en el consentimiento informado (ANEXO 2) y tomando el principio de reciprocidad como eje esencial en la investigación.

CAPITULO 1 UN DOBLE SOSLAYO EN LA SALUD PÚBLICA: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DIMENSIÓN AFECTIVA-EMOCIONAL

Aquí somos veinticinco cabezas, que por supuesto pensamos mejor que una sola, así también tenemos 50 ojos con los que vemos mejor que con solo dos. ¿Qué solución del problema se produciría si cada comunero se separase de sus vecinos y compañeros y fuera a su casa para resolver el problema a solas? Nosotros no entramos en competencia los unos con los otros. Los problemas en la vida real son tales que requieren la mejor solución y para ésta se recomienda la presencia de la comunidad reunida y no al individuo aislado. ¿No es así?

Comunidad Tojolabal (citado por Carlos Lenkersdorf)

En este capítulo se expondrán dos *conceptos básicos de referencia* para la investigación, el de *la participación social (PS)* y de *la dimensión afectiva-emocional (DAE)*, así como algunos referentes para explorar *cómo se ha configurado y expresa su soslayo* en la biomedicina, análisis que será eje para el resto de este trabajo. Así también se expondrán algunos referentes esperanzadores que precisamente han nacido de la necesidad de hacer frente a dicho soslayo.

Soslayar²¹ significa esquivar o pasar por alto para evitar una dificultad ó pasado por un lado; si bien existen términos que parecieran sinónimos, como olvido, inexistencia, anulación, exclusión, no lo son, pues no es lo mismo olvidar que fingir olvidar, ni estar ciegos a no querer mirar, como tampoco es lo mismo no prestar atención en general, que no prestarla en particular respecto a algo que se sabe existente o importante.

Me ocuparé entonces de dos elementos que en diversos escenarios se ven, se conocen, se hablan, se miran o incluso se intuyen, pero que generalmente se soslayan: la participación social (PS) y la dimensión afectiva-emocional (DAE). Se soslayan, sea porque no interesan, porque se desconoce su potencial, porque no se tienen las herramientas o la voluntad necesarias para abordarlos y/o porque no conviene reconocer su alcance, a los poderes que se benefician de la instrumentación actual económica y política de la

²¹ La etimología del verbo soslayar deriva del adjetivo soslayo, el cual se define como “oblicuo” o “pasado por un lado”. Este término puede provenir del prefijo latino sub- (que puede indicar inferioridad o disminución, o bien significar “debajo del o “bajo”, en sus formas son-, sub- y so-, respectivamente) y de la palabra latus (“lado”). Sin embargo, el término soslayo también se conocía como deslayo y venía del francés d’eslais (“a gran velocidad” “de manera impetuosa”), el cual derivaba de s’eslaiser (abalanarse con ímpetu, obligar a un caballo a avanzar con ímpetu, golpeándolo con una lanza mientras galopa”), que a su vez proviene del verbo laisser (“dejar”)DRAE.

biomedicina.

Tanto la PS como la DAE se plantean en el marco de esta investigación, como dos soslayos manifiestos en diversos ámbitos de la sociedad: en la educación, en la política, en la salud pública, en el ámbito personal, entre otros y se plantea, además, que ambos soslayos se encuentran articulados en el campo de la salud pública. Se verá que en términos generales, ambos comparten raíces, consistentes en el predominio del modelo capitalista neoliberal, en la hegemonía y la lucha de culturas y clases asociada a ese predominio, y en la preeminencia de una racionalidad instrumental sobre una dialógica, propia de la modernidad.

1.1 Participación Social (PS)

1.1.1 Las múltiples lecturas de la PS y su gradación

Es necesario caracterizar de manera general las diversas aproximaciones al concepto de *participación*, pues es utilizado en múltiples escenarios, con diferentes propósitos, desde significados distintos y con implicaciones inclusive contrastantes y hasta opuestas; desde su aplicación por gobiernos e instituciones con fines utilitarios, incluida la manipulación ideológica, el control social, la reducción presupuestal, y la obtención de mano de obra barata, donde a menudo la participación social en salud queda atrapada en una concepción biomédica de orden individual y eminentemente curativo (León, 2012), hasta su función posible como referente político democrático o emancipatorio²² y esperanzador.

La aclaración de términos es importante, ya que los obstáculos para impulsar la participación social pueden provenir de inicio de significados diversos y/o antagónicos acerca de la participación misma y por tanto de su alcance, además de la incapacidad en sí para llevar a cabo tal impulso desde un punto de vista meramente técnico (Hersch, 1992). En términos etimológicos, la palabra participación procede del latín *participare*, formada de la raíz *pars*, “parte” y del derivado *capture*, “tomar”, es decir, tomar o formar parte de

²² El verbo Emancipar viene de "liberar, sacar de la sujeción": del latín *emancipare*: "liberar de la patria potestad o de la esclavitud", de *e* "sacar" (véase *ex*) + *mancipare*: "vender, entregar como propiedad, colocar en sujeción", de *mancip-*, radical de *manceps* "comprador" (Véanse *mancebo*, *mano*, *capaz*) (Gomez de Silva, 1988).

algo. También significa, de acuerdo con la versión digital del Diccionario Real Academia Española, compartir (2014). Pero la pregunta es: ¿de qué formamos parte?, ¿quiénes forman parte? y ¿de qué queremos ser parte?; la respuesta misma nos da ya elementos de peso para pensar que la DAE va implícita, pues el querer ser parte de algo dependerá de nuestro interés y sentir hacía ello.

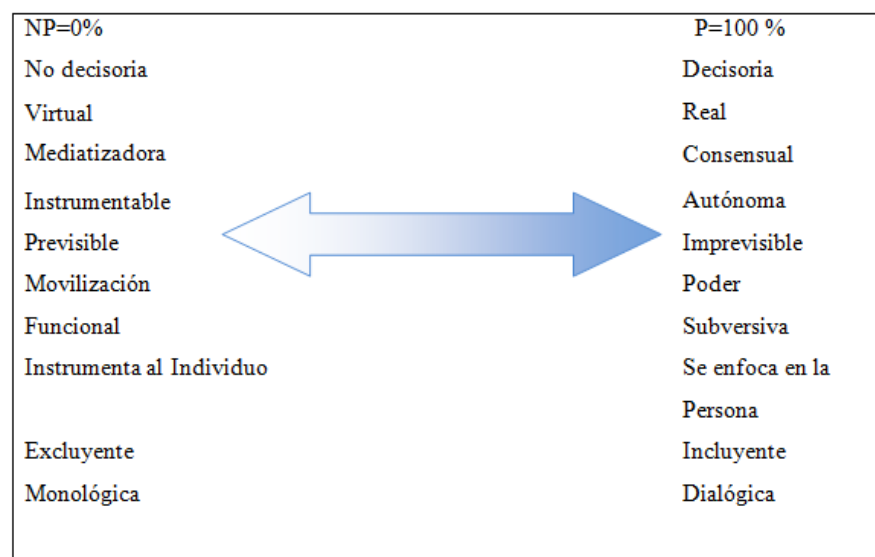
No se pretende aquí exponer de manera pormenorizada la multiplicidad de lecturas en torno a la participación social, pero sí hacer una caracterización general para ubicar qué tipo de participación social es el que se encuentra soslayado en la salud pública actualmente.

En ese sentido, es pertinente ubicar esas múltiples lecturas en un eje que va de un extremo, que es el de la participación social completamente virtual o instrumentable, a otro polo, donde se ubicaría la modalidad contraria, decisoria, radical, dialógica, emancipatoria y consciente de la participación. A lo largo de ese eje se puede ubicar esa multiplicidad de lecturas, hacia un extremo u otro, en una gradación, sea por su concepción misma o por su alcance concreto.

Así como la salud-enfermedad y la atención-desatención que le es inherente, son ejes en relación permanente, así la PS es a su vez un eje y proceso dinámico, en el grado en que esa PS sea decisoria y radical, será susceptible de soslayo o incluso de anulación en el campo de la salud pública biomédica. Y no lo será, es decir, no correrá riesgo alguno de soslayo biomédico, en la medida en que esa participación sea virtual e instrumentable, controlable y moldeable, y por tanto, funcional y autososlayada.

Varios autores han generado propuestas de gradación de la participación de acuerdo al nivel de intervención o decisión o de acuerdo con distintas condiciones (Guillén y cols, 2009). El siguiente esquema sintetiza ambos polos de un mismo eje y su gradación. El cual se ejemplifica con algunas acciones en ANEXO 3.

Figura 3. - Gradación de la Participación



Fuente: elaboración propia

a) Un polo: la Participación ciudadana como concepto de referencia

La *participación ciudadana* se define como un:

“proceso de intervención de las personas en asuntos públicos respecto al Estado en tanto sujetos de derechos que se proponen hacerlos efectivos, se lleva a cabo de manera voluntaria, consciente y organizada asumiendo la ética del bien común como horizonte y planteándose la redistribución del poder en la sociedad” (León, 2012: 89).²³

Para el presente trabajo se tomará esta definición como referente sintético de la participación, pues apuesta a una visión más consciente, política y ética del hacer participativo para la salud. En ese contexto, el polo contrario a la participación ciudadana se encuentra constituido por una visión instrumental y demagógica a menudo

²³ León analiza tres enfoques de la participación ciudadanal: el neoliberal, el reformista y el de la participación desde una perspectiva social. El enfoque neoliberal de la participación se contrapone a la construcción de ciudadanía, expresando los mecanismos neoliberales del individualismo, la competencia y el egoísmo influenciados por la mano invisible del mercado; el reformista coloca el énfasis de la participación de la comunidad en actividades de prevención de enfermedades, rehabilitación de los enfermos, y en promoción de la salud, y el enfoque social (también llamado alternativo o progresista) asume la participación de la comunidad en el sector salud como un proceso de construcción de ciudadanía; de la participación dirigida a la redistribución real del poder que antepone la ética del bien común, lo que implicaría la colectividad, trabajo en equipo y diálogo (León, 2012).

predominante, una concepción conservadora, individualista y mercantil, impulsada en los hechos por el enfoque neoliberal. Se advierte, sin embargo, que para el contexto territorial de este trabajo, la categoría de “ciudadano”, es totalmente exógena y conlleva una genealogía occidental europea (Walsh, 2009:75) que no tiene traducción en las principales lenguas y culturas originarias habladas en la zona, que son la mepha’a y la na savi, y que la “ciudadanía” tampoco opera como tal en la organización social de los pueblos originarios de México; así, dicho término de ciudadanía no se pretende utilizar de manera idealizada en este trabajo, sino como referente para la comprensión de una participación genuina.

Un referente fundamental para este trabajo es el de la *comunalidad*, concepto que según el antropólogo indígena Floriberto Díaz, *define la inmanencia de la comunidad*, la cual se expresa de diversas formas y aun cuando no es un término de los pueblos originarios y puede ser limitada en ese contexto, cualquier comunidad originaria, tiene los siguientes elementos: un **espacio territorial** demarcado una historia común, una variante de **la lengua** del pueblo, una **organización** y un **sistema comunitario de procuración y administración de justicia**. Es decir, no es un simple agregado de individuos, sino de **personas con historia que no solo se definen físicamente como grupo, sino también espiritualmente en relación con la naturaleza** (2001). La comunalidad es entonces definida por Díaz (2001:63) por los siguientes elementos:

- la tierra como madre y como territorio,
- el consenso en la asamblea para la toma de decisiones,
- el servicio gratuito como ejercicio de autoridad,
- el trabajo colectivo como un acto de recreación, y
- los ritos y ceremonias como expresión del don comunal

La sociedad egoísta, privatizante, despótica, autoritaria, monetarista es la que mejor puede hacernos entender la comunalidad, porque precisamente constituye su contrario (Díaz, 2007: 58). La comunidad, compuesta por familias interrelacionadas, es donde se construye la vida a partir de la reciprocidad y la participación en distintas actividades: en el trabajo, en el poder y en la fiesta, todos ellos de carácter comunal y organizados en función de lograr objetivos colectivos (Rendón, 2003), por eso hablar de comunalidad y

comunidad es esencial en esta investigación para explicar a qué tipo de participación me refiero en este trabajo y los distintos niveles posibles de participación para la salud.

A su vez, el término de participación viene a menudo seguido de otros que le imprimen un matiz determinado; así, no sólo nos encontramos con la “participación social” y la “participación ciudadana”, sino con la “participación comunitaria”, en términos mixtos con diferencias de acuerdo al enfoque y los mecanismos de acción de cada uno²⁴. Sin embargo, lo que interesa resaltar aquí es la *diferencia de grado* en esos términos compuestos, más que el involucramiento de determinados actores, como el ciudadano o la comunidad. De nuevo, interesa delimitar esos dos polos cualquiera que sea el sujeto, entendiendo a uno de ellos como discurso para la instrumentación de la población (PS nula o antiparticipatoria) y al otro polo el de una PS que opera como referente emancipatorio.

En términos de grado, un extremo es el que corresponde a la movilización exógena de la población en calidad de objeto, proceso que a menudo se presenta como “participación” de la población, constituyendo el extremo opuesto de la “Participación-Poder”(PP) que implica el acceso de la población, precisamente por su carácter participante, en la toma de decisiones que afectan su existencia.

Ese enfoque y referente ayuda a discernir la esencia de la participación concebida para la instrumentación de la población, respecto a la PS como referente emancipatorio: es la diferencia entre una “Participación-Movilización” mediante la cual la población *acata órdenes, o hace uso de los programas*, y la “Participación-Poder” (PP), definida por el acceso a la toma de decisiones por parte de aquellos que se encuentran marginados de ella, influyendo directamente en los factores que afectan su vida, así como generando mayor control de la población respecto a las condiciones que intervienen en

²⁴ Es apenas a mediados del siglo XX que se le da importancia como tal a la participación social en salud; la Declaración de Alma Ata es determinante para este proceso (OMS, 1978). La literatura alude a la participación social para la salud como una relación de las personas con el Estado, inherente a la participación de la comunidad o ciudadanía en los asuntos públicos, lo que incluye tomar parte de las acciones individuales y colectivas que influyen, intervienen y deciden para la salud (León, 2012: 51). A su vez, la participación comunitaria es comprendida como “el proceso social en virtud del cual grupos específicos que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas” (Aguilar, 2001:31).

su proceso salud- enfermedad/atención-desatención (Hersch, 1992).

Así, los dos polos de participación difieren en el *para qué* y *para quiénes* se motiva u opera dicha participación: un polo sustenta y reproduce el modelo médico hegemónico, mientras que el otro sitúa a la población como la generadora de propuestas y en quien reside la toma de decisiones sobre su propia salud y atención. Como se ha mencionado ya, para la investigación se tomará como referente el polo de la participación ciudadana, aquí planteada como Participación-Poder (PP).

b) Subciudadanía, Ciudadanía de baja y alta intensidad

Un elemento contextual en el eje continuo de la participación social es el modelo vigente de *ciudadanía*, que resulta precisamente uno de los principales impedimentos con el que chocan las propuestas políticas que plantean procesos de auténtica participación social. La *ciudadanía* no debería ser sólo un estatus socio-jurídico particular, sino una práctica social, capaz de generar interacciones humanas solidarias y participativas (Aguiló, 2009).

El ideal de *la ciudadanía* ha sido abordado y conceptualizado por distintos actores y desde diversos enfoques (O'Donnell, 1993; Santos, 2005; Aguiló, 2009). De hecho, la figura del ciudadano constituye un referente central en la tradición política grecolatina; rescatado y postulado en la Revolución Francesa y los movimientos independentistas de América que le siguieron, marcó el ideal del sujeto con derechos y obligaciones en el contrato social de Rousseau (Allegue, 2001). Sin embargo, la ciudadanía como referente se topa hoy con condiciones críticas. En primer lugar, el ejercicio real de la ciudadanía sigue siendo en países como México un asunto pendiente e incluso en países económicamente dominantes se encuentra muy cuestionado en lo que respecta a la capacidad de los ciudadanos para decidir muchos de los aspectos esenciales de su sociedad (IFE:2014:198) ; a su vez, Taylor, entre otros autores, y citando a Alexis de Toqueville, quien advirtió dicho fenómeno desde principios del siglo XIX, señala cómo la modernidad ha minado progresivamente la capacidad del ciudadano para involucrarse en su propia sociedad de manera activa, encerrado en el limitado universo de su individualidad, y de ahí que hoy resulte pertinente reparar en fenómenos actuales de gran pertinencia, como el de la

subciudadanía y la caracterización de *ciudadanías de baja y alta intensidad* (O'Donnell, 1993; Souza, 2003; Santos, 2005) por sus implicaciones respecto al grado y calidad de la participación social que conllevan.

La *subciudadanía* es un concepto propuesto por Souza (2003), entendido como la formación histórica de un gran contingente poblacional formado por marginalizados o desclasificados sociales, personas desvinculadas de los procesos económicos, sociales y políticos básicos de la sociedad y cuyo estatuto de ciudadanía es en los hechos inferior.

A su vez, la *ciudadanía de baja intensidad* se compone de sujetos con poca capacidad de exigir sus derechos; de obedientes ciudadanos cuya participación se reduce al ejercicio electoral y que generalmente no participan en la toma de decisiones que les afectan, pues su capacidad de decisión y libre elección es sustraída por poderes privados; así, el “ciudadano de baja intensidad” tiene escaso o nulo control sobre el patrimonio público, y llega a presentar alto grado de *desafección, desconfianza y apatía electoral*, actitudes funcionales a la reproducción del sistema actual (Aguiló, 2009: 16) y desde una perspectiva económica, se puede afirmar que el perfil del “ciudadano de baja intensidad” responde a la la figura del “consumidor”.

En contraste, la *ciudadanía de alta intensidad*, se basa esencialmente en la inclusión pluralista y solidaria, en la participación política y en la emancipación social (Aguiló, 2009). Ahora bien, entre los retos expresados por Santos (citado por Aguiló, 2009:19-21) para lograr una ciudadanía de este tipo están:

- a) Generar una *profundización democrática*
- b) *Ciudadanizar a la ciudadanía*, es decir, valorar positivamente la práctica de formas alternativas de compartir el poder y de ejercer la participación política más allá de la modalidad liberal, sin reducir el poder democrático de decidir al voto como procedimiento formal, postulado por la democracia electoral liberal. Cuando se habla de *ciudadanizar la ciudadanía*, lo que se pretende es reconstruir la política y la acción democrática en y desde la vida cotidiana: de ahí que la teoría de la democracia de Santos valore y promueva la participación en el lugar de trabajo, en la escuela, en el barrio, en la familia, en la esfera de la producción y el consumo y, en definitiva, en todos aquellos *espacios sociales de exclusión desciiudadanizados*

por la teoría política liberal (Aguiló, 2009).

c) Crear una nueva esfera pública no estatal o no sólo estatal, mejor dicho a partir de la llamada *reinención democrática del Estado*, concebido por Santos como un “novísimo movimiento social”, formado por un conjunto heterogéneo y flexible de redes y organizaciones de naturaleza estatal y no estatal (2005: 330).

d) En cuarto lugar, el reto de fortalecer la *construcción de ciudadanía desde abajo*, como son los movimientos sociales en el ámbito de lo político, está en la posibilidad de que un número importante de países, regiones, movimientos, personas y grupos sociales subalternos formen redes y alianzas transnacionales para la defensa de sus intereses compartidos.

e) La reinención emancipadora de la ciudadanía exige, en quinto lugar, lo que puede llamarse la descolonización de la ciudadanía, el reconocimiento social y legal de una *ciudadanía intercultural con diferentes formas de pertenencia*.

f) En sexto y último lugar, la lucha por la construcción de *ciudadanías* de alta intensidad es también la lucha por la *creación de formas de sociabilidad alternativas* a las formas dominantes, que son sociabilidades verticales, autoritarias y antidemocráticas. En su lugar, hay que trabajar por una educación y una cultura política que promueva la formación de *ciudadanías rebeldes e inconformistas*, *ciudadanías* que denuncien, pero que también anuncien, *ciudadanías solidarias y participativas* (Aguiló, 2009:22).

En general, estos retos se resumen en la necesidad de generar la máxima potenciación de la participación política ciudadana, así como la emergencia de sociabilidades basadas en el reconocimiento mutuo, la revalorización del principio de comunidad y la transmisión de los valores de igualdad, libertad y solidaridad puestos al servicio de la emancipación social; así, la propuesta esencialmente radica en el *mejoramiento cualitativo de la ciudadanía*, en paralelo al proceso de democratización de la sociedad (Aguiló, 2009).

c) Algunos Determinantes políticos y socioestructurales de la PS

Hasta acá hemos visto diversas circunstancias que influyen en la posibilidad de que

se genere una participación social consciente y genuina; sin embargo, si bien todas ellas están relacionadas, es importante hacer evidente que existen determinantes políticos y socioestructurales que influyen también de manera específica en el grado y calidad de la PS, entre los que se encuentran la extracción de clase, que incluye el ingreso y la condición laboral, la condición de género, la adscripción cultural, así como otras condiciones particulares de índole educativa, política, institucional, etc.

Se han realizado diversos estudios evaluando barreras y facilitadores de la participación social, los cuales señalan la importancia de estos determinantes desde la voz de los actores principales de procesos de participación (Delgado y Vázquez, 2006; Angulo 2010; Vázquez y cols., 2012). Siguiendo dichos estudios, algunos de los determinantes sociales son analizados. Así, respecto a la condición de *género*, si bien puede identificarse como cultural, es a su vez política y socioestructural por sus alcances. Si bien la participación de la mujer en los ámbitos políticos y públicos ha aumentado, persiste la falta de equidad de género, sobre todo en ciertos lugares y culturas, como es el caso del territorio en que se ubica la investigación que se presenta, donde la mujer aun no participa de manera habitual, explícita y reconocida en la toma de decisiones. A su vez, en cuanto a *las instituciones*, éstas aparecen en varios estudios ya mencionados como un factor obstaculizador de la participación en general, pues a menudo propician la centralización del poder, así como la falta de iniciativa para implementar canales reales de participación (Vázquez, 2002); se ha descrito también como obstáculo en este ámbito la limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios y la ausencia de voluntad para abrir espacios participativos, especialmente respecto a la toma de decisiones (Delgado y Vázquez, 2006).

La figura del Estado también es una limitante para la participación cuando existe manipulación hacia las comunidades y burocracia extrema en las instituciones gubernamentales, como se refiere en un testimonio de Costa Rica (Angulo, 2010):

“Como grupo por ejemplo se acude a x entidad, de hecho que yo sé que es muy tedioso y cansado enviar una carta, hacer una llamada telefónica y que siempre te dejen esperando, o cuando te dicen que no es en este departamento y te mandan aquí, te mandan allá y nunca, nunca te definen hacia dónde vas, entonces sí siento que es una falla porque al final de

cuentas y mucha gente en ese aspecto se rinde.” (Testimonio: María, 2008).

Finalmente, se ha señalado que la falta de información o el nivel educativo también determina la participación (Vázquez, M, y cols., 2002; Angulo, 2010).

d) *Modelo neoliberal y capitalismo*

Ahora bien, los regímenes políticos no existen al margen de los modelos económicos. En ese sentido es previsible que la participación social, en los términos positivos o genuinos entendidos para esta investigación, no pueda concretarse a cabalidad en el contexto del modelo económico-político predominante. No es nuevo el análisis de los efectos que ha tenido ese *modelo neoliberal del capitalismo* en diversos escenarios, al instaurar un ambiente competitivo, individualista, que promueve como ideal político a la libertad individual como “valor central de la civilización”, palabras atrayentes por sí mismas (Harvey, 2007:11), pero utilizadas precisamente de manera estratégica contra la visión de colectividad y nostridad, es decir del “nosotros”.

Desafortunadamente, la esencia de la palabra “política” se ve trastornada por este modelo y este trastorno, por así llamarlo, vulnera el potencial participativo de la sociedad de diversas formas, incluyendo el campo de la salud y sus diversos escenarios; y aun cuando ésta situación es poco percibida por la mayoría de la población, si se analiza el tipo de “participación” que se ha estado fomentando en los últimos años, ubicado precisamente en el polo de la participación virtual e instrumentable, se pueden revelar las estrategias del modelo, haciendo evidente un soslayo estratégico.

Por ejemplo, al generar inhibición y apatía en la población, que son estrategias que fortalecen el modelo y aseguran su reproducción, el neoliberalismo se ha promovido como una forma de sociedad que es, paradójicamente, asocial y por tanto apolítica. Es decir, el neoliberalismo²⁵ emerge como un modelo económico que tiene lo social como mero efecto, en tanto que las relaciones sociales se regulan en el mercado (Vergara, 2005). El mercado y

²⁵ El neoliberalismo también llamado “nuevo liberalismo” o “liberalismo tecnocrático” es la corriente económica y política inspirada y responsable del resurgimiento de las ideas asociadas al liberalismo clásico o *primer liberalismo* desde las décadas de 1970 y 1980. El neoliberalismo se ha tornado hegemónico como forma de discurso. Posee penetrantes efectos en los modos de pensamiento, hasta el punto de que ha llegado a incorporarse a la forma natural en que muchos de nosotros interpretamos, vivimos y entendemos el mundo (Harvey, 2007:8).

la globalización hacen que la política tome un nuevo significado, colocando al Estado en un nuevo rol ajeno al bien común.

El capitalismo como sistema cuyo funcionamiento está regido por las leyes de mercado, basado en la libre empresa y en la iniciativa individual, coloca a la participación social en el polo de la virtualidad, ya que ¿cómo podríamos participar como ciudadanos en algo que busca sólo generar ganancia para unos pocos? Y ¿a qué Estado o empresa le interesará, en ese marco, que existan ciudadanos participativos que cuestionen y se activen en contra de ese modelo?

Ahora bien, los efectos del sistema se reproducen de muchas formas, inclusive alterando e instaurándose en nuestra subjetividad, utilizando a las instituciones que en su original esencia se supone buscan el bienestar y la formación de nuevas generaciones, como lo es la escuela. El modelo neoliberal posee una capacidad de penetrar y moldear el imaginario social, la vida cotidiana y los valores que orientan nuestros comportamientos en la sociedad (Rebellato, 1999). Este modelo no solo no ha promovido una verdadera participación de la sociedad, sino que ha lacerado formas de organización y participación tradicionales al sembrar “el chip” individualista y competitivo en la escuela, en los medios de comunicación, en los servicios médicos, en diversos escenarios que de alguna manera promueven este sistema, manifestación de un modelo capitalista, fundamentado en la figura del usuario acrítico y pasivo, del subciudadano, del consumidor, del que vende su fuerza de trabajo, acepta que otros modelen su proyecto de vida y cuya salud es importante, pero para que consuma, produzca, obedezca, vote, etc.

e) La modernidad y sus efectos en la participación social

La modernidad en tanto proceso se ha definido y conceptualizado desde distintas disciplinas y corrientes teóricas (Echeverría, 1989; Taylor, 1994; Santos, 2005; Bauman, 2007); todas ellas dan cuenta de un proceso complejo que influye en lo económico, político y cultural, generando cambios en las organizaciones y en distintas esferas de la vida social.

Para explorar los efectos de la modernidad en la participación social, recorro aquí a los tres “males de la modernidad” explicados por Taylor como “rasgos” de nuestra cultura o sociedad contemporánea que la gente experimenta como pérdida o declive, aun a

medida que se “desarrolla” nuestra civilización. Se trata de malestares conocidos y analizados ya desde diversos enfoques, entre los cuales Taylor subraya el individualismo, la primacía de la razón instrumental, y el límite impuesto por las instituciones y estructuras de la sociedad técnico-instrumental (Taylor, 1994:89).

La *racionalidad instrumental* es definida por Taylor como la racionalidad de la cual nos servimos cuando calculamos la aplicación más económica de los medios a un fin dado” (1994:89). Ella penetra en la cultura y en el modo como nos relacionamos con la naturaleza y con los otros, y se hace visible de diversas formas: en la visión de las personas como mercancía, en los prestigios de la tecnología, en la sustitución de los objetos sólidos, artesanales, duraderos y expresivos por mercancías sustituibles y desechables.

En cuanto al *individualismo*, refiere, es considerado por muchos como un logro de la sociedad moderna (Taylor, 1994:87); sin embargo, genera individuos interesados básicamente en sí mismos, los cuales han perdido su ubicación en un orden de significado superior, en sentido social y cósmico. De acuerdo con Taylor, esa centralización en el yo desarrollada hasta ahora, aplanan y estrechan la vida y hacen perder el interés por los demás y por la sociedad (1994:88), lo cual influye de manera determinante en el soslayo de la PS en nuestra vida cotidiana.

En base a ello han surgido propuestas que plantean en diversos términos y culturas una evolución cualitativa del ser humano, lo que por ejemplo, en términos de Roszak constituye la transformación de individuo en persona; para éste autor, ambas figuras tienen diferencias esenciales que vale la pena poner en relevancia; una “el individuo” responde a una visión industrial, competitiva, y la otra “la persona” responde a la búsqueda interior, a la confianza, a la convivencia, la autonomía; la confusión entre ambas, según Roszak, ha dificultado el empeño del descubrimiento de uno mismo (1985: 153), lo cual a su vez incide en la dificultad para gestar una convivencia cotidiana más saludable, una relación de cuidado entre seres humanos y con la naturaleza (Boff, 2002).

Finalmente, el *límite impuesto por las instituciones* constituye la base del funcionamiento interrelacional que determina la preponderancia de la racionalidad instrumental entre los diferentes actores del Estado, el Mercado y la Sociedad Civil. La

existencia de instituciones y de estructuras de la sociedad técnico-instrumental confiere un poder mayor a la racionalidad instrumental, al tomarse decisiones que impactarán de una forma a la sociedad y son a su vez fuente de reproducción de esa racionalidad (Taylor, 1994:91).

En consonancia con lo anterior, según Bolívar Echeverría (1989), son cinco las tendencias ideológicas culturales que caracterizan y permiten la reproducción de la modernidad capitalista: a) una perspectiva modernista antropocéntrica, b) el progresismo consumista, c) el urbanicismo, d) el economicismo y e) el individualismo. Todas esas tendencias implican una modalidad de “participación” ubicable precisamente en el ya referido polo virtual de la misma.

f) *Hegemonía cultural: funcional al polo virtual de la participación Instrumentable*

Así como el modelo económico dominante es una raíz esencial del origen y reproducción del polo virtual e instrumentable de la participación social y del soslayo de la PS que se aborda adelante, lo es también la hegemonía cultural en nuestras sociedades²⁶, articulada con la lucha de clases, pues la confrontación entre culturas y la hegemonía de una de ellas sobre las otras, sitúa al hombre, a la sociedad, a la cultura en el umbral mismo de los hechos económicos (Gramsci, 1971), lo que a su vez se traduce en la hegemonía de una determinada modalidad de participación social sobre otras.

Esta dinámica de confrontación entre culturas obedece a las contradicciones entre concepciones antagónicas de la vida que se dan internamente entre la sociedad nacional hegemónica y las clases subalternas (Aguirre Beltrán, 1994:19). Un ejemplo claro de esta expresión de hegemonía es el análisis que hace Gramsci sobre el folklore, el cual refleja a determinados estratos de la sociedad y consiste en un conjunto estructurado de ideas, prácticas y valores, como una concepción del mundo y de la vida particular de las clases subalternas (Aguirre Beltrán, 1994:19) lo que influye en las distintas

²⁶ El término de hegemonía deriva del griego sin subrayado *eghestai*, que significa “conducir”, “ser guía” o “ser jefe” y del verbo *eghemonen* que significa guiar, preceder o conducir y de la cual derivan los significados estar al frente, dominar y gobernar. Por *eghemonia*, el griego antiguo designaba el mando supremo de los ejércitos. Se trata, pues, de un término militar. El *hegemone* era el conductor, el guía y también el comandante del ejército. Se entiende como “hegemonía cultural” según se lee en la obra de Antonio Gramsci- la dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías, que configuran y sostienen el sistema político y social (en Macchiocchi, 1980:148).

modalidades de la participación social. La perspectiva de Gramsci respecto a la confrontación desigual entre culturas y la hegemonía de una sobre otras tiene implicaciones relevantes para el tema de la participación social, porque ésta es permeada por dicha dinámica, que se encuentra articulada con la confrontación misma entre clases sociales. La adscripción cultural de los seres humanos forma parte de los elementos determinantes para la calidad de su participación social.

¿Cómo se reproduce esta lucha de clases y hegemonía?

Sin duda, en ello juega un papel primordial la hegemonía cultural que las clases dominantes ejercen sobre las clases subalternas, a través del control del sistema educativo, las instituciones religiosas y los medios de comunicación, es decir, mediante la construcción de la “participación pasiva o inercial” de las clases subalternas. Lo anterior es relevante al tema de la PS, porque las clases dominantes “educan” o condicionan a los dominados para que vivan su sometimiento de manera natural, inhibiendo así el potencial participativo susceptible de motivar por su propia realidad. Las clases dominantes utilizan a las instituciones y sus mecanismos para socializar a los individuos de tal modo que interioricen los valores de la cultura política dominante y asuman los roles políticos convenientes para mantener dicha hegemonía, mediante dispositivos de control y sometimiento como los partidos políticos, el sistema educativo y los medios de comunicación (Althusser, 2008:19- 44, citado por Duarte y Jaramillo, 2009).

Así mismo, como refiere Dubos, por encima de las consideraciones económicas existen aspectos de la cultura occidental que resultan incompatibles con la salud e incompatibles a su vez, a mi parecer, con la participación social decisoria:

“seguimos operando con una relación humana que se basa en la competencia agresiva y en la incesante lucha por el éxito. Hemos producido y puesto pródigamente a disposición del hombre una pléyade de comodidades y de bienes terrenos; pero hemos negado la posibilidad de escoger y de participar creativamente en la alegría de la producción. Para muchos la vida en el mundo moderno es una experiencia pasiva o una lucha solitaria y las huellas de esto se reflejan no solo en el daño que causan en los vasos sanguíneos de nuestro cerebro y corazón, sino también en la pérdida misma de la esperanza” (Dubos, 1959:236).

Este mantenimiento de una visión hegemónica de la PS que la ubica en el polo de la virtualidad instrumentable, es causa y consecuencia de la falta de democracia participativa y de ciudadanía en general: en un polo opuesto, el ciudadano es agente de salud; sin embargo, en el polo de la PS virtual, el subciudadano es funcional al estado de descoordinación, desmotivación y falta de diálogo en muchos ámbitos, como lo es también el campo crítico de la educación, imprescindible para la salud comunitaria y la salud pública.

Antes de abordar el soslayo de la PS en el campo particular de la salud pública, cabe mencionar algunas propuestas que apuntan al polo de una verdadera participación social como ha sido postulada en el ámbito de la salud, correspondientes a la “participación ciudadana, la “participación poder” y la “ciudadanía de alta intensidad”, las cuales tienen una expresión posible y concreta en el ámbito de la salud pública.

El análisis de la cultura política es fundamental para comprender una de las causas del soslayo de la participación en la sociedad actual, porque ¿cuáles son las posibilidades de esa participación genuina en el marco de la abismal lucha de clases que persiste en la sociedad? una verdadera participación no puede darse en este lienzo dividido, en esta asimetría de poder, y sobre todo en esta limitada voluntad política para hacerla verdadera, sin embargo, puede ser precisamente que esa asimetría de poder sea un motor de participación social en aquellos que se encuentran en la posición más desventajosa.

g) La participación en salud como referente emancipatorio

En ese contexto, en los años noventa se desarrolló la ya mencionada propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), particularmente promovida por la Organización Panamericana de Salud, con un componente sustantivo de la PS:

“La dimensión de un SILOS puede ser mayor que la menor unidad político- administrativa, si refleja la voluntad expresa de sus integrantes. Se trata, en este caso, de la cooperación concertada entre unidades con autonomía relativa suficiente para definir el mejor modo de resolver sus problemas.

(Paganini y Churny 1990:428)

Sin embargo, dicha propuesta tuvo en los hechos un carácter predominantemente administrativo y tal vez por sus implicaciones políticas de carácter

estructural, no contó con el apoyo decidido de los diversos Estados integrantes de la OPS.

Existen propuestas que han rescatado la visión participativa de los SILOS, tal como fue la de “Barrio Adentro” en Venezuela y las experiencias de participación social en salud en El Salvador. La “Misión Barrio Adentro” fue un programa social promovido originalmente por el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez, con ayuda del gobierno de Cuba, que se caracteriza por la participación de médicos cubanos y venezolanos, para ofrecer servicios de salud a la población venezolana en las zonas pobres del país (llamadas *barrio*), en ambulatorios pequeños, contruidos y dotados de insumos médicos en zonas inaccesibles, lejanas de los hospitales²⁷. La movilización comunitaria, a través de la conformación y consolidación de comités de salud, fue un factor decisivo en la fase inicial de la construcción de la red de atención primaria en las zonas excluidas de las ciudades y del campo en Venezuela, precisamente por haber una mayor interacción del Estado y las manifestaciones organizativas de la población. A su vez, la Política Nacional de Participación Social en Salud de El Salvador, busca promover la participación activa de los sectores sociales en los procesos de salud y en el control de los determinantes sociales de salud. La Política contempla, entre otros aspectos, medidas para fortalecer la organización social y los espacios intersectoriales, con el Fondo Nacional de Salud, el cual se inscribe en el proceso de reforma del Ministerio de Salud²⁸.

Las dos experiencias son referentes para esta investigación pues son ejemplos de la relevancia de la movilización social y participación social, como causa y consecuencia, en el diseño y desarrollo de programas de salud con un enfoque emancipador.

1.1.2 El soslayo de la PS en la salud pública

En el apartado anterior se abordaron varios referentes generales de origen en el soslayo de la PS que permean a su vez al ámbito de la salud pública (determinantes políticos, económicos, culturales). Ahora cabe abordar propiamente las expresiones

²⁷ (véase <http://www.fmba.gob.ve/>).

²⁸ (véase: <http://www.foronacionaldesalud.org.sv/index.php?start=9>).

específicas de ese soslayo en dicho ámbito que se puede analizar en distintos niveles de atención de la salud.

El soslayo de la PS real es un fenómeno general que se manifiesta a su vez en el modelo biomédico. Dicho soslayo, operando en diversos ámbitos sociales, como el político, el educativo y el económico, es generado y replicado de diversas formas en el sistema de salud, tanto a nivel personal como comunitario, siendo además y esto es importante resaltar causa y consecuencia de problemas de salud. Causa, porque es raíz esencial de omisiones y ausencias en el sistema de salud y consecuencia, porque esos mismos problemas de salud limitan la posibilidad de participación. Sin embargo, no es posible analizar este soslayo biomédico de la PS sin tener en cuenta su contexto: su origen histórico y sus determinantes económicos y políticos.

Si bien no se analizarán en este capítulo en su profundidad potencial cada una de las raíces generadoras del soslayo de la PS en la salud pública, se abordarán a continuación algunas de las más significativas:

a) La retórica y lo discursivo como expresión del soslayo e instrumentación de la participación social

Hoy, la alusión a la participación permea la mayoría de los discursos políticos en diversos escenarios; a nivel local, nacional e internacional, la “participación” ha pasado a ser bandera de los principales eventos gubernamentales y sello de los discursos de gobernantes y líderes sociales de diverso color político. No obstante, dicha relevancia continua siendo más nominal que real, y continua más apegada a la retórica que a los hechos; esto se debe, en parte, al alcance subversivo que resulta definitorio de la participación social real (Wolfe, 1977). La retórica es a menudo un recurso para camuflajear la intención contraria. Es decir, se apela a la participación, pero lo que menos se quiere es que se concrete.

Un ejemplo de lo anterior se encuentra en el discurso de la Norma Oficial Mexicana de salud escolar de la Secretaría de Salud, la cual en el apartado 4.26 define a la participación como:

“...el proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores sociales y privados en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto en la promoción de la salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud” (SSA, 2013).

Sin embargo, en la realidad cotidiana, esa definición poco o nada se traduce en acciones reales. Para darnos cuenta de eso, basta preguntarnos ¿cuántas veces hemos participado como integrantes de la población en la planeación, diseño y evaluación de un programa de salud? ¿Qué tanto nos involucramos, nos permiten involucrarnos o pretendemos involucrarnos como ciudadanía en las decisiones del Sector Salud?, al responder a esos interrogantes quizá nos daremos cuenta de que a pesar de que existen políticas que postulan la importancia de integrar diferentes perspectivas y actores en los programas y acciones relacionadas con la salud, éstas en general no se implementan. Y no se implementan porque implicarían una pérdida de control de esos procesos por parte de las instancias.

La profunda discrepancia entre el discurso político y las prácticas constituye un rasgo estructural del gobierno mexicano y de otros numerosos gobiernos en América Latina y el mundo. Este rasgo se ha venido acentuando progresivamente, al colocar la prioridad en la construcción de apariencias e imágenes virtuales a costa de las realidades concretas en el campo de los derechos humanos, del respeto a la legalidad y del compromiso con los principios de la democracia y del bien común en general. Todo ello es respetado y elogiado en el discurso, pero vulnerado en la práctica cotidiana (por ejemplo, véase Díaz, 2015:30- 34). En México se han planteado políticas públicas²⁹ que presentan a la participación social como estrategia fundamental del sistema de salud³⁰; sin embargo, esos postulados no condicen con la tendencia objetiva, inscrita en el cambio estructural de signo neoclásico liberal y verticalista (Laurell 2013:21,37; López, 2001).

²⁹ Ley General de Salud, México. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> ³⁰

³⁰ Programa de acción específico 2007-2012 –Entorno y comunidades saludables||
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf

b) *Del dicho al hecho hay mucho trecho: los Comités de Salud propuestos a nivel oficial*

En el rubro de la PS en salud y sus posibles referentes y representaciones oficiales, las comisiones o comités de salud como instancias formales de participación en la gestión sanitaria, tienen en América Latina y en México una diversidad de connotaciones, siempre de acuerdo con su contexto. La figura de los “comités de salud” ha sido planteada reiteradamente en las propuestas de atención institucional en México. Por ejemplo, el organigrama del programa “IMSS³¹-Solidaridad” aplicado en los años noventa del siglo pasado, incluía a la comunidad en el nivel inferior o básico, conteniendo cuatro componentes: a) Comités de Salud, b) Asistentes rurales de salud, c) Promotores sociales voluntarios rurales y d) Terapeutas tradicionales (Velázquez-Díaz, 1992: 647). Así también, en el marco del Programa Comunidades Saludables³², un Comité Municipal de Salud es definido como:

“Una estructura organizativa requerida para la participación municipal en el Programa Comunidades Saludables, la cual está integrada por los representantes de las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas que se encargan de la atención de la salud en el municipio, liderados por los presidentes municipales y vinculados operativamente con los regidores de salud y los servicios de salud pública municipal” (Programa de Comunidades saludables, 2015, SSA)

y un comité local de salud:

“Es la forma primaria de integración social para la salud, a partir de la cual los miembros de una población, en coordinación con el personal de salud, se organizan con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y recibir educación para la salud” (Programa de Comunidades saludables, 2015, SSA).

³¹ Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) es una Institución del gobierno federal en México, tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuenta con afiliación

³² Véase:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/convocarias_comunidades/2015/ReglasDeOperaci%u00F3n2015-1.pdf

Comité Municipal de Salud: Estructura organizativa requerida para la participación municipal en el Programa Comunidades Saludables, la cual está integrada por los representantes de las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas que se encargan de la atención de la salud en el municipio, liderados por los presidentes municipales y vinculados operativamente con los regidores de salud y los servicios de salud pública municipal.

Comité Local de Salud: Constituye la forma primaria de integración social para la salud, a partir de la cual los miembros de una población, en coordinación con el personal de salud, se organizan con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y recibir educación para la salud.

Sin embargo, como se ha visto en otros apartados, esto queda solo en el discurso, pues con todo y sus alusiones a la participación, estas definiciones tienen límites relativos a su alcance político y aun cuando se postula como central en el diseño de los programas, el planteamiento de dichos comités no se ha logrado traducir en acciones coherentes con dicho discurso y que realmente incidan en la verdadera participación de la comunidad respecto a las decisiones del sistema de salud; y es que la participación generada en dichos comités en general es limitada y desvirtuada (Freyermuth, 1993: 44, 91) pues en general son conformados como mero trámite para cumplir con los aspectos técnicos verticales de los programas, como lo es el caso del Programa denominado “Comunidades Saludables”.³³

Inclusive, los comités de salud, y la participación promovida por los programas pueden tener efectos contrarios a los valores de comunidad y de participación genuina, como es el caso del programa Oportunidades que, al no ser todos los pobladores receptores de sus beneficios, divide a la comunidad y por lo tanto modifica la dinámica de participación de la misma (Gallardo, 2006:58; OMS, 2003:141). Todas estas expresiones y las formas como trabajan los comités de salud expresan precisamente el soslayo biomédico de la PS y se pueden ubicar en el polo virtual e instrumental de la misma.

³³ <http://ahuacatlannayarit.gob.mx/toma-protesta-comite-municipal-de-salud-2/>

c) *La educación como proceso reproductor de valores y prácticas: ¿cómo se enseña y aprende a no participar?*

La educación influye de manera determinante en la capacidad de participación del individuo y de la comunidad, y es que ¿cómo voy a participar si no sé cómo puedo hacerlo?, ó ¿cómo voy a participar en algo que no conozco? o ¿cómo voy a participar en mi entorno social, si he sido entrenado precisamente para no participar?

Si realmente se pretendiera una verdadera participación, ello implicaría reconocer el potencial que tiene la educación (tanto la escolar como la familiar) en el modo de actuar de un individuo, pues a través del proceso educativo se enseña a comprender la realidad y el mundo que nos rodea, es posible transmitir y ejercitan valores que hacen posible la vida en comunidad, y se adquieren hábitos de convivencia y de respeto mutuo (Díez, 2007:2). A través del proceso educativo aprendemos a leer el mundo de una determinada manera y por consiguiente, a poner en evidencia o en su caso anular nuestras posibilidades o potenciales. En ese sentido, Illich ha escrito sobre el efecto negativo de la escolarización de la sociedad, precisamente en la capacidad de participación, pues menciona que a través de la educación los hombres de la ciudad moderna serán cada día más las víctimas de un proceso eficaz de instrucción total y de manipulación por el sistema escolar y por lo tanto existe la necesidad de una estructura institucional que eduque a la acción, a la participación y a la autoayuda (Illich, 1985: 37).

En ese sentido, Lenkersdorf, a propósito del pueblo Tojolabal en Chiapas, también subraya cómo influye el sistema educativo en la forma organizativa de una comunidad. A partir de la convivencia con dicho grupo étnico, cuestiona el modelo de educación occidental y analiza la educación tojolabal, la cual está basada en el concepto de “nostridad”, adoptado por el autor, basado en la palabra, “tik-tik”, *relativa a una entidad grupal y no individual*, utilizado frecuentemente por ser concepto clave de su cosmovisión (Lenkersdorf, 2005:11). Desde esa perspectiva, lo comunitario y complementario del *nosotros* y, desde la “occidental”, lo competitivo del yo, emergen como dos tipos opuestos de educación y como dos diferentes principios organizativos de la sociedad:

...el énfasis en la competitividad de los alumnos, en lugar de la solución del problema, muestra que esta clase de educación está alejada de la realidad en la cual, en efecto, los problemas deben resolverse, no importa por quién o por quiénes. La educación escolar, en cambio, solo se propone preparar a los alumnos para un aspecto muy particular de la realidad (2010: 24).

Cada vez más, surgen propuestas de diversas corrientes³⁴ que proponen a un modelo educativo diferente al modelo “occidental”, que buscan cambiar un enfoque individualista y competitivo, por uno colectivo y cooperador, lo cual influye de manera importante en la calidad y el alcance de la PS. Un ejemplo de este enfoque está en la escuela zapatista, que tiene como componente esencial la participación de los alumnos en la realidad local (Baronnet, 2010), tanto en las actividades productivas que se desarrollan en la comunidad, dando los tiempos para que los niños observen y apoyen el trabajo de sus padres en las temporadas de siembra y cosecha, tanto como en la casa, la comunidad y la región, por lo que el proceso de aprendizaje es mucho más amplio que la práctica escolar tradicional y lo pedagógico se articula con lo social, a diferencia de lo que sucede en la escuela oficial, que sigue siendo un espacio que no logra una articulación con lo local (Núñez, 2013). En base a esto vale la pena señalar que los estudiosos o profesionistas con mayor grado no son necesariamente quienes participan más en un determinado ámbito social o comunitario; inclusive en algunas comunidades rurales, como es el caso de la región analizada, algunos maestros han regresado a su localidad de origen luego de su formación, sin valorar su cultura, queriendo vender el agua o promoviendo partidos políticos, para sacar ventajas al respecto, aun cuando eso signifique dañar a la comunidad, es decir, regresan con actitudes individualistas ajenas a su cultura local. Este es un ejemplo que denota que la formación en el sistema educativo formal y el hacerse “profesional” no aseguran en absoluto generar individuos que contribuyan al bienestar de la comunidad.

¿Cómo vamos a ser sujetos dispuestos a participar por el bien común si en la escuela misma nos enseñaron a competir y nos entrenaron para ello? ¿Cómo vamos a

³⁴ La búsqueda de alternativas educativas con énfasis en la capacidad de participación social de los educandos es casi una constante histórica. Ejemplos que pueden considerarse clásicos son los de Makarenko de los años veintes y treintas del siglo pasado (1996) y la experiencia cubana (Castro, 1975). Entre las experiencias actuales a destacar se encuentra la escuela zapatista (Núñez, 2013, Baronnet 2010).

ayudar a resolver problemas en la comunidad donde vivimos, si no aprendimos a participar en asuntos de la colectividad y a decidir mediante el consenso? Es necesario hacer evidente la limitación de los programas educativos actuales en ese sentido, al no tomar en cuenta la realidad local, al no valorar e integrar los saberes y actores locales y en particular al soslayar la relevancia de la PS en los programas formativos. Se trata de una limitación de graves consecuencias. Al respecto, Freire (1987) subraya la importancia de que el individuo aprenda a cultivarse a través de situaciones de la vida cotidiana, misma que aporta experiencias valiosas para el aprendizaje, así como la importancia del diálogo como factor de transformación.

A su vez, el soslayo de la participación en la educación convencional va de la mano del soslayo mismo de la autonomía, de la creatividad, del saber compartido, y alejada de las necesidades reales y sentidas, en procesos y herramientas que cada vez más quedan en manos de especialistas que deciden por su cuenta y en función de intereses económicos los medios y los fines de los que se ha de dotar a la sociedad, de una formación que en términos de Roszak se encuentra más orientada al individuo que a la persona reduciendo la participación de los individuos *al de meros usuarios y consumidores*, teniendo como resultado una convivencia limitada, jerarquizada, con fines y metas individuales, lejos de una convivencia creativa para resolver problemas reales (Illich, 1978).

d) Medicalización y paternalismo

La medicalización y paternalismo son material de reflexión en el campo del soslayo biomédico de la PS ya que ambos soslayan la importancia de la participación de la persona en su proceso para sanar, y en su autocuidado. La medicalización es comprendida como un proceso múltiple y variado por el cual problemas no médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes (Conrad, 2007). El paternalismo médico es la teoría que afirma que la gestión del cuerpo del paciente no puede hacerla el propio paciente, sino personal especialmente cualificado para ello: el médico (Guillén, 2002).

La medicalización y el paternalismo ponen de manifiesto los factores políticos, económicos y sociales que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacéutica. En su perspectiva, la autonomía no es una

meta deseable porque supone una pérdida de control. Existe, en síntesis, una contradicción entre el discurso oficial que promueve la PS para la salud y la realidad e implicaciones de dominación que subyacen en la medicalización y en el paternalismo que propicia y reproduce el Modelo Médico Hegemónico (MMH). De hecho, entre sus características, (Menéndez, 1992), varias condicen con ese soslayo de la PS, como es su concepción del paciente como ignorante, su identificación con el cientificismo ajeno a los saberes populares y su carácter asocial, ahistórico y biologicista.

A su vez y en este marco, las propuestas de “participación comunitaria” que se generan en los niveles superiores de las instituciones, le confieren a la participación un carácter oficialista, impositivo y vertical; ni la comunidad ni los mismos trabajadores de salud participan realmente en la definición de estrategias para la salud, ni en la tan publicitada participación (Molina, Daquilema y Gómez,1992); así, ¿cómo generar cambios si no sólo no se generan condiciones, espacios y dinámicas que permitan la reflexión, el intercambio de ideas y sentires, la evaluación colectiva, la expresión de la experiencia cotidiana y la creatividad, sino que se impulsan y reproducen esquemas antagónicos a la participación?

En el ámbito biomédico, dicho soslayo de la PS se expresa entonces de varias formas y niveles:

a) En la investigación basada principalmente en indagar “factores patogénicos” de orden individual, sus prioridades y derivaciones.

b) En la formación educativa, la cual generalmente no está enfocada en analizar problemas reales y generar procesos participativos como procesos de enseñanza.

c) En la atención médica, tanto a nivel de consulta como en la promoción y atención primaria, al no motivar la participación activa en el proceso de salud-enfermedad, quedando todo en manos de la estructura de mercantilización diagnóstica y asistencial, en una pasividad del enfermo y del mismo sistema al no hacer verdaderos cambios en el proceso de sanar.

d) En las políticas públicas relacionadas con salud, donde la PS se encuentra ausente en su diseño, implementación y evaluación.

El soslayo biomédico de la PS en la salud pública, en resumen, expresa un ordenamiento social general, donde la PS real y decisoria resulta inconveniente o francamente subversiva para los poderes económicos y políticos dominantes; finalmente, lo que se soslaya es uno de los polos en los que esa participación debe darse, el de la participación verdadera, de la participación poder, la que ejerce una ciudadanía de alta intensidad que, contraria a la de baja intensidad, pueda ser afectuosa, solidaria, confiable, participativa.

1.2.- Dimensión Afectiva-Emocional (DAE)

1.2.1 Diversas aproximaciones a la Dimensión afectivo emocional

a) Aproximaciones desde lo general

A lo largo de las últimas tres décadas el tema de los afectos, las emociones y los sentimientos ha tomado más relevancia en distintas áreas del conocimiento. Existen diversos paradigmas y enfoques teóricos en relación al estudio de la afectividad, desde la filosofía, la psicología, la estética, las ciencias sociales, la biomedicina y otras áreas, y a su vez existen distintas acepciones y clasificaciones de los términos “emoción”, “afecto”, “pasión” y “sentimiento”.

Es importante mencionar que para fines de este trabajo, no se busca construir una definición precisa, pero sí tener un marco de referencia al hablar de la DAE. En varios trabajos, desde antiguos textos médicos (Descuret, 1844) hasta ensayos recientes (Heller, 1989; Le Breton, 1999), se expresa la dificultad para elegir una definición clara o final de dichos términos, lo que expresa la complejidad que conlleva abordar un campo de estudio que posee dos ámbitos inseparables: el social y el individual (Calderón, 2012:196; Maturana, 2001). Esta constante interrelación entre lo individual y lo social, explica por qué la DAE es fundamental en la relación que establece el sujeto en el tejido social y viceversa, y a su vez lo complejo de su abordaje (Calderón, 2012).

Desde la etimología, *afecto* es tomado del latín *affectus*, y participio de *afficere*,

(influir, obrar sobre alguno, afectar), definido por la Real Academia, que registra la palabra “afecto” como cualquiera de las “pasiones del ánimo”, siendo otras la ira, el amor o el odio (2014). A su vez, Corominas consigna al afecto como un vocablo derivado de *facere*, hacer (1987:31). En cuanto a la palabra *emoción*, etimológicamente proviene del latín *emotio*, que significa “movimiento o impulso”, “aquello que te mueve hacia” mientras que “sentimiento” proviene del latín *sentire* y del sufijo -miento (del latín *-mentum*) con el cual se forman adjetivos verbales, es decir, señalan la acción y el efecto de algo: un “sentimiento” es así la acción y el efecto de sentir (RALE, 2001). Abbagnano define a la emoción como “todo estado, movimiento o condición por el cual el animal y el hombre advierte el valor (el alcance o la importancia) que una situación determinada tiene para su vida, sus necesidades e intereses” (1986:379).

Solemos identificar el afecto con la emoción. Sin embargo, algunos autores refieren que se trata de fenómenos distintos aunque, sin duda, muy relacionados entre sí (Juárez, Ponce de León, Rodríguez, 2011). Mientras que la emoción es una respuesta individual interna que informa de diversas situaciones, el afecto es un proceso de interacción social entre dos o más organismos (González, Barrull y Pons, 1998).

Agnes Heller, al abordar los sentimientos y su clasificación, los define como la información sobre los objetos o personas que son importantes para nosotros y que nos permiten estar implicados en algo o con alguien (1989). Ambos, emociones y sentimientos asociados desempeñan un papel esencial en el comportamiento social y, por extensión, en el comportamiento ético (Damasio, 2006:170).

La literatura alude usualmente a una dimensión afectiva, sin embargo, aquí se aborda como DAE de manera amplia, abarcando lo emocional como lo personal y también lo afectivo como lo intersubjetivo y relacional. Para los fines de este trabajo, se entenderá como *dimensión afectiva emocional* a todo lo que haga referencia en general a sentimientos, emociones, pasiones, estados de ánimo, sensaciones, que motivan a actuar de cierta forma, incluyendo habilidades intrapersonales (como la autoestima, el autoconocimiento) y las interpersonales (la empatía, la responsabilidad hacia el otro o a la naturaleza, la solidaridad, la colaboración, la comunicación, etc.)

b) Aproximaciones desde el ámbito de la salud

Aun cuando textos médicos clásicos y antiguos se han ocupado explícitamente de la DAE, como es el caso de Descuret sobre la medicina de las pasiones (1844) y a pesar de que algunas corrientes en las ciencias de la salud recuperan hoy el tema de las emociones y su rol fundamental para sanar, en el sistema formal de salud mexicano la DAE se soslaya; ello también a pesar de que la medicina de los pueblos originarios remite a factores emocionales y subjetivos, como se hace manifiesto en padecimientos como los *aires*, el *coraje* o la *vergüenza* (Hersch y González, 2011), o como lo vive la cosmovisión náhuatl y a partir de las entidades anímicas en las cuales se reconoce la importancia de los afectos y los relaciona de manera determinante con el cuerpo y ciertos órganos relacionados (Viesca, 1986). En la medicina actual, existen diversas propuestas que ponen en relevancia la importancia de las emociones y los afectos para la salud³⁵; por ejemplo, la psiconeuroinmunología ahora denominada “psiconeuroinmunoendocrinología”, se ocupa de la relación entre factores psicológicos y emocionales y las reacciones hormonales, químicas y físicas del organismo, a su vez en otros ámbitos del conocimiento, se reconoce la relevancia de la DAE, como sucede con el énfasis de Goleman respecto a la *inteligencia emocional*, que no sólo recuerda el papel esencial de las emociones en la vida y en la salud de los seres humanos, sino que propone generar competencias para incidir en esas emociones de manera cotidiana (1996:110-11). Según Goleman la inteligencia emocional (IE) es más importante que el coeficiente intelectual y las habilidades técnicas, para desenvolverse con éxito y eficiencia en cualquier clase de trabajo. Dividió la IE en cuatro grandes capacidades:

- Conciencia y conocimiento sobre sí mismo, o sea, con cuánta y con qué profundidad conocemos nuestras fortalezas y debilidades: capacidad para sintonizar nuestros pensamientos y sentimientos, confianza en nosotros mismos.
- Capacidad para manejar las emociones personales, es decir, el control de las emociones, de los impulsos en forma responsable y flexible de manera que

³⁵ Entre otros ejemplos de corrientes que postulan la importancia de la convivencia y de la dimensión afectiva y emocional en la salud se encuentran la terapia Gestalt (Burga, 1981), la Alegremial (Amaroz, 2014), la Biodescodificación (Corbera, 2012), la Antroposofía, (Steiner, 2010), la Programación Neurolingüística (Gessen, 2002), El síntoma y su función (Bertona, 2012).

beneficie los resultados de la actividad propia: perseverancia ante contratiempos, motivación positiva hacia el logro de mejores resultados.

- Conciencia social, lo que equivale a estar en sintonía con los sentimientos, necesidades y temas que interesan a los otros: habilidad para lograr empatía con otros (p. e. colegas, jefes, subordinados, clientes, etc.).
- Habilidad social, aquella que nos permite interactuar con otros: comunicarse, influir, colaborar y otras, ya sea en forma individual o en equipo, así como para manejar los conflictos.

A su vez, desde la antropología se plantea la necesidad de abordar esta dimensión, postulándose la importancia de la “cultura afectiva”, definida como un saber afectivo que circula de manera difusa en la sociedad y que enseña a los actores sociales según su sensibilidad personal- las impresiones y actitudes que deben tomar (Le Breton, 1999).

A su vez, así como sucede en el escenario de la política y la cultura, y más específicamente en el de los movimientos sociales, la acción colectiva y la toma de decisiones tienen una dimensión afectiva y emocional que hay que poner en relevancia (Saiz, 2012). Se reconoce que las emociones están ligadas a marcos culturales y sociales, que de forma directa influyen en la toma de decisiones y permean los procesos argumentativos y deliberativos de la acción social y política de los seres humanos (Cruz, 2012). Por otra parte, si como afirma Ronald de Sousa (1979), son las emociones las que nos indican qué es lo que importa y contribuyen a establecer los objetivos y los límites de toda deliberación, por esta vía se destaca también lo afectivo, puesto que las emociones están en la base de nuestras más diversas actitudes y motivaciones, y son ingrediente imprescindible en tanto cumplen un papel central en la actividad de los seres humanos y en la generación o en la resolución de sus problemas. Tal parece que una epistemología que siga ignorando estos elementos de nuestra vida afectiva no podrá ir mucho más lejos de lo que nos ha llevado la epistemología tradicional (Pérez, 2010).

A pesar de todo ello y aun cuando han surgido propuestas incluyentes en la epidemiología y en la concepción del proceso salud-enfermedad/atención-desatención, y se han hecho algunos esfuerzos institucionales por meter capacitaciones de sensibilización

para el personal de salud en la práctica³⁶ y en la mayoría del país sigue predominando el modelo biomédico y su racionalidad técnico-instrumental cartesiana, que concibe la enfermedad de manera reduccionista, predominando la separación mente-cuerpo y los factores biopatológicos.

1.2.2 Algunos referentes de origen en el soslayo biomédico de la DAE

A continuación se analizarán algunos de los orígenes del soslayo de la DAE, como lo es la modernidad, el paradigma cartesiano newtoniano, el modelo económico, entre otros, incluyendo algunas de los escenarios y elementos diversos que lo han ido conformando.

a) *La modernidad*

Ya mencionada anteriormente en el análisis del soslayo de la participación social, la instauración de la modernidad ha jugado también un papel de relevancia en el soslayo de la DAE. En ese sentido, Taylor refiere:

...Una sociedad en la que la gente termina convirtiéndose en este tipo de individuos que están “encerrados en sus corazones” (Alexis de Toqueville), poco querrá participar activamente en su autogobierno. Preferirán quedarse en casa y gozar de las satisfacciones de la vida privada mientras el gobierno proporciona los medios para el logro de estas satisfacciones (1994:91).

A través de las instituciones y estructuras de la sociedad tecnológico-industrial, se limitan rigurosamente nuestras opciones, forzando a las sociedades tanto como a los individuos a dar a la razón instrumental un peso mayor.

b) *El paradigma cartesiano- newtoniano y la separación mente y cuerpo*

La visión del mundo, incluido su sistema de valores, ha cambiado a través del tiempo; el paradigma³⁷ que dio vida a la civilización occidental o lo ha

³⁶ Se han llevado a cabo talleres llamados de sensibilización para el personal de salud desde el 2002 en la Secretaría de salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7219.pdf>

³⁷ Los *paradigmas* son definidos como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1971:13).

acompañado, ha presidido la cultura dominante en los últimos trescientos años. Dicho paradigma soslaya la DAE. En su origen, los cambios revolucionarios en la física y astronomía, influyeron en la emergencia de ese paradigma, pasando de un universo viviente espiritual al mundo máquina de la era moderna (Capra, 1992).

Laing, citado por Capra, señala al respecto:

“Quedan por fuera vista, sonido, gusto, tacto y olor, y junto con ellos se van la estética, la sensibilidad ética, valores, cualidad, forma; todos los sentimientos, motivos, intenciones, alma, conciencia, espíritu” (1992: 28).

Galileo dirigió la atención de los científicos a las propiedades cuantificables de la materia, lo cual resultó muy llamativo y exitoso para la ciencia moderna. Así también, la filosofía cartesiana ha influido en la concepción del mundo actual, reflejándose en el cientificismo actual. Descartes extendió la visión mecanicista a los organismos vivos, condición que generó que fuesen tratados como máquinas; este reduccionismo ha obstaculizado o dificultado la comprensión de la enfermedad de manera integral por parte no sólo de los médicos, sino también de la población en mayor o menor grado determinando en parte la situación misma del modelo de atención en salud actual. Newton también contribuyó a este paradigma nombrado luego como cartesiano–newtoniano, por la visión atomística de la realidad, como un enorme sistema mecánico, que operaba de acuerdo a leyes matemáticas exactas (Capra, 1992).

c) El modelo económico y la reducción del ser humano a “consumidor” y “usuario”

Desde una perspectiva económica el soslayo de la DAE también se hace manifiesto. Así, por ejemplo un término de utilidad respecto al papel que juega el sistema económico dominante en el soslayo de la DAE es el de “capitalismo emocional”, definido por Illouz como:

la cultura en que las prácticas y los discursos emocionales y económicos se configuran mutuamente, estableciendo que los repertorios culturales basados en el mercado configuran e informan las relaciones emocionales e interpersonales, mientras que las relaciones interpersonales se encuentran en el epicentro las relaciones económicas (2007:19,20).

es decir, el capitalismo se apropia de los afectos y emociones, al punto de transformar las emociones en mercancías y viceversa. Ello es perfectamente coherente con uno de los rasgos esenciales del capital descritos por Marx, que es el de su capacidad para convertir cualquier cosa y cualquier elemento del mundo humano “en una mercancía”. Sin embargo, a su vez, la exclusión de las emociones, o de algunas de ellas, y la falta de análisis de su complejidad, conduce a un indisimulado hiperracionalismo (Máiz, 2010: 15); y a su vez, en términos prácticos como señala Peñamaria, la desatención de las emociones deja el campo libre para que los demagogos actúen activando “emociones colectivizadoras”, faltas de sentido real e instrumentadas para sus fines (2008:64).

d) El soslayo biomédico de la DAE desde la perspectiva de la antropología médica

Aunque la biomedicina dominante y su concepto de salud han sido analizados de manera reiterada por diversos autores y en varios de sus elementos constitutivos e insuficiencias, una de ellas, a su vez escasamente atendida desde la lectura crítica usual del modelo médico hegemónico, es la irrelevancia que se asigna a las emociones y los afectos, no sólo en el dominio de la atención médica individual, sino en la salud pública tal como se conceptualiza y como opera en la biomedicina. La DAE es soslayada en el análisis de los programas de salud generados, analizados y evaluados desde una óptica limitada, restringida a lo técnico y a lo objetivo.

Desde la antropología médica, este soslayo biomédico de la DAE es destacado de manera significativa por autores tan relevantes como Tulio Seppilli, quien señalaba en 1996, en el texto de presentación de la revista de la Sociedad Italiana de Antropología Médica (SIAM), como uno de los elementos de crisis del modelo dominante de medicina, precisamente su incapacidad para gestionar y/o dar cuenta de los factores que remiten a la subjetividad de los enfermos. El autor proponía entonces una pista seminal a seguir, relativa a los efectos orgánicos, fisiológicos, patológicos, que pueden generar conductas, estados de ánimo, emociones que usualmente no se vinculan con la dimensión material y físicamente tangible de la patología. En ese marco, Seppilli ligaba aportes clásicos de la etnología, como el concepto de la eficacia simbólica de Lévi-Strauss (1979), con corrientes que se

ocupan de las relaciones entre la mente y cuerpo, como la ya referida psiconeuroinmunología, surgida como tal a inicios de los años noventa (Ader y cols., 1991; Ader, 1995), aunque el reconocimiento tácito o explícito de esa relación, ancestral, probablemente forma parte de todas las culturas.

Sin embargo, los trabajos del ya citado Ader, respecto a la ya mencionada psiconeuroendocrinología y de muchos otros autores remiten a evidencias recientes y cuantificadas del nexo existente entre la esfera emocional-afectiva y los procesos de salud-enfermedad, evidencias que se han ido acumulando principalmente en lo que refiere a los efectos recíprocos destacables entre las emociones y afectos del individuo y su dinámica fisiológica y fisiopatológica particular, más que al *alcance colectivo* de la dinámica emocional y afectiva en la salud. Así, recurriendo al término de Santos (2005), respecto a la DAE nos encontramos así ante una clara *ausencia programada*, a pesar de sus efectos sanitarios, determinantes para las políticas públicas.

Este soslayo de la DAE obedece en parte al cartesianismo y organicismo dominantes en la biomedicina, pero refleja a su vez la jerarquización (Restrepo y Rojas, 2010) impuesta de las subjetividades y de los saberes que acompaña a los procesos históricos de manejo del poder en nuestras sociedades latinoamericanas, lo cual se puede analizar en el mismo soslayo que se da en relación a la medicina de los pueblos originarios de America donde la DAE tiene un papel esencial en el diagnóstico y tratamiento.

Además de la DAE, los servicios de salud y los programas e intervenciones se analizan, generan y evalúan desde una óptica restringida a lo técnico y a lo objetivo, soslayando a su vez otros factores y dimensiones, incluidos los saberes y recursos locales, la dimensión sociocultural y las condiciones objetivas de vida, y limitando y/o cediendo generalmente el “poder sanador” a los medicamentos y a los profesionales de la salud, lo que genera pasividad y/o exclusión de otros sectores y actores y poco aprovechamiento de ámbitos y recursos preventivos y terapéuticos, incluyendo la dimensión relacional y la participación comunitaria.

e) *La “salud mental”: una puerta insuficiente a la DAE*

Otro referente del soslayo biomédico de la DAE se encuentra en el abordaje usual de la salud mental. Se ha señalado repetidamente la necesidad de abordar a la salud como

un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, en tanto que es, al unísono, un asunto individual y colectivo (véase, por ejemplo, Alcántara, 2008). Sin embargo, la biomedicina y en particular el denominado “Sector Salud” abordan usualmente a la DAE confinándola al ámbito de la *salud mental*, definida por la OMS como:

“...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2013:1).

sin embargo, retomando los mismos términos de esa definición, ¿cómo puedo en efecto contribuir a mi comunidad si me siento triste, si mi situación familiar o económica no me permite dormir o estar tranquilo? ¿Cómo me voy a percatar de mis propias aptitudes, a trabajar de manera productiva y fructífera si no me siento parte de mi entorno, o carezco de empatía o de afecto por mis vecinos?; así, a pesar de su amplitud, la definición oficial de la salud mental no refleja en relevancia y de manera explícita el papel de la esfera afectiva y emocional.

Ejemplo de la multifactorialidad que implica este campo es el riesgo de enfermedades mentales y de problemas de adicción o violencia asociados con la pobreza (Sandoval, 2005), donde intervienen el hacinamiento, las insuficiencias educativas, la tensión laboral, el bajo ingreso, la inseguridad o la desesperanza, en una amplitud tal que resulta pertinente inquirir a su vez ¿qué tanto se toma en cuenta a la DAE en la atención primaria, en la educación en general, en los programas de salud pública y en las estrategias que convocan a la participación social?

Generalmente, en el marco de su soslayo biomédico, la DAE queda confinada al rubro de los aspectos subjetivos, poco investigados, cuestionados y atendidos operativamente por el personal y los programas de salud. Es un señalamiento o “lugar común” el de que a pesar de su nombre, el sistema de salud en general atiende el síntoma, pero no la causa relacional del síntoma en sí, sea ésta física, psicológica, emocional, económica, política o social. Un reflejo de ello es el escaso presupuesto que se destina a la salud mental, el cual constituye en México el 2%

del presupuesto para salud (solamente el 10 % de lo que recomienda la OMS); de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas (OMS: 2011:6), a su vez también se hace evidente también en el escaso personal capacitado para atender la salud mental, comparado con lo que sucede en otros países.

En ese sentido, cabe acotar finalmente a Morin, cuando subraya que:

“el principio de reducción y disyunción que ha reinado en las ciencias, incluidas las humanas (que de este modo se han vuelto inhumanas), impide pensar lo humano. El sentido de la responsabilidad se ha estrechado, el sentido de la solidaridad se ha debilitado”(2003: 15).

1.2.3 Algunos niveles, espacios y ejemplos de soslayo biomédico de la DAE

Finalmente, en el campo de la salud pública, el soslayo de la DAE se expresa y opera en diversos niveles y espacios (Cuadro 1), tanto a nivel vivencial de prestadores y usuarios de servicios, como también en los programas educativos y asistenciales y sus procesos de evaluación.

Tabla 2. Algunos niveles y espacios de soslayo de la dimensión afectiva emocional en la salud pública

1. En los programas de educación y en el perfil de los profesionales de la salud
2. En los programas de promoción y prevención
3. En la atención y tratamiento
4. En la evaluación del sistema de salud
5. En la investigación en salud pública
6. En las políticas públicas de salud en general

Fuente: elaboración propia.

a) En los programas de educación superior y en el perfil de los profesionales de la salud

Desde la educación básica, la DAE es a menudo soslayada en los programas

escolares, en un sesgo que alcanza a la formación del profesional de la salud. La perspectiva técnica dominante en la formación de cuadros profesionales determina ese soslayo. Generalmente desde las primeras etapas se evalúan conocimientos técnicos, pero poco se da lugar a la integración de la capacidad autoreflexiva, al trabajo en equipo y a la calidad de los afectos y el ejercicio de la inteligencia emocional tanto a nivel personal como de formación profesional. Este hecho, que conlleva una limitación en la sensibilidad del personal y de las instituciones mismas, se reconoce pero tangencialmente, envuelto en una terminología que remite a habilidades y competencias técnicas desde las mismas instancias biomédicas:

“....el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que debe contar con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades” (Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: 72)

“existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5 % de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales”.

(Informe OMS. Salud Mental en México, 2011:35)

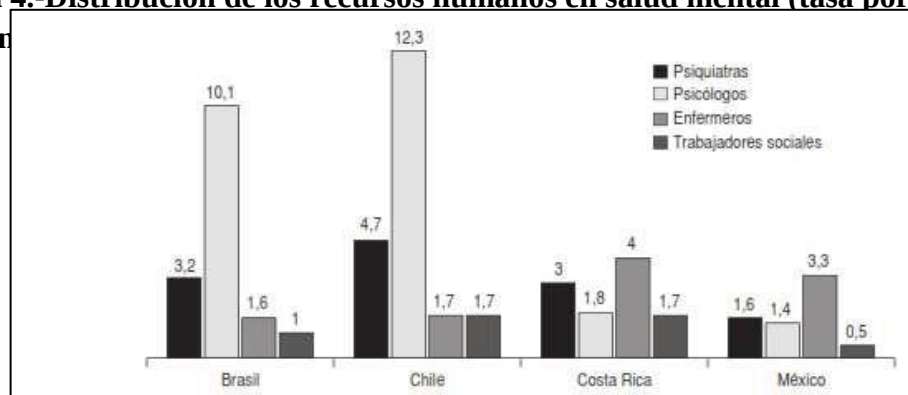
A su vez dicho soslayo es encontrado en los planes de estudios de las carreras de medicina en los planes de estudio de primaria y secundaria, programas que generalmente tienen poco contenido artístico y de desarrollo de habilidades socioafectivas.

b) En la atención y en el tratamiento

Si como hemos afirmado anteriormente, la puerta formal o el resquicio que abre o deja la biomedicina a la DAE es la de la “salud mental”, el soslayo se expresa incluso cuantitativamente en el escaso personal destinado a dicho campo en México, que comprende psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Así, existen 1.4 psicólogos por cada 100,000 habitantes, a diferencia de otros países latinoamericanos,

como es el caso de Chile, donde la proporción correspondiente es de 12.3, como se muestra en la siguiente figura (Berenzon y cols, 2013: 256):

Figura 4.-Distribución de los recursos humanos en salud mental (tasa por 100,000 habitantes)



En el origen de esa cobertura insuficiente, además de la falta de personal y de presupuesto que por cierto denota propiamente un *soslayo económico-político* de la DAE, se encuentra la falta de acceso a la atención por diversas razones, inclusive de índole cultural, como se infiere de la siguiente cita:

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, solamente 1 de cada 10 pacientes que padecen algún trastorno mental recibe atención y son diversas las razones que explican esta situación. En principio, son muy escasos los servicios de atención en salud mental y, cuando los hay, prácticamente no se recurre a ellos, ya sea por el desconocimiento de la población acerca de los padecimientos emocionales, o bien porque los profesionales de la salud no satisfacen las expectativas de atención.

(Mora e Ito-Sugiyama, 2005)

A su vez, el soslayo de la DAE en la atención clínica se expresa en los tratamientos dominantes, poco personalizados y limitados generalmente a la farmacoterapia, sin promover recomendaciones o acciones relacionales, capaces de generar un cambio significativo en la evolución y tratamiento de los padecimientos y pacientes, como son las medidas de inteligencia emocional, de activación de redes, de relajación, creatividad y recreación, que pueden jugar un papel relevante inclusive a nivel colectivo y comunitario, así como estrategias que incidan en la dimensión etiológica socioestructural de la enfermedad. Por ejemplo, reducir el tratamiento para problema de la ansiedad en la medicación constituye no sólo otra manifestación más de ese soslayo, sino un riesgo de consideración:

“...el eje de la atención de la salud mental en México sigue siendo el hospital psiquiátrico, a pesar de que las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental ubican a la atención primaria como el punto desde donde articular la atención de la salud mental comunitaria”

(Berenzon S, y cols, 2013: 255)

Podemos aventurar incluso que la crítica fundamental llevada a cabo en el marco de los movimientos de antipsiquiatría en los años sesenta y setenta del siglo pasado, originados en Italia pero con expresiones en muchos otros países, si bien derivaron en propuestas de manejo más adecuadas a la condición de los pacientes y a la humanización de los servicios (Cooper, 1976), tenían que ver con el soslayo biomédico de la DAE aunque no se expresara en dichos términos, aunque no enfatizaron suficientemente en alternativas específicas capaces de permear al campo clínico no psiquiátrico y al de la salud pública, en particular al de la participación social.

c) En los programas de promoción y prevención

Al indagar en los programas de salud de la SSA, resulta evidente la inexistencia de términos como emoción, sentimiento o afecto en su discurso; sin embargo, en el campo de la *salud mental* hay reconocimientos significativos relativos a insuficiencias relacionadas con esa dimensión, además de testimonios de personal de salud en ese sentido, ello sucede en textos de la OMS, no de la instancia oficial de salud del país:

“La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor

prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto”

(OMS, 2011:5)

En un claro contraste, sin embargo, más que soslayar la DAE, los medios de comunicación y las empresas explotan esa dimensión como recurso de una estrategia mercadotécnica en la publicidad misma de medicamentos y otros productos, con mensajes diseñados especialmente para *conmover* al potencial consumidor, como se puede apreciar en la Fig. 5:



Figura 5. Anuncio de gaseosa³⁸

En este marco, la alusión a la risa como analgésico en un anuncio de gaseosa (La risa es buena para la salud y funciona como analgésico natural) no sólo utiliza la liga entre un estado emocional y su efecto contra el dolor, sino que su colofón (Otra razón para creer) remite además, en una concesión a los escépticos, a la necesidad de razones para otorgar confianza al producto en promoción. Independientemente del supuesto poder hilarante del refresco, ciertamente no evidenciado en el anuncio, en el balance habría que contabilizar cuánta risa generan las consecuencias de este producto en la salud.

³⁸ <http://premioeikon.com/?coca-cola-125-aniversario-de-coca-cola--eikon-2011-azul&page=ampliada&id=28& s& page=casos ganadores>

El consumo de bienes, de alcohol, de tranquilizantes, la dependencia de los medios de entretenimiento es lo que ofrece la cultura moderna occidental para que anestesiemos nuestra subjetividad. En este sentido, la evolución actual de las biotecnologías, las neurociencias, las técnicas médicas y farmacológicas que pueden estar al servicio de la emancipación del sujeto, se las utiliza, sin embargo, para adaptarlo a la cultura del sometimiento. Por ello, el medicamento que suponemos concebido exclusivamente al servicio del arte de curar, hoy se ofrece como objeto de consumo necesario para soportar las incertidumbres de un futuro que muchos consideran será catastrófico, generando poca participación de las personas en su propia salud y en la de su comunidad.

d) En la evaluación del sistema de salud

Actualmente, a pesar de cambios introducidos en la metodología de evaluación de los programas y de las acciones del sistema de salud en México (Latorre y López, 2011), su análisis también se lleva a cabo desde una óptica limitada, con metas usualmente enfocadas al rubro cuantitativo (productividad, disponibilidad de recursos, etc.) que si bien son esenciales, no reflejan la dinámica de los programas y acciones en su totalidad; así, un ejemplo relacionado con la ausencia de un sistema de evaluación integral en el ámbito sanitario es la forma de evaluar la “participación de la comunidad en salud”, cuando ello se reduce a verificar la lista de asistencia a los talleres correspondientes a diversos programas y talleres, de adecuación e impacto cuestionables, si es que acaso son en efecto impartidos, el soslayo de la DAE en la evaluación de los programas es mucho más categórico, porque generalmente no figura como un elemento propio de los programas.

En síntesis, como se ha mencionado hasta ahora, la DAE ha sido soslayada de diversas formas, por distintas razones y en diversos escenarios; además de los mencionados, en la investigación y en las políticas públicas relacionadas con la salud pública. Dicho soslayo es relevante ya que se expresa en desatención, limitando las posibilidades de prevención y curación de enfermedades, una mejor calidad de vida.

CAPITULO 2

LA SALUD Y SU URGENTE RESIGNIFICACIÓN

“estar contento, con alegría, sin que nos duela ninguna parte del cuerpo y poder caminar a donde queramos ir, poder platicar y compartir con mis compañeros”

Curandero meeph’a

¿Cómo crear salud si siempre hemos visto a la enfermedad? ¿Cómo comprender la salud si a la enfermedad, nuestra gran maestra la evadimos, la mercantilizamos o la callamos con pastillas?

El soslayo de la PS y la DAE responde en cierta medida a la comprensión limitada del concepto salud, reproducido, como ya se habló en el capítulo anterior, por el sistema educativo, de salud y los medios de comunicación. Si todo el tiempo nos dicen que la salud depende los médicos, de ir al centro de salud, de tomar medicamentos y no se incluye otro tipo de dimensiones, en el discurso ni en la práctica, ¿cómo tendremos en cuenta la DAE y la PS?, si bien, una visión limitada de lo que salud o estar sano significan no es la única causa del soslayo, ni su resignificación, la única solución, parece relevante hacer un breve análisis sobre la necesidad, ya expresada por varios autores, de comprender la salud desde un enfoque más integral, lo que además obligaría a incluir miradas, representaciones y prácticas que han quedado excluidas del modelo medigo hegemónico como lo es el enfoque de salud de la cosmogonía indígena latinoamericana, significaciones pre existentes que siguen con vitalidad y en sintonía con la DAE.

2.1.- ¿Qué es la salud? Diversas aproximaciones conceptuales

La salud es un bien deseado o buscado constantemente por el ser humano a través de múltiples peticiones o incluso súplicas, a través de medicamentos, dietas, ejercicios, rezos; la salud es reclamada constantemente, y también desafortunadamente es utilizada cada vez más como un móvil mercantil para vender remedios y medicamentos, libros, revistas y seguros médicos; expresión de ello se encuentra en los medios de comunicación a través de insistentes anuncios de televisión y radio dirigidos a audiencias precisas; la salud aparece hasta en las fiestas decembrinas como parte de los buenos deseos, como el de “salud, dinero y amor”. La palabra acompaña por fuerza a quien brinda e incluso aparece inmediatamente luego de cualquier estornudo. Así, el término o la idea de

salud figura en nuestra vida de muchas formas y espacios implorándola constantemente, , el deseo de bienestar y una historia llena de pasajes en relación a la frecuencia y gravedad de las enfermedades nos convoca a ello.

Existen múltiples definiciones sobre lo que la palabra salud significa; etimológicamente viene del latín “salus”: salud, buen estado físico, salvación, conservación, saludo, de la misma raíz que salvus, (salvo), con sus derivaciones saludable, saludar, salutare, saludo (Corominas, 1987:522)

A lo largo de la historia han existido diferentes paradigmas que reflejan las diversas definiciones de la salud; es importante recordar que se trata de un término dinámico y vivo, cuya diversidad de definiciones reflejan que está sujeto a la interpretación y entendimiento personal o del contexto, influidos a su vez por la cultura, forma de vida y momento histórico.

Numerosos autores de la antigüedad incluían en su comprensión de la salud diferentes factores que van más allá de lo biológico y físico; sin embargo, la definición acordada por la OMS la refiere como *el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Las limitaciones de la definición han sido señaladas por diversos autores* (Briceño-León, 2000:16; Orueta et al, 2011; León, 2012), uno de los señalamientos es que dicha definición convoca a lo absoluto de la palabra “completo” y lo vincula con la perfección, lo cual es imposible si recordamos que la salud es un proceso y como tal es dinámico; dichas ideas pueden influir en la medicalización de la vida y apoyar las tendencias de las industrias farmacéuticas, la idea no es ir solo en contra de la enfermedad y buscar la perfección, lo importante es escuchar al cuerpo y comprender su mensaje a través de la enfermedad y del síntoma³⁹, incluidos los síntomas sociales. Esto convoca a analizar e incidir profundamente en las causas, no solo evadirlas tomando analgésicos o antiinflamatorios, haciendo resecciones quirúrgicas y tratamientos, disfrazando los síntomas y sin la comprensión de la dinámica corporal, fisiológica, relacional, espiritual, social, económica y política.

Desde hace tiempo se han hecho diversas propuestas para generar una definición de

³⁹ <http://elsintomaysufuncion.com/>

salud más integral, desde la Carta de Ottawa en 1986, en la cual la salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas (WHO, 1986). Una de las propuestas hechas recientemente es definirla como *la capacidad de autogestión y adaptación para las tres esferas de la salud: física, mental y social* (Huber, Knottnerus y Green, 2011), definición que rompe con la idea de estandarización, y hace explícito el poder de uno mismo en su salud y a la vez la importancia del proceso adaptativo, que dependerá del equilibrio de diversos determinantes.

¿Por qué resignificar?

Las palabras son nodos en redes de coordinaciones de acciones que surgen en la convivencia. Por eso, cambiar los significados de las palabras implica cambiar los dominios de acción y cambiar los dominios de acción implica cambiar el modo de convivir. Y por eso también es cierto que si uno no cambia las palabras, no cambia las acciones que configuran y no cambia el modo de vivir (Maturana, 2001). El resignificar la salud es necesario para poder salir de los límites establecidos, como salir de una caja donde nos hemos o nos han encerrado, o de cambiar unos lentes con los que siempre hemos visto; resignificar permite tener la oportunidad de ampliar la mirada (de salirnos de la caja, de mirar con otros lentes), de conocer otras formas de comprender la salud, la enfermedad y la vida, formas de cuidar y curar que existen pero que no se toman en cuenta, como lo es el conocimiento de los pueblos originarios y algunas otras posibilidades terapéuticas que no se encuentran accesibles en general en el sistema de salud⁴⁰, quedando como posibilidad real sólo para un porcentaje reducido de la población.

Buena parte de los errores que se cometen en las prácticas individuales y colectivas en relación a la salud, incluyendo la participación social, tiene que ver con el significado que hemos aprendido o utilizado en relación a ella (León, 2012:64). La medicalización precisamente hace referencia a este fenómeno, a la dependencia respecto a los profesionales médicos y a la expropiación de la salud en ese proceso (Illich, 1975). Cuando se habla de salud se piensa casi de manera inmediata en no estar enfermo, en hospitales, médicos,

⁴⁰ Como lo es la acupuntura, diversas corrientes de psicoterapia, la fitoterapia, la endobiogenia, la medicina antroposófica, la masoterapia, el yoga, la músicoterapia, etc.

medicamentos; en algo que viene de afuera, que nos es dado, o que nos es quitado, o peor aún: en algo que se compra. Por lo tanto, es necesario generar estrategias, metodologías, que permitan desde el diálogo, al compartir de experiencias y saberes, resignificar la salud integrando en el análisis su determinación social y también dimensiones que poco son tomadas en cuenta, como lo son la DAE y la dimensión espiritual, lo cual permitirá acciones que incidan más en las verdaderas raíces de la enfermedad, y así salir de la idea de que el médico es la única persona que sabe qué es importante para la salud de sus paciente y solo él puede hacer algo al respecto (Capra, 1985:176) y si no lo hace es el culpable; limitar la medicina profesional es algo que permitirá al ser humano apropiarse de su cuerpo y su salud, recuperar aptitudes para prestar atención a ella (Illich: 1975:10), y participar para ella; esta resignificación de la salud no podrá darse si no se acompaña de una profunda resignificación de la enfermedad, del cuidado, de la vida misma, tan necesaria actualmente (Boff, 2002:15).

Existen ya diversos trabajos que hablan de la necesidad de una resignificación de la salud y de la medicina (Granda 2009:112, Capra 1985: 182; Illich, 1975:216; León, 2011, 66); sin embargo, parece necesario hacer llegar esas reflexiones a más personas, salir del espacio académico, y promover espacios para dialogar más, con mayor intensidad, de manera urgente con los que se pudieran llamar los “actores reproductores” de la medicalización, como lo son: los profesionales de la salud, los responsables de la política y la gestión sanitaria, la propia población y la industria de la comunicación, que esparcen, consciente o inconscientemente, la semilla de la desinformación de manera cotidiana en los múltiples anuncios de medicamentos y son cómplices de la mercantilización de la salud efecto del sistema económico; sin embargo, dicha resignificación, será realmente posible a medida de que se generen dinámicas de participación real precisamente donde esos “actores reproductores” inciden, es decir en los “espacios reproductores” como lo son: la escuela, las universidades, los centros de atención, la radio y televisión, los espacios de decisión local (cabildos, cámara de diputados, etc.), entre otros.

2.2 Referentes pertinentes para una *salud pública alternativa*

A partir de la necesidad de generar nuevas estrategias, formas más integrales de mirar y accionar buscando una perspectiva de cambio para la salud pública convencional,

encajonada de cierta forma en una “enfermología pública”⁴¹, en los últimos treinta años se han conformado propuestas trascendentes, surgidas de diferentes situaciones históricas y movimientos ideológicos. Esto ha sido relevante, no solo por la integración de diversos elementos al análisis del proceso salud-enfermedad atención-desatención, sino por la conformación de redes e iniciativas colectivas que han generado ideas y acciones transformadoras en el ámbito de la salud. Referentes en este sentido son *la medicina social (MS)* y *la salud colectiva (SC)*, corrientes que aun con distintos orígenes, han tenido alcances relevantes y suman a lo que Granda llamaría una salud publica alternativa⁴², la cual define por algunas de sus propuestas:

a) La salud pública alternativa busca que aquel camino trágico para la humanidad en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentido “se dieron el adiós” se vuelvan a encontrar (2004:181);

b) debe interpretar las acciones vitales naturales diversas y organizar procesos de cuidado de la vida natural y social;

c) la salud pública alternativa requiere mirar cómo los sujetos individuales y colectivos crean o generan su salud en el diario vivir, en interacción con la naturaleza y al mismo tiempo construyen instituciones para apoyar la promoción de la salud y para prevenir y atender enfermos, pues ambas han ayudado a trascender una visión tecnicista y descontextualizada del proceso salud–enfermedad;

d) la salud pública alternativa comienza a preguntarse sobre cómo proceder para transformarse en intérprete de las circunstancias particulares de vida de la población donde se encuentran las mayores potencialidades de salud, es decir que también considere las *verdades* particulares y diversas y salga de la visión positivista de que existe una verdad universal;

e) la salud pública alternativa da un énfasis grande a la acción y promueve salir de una relación instrumental con la naturaleza,

⁴¹ Término desarrollado por Edmundo Granda al analizar que la salud pública en su dimensión epistemológica/teórico/filosófica asume como objeto de conocimiento y transformación la enfermedad y la muerte, en su dimensión metodológica privilegia el positivismo científico como la vía de conocimiento/explicación de la verdad del riesgo y por último en su dimensión práctica pone en el Estado el papel principal de la prevención/acción. http://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/Arias_La-met%C3%A1fora-de-la-vida-en-el-pensamiento-de-Edmundo-Granda.pdf

⁴² Granda dio este término a todas las propuestas surgidas en contra de la Salud Pública convencional.

f) propone una nueva formación de profesionales pasar de un salubrista técnico normativo que responde a la enfermología publica por uno sujeto interprete-cuidador que busque la salud.

Este cambio de paradigma es urgente, ya que por ejemplo en México, a pesar de las estrategias generadas en los últimos años en la salud pública, la situación actual en términos de salud se ha deteriorado. En el ***Programa Nacional de Salud 2007-2012***, se menciona que aun cuando se han logrado disminuir los índices de mortalidad y morbilidad en México, existen estados en el país donde persiste la morbilidad infecciosa (responsables de 13% de las muertes en el país, pero en los municipios de alta y muy alta marginación contribuyen con 21% de las defunciones) la cual se menciona está asociada a las condiciones de marginación y pobreza. Aunado a eso existe un aumento significativo en enfermedades consideradas no transmisibles. En la misma fuente se menciona que existe un alto porcentaje de muertes evitables, (38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004 *eran evitables*) y *aun cuando ha habido progresos notables persiste la mortalidad materna* (La razón de mortalidad materna se redujo de 89 en 1990 a 63 por 100,000 nacidos vivos en 2005). Estas cifras nos alertan sobre la necesidad de analizar las estrategias actuales e involucrar diferentes enfoques, perspectivas, metodologías y abordajes más integrales que complementen los programas de salud y educación actuales.

A continuación se abordarán de manera somera algunas propuestas de la medicina social (MS) y la salud colectiva (SC) para identificar la potencialidad actual y futura del trabajo conjunto (Granda, 2009:176), ya que ambas, han desarrollado un marco teórico que conduce a una forma alternativa de entender pero, sobre todo, de actuar ante las desigualdades sociales en salud.

2.2.1 Medicina Social (MS)

La medicina social tuvo su inicio en Europa, reconociendo la importancia de la participación política y la democracia, así como de la fraternidad e igualdad en la

posibilidad de transformar las condiciones de salud (Granda, 2004). Ha sido orientada a enfrentar los problemas de la salud y sus raíces sociales o lo que es mismo sus causas, la estructura social y en especial el nivel socioeconómico en el cuidado de la salud (Rosen, 1985). Virchow planteó una reforma social radical, integrando la visión política como esencial, “la medicina es ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala” (Virchow citado por Benach y Muntaner, 2011).

Entre finales de los años sesenta y los ochenta la corriente de la medicina social latinoamericana se fue extendiendo progresivamente en diversos países latinoamericanos, formándose grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, algunos de los cuales se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en la región (Iriart, Breilh, Waitzkin, Estrada, Merhy, 2002).

En su campo específico, los grupos ligados a la medicina social desarrollaron sus cuestionamientos en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de la década de los ochenta. La salud pública también denominada desarrollista, que había sostenido que los efectos del crecimiento económico deberían llevar a un mejoramiento general de la salud, mostró sus limitaciones en ese marco (Iriart et al, 2002).

2.2.2. Salud Colectiva

En Brasil la corriente que dio inicio a la medicina social ha adoptado el nombre de Salud Colectiva, porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención.

Su principal diferencia con la salud pública convencional u oficial radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, considerando a la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no sólo como descuento de enfermedad (Granda, 2004).

La salud colectiva puede definirse como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abiertas a la incorporación de propuestas innovadoras que constituye una cantera de inmenso valor para la reflexión y avance de la salud pública alternativa (Granda, 2004).

Una diferencia identificada entre la medicina social y la salud colectiva destacada por Granda es que la medicina social se enfoca más en las prácticas y no tanto en el desciframiento de los determinantes de la enfermedad, a diferencia de la salud colectiva, que propone ampliar el campo de visión, dejar de mirar solo la enfermedad y la muerte y mirar la salud y la vida.

La potencialidad actual y futura del trabajo conjunto entre medicina social, salud colectiva y salud pública puede producirse por la apertura de esa puerta que permite a la medicina social-salud colectiva mirar *las prácticas en salud* y comprometerse con su transformación (Granda, 2004: 176). Actualmente en México y en Latinoamérica existe la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)⁴³ la cual convoca a participar de manera activa en distintas problemáticas actuales desde la organización y acción en los espacios de decisión.

2.3. La Resignificación de la salud desde el “Buen vivir” y la cultura por la vida

Paradigmas como los del “desarrollo”, “progreso”, “el ser civilizado”, están lejos de ser pertinentes y coherentes con el enfoque de salud que se busca y se promueve desde la cosmogonía de los pueblos originarios de latinoamericana, como lo es la concepción del buen vivir de los pueblos del sur de América, particularmente de los pueblos Aymara y Quechua, que se plantean la salud en los términos del buen vivir y vivir en plenitud (*su mak kaw say*) (Walsh, 2009: 217), y cuya significación representa una alternativa al modelo actual, con la pretensión de compartir en esencia la cosmovisión de los pueblos originarios de América.

⁴³ <http://www.alames.org/>

Una definición del *Suma qamaña* es la del antropólogo Xabier Albo, quien define el *Vivir bien* de la siguiente manera:

“El Vivir Bien implica el acceso y disfrute de los bienes materiales en armonía con la Naturaleza y las personas. Es la dimensión humana de la realización afectiva y espiritual. Las personas no viven aisladas, sino en familia y en un entorno social y de la Naturaleza. No se puede Vivir Bien, si se daña la Naturaleza”

(Albo, 2010: 57).

Como se puede ver, la DAE y la PS se encuentran integrados en dicha perspectiva, al menos en lo que de ella se expresa. Y en ello tiene también presencia el redimensionamiento de la salud referido. Se trata de reconstruir el sentido de la vida y la ética que ordena la existencia de las comunidades. La concepción del “Buen vivir” propone una economía ecológica centrada en la justicia social y ambiental, en la cooperación y en la paz. Existen propuestas desde una lógica similar en otros pueblos originarios de Latinoamérica, como los mapuche en Chile, los guaraníes en Bolivia y Paraguay, que hablan de Ñande riko (vida armoniosa, y de Tiko kavi (vida buena), los achuar en la Amazonia ecuatoriana, y en la tradición maya (Guatemala) y en Chiapas (México) (Houtart, 2011).

El Buen Vivir es, entonces, un referente para la resignificación de la salud y una tarea de reconstrucción/construcción que pasa por desarmar la meta universal hoy impuesta para todas las sociedades: el progreso en su deriva productivista y el desarrollo en tanto dirección única, sobre todo en su visión mecanicista de crecimiento económico (Acosta, 2014), sin importar los daños que puedan causar a la naturaleza y a las relaciones sociales.

2.4. Salutogenesis

El término “Salutogenesis” fue creado por el médico sociólogo Aaròn Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX. El concepto viene del latín *Salus*, “salud”, y del griego *Génesis*, “origen”, “creación de”. Su significado es “Génesis de la Salud”. Su contribución fundamental ha sido enfocar las preguntas en ¿Qué crea la salud? y la búsqueda del “origen de la salud”, en lugar de buscar solamente las causas de la enfermedad y mirar la

enfermedad (Antonovsky, 1987 y 1979), lo que parece relevante llevar a cabo para poder incidir creativamente en los sistemas de salud.

Como se observa, el concepto salud es un concepto dinámico que no solo depende de manera exclusiva, como se piensa generalmente, de medicamentos y médicos, pues ¿cómo curaría un médico la falta de bienestar físico de una persona al carecer de una vivienda adecuada o de agua?, ¿cómo curaría una pastilla - de acuerdo con la definición del curandero mencionada en el inicio de este apartado - la falta de amistad en la vida de alguien? o ¿podría el médico solo enfrentar el problema de la contaminación ambiental? El comprender y tener una visión más amplia sobre lo que el término “salud” significa, nos invita a pensar que hay mucho más por hacer para la salud de nosotros y de las personas a nuestro alrededor. Si la salud es responsabilidad de todos, todos tenemos en parte la posibilidad de prevenir y de curar desde nuestras acciones. Es verdad que predecir y controlar todos los factores de la vida es imposible; sin embargo, considerar que los pequeños cambios y acciones pueden influir sustancialmente en nuestra salud y en la vida de los demás, nos invita a responsabilizarnos de nuestras acciones, a pensar cómo esas acciones generan una huella en lo que nos rodea y en consecuencia decidir a cada instante.

La simple pregunta y la posibilidad de analizar ¿qué es la salud? parece relevante para que se tomen en cuenta otras dimensiones de la misma⁴⁴ y se puedan generar acciones más creativas; entre más diálogo, más consenso y acciones generadas desde esa reflexión, existirá la posibilidad de promover una salud más integral y de generar espacios de toma de decisiones compartidas, espacios de cogestión de trabajo colectivo, donde la salud, el buen vivir, el proceso salud-enfermedad/atención-desatención sea problematizado, no sólo por los trabajadores de salud, sino por la comunidad en general, para de tal forma producir compromiso, solidaridad y reciprocidad, así como capacidad reflexiva y la autonomía de los actores significativos involucrados en la producción de servicios de salud (Cuyul, 2014). El reto de redimensionar la salud es que se tenga que ir a la esencia del modelo económico al mismo tiempo que demanda un redimensionamiento al interior de cada individuo.

⁴⁴ Como se verá en el capítulo 4 en el cual se analizan algunas definiciones obtenidas de entrevistas y talleres.

CAPITULO 3. EL MÉXICO PROFUNDO DE LA COSTA CHICA: UN DESPERTAR QUE DUELE PERO ILUMINA.

En este capítulo se expone el contexto institucional de la investigación, la información correspondiente al escenario territorial de la misma, su perfil epidemiológico sociocultural y los referentes locales del trabajo realizado: la Comisión de salud de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (Policía Comunitaria de Guerrero o CRAC-PC) y la Comisión Municipal de Salud de San Luis Acatlán.

¿Por qué un despertar doloroso pero iluminador?

El dolor y la iluminación sucedieron en paralelo, me iluminó y me siguen iluminando otras formas de concebir el mundo, la vida, la salud y la enfermedad, el territorio, la diversidad de escenarios, saberes ancestrales que han sobrevivido a pesar de las amenazantes ideas de desarrollo y del modelo médico hegemónico. Me iluminaron también experiencias de organización y participación que han servido para defender la vida, el bien común y que permiten imaginar otros mundos posibles; tal es el caso de la CRAC y de la aproximación de sus integrantes y de su cultura respecto a la salud, la trayectoria de vida de las personas y su enseñanza compartida; sin embargo, también duele, duelen las condiciones de inequidad existentes, duele que parezca ser un mundo ajeno, otro país, que sea una realidad poco conocida y poco dada a conocer por el sistema educativo, como algo del pasado o que no existe, como algo que estorba; duele darse cuenta del poder del poder y del despojo que va en incremento.

3.1.-Contexto de la investigación en el marco del programa ASFM-INAH

Este trabajo se da en el marco del proyecto de investigación “Potencial sanitario de saberes y recursos locales en dos municipios rurales de alta marginación contrastantes en términos bioculturales” desarrollado en el programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, del Instituto Nacional de Antropología e Historia. Dicho programa, iniciado en 1996, plantea entre sus lineamientos la necesidad de reciprocidad entre el ámbito académico y el comunitario. Los principales ejes temáticos se ubican en la confluencia de

los recursos naturales y las sociedades humanas, en el campo de los problemas de salud entendidos en una perspectiva amplia. Ello implica escenarios socioculturales y biológicos diversos, cuyo abordaje demanda el concurso de varias disciplinas (etnobotánica, antropología médica, historia regional, promoción sanitaria y salud pública, etnoecología, etc.). En ese marco, el potencial de los saberes y recursos locales involucra también elementos de la DAE y de la PS y constituye un elemento que requiere análisis e integración en el contexto de programas sanitarios y ambientales, tanto en el medio rural como en el urbano.

Narrativa breve del proceso iniciado en el municipio de San Luis Acatlán

Para los fines de esta investigación me focalizo en el trabajo llevado a cabo en el municipio guerrerense de San Luis Acatlán, aunque el proyecto de referencia incluye también al municipio de Santiago Tapextla, en la costa de Oaxaca. Nuestra llegada a San Luis Acatlán estuvo marcada por la decisión - no contemplada específicamente en la propuesta de inicio- de diversificar nuestra intervención en dos grandes ámbitos, adecuándola a una realidad relevante a nivel regional, que es la presencia de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC). La dinámica de trabajo tenía el postulado de participar en procesos organizativos y en apoyo a plataformas de interlocución, tanto en espacios institucionales como no institucionales, lo que permitió la diversidad de actores y escenarios. Los escenarios de dichos actores incluyen las instancias de gobierno municipal, comisarías y ayudantías municipales en las comunidades, centros de salud, el curato, la jurisdicción sanitaria, el archivo de registro civil ubicado en la cabecera municipal, diversos centros escolares, así como la CRAC. Entre los actores con los que se generó interlocución se encuentran: a) curanderos y parteras, b) amas de casa, c) personal de salud: médicos, enfermeras, personal paramédico, funcionarios, d) comisarios y comisariados, e) integrantes diversos de la CRAC, f) promotores de salud, g) regidores y directores de área a nivel municipal, h) sacerdotes, i) consejeros o “principales”, j) jóvenes y niños.

En el caso de la CRAC, la propuesta de trabajar en salud coincidió con el interés de la organización (CRAC-PC) en diversificar sus áreas de trabajo y en atender la salud de la población. El fundamento de dicha medida, que se acordó públicamente en asamblea realizada en la comunidad de Jolotichán en febrero 2011, fue que el origen de mucha de la

criminalidad que ocupa a la organización se encuentra en las condiciones precarias de vida de la población y en problemas de salud pública, como el alcoholismo y la violencia doméstica, poco atendidos por el sistema de salud.

El otro espacio general de trabajo correspondió al ámbito de *gobierno municipal*, relevante pero poco considerado usualmente en el país en relación a temas de salud, en particular en lo que refiere al ámbito rural, y a una gama de otros actores sociales ya mencionados, pues la conformación de un perfil epidemiológico sociocultural demanda esa diversidad de aportes.

3.2. El territorio: San Luis Acatlán

a) Ubicación

San Luis Acatlán es un municipio pluriétnico y multicultural ubicado entre la costa y la montaña de Guerrero, en la región Costa Chica ubicada en el suroriente del estado, a 250 metros sobre el nivel del mar, y al sur de la capital guerrerense, aproximadamente a 158 kilómetros de distancia del puerto de Acapulco. De Acapulco se llega a Marquelia y para llegar a San Luis se toma una desviación para tomar la carretera hacia Tlapa, en la región de la montaña de Guerrero.

Mapa de México, ubicando el estado de Guerrero



Fuente: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM12guerrero/municipios/12052a.html>

b) Antecedentes históricos

El municipio de San Luis Acatlán fue el primer asentamiento español en la vertiente del Pacífico. La Villa de San Luis se funda en 1522, a sólo un año de haberse consumado la conquista de Tenochtitlan, después de que los buscadores de oro encontraron en el lecho del río, hoy denominado San Luis, pequeños granos de ese metal, lo que motivó a los soldados de Pedro de Alvarado a pedir autorización para establecerse en ese lugar (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2009).

Entre 1531-1535, los yopes, indígenas habitantes de la región, se rebelaron contra los españoles e iniciaron una matanza contra éstos y los indios aliados con ellos. En venganza, los españoles los masacraron, los repartieron como esclavos y condenaron al exterminio. Durante ese período los españoles abandonaron la Villa, quedando despoblado el lugar (Dehouve, 1994). La cabecera municipal de San Luis fue refundada en 1591, pero se tiene noticia de que en 1570, se fundó el pueblo mixteco de Cuanacaxtitlán y el pueblo mestizo de Jolotichan.

San Luis Acatlán es un nombre compuesto: San Luis por ser el 25 de agosto de 1522, día de San Luis Rey de Francia, cuando los soldados de Alvarado descubren el lugar junto a dos ríos. Acatlán es un término agregado cuando arribaron a este lugar los pastores indígenas nahuas provenientes de Acatlán, Puebla. Fue instituido legalmente como jurisdicción municipal en 1850.

El municipio fue cuna del líder social Genaro Vázquez, maestro normalista egresado de la Escuela Normal Rural de Ayotzinapa, quien formó parte de la disidencia magisterial y luego se incorporó en los años setenta el siglo pasado a la lucha guerrillera en la que perdió la vida (Castellanos, 2007). La existencia de dicha guerrilla refleja precisamente las condiciones de precariedad económica, subordinación, racismo y aislamiento de la región. Así mismo, en el municipio se originó la ya mencionada Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC-PC) en 1995 cuyo origen y naturaleza se explica en otro apartado de este trabajo.

c) Contexto socio y biocultural

La diversidad de altitudes en el municipio, al encontrarse en el pie de montaña, propicia una diversidad de climas y vegetación. Las partes altas que colindan con municipios como el de Malinaltepec y el de Iliatenco son boscosas, aunque fueron sometidas a tala intensiva en la segunda mitad del siglo pasado, mientras que las áreas colindantes con el municipio de Marquelia, ubicado en la costa, son más secas y de vegetación correspondiente a selva baja caducifolia. En este escenario múltiple el municipio cuenta, según el último censo disponible, con una población total de 42,360 personas, de la cual 47.55% son considerados indígenas, con un 28% de *na savi*, un 22% de *me'phaa*, y un 2.7% de nahuas, siendo mestizos un 52.45% (INEGI, 2010).

Educación

San Luis Acatlán tiene un índice de rezago educativo de 31.9 %, correspondiente a la población mayor de quince años que no cuenta con la educación básica obligatoria (CONEVAL). El analfabetismo en la población de 15 años o más es de 32.87% (INEGI, 2010).

A su vez, los pobladores y los líderes locales han expresado cambios en la educación a partir de la migración parental, pues algunas veces los hijos quedan a cargo de los abuelos al salir de su comunidad y ello puede tener repercusiones en su formación.

En relación con la educación formal, también cabe mencionar que en la región operan dos universidades interculturales: la Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur, llamada UNISUR, proyecto autónomo que surge de la necesidad de los propios pueblos de buscar nuevas alternativas de capacitación (Alonso y cols. 2014) con integración de los saberes y actores locales en el proceso de enseñanza, así como la Universidad Intercultural del Estado de Guerrero (UIEG), que es oficial.

Religión

La religión que se practica es principalmente la católica, aunque así como en todo el país, ha habido un significativo aumento de otros credos, lo que ha incidido en el panorama político, en la medida en que la doctrina de estas instituciones generalmente predica el alejamiento de las cuestiones de poder “temporales” (Blancarte, 2010:92), obligando a

no participar en actividades comunitarias o políticas (se verá como barrera para la participación en el capítulo 5).

Partidos políticos

Un problema relevante del municipio y referido por sus pobladores es la división política de las comunidades, originada por los partidos políticos (caracterizable como barrera de una genuina participación social, como se verá en capítulo 5), por la centralización del poder en un partido y por la disputa de la oposición. Al estar dividida, la comunidad rompe el consenso y disminuye la participación para el bien común (Nicasio, 2003; Bellinhausen, 2006).

A partir de esto y de la inconsistencia, oportunismo e incumplimiento de parte de los políticos en general y sus partidos, han surgido movimientos en el municipio y en la región que pugnan por abandonar el sistema de partidos políticos e instaurar el gobierno por usos y costumbres, basado en la asamblea comunitaria para la elección de los representantes (Piggeonut, 2015); sin embargo, no se ha logrado concretar ese tipo de elección.

d) Contexto socioeconómico

De acuerdo con los índices de marginación estatal y municipal de la CONAPO (2005), San Luis Acatlán es un municipio rural caracterizado como de alta marginación⁴⁵, encontrándose en el lugar número 80 del país por los rezagos que presenta en infraestructura básica comunitaria (vías de comunicación, provisión de agua potable, alcantarillado, drenaje, saneamiento, sistema eléctrico, infraestructura educativa y centros de salud).

Las actividades productivas y económicas más importantes en San Luis Acatlán son las actividades primarias. El porcentaje de personas que laboran en el sector primario es de 68.2%, con un 12.1% ubicado en el sector secundario. Otro de los giros económicos que destacan entre las actividades productivas de la región es la producción artesanal orientada básicamente hacia la confección de tejido de trencilla de palma, sombreros, tejido de gabán,

⁴⁵ Índices de Marginación Estatal y Municipal de CONAPO, 2005.

bordado de huipiles, alfarería, objetos de madera y producción de lacas y hamacas, etc. (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2012).

Las condiciones económicas de la población son difíciles: el porcentaje que no recibe ingresos es del 50.4, el que gana menos de un salario mínimo es de 17.9 y la población que gana tres o más salarios mínimos es el 6.7. A su vez, la población con ingreso inferior a la línea de bienestar constituye el 85.6 % del total. La denominada “línea de bienestar” permite identificar a la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (CONEVAL, 2014)⁴⁶.

Producción y Cultivos

San Luis Acatlán es uno de los municipios más importantes de Guerrero en la siembra de maíz criollo y café (Gómez, Coutiño y Trujillo, 2010:10). Sin embargo, la propiedad colectiva de la tierra ha sido atacada en muchas ocasiones en la historia mexicana. Al final de la guerra de Independencia, en 1856, las leyes de desamortización prohibieron la propiedad comunal, ordenaron la división de las tierras comunales y se autorizó la expedición de títulos de propiedad privada. Actualmente, los programas Federales como Procampo han promovido la entrada de empresas extranjeras al campo nacional al impulsar la utilización de transgénicos y agroquímicos, lo que ha tenido diversos efectos: que la tierra se vuelva infértil, que los campesinos se vuelvan dependientes del uso de agroquímicos y plaguicidas para obtener una producción con la calidad y cantidad requeridas para acceder al mercado nacional agroalimentario, que existan daños a la salud agudos y crónicos en los campesinos y en la población en general (Ballinas, 2011); ha lacerado la cohesión comunitaria, al modificar el sistema de “cambio de brazo”, en el cual los campesinos se ayudan entre sí para realizar diversas actividades agrícolas.

A su vez, el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá y otras políticas económicas del gobierno han generado cambios, como la disminución en la

⁴⁶ Véase:

http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion_municipios.es.do

productividad del campo, propiciando que las familias no tengan ingresos y necesiten salir de su comunidad para tener un trabajo, ya sea en el mismo territorio nacional o en el extranjero, originando fragmentación en la unión familiar y comunitaria y afectando de manera directa la educación, la identidad comunitaria y la salud de la comunidad (véase apartado migración).

También se refiere que la utilización de plaguicidas ha aumentado; su mal manejo y el desconocimiento de sus efectos ha provocado intoxicaciones y defunciones en el municipio aunque exista subregistro de las mismas⁴⁷. En Guerrero y en todo México, la venta y utilización de estas sustancias se realiza sin control; se utilizan plaguicidas prohibidos y sin equipos protectores (Millán, 1991).

En San Luis Acatlán, como en muchos otros municipios del país, la posesión de la tierra es ejidal y comunal. Se vive de la agricultura de autoconsumo, basada en la triada maíz-frijol-calabaza y en otras especies aunque no están muy diversificadas, además hay recolección de distintos tipos de quelites y frutos silvestres y cacería. Se crían aves de corral para completar la dieta familiar.

Migración.

El fenómeno migratorio involucra actualmente a un número creciente de hombres, mujeres, niños, niñas y jóvenes, especialmente de comunidades indígenas, jornaleros y jornaleras agrícolas migrantes, y los cuales se han incrementado en el estado de manera significativa en las tres últimas décadas (Tlachinollan, 2013:20).

La elevada migración en la zona de la montaña de Guerrero (Canabal, 2012) *ha tenido diversos efectos en las comunidades, entre ellos cambios en la educación familiar que con la ausencia de los padres queda a cargo de los abuelos y en las formas de organización local, los migrantes dejan de participar en la vida comunal de sus pueblos; suspenden los estudios y dejan a un lado los conocimientos emanados de la cultura propia y los valores que forjan la comunidad para apostarle a un sueño que en todos los momentos de esta búsqueda puede convertirse en fragmentos de una pesadilla mayor* (Tlachinollan,

⁴⁷ En el marco del proyecto de investigación se llevaron a cabo talleres en diversas comunidades para conocer la situación actual y divulgar los riesgos y el buen uso de estas sustancias. En ellos se expusieron y analizaron varios casos de intoxicación aguda y crónica por el contacto cotidiano con estas sustancias de diversas formas: por agua del río contaminada, por la falta de material de protección y el mal uso de los productos, etc

2005). La salida de mexicanos hacia Estados Unidos se traduce, por ejemplo, en un flujo considerable de remesas a México, destinadas en gran parte a las comunidades de procedencia de los migrantes; sin embargo, entre otros efectos negativos, la migración está generando nuevos procesos y problemas sociales que dan lugar a que la dinámica y las interacciones familiares se modifiquen, con una recomposición de roles que está incidiendo en la cultura patriarcal dominante, lo que conlleva que las mujeres enfrenten situaciones complejas como la toma de decisiones y la organización de actividades en el ámbito de lo público, sin tener la experiencia ni los recursos adecuados. Esta situación provoca que las mujeres asuman una “emancipación obligada” que modifica los patrones tradicionales (Chávez, Granados, y Castro, 2011).

Todo esto ha provocado una serie de cambios en las comunidades, ya que parte de sus integrantes permanecen fuera de la región por más de seis meses al año, al trasladarse dentro del país o durante varios años en el caso del desplazamiento hacia las ciudades o fuera del país, pues la migración puede ser cíclica, circular o permanente. Ello sin pasar por alto la cuota de daños, incluida la de muertos al intentar atravesar el desierto o por los diversos riesgos que la migración conlleva⁴⁸; a su vez, los migrantes envían recursos económicos a sus familias, los cuales se invierten generalmente en la construcción de casas, muchas de las cuales se quedan a medio construir.

Estos efectos de la migración antes mencionados inciden en la salud, en la participación social de la comunidad y en la dinámica de la DAE, como se verá en los capítulos correspondientes.

⁴⁸ Véanse <http://suracapulco.mx/archivos/91303>,
<http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2008/09/03/index.php?section=sociedad&article=007n1soc>
<http://www.tppmexico.org/exigimos-respeto-a-los-dh-de-migrantes-ante-inminente-reforma-migratoria/>

3.3 Perfil epidemiológico sociocultural

En la comunidad de Cuanacaxtitlán, frente a la casa de María, hace dos años el municipio instaló el drenaje, pero nunca funcionó: ahora sale líquido con olor desagradable, los tubos se dañaron y además la bomba tratadora de agua no funciona, los desechos van a dar al río. En la comunidad las enfermedades diarreicas son la primera causa de enfermedad en los niños, lo cual es enfrentado por el centro de salud dando pláticas sobre higiene y recetando “vida suero oral” y antibiótico (cuando se requiere y cuando hay). La autoridad local desconoce qué hacer para solucionarlo, pues ya han hablado varias veces del problema con el presidente municipal. Algunas personas de la comunidad comentan que es algo difícil de cambiar. Las promotoras lo identifican como un problema principal en su comunidad (nota personal de diario de campo).

En una comunidad que se encuentra a dos horas de la cabecera municipal, Paula da a luz a un bebé de 3 kilos 200 gramos; aun cuando el embarazo lo cursó sin complicaciones, después del parto se genera una hemorragia que no es posible detener, por lo que el médico decide que la paciente debe trasladarse al hospital de la cabecera municipal lo más rápido posible. La familia refiere que no tiene dinero para pagar el traslado y que además será difícil conseguir transporte a esa hora (nota personal de diario de campo).

Los peces y camarones del río están muriendo, la gente lo atribuye a la contaminación por basura y a los botes de herbicidas que se tiran cerca del río, además del saqueo de arena y grava. Para muchos el río es la única fuente de agua. Las enfermedades de la piel y las enfermedades gastrointestinales persisten (nota personal de diario de campo).

Como es posible observar en los escenarios precedentes, los problemas de salud en el municipio son diversos, con múltiples procesos causales relacionados, relativos al contexto socioeconómico y sociocultural, así como a la falta de medicamentos y personal de salud suficiente⁴⁹, a las condiciones deficientes de los servicios públicos y de comunicación, a la explotación de los recursos naturales, a la falta de cohesión y de acciones colectivas para su resolución, a la falta de atención a la discapacidad, a los niveles de marginación, etc.

Uno de los principales objetivos del proyecto “Potencial sanitario de saberes y

⁴⁹ La cantidad de médicos recomendada por la Organización Mundial de la salud es de 1 por cada 1000 habitantes (OMS, 2006), véase: http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf

recursos locales en dos municipios rurales de alta marginación contrastantes en términos bioculturales. Hacia un modelo de intervención sanitaria y ambiental replicable regionalmente”, ha sido realizar un perfil epidemiológico sociocultural, que genere un análisis más amplio de los problemas de salud en las comunidades, para poder desarrollar propuestas más incluyentes. Partiendo de que todo ser humano tiene una perspectiva única, diferentes formas de relacionar, percibir y comprender lo que le rodea y sucede, a nivel individual y colectivo. Cada actor en su contexto y mediante sus experiencias, es capaz de generar conocimiento, y tomar esa fuente en cuenta nos permite mayor comprensión de la realidad local.

Para generar ese perfil epidemiológico incluyente se recurrió a distintas fuentes de información además de algunos ejercicios participativos en la identificación de problemas de salud, llevados a cabo en diversas comunidades en escuelas, talleres y asambleas, así también dinámicas como las del árbol de los problemas y el árbol de la salud (ANEXO 4) en las cuales se expresan causas de enfermedad relacionadas con diversas dimensiones, como la personal, ambiental, emocional y afectiva, la económica y la política. A continuación se presenta parte de esa información

a) Servicios Públicos

Los servicios públicos en el municipio están centralizados en la cabecera municipal; *de cada 100 viviendas en el municipio, 34 cuentan con drenaje, 33 tienen piso de tierra*. El drenaje se ha instalado en algunas comunidades, no con muy buenos resultados por la geografía y el relieve y por la baja calidad de planificación e implementación de los proyectos. (Arias, 2015). Así, algunas comunidades no han querido que se instale el drenaje pues se han dado cuenta de los efectos negativos secundarios a su instalación, entre los cuales está la contaminación del río y de la comunidad, así como el gasto del agua.

Respecto al transporte y *las vías y medios de comunicación*, en San Luis Acatlán (SLA) existen camionetas de redilas y en la cabecera municipal se ofrece servicio de camionetas, taxis y autobuses para comunicación foránea.

A principios de los años 70, autoridades y principales de los pueblos convocaron a los vecinos a una reunión en la que trataron el tema del camino que comunicaba a Tlapa

con Marquelia. Acordaron solicitar el gobierno una vía adecuada, ante las dificultades que había entonces para viajar por brechas y senderos sinuosos, en los que sólo se podía andar a pie. Tuvieron que pasar más de veinte años para que el gobierno atendiera parcialmente la solicitud. A principios de los años noventa comenzó la construcción de la carretera, tras intensas y numerosas movilizaciones de indígenas que presionaron a las autoridades (Rodríguez, 2009). La electricidad fue introducida tardíamente por empresas dedicadas a la extracción de madera; la explotación de pinos, encinos y algunas maderas preciosas han sido la fuente de subsistencia y de cierto desarrollo en diversas comunidades de la parte alta del municipio, pues con la venta de este recurso se han introducido también escuelas, comisarías, caminos, agua entubada y otros servicios en sus apartadas zonas de ubicación, en obras de infraestructura que en buena parte no han sido financiadas por el gobierno.

Como en muchas regiones del país, el saqueo de los recursos naturales ha ido en incremento; en ese sentido, la explotación forestal del municipio en el 2006 generó la producción de 3,680 metros cúbicos de madera en rollo de pino, aportando el 2.5% de la producción estatal al tiempo que aumentó el saqueo de grava y arena del río principal por empresas constructoras; a su vez, ha habido entrega de concesiones mineras de una buena parte del territorio del estado de Guerrero⁵⁰. Esta situación ha generado procesos de movilización y participación por parte de la población. En 2010 un grupo de mujeres de la cabecera municipal se manifestó por varios meses en contra del saqueo de grava y arena del río, creando el movimiento civil “Salvemos nuestro río”⁵¹; también en 2011, la CRAC-PC encabezó la defensa en territorio comunitario por el control de los recursos naturales contra la presión por parte de empresas mineras; luego, acompañando la lucha contra el intento por parte del Gobierno del Estado de Guerrero de imponer una “Reserva de la Biósfera” en la región, maniobra que implicaba un incremento de control gubernamental en el territorio (González, 2014). Las comunidades no fueron consultadas respecto a dicha iniciativa, ni estaban preparadas ni informadas de lo que implicaban las iniciativas mineras ni dicha

⁵⁰ El Gobierno Federal a través de la Secretaría de Economía había otorgado hasta ese año trece concesiones mineras a empresas extranjeras y nacionales, sumando un total de 118,097 ha. en el territorio de referencia (González, 2014 - http://www.pacarinadelsur.com/dossier-12/972-la-policia-comunitaria-en-guerrero-luchas-decoloniales-nuevos-desafios-para-la-crac-policia-comunitaria-de-guerrero#_edn9)

⁵¹ Mujeres representantes del movimiento civil “Salvemos nuestro río” denunciaron la extracción excesiva de materiales pétreos que por más de diez años han deteriorado parte del afluente de San Luis Acatlán; para más Información, véase <http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2010/12/24/index.php?section=sociedad&article=008n1soc>

reserva que en los hechos implica la pérdida de control territorial por parte de las comunidades como paso previo a la llegada de las empresas extractivistas. La realidad era la de un profundo desconocimiento respecto de estos megaproyectos, justificados por el propio gobierno estatal con un falso discurso de “alternativa a la marginación” que se vive en las comunidades nahuas, *na savi*, *me’phaa* y mestizas de la región (Herrera, 2013)⁵².

Entre otras situaciones relativas al territorio, es importante mencionar que el municipio está en una zona donde actualmente se ha incrementado el narcotráfico, lo que aumenta la inseguridad y los casos específicos de homicidios, principalmente de jóvenes.

San Luis Acatlán tiene un problema fuerte de manejo de basura, en su mayoría plásticos provenientes del exterior y generados por diversas empresas, en particular la refresquera. La penetración de la economía mercantil, la pérdida de costumbres y tradiciones, la falta de reconocimiento y producción de los recursos locales ha propiciado un cambio en los hábitos de consumo de la población, generándose así cantidades de basura que rebasan la capacidad del basurero municipal. Este es un problema expresado por la población en diferentes talleres y diagnósticos participativos. Respecto al agua, su manejo inadecuado ha generado problemas como la proliferación de enfermedades diarreicas y dermatológicas por la falta de agua potable o por su contaminación y la imposibilidad de garantizar el abasto a futuro, debido al agotamiento de los mantos freáticos (Manifestación de impacto ambiental). El uso excesivo de fertilizantes y productos químicos, la basura, los desechos del drenaje vertidos en el río y el saqueo ya referido de grava y arena, han generado graves daños a los ríos, provocando la emigración y extinción de especies como el camarón de río, la mojarra, la trucha y algunas variedades de aves. Así también, la deforestación ha conducido a una enorme disminución de su caudal. El gobierno municipal ha iniciado la construcción de una planta tratadora de aguas negras, y existen programas de limpieza por parte de su Dirección de Ecología; sin embargo, ello no ha sido suficiente. El cuidado de los acuíferos y de las cuencas hidrológicas es fundamental, y se carece de medidas orientadas a evitar la contaminación del agua, a lograr su uso eficiente y su reutilización.

⁵² En el marco del proyecto de referencia se diseñó junto con la comisión de Salud de la CRAC un folleto sobre la Megaminería y sus efectos para informar y alertar a las comunidades; así también se llevaron a cabo varias sesiones informativas en asambleas comunitarias. <http://www.enelvolcan.com/el-cuexcomate/53-el-respeto-a-nuestra-tierra-es-justicia-ino-a-las-mineras>

b) Servicios personales de salud

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 67 de cada 100 habitantes del municipio tienen acceso a servicios médicos de alguna institución pública o privada. El municipio cuenta 28 433 personas con derechohabiencia y 13 697 sin ella (INEGI, 2010); el Seguro Popular que es un seguro público y voluntario, subsidiado por el gobierno federal para otorgar atención en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud, y tienen acceso a él 7,821 familias. Existen dos instituciones públicas que atienden a la población: una a población abierta por parte del Hospital Básico Comunitario de la Secretaría de Salud, y otra a derechohabientes por parte del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), además de contar con un médico subrogado por parte del IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social) para la atención de los derechohabientes de esta institución. (Diagnóstico Hospital Básico Comunitario, 2012)

c) Estructura asistencial oficial

Existen 15 unidades médicas y 33 médicos distribuidos entre los centros de salud en diferentes comunidades, las cuales se encuentran dispersas en el territorio. Cada centro de salud tiene un comité y una auxiliar de salud; sin embargo, como ya se mencionó, no todos son operativos⁵³. Para las comunidades donde no hay centro de salud, existen las Brigadas Médicas que visitan cada quince días o cada mes dependiendo del presupuesto y del estado de la carretera, pues dos terceras partes del territorio del municipio son montañosas.

El hospital central básico comunitario tiene sobredemanda, con problemas para atender oportunamente a los pacientes. El hospital cuenta con solo tres especialistas, un pediatra, un cirujano y recientemente se ha incorporado una ginecoobstetra por primera vez desde la fundación del hospital, a pesar de los antecedentes de casos de muerte materna.

⁵³ Muchos de los comités no son funcionales y sólo son nombrados para cumplir con el trámite solicitado, pero sin programa ni seguimiento de actividades ni vinculación alguna con otros comités (véase capítulo 5).

d) Insumos y accesibilidad

La escasez de medicamentos y la falta de personal son condiciones comunes en todas las comunidades, siendo las principales quejas hacía los servicios de salud por parte de la población. Existen poblaciones lejanas de la cabecera municipal con caminos aun en malas condiciones, lo cual dificulta el acceso, sobre todo en temporada de lluvias, cuando los caminos quedan a veces inhabilitados por los derrumbes.

e) Causas de morbimortalidad desde la mirada biomédica

Entre los principales problemas de salud está la muerte materna; el municipio estuvo en uno de los primeros lugares en ese rubro en el país en 2005 (Berrio y Reyes, 2008), lo cual ha generado desde hace unos años movilización y estrategias puntuales. En el 2005 se organizó un foro abierto relacionado con la muerte materna en el municipio, en el cual participaron funcionarios de la Secretaría de Salud a nivel federal, estatal y municipal (Díaz, 2006:26; Barrio y Reyes, 2008).

Entre las principales causas de morbilidad en el municipio están las gastroenteritis, infecciones respiratorias, amibiasis intestinal y accidentes. De menor importancia pero derivando en un considerable número de defunciones, están los accidentes, lesiones y homicidios, que reflejan el clima de violencia e inseguridad que se vive en la región (Diagnóstico del Hospital Comunitario, 2013).

Tabla 3. Diez primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población general desde la perspectiva biomédica en San Luis Acatlán, 2012.

	Morbilidad	Mortalidad
1	Gastroenteritis	Infarto agudo al miocardio
2	Infecciones respiratorias	Falla orgánica multiple
3	Intoxicación por picadura de alacrán	Shock hipovolémico
4	Amibiasis intestinal	Insuficiencia renal crónica
5	Infecciones de vías urinarias	Insuficiencia renal crónica

6	Otitis Media Aguda	Neumonía
7	Faringitis, amigdalitis estreptocócicas	Diabetes Mellitus tipo II
8	Paratifoidea, salmonelosis	Paro cardiorespiratorio
9	Ascariasis	Broncoaspiración
10	Úlcera gástrica y duodenitis	Cáncer de cuello uterino

Fuente: Diagnóstico del Hospital Básico Comunitario, 2012

Tabla 4. Morbimortalidad general en el estado de Guerrero, 2013

	Morbilidad	Mortalidad
1	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades del corazón
2	Infecciones intestinales por otros organismos	Diabetes
3	Infección de vías urinarias	Tumores
4	Intoxicación por picadura de alacrán	Accidentes de tráfico
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	Enfermedades del hígado (Enf. alcohólica)
6	Amibiasis intestinal	Enfermedad cerebrovasculares
7	Otitis media aguda	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8	Hipertensión arterial	Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal - Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal
9	Infecciones respiratorias agudas	Enfermedades del corazón
10	Infecciones intestinales por otros	Diabetes

(Fuente: INEGI, 2013)

Los cuadros anteriores resultan significativos al mostrar el predominio de las enfermedades infectocontagiosas, posibles de evitarse si se mejoraran los modos de vida desde mejorar el equilibrio interno hasta mejorar condiciones de saneamiento ambiental, vivienda, etc.

f) Causas de morbimortalidad desde la perspectiva local

Entre la diversidad de fuentes en el perfil están los curanderos, las parteras, el cura, personal de salud, los médicos de la jurisdicción, regidores, directores, presidente municipal, estudiantes, maestros, grupos de medicina tradicional, amas de casa, abuelos.

A continuación se presenta un resumen gráfico de los ejercicios diagnósticos en el que se muestra la diversidad de miradas y a la vez su complementariedad. La diversidad de miradas permite identificar causas más profundas de los problemas de salud identificados en las estadísticas del INEGI o la SSA.

Figura 6.- Problemas de salud identificados por diversos actores en el municipio, SLA.



Fuente: elaboración propia a partir de diversos diagnósticos participativos

Un perfil epidemiológico sociocultural realizado a través de metodología participativa permite abrir el campo de visión en relación a los problemas que inciden en la salud de una comunidad (González y Hersch, 1992). Como ejemplo se puede ver en el gráfico anterior cómo al ampliar el campo de visión aparecen enfermedades y problemas de salud como la envidia, el coraje, la discriminación o la vergüenza, generalmente no vistos o tomados en cuenta como prioritarios desde el enfoque biomédico, el cual es importante pero insuficiente para la comprensión amplia de la realidad sanitaria local. Es decir, importa lo que ven las instituciones y los profesionales de la salud, pero importa también la perspectiva y experiencia de los diversos actores en una comunidad.

El no tomar en cuenta la perspectiva local en el diseño de los programas de salud y sus estrategias constituye un sesgo de información y por lo tanto una limitación en la posibilidad de mejorar las condiciones de atención y de salud. Además de la diversidad de fuentes e información, están también las vinculaciones posibles en el proceso, necesarias para trabajar en estrategias multidisciplinarias que puedan generar una evolución favorable en la situación de salud municipal.

3.4. La Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias y su Comisión de Salud

La Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias - Policía Comunitaria (CRAC-PC) se inicia en el año de 1995 como respuesta local para afrontar el problema de violencia e inseguridad que afectaba en la región, lo que generó que algunas comunidades se organizaran activamente a partir de la iniciativa de varios líderes comunitarios; uno de los principales distintivos de este proceso es la ruptura con el sistema oficial de seguridad, pues a partir de esta transformación, dejan de entregar a los detenidos al Ministerio Público e implementan un sistema en el cual cada comunidad elige un grupo de Policías Comunitarios que no reciben sueldo, nombrado en Asambleas Regionales y el cual tiene a su cargo las funciones de protección y seguridad en las comunidades, además de sus coordinadores, a cargo de la procuración y administración de justicia; así mismo, operan un sistema de reeducación como mecanismo de reinserción social, al cual son sometidos

quienes son encontrados culpables de delitos, en un proceso consistente en trabajo social a favor de las comunidades (Gasparello, 2009); sin embargo, el reconocimiento de que muchos problemas de seguridad y justicia se originan por problemas de salud pública (drogadicción, violencia, discriminación, situación económica, etc.), la organización inició un proceso de formación de promotores de salud, en el cual el programa de referencia ha participado dando apoyo técnico y formativo a personas nombradas en asamblea por sus comunidades. A partir de esto se formó la Comisión de Salud de la CRAC.

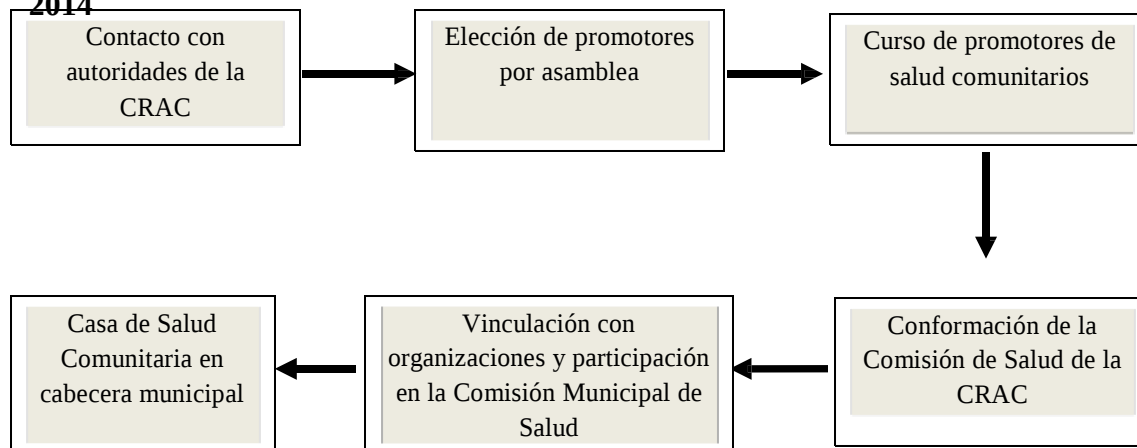
De ello deriva la legitimidad de que la CRAC se ocupe a su vez de temas y problemas sanitarios, mediante una analogía que remite a la fundación de la organización, resultante de las insuficiencias de los sistemas gubernamentales de seguridad y justicia, postulando que *sólo los pueblos pueden velar por su seguridad y su justicia*. De ahí deriva considerar que sólo los pueblos pueden velar a su vez por su propia vida, por su salud y su atención, siempre apoyados por saberes específicos locales, pero también foráneos, incluyendo la adecuación de los saberes exógenos y tecnológicamente optimizados. Si la CRAC postula su modelo autonómico en seguridad y justicia, postula también un modelo autonómico de salud, de educación, de comunicación y de producción, cuya definición se nutre de un proceso de reconocimiento de los saberes locales (Hersch y Sedano, 2013:8).

En la ruta seguida se estableció entonces la Comisión de Salud de la CRAC como una instancia de continuidad, agrupando a promotores de salud de diversas comunidades (Horcasitas, Cuanacaxtitlán, Buenavista, San José Vistahermosa y otras), con un programa de formación mensual. Para la primera convocatoria se logró iniciar con seis promotores de salud nombrados en asamblea, con quienes se realizó un diagnóstico conjunto y se decidieron los componentes temáticos de diagnóstico comunitario, galénicos, violencia familiar, saneamiento, sexualidad y nutrición, entre otros. Los talleres se daban en el aula de una escuela y en las comisarías de las comunidades, eran teórico-prácticos e incluían, dependiendo el tema, alguna actividad en la comunidad, como recorridos, reuniones con el comisario, visitas a escuelas, etc.

Después de varios meses de estar tomando talleres, dichos promotores conformaron la Comisión de Salud de la CRAC-PC, la cual tuvo participación en distintos escenarios

institucionales como la Secretaría de Salud y en procesos como la Comisión Municipal de Salud. Los talleres se daban de manera rotativa en las diferentes comunidades participantes.

Figura 7. Proceso de conformación de la Comisión de Salud de la CRAC-PC, 2010-2014



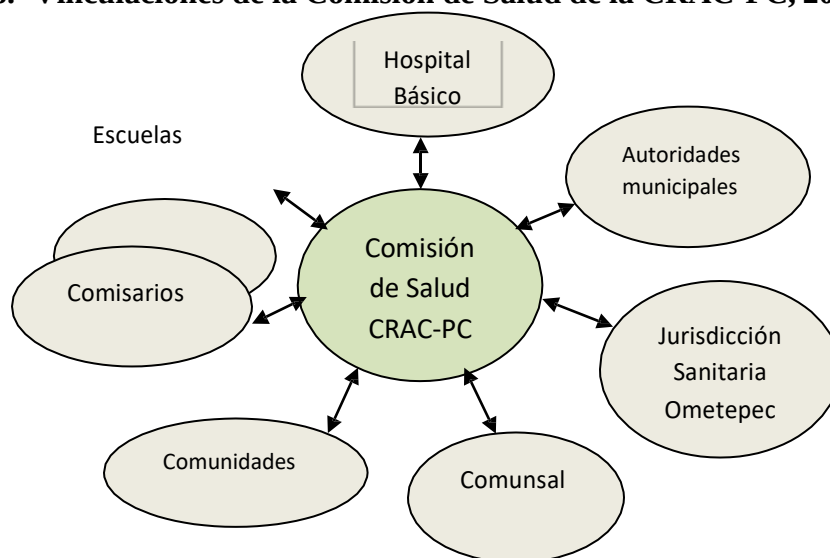
Dos años después se gestionó con las autoridades de la CRAC-PC el tener un espacio específico para el seguimiento de la Comisión, por lo que se instaló una “Casa de Salud Comunitaria” en la cabecera municipal en donde se impartieron algunos de los talleres, al tiempo que se intentó instalar casas de salud en las comunidades, lo cual no se logró concretar por varias barreras entre las que están falta de disposición de autoridades locales y en particular por la afectación de la organización en los últimos años ante deficiencias organizativas y en particular ante el embate gubernamental estatal y federal agudizado progresivamente

Vinculaciones

La Comisión de Salud de la CRAC-PC estableció vinculación con diferentes instancias incluyendo: escuelas de la zona, con la casa de la mujer Kinal Antzetik, con la Jurisdicción Sanitaria de Ometepec, con el Centro de Orientación Alimentaria (COA) y con el ayuntamiento municipal, como ya se mencionó en el apartado anterior.

El gráfico 5 presenta dichas vinculaciones, donde cabe resaltar la participación de la Comisión de Salud de la CRAC-PC en la Comisión Municipal de Salud

Figura 8.- Vinculaciones de la Comisión de Salud de la CRAC-PC, 2010-2014



Las comunidades que participaron en un primer momento fueron Horcasitas, Cuanacaxtitlán, Buenavista, San José Vista Hermosa del Municipio de Iliatenco, en un segundo momento se tuvo la participación de comunidades en otros municipios como las de Santa María, Barra de Tecoanapa, Carrizalillo y Cochoapa.

Sin embargo, el proceso de la Comisión de Salud de la CRAC ha sido influido y limitado a su vez por el proceso organizacional y político de la CRAC, ya que por confrontaciones propiciadas por los gobiernos estatal y federal se vivió una situación de inseguridad que limitó la participación de los compañeros y de las vinculaciones. Ello obliga a la reflexión de las distintas barreras que pueden existir para la participación y la instauración de iniciativas de salud en el ámbito de los procesos y movimientos sociales.

3.5 La Comisión Municipal de Salud

En México existe estipulada por el ya referido Programa de Comunidades Saludables⁵⁴ la

⁵⁴ El Programa de Acción Específico (PAE) “Entornos y Comunidades Saludables”, plantea como sus ámbitos de acción a los municipios comunidades y otros entornos donde las personas crecen, viven, trabajan y se desarrollan. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Entornos_y_Comunidades_Saludables_15.pdf

obligación de que cada municipio tenga una Comisión Municipal de Salud (DOF, 2013); sin embargo, como ya fue mencionado en el primer capítulo, dichas comisiones, en general, no son representativas ni funcionales y tienen un alcance muy limitado de participación genuina. Son instancias supuestamente promovidas o instauradas por la Secretaría de Salud en los municipios, pero no convocan al verdadero involucramiento cualitativo de sujetos o actores no institucionales. Cuando llegamos a trabajar al municipio ya había antecedentes de la existencia de una Comisión Municipal de Salud, sin embargo, no operaba, era meramente nominal e integrada sólo con personal del ayuntamiento, siendo el presidente municipal su presidente.

Como parte de la experiencia en el proyecto de investigación de referencia, a partir de diversas gestiones y diálogo con las autoridades del ayuntamiento, de la Secretaría de Salud y de la CRAC-PC se llevó a cabo un Foro Municipal de Salud en agosto de 2010, al cual asistieron representantes de 15 comunidades del municipio, además de autoridades municipales, del Sector Salud incluyendo la jurisdicción sanitaria correspondiente, representantes de la CRAC y de otras organizaciones. En dicho foro apareció la figura de los comisarios como relevante para la gestión sanitaria local y municipal; así mismo, se constituyó formalmente la Comisión Municipal de Salud (COMUNSAL) de San Luis Acatlán, con la participación de diversos sectores, incluyendo el gobierno municipal, las instancias sanitarias que operan en centro de salud y el hospital, la CRAC, las instancias no gubernamentales, representantes de escuelas, y nuestro equipo mismo de investigación.

Esta comisión, en el periodo de tres años, generó iniciativas propositivas y creativas entre las que están tres números de su Boletín Municipal de Salud, un emplazamiento a los candidatos a la presidencia municipal para comprometerse con el seguimiento de la Comunsal y la focalización de los problemas de salud detectados por ella, visitas y exposición de diagnóstico y requerimientos a la Secretaría de Salud en la capital del Estado, así como la participación en la preparación de un documento diagnóstico que presentó el presidente municipal a la Cámara de Diputados. Sin embargo, a pesar de que hubo participación, fue difícil mantenerla tanto por la distancia de la sede del grupo de investigación, como por la insuficiente voluntad política del gobierno municipal, que pasó a ser nula con el cambio de gobierno, situaciones que se analizarán con mayor profundidad

en el capítulo 5.

De manera resumida, entre los *factores que obstaculizan* el desempeño de dicha Comisión Municipal están la dependencia de la dinámica política municipal y regional, las prácticas de exclusión y auto-exclusión arraigadas, la perspectiva inercial e instrumental de las instituciones, la construcción mediática de “subciudadanía” o de “ciudadanía de baja intensidad”, e incluso la atmósfera local de confrontaciones intracomunitarias e interpersonales (Hersch y Sedano, 2013).

Entre *los factores dinamizadores* de dicha comisión se pueden ubicar la apertura temática relativa al ámbito de la salud-enfermedad y de la atención-desatención, la exposición abierta de problemáticas sanitarias cotidianas, el reconocimiento e impulso a la participación de sectores excluidos, y la apertura de espacios de reflexión y exposición de sentires a través de metodología participativa y de propicias plataformas de interlocución que permiten precisamente ese compartir de experiencias entre los actores locales.

Figura 9. Proceso de Formación de la Comisión Municipal de Salud en el 2013

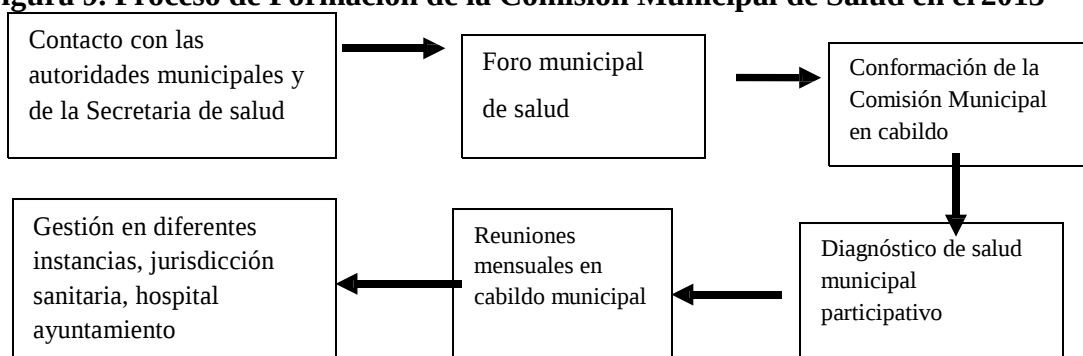
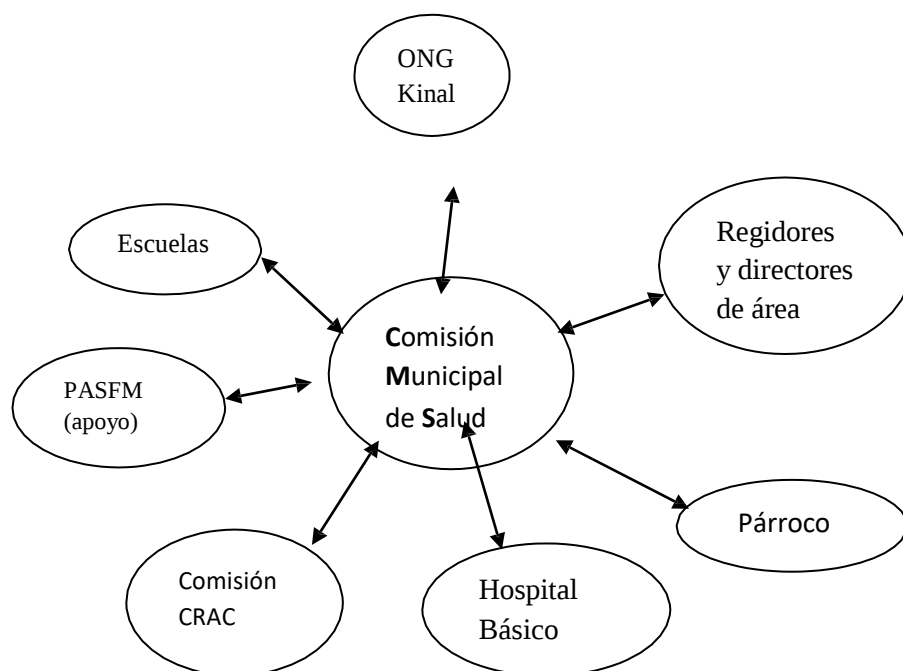


Figura 10.-Actores e instancias participantes en la Comisión Municipal de Salud en el año 2013



En dicha Comisión se tuvo la participación del personal del ayuntamiento, del regidor de educación, del de salud, del director y personal del hospital Básico Comunitario, de la organización no gubernamental Kinal Antzetik, del párroco de la comunidad, de personal de la Jurisdicción Sanitaria de Ometepec, así como personas de algunas comunidades pertenecientes a la Comisión de Salud de la CRAC y de una organización de curanderos y parteras de la comunidad de Pueblo Hidalgo. La diversidad de actores e instancias participantes permitieron generar un diagnóstico y tener un análisis de los problemas de salud de manera más profunda desde distintas perspectivas, las cuales se analizaran a partir de narrativas en los capítulos 4, 5 y 6.

A pesar de las dificultades propias de un proceso participativo y la falta de voluntad política para mantenerla, la experiencia sirve como referente de la importancia de la multiplicidad de voces y perspectivas en torno a la salud y la enfermedad y del potencial posible de una Comisión de Salud Municipal al incentivar un proceso participativo real.

CAPITULO 4.

ALGUNOS ELEMENTOS EN TORNO A LA SALUD, LA PARTICIPACIÓN SOCIAL (PS) Y LA DIMENSIÓN AFECTIVA-EMOCIONAL (DAE) EN LAS CULTURAS NA SAVI (MIXTECA) Y ME'EPHAA (TLAPANECA), DE SAN LUIS ACATLÁN, GUERRERO.

En este capítulo, se exploran algunos elementos que considero clave de los saberes locales relacionados respecto a los tres ejes que componen esta investigación: la salud, la participación social (PS) y la dimensión afectivo emocional (DAE). Cabe aclarar que más que un análisis etnográfico, se abordarán algunas características similares entre la cultura me'phaa y na savi respecto a los tres ejes mencionados. Dichos elementos han sido obtenidos a partir de la revisión de trabajos etnográficos y otras fuentes, así como de las actividades realizadas en el marco del proyecto de referencia: talleres, reuniones de la comisión de salud de la CRAC y la comisión municipal, asambleas, grupos focales y entrevistas.

4.1. Saberes locales relativos a la salud en la cultura Na savi y Me'phaa

Los **saberes locales** se conceptualizan por varios autores de distinta forma (Leff, 2011); en el proyecto de referencia son definidos como las *representaciones y prácticas compartidas, reproducidas informalmente, arraigadas en tradiciones particulares y circunscritas territorialmente, que involucran a su vez recursos construidos a partir de la biodiversidad local* (Hersch, 2010).

Retamozo (2009: 99) cita a Alfred Schütz quien reconoce la formación social de los significados, así como las presiones que ejercen éstos para la acción, sosteniendo que es imprescindible que una teoría de la acción mantenga el punto de vista subjetivo que remite al mundo de la vida y la experiencia cotidiana (Schütz, 1974: 21). Por lo tanto es imprescindible aquí analizar el telar de subjetividad e intersubjetividad en la comprensión del proceso salud-enfermedad/atención- desatención, de la participación y de la dimensión afectiva emocional, para generar propuestas más acordes a la realidad local, y una manera de hacerlo es a través de los saberes locales porque a través de su análisis e inclusión se podrá expresar la subjetividad e intersubjetividad y comprender mejor la realidad.

4.1.1 Algunas representaciones y prácticas relativas a la salud y la enfermedad desde la perspectiva local.

Para la significación de la salud y la enfermedad, la cosmovisión⁵⁵ tiene un papel muy importante. Cuando una persona se enferma, su cosmovisión brinda claves para intentar comprender su problema y encontrar la manera de solucionarlo. La identidad colectiva implica rasgos culturales comunes que crean un imaginario social colectivo y compartido entre diversos miembros, se construye en la vida cotidiana y es el resultado de acciones, símbolos, experiencias, mitos, y narrativas. Son los argumentos que le dan a un grupo una historia compartida (García, 2012:129).

Como ya se mencionó en el Capítulo 2, los pueblos originarios comparten significados, representaciones y prácticas en torno a la salud y a la enfermedad, como son: la relevancia de la dimensión espiritual, la vinculación con la naturaleza, la relevancia de la convivencia, la vida en comunidad, entre otras, las cuales a su vez han formado parte de estrategias de supervivencia ante las condiciones, también compartidas, de desigualdad, desarraigo y vulnerabilidad enfrentada a lo largo de su historia.

Al explorar algunas representaciones y prácticas relativas a la salud de los pueblos me'phaa y na savi, se perciben grandes similitudes con la concepción del *buen vivir* de los pueblos originarios del sur de América ya analizado en el capítulo 2, como lo es la importancia que tiene lo colectivo y con la idea de que el estar sano no solo tiene que ver con “estar bien”, sino con el vivir bien (*en quichua: allí kaway*).

Como es descrito por varios autores, (Hernández y Hernández, 2013:23) a pesar de lo amplio del territorio y las distancias entre sus comunidades, los me'phaa y los na savi, comparten entre sus culturas ciertos rasgos en su cosmovisión y en su concepción de la salud y la enfermedad, los cuales se puntualizan a continuación:

- la relevancia de la dimensión espiritual

⁵⁵ Para fines de este trabajo se define cosmovisión como las representaciones colectivas de la realidad, que determinan las prácticas y el pensamiento; su disposición interna interviene estructurando la práctica simbólica y real (Zuckerhurt, 2007: 65-66).

- el vínculo con la naturaleza
- la concepción de que existen seres sobrenaturales del agua y del viento, los dueños del monte, los protectores de los pueblos
- la oposición de naturaleza fría y naturaleza caliente
- rituales con implicaciones preventivas, llevados a cabo por diversos actores, p. e: el jefe de familia es el encargado de los rituales que realizan durante todo el ciclo de cultivo del maíz, llegada de las lluvias, siembra, bienvenida a los primeros frutos, cosecha y puesta en la troje (Dehouve, 2014).
- la diversidad de rituales que son utilizados para sanar, con adivinación, visiones, rogativas a los dioses para poder recuperar el alma del enfermo, así como santigüaciones y peticiones de buena vida, lluvia y salud (Dehouve, 2012).
- para el tratamiento de las enfermedades realizan prácticas médicas tradicionales mediante el uso de plantas propias de la región. Dichas prácticas también incluyen a rezanderos, parteras y hueseros. Una figura importante dentro de estos especialistas es el méso o curandero (CDI, 2009).
- la práctica de distintos procesos rituales de diagnóstico incluyendo acciones mágicas sobre prendas, uso de hierbas medicinales, emplastos, cataplasmas, imposición de manos, etc.
- la relevancia que le dan a las emociones, sentimientos, a las relaciones intracomunitarias y convivencia como fuente de salud o enfermedad.
- las oraciones y peticiones, ofrendas y sacrificios, mitos y ceremonias tienen un papel fundamental en la terapéutica.

Desafortunadamente, aun cuando todavía es posible encontrar algunos curanderos, hueseros, rezanderos, parteras y parteros, la medicina originaria en dichos pueblos se ha ido perdiendo por varias razones (programas gubernamentales, pérdida de identidad, poca transferencia intergeneracional del conocimiento, medicalización, etc.). A pesar de que han sido y son aun un importante recurso humano para la atención de la salud y para la sobrevivencia en las comunidades (CDI, 2009), en general los médicos de los pueblos originarios son desacreditados y excluidos por el sistema de salud biomédico.⁵⁶

⁵⁶ La Secretaria de salud inició un programa de capacitación para parteras comunitarias en varios estados del país como Morelos, Veracruz, Guerrero, Puebla (García, I., Moncayo C. y Sánchez B. 2012), sin embargo, aunque ha

Dichos terapeutas tradicionales conciben enfermedades que nos son reconocidas por el sistema biomédico que comúnmente son llamados *síndromes de filiación cultural*⁵⁷ como lo son: la envidia, la brujería, el susto, el mal de ojo, el espanto, el empacho, el coraje, el nahual.

Entre algunos síndromes de filiación cultural en los me'phaa y na savi, referidos en la literatura, se encuentran el espanto, el mal aire, la caída de la mollera, el ojo u ojeado, hechicería o enfermedad puesta por otra persona, brujería, maldad, coraje, desengaño, enamoramiento, mala suerte, pleitos, pérdida de bienes, envidia, nagual^{58,59} esclarecimiento de robos o aclarar robos, empacho, latido o estérico (Biblioteca Digital de Medicina Tradicional Mexicana).

La brujería es uno de los causales de enfermedad más significativos en el contexto de la atención curanderil de las comunidades na savi y me'phaa de la Región de la Costa Chica, esta práctica está firmemente arraigada en su cosmovisión y es la condición de estrés psicosocial de mayor impacto, siendo considerada uno de los principales riesgos y vulnerabilidad social, los casos de brujería asociados a problemas de tenencia de la tierra, disputa por caminos, situación vinculada a la propiedad colectiva de la tierra bajo el régimen comunal o ejidal (González, 2015).

En este marco es imprescindible comprender que dichos síndromes de filiación cultural reflejan a su vez la determinación social, las condiciones de desigualdad y marginación de este territorio, y pueden ser analizados como *marcadores múltiples* por todos los elementos posibles de revelar en cada caso, pues *remiten a estrategias de*

sido una medida que ha ayudado a reducir la muerte materna, no se ha logrado integrar los saberes locales, sino por el contrario, limitar su área de acción instruyéndolas generalmente en lo que —no se debe de hacerl. (SSA, 2002:44), aunque ha sido una medida que ha ayudado a reducir la muerte materna, no se ha logrado integrar los saberes locales, sino por el contrario, limitar su área de acción instruyéndolas generalmente en lo que “no se debe de hacer”

⁵⁷ Son aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica (Zolla, 1988:31).

⁵⁸ Nagüal: Para los *mixtecos*, el nagüal es la alteridad animal de la persona, y creen que, el día del nacimiento del individuo, la partera determina su nagual mediante una operación que consiste en marcar un lugar fuera de la casa y ver que animal dejó su huella durante la noche (Biblioteca Digital de Medicina Tradicional Mexicana).

sobrevivencia, a necesidades concretas entornos nutricionales, simbólicos, naturales (Hersch, 2013). El análisis de dichos marcadores múltiples *demanda un diálogo de saberes tanto en términos de contrastación epistemológica como en términos de procesos dialógicos entre agentes y pacientes* de diversas medicinas (Hersch, 2011: 187). Un ejemplo son los casos de brujería, actualmente una de las causas principales de denuncia en la Policía Comunitaria, lo cual pone en evidencia la competencia entre familiares o vecinos por la falta de recursos, agua, tierra, bienes materiales o afectos (González, 2015).

a) Significado de la salud desde la perspectiva local

A partir de las entrevistas realizadas y de los talleres llevados a cabo en el marco del proyecto de investigación, se han podido identificar diversos significados del concepto salud, palabra que, cabe mencionar, no existe como tal en ninguna de las dos culturas, sea me'phaa o na savi, lo cual expresa la importancia de indagar a través de metodología participativa la perspectiva local para el diseño y aplicación de programas de promoción y atención de salud, pues, ¿es que estamos hablando de lo mismo al hablar de salud y enfermedad?

Como resultado de los talleres realizados, se exponen a continuación algunas palabras en me'phaa y na savi, que hacen referencia indirecta al concepto salud:

Tabla 5.-Palabras en mephaa y na savi que hacen referencia a la salud

Me'phaa	Na Savi
Donandi estar bien	
Xta, Gagi: estar contento, está feliz, está bien	Kue: corajudo
Nandi: no tengo nada	
Mahakui: sano , estar bien	ya vah'a yu: Estamos bien
mahualó, kao = estar limpio	
Kukujíí= ser resistente, fuerte	

Fuente: elaboración propia.

Se analizaron algunas narrativas con los significados que se dan a la palabra salud; en dicho análisis es posible encontrar distintas dimensiones implícitas en la salud o el estar sanos. Una de las palabras más mencionadas vinculadas con la salud es el **cuidado**; la importancia del **cuidarse a uno mismo y a los otros** y a su vez el **estar alegres o contentos y la importancia de la convivencia** con los amigos y familiares:

“Para mí la salud es estar bien, estar sano, cuidar el cuerpo, comer a la hora, no comer alimentos chatarra, cuidarse más que nada, tener cuidado de nuestro cuerpo, estar bien” (maestra me´phaa).

“Estar sano es cuidarnos, cuidar nuestra salud, no enfermarnos, convivir más con la familia y los amigos, convivir pues y no enfermarnos de cosas”
(adolescente me´phaa, 14 años).

“Estando sano no siente uno nada, esta uno contento con ganas de trabajar caminar y convivir, para mí eso es estar sano” (JuPH, curandero, 52 años).

Es notable también en algunas narrativas la expresión del **paradigma higienista** de la salud introducido generalmente por el sistema biomédico (lo cual aparece más en el capítulo 5 en el análisis de las formas de participar para la propia salud) y a su vez la expresión de la **dimensión ambiental**, como se puede observar en la siguiente narrativa:

“Yo digo que la salud de que vivir higiénico, vivir limpio, que cuidemos el ambiente para que nosotros no tengamos enfermedad, debemos de cuidarnos nosotros mismos, de lo que come uno, básicamente la higiene y cuidarnos”
(RPH, 45 años, me´phaa).

El **valor de la prevención** en la salud también aparece como relevante:

“Sano es tener todo, la vida, sin enfermedades, prevenir la enfermedades para no estar sufriendo, porque ya cuando uno tiene la enfermedad ya es difícil, entonces la salud es prevenirla”

Por otro lado, aparece también como importante para la salud **la libertad de hacer lo que uno quiere** vinculado a su vez con el estar alegres, lo cual vale la pena reflexionar en el marco actual de estas poblaciones, ¿existen condiciones objetivas para poder hacer lo que se quiere?

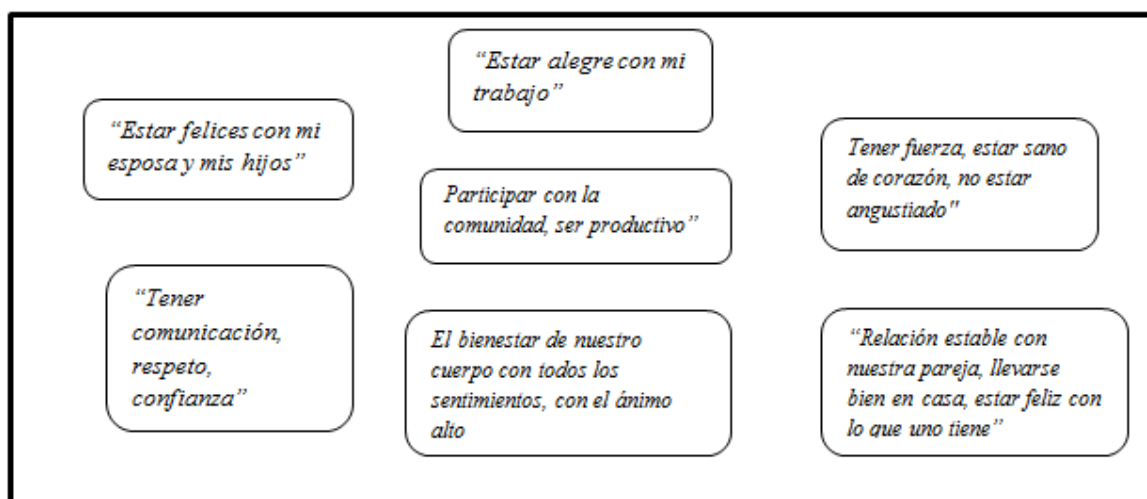
“Cuando la persona está sana, esta alegre, porque estamos hablando de que puede hacer todo lo que quiere hacer” (TPH, promotora, 39 años).

“Nosotros decimos que es estar contento, con alegría sin que nos duela ninguna parte del cuerpo, porque si nos duele, por ejemplo la rodilla, la columna, no estamos tranquilos, pero si no tenemos dolor podemos estar contentos, caminar a donde queramos ir, es lo que yo pienso que es salud, poder platicar, estar aquí compartiendo con mis compañeros, entonces me siento contento y yo digo que estoy sano”
(Curandero, me´phaa).

“Es gozar de buena salud, en todos los sentidos, físico, mental, espiritual. Es tener deseos de hacer todo lo que uno se propone verdad? Cosas, Llevar a cabo los proyectos”
(Maestra , na savi).

Se analizaron también materiales generados en actividades en la casa de salud de la CRAC- PC, y en los talleres de promotores de salud, (ANEXO 5), en donde aparecen también distintas dimensiones relacionadas:

Figura 11.-Respuestas a la pregunta ¿Qué es estar sano? en un taller de la Comisión de salud de la CRAC, 2014.



Como es posible observar existen distintas perspectivas respecto a lo que salud significa, aparece condiciones relacionados precisamente con la DAE y la participación social.

b) Significados y algunas causas de enfermedad desde la perspectiva local

Así como se indagó sobre el significado de salud desde la perspectiva local también se buscó para enfermedad.

Desgano

En relación a la enfermedad en me'phaa *Guabaa rakukui* "está débil (*Enfermo*) en na savi: Kueé: enfermedad, el análisis de las entrevistas y el material se le relaciona bastante con el **estado de ánimo, con no tener ganas**, ya sea como causa o como consecuencia de la misma.

"Con malas ganas sin ganas de hacer nada, se siente uno débil, sin fuerzas se siente negativo todo el tiempo, algo así" (CiPH, me'phaa, mujer, 14 años).

"Estar enfermo es que no tenemos ganas de hacer nada"

Dolor

A su vez en la mayoría de las entrevistas el significado de enfermedad se relacionó con el **dolor corporal**:

"sentir molestias en nuestro cuerpo, por ejemplo, a veces nos duele la cabeza o el estómago, o a veces alguna parte del cuerpo del brazo, uno no está sano, anda uno disgustado con uno mismo porque se siente mal" (BPH, maestra, me'phaa, 60 años).

"lo contrario sin fuerza, sin ganas de trabajar, sientes que se te quiebra una parte del cuerpo" (ECXT, joven na savi).

"en tu cuerpo te duele una parte, o tienes una enfermedad o no encuentras un medicamento que te ayude, o te enfermas, te duele una parte sanas eso y después te duele otra parte y así es estar enfermo pues" (HPH, hombre, me'phaa, 33 años).

"es estar en contra de la salud" (Comisario, na savi, 52 años).

Entre las causas de enfermedad y problemas de salud más identificados, se encontraron:

Pensar mucho, congoja

Entre las causas de enfermedad identificadas en el material analizado y las entrevistas está **el pensar mucho, el estado de la mente y la congoja**:

"hay distintas formas de nombrar enfermedad por ejemplo si tengo una enfermedad de la mente entonces de estar yo pensando muchas cosas en vez de lo que debo de pensar para mí eso es enfermedad, estoy muy acongojado, la mente me está dejando medio mal, para mí eso es enfermedad" (JuPH, curandero, me'phaa, 52 años).

Mala convivencia

Otra causa de enfermedad identificada el **no tener una buena convivencia** con los demás como se expresa en las siguientes narrativas:

“otra clase que yo veo de enfermedad, por ejemplo, es que no confrontamos la forma de vivir con mi vecino , si él tiene un burro o yo una gallina y se pasó al otro lado, y pues nos decimos de cosas, en lugar de pensar bien se me altera la forma de pensar, ¿por qué me altero? Pues si yo soy dedicado no quiero que pase nadie y trato de cerrar para evitar cosas y cierro y no pasa nada, ese es otro tipo de enfermedad cuando no estamos bien con el vecino” (JuPH, hombre, me´phaa, 52 años).

“si uno no puede congeniar con la pareja es enfermedad, esta uno pensativo pensando cosas que no debe de pensar, y no está uno contento y eso pienso que también es una enfermedad” (JuPh, hombre, me´phaa, 52 años).

Mala alimentación

aparece también el tener **una mala alimentación:**

“hay otras también como son grasas también causan algún daño de salud, muchas personas no comen grasas pero si hay muchos que le quitan grasa como carne asado o carne como cecina, Y hay otra que no le hace daño pero a otros les hace daño al estómago, se pegan la diarrea, y comer mucha grasa hace daño.”(JuPH, rezandero, me´phaa).

“cuando ya están grandes ahí este tiene atole como dulce, o tortilla también la endulzan también o la calabaza, o toman leche también con dulce, pues por el mismo de descomponer los alimentos que tomamos, los que son dulces son los que nos hacen daño ” (JPH, h, 52 años).

Falta de higiene

Otra causa de enfermedad es **la falta de higiene:**

“porque por falta de limpieza en la casa, en la comunidad, falta de higiene más que nada, ha de haber otra cosa, porque dijera una señora que una vez al año te tienes que enfermar, la gripa aunque sea” (EPH, mujer, me´phaa, 40 años).

“porque la mayor parte empezando por nuestra higiene personal, por nuestra forma de vestir, de comer, porque si nos vestimos con la ropa sucia, pues ahí empiezan a generarse las enfermedades, pues también por la forma de comer, pues antes de comer tenemos que lavarnos las manos, tenemos que lavarnos los dientes, y todo eso no? Y este también muchas veces nosotros este agarramos o tomamos cualquier cosa sin saber que contiene y también porque no se cuidan, porque no se quieren” (CiPH, joven, mujer, me´phaa, 14 años).

Dimensión ambiental

La *dimensión ambiental* también aparece como es posible verlo en la siguiente narrativa en la que la contaminación de los ríos aparece como causa de enfermedad, lo que tiene consecuencias no sólo para la comunidad donde se instala, sino para toda la región:

“y otro problema es el drenaje, porque muchas descargas están cerca de los ríos y empieza y yo digo que es lo que genera que muchas personas se enfermen”

(CiPH, joven, mujer, mé'phaa, 14 años).

“el problema de nuestra comunidad, es la contaminación del arroyo o ríos, tumbiar árboles sin el consentimiento del comisariado de bienes comunal o ejidal, que los vecinos no se acercan a las reuniones, se acercan sólo cuando es lo de los programas, el problema de los marranos sueltos”

(Promotora de salud, na savi).

Es el caso de un análisis generado por estudiantes de la secundaria de una comunidad na savi:

¿Qué les preocupa a los estudiantes de la secundaria?

“me preocupa que no hay trabajo y no hay suficiente dinero para las necesidades de la familia” (joven, diagnóstico en secundaria comunidad na savi).

“nos enfermamos mucho porque nosotros no cuidamos el medio ambiente” (joven, diagnóstico en secundaria comunidad na savi).

“no hay que cortar las plantas, porque el cerro está muy triste porque cortamos mucha planta” (joven, diagnóstico en secundaria comunidad na savi).

Entre otros problemas de salud identificados como raíces de enfermedad en la dinámica el árbol de los problemas están: *la falta de organización, la falta de voluntad política, la corrupción, la discriminación.*

4.1.2 Actores y espacios relevantes en la salud individual y colectiva en la cultura na savi y mé'phaa

Aun cuando en algunas comunidades la población se atiende en el centro de salud, algunas enfermedades son tratadas por el meso, la partera o curandero en ámbitos cercanos

al paciente: su casa, con su familia, en la casa del curandero o curandera. En algunos casos, y cuando la enfermedad lo requiere, se recurre a lugares sagrados para hacer ofrendas específicas con el propósito de obtener su apoyo de las divinidades en el proceso de sanación. Esto también es un contraste importante respecto al ámbito biomédico oficial, donde la promoción de la salud y la curación o tratamiento de las enfermedades se da generalmente en sus espacios emblemáticos, el centro de salud y el hospital, sin tomar en cuenta la dimensión ritual o espiritual y donde el médico no tiene acceso directo al escenario cotidiano del paciente, lo que impide una vinculación más estrecha y con mayor conocimiento de las condiciones particulares del enfermo y su entorno; de ahí la importancia de las visitas a las casas, y la continuidad en la figura del médico de cabecera o familiar.

Los escenarios de la salud o la enfermedad en las culturas me'phaa y na savi, no corresponden únicamente a los centros de salud y hospitales que son los escenarios usuales propios de la perspectiva biomédica. En cambio, los espacios como la casas, el campo, los cerros, lugares sagrados e inclusive las comisarías son relevantes para la cultura na savi y me'phaa.

“hay muchas costumbres, como quema de leña, temazcal, y otro costumbre que hacen como el trabajo también, como pedir que se produzca bien su trabajo, al levantar la cosecha hacen acción de gracias también, ahí llevan su ofrenda, animales, pan, flores, velas, aguardiente o chicha, ellos preparan, lo llevan a la ofrenda a la tierra antes de sembrar van otra vez, llevan a ofrendar algunos animales como gallinas, chivos para que en la tierra se den buenos frutos, como maíz, caña, otro fruto que da así, esas personas no les falta de comer, no les falta dinero” (JPH, curandero, me'phaa).

Lo anterior denota que existen diversos lugares donde la salud se puede promover, y a su vez diversos actores que pueden incidir en la salud y no solo el curandero o médico, como lo son los rezanderos, los jóvenes, las mujeres, los campesinos y las autoridades locales, como el comisario y comisariado, actores en general poco reconocidos y tomados en cuenta en los programas de salud, aun cuando su labor es esencial por el rol que tiene y la posibilidad que tienen de motivar, movilizar, convocar, tal como lo expresa una partera de la cabecera municipal cuando en un taller sobre enfermedades por agua contaminada la importancia de que el comisario participe:

“ahorita en este curso se necesita que se invite a una autoridad que sea comisariado o sea comisario, para que escuche y lo traduzca en la reunión (asamblea), porque sale sobrando que nosotros nomás estamos aquí y el que lleva la batuta es el comisario municipal y es muy importante que este y hay que invitarlo para que personalmente escuche que es lo que se dice, que es lo que se lleva o que es lo que se platica”

(ISLA, partera, cabecera municipal).

“pues depende qué reunión hay, si ven que está mal la gente, pues ya si hay una reunión en el pueblo es ir con el comisario para decirle que está mal esto”
(EPH, mujer, me'phaa, 40 años).

Así, la figura del **comisario** es esencial en la coordinación de las actividades en salud a pesar de que no siempre es tomado en cuenta por los programas de salud, ni por los profesionales de la salud que trabajan en dichas comunidades; generalmente los comisarios son tomados en cuenta sólo para firmar documentos, salidas del personal, y gestiones básicas como son la cloración y gestión de medicamentos, pero no reciben suficiente capacitación ni se les toma en cuenta lo suficiente para la planeación de los programas comunitarios, como se verá en las barreras de la participación en el capítulo 5.

4.2. Saberes locales relativos a la participación social (PS) en la cultura Na savi y Me'phaa

Así como existen diversas prácticas y representaciones locales en el ámbito de la salud, también existen en lo que respecta a la organización y la participación social. Los *saberes organizativos locales* (SOL), así llamados en el proyecto de referencia, *remiten a los sistemas de cargos, extensamente estudiados en la antropología en México como modalidades de organización y participación social* tradicionales y autónomas (Korsbaek, 1996); sin embargo, en el campo de la salud estos saberes organizativos locales se encuentran invisibilizados, pues en los programas oficiales tiene preminencia la figura del Ayuntamiento y las propuestas verticales y centralizadas, desaprovechándose su potencial. Los SOL remiten al potencial sanitario de la ya mencionada *comunalidad* (Rendón, 2013), *clave relacional compartida entre los pueblos originarios de Mesoamérica que, sin*

embargo, lejos de explorarse como un referente sanitario promisorio, es soslayada y amenazada por una modernidad que nutre el divisionismo y el individualismo a partir de beneficios diferenciales (Hersch y Sedano, 2013).

4.2.1 Algunas representaciones y prácticas relativas a la PS desde la perspectiva local.

En las comunidades me'phaa y na savi, existen representaciones y prácticas relacionadas con la participación y organización que resultan relevantes para la salud, y que generalmente no son tomados en cuenta por el sistema biomédico, aun cuando es en el hacer cotidiano, en las prácticas relacionadas con los espacios de decisión de la comunidad, en la organización y participación que se gestan las condiciones de salud y atención.

Así como en la significación de la salud y la enfermedad, en todos los pueblos originarios existen formas de atención, de organización y de participación que comparten claves similares.

Entre los me'phaa y na savi la organización y participación coinciden en lo siguiente:

- La familia es la base de la organización social.
- Se utiliza el *sistema de cargos* de la comunidad, lo que permite la interacción de la comunidad de distintas forma.
- La mayordomía es una institución importante, tanto por las fiestas como por el trabajo agrícola, ya que todos cooperan física y económicamente por igual; existe un trabajo de ayuda mutua en el que todos los socios se ayudan sin remuneración económica.
- Los cargos municipales o comisariales son designados por el conjunto de la comunidad de manera democrática; los más sobresalientes son: comisión o topil, comandante, secretario, comisario y suplente.
- Los cargos están relacionados entre sí en el ámbito político y el religioso. Casi siempre están respaldados por un consejo de ancianos (CDI, 2009).

- El ciclo agrícola marca en parte el ritmo de la organización comunitaria, lo que fortalece el vínculo con la naturaleza.
- Existe una conciencia muy profunda de que las autoridades comunitarias tienen que ser fieles intérpretes de la costumbre que emana de las voces de los antepasados, y del cumplimiento puntual de las obligaciones rituales.
- La base de este sistema de organización social es la **asamblea comunitaria**, presidida invariablemente por las autoridades electas por usos y costumbres. A través de ella, a partir del consenso, se deliberan tanto los asuntos cotidianos “celebraciones religiosas, fiestas y asuntos familiares, como los de mayor trascendencia, de carácter político y económico” participación en obras o proyectos para la comunidad (Hernández y Hernández, 2013). En la asamblea se deciden varios asuntos relacionados con el medio ambiente, los permisos para proyectos de extracción, las decisiones del territorio, los estatutos locales, como la disposición de la basura, de limpieza de la comunidad, del orden, del cuidado de la flora y fauna, e inclusive reglas de convivencia.
- El tequio es otra forma de organización social de los nasavi y me´phaa: es un trabajo colectivo que los hombres integrantes de la comunidad realizan; se trata de una labor donde se presta un servicio para ayudar en la limpieza de las calles, la construcción de iglesias o casas, entre otras actividades (Flores, 2005). El tequio es una aportación voluntaria y gratuita que cada ciudadano debe proporcionar para la construcción de obras materiales que la autoridad programa. Aún se conserva esta forma de organización comunitaria, aunque los jóvenes migrantes han ido adoptando otras formas de ver el mundo que contradicen su cultura (Varese y Escárcega, 2004).
- Las autoridades comunitarias organizan, colaboran y participan en los eventos del pueblo, fiestas patronales, rituales o reuniones. También actúan como juez en rencillas y son interlocutores con las autoridades e individuos externos a la comunidad.

- El nombramiento de autoridades se articula con un proceso ritual colectivo en el que intervienen los curanderos, rezanderos, señores grandes, autoridades y el pueblo (García, 2012)
- A nivel agrario, por otro lado, existen los comisarios ejidales y de bienes comunales, que tienden a acrecentar su autoridad pues son los conductos naturales por los cuales llega a las comunidades la ayuda del exterior. Todas ellas son autoridades constitucionales. En relación con el consejo de ancianos, en concreto, éste tiene importancia en algunos pueblos, especialmente en los más apartados de la Mixteca Alta. No obstante, en muchos otros poblados, sobre todo en los más comunicados de la costa, el consejo de ancianos ha desaparecido ya casi por completo (Tello, sf).
- El ritual es un soporte de la organización social intracomunitaria que los identifica, une y da mucha importancia a quien queda de representante del pueblo, ya que tiene que velar por los intereses comunitarios y no sólo gestionar, sino saber conciliar los conflictos, ser consejero y cumplir con las fiestas y rituales que se realizan a lo largo del año (Cisneros, 2014).

Significado de participación desde la perspectiva local

Al igual que con la palabra salud, *la participación* tiene diversos significados desde la perspectiva local. Se identificó que la palabra participación no existe como tal en lengua me'phaa y na savi, pero sí es utilizada en castellano, por lo que se inquirió qué entendían por participación y contestaron algunos sinónimos y formas de nombrarla o aludir a ella a partir de la cultura local:

Tabla 6.-Palabras en me'phaa y na savi para referirse al término “Participación”

Me'phaa	Nasavi
Nayambáa= ayudar	Hablar= Ka yo'ó
Naitee= hablar	Es apoyar =chinde ye

Nainii= hacer	
---------------	--

Fuente: elaboración propia.

Hablar

Al analizar las narrativas se encuentran varios verbos relacionados con el significado de la participación, siendo el más referido HABLAR u OPINAR:

“para mí participar es hablar de lo que uno quiera que se haga, que desea que se haga, como decía lo que hace un rato porque yo así deseo que se haga en el grupo y claro, no todos tenemos ese valor civil de participar yo lo he visto en una de estar reuniones o con maestros directores” (JuPH, hombre, 52 años).

“es lo que uno piensa, lo que uno dice de lo que piensa, dar opinión, y uno participa esto está bien esto está mal y dice lo que cree” (ECXT, joven, hombre).

“participar es dar propuesta o ir a escuchar propuesta de otra gente y si son buenas o negativas pues se traen, lo bueno hay que guardarlo, recoger idea de otra gente, todos tienen buena propuesta si no te sirve ahora pues puede ser después” (Comisario Me’phaa).

Escuchar

Otro verbo que apareció en relación a la participación y que me parece relevante analizar es el ESCUCHAR, lo que se relaciona con la propuesta de Freire del diálogo, *la actitud de escuchar, que está más allá del oír, tenemos que escuchar lo que el otro está queriéndonos decir, esto es una actitud fundamental* (Freire, 2005:109). Esto, aunque parece tal vez obvio, resulta esencial en los programas de salud: ¿qué tanto escuchan las autoridades a la población al diseñar e implementar un programa, al decidir sobre el territorio y sobre la vida en ese lugar?

Esta aproximación al diálogo es también un concepto de referencia importante para este trabajo pues convergen muchos elementos puestos en discusión, ya que si participar es hablar, y si en la visión de Freire no es posible el diálogo sin amor al mundo, a la vida, a los hombres, la DAE juega un papel fundamental.

Expresar emociones

En esta misma exploración de los significados de la participación, se expresa dicha vinculación entre la participación social y la DAE (véase capítulo 7, apartado 1), como lo expresa una joven me'phaa de 14 años:

“participar es expresar tus emociones, sentimientos o algo así, poder aportar algo que tú sientes o pienses” (CiPH, joven mujer, 14 años).

Hacer

Otro sinónimo o palabra que se menciona en el significado de la participación es hacer, como lo expresa una maestra de la comunidad:

“participación es hacer, es realizar trabajo, participar en una reunión dependiendo lo que se vaya a hacer” (Maestra, Me'phaa).

Dar servicio gratuito

Por otro lado también se expresa como **dar servicio gratuito**, donde no se cobra por realizar un trabajo, lo cual como ya se comentó se ha ido modificando (véase apartado 2.3)

“dar tu servicio gratuito, dar un día de faena, el tanque de agua que está sucio vamos a limpiarlo, que tienen un compromiso hay que cooperar, todo” (Comisario, Na Savi).

Apoyar, ayudar, colaborar

Esto confiere una relevancia que tiene la acción en el significado de participación, y a su vez de la reunión, es decir la acción compartida. A su vez, la participación también fue definida por la población como **apoyar, ayudar, colaborar**:

“es apoyar, que tenemos que intervenir en las actividades, eso es participar” (Auxiliar de salud, comunidad me'phaa).

“participar es que debemos colaborar en un trabajo, contribuir, por ejemplo con ideas, con opiniones” (maestra, me'phaa).

“ayudar a hacer un trabajo, eso es participar” (Rezandero, PH).

“cuando piden tu opinión y te dicen que participes para que tú también colabores con las cosas que van a hacer en la comunidad o en tu casa” (niño, 13 años, Nasavi).

Ayudar a calmar una situación difícil, llevar una plática sana:

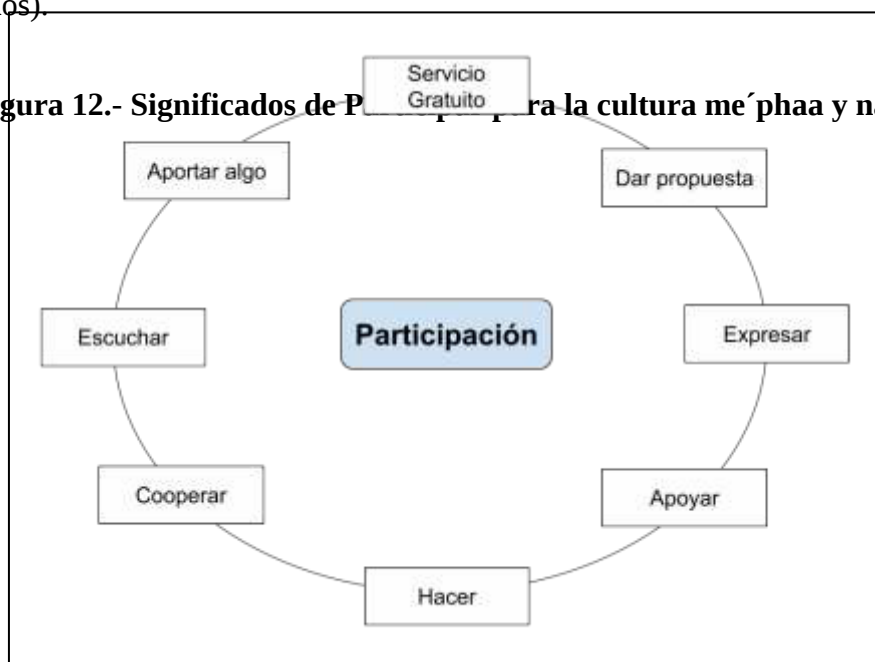
“si están hablando alteradamente con coraje, mi forma de hablar tiene que ayudar a que se vaya apagando eso, para que la gente puede llegar a un acuerdo al final de la reunión, porque si vamos a decir usted con la muchacha de aquí estaban discutiendo, y yo llego y escucho eso, y pues bueno me quedo un ratito para agarrar la onda y ayudo oigan mire se escucha un poco mal que estén peleando, hay que tratarse bien, hay que tratar de llevar una plática sana, esa es la forma de participar también” (JuPH, curandero, me´phaa).

Como es posible observar en varias narrativas, existen distintos significados, interrelacionados, lo que sugiere que la participación no es un acto aislado y único, sino un proceso que se puede manifestar de distintas formas y niveles.

“Participar, por ejemplo, hay una asamblea en un lugar así no pues lo que estoy escuchando de lo que están hablando la gente a pues eso le llamamos participar, tengo que hablar porque tengo algo que decir es participar” (JPH, curandero, me´phaa)

“Es cuando digamos, puede haber mucho tiempo de participaciones ya sea en la escuela o algún asunto político, es cuando ejerces tu voto y es cuando dices lo que piensas. Por ejemplo cuando eliges un jefe de grupo en tu escuela tú dices porque lo quieres por qué no y ahí das tu opinión y ejerces tu voto” (JCXT, mujer, 15 años).

Figura 12.- Significados de Participación para la cultura me´phaa y na savi



Fuente: elaboración propia

4.2.2 Actores y espacios de participación en la salud individual y colectiva

Existen diversos actores y espacios relacionados con la salud donde la participación social se puede ejercer, tanto a nivel personal, con uno mismo, como en el hogar, en la escuela, en la iglesia, en el campo, en los distintos escenarios necesarios de tomar en cuenta en el análisis de la salud de una comunidad. En relación a esto, dice una joven de la comunidad de Pueblo Hidalgo:

“en muchos lugares, por decir en la casa tu das tu opinión, con tus amigos, con tus maestros, y en muchos lugares podemos participar” (mujer, 14 años).

“en las juntas, reuniones, en el auditorio de los domingos” (señora, me´phaa).

“tuvimos reunión el domingo y nosotros hablamos de salud, por ejemplo de no tirar basura en la calle, todos por ejemplo si usted tomó refresco pues deposítelo en un bote de la basura y así platicamos de la salud, si no lo hacemos ¿quién lo va a hacer?”(HPH, hombre, 33 años).

“en la clínica y en la familia, en la casa” (EvPH. mujer 13 años).

Como es posible observar en las narrativas anteriores, existen diversos espacios donde es posible participar para la salud (la casa, la clínica, en el auditorio donde se llevan a cabo las asambleas) y a su vez diversas formas de participar, reconocidas por la misma población, en distintos niveles tanto a nivel personal como colectivo. Por ejemplo, se puede participar siendo parte de un grupo de ejercicios, el cual servirá de relajación y convivencia o participar siendo parte de un ritual orando o llevando velas o flores, hasta participar en una asamblea siendo parte de la toma de decisiones.

Partiendo de significados de salud y de participación más amplios, existe mayor diversidad de posibilidades para sumar a la salud, sin embargo, vale la pena reflexionar en la importancia de la participación en la toma de decisiones, que comprendería la dimensión más política y organizativa de la salud, como ya se vio en la gradación y definición de la participación ciudadana propuesta en la introducción, que se pone en relevancia porque a partir de ello se determina la salud en distintos niveles y se puede incidir de manera más colectiva.

Como ya se mencionó, en las culturas me'phaa y na savi la asamblea es un órgano de participación y consenso relevante para la salud ya que a través de ella se toman decisiones que afectaran a toda la comunidad, como dice el párroco de una comunidad na savi: *“La asamblea es el corazón de una comunidad y es la máxima autoridad”*; sin embargo, cuando se preguntó sobre las instancias relevantes para la salud o en las formas de participar para la salud no fue nombrada de manera inmediata, lo que refleja la visión reduccionista de la salud y participación sometidas al discurso biomédico y hegemónico donde los hospitales los centros de salud, los médicos se llevan la atención. Además de no haberse enunciado mucho, cuando se mencionaba se reducían a acciones relacionados con la contaminación tal como lo refiere un joven de 34 años de la comunidad Me'phaa:

*“¿En las asambleas se toman decisiones respecto a tema de salud?
casi no, muy poco*

¿Tiene algún ejemplo?

Pues de cómo mantener limpio el pueblo o no tirar basura de si quedó un animal muerto en la calle o también cómo andan los marranitos o los perros, sobre mantener limpio nada más eso, limpiar, barrer, recoger lo que es basura y ya”
(HPH, hombre, me'phaa, 33 años)

Esta visión es interesante ya que *se reduce la participación o discusión de salud a la higiene y limpieza*, lo cual obviamente es relevante para la salud pero existen otras dimensiones, ya analizadas previamente, que también pueden ser decididas en la asamblea y determinan la salud de la comunidad. Como es posible observar, existen dinámicas, prácticas y representaciones de las cultura me'phaa y na savi, que son relevantes para la salud de la comunidad y que en general son poco tomadas en cuenta por el sistema de salud; el personal de salud no participa o toma en cuenta ciertos actores para potenciar los trabajos, diagnósticos y propuestas, y en general no participa en las asambleas, lo que se analizará más en las barreras y oportunidades para la participación (capítulo 5).

4.2.3 Algunos cambios a través de la historia en las formas de participación para la salud. Causas y consecuencias.

Los procesos económicos y políticos en los que se insertan los *na savi* y los *me'phaa* los han obligado a replantear sus formas de organización social. Actualmente algunas comunidades *me'phaa* y *na savi* se encuentran divididas por motivos políticos, al grado de que han decidido fraccionarse y formar su propia organización política y social para funcionar de manera separada (De la O, 2014). Ésta es una situación que tiende a crecer en parte a causa de que las autoridades municipales, bajo una lógica ajena a la de las comunidades, se desentienden de sus dinámicas y no toman en su justa dimensión el sistema normativo de los pueblos, que a través de códigos no escritos orientan los comportamientos de los pueblos y construyen cotidianamente la comunidad (Devohue y Bey, 2006: 370).

“porque yo he visto ahora a San José que no como antes, antes la gente se arrimaba a las asambleas, se arrima, y ahora mucha gente se queda atrás, no sé por qué, no sé por qué, se quedan atrás, son los que van a enfermarse, porque no oyen la orientación, digo la instrucción de aquella persona que vino a dar instrucción, orientación, le faltó, aja, pero cuando ahí viene alguien a decir algo aquí hay que estar todo pa escuchar, si no puede hablar por lo menos que escuche, ya tenemos receta, uno mismo lo prepara para ayudarse, sus hijos, su familia más que nada, porque he visto eso en San José, mucha gente se queda atrás, no se comporta, antes no, son pocas las gente antes, pero todos llegaban a la comisaría, y ahora de que somos muchos nos quedamos atrás, no sé qué le pasa”(MSJV, promotor de salud, me'phaa, 70 años).

“quizá por falta de tiempo o por falta de voluntad más, mayormente la voluntad, ah caray yo no sé dónde tengo tantas torres, palacios que no tengo tiempo para ir a visitar a mis tíos enfermos, mi tío, su suegro de mi primo está enfermo, uy voy a ir a visitarlo, mañana sí voy a ir a mi tío, ah no faltarán cosas y ya no fui, ... ah dónde está mi falta voluntad, a veces hago, como tengo cuatro enfermos, me hago mis cuatro ollitas de atolito, ahí voy, paso en una casa, paso en otra, de ahí voy en otra, digo porque ese es el único día que aparté porque no sé qué tanto hago digo, como dijera una compañera de hace años de servicio, dice “yo no sé dónde están las torres, los palacios” dice “que están construyendo que no hay tiempo” (BPH, maestra, me'phaa, 60 años).

Según la mayoría de los entrevistados, el modo de participación social, ha cambiado por diferentes razones; entre las que son comunes a los dos grupos originarios, están:

- las modificaciones en la dinámica de convivencia comunitaria por factores como lo son los partidos políticos, los cuales promueven la división del pueblo:

“a veces por los partidos se pelean, porque no tiene buena convivencia por los partidos; es como por religión también entre católica y entre las otras, hay eso también por acá” (promotora de salud, na savi).

“cuando llegaron los maestros, empezaron a dividir a la gente, entonces llegaron los partidos, el PRD, el PRI, eso fue lo que pegó ahí, el divisionismo, y eso acabó con el sentimiento de las personas, el apoyo que le conté, y ya no es igual pues porque ya llegan con otras ideas, y ya, y si estás en el otro partido te ven como enemigo. Así que ese es el problema de la comunidad, es que se aleja ese sentir, el humanismo, y todo eso, por el divisionismo de los partidos, pero nosotros no queríamos eso para la comunidad, queríamos maestros pero no que hicieran eso pues”.

(CCXT, promotora de salud, na savi)

“por división de partidos políticos, van y cada quien hace su reunión con su color, otro es de otro color, y ahí es donde se da la división del pueblo. La asamblea, antes se usaba la asamblea, se llamaba a todos los vecinos y se nombraba al comisario” (Comisario, na savi).

“la asamblea se ha ido perdiendo sinceramente son pocos los que participan, los que tienen la conciencia, PROGRESA tiene más poder que la asamblea”

(maestro, na savi).

Entre otros factores de división se encuentran las distintas religiones, los programas gubernamentales como PROGRESA, los procesos migratorios que modifican la dinámica y estructura familiar, la utilización de plaguicidas que generan modificación en la práctica del cuidado colectivo de la tierra, los cuales además de los daños medioambientales han generado cambios en la dinámica de convivencia y el nivel de interacción, al promover un trabajo más individual y menos colectivo.

Estos cambios en el nivel de participación son percibidos en escenarios diversos; por ejemplo, varios entrevistados mencionan que antes se apoyaba más y había más participación en los velorios, en los partos, cuando alguien estaba enfermo, en los rituales de petición y en las asambleas:

“antes no, antes la gente había más convivencia entre todos los anexos, se unían todos aquí, había buena convivencia pero ahora se pelean los anexos”

(Maestra, me'phaa).

“había más comunicación, yo por ejemplo, sé que cuando mi mamá se aliviaba iban los vecinos, si ve (la gente) que la situación (en) que estés que no tienes nada de comer, te llevaban algo, llegaban a verlo a ver la situación en que estás, y todos llevaban algo, una hoja de panela, café o algo, pero iban”

(CCXT, promotora de salud, na savi).

“ahorita si hay un enfermo y se te muere, ahora ya nadie se preocupa por el otro, ahora ya no; el único que vas a encontrar velando al muerto es un borracho, mientras haya cerveza, ese es el que va a estar ahí, pero gente, digamos de buen corazón no ya no, ni familiares, a veces sólo los hijos”

(CCXT, mujer, na savi, 54 años).

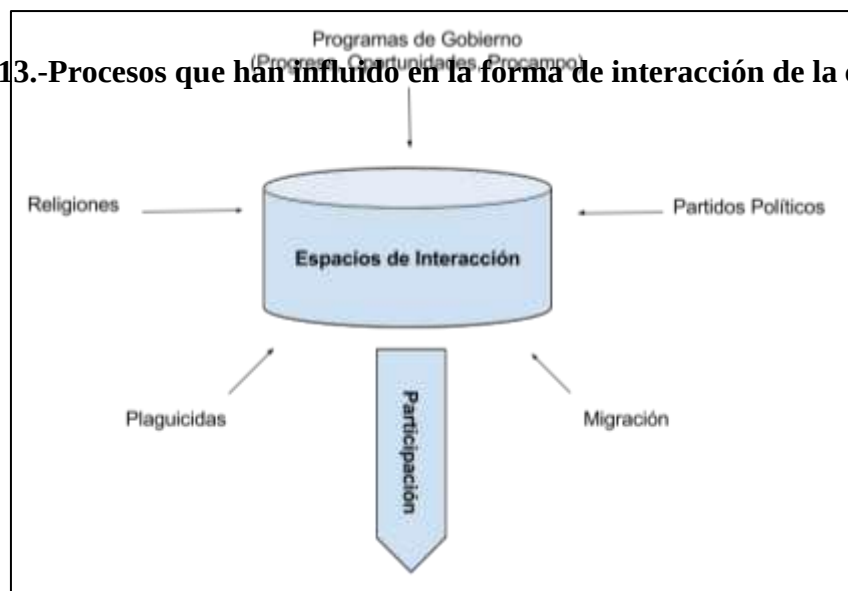
“antes intervenía mucho el comisario y pues era como le decía hace rato, el machismo era lo que estaba interviniendo mucho y poco a poco se fue cambiando; si no podía el comisario entraba la suegra, el tío, todos se involucran más bien, la familia y la comunidad, cuando hay muerto intervienen todo, pero en una enfermedad ya casi no” (Auxiliar de Salud, me'phaa).

Tabla 7.-Algunas causas de los cambios en la forma de participación referidas en las entrevistas, 2015

Por Partidos políticos
Por Programas Gubernamentales tipo PROGRESA
Pérdida de valores
Por la utilización de Plaguicidas que han cambiado en la forma de trabajar el campo
Procesos Migratorios
Por distintas religions

Fuente: elaboración propia.

Figura 13.-Procesos que han influido en la forma de interacción de la comunidad



Fuente: elaboración propia

“La gente se van todos y tiene buena convivencia, pero cuando uno está de malas a veces por los partidos se pelean, porque no tiene buena convivencia por los partidos; es como religión, entre católica y entre las otras, hay eso también por acá”

(LPH, campesino, me´phaa, 42 años).

Procesos protectores de la participación

Es importante mencionar que aun cuando ha habido cambios, no todo está perdido, porque también se perciben algunos elementos que reflejan una resistencia de la vida comunitaria, como la preparación de la tierra, algunas fiestas y rituales en procesos organizativos como el de la Policía Comunitaria, que aun cuando actualmente se ha vulnerado, es un proceso autónomo que refleja la resistencia de la vida comunitaria. Como menciona una promotora de salud de la comunidad na savi de Buenavista:

“En Buena Vista cuando se dice si necesitas apoyo en la comunidad, cuando tienes a alguien en el hospital, todavía se reúnen, se junta dinero, aunque sea de poco, toda la comunidad.”

(TBV, promotora de salud, na savi).

Como es posible notar a través de las narrativas el cambio en la participación social ha sido bastante nombrado, aun cuando son diversas las causas, la mayoría coincide con cambios en el nivel de interacción de la población, con actividades comunes con objetivos comunes, lo cual hace referencia a la importancia que tiene el espacio público para la salud (Portal, 2005)

4.3 Saberes locales relativos a la Dimensión Afectiva-Emocional (DAE) en las culturas Na savi y Me'phaa

4.3.1 Las emociones y los afectos desde la perspectiva local. Su relevancia en la salud y enfermedad.

a) Significados de las emociones y los afectos desde la perspectiva local

Así como se ha podido esbozar respecto a la salud y la participación en cuanto a la percepción de los pueblos originarios, las emociones, sentimientos y los afectos tienen diferentes significados desde la perspectiva local. La mayoría de los entrevistados relacionan la “emoción” con la alegría y al “sentimiento” con la tristeza, en tanto que para algunos la palabra “afecto” tiene una connotación negativa, como “algo que afecta”, y la mayoría respondió que significaba la convivencia con otras personas, lo que la persona se siente hacia alguien, y algunos no sabían su significado.

A pesar de las diferencias de significados y de la dificultad manifiesta en algunos casos para contestar, todos los entrevistados mencionaron la importancia que tienen las emociones, los sentimientos y los afectos en la salud y dieron ejemplos de dicha vinculación, la cual también se expresó en algunas definiciones de salud o del estar sano, como ya se mencionó en el apartado 1.1:

“para mi suena la palabra emoción es como estar contento, estar alegre, que todo lo que uno haga lo haga con agrado, con gusto, estar bien estar contento, que no te molesta nada, que todo te gusta, que todo está bien”
(comisario, na savi)

“la emoción es cuando ocurre algo que te alegra, y el sentimiento es lo que sentimos por cualquier cosa que hacemos, ya sea por estar alegre o estar triste, el afecto como cuando uno quiere a una persona si es cariñoso”
(ECXT, joven, hombre, na savi, 24 años).

“cuando estas triste tienes un sentimiento, cuando estás sufriendo de algo, te

duele, sientes que te duele lo que te pasa”

(MXCT, mujer, na savi, 45 años).

“emoción es cuando ves algo y te sorprendes mucho”

(OCXT, niño, na savi, 14 años).

Definir la palabra “afecto” fue más difícil y algunos de los entrevistados no pudieron contestarlo; la mayoría que contestaron lo relacionaron con la convivencia con alguien más, y algunos lo relacionan más con algo negativo.

“si como uno se siente con una persona, por ejemplo un amigo, le demuestra afecto a otros y ve como es o la persona se siente atraída y la otra persona se siente como bien, llegó ese alguien y sientes afecto, y te emocionas y quieres ser como él, y sientes afecto cuando él está en problema, tú lo ayudas”

(JCXT, mujer, na savi, 15 años).

“afecto es lo que tú tienes hacia alguna persona”

(OCXT, niño, na savi, 14 años).

“como uno quiere a una persona, si es cariñoso”

(ECXT, hombre, na savi, 24 años).

“el afecto de, pues tener un poco sino mucho, aprecio por las personas, respeto hacia las personas, ¿que se demuestre el cariño no?, la atención de los padres hacia los hijos, de padres con hijos, con abuelos, entre la pareja, eh, bueno entre toda, en la misma comunidad, uno puede sentir afecto por los amigos, por los familiares, ya sea de primero, segundo, tercer grado, que se demuestre”

(GCXT, maestra, na savi).

“afecto, pues sentimientos, yo lo relaciono más con sentimientos, afecto es pues cariño, amistad, empatía, querer estar con esas personas, llamarles a ver como estas, ¿qué haces?, interesarse por el afecto que hay en todos los aspectos relacionados a las personas que nos rodean por las que se siente ese sentimiento”

(médica, responsable de programa).

También se entiende afecto desde un enfoque negativo en el sentido que algo te puede afectar:

“afecto es algo que te afecta, como una enfermedad, o un problema así que o lo hice mal un trabajo también, o no lo pude hacer bien”

(EPH, m, 40 años).

Tabla 8.-Palabras en me'phaa y na savi para referirse a emoción, sentimiento y afecto

Me'phaa	Na savi
Ekogina= tristeza,	kuchi inni : Sentimiento: kusi inni: Emoción
Taagagí= estar contento	cutati,:tristeza
Naxiguu= envidia Natiguu= vergüenza	Kusi ini. alegría
Dii ja' ni akian= ¿cómo te sientes?	kumi amani -Afecto

Fuente: elaboración propia.

b) Ejemplos de la relación de la DAE y la salud y enfermedad

Entre las enfermedades más comúnmente referidas como relacionadas con la DAE se encontraron el coraje, el espanto, la vergüenza, la envidia y la brujería, las cuales son atendidas generalmente por curanderos locales, o por vecinos que también saben curarlas (apartado 1.1).

“ si, como el coraje, la vergüenza es común, nunca falta una persona que te dice algo feo, de cómo te arreglas o alguien te dice que te ves mal, aquí si pasa eso, a mí me pasó, sentí mucha vergüenza, me dolió mucho la cabeza por días, y días, y nada, fui al doctor tratamiento y nada, y fui con un curandero, me puso sal, me hizo una cruz, estuvo rezando, me puso sal en la boca en la frente en la cabeza y en la espalda, y con eso, increíble pero sí, también nos enfermamos de eso”

(Maestra, me'phaa, 34 años).

“lo que enferma es la tristeza, el enojo, la que sana la alegría, la paz, la convivencia” (EvPH, mujer, 40 años).

“cuando uno hace coraje sí, como la embolia es un sentimiento que tienen las personas, una tristeza que sienten o viene eso de porque le han hecho algo, y de ahí viene todo eso, le puede caer la parálisis porque no se siente apreciada, por el coraje que anda ahí”(EvPH, mujer, 40 años)

“aquí en la comunidad hay una creencia de la gente, bueno yo pienso que es psicológico ¿no?, que ya lo traen y de cierto modo a veces se beneficia con eso, porque aquí así pasa, mucha gente ha venido que hay una reunión y que la señora le da vergüenza a la señora, y está enferma, está grave, va al doctor y no se

compone, y vienen a levantarle la sombra y se compone, acá está esa creencia que si hace vergüenza en frente de mucha gente”(EPH, mujer, mé’phaa)

“como el mal de ojo, es cuando una persona pues alguien te ve feo y luego te sientes mal después, como si alguien tuviera furia contigo, enojo y te ve con una cara y luego te deprimas, hay más mal de ojo”(OCXT, joven, 14 años)

“pues el coraje por ejemplo es cuando uno está muy enojado, para no sentirse así pues uno debe tranquilizarse, pensar más bien la cosas y en el coraje según aquí la comunidad dicen que es una enfermedad, y a veces se comen hasta unas hierbas para bajar el coraje es bueno también si te da una tristeza tratar de ver las cosas diferentes para dejar que eso se vaya y tú te puedas curar”(GPH, maestra, mé’phaa)

“aquí se le dice congoja, es preocupación, problemas, estar absorbiendo los problemas de la gente”(NCXT, promotora de salud, na savi)

Como ya se vio en el apartado 1.1 los síndromes de filiación cultural expresan también que la DAE influye en la salud comunitaria, y a su vez, expresa la necesidad de abordar las causas estructurales relacionadas a su vez con la salud:

“la tristeza proviene de que a veces por maltratos o porque a veces el niño también siente que no lo tratan como se merece, y a veces porque nada más pase alguien por la calle que tuvo discusión amorosa, por ejemplo, si yo me peleé con mi novio, discutimos fuertemente y quizás hasta ya me dijo el que no me quiere ni ver y yo también le dije que no lo quiero ni ver, traigo un sentimiento grande porque me dijo que yo no tengo nada que ver con él y yo traigo el sentimiento aquí adentro, y paso cerca de donde está un niño, va a empezar el niño a suspirar de repente parece que alguien le haya regañado, pero son sentimientos que recibe él, entonces ese niño se cura moliendo las florecitas de albahacar. Se muelen bien bien bien, se pone la hoja molida en su axila, en su estomaguito en la cabeza y se amarra y ya.”

(BPH, maestra, mé’phaa, 60 años)

“se enferma uno de tanto estar pensando pues no hay momento que estemos contentos, si está muy pensativo ¿por qué? porque no logras lo que quieras lograr o no hizo uno lo que quiso hacer y ahí viene la tristeza, no lo hice no puede ser!, es una tristeza y da sentimiento, y llega uno a la casa con ese sentimiento y te preguntan ¿qué traes?, noo nada, pero ¿cómo que nada? te preguntan y ya dices y pues por eso traes como corajito o tristeza”(JPH, curandero, mé’phaa).

En las culturas me'phaa y na savi existen ritos que intervienen fundamentalmente en el cuidado de la familia y el bienestar, así como para tener una buena relación con la naturaleza y la comunidad. Por ejemplo, en la cultura me'phaa se acostumbra la ceremonia de la quema de leña, dedicada a Àkùùn mbàtsuun, con lo que se asegura la salud en la familia, en especial para los niños; tiende también a evitar el adulterio en los esposos. También son notorias las ceremonias de petición de vida: lluvia, buena cosecha, salud y pacificación en el interior de la comunidad (Ramírez, 2003).

En las entrevistas y actividades realizadas se encontró que la enseñanza de las emociones, sentimientos y los afectos es promovida y aprendida en la familia, en la iglesia o los grupos religiosos, en la escuela, con los consejeros de la comunidad o en asociaciones de ayuda, como lo son grupos de alcohólicos anónimos; también fue mencionado que algunas veces se tratan en la asamblea asuntos como la convivencia entre vecinos y las disputas por las tierras. Poco se mencionó en cambio que se habla de las emociones, sentimientos y afectos en el centro de salud (capítulo 6). Dicha enseñanza de la DAE se puede ejemplificar en lo que menciona una curandera en relación con la importancia de las emociones y la salud:

“nosotros como personas cuando nos reunimos en un grupo o en un lugar donde hay convivencia, no hay que distinguir, debemos respetarlas iguales, y si éste tiene coraje o te tiene coraje, tú no intervengas, tú llega, saluda y respeta a todos; el respeto que se merecen dale a todos, para que Dios nos conceda también el perdón, si aunque la persona tiene actos negativos en contra de nosotros no lo vamos a recibir fácilmente”

(APH, mujer curandera, 62 años).

En general la demostración de afecto se percibe como limitada por algunos actores entrevistados; como afirma una maestra en relación a cómo percibe en los niños de su grupo la falta de afecto:

“aquí difícilmente los padres abrazan a sus hijos; éstos niños por eso se acercan a las personas que vienen y hay personas como (que) están acostumbradas a la

ciudad de que entre familiares entre amigos, llegas y el abrazo y el beso, es normal y para ellos eso no, porque no lo tienen en sus casas, no lo tienen en sus padres”

(maestra, na savi).

“entonces hace falta mucho mucho, de la demostración de afecto y entre amigos también, porque pues a veces ni siquiera el saludo, el saludo de mano, un abrazo, nos vamos a la ciudad y uno ve, encuentras amigos y órale, oye ¿cómo estás?, y se siente, porque ¿un abrazo como que nos hace el día no? Es como decir, pues no importa, échale ganas, así este, es un estímulo, decir para alguien estoy vivo, alguien me aprecia”

(maestra, na savi).

“por eso es muy importante tratar que haya más demostraciones de cariño, de afecto, porque la verdad eso también enferma el alma, podemos tener mucho dinero, pero si nos falta eso, pues nada más vamos viviendo, sobreviviendo nada más pero en realidad pasamos por la vida sin conocer lo que es el amor, pero no el amor como piensan que el amor nada más es de la pareja, ellos creen que el amor pero no, no, no, ¿dónde está el amor hacia todos, las plantas, los árboles, los animales, a toda la naturaleza, los seres humanos?”(maestra, na savi).

c) Actores y espacios para la DAE

Existen diversos actores y escenarios que inciden en la DAE, lo cual se analizará en el capítulo 6, un ejemplo de estos actores son el consejo de principales quienes tienen una función de consejeros:

“dentro de la comisaría quedan los que ya fueron autoridades del consejo de principales, de ahí hay algunos unas personas que cuando tienen problemas van a verlos para que los visiten y hablen con las personas, con la pareja que tiene problemas, así que entonces, cuando no quieren acudir a la comisaría porque se dan cuenta, hay muchas personas, aparte están los policías y se escucha, entonces van, piden que alguien los visite a su casa, o van ellos a la casa de su persona a decir que tienen tal y cual problema o si no, acuden con el sacerdote también”

(maestra, na savi).

d) Cambios en la DAE

Muchos de los cambios de la DAE están expresados a su vez en los cambios en la participación, pues es imposible separarlos. Específicamente se expresan cambios en la forma de expresar, convivir y en los valores que se enseñan desde la educación en casa y en la escuela:

“Se ha ido perdiendo, porque pues este antes había más respeto unos valores, el problema es la pérdida de los valores universales, ese es el problema que ha venido a dar con todo, con la convivencia que había antes, la buena relación del pueblo”

(GCXT, maestra, nasavi).

“La base está en la familia, los niños crecen con esa mentalidad actualmente en casa, los niños piden recompensas, hay unos papás que les dan al niño siempre lo que piden entonces en su comunidad a los 18 años dicen si me pagan voy si no, no.

Otra cosa que en el mundo de hoy ya no hay generosidad ni solidaridad”

(PCXT, hombre, 45 años).

CAPÍTULO 5

SOSLAYO Y POTENCIAL DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA SALUD Y LA ATENCIÓN. NARRATIVAS Y REFLEXIONES EN LA EXPERIENCIA DE CAMPO.

*Si no amo el mundo, si no amo la vida, si no amo a los hombres, no me es posible el diálogo. No hay, por otro lado, diálogo si no hay humildad. La pronunciación del mundo, con el cual los hombres lo recrean permanentemente, no puede ser un acto arrogante. El diálogo, como encuentro de los hombres para la tarea común de saber y actuar, se rompe si sus polos (o uno de ellos) pierde la humildad. ¿Cómo puedo dialogar, si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro, nunca en mí? ¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otros “yo”? ¿Cómo puedo dialogar, si me siento participante de un “ghetto” de hombres puros, dueños de la verdad y del saber, para quienes todos los que están fuera son “esa gente” o son “nativos inferiores”?
Paolo Freire*

5.1. El soslayo y el potencial de la PS

5.1.1 El soslayo de la PS. Narrativas y reflexiones.

En las indagaciones y actividades llevadas a cabo en los distintos escenarios durante las visitas que hicimos al municipio, el soslayo de la PS se manifestó de distintas formas y por diversos actores: el personal de la Secretaría de salud, del ayuntamiento, en los promotores de salud, en entrevistas realizadas a la población y a funcionarios. Se hizo visible en las asambleas, en las reuniones y talleres de la Secretaría de salud que pudimos presenciar, y a su vez en la falta de instancias y mecanismos de participación en las instituciones, reflejándose en la poca participación de la comunidad en la toma de decisiones y en las raíces de los problemas de salud analizados en los procesos diagnósticos.

Dicho soslayo fue identificado tanto en la participación para la salud a nivel personal como en su dimensión colectiva. A nivel personal, el soslayo de la PS se percibe como la falta de acciones para el autocuidado, la falta de hábitos saludables de alimentación, ejercicio, higiene, etc., así como el no asistir al centro de salud, y a nivel colectivo, se expresa en general en la falta de participación en actividades comunitarias, en la falta disposición para ayudar a los demás o en la falta de participación en las asambleas y/o en la toma de decisiones de instituciones o instancias comunitarias.

a) Primer ejemplo: El soslayo en la Comisión Municipal y en los Comités de Salud

Después del Foro Municipal de Salud tuve oportunidad de apoyar en la conformación de algunos comités de salud en distintas comunidades, además del contacto con los ya formados y de la dinámica de la Comisión Municipal de Salud ya mencionada. A través de los comités de salud, supuestamente, la población puede participar con el Sector Salud, realizando actividades como: determinar las necesidades, recibir educación para la salud, participar en la elaboración y ejecución de proyectos, y definir las acciones y tareas de los integrantes entre otras (SSA, 2010). Sin embargo, a través de entrevistas, de la convivencia con diferentes actores del municipio y la comunidad (integrantes de los comités, las autoridades, líderes y promotores) y de la asistencia a diversas reuniones, resulta evidente que en general los comités no llevan a cabo tales actividades y por lo tanto estos comités no cumplen su objetivo de incidir en la toma de decisiones en la Secretaría de Salud a nivel local o municipal, reflejando que los programas de salud siguen siendo planificados, generalmente, desde los escritorios y sin pertinencia cultural. Relacionado con esto, el presidente de un comité de salud de una comunidad na savi, expresa:

“no entendemos cuál es nuestra función, no nos convocan, y a veces, cuando hay plática, no entendemos lo que se dice...” (presidente del comité de salud, CXT)

“Como yo les decía a ustedes, en todas las clínicas rurales hay un comité de salud, pero si pregunta ese comité de salud que hace, pues no hace nada”
(Presidente municipal, reunión cabildo municipal).

En general la comunidad sabe que existe el comité, pero a veces no se sabe quiénes lo conforman ni para qué sirve; muchos relacionan la participación en el centro de salud como un deber que tienen que hacer algunas personas para apoyar las actividades relacionadas con limpieza, arreglo de medicamentos, etc.; no se reconocen como participantes de la comunidad con un cargo valioso por la capacidad de vinculación y comunicación entre la comunidad y las instituciones, o por la capacidad de toma de decisiones que implica en relación con la salud de la comunidad, por lo que ser elegido para integrar un comité de salud parece un castigo más que una oportunidad de participación; en general, los integrantes del comité de salud son personas elegidas por los médicos de los centros de salud, condicionados a participar para seguir recibiendo el apoyo del programa:

“los comités de salud están nombrados en papel, efectivamente y ahí depende de la gestión de los médicos responsables de la unidad y de que de seis personas participan una o dos y lo hemos vivido, y regularmente son las vocales porque están obligadas, porque son las que saben y más se capacitan” (médico).

“¿Participan en las decisiones del centro? No, solo son portavoces del centro.” (médico).

“Finalmente es lo mismo, porque aquí la única diferencia es que la gente está amarrada con los programas, que van a la fuerza” (médico, Jurisdicción).

En este tipo de testimonios se percibe que bien puede existir una lista de comités reportados como formados y funcionales (con las listas de asistencia), pero eso no significa una verdadera participación de la comunidad. La participación para la salud, desde la Secretaría de Salud y por la misma población, es entendida generalmente como la asistencia al centro de salud para vacunarse, para hacer limpieza, ordenar los medicamentos o asistir a algún taller, a veces de manera simulada, llegando sólo a firmar, quedando el potencial participativo estático en las hojas de registro, cumpliendo con las estadísticas, metas o requisitos institucionales, pero sin poder de decisión -y ni siquiera de sugerencia- en los programas y en las actividades de salud en la comunidad.

La falta de mecanismos de planificación conjunta y prioritaria para la salud desde las comunidades aparece como una de las limitantes principales para la organización para la salud, pues usualmente se utiliza el presupuesto municipal para otras actividades que no tienen que ver directamente con la resolución de problemas de salud, como comenta una regidora:

“cuando yo estaba fuera del ayuntamiento decía ¿por qué no pueden resolver? pero cuando entré, nos enfrentamos con que no se priorizan los servicios básicos en los pueblos; ¿qué significa? se van por el pago de las fiestas, acaso una escuela; [...] y así, pero en muy pocas comunidades se priorizan cuestiones de salud”

“no hay elaboración de proyectos de obras a favor de la comunidad, son pocos los que deciden” (SSJ, promotor de salud me'phaa).

Así, no es solo que no se prioricen los servicios básicos; no se prioriza la participación en sí, pues no existen mecanismos ni dinámicas que permitan esa

priorización; así, el problema no son las fiestas y la escuela, como dice una de las narrativas previas, pues la recreación y las fiestas ceremoniales también tienen una implicación en la salud. El problema mayor es que no existe consenso sobre cuáles son esas necesidades, su priorización y el que siempre decidan unos pocos. A su vez, ese soslayo se manifiesta en la carencia de un presupuesto específico para dicho programa y la carencia de seguimiento, de coordinación y de vinculación a una instancia comunitaria ni municipal.

b) Segundo ejemplo: El soslayo de la participación de los trabajadores del sistema de salud en el diagnóstico, diseño y toma de decisiones.

El soslayo de la participación no solo sucede en la comunidad: opera también en las mismas instituciones educativas y de salud, así como en los ayuntamientos. A pesar de que el personal opera día a día los programas y enfrenta las dificultades y oportunidades de manera cotidiana, en general no participa de las decisiones institucionales, lo cual no solo afecta la calidad de los servicios y la capacidad del sistema o institución para adaptar pertinentemente los programas de acuerdo a la realidad y circunstancias del espacio local, sino también la capacidad del mismo sistema para generar pertenencia y confianza entre los trabajadores y con la institución, pues ¿cómo podemos sentirnos parte de algo en que no participamos de manera propositiva y real? Si es el sentido de pertenencia el que nos implica en algo, el que nos motiva a hacer, a formar parte de un proyecto, nos enfrentamos a un doble soslayo tanto de la PS como de la DAE, al no tomar en cuenta cómo se sienten las personas en su trabajo y no valorar su experiencia, su creatividad y su potencial, reproduciendo un sistema jerárquico en el cual es imposible el diálogo y la construcción de escenarios participativos. Esto lo expresa personal de los centros de salud, hospital y ayuntamiento:

“Ellos implementan los programas pero no nos preguntan qué necesitamos, si más de esto u otra cosa, y nosotros no hacemos una evaluación; a nosotros nos evalúan para ver cuánta productividad tenemos, ellos nos ponen ciertas metas y al final no les importa cómo es la forma para lograrlo; lo que les importa son los números, ellos quieren que cumplas en todo, pero ellos no nos toman en cuenta”

(médico, centro de salud).

“No participamos, somos los que llevamos a cabo los programas pero no nos

concentran o nos toman en cuenta”

(médico, centro de salud).

“Nunca, no, desgraciadamente no toman en cuenta los problemas de los centros de salud, ni de ningún médico, porque sobre todo trabajan haciendo actividades de saneamiento básico, lo que además le corresponde al ayuntamiento y tenemos que estar buscando pacientes con tuberculosis o embarazadas, no nos toman en cuenta”

(médico, centro de salud).

“Lamentablemente no nos toman en cuenta porque la Secretaría implementa programas sin levantar primero un consenso o saber lo que está pasando en nuestro pueblo, que siento que por eso es lo que se ha dado ahorita, de que no hay buena atención que desconocen lo que realmente pasamos allá, los problemas que tiene el pueblo y lo que necesitamos para dar una buena atención”

(auxiliar de salud).

“¿En la toma de decisiones? Yo creo que no, yo creo que no, no se toman mucho en cuenta, creo que como médicos más bien informamos a la gente o tratamos de hacerlo, de informar a la gente, pero que en sí se nos tome en cuenta para decir qué es lo mejor que se debe de hacer, o ¿Qué es? „A ver, tú te estás esforzando”, yo desde mi punto de vista por ejemplo, presidente municipal, regidor, ¿Cómo te puedo yo ayudar para que tú, médico del centro de salud, del hospital, tengas un mayor impacto en la ciudadanía, en la salud de la ciudadanía?” o ¿Qué te falta dime?” No, más bien se da de que, -yo voy a estar sobre ellos”(médica).

“Ahora los médicos nos hemos caracterizado igual que todo el personal de salud por lo menos yo lo veo, no nada más en San Luis, en toda la República Mexicana, somos muy apáticos a las cuestiones políticas, a las cuestiones masivas de escándalos de presión, de „vamos a exigir esto y vamos a hacer un paro, una huelga”, no se diga los maestros, esos sí, son como que más dados a eso, aunque a veces pierden un poquito de dirección, pero el personal de salud no, como que „ay a mi trabajo” pues sí, ¿cuándo vamos a cambiar esto?, ¿qué se yo? Mira, tú trabaja con lo que tengas, como puedas, y adelante y punto, no te metas en problemas, entonces como que nos vamos contagiando de lo mismo, nos vamos conformando, y cada vez vamos también acumulando un poquito de más carga, y de lo que el personal de salud muchas veces tiene que hacer para ayudar a las personas, muy poco se habla, se habla de lo malo, pero de lo bueno, es su obligación, para eso le pagan” o sea, si lo hace pues, que bueno”

(médica responsable de programa).

Esta situación nos expresa la necesidad de abordar el soslayo de la participación, no como un asunto meramente técnico, como ya se ha expresado, sino a su vez y en particular como un problema de falta de sentido en el hacer cotidiano y laboral; ¿cómo me voy a sentir parte o motivar para hacer mejor mi trabajo si no me toman en cuenta? La subordinación excluyente hace preguntar ¿cómo sentirme comprometido si

sé que a veces lo más sencillo es dejarle la responsabilidad a la institución? ¿Cómo voy a promover la participación si yo mismo estoy excluido de ese privilegio y derecho? Por otro lado, considero que la sensación de impotencia que este soslayo genera influye de manera determinante, pues el creer que las cosas “son como son y no es posible cambiarlas” reproduce esta sensación de rigidez de los sistemas y puede ser una de las causas de antipatía y pasividad, tanto en el profesional como en las personas de la comunidad⁶⁰. Por el contrario, cuando existe la posibilidad de ser creativos, de proponer, de crear cambios o motivarlos desde nuestra labor, es posible generar ambientes creativos y cordiales, propositivos, exprimiendo el potencial de cada uno desde su vocación.

El soslayo de la participación, como ya se mencionó, se manifiesta a su vez en los muchos problemas de salud existentes en el municipio que se podrían atender, mejorar o evitar si es activada dicha participación, ante problemas colectivos como el dragado del río, el relleno sanitario, el drenaje mal instalado o la mala distribución del presupuesto en salud, entre otros.

5.1.2 El potencial de la PS. Narrativas y reflexiones

Al igual que el soslayo de la PS, su potencial fue expresado en diversas actividades, talleres, reuniones, asambleas, entrevistas y en el material bibliohemerográfico revisado en el marco del proyecto. Las actividades realizadas en el marco de la Comisión Municipal de Salud dieron voz a diversos actores y sectores sociales y permitieron el intercambio de experiencias y perspectivas. A continuación se analizarán narrativas obtenidas en el análisis de las sesiones de dicha Comisión, correspondiente a la primera fase de la investigación.

Las promotoras de salud expresan la importancia de la participación, lo que ha brindado una perspectiva más local y específica sobre los problemas de salud y sus posibles soluciones. Su participación en sesiones en la sala de cabildos de su propio municipio, la cual desconocían, denota la llegada de actores sociales marginados de las decisiones de

⁶⁰ La *indefensión aprendida* es un término técnico que se refiere a la condición de un ser humano o animal que ha "aprendido" a comportarse pasivamente, con la sensación subjetiva de no poder hacer nada y que no responde a pesar de que existen oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas (Seligman, 1975)

gobierno, exponiendo problemáticas que también atañen de manera general a las comunidades. Este tipo de trabajo, que incluye la dinámica de formación misma de las promotoras, permite una expresión más libre que deriva en un proceso de auto-reconocimiento y empoderamiento paulatinos, como lo expresan algunos representantes de la Comisión:

“A mí me gusta la idea de que diferentes dependencias se reúnan para un propósito; para mi comunidad es importante, gracias a que he ido a los cursos aprendí a hacer la papilla y mi niño subió de peso” (RHRC, Reunión Comisión Municipal de Salud).

“Es importante para mí que diferentes dependencias se unan para un propósito, yo no sé de medicina pero me gustaría que me enseñaran para promover la salud; en mi comunidad sólo hay una enfermera y queremos un doctor y pues me preocupa y para mí es importante”

(promotora de salud CRAC, en sesión de la Comisión Municipal de Salud).

“La participación comunitaria en las instituciones es básica; si no, no avanzan las instituciones, son una parte preponderante en las instituciones. Si no hay participación de la comunidad no mejora ninguna institución, así tenga el presupuesto más elevado; los objetivos de la comisión (municipal de salud) ya los planteó algunos el licenciado, que pueden ser prevención, educación para la vida y la salud”

(médico director del Hospital).

A su vez, en diversas actividades fue expresada la importancia de la participación de otros actores de la comunidad para la salud:

“Yo le estaba diciendo a mi marido: para ser comisario no hace falta aprender a manejar, pero si llega uno a ser comisario y no sirve para hablar, como los que tenemos, si una persona no habla, no participa, no sirve para nada, no busca la forma de ayudar a sus paisanos porque nomás no habla [...] a veces nosotras vamos a las reuniones, porque se tiene que participar”

(promotora de salud en sesión de la Comisión Municipal de Salud).

También en los testimonios se manifestó una noción de salud que contempla la dimensión colectiva, así como la importancia de la participación de diversos sectores para la salud y cómo, a través de un espacio de consenso como lo puede ser una Comisión Municipal de Salud, se le puede impulsar, tal como lo expresa una regidora:

“Pues ya lo dijeron un poco, de pronto la salud tiene que ver con un padecimiento y demás y por eso buscamos médicos, y la salud es como mucho más amplia y la

mirada que se va teniendo en parte educación, hay muchas cosas que determinan que un pueblo tenga salud, y creo que es un espacio para ver cómo vemos la salud, entiendo que sea un trabajo de instituciones; sin embargo, también luego dejamos todo a las instituciones y no informamos que la comunidad puede tener influencia en su propia salud; cómo podemos trabajar desde las instituciones y cómo podemos hacer este espacio para trabajar justo esto, pero desde aquí impulsar cosas en este sentido; me parece un espacio de diálogo, este sería un primer acercamiento y sería trabajarlo mucho más en los pueblos; vamos a empezar a hacer recorridos comunitarios pues nos interesa”

(regidora en sesión de la Comisión Municipal de Salud).

Es interesante notar como a partir de permitir esta participación se alude o representa una noción de salud que contempla diversas dimensiones desde un enfoque más colectivo. La relevancia y el potencial de la participación se manifestaron también en la perspectiva de algunos actores sobre la importancia de contar con una Comisión Municipal de Salud, como es el caso del director del hospital local:

“Las peticiones de las señoras son válidas y bienvenidas, no depende sólo del hospital, depende del Estado y de nivel federal, pero lo bueno es que ya no vamos a ir aislados a gestionar, vamos a ir como comisión”

(médico en sesión de la Comisión Municipal de Salud).

A su vez, como se analizará con detenimiento en el capítulo 7, la participación y la DAE están interrelacionadas en su potencial, como se expresa a propósito de la motivación de los integrantes al participar en la Comisión Municipal de Salud:

“Yo quiero realmente expresar algo, estoy muy contenta de que estemos reunidos, personas de las comunidades, organizaciones... este es un buen dato, significa que realmente nos está interesando la situación de salud y queremos contribuir con un granito de arena y creo que [lo haremos] desde donde estemos”

(regidora de la mujer en sesión de la Comisión Municipal).

“Es muy importante cuando uno está integrado a un comité, porque estás conectado con la autoridad municipal, con los vecinos; en una asamblea general pues se informa de las obligaciones y derechos, pero cuando no hay nadie que informe, que platique esto, se descontrola, la familia no toma su responsabilidad, es muy raro que no dé seguimiento a la educación... ha ayudado mucho platicando con las embarazadas en los barrios”

(promotora de salud en sesión de la Comisión Municipal de Salud).

“Estoy en la CRAC, y pues aquí igual han llegado asuntos serios, complicados, preocupantes, pues uno como mujer se pone en el lugar de una madre, se pone en el papel de la familia y a veces no se encuentra la salida, entonces yo creo que es importante que se forme una comisión municipal, y también nosotros de los pueblos debemos integrarnos, pero ya con la participación de las vocales y promotoras veo que sí se han salvado muchas vidas, creo que la gente va tomar más a pecho esta responsabilidad de que no deben estar desconectados de la familia, con los hijos con la nuera, es muy importante platicar con la gente”

(ex coordinadora de la CRAC, sesión de la Comisión Municipal de Salud).

En las entrevistas en la comunidad también se manifiesta la relevancia y el potencial de la participación asociada a la construcción de poder y autonomía, como lo expresan las autoridades de una comunidad na’savi y de una comunidad me’phaa:

“Si no participamos no podemos ser autónomos y no vamos a poder salir adelante con nuestra idea, si usted sabe pero no lo comparte pues ¿de qué sirve que usted sepa mucho?, o ¿de qué sirve que yo tenga mucho conocimiento si no lo aplico y si yo soy grosero o no lo comparto con otros?, pues entonces ¿para qué?”

(comisario me’phaa).

“Si la gente no participa no puedo hacer nada, nada puedo hacer, solo puedo estar aquí estar sentado, y si no participa y si la gente participara, por ejemplo, la vez pasada vinieron sólo 32, aquí son más de ocho mil y no podemos hacer nada con ese número de personas”

(comisario na’savi).

“Uno participa por algo justo, por algo, si las cosas andan mal que se hagan bien, me parece interesante para ver en qué nos equivocamos, si hacemos algo incorrecto podemos aprender, e irnos también formándonos, porque atrás de nosotros también hay algunos que van creciendo”

(ex coordinador de la Policía Comunitaria).

También se recabaron narrativas sobre la relevancia de la PS en reuniones con el comité de salud de una comunidad me’phaa:

“Qué bueno que ahorita sí estamos reuniéndonos, y que esto lo tomemos en cuenta, y nosotros, entonces esto hay que tomarlo más en cuenta como una cosa que no debemos dejar que se escape, y estas ideas, lo que estamos haciendo, que las sigamos caminando... entonces mire, lo que acabamos de decir, por ejemplo lo del fondo, es necesario, porque si nadie hace y nadie participa como persona social no vamos a lograr nada”(HePH, hombre, 40 años).

5.2. Formas de “participar para uno mismo y para los demás”.

5.2.1 ¿”Cómo participas para tu salud”?

Aunque en varias de las entrevistas y exploraciones realizadas de las representaciones que existen en torno al concepto salud o en relación a lo que sana se encuentran diversas dimensiones expresadas, como *la DAE, la ambiental o la determinación social*, en el momento de preguntar cómo participan respecto a su propia salud, la mayoría de las respuestas fueron limitadas a *prácticas y medidas higiénico-dietéticas, como la alimentación, la higiene de vivienda y cuerpo, el ejercicio y la asistencia a los centros de salud*, como se aprecia en las siguientes narrativas:

“Comiendo bien, no pasarme de comida, no comiendo comida chatarra porque me hace mal” (CiPH, mujer, me´phaa, 14 años)

“Me tomo mis medicamentos, y si por ejemplo tengo diarrea, si no tomo pastilla, tomo té, o si me agarra dolor de estómago, me dice mi mamá,,tómame te de jengibre” y sí, me ayuda” (EPH, mujer me´phaa, 40 años).

“Pues más que nada en la alimentación, como lo que bueno pues soy pobre también, lo natural más que nada, sí, no comer lo que no debo, mi alimento nomás es lo que hay aquí, poco compramos cosas de la ciudad” (comisario me´phaa).

Estas respuestas pueden originarse en el condicionamiento para responder lo que las figuras institucionales de autoridad quieren escuchar para validar su propio discurso y también reflejan la hegemonía de la biomedicina con su limitada significación de la salud, revelándonos la importancia de la reflexión continua del discurso y significado de la salud y de incluir la perspectiva local, a través de metodología participativa, abarcando otros determinantes, como lo es la condición socioeconómica y la DAE misma en la convivencia, los afectos, la relación con la naturaleza, la participación política, el modo de vida, etc., factores a ser incluidos en las recomendaciones para la prevención y la consulta, en las campañas en los medios de comunicación y en las universidades; es decir, en todos aquellos espacios de reproducción social ya mencionados.

Aunque en menor cantidad, también se encontraron respuestas sobre cómo participar en la propia salud alusivas a *la dimensión afectivo emocional y la espiritual*:

“Pues aseándome diariamente, o sentirme bien conmigo misma, más que nada porque si me siento mal conmigo misma, pues si no me quiero, ¿cómo puedo estar bien no?, y pues ahí es cuando como que ya uno no se siente a gusto ¿o algo así no?, bueno, yo participo así, bueno, como que me doy ánimo, por así decirlo”(CiPH, mujer, me´phaa, 14 años).

“Rezando para que no nos llegue la enfermedad, bueno de por sí nos vamos a enfermar por la naturaleza dice, pero a veces se enferma uno porque la gente no se cuida”(rezandera, me´phaa)

“ruego a Dios, hago oración con todos mi hijos, con mi familia, por si algo viene en mi contra, pues que Dios me haga protección de mí, y de las otras personas con las que yo vivo. Ese es mi participación que hace para mi salud o para el pueblo, para todos los que están enfermos, los que están encarcelados, caminantes del camino o que no tienen empleo, y los que son pobres, y pues aunque algunos tienen sus documentos de haber estudiado pero no tienen empleo, y también ruego por ello para que Dios nos ayude también”
(rezandero me´phaa).

Figura 14.- ¿Cómo se participa para la propia salud? Según algunos pobladores de San Luis Acatlán, Guerrero, 2015



Fuente: elaboración propia

5.2.2 ¿Cómo participas para la salud de los demás?

Algo similar sucedió con las respuestas obtenidas a la pregunta “¿cómo consideras que participas o cómo crees que puedes participar para la salud de los demás?”; la mayoría respondió que *a través del consejo* de acciones relacionadas en su mayoría a la

higiene, la buena alimentación, al ejercicio y a la asistencia al centro de salud:

“Pues así limpiar el pueblo, y tener más cuidado sobre la higiene de la casa pues, pero eso le toca a cada persona, pues tener limpia la casa y lo hijos, sobre todo los chiquitos” (RPH,mujer me´phaa).

“Pues depende que cómo yo vea a la persona, si es descuidada le digo personalmente, o cuando hay reunión, cuando se toma el tema de limpieza, o cuando hay un problema de persona que vive mal, pues hay un caso directo, una cuñada que es muy descuidada, pues voy y le digo, “dale de comer al niño bien”, “lávale las manos”, entonces ahí si los manda a lavar y la regaño y a veces se enoja de que siempre les digo” (mujer me´phaa).

“Ayudándolos a detectar los síntomas y llevándolos a la clínica, o decirles que vayan si detecto algo grave” (enfermera).

“Para mí sería este invitar a la gente, por ejemplo invitamos a la gente que hierva su agua para evitar la diarrea, eso es participar: revisar que estén haciendo las cosas o que hagan un trabajo, eso es participar, están participando”
(auxiliar de enfermería).

“Aquí las personas por decir, alguien está muy enfermo ¿no?, y pues unos dicen que recomiendan pastillas, otros que medicina naturales, y pues este empiezan ahí a hablar entre ellos, unos van por las pastillas, otros van al campo por las hojas o tallos o lo que sea ¿no?, y se empiezan a organizar entre ellos, y este ya les dan la pastilla o a lo mejor otros dicen „mejor ésto, porque es natural”, y así”
(CiPH,adolescente, me´phaa,14 años).

“Pues aportar cada pensamiento o consejo, se podría también platicar, informándoles qué es lo que tienen que hacer para estar sanos, a los jóvenes, a los niños, a los ancianos” (NCXT, na´savi, promotora de salud).

Otra forma referida de participar es con el ejemplo:

“Yo trato de hacerlo desde mi área, uno en la casa con mi familia, que al inicio me decían por ejemplo mis hermanos „comes demasiado simple, no les pones azúcar, no le pones sal”, y pese a las críticas yo seguí invitándoles igual „ah pues si quieres ponle pero a mí me gusta así”, entonces ahora por ejemplo mi mamá que comía exageradamente salado y es hipertensa y es hipertiroides ya no me dice nada, y así, como se lo llevo se lo come, entonces eso para mí ha sido un logro, entonces... a lo que nosotros podamos modificando ser ejemplo, así como en todas las cosas, también en salud, ser ejemplo no solo de dichos, sino de palabra, eso yo creo que es lo más

importante, es como yo he podido, igual creo que mis pacientes no tienen que recriminarme: ¡Ay! Usted nos dice que no fumemos y usted anda fumando, usted nos dice que no tomemos café y usted lo hace”, entonces, he cuidado mucho que si yo les digo „esto no debemos hacerlo porque le va a hacer daño en esto”, yo tratar de ser el reflejo de eso, o el ejemplo, que no al rato me digan, „no pero y usted ¿qué?, es fácil decir, pero...” Contribuir con mi ejemplo en la casa y en mi trabajo y a donde yo vaya”
(médica, SLA).

Otra forma referida de participar para la salud de los demás fue a través de la oración:

“Bueno, cuando una persona la encuentro enfermo, voy a hablarle con oración y con eso se recupera su salud, si ya está muy avanzado la enfermedad, pues a veces se muere”(rezandero, me´phaa).

“Debe de orar a Dios para que no vivan peleados, Dios no usa palabra de pelea, de engaño, no roba, con amor con cariño, como nosotros que ayudamos con amor”
(JPH, hombre, me´phaa, 52 años).

“También se reúnen, forman como sociedades, le dicen hermandades, mayordomos, cada mes o cada día 8 de cada mes o cada día dos de cada mes, o este como el 25 de julio, carrera de caballo, eso hacen como tres días, y ofrendan algún objeto, flores, velas, y en la iglesia misa, celebran para que los animales vivan largo tiempo y eso ayuda a que no haya muchos problemas de salud”(rezandero me´phaa).

Es importante destacar que en las entrevistas la participación se relacionó poco con los espacios de decisión local y con las autoridades locales, como afirma una integrante de la comunidad de Pueblo Hidalgo:

“Participo en la necesidad del pueblo, en cualquier necesidad, que de la carretera, que de la escuela, que del centro de salud, una es opinar y se juntan varias ideas y ahí sale cuál es la más correcta y se lleva al presidente municipal; por ejemplo, en la reunión de ayer, pues se habló de que hay problemas en el pueblo y hay que seguirlo o exigirlo”
(RPH, mujer me´phaa, 45 años).

El participar para la salud de los demás se expresa también con el aporte de apoyo económico o de bienes:

“Muchas de las personas aquí no tienen ni para comer, y pues yo creo que darles algo para su aseo personal, yo me imagino que podríamos darles jabones, ¿o todo

eso no? lo que se necesite para estar bien o algo así”

(CiPH, adolescente me´phaa, 14 años).

“O pues hablándoles, con pláticas o conferencias o ser médico para poder hablarles sobre la salud”

(CiPH, adolescente me´phaa, 14 años).

“Pues sí hay algunos que sí se ve que la persona no tienen mucha dinero que ayudarse, pues habla el comisario, pues que le ayude con lo que le alcance, aunque sea cinco o diez pesos”

(EPH, mujer me´phaa, 40 años).

También se mencionaron acciones con repercusión colectiva y relacionada a la dimensión ambiental:

“Cooperando con tener limpia mi casa, los trastes, que no anden sueltos los animales, los pollos”

(MCXT, mujer na savi, 45 años).

“Pues ayudando a que no talen muchos árboles, a que no tiren árboles, y no tirando basura en las calles o contaminar el agua”

(EvPH, adolescente me´phaa, 13 años).

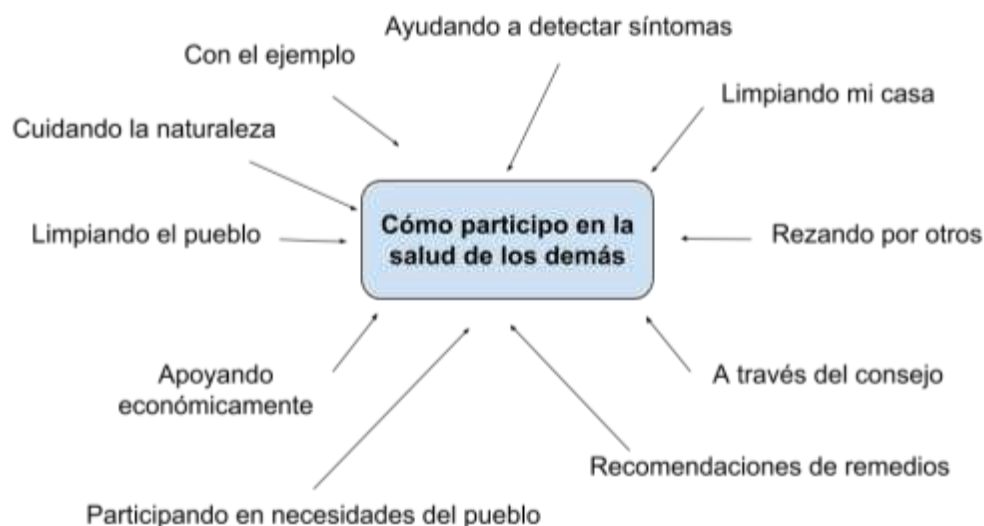
“Si nos juntamos entre todos y colocamos botes para la basura, con eso contribuimos con la salud, que se hagan limpieza de ríos manantiales y con eso contribuimos para estar bien”

(GPH, maestra me´phaa).

A su vez, el consejo aparece como recurso de ayuda o participación para la salud de los otros. De ahí la importancia de incidir en la generación y comprensión de un concepto de salud más amplio e integral, que incluya otras dimensiones, como la importancia de la participación en espacios de decisión, la DAE o el cuidado del medio ambiente, entre otros. Al ser el consejo una de las formas de participar que más se expresaron, es importante generar procesos de reflexión conjunta para generar con los actores sociales llamados anteriormente en este trabajo actores *reproductores* un discurso común integrador a partir de la resignificación urgente de la salud, analizada en el capítulo 2 y en el apartado anterior, pues como plantean Berger y Luckman;

El vehículo más importante del mantenimiento de la realidad es el diálogo, la vida cotidiana del individuo puede considerarse en relación con la puesta en marcha de un aparato conversacional que mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva (2001: 191).

Figura 15.-“¿Cómo participo para la salud de los demás?” según pobladores de SLA, 2015



Fuente: elaboración propia

5.3 Algunas barreras y oportunidades en la PS para la salud

Como ya se argumentó en la introducción, las barreras y oportunidades para la participación han sido descritas en la literatura. Sin embargo, no hay muchas referencias de estudios hechos en la zona de trabajo de la presente investigación. De acuerdo con lo explorado y analizado en este trabajo, las barreras se clasificaron en: ***intrapersonales*⁶¹**, ***interpersonales*⁶²**, ***institucionales*⁶³** y ***estructurales*⁶⁴**. Si bien las barreras se separan en un intento de caracterizarlas esquemáticamente, el análisis nos muestra que todas están interrelacionadas y en la práctica resulta imposible separarlas.

⁶¹ Atributos personales, actitudes, aptitudes, emociones y sentimientos.

⁶² Aquellas que interfieren en la relación entre personas y a su vez en la participación social.

⁶³ Aquellas que se generan y pueden ser modificadas a nivel institucional.

⁶⁴ Se refieren al marco social, cultural, económico y político que incide en los distintos niveles de participación. Hacen referencia a la determinación social, aunque en la propuesta de Breilh (2013) podrían incluirse todas las barreras en la dimensión más subjetiva. Para facilitar la comprensión se analizan aquí de manera separada, sin con ello descartar su interrelación

a) Barreras intrapersonales

Las barreras intrapersonales para la participación más referidas fueron la timidez, el miedo a expresar lo que se piensa y siente, el miedo a la burla y la tristeza, lo que refiere la relación que existe entre DAE y participación, lo que se analizará de manera más específica en el capítulo 6:

“Mucha gente no participa porque hay mucha gente que son tímidos, y dicen ¿si participo y hablo mal, o si no digo lo que debo de decir?”, pero esa gente también tiene buena experiencia eh, pero le da miedo participar en la asamblea, pero si lo encuentras solo, sí platica con ellos solitos, sí tienen buenas ideas y tienen buenas propuestas” (CPH, comisario me´phaa).

“Pues son personas muy tímidas, son a veces las personas que no tienen estudio, porque también hay; he conocido personas que no estudiaron pero hablan, y ellos dan su opinión, es más, hasta muestran su desacuerdo cuando no están de acuerdo, pero son pocos, son pocos en comparación con la mayoría que, que no...” (RPH, mujer me´phaa, 45 años).

“No participan por la ignorancia y por el miedo que tienen de que se burlen de ellos o que te digan que está mal; tienen miedo de decir lo que piensan, piensan que lo van a maltratar o a decir algo” (ECXT, joven na savi, 24 años).

“Por ejemplo, a veces muchos no quieren participar porque luego si se equivocan o tienen miedo a expresarse y si se equivoca, aquella persona de al lado se va a reír o la va a criticar. O a veces porque nomás no tienen ganas, pues no participan, nomás van a escuchar” (Promotora de Salud).

“Por eso ellas no van a las asambleas, no hablan, no toman decisiones. No hablan porque tienen miedo a que se burlen de ellas [...] hay unas que quieren hablar hasta ya le sale la garganta la palabra, pero no tienen el valor y ahí nada más se quedan, sienten una cosa de que no hablaron, pero tragan su palabra y su sentimiento” (RPH, mujer me´phaa, 45 años).

Otra barrera intrapersonal referida es el no poder hablar de lo que se siente (aguantarse lo que se siente), el no poder expresar necesidades o iniciativas:

“Yo digo que el problema será porque nadie da alguna iniciativa para organizarse y exponer nuestras necesidades; nada más cada quien se aguanta lo que siente, la decisión de hacer las cosas, aunque si tenemos idea, pero nadie toma el camino para hacer” (BPH, maestra me´phaa).

“No tengo mucha comunicación con la gente” (promotora de salud en taller FODA para la participación).

Lo anterior resulta relevante, pues el “aguantarse lo que se siente”, aunque considerado aquí como barrera “intrapersonal”, denota la determinación sociocultural de la expresión de emociones y la importancia de comprender dichas barreras de manera vinculada, incidiendo en la salud no sólo por la falta de participación en la comunidad o en la toma de decisiones, sino por la implicación que tiene las emociones y afectos en la salud como tal (capítulos 6 y 7).

A su vez, la *falta de información y la ignorancia* también aparecen como barrera:

“Creo que mucho de ello, muchas veces es una, el desconocimiento, el desconocimiento de las consecuencias tan grandes que pueden tener tanto para bien como para mal en su propia salud, pero en general, no nada más de la salud, yo creo que para todos los aspectos de la vida, a veces no se hacen por ignorancia, y en menor porcentaje, es por flojera, por apatía, por así estoy bien, no importa.”
(médica responsable de programa).

“No participan por la ignorancia y por el miedo que tienen de que se burlen de ellos o que te digan que está mal; tienen miedo de decir lo que piensan, piensan que lo van a maltratar o a decir algo” (ECXT, joven na savi, 24 años).

“Porque muchas veces desconoce, la principal barrera es que ellos no participan es que desconocen muchas enfermedades o desconocen muchas acciones mediante las cuales pueden mejorar su calidad de vida” (promotora de salud na savi).

“No hablan porque no tienen información de lo que pasa, porque no han participado antes” (promotora de salud meepha).

“Todos los problemas radican en falta de información primero y en falta de conciencia y sensibilidad; falta el nosotros” (promotora de salud na‘savi).

“No participa porque no se da cuenta (de) la importancia que tiene, porque ignoran lo que hay en la comunidad, o en la organización o para qué es bueno estar en la organización” (CCXT, comisario na savi).

b) Barreras interpersonales

Problemas de comunicación

El lenguaje utilizado por los médicos y autoridades es uno de los aspectos cruciales para la comunicación, ya que dificulta la relación e imposibilita la confianza con la comunidad. Además de la escasa información que se da sobre el propósito de las actividades y de la participación, la falta de manejo de un vocabulario local básico por parte del personal

institucional dificulta la colaboración mutua, tal como lo expresa un presidente de comité de salud en Cuanacaxtitlán:

“No entendemos cuál es nuestra función, no nos convocan, y a veces, cuando hay plática, no entendemos lo que se dice...” (Presidente de comité local de salud)

“Puede ser desde el trato del médico o hasta las mismas capacidades para hablar. Yo creo que ahí es la parte del médico y la relación que tiene con el paciente, y le digo, esa parte es algo que ya hemos intentado cambiar” (médica responsable de programa).

“La mayoría de las señoras no saben leer ni escribir, y dice „cuando yo voy a la asamblea solo veo que se mueve su boca, pero no entiendo que dicen”, „yo estudié hasta la primaria”, dice, „¿pero cómo?” dicen sus hermanos, „si no sabes español”. Yo no entiendo porque no sé qué están diciendo la gente. A veces me dicen otros „tú también participa, dí algo”. „Pero si no entiendo nada”, dice, „por eso no puedo participar, no entiendo no sé nada, solo veo que se mueve la boca, pero no sé qué dice”” (BPH, maestra me´phaa).

A su vez, existen barreras en los mismos documentos generados por la Secretaría de salud, expresión de la permanencia de una visión hegemónica y vertical.

“nadie duda de la importancia de la participación ciudadana en el marco de la construcción de una democracia. Sin embargo, en lo tocante a los servicios de salud, pareciera que se yergue una barrera entre quienes proporcionan y quienes reciben dichos servicios, barrera hecha de verticalidad en el trato y sustentada por la especialización profesional” (Ruelas y Poblano, 2008: contraportada)

Falta de empatía, discriminación

“No quieren perder su tiempo pues (el personal) y no le importa lo que les pasa a los demás” (CCXT, mujer, na savi, 53 años).

“Porque no creen que algún día le van a pasar a ellos también, porque nada más ellos sin problema o viven mejor o no les falta de comer ni nada, ni vestimenta, ni casa, porque ellos tienen suficiente, se creen que ellos viven bien y el que está pobre le dicen malas palabras o si se equivocan, le dicen palabras que no deben decir porque ellos viven mejor” (JPH, hombre me´phaa, 64 años).

“Una persona sin sentimientos pues o no tiene ese sentir de apoyar a los demás. Si yo no siento nada por esa persona, aunque pero con que yo viva bien pues puedo ser sin sentimientos, ser egoísta, todo eso. Como yo siempre he dicho que no hay esa

humanidad pues, o sea, eso es lo que ya se perdió, muchos ya no lo tienen ese sentimiento de ayudar al otro” (promotora de salud na savi).

“No tenemos el apoyo de la comunidad” (promotora de salud en taller FODA para la participación).

“(por) crítica de nuestra propia comunidad hacia nosotros” (promotora de salud en taller FODA para la participación).

“La gente no piensa que estoy en curso, nos ignoran” (promotora de salud en taller FODA para la participación).

c) Barreras institucionales

Falta de capacitación, saturación de servicios, falta de materiales

Una barrera referida en la mayoría de las entrevistas al personal de salud fue que a pesar de que les es solicitado el que lleven a cabo talleres y prácticas comunitarias generalmente no reciben capacitación previa para llevar a cabo actividades con metodología participativa (talleres, dinámicas grupales, etc.), así como la saturación del servicio y la falta de material para realizar los talleres y actividades relacionadas, tal como lo expresa una médica después de hacer un taller de Oportunidades:

“No puedo con todo, no da tiempo con tanta papelería, entre las notas, los expedientes no da tiempo de hacer trabajo de campo y para dar talleres, creo que la promoción para la salud es lo más importante, pero, ¿a qué hora?, además no nos capacitan para eso y luego imagina: tienes a 300 personas para el taller, ¿cómo le haces? luego no hay material de papelería, nos dan folletos, pero nos dan muy pocos, a veces quisiera tener tiempo para hablar y estar con la gente, pero imagina que es un médico para más de 5,000 habitantes... ahora, mucho cuenta también que el médico tenga la disposición de hacerlo, pero también, ¿si no sabes cómo?”

(Médica, cabecera municipal).

El personal de salud, al ser el vínculo entre la Secretaría de Salud y la comunidad, tiene una ubicación importante para convocar a la participación para la salud; sin embargo, encontramos que en los centros de salud del municipio, la población en general no tiene voz en los diagnósticos de salud ni en el diseño de programas, ni en la toma de decisiones en general; son pocos los diagnósticos hechos con la participación de la comunidad y las autoridades; en general son llevados a cabo de manera superficial, sin una vinculación con

un plan comunal de intervención y priorización de los recursos; se refiere además, reiteradamente, a la falta de educación, a la saturación de los servicios de salud y a la falta de recurso humano:

“No participa por la baja cultura que recibe del gobierno, la educación en salud pública, pretenden que los médicos estemos dando clases, mientras tenemos tanta enfermedad, cuando mandan dos médicos por ocho mil gentes cuando deberíamos tener un médico por dos mil gentes, y tener un promotor médico de preferencia que dé clases en la escuela, que esté dando apoyo; yo creo que la salud está así por la educación cultural que tenemos: prefieren tener una iglesia a tener un centro de salud o un hospital básico con los servicios básicos mínimos” (CXT, médico).

A su vez, se expresa la *falta de capacitación de actores relevantes* para la salud, como lo menciona un comisario:

“Aquí nadie recibe capacitación para ser comisario, nadie, nadie, en ningún momento recibimos capacitación, el presidente debería de ver la manera de programar que haya un curso de capacitación digamos ¿no,? pero no lo hay”

La falta de empatía fue mencionada como obstáculo para la participación de la comunidad:

“No tenemos el apoyo del comisario” (promotora de salud en taller FODA para la participación).

“Entonces siento que aquí tiene que ver nosotros como trabajadores... tiene que ver mucho el acercamiento y el contacto con esa población con la que trabajamos... entonces muchas veces por la prisa o el exceso de trabajo simulamos estar en contacto, pero realmente no nos involucramos sobre lo que le está pasando... muchas veces el paciente quiere que lo escuchen, y yo he logrado convencer a gente que no participaba y ¿cómo lo he logrado?, enseñándoles de las enfermedades, hablándole de los beneficios que tiene llevar a cabo alguna acciones, explicándole”
(médico de comunidad).

Lo anterior denota la falta de acercamiento y contacto con la comunidad, apareciendo como una causa el exceso de trabajo en una unidad de salud; otro elemento sería la *indisposición para involucrarse* con la población y el *no escuchar*, en lo cual va también implícita la DAE que se abordará en los capítulos 6 y 7, en su relación específica con la participación en salud.

Ausencia de plataformas de interlocución y de diálogo entre instituciones

En el ejercicio municipal, como en el ejercicio del sector salud en general, existen pocas iniciativas que motiven o convoquen a un trabajo coordinado, dinámicas o espacios donde se puedan intercambiar puntos de vista, necesidades y experiencias de los sujetos, lo que limita la capacidad para generar cambios ante factores determinantes para la salud, desaprovechándose conocimiento, esfuerzos e iniciativas:

“Aquí de hecho la Secretaría de Salud no tiene comunicación con el ayuntamiento; cualquier problema es de la Secretaría de Salud, lo que pasa aquí es que ha habido como mucho celo, se ve a la Secretaría de Salud como algo aparte: tú tus problemas y no te metas conmigo y yo no me meto contigo” (regidora).

“el ayuntamiento no se involucra, no se compromete con la Secretaría de Salud, nos sentimos solos. Por ejemplo, el problema de la muerte materna no sólo es problema de la atención, sino también de la comunicación, entre otras cosas, hay que conjugar y vincular las secretarías” (médico de la jurisdicción sanitaria).

Así, si bien se habla en relación a instituciones, la comunicación y el nivel de involucramiento dependen de las aptitudes y actitudes de las personas a cargo, lo que nos conecta directamente con las barreras intrapersonales que a su vez determinan el curso de los problemas de salud de lo micro a lo macro y viceversa. Existe una relación interinstitucional que, al igual que una relación interpersonal, es necesario procurar con comunicación, diálogo, expresión oportuna y clara de necesidades. Sin embargo, si no hay plataformas que permitan y estimulen ese diálogo, se dificulta la concreción de iniciativas.

Recursos humanos insuficientes y saturación del servicio

Entre las principales dificultades expresadas por el personal de salud es que en general los centros de salud se encuentran saturados y con escaso recurso humano, por lo que se carece de tiempo para dar talleres y hacer además visitas domiciliarias, como menciona una médico después de haber llevado a cabo un taller en una comunidad. En su narrativa es posible observar distintas barreras: refiere en primer lugar la enorme cantidad de papelería y trámites, la falta de capacitación, la falta de material de promoción, de recurso humano y de disposición del propio personal:

“Tú como médico llegas a tu centro de salud, encuentras a la población, tienes que atenderla, te piden llevar a cabo los programas pero no miden el tiempo, a veces nos dicen „ya quiero esto” y ya, y aquí la limitante es el tiempo de llevarlo a cabo; lo llevamos a cabo pero muy a prisa, nos falta tiempo y es por mucha papelería. Si nosotros queremos llevar una atención de calidad, mínimo debería ser una hora, y te piden ver 20 o 30 pacientes al día, pero realmente no es posible, porque no puedes hacer un expediente completo” (DSLA, médica).

“Entonces me emocioné porque hice que participaran y sirvió, falta mucho porque cada grupo necesita mínimo dos horas en cada taller, pero muchas veces la papelería que nos pide la Secretaría de salud, la papelería es tan excesiva que te absorbe demasiado y te limita a hacer ciertas actividades” (DSLA, médica).

Falta de metodología que promueva la creatividad, la recreación y diversas formas de expresión

La falta de mecanismos recreativos, amables y diversos para motivar a la población para participar aparece también en diversos testimonios. Si bien en esto influyen muchos factores, resulta evidente la importancia de mirar cómo se invita a participar, qué tipo de actividad y cómo se lleva a cabo:

“Algunos se están durmiendo, ni ponen atención, como los diputados, allá en la cámara de diputados, como los senadores, que van a dormir, así también acá” (CPH, comisario mé’phaa).

“Como dice aquí la compañera, falta la orientación, la constante, porque yo observo en el centro de salud, la doctora nomás da plática así breve ¿no? Breve, porque hay un tiempo determinado para reportar sus actividades ¿no? Para dar, para salir, hay que dar rápido, para que vaya ya, pero son pláticas breves, no se dan totalmente como deben ser, ahí es lo que surge, la oportunidad también, necesita una orientación un tiempo tardados; pa” que la gente se entienda hay que sacar la duda con ellos, si entendieron, digo muchas personas entiende, pero hay que preguntar si entendieron, no dejar la duda, pero la doctora no, ese „rápido, váyanse ya” y otra, viene otro grupo, na “más para cubrir, na “más; la señora va ir con duda, eso también yo no, lo observo ahí como que una plática breve, porque es lo que pasa a la comunidad, porque [...] mucha gente lo toma muy poca importancia, muy poca importancia, cuánta no son así, son los que andan haciendo mal a la comunidad, a esa gente hay que sacarlos, hay que enderezarlos para que todos quedemos, queden entendidos, yo he visto así, que hay” (MSJV, mé’phaa, 65 años).

“Si no quieren participar, dice una señora „yo no puedo hablar, por eso no hablo”, dice, ese día la nombraron para ser vocal, pero dijo que no porque no podía hablar dice, „no puedo hablar el español”, ellos se manifiestan diciendo „yo no puedo hablar yo no sé me expresar ante un público, yo no voy a poder hacer este trabajo de vocales”, por eso yo no digo nada, porque no quiero que me nombren” (RPH, mujer mé’phaa).

Falta de un marco jurídico que favorezca la organización y participación social

Si bien existe un marco jurídico institucional que promueve la participación⁶⁷, los lineamientos jurídicos no son creados participativamente con la población, lo que permite que algunas iniciativas se vean vulneradas cuando hay cambio de autoridades, tal y como sucedió con la Comisión Municipal de Salud, pues cuando hubo cambio de gobierno municipal no se quiso dar continuidad a esta iniciativa y se tuvo que suspender. Es decir, en ausencia de marcos jurídicos más categóricos a favor de la PS que le confieran trascendencia y operatividad, instancias relevantes para la PS resultan irrelevantes precisamente porque los gobiernos tienen a la PS precisamente como algo irrelevante e incluso irritante.

d) Barreras Estructurales

Violencia hacia las mujeres

Aun cuando una parte de la población refiere que ha disminuido el machismo por efecto de los medios de comunicación y la promoción de los derechos de las mujeres, la violencia de género y la relación de subordinación de la mujer siguen siendo limitantes para la participación:

“Porque no tienen el valor de participar, no tienen valor, les da pena, no tienen valor suficiente de hablar ante el público; aquí pocas mujeres participan en las reuniones,

⁶⁷ Aquí el texto jurídico de referencia: LEY GENERAL DE SALUD. **CAPITULO I. Disposiciones Comunes.** ARTÍCULO 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. ARTÍCULO 111. La promoción de la salud comprende: I. Educación para la salud; II. Nutrición; III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; IV. Salud ocupacional, y V. Fomento sanitario. **CAPITULO II. Educación para la Salud.** ARTÍCULO 112. La educación para la salud tiene por objeto: I.- Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud; II.- Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y III.- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades. **CAPITULO V. Salud Ocupacional.”** (http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/ley_gral.html).

porque no les han dado libertad para participar, yo vaya a donde vaya, voy a participar, no me voy a quedar callada” (RPH, mujer me´phaa, 45 años).

“No hablan porque piensan: ¿qué tal si digo algo y mi marido se enoja?””
(NCXT, promotora de salud na savi).

“Por cuestiones de chismes nuestro esposo ya no nos deja venir”
(promotora de salud en taller FODA para la participación).

“Cuando son mujeres, la cuestión machista, en este ambiente pesa... pesa y eso desgraciadamente pues por una parte son las gestoras de todos los días, las mujeres, las que trabajan por la salud, por otros proyectos, no reconocidas... (viven) muy reprimidas, con pocos espacios de participación; ellas quieren, sí quieren, la bronca está en casa. Es la bronca mayor... hablando de enfermedades sociales” (religiosa).

“Así era en mi pueblo, antes (las mujeres) no participaban, pero ahora sí están participando, ahora las mujeres participan más; yo como le he dicho antes, nadie participaba, pero ahí van viendo cómo participar, y todo eso sirve, a veces uno por andar ahí aprende” (policía comunitaria, mujer, na savi).

“Será que hay personas analfabetas, no interpreta no le interesa, no despierta, no sabe si es bueno o malo si es pertinente o no es pertinente, ellas como mujeres la obligación la entienden como atender la casa, sus hijos, su marido”
(BPH, maestra, me´phaa, 60 años).

“Mucho tiene que ver los usos y costumbres, algo que a mí siempre me molestó y me sigue molestando hasta la fecha que todavía lo veo, es que allá la voz de la mujer en las comunidades, es equis, si se acercan las mujeres van a escuchar, están poquitas, la mayoría son hombre, no hablan, si llegan a hablar cuchichean, le dicen a algún hombre, se acercan y es el hombre el que externa, si llega una mujer, cuando llegábamos allá con el presidente, a las mujeres que llegábamos allá como regidoras o con cualquier cargo, casi no nos saludaba, se iba allá con los hombres, y así como que uy ¿Cómo? No porque uno quiera ser notado, sino que ¿en qué concepto nos tienen a las mujeres?, entonces, mucho de eso es la falta de participación en las mujeres es, por el machismo, por la cultura que aún existe de que tú mujer te tienes que someter a lo que dice el hombre”, y si dice al comisariado ejidal o el comisario del pueblo que van a participar las mujeres bien, y si no, solo los hombre, entonces eso, esa es una gran barrera que tenemos hasta la fecha que se nota mucho en este municipio, pero es en muchos lados”(médica, directora del programa crónico degenerativos, SLA).

Exclusión de los jóvenes

Otra barrera referida fue la *exclusión de los jóvenes* en la participación, como dice una mujer joven:

“Una vez en mi comunidad en Nejapa, no me dejaron participar...participo y dicen ¡tú ni participes!, ¡tú ni tienes casa para participar!, porque según ahí tiene que participar el que es vecino, o sea ya tengo la mayoría de edad y fui acompañando a mis papás” (ScCRAC, mujer, na savi, 18 años).

Pérdida del sentimiento de pertenencia

Otra de las causas expresadas por las que la comunidad ya no participa es por los cambios generados por la modernidad y la migración, así como la llegada de distintas religiones modificando costumbres y tradiciones, como se expresa en relación a la participación en la petición de lluvias⁶⁸ de una integrante de la comunidad na‘savi que es también testigo de Jehová y además ha salido a vivir a la Ciudad de Acapulco, y la segunda, la opinión de una promotora de salud respecto a la poca participación que hay actualmente desde su punto de vista:

“Eso es tradición costumbre del pueblo, eso no va con la salud, porque esas piedras no son las que dan el agua, Dios hace llover, pero ellos creen que hay que degollar un toro, gallo, chivo y hacer sacrificio, pero eso son creencias de ellos” (mujer na‘savi, testigo de Jehová, 47 años).

⁶⁸ La petición de lluvias es una ceremonia que comprende ritos, rezos, procesiones y danzas para que no escasee el agua en la comunidad y para tener una buena cosecha durante el año se organizan para ofrendar y pedir por la salud, bienestar de la comunidad. Los rituales de petición de lluvias van asociados al ciclo agrícola durante la celebración de San Marcos los días 24 y 25 de abril, o los días 1, 2, 3 y 4 de mayo, dedicados a la Santa Cruz; estos rituales también comprenden la bendición de la semilla que se volverá a sembrar. Al efectuar los rituales de petición de lluvias la comunidad se organiza para garantizar que todas las exigencias tanto materiales como espirituales se cumplan adecuadamente, pues existe la creencia de que si algo hace falta las deidades no serán benignas con ellos y tendrán mala temporada de lluvias. Año con año se elige a los responsables o "mayordomos", quienes ya por tradición organizan el ritual de petición de lluvias. Los ancianos, junto con la comunidad, nombran a los "mayordomos", en algunos lugares se elige a uno que llaman "mayor" y a otro "segundo", que tiene la encomienda de auxiliarle en la organización del ritual (Viveros, 2005, Enciclopedia de Guerrero <http://www.encyclopediagro.org/index.php/indices/indice-cultura-general/952-lluvias-peticion-de>).

“(no participan) porque se cierran como en su mundo, dicen „ay yo no necesito de nadie”, pero a veces no es así, porque como pueblo vecinos debemos llevarnos, no tienen ganas de participar, yo creo que si entre todos aportamos ideas, sería más fácil. Se cierran en su mundo” (GPH, maestra me´phaa).

“Bueno nosotros ya nos estamos alejando de esas costumbres, y nosotros igual por eso la familia ya no nos visitan, igual nosotros como que no tenemos muchas ganas de ir a visitarlos y así estamos pues, y ahora pues nosotros nos estamos quedando a un lado de esas costumbres y los festejos” (MCXT, mujer, na savi, 42 años).

“Ahorita yo siento que la gente ya se va más a la civilización y pierde sus raíces, ya no está ahí pensando que eso, la religión ha hecho que se pierda” (promotora de salud na‘savi).

“Con relación a lo que decía la maestra, de cómo la comunidad ha perdido el sentido comunitario, lo que comentaba de que antes cada uno hacía su calle y cada uno aseaba su parte que no era su propiedad pero se hacía responsable, ¿cómo recuperar ese sentido para San Luis, para el beneficio del pueblo?, yo creo que con la participación de nosotros a las autoridades, sector salud y educativo, yo creo que nos corresponde convocar a la participación a la gente, porque los que son parte del problema son parte de la solución. Entonces el pueblo es parte del problema de la basura, parte del problema de la falta de salud, de educación, y también parte de la solución; aquí, si las autoridades no convocan a la comunidad, pues será difícil, necesitamos participar y necesitamos que la gente participe”

(maestro mestizo en reunión del Comité de Salud).

Situación económica y falta de recursos

Una barrera para la participación que debe ser tomada en cuenta en el diseño de los programas oficiales es la falta de recursos económicos que influye en la posibilidad de disponer de tiempo y energía para participar cuando existen necesidades más sentidas. No obstante, esta situación también responde a la influencia del sistema capitalista que internaliza monetarización con la idea de que todo debe de ser pagado..Es un hecho que este es territorio marginado, bajo condiciones agudas de desigualdad, vulnerabilidad social y exclusión⁶⁵ las cuales, como se menciona en las narrativas, determinan la participación de la comunidad:

⁶⁵ El concepto de “vulnerabilidad social” hace referencia a dos componentes: por una parte, al resultado de una experiencia de inestabilidad e indefensión causada por limitaciones materiales significativas y por otro lado, al desgaste de energía que realizan las personas y colectivos para enfrentarlas. Estas situaciones generan riesgos para las familias y personas y promueven situaciones de precariedad laboral, económica y social en general (Pizarro, 2001:11)

“Pues quieren vivir así sin hacer servicio a su pueblo, pues porque no hay dinero, porque diría mi esposo, „si hubiera ayuntamiento y ganaran, pues todos estarían ahí”, pero aquí como es gratis el servicio...” (EPH, mujer, me´phaa, 40 años).

“Sí, porque muchos faltan a una reunión entre semana acá en las escuelas, el padre debe irse de peón, tiene que ir a trabajar porque si no va, no va a haber dinero para el gasto de la familia. Algunas madres se van a lavar ropa ajena para obtener ingresos también y ayudar en el hogar, están allá con su trabajo y no vienen hasta en la tarde; si los maestros les hablan porque quieren hablar con ella por el avance de su hijo pero no, aquí ni siquiera venía por la boleta de calificaciones, a veces no acuden ni a la (ceremonia de fin de curso) del hijo porque ellos tienen trabajo” (maestra na´savi).

“Entonces sí puede (en contra de la PS) la situación económica, porque dicen, „allá si voy, no me van a dar nada, si voy a trabajar me van a dar dinero”, algunos piensan eso, es su lógica, de acuerdo a sus necesidades” (promotora de salud, na savi).

“Por cuestiones económicas no venimos al curso”

(promotora de salud en taller FODA para la participación).

Programas de gobierno que modifican la convivencia de la comunidad.

Una explicación bastante expresada sobre la poca motivación de la población para participar, es que a partir de que han llegado algunos programas desde el nivel federal se han generado rivalidades, envidias y fragmentación de la población. Un ejemplo es el efecto del programa Oportunidades, actualmente denominado Prospera, el cual funciona dando un monto mensual de dinero a las familias con menos recursos económicos para apoyo alimentario, apoyo para becas educativas, útiles escolares o paquetes de éstos, apoyo para adultos mayores y a jóvenes en las comunidades⁶⁶. Sobre el efecto del Programa en dos comunidades de Oaxaca, Gallardo García menciona:

En el aspecto de las redes de colaboración y reciprocidad, se han visto afectadas por la ruptura del compromiso que existe en el intercambio de trabajo entre los habitantes de la comunidad. Los procesos de “mano vuelta”⁶⁷ en todos los ámbitos ha desaparecido gradualmente, afectando a las personas y a las familias, porque ahora tienen que pagar por cualquier actividad que realicen. (2008:101)

⁶⁶ Secretaría de Desarrollo Social. Programa Prospera (<http://www.gob.mx/sedesol/articulos/conoce-todo-sobre-prospera>).

⁶⁷ La “mano vuelta” o *tequio* (voz náhuatl) es una costumbre de origen prehispánico que consiste en el trabajo que todos los integrantes de una comunidad realizan para beneficio de toda la comunidad y por el cual no reciben un pago.

Esto ha generado que disminuya la disposición de la comunidad para participar en tareas comunes, escuchándose repetidas veces el siguiente argumento: “*que lo hagan los que reciben dinero*”, actitud propiciada por los programas gubernamentales de corte paternalista y asistencialista que afectan la cohesión social y los sistemas organizativos locales. Los testimonios recabados denotan que dichos programas son implementados sin tomar en cuenta la opinión de la comunidad ni observar y respetar sus dinámicas locales. Los apoyos económicos, siempre condicionados a medidas definidas fuera de las comunidades, no resuelven las causas estructurales de inequidad y vulnerabilidad; al contrario, contribuyen a agudizarlas. Como ejemplo de esto, pobladores de las comunidades refieren que antes el campo era deshierbado por varias personas: poniéndose de acuerdo todos ayudaban a limpiar la maleza del campo del otro. Sin embargo, a partir de que se introdujeron los agroquímicos con la idea de producir más fácil y más rápido, los campesinos empezaron a trabajar solos. Así, las personas ancianas, quienes tienen una visión más completa de la realidad por su trascendencia, comentan que los líquidos (así se denomina a los agroquímicos, en particular los pesticidas y herbicidas) han generado daño de muchas formas, porque son sustancias químicas que también liquidaron esa forma de trabajo colectivo. Ahora se trabaja de manera individual y la cantidad de líquidos que se consume es mucha, lo que además ha afectado la salud y al medio ambiente, al incrementarse los casos de cáncer y malformaciones en las comunidades.⁶⁸

“No, primero con el consejo de principales que se reúnen todos, y ya después ahí se acuerda qué día se hace una asamblea y ya se convoca por todos los aparatos de sonido para que la gente vaya y son muy poca gente que va. Entonces, pero si usted estuviera un día, y viera que llega un anuncio en el que dicen a las personas que se acerquen porque llegó personal de secretaría SEDESOL⁶⁹ y que traen un programa donde les van a apoyar con cosas, con dinero, con lo que sea, créame que hasta en taxi van a llegar los que no pueden caminar, se llena el auditorio, hasta en la noche están” (comisario me´phaa).

⁶⁸ Por ejemplo, en una estancia en la comunidad de Buenavista se vieron en el transcurso de una semana tres bebés con malformaciones congénitas, dos con paladar hendido y uno con sindactilia, además de los testimonios diversos y reiterados sobre daños por dichos agroquímicos. <http://www.gob.mx/sedesol>

⁶⁹ Secretaría de Desarrollo Social

Partidos Políticos

Otro factor, referido de manera reiterada, que ha modificado la participación y aumentado el divisionismo en las comunidades son *los partidos políticos*:

“Entonces llegaron los partidos, el PRD, el PRI, eso fue lo que pegó ahí, el divisionismo, y eso acabó con el sentimiento de las personas, el apoyo que le conté ya no es igual, pues porque ya llegan con otras ideas, y ya, y si estás en el otro partido te ven como enemigo. Así que ese es el problema de la comunidad, es que se aleja ese sentir, el humanismo, y todo eso, por el divisionismo de los partidos, pero nosotros no queríamos eso para la comunidad” (CCXT, promotora de salud na savi).

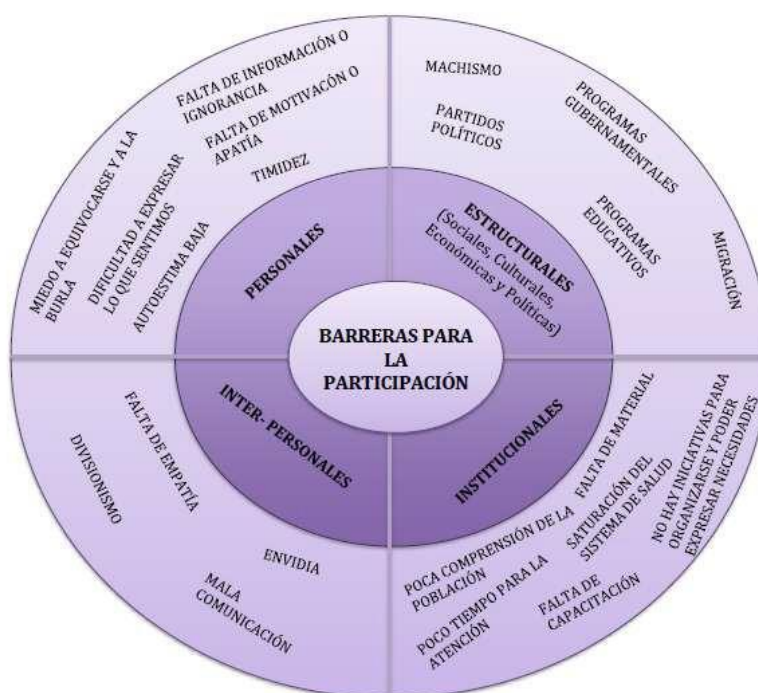
“Del 85 para acá, cuando se vinieron los vecinos a los partidos políticos, no sé si nada más en mi comunidad o en otra comunidad pase así también, ahí fue (cambió la participación) por no ser comisario de su línea, línea verde o línea amarilla, porque dicen: „ese tonto no tiene nada, ni sirve, del diario anda teporocho no?” y „¿qué información me va a dar?”, y es así nos califican y entre los partidos nos tiramos pues. Los que no son de su partido, no se acercan a la reunión”

(MSJV, hombre me'phaa, 75 años).

Como es posible notar en la primera narrativa, es relevante la apreciación que se tiene en relación al impacto de los partidos políticos como lo es precisamente en la convivencia a partir de la rivalidad que genera, como dice “eso acabó con el sentimiento de las personas”, lo cual amerita una detenida reflexión.

A continuación un gráfico que sintetiza la agrupación referida en las líneas anteriores; las barreras que han aparecido son diversas, generadas a su vez en diversos escenarios. Si bien se dividen o clasifican para facilitar su comprensión, cabe mencionar se encuentran interrelacionadas en algunos casos en mayor proporción o de manera directa.

Figura 16. Barreras para la participación desde la perspectiva local, San Luis Acatlán 2015.



Fuente de elaboración: propia

Si bien las barreras se pueden agrupar y nombrar de diversas formas, lo relevante es que son numerosas y de diverso alcance y naturaleza, interrelacionadas en mayor o menor medida, necesarias de tomarse en cuenta y trabajar paralelamente mejorar el nivel de participación.

Las barreras pueden a su vez ser agrupadas en cuanto a su origen: unas tienen que ver con una cultura y una educación que propicia el individualismo y con el acecho en contra de la comunalidad; otras nacen del sistema económico imperante; otras tienen que ver con la voluntad política de instrumentar a la gente, es decir, desde un dispositivo de poder para el cual la PS es subversiva; otras tienen que ver efectivamente de la disposición contraria a la PS en las instituciones, lo que deriva del mismo dispositivo de poder. Estos grandes orígenes, articulados entre sí, presiden la gama de barreras descrita.

5.3.2 Oportunidades

Un proceso organizativo como el de la CRAC podría considerarse como un factor favorecedor de PS en este municipio, ya que dicha experiencia de organización social autonómica brinda referentes y un espacio para generar acciones respaldadas por una organización comunitaria, que si bien ha tenido dificultades, aún permanece y se manifiesta en su propia cultura de resistencia.

A lo largo de estos años de investigación en la zona, hemos podido confirmar que existen actores en los diferentes espacios que operan como gestores en su comunidad y municipio. Actores auténticos en visión, líderes que están en procesos participativos actuales en diferentes sectores (presidencias municipales, escuelas, comisarías, instituciones), actores comprometidos que entienden el valor de participar, de cooperar, de impulsar ideas y que en algunos casos no han encontrado la plataforma necesaria para compartir sus propuestas o fortalecerlas. A la vez, aunque se nos refieren cambios en la convivencia, permanece un sentido comunitario que se puede encontrar en varias respuestas:

“Si porque si tú ves a una persona, alrededor de donde tú vives en tu contorno, si tú ves a tu vecino eso que se llama la amistad y tú ves a tu vecino y ves que está enfermo ¿qué debes de hacer? auxiliarlo, porque si él está enfermo, pues todos nos debemos de auxiliarnos haciendo un lado que no nos llevemos con ellos, pero en la salud pues todos nos debemos de ayudar. Entonces nunca debemos de dejar, como vecinos por lo menos nosotros así lo acostumbramos” (comisario me´phaa, 52 años).

“Por ejemplo, si usted está enferma, está en cama no puede ya como quien dice esperando ir al panteón, entonces yo puedo ir y preguntar qué pasa, ¿qué tiene?, si yo tengo la forma de dar un consejo pues lo doy, hay que buscar la forma de ayudarla, ayudarla la llevamos a San Luis, ¿cómo? „Pues yo sé esto, ¿por qué no le hacemos esto?, ¿y qué tal si logramos ayudar? y si le va rebajando lo que tenga, ya es una participación, porque me interesa, no porque sea de la familia o ser paisano, sino porque es persona, no nada más porque es nuestro primo o hermano, si viene de otro lugar lejos, o extranjero, también hay que ayudarlo, si lo logramos qué bueno...” (JuPH, hombre, me´phaa, 52 años).

Además, aun cuando ha habido cambios en la dinámica participativa local, las instancias comunitarias aun se respetan y convocan a la comunidad:

“pues depende como quiera participar uno, por ejemplo como le digo aquí por ejemplo, tenemos lo que es el comisario, la comisaria; el comisario a veces convoca a la reunión, hay trabajos del pueblo y la gente tiene que participar, y ahí es donde se participa, participar en todo, eso es participación” (HPH, hombre, me´phaa, 33 años).

5.4. Redimensionar la participación social: ¿un reto posible?

5.4.1 ¿En qué consiste redimensionar la PS?

A partir de lo analizado previamente, se plantea la necesidad y posibilidad de redimensionar la PS en sus distintos niveles, escenarios e instancias en las que sea posible participar en la toma de decisiones. El redimensionar es un verbo transitivo que significa “establecer de nuevo las dimensiones exactas o el valor preciso de algo”⁷⁰.

Aunque la PS carece de dimensiones exactas y no es susceptible de una cuantificación por fuerza precisa, a partir de la indagación de la perspectiva local, de las representaciones y prácticas locales, emergen significados diversos, barreras y oportunidades para la PS, así como actores y escenarios que demandan precisamente redimensionarla y adecuar las acciones en función de su resignificación, dando a conocer el valor y en particular el potencial de su práctica cotidiana enfocada en la toma de decisiones; y ello será posible a partir de nuestro propio redimensionar y resignificar como actores activos y creadores de nuestra realidad.

5.4.2 Actividades realizadas en el marco del proyecto

Como la metodología empleada en este trabajo implicó distintas actividades y gestiones que tenían como uno de sus objetivos optimizar la participación y su redimensionamiento, aquí se mencionan de manera más detallada actividades llevadas a cabo en el proyecto de investigación que han sido recapituladas para esta tesis:

⁷⁰ Diccionario de Oxford, véase <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/redimensionar>

Foro Municipal de Salud. En coordinación con el personal del ayuntamiento y la secretaria de salud se llevó a cabo un Foro Municipal de Salud, el cual consistió en convocar a las autoridades y personas de las distintas comunidades del municipio para exponer los principales problemas de salud del municipio, asistieron aproximadamente 200 personas incluyendo personal de la jurisdicción sanitaria, del Hospital Básico comunitario, el cabildo municipal, así como algunas ONG's y la Comisión de Salud de la CRAC, a partir de diversas exposiciones de problemas se pudo lograr un diálogo entre instituciones y comunidad. Entre los acuerdos generados estuvo el constituir la Comisión de Salud Municipal.

Foro de terapeutas. Se convocó con la autoridades locales de Pueblo Hidalgo a todos los terapeutas de la comunidad, incluidos rezanderos, parteras, mesos, amas de casa. Se llevaron a cabo diversas mesas con el objetivo de dialogar en torno a la importancia de su saber, el tipo de problemas que atienden y propuestas para mejorar la salud de la comunidad.

Emplazamiento a los candidatos. A partir del diagnóstico de salud que se generó en la Comisión Municipal de Salud se diseñó un documento con el objetivo de que los Candidatos a la presidencia municipal en turno lo firmaran y se comprometieran a cumplir Con ciertos acuerdos establecidos por la Comisión Municipal de Salud (ANEXO 6).

Material de difusión como el Boletín Municipal de Salud. Documento generado por los participantes de la Comisión Municipal de salud donde se vertieron las distintas perspectivas sobre la problemática de salud; a través de distintos mensajes (notas, relatos, recetas, reflexiones, cuentos).

Talleres para promotores de salud. Surge como una propuesta conjunta entre coordinadores de la CRAC y el programa de Actores Sociales, nace del interés que tiene la CRAC de establecer un sistema de salud autónomo, del interés de que existan personas en las comunidades que den seguimiento a los acuerdos relacionados con salud, que puedan atender padecimientos básicos y formen parte de la comisión de salud de la CRAC.

Entre los temas están: Taller diagnóstico comunitario I, II, III, La minería a cielo abierto, Condiciones de trabajo y salud, Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada, Nutrición y salud, Jóvenes y salud, Salud sexual y reproductiva, entre otros. Entre las prácticas que se llevaron a cabo fueron el hacer preparados medicinales: pomada de alcanfor, Vendajes, Heridas y hemorragias, Preparación de papilla nutricional, Recorridos comunitarios, participación e asambleas.

Dinámicas de la reflexión sobre la participación: a través de *sociodramas* mediante los cuales se representaron situaciones y escenarios reales que ayudaron a generar reflexión sobre las problemáticas y la importancia de la participación de la comunidad para poder hacer cambios en mejora de la salud. Los participantes representan situaciones en las que tienen que resolver problemas parecidos a aquellos que encontrarán como promotores en sus respectivas comunidades. Para las prácticas simuladas no hay necesidad de ningún guión. No hay que memorizar nada. Cada participante actúa como si fuera alguien diferente. (Werner y Bower, 1993).

Utilización de metodología participativa (FODA, árbol de los problemas, sociograma, actividades artísticas, etc.).

FODA: es un ejercicio que permite definir y contextualizar el problema en el ámbito de estudio a partir de cuatro marcos de análisis: Fortalezas, Oportunidades Debilidades, Amenazas, para el cual se recomienda trabajar en grupos pequeños y luego llevarlo a una reunión plenaria (CIMAS: 2009: 20).

Árbol de los problemas.- El Árbol de Problemas es un ejercicio participativo que sirve para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema, y para relacionar estos con el análisis de sus causas inmediatas y sus causas profundas (CIMAS: 2009: 45).

Sociograma.- Es un instrumento que permite visualizar a los actores y grupos sociales presentes en el territorio y trazar las conexiones existentes entre ellos (CIMAS:2009: 25).

5.4.3 Actores sociales importantes en el redimensionamiento de la PS para la salud a nivel local y macro (comisario, médico, regidor, promotoras)

En los ejercicios y actividades realizadas, así como en las entrevistas enfocadas en el tema, aparecen diversos actores importantes para la PS para la salud, que en ocasiones no son tomados en cuenta lo suficiente, como lo es el caso del *comisario*, ya mencionado con anterioridad:

“por ejemplo, ahorita, este curso necesita que esté una autoridad, se debe de invitar también ya sea comisariado o sea comisario para que escuchen y traduzca en la reunión, porque sale sobrando porque nosotros nomás estamos aquí, pero el que lleva la batuta es el comisario municipal, es muy importante en que esté y hay que invitarlo de más para que personalmente escuche qué es lo que se dice, qué es lo que se lleva o qué es lo que se platica” (ISLA, partera).

“siempre estamos presionando allá con el comisario, estamos viendo lo que se logra porque el comisario no hace nada, no hace nada. Ahorita el problema está con eso de la letrina; hay señores que todo lo ponen letrina por ahí muchas señoras que lo agarran como bodega como para tener los pollitos, como no sé...”

(promotora de salud, promotora de salud, na savi).

“el comisario es el que debería de hacer una asamblea, enterar al pueblo cómo, y decirle cómo van a funcionar eso, pero nada” (promotora de salud, na savi).

“que la autoridad se deslinda de, por falta de interés se deslinda de la comunidad, para hacer la gestión o para involucrarse en algunas obras que se está haciendo en beneficio del pueblo, entonces...allá hace mucha falta la participación de una autoridad” (promotor de salud).

También para la promoción de salud, la figura del *promotor de salud* aparece como relevante. Anteriormente existía esa plaza en la Secretaria de Salud de Guerrero, sin embargo, nos dicen que fue eliminada hace unos años:

“un promotor te ayuda mucho” (médico, centro de salud).

“siempre vamos a tener consulta y siempre vamos a dejar de salir, o que cierras pero luego una urgencia, o sea, aquí lo que se necesita es tiempo para dedicarle o al menos un promotor y la comunidad participa” (medico, centro de salud).

“No participa por la baja cultura que recibe del gobierno; (en) la educación en salud pública, pretenden que los médicos estemos dando clases, mientras tenemos tanta enfermedad, cuando mandan dos médicos por ocho mil gentes cuando deberíamos tener un médico por dos mil gentes, y tener un promotor de salud de preferencias que de clases en la escuela escolar que esté dando apoyo” (médico, CXT).

Los jóvenes y los maestros

“Es importante que los jóvenes se involucren porque desgraciadamente no saben ni lo que es la política, es importante que sepan que es el civismo (...), sí los invitaría porque es importante que nuestros jóvenes sepan y tengan su rumbo y que mejor con los maestros ustedes son los moldeadores de la conciencias”

(Regidora, Comisión Municipal de Salud).

“Aconsejar a nuestros hijos para que no hagan cosas que no deben de hacer, no cansarnos, darle consejo constantemente, porque cada uno piensa diferente, el hijo que va a entender va a entender y el que no se pone rebelde y a ese hay que decirle de manera constante para que no se desvíe por mal camino” (Curandera, me´phaa).

Los sacerdotes y religiosos también son actores relevantes para la participación:

“También es algo importante las actividades que realizan los sacerdotes, no tanto porque uno se vaya a meter en la iglesia de diario, si no que la cuestión es su participación de ellos porque ellos con su discurso pueden ir afinando sobre de ese tema, entonces nosotros utilizamos el mismo lenguaje, las autoridades eclesiásticas o autoridades civiles, y la sociedad en general manejando el mismo lenguaje entonces pues ya la gente, pues uno de tanto se le queda, ya se lo memoriza, entonces es lo que ayuda que uno avance” (participante comisión municipal de salud).

Con base a la experiencia vivida en el municipio y en las diferentes instancias, y desde una comprensión de la salud y participación más integral, aparece la importancia de otros actores que en general son poco tomados en cuenta en la participación para la salud. Además de las vocales de “Progresía” y de las auxiliares de salud que comúnmente son identificadas en estas iniciativas, aparece la importancia involucrar a los maestros, los consejeros, los regidores de educación, salud y participación, los terapeutas locales, los jóvenes, así como los comisarios relevantes para las iniciativas, su diseño y aplicación.

5.4.4 Iniciativas, instancias institucionales y comunitarias PS en el municipio (escuela, comisaría, centro de salud, centros ceremoniales, etc.)

Como ya se mencionó en el capítulo 4, existen distintos escenarios donde la salud se gesta cotidianamente; entre esos lugares, además del centro de salud, están la escuela, la comisaría, el comisariado, la iglesia, los centros ceremoniales, todos espacios relevantes para la participación en salud por la capacidad que tienen de convocatoria y el interés común de búsqueda de bienestar para la comunidad. A su vez, existen lugares en las comunidades que pueden ser relevantes de contactar y tomar en cuenta por la cantidad de personas que interactúan, como son los sitios de internet, los restaurantes o fondas, los sitios de taxis, el mercado, las canchas deportivas, entre otros.

A nivel municipal, además del hospital y el Ayuntamiento, existen también distintos lugares que tienen relación con la salud ya sea por el tipo de servicios que ofrecen como es el caso de “Alcohólicos Anónimos” y “Cuarto y Quinto paso” o por el tipo de material que venden, como es el caso de las tiendas de plaguicidas las cuales generalmente están abiertas sin ninguna regulación ni avisos preventivos relacionados con el buen uso de las sustancias que ahí se venden. A su vez, es importante tomar en cuenta aquellos lugares que pueden llegar a difundir o ayudar en la promoción, como lo es la radio comunitaria, los puestos de periódicos, los sitios de taxis (por ejemplo del buen uso del cinturón de seguridad), la parroquia, entre otros.

Si bien cada comunidad tendrá lugares específicos, un ejercicio relevante es dejar de pensar que sólo en el centro de salud y solo los profesionales de la salud pueden mejorar la salud, y a su vez el ejercicio participativo que puede ayudar a identificar precisamente los lugares y actores relevantes en ese contexto dependiendo las acciones.

CAPITULO 6. SOSLAYO Y POTENCIAL DE LA DIMENSIÓN AFECTIVO-EMOCIONAL EN LA SALUD Y LA ATENCIÓN. NARRATIVAS Y REFLEXIONES

Urge resucitar el espíritu de mutua pertenencia y de cuidado recíproco, porque lo hemos perdido por el exceso de individualismo y de competición que subyacen tras el paradigma actual.

Leonardo Boff

6.1. El soslayo y potencial de la DAE desde la experiencia en campo

“yo digo que el problema será porque nadie da alguna iniciativa para organizarse y exponer nuestras necesidades, nada más cada quien se aguanta lo que siente, la decisión de hacer las cosas, aunque sí tenemos idea, pero nadie toma el camino para hacer” (maestra me´phaa).

6.1.1 El soslayo. Narrativas y reflexiones. La DAE es soslayada. Narrativa del soslayo

Existen múltiples ejemplos de soslayo de la DAE detectados en distintos niveles, entre los cuales se puede mencionar el siguiente:

a) El soslayo de la DAE en la atención médica

María (a quien conocimos porque nos vendía comida) tiene treinta años; su cara está demacrada y un poco pálida. Refiere que no ha comido muy bien y que hace una semana estuvo en el hospital por haber tenido una crisis hipertensiva, la cual fue tratada con medicamentos (captopril e hidroclorotiazida). Mejoró, pero se sigue sintiendo mal. Le pregunto si le recetaron alguna otra cosa o recomendaron algo más: nada. Nadie en el hospital preguntó qué le pasaba, o a qué atribuía ella su situación. Actualmente vive sola porque su esposo migró hace dos años a Estados Unidos y su único hijo se fue a vivir hace un mes a otro estado para poder estudiar. Ella se siente sola, preocupada y ansiosa; al hablar llora, dice que se siente triste y algo desesperada, que últimamente ya no le gusta salir de su casa, que se siente enferma, que le duele la cabeza, que extraña a su esposo y a su hijo (nota de diario de campo).

En el trabajo de campo se detectaron muchos casos similares a los de María, en los que era clara la relevancia que tiene la DAE en la salud (y en la enfermedad, en la atención y en la desatención...). El soslayo de la misma, en este caso, se hacía evidente al analizar el tipo de atención (o de desatención) médica que se le había brindado, reducida a controlar el malestar, el síntoma, pero sin analizar ni aportar mayor apoyo en otras dimensiones de la vida de la paciente, ya sea en la DAE, en la dimensión estructural, en la prevención, en el tratamiento y en la generación de estrategias para recuperar la salud.

La migración es un fenómeno común en el municipio; sus efectos generan problemas de salud pública poco visibilizados aun, como la desintegración familiar y su efecto en la educación, sobrecarga de trabajo en las mujeres e hijos alejados de sus padres (ver capítulo 3) No es necesario indagar demasiado para darse cuenta del impacto en la salud que esta situación conlleva: basta convivir y escuchar el tejido de historias, observar los gestos de tristeza, enojo o preocupación, escuchar la voz entrecortada al nombrar al hijo o hija ausente, mirar las fotos que sostienen los recuerdos en la mesa debajo de la televisión (que a pesar de sus contenidos, poco o nada edificantes, muchas veces es la única distracción y compañía).⁷¹

Claro que es imprescindible el tratamiento antihipertensivo con medicamentos eficaces, pero ¿es acaso suficiente? ¿Es lo único que la Secretaría de Salud, las instituciones municipales, las instancias comunitarias, los profesionales de la salud podemos ofrecer? ¿Qué hacer con tantas emociones que se quedan dentro y se traducen en síntomas? ¿Cómo incidir en la diversidad de causas y efectos que una pastilla no puede resolver y sí enmascarar?

b) El soslayo de la DAE en los Programas de Salud

En el escenario de la Secretaría de Salud dicho soslayo se hace visible en la inexistencia de un programa específico de salud que incluya esta dimensión de manera explícita; como ya se mencionó en el capítulo 1, lo más cercano que existe en relación al abordaje de esta dimensión es el programa de “Salud Mental”⁷², enfocado a las patologías según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* y a su tratamiento psiquiátrico. Al no existir un programa que toque esta dimensión desde una visión más integral, se reduce su potencial y se reproduce una manera limitada de comprender las enfermedades, como lo expresan algunos médicos entrevistados:

“Los programas que trabajamos son para ciertas enfermedades físicas, pero no emocionales (MCXT, médico, centro de salud).

⁷¹ De ahí la importancia de las redes sociales, ya sean religiosas, educativas, políticas, de recreación, etc. para que la compañía sea real y no la virtual de una tv o en la ciudad de una computadora o un celular

⁷² En el mes de abril del 2016 se inauguró un “Hospital de las Emociones” (Romero, 2016), referido a la atención en salud mental de adolescentes y jóvenes; si bien esto puede ser un avance, denota también el riesgo de hospitalizar las emociones lo que ilustra bien el abordaje medicalizador y la visión reduccionista y patologizante en la que las emociones se encasillan a un tema de salud mental. A su vez, denota la necesidad de incidir en las raíces profundas de los desequilibrios emocionales, sean estructurales o afectivas.

“Hace como quince días nos impartieron un curso de superación personal para el mismo personal de salud, pero es para identificar en qué estábamos teniendo problemas, pero fue difícil para que los compañeros externaran qué problema tienen; siento que los cursos han sido generalizados y no son específicos para identificar qué problema y no hay un programa que hable de salud emocional” (DSL, médica, centro de salud).

La Secretaría de Salud ha impartido cursos donde se especifica que uno de los objetivos de sus programas es:

“Tomar en cuenta la salud emocional y física del propio prestador de servicios de salud, ya que entonces nuestros trabajadores serán los primeros interesados en capacitarse para alcanzar su desarrollo integral” (SSA, 2002:12).

La ya referida dicotomía mente-cuerpo propia de la biomedicina se manifiesta en la dificultad para que el mismo personal de salud externe sus problemas o sus sentires y en la falta de acciones y seguimiento a esta dimensión. Se soslaya la DAE porque aun cuando se sabe que es relevante y ha habido esfuerzos discursivos por incluirla en los programas de salud, poco se indaga, se apoya o se trata de manera sistemática. Como expresa una maestra al hablar sobre los problemas de salud y las emociones:

“Aquí es muy difícil que alguien vaya a un psicólogo: tenemos problemas a veces de la familia, con los hijos, los niños tienen problemas, pero difícilmente se va a un psicólogo, hasta que ya, llegan a una situación de que se va a separar la familia, cuando tratan de salvar el matrimonio, por los niños supuestamente, entonces acuden al DIF, acuden a un psicólogo, pero no le dan seguimiento y queda trunco eso, no hay pues esa cultura de acudir a alguien que nos apoye para salir adelante a los problemas” (maestra na’savi).

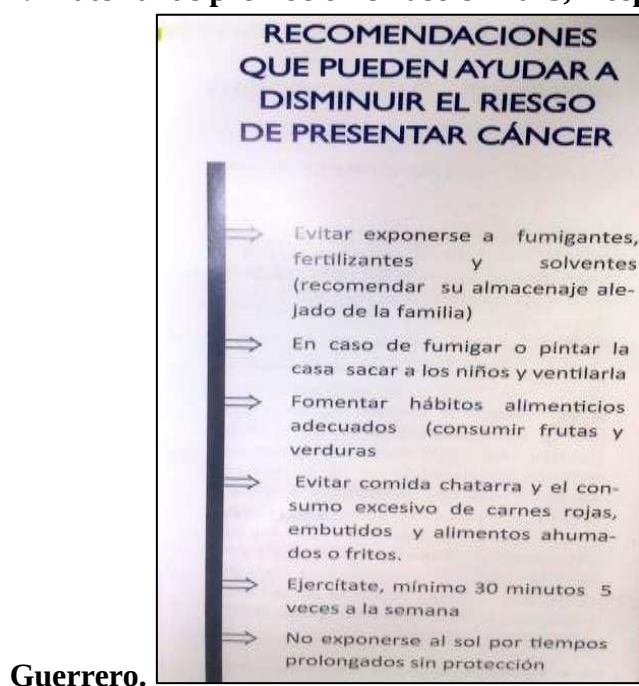
Como ya se mencionó en el capítulo 1, en México la mayoría de los centros de salud no tienen apoyo de un psicólogo, promotor o trabajador social, menos en zonas rurales, lo cual manifiesta la ausencia o la poca valoración que se da a ésta dimensión en el diseño de los programas de salud pública. En el municipio estudiado se brinda atención psicológica en el DIF y hasta hace poco se contrató a un psicólogo para el hospital. Sin embargo, es difícil el seguimiento debido a la saturación de los servicios, la situación económica de los pobladores que a menudo impide el traslado de pacientes a la cabecera municipal y las

barreras culturales y personales que no facilitan, como lo expresó la maestra na'savi, solicitar o aceptar terapia psicológica (véase el apartado sobre barreras para la DAE). Si bien no se propone que la solución esté sólo en aumentar el personal de salud especializado, sí refleja la falta de atención en esta área.

c) El soslayo de la DAE en el diseño de material de promoción para la salud

El soslayo de la DAE se plasma en el material de investigación y difusión generado por la Secretaría de Salud: los trípticos informativos, carteles, anuncios y boletines mensuales que mencionan causas e indican recomendaciones, generalmente se reducen a medidas de comportamiento individual, a hacerse alguna prueba, a “estilos de vida” limitados a consumir algún tipo de alimento o ejercicio, y al uso de algún medicamento, pero no generan e integran preguntas, análisis, recomendaciones o indicaciones específicas en relación a la DAE, como tampoco a la DS ni a la PS, como se puede observar en un tríptico de la Secretaría de Salud sobre cáncer (figura 17):

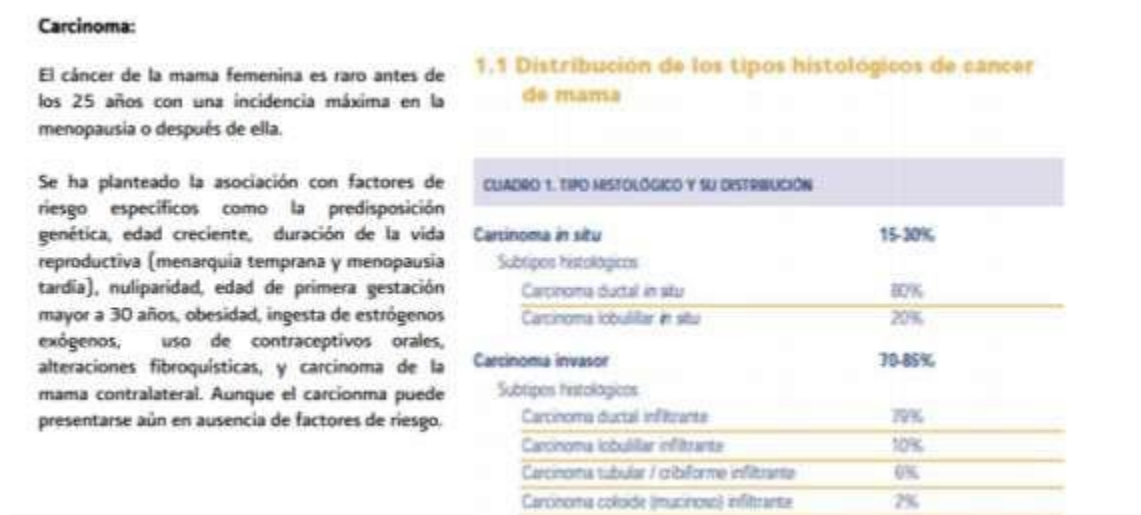
Figura 17.-Material de promoción en uso en 2015, Hospital Básico Comunitario SLA



El soslayo también es manifiesto en la mención de las causas y recomendaciones generales para el tratamiento del cáncer como aparece en un Boletín Epidemiológico:

...Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos y evitables del cáncer del páncreas. Este factor es el responsable de un 20 a 30 por ciento de los casos de cáncer del páncreas. También es importante mantener un peso saludable, comer bien y hacer ejercicio. Reducir el consumo de carnes rojas y procesadas. (SSA, 2011: 116):

Figura 18. Información sobre cáncer en un boletín epidemiológico (SSA, 2011, pag.152)



Así, a pesar de que han existido desde hace décadas varias corrientes que evidencian la relación de las emociones y las actitudes con el origen y evolución de las enfermedades, especialmente en el cáncer (Hammer, 1984; Schnake, 2007; Martínez, Piqueras, Ramos y Oblitas, 2009), la importancia de la determinación social (Breilh, 2013), de las redes afectivas y las causas ambientales del cáncer, en el sistema oficial de salud permanece el discurso reduccionista, pareciendo todo como un asunto de genética y “hábitos” que, si bien son eslabones esenciales, no son los únicos ni necesariamente los más relevantes en los que es necesario incidir. La conciencia de este enfoque reduccionista por parte de algunos trabajadores del sistema de salud se hace evidente en las siguientes narrativas:

“vienen los alimentos (en los materiales), pero no viene nada de las emociones” (TPH, auxiliar de salud).

“no se enfocan mucho en eso, en la causa de la enfermedad, no le preguntan [a la gente], sólo le dicen qué tomar y ya” (TPH, auxiliar de salud).

d) El soslayo de la DAE en el análisis de problemas de salud pública: alcoholismo, violencia, suicidio.

Otros ejemplos del soslayo de la DAE se encuentran al analizar las causas profundas de algunos problemas de salud pública en el municipio, en el estado e incluso en el país, como son la violencia, el suicidio, el alcoholismo y las adicciones, todos profundamente interrelacionados. El soslayo de la DAE en estos casos se puede identificar en los diagnósticos, en las estrategias preventivas y en el tipo de atención que ofrece la Secretaría de Salud, los ayuntamientos y las instancias comunitarias, reflejando a su vez la falta de interacción, reflexión y diálogo entre las mismas para crear alternativas de atención.

Violencia

La *violencia* es una de las principales causas de lesión, muerte, sufrimiento emocional y problemas económicos⁷³ en el municipio de estudio y en el estado de Guerrero. Como ya se mencionó, fue precisamente la situación de violencia en la región la que generó que la comunidad se organizara y surgiera la Policía Comunitaria-CRAC. Guerrero es actualmente el estado con mayor tasa de homicidios e impunidad (Reyes, 2015; Becerril, 2015), siendo el narcotráfico y la estrategia gubernamental implementada al respecto la principal causa de muerte en jóvenes. (Montero, 2012). Las confrontaciones políticas y sociales de larga data en el estado son otra importante causa de violencia que requiere análisis específico. Otras importantes causas de lesiones, muerte y sufrimiento son la violencia doméstica, problemas matrimoniales, machismo, riñas por bienes materiales y alcoholismo.

El soslayo de la DAE fue identificado en el marco de trabajo en campo en consultas médicas y en eventos presenciados como el de la siguiente narrativa:

En una noche de trabajo de campo, en una población Me'phaa, en Guerrero, Josefina, una maestra jubilada, amablemente me permitió hospedarme en su casa. Era la medianoche y platicábamos sobre la importancia de las emociones y la participación para la salud. De pronto un grito, dos, tres... la plática se suspendió, nuestros oídos intentaban localizar de dónde venían. Josefina gritó: ¡vamos a la azotea! ¡Tenemos que ver qué pasa! Gritos desesperados seguían escuchándose. Al parecer provenían de la casa de sus vecinos. Salimos corriendo para ver en qué

⁷³ Los familiares de las víctimas deben lidiar con el luto y los gastos que genera la atención médica o el sepelio, los procesos judiciales correspondientes y la pérdida de un ingreso monetario y/o fuerza de trabajo en la familia.

se podía auxiliar. Josefina entró primero. Yo, de lejos y algo asustada, percibía la escena intentando saber qué estaba sucediendo. ¿Qué pasaba?

Una casa de adobe, ligeramente hundida en la tierra, iluminada de manera especial por la luna llena. Dentro, bajo una luz sombría, mujeres de diferentes edades, dos de ellas embarazadas, varios jóvenes y niños con expresiones de preocupación, enojo e incertidumbre, rodeaban a una señora. Se comunicaban en me'phaa –tlapaneco–, de manera rápida y agitada, y lo único entendible para mis oídos era el repetido ¡ay Dios mío!

Me fui acercando poco a poco para ver si era posible ayudar; Josefina indagaba lo qué había pasado; segundos después hago conexión con su mirada y ella menciona la palabra “doctora”, instándome a pasar. Fue hasta ese momento que pedí permiso para entrar. Una señora de poco más de 40 años, de nombre Elvira, no podía respirar bien, estaba agitada y lloraba. Pregunté si alguien entendía español, dijeron que sí, pero poco. Intenté hablarle, pero no respondía, seguía llorando. La segunda vez respondió, le dije que estábamos ayudándola, que por favor respirara profundo por la nariz y me mostrara dónde estaba lastimada. Dentro de mí, la incertidumbre me hacía sentir temor, temor a que la señora tuviera algo grave y yo sin un botiquín ni medicamentos a la mano, y no sólo eso, que algún familiar o vecino también pudiera sentirse mal. Entre comentario y comentario, pude comprender que al parecer su esposo la había golpeado. En la escena había un tronco de madera y una cuerda. El esposo, acostado, ante las preguntas y reproches de los familiares, respondía indiferente que él “no había sido”; a su lado, una niña de aproximadamente 8 años, con cara de susto, sin hablar, me miraba fijamente.

Tranqualicé a la señora y revisé su cuerpo: tenía golpes de diferentes tamaños en su pierna y espalda generados, según su relato, con el tronco ancho que estaba tirado. Con indignación y lágrimas le gritaba a su marido. Revisé sus signos vitales, y puse pomada en las heridas, dije que teníamos que estar vigilando porque me dijeron que tomaba pastillas para la presión, pero no las tenía y yo en ese momento no tenía más forma de medir su presión que sentirla con el pulso. Minutos después, ya más estable, la señora dijo sentirse mejor y Josefina y yo decidimos retirarnos un momento. Al salir, pensamos hablar a la comisaría y también con el hermano del marido para enterarlo de lo que había sucedido. Cuando íbamos de regreso, vimos a uno de los hijos de la familia, de aproximadamente 16 años, salió de la casa corriendo, asustado, a buscar a su tío, gritando desesperado en me'phaa. Josefina, también asustada, le preguntó algo; segundos después, me explicaba que el marido había agarrado su machete y que ahora estaba amenazando a toda su familia.

¡Dios mío santo!, exclamó Josefina, ¡esto ya está muy mal! ¡No puede seguir así! Empezó a correr rápidamente entre las piedras y lodo del camino que había sido trabajado horas antes por enormes máquinas para la instalación del drenaje. Al regresar, los vecinos, atemorizados, comentaban lo que sucedía desde sus casas; la maestra y yo nos refugiamos en casa de una de sus vecinas, quienes temían porque “el señor era capaz de todo”. Ya lo habían vivido anteriormente. Se escuchaba con nitidez el sonido del machete afilándose, nosotros callados. Por unos minutos pude percibir la tensión que aquel sonido generaba, en mí y en los vecinos, quienes desconcertados, se miraban uno a otro.

Intentamos hablarle al comisariado pero nadie tenía el teléfono; dos jóvenes fueron corriendo a la comisaría para buscar ayuda, pero estaba lejos. Los minutos son minutos, pero hay unos que parecen horas. Aproximadamente quince minutos después llegó una camioneta con unos diez hombres con lazos y piedras, quienes empezaron a rodear la casa; de pronto se escucha a uno de los familiares desde el interior, gritando que el maridoso acababa de escapar. Todos corrieron a buscarlo, una vecina les gritó que tuvieran cuidado porque estaba armado. Después de un minuto aproximadamente se escucha que lo detienen y entre varios lo suben a la camioneta. Sus nietos salen apresurados de la casa y corren detrás.

Dentro de la casa se escucha el murmullo y llanto, y la maestra y yo pedimos permiso para entrar y revisar otra vez a Elvira, quien ahora, acostada en un petate, estaba llorando y gritando desesperada: a su alrededor sus nietos e hijos, preocupados, no sabían qué hacer porque ella tenía un dolor muy fuerte en el abdomen. Me pidieron revisarla. Uno de sus hijos jóvenes me pregunta ¿Va a estar bien? Como me habían dicho que la señora tenía hipertensión, yo referí que no llevaba botiquín, que me gustaría tomarle la presión porque su corazón estaba muy acelerado. Pregunté si había forma de entrar al centro de salud por el aparato para tomar la presión y por medicina. Me dijeron que no, que ya habían pasado, que al médico no le gusta abrir y que a lo mejor ni estaba porque no contestó. Les dije que tendríamos que ver cómo reaccionaba y que íbamos a esperar un poco para decidir qué hacer. Mientras tanto seguí revisándola y pedí que hicieran un té y apagaran algunas luces, le di a la señora unas gotitas de extracto de tila que por casualidad traía en mi mochila y le acaricié la cabeza, intentando hacerle sentir que estaba a salvo y acompañada; cada vez que lo hacía, ella agradecía y lloraba.

Acompañé a la familia hasta las cuatro de la mañana; estuvimos platicando y a pesar de todo, hubo momentos de risas que ayudaron a amortiguar la situación. Elvira se sintió mejor y aunque su situación aún era delicada, sugerí que lo mejor era que ella permaneciera el resto de la madrugada en su casa. Yo tenía que tomar el transporte para ir a la cabecera municipal a las seis. Mi mente no paraba de pensar en los diversos finales que pudo tener la historia, y en todas las personas implicadas en el caso. Pensaba en los niños, en las dos embarazadas, en el marido... ¿Qué había sucedido en su vida que lo hacía ser tan agresivo, o qué había sucedido que necesitaba ahogarse en alcohol para olvidar?, y en Elvira, ¿qué ha permitido que aguante esa situación por años?, ¿dependencia económica, afectiva, su hijos?.. También pensaba en los vecinos, quienes ayudaron y también sufrieron la situación.

Días después llamé a Josefina para saber cómo seguía Elvira y qué había sucedido. Josefina me contesta que ella misma al otro día se enfermó del susto, me cuenta que el comisario había hablado con la pareja y habían quedado en el acuerdo de no volverse a pelear, y que el marido ya estaba en la casa otra vez. Elvira fue atendida de las lesiones en el centro de salud, pero no se le dio otro seguimiento. Y así, me quedé pensando, ¿eso es todo? ¿No se hará nada más? Pero ¿qué pasó con los niños?, ¿con Elvira?, ¿qué hay de las vecinas? ¿Qué hay de las heridas que no se ven pero que siguen doliendo y dañando por dentro? (Diario de campo, octubre, 2014).

El anterior es un caso de muchos más que se viven no sólo en esa comunidad, sino cada día y en todo México, tanto en el ámbito rural como en el urbano. Algunas preguntas ante este tipo de situaciones refieren a su magnitud como problema de salud pública, a las medidas para enfrentarlo a nivel local y general, y en particular, en el enfoque que nos ocupa ahora, a la DAE involucrada en este tipo de problemas y sus implicaciones en la salud. Como se llega a interpretar en algunos circuitos, ¿es “la costumbre” y hay que asumirla así?, y como plantea la narrativa, ¿qué hacer ante esos casos?, ¿es que el sistema de salud, las autoridades locales, las instancias comunitarias podrían proporcionar algún otro tipo de apoyo en este caso, otro tipo de atención que integre también aquella dimensión que no vemos pero que influye de manera importante en nuestro bienestar?

La violencia aparece como manifestación del soslayo de la DAE y de su potencial, en este caso destructivo, como refiere un policía comunitario al hablar sobre la inseguridad en el municipio:

“La inseguridad tiene que ver con las emociones también, porque la violencia al final es efecto de una emoción” (Policía comunitario).

Alcoholismo

Como en muchas partes de México, en el municipio de estudio el alcoholismo está presente de manera intensa. De acuerdo con Cruz (2015) una de cada tres personas consume alcohol de manera nociva y cada vez inician el consumo a edades más tempranas, aproximadamente desde los doce años de edad. La Policía Comunitaria identifica el alcoholismo como la primera causa de atención y condición más relacionada a los casos de violencia y homicidios, como se nos refiere:

“uno de nuestros prófugos alcoholizados, resulta que cuando robaron los chivos estaban alcoholizados, y ahí está el alcohol, el muchacho que se acaba de ir también, con 6 meses de reeducación por alcohol” (Coordinador, CRAC-PC).

“unos muchachos los metimos ayer por alcohol, por alcohol y si vemos, los demás seguramente van a salir más por alcohol” (Policía comunitario).

⁷⁸ Véase: <http://www.jornada.unam.mx/2015/01/29/sociedad/039n2soc>

Desde otra perspectiva y escenario, dos miembros de los grupos de “Alcohólicos Anónimos” y “Cuarto y Quinto paso” compartieron parte de su experiencia de vida y testimonios sobre las causas del alcoholismo y la de los compañeros que han conocido, coincidiendo en que la mayoría de quienes acuden a estos centros exponen en tribuna que se convirtieron en alcohólicos por problemas que muchas veces venían desde su infancia: falta de cariño, mala relación con los padres y la incertidumbre y la discriminación social vividas por su situación económica. Al preguntar sobre los principales problemas que llevan a la gente al alcoholismo y los problemas que más se repiten entre los compañeros de Alcohólicos Anónimos (AA), una entrevistada respondió:

“Si bueno yo, mi padre nunca me puso atención, nunca me habló bien, que me dijera „échale ganas” o que me animara, entonces yo estudié nada más hasta la primaria y después empecé a trabajar, y ¿por qué?, porque nadie me obligó, en mi caso, y de palabras bonitas, jamás no, en mi caso, ni por parte de mi mamá ni de mi papá, nunca conocí el amor de papá ni de mamá y eso me llevó a que yo fuera así, a que yo tampoco sea amorosa con mis hijos, y yo también soy así, a mí me cuesta mucho trabajo decirles a mis hijos „te quiero” o hablarle que „ mi amor ¿cómo estás?”, a mí me cuesta, ahora me dí cuenta en este grupo [AA] que a mí me ha costado mucho trabajo hablarles bien a mis hijos, ¿por qué? porque en mi casa nunca me hablaron así, y es que esas son raíces. Y muchos también dicen que, aquí escuchando a los compañeros, aquí cuando sube a la tribuna a compartir, pues por igual, que sus papás nunca les hablaron bien, nunca los abrazaron, nunca los animaron, siempre tenían problemas en sus casas, con su mamá se peleaban, ¿y ellos qué hacían? pues se iban a la calle, según a juntarse con amiguitos, a distraerse, pero ¿qué pasó ahí?, pues que eran amigos que ya tomaban o se drogaban y por ahí fueron ellos, escapándose de los problemas que tenían en su casa. Y luego la discriminación también, que dice que por no tener nada, que soy pobre, que los ricos, también de eso se habla, que muchos van bien vestidos que llevan dinero, aquí trabajamos todo eso y sí, yo lo viví. Aquí en mi infancia, yo me acuerdo cuando yo iba a la escuela y mi mamá buscó una familia para que fuera a la escuela, ellos no vivían aquí, pero me dejaban sin un peso, y ¿qué hacía yo? pues me iba a la escuela sin almorzar, salíamos a receso y ¿con qué iba a comprar si no llevaba nada? y entonces ahí empieza la discriminación, de que yo no tengo nada y que me humillan por no tener y uno se siente mal, porque pues ellos llevan y yo no llevo o yo no traigo nada, y ellos comen y yo no como nada, y entonces por ahí pues empezamos a refugiarnos en otras cosas, en el alcohol y las drogas, por esas carencias de verdad, carencias de amor. Aquí uno se da cuenta de que no nada más porque nos quisimos drogar, o querer alcoholizarnos, sino que tenemos un problema, que es la depresión. Cuando yo me caso, me doy cuenta de que yo era neurótica, o sea por mi pareja, de que mi esposo era un alcohólico, y cuando yo me caso con él, ahí empezó mi neurosis, pero no era cierto, yo ya era, yo ya era neurótica porque en mi casa eran puras regañadas, y que

„tú no sirves para nada y no sabes hacer esto“, y cuando yo me caso, ahí se aflora todo, se expresa todo y pues por ahí empezó mi enfermedad, por ahí empezó mi depresión también, de hecho ya era, ya era depresiva, pero pues lo que yo vivo con mi familia, ahí ya me enfermé totalmente, porque yo me sentía sola, yo me sentía, no sé, ni yo sabía lo que quería, yo sufría y por nadie, pero aquí en este grupo me dí cuenta, en este programa maravilloso.

Yo tengo cuatro hijos, dos de ellos son alcohólicos y yo misma creo que les enseñé, o les provoqué que ellos agarraran el alcoholismo, porque yo con mi pareja peleábamos delante de ellos, y ellos escuchaban cómo discutíamos. En ese momento yo nunca creí que les iba a hacer daño, que les estaba haciendo daño, pero hoy me doy cuenta que sí. Y créame que no me gusta que me digan “tu hijo está tomado” o “tu hijo anda bebiendo”. Y también con el papá, cuando el papá era alcohólico, pues a dónde va a ir el hijo, pues igual va a agarrar el alcohol y ¿cómo le va a decir el papá, pos no bebas? y si lo hacen, (...) cuando sea el tiempo ellos van a llegar, yo digo que sí, porque ellos tienen que ver el cambio en mí también, de que este programa funciona y yo les tengo que demostrar ese cambio, para que ellos vengan”
(FSLA, mujer, mestiza, 40 años).

El recuerdo de la falta de cariño de sus padres, el no poder ser amorosa con sus hijos, el impacto de la discriminación por falta de recursos, entre otros recuerdos, configuran una experiencia que, aunque analizable desde distintas perspectivas, está marcada por el soslayo de la DAE a nivel personal, familiar, comunitario, institucional.

Respecto al alcoholismo en el municipio de referencia, el soslayo de la DAE aparece manifestada en la escasa posibilidad de ser apoyado por parte de la Secretaría de Salud y de las instancias municipales cuando se tiene una adicción, ya que a pesar de que existen algunas iniciativas interesantes en la atención de la drogodependencia a nivel federal,⁷⁴ en este municipio no existen, lo cual no sólo refleja el soslayo de la DAE en las estrategias de salud, sino el rezago y marginación existentes en estos municipios como parte del problema.

⁷⁴ Como podrían ser los “Centros de Atención Primaria en Adicciones” generados por la Secretaría de Salud, que incluyen en su abordaje pláticas y talleres de sensibilización dirigidos a la población en general (niños, jóvenes, adultos) con diversas temáticas como asertividad, autoestima, resiliencia, valores en la familia, desarrollo del niño y del adolescente, adicciones, etc. Las actividades se plantean enfocadas a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y proveer herramientas que ayuden a las personas a afrontar situaciones adversas (Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/uneme_capa.html)

Suicidio

Desde el tiempo de contacto con la región descrita en este estudio, hemos tenido conocimiento de varios casos de suicidio y aunque no fue posible encontrar una cifra específica a nivel municipal y no se realizó una indagación formal del tema, a nivel nacional se reporta en cifras oficiales un aumento drástico del suicidio, siendo actualmente una de las principales causas de muerte en México, al tiempo que el estado de Guerrero presenta el mayor índice de suicidios, incrementados a su vez en la región de La Montaña (Valadez, 2008). Como plantean Hernández y Flores (2011), el suicidio es una forma extrema de violencia contra sí mismo con profundas implicaciones sociales. El individuo experimenta una indefensión tan fuerte que ve al suicidio como la única salida a una situación dada. *Cuando aumentan sus tasas, probablemente la sociedad está pasando por algún tipo de proceso que tiene una forma de manifestarse en el suicidio* (Hernández y Flores, 2011.). A nivel nacional, las principales víctimas de suicidio son los jóvenes entre 15 y 34 años y las personas mayores de 65 años. Entre los factores detonantes del aumento de suicidios en México, Hernández y Flores (2011) identifican los siguientes:

- Transformación del país de mayoritariamente rural a mayoritariamente urbano.
- Aumento de la esperanza de vida y, por tanto, incremento en el número de ancianos. Disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias sobre todo a nivel urbano. Envejecimiento demográfico y aumento de la gente que vive sola sobre todo a nivel urbano. Aumento de la migración.
- Aumento del divorcio (en el 2013 por cada 100 matrimonios hubieron 18. 7 divorcios)
- Aumento de la edad a la primera unión. Aumento de la participación económica y política y del nivel de escolaridad de la población en general y de las mujeres en particular.
- Al mismo tiempo, acceso restringido a la educación (que además no es de calidad) y a la participación económica por parte de la población.
- Disminución del ingreso real y aumento de la desigualdad.
- Constantes crisis económicas y bajas tasas de crecimiento per cápita.

Entre las causas de suicidio identificadas en diversos estudios, están las decepciones amorosas, el creciente deterioro económico y social del país con la falta de empleos o empleos con muy baja remuneración, y la falta de seguridad social y de acceso a una educación y a un trabajo de calidad. A su vez, ya no basta con tener niveles de escolaridad elevados para obtener trabajo, y la emigración en busca de las oportunidades laborales produce fragmentación familiar en un creciente número de hogares (Pacheco y Flores, 2005). Todo esto afecta la integridad de las redes familiares que muchas veces sirven de sustento emocional ante las pérdidas, los sentimientos de soledad y tristeza o la crisis económica (Hernández y Flores, *Op. cit.*).

Este conjunto de factores, sin duda, anteceden la decisión de quitarse la vida. Por tanto, una visión de salud pública o colectiva tendría que tomar más en cuenta la DAE y la DS, dos raíces de salud o de enfermedad y vulnerabilidad social que generan casos de violencia extrema como el suicidio, especialmente en jóvenes que se encuentran en una etapa de la vida caracterizada por ilusiones y proyectos de vida. Esto se evidencia en las siguientes narrativas:

“El año pasado se suicidó una chava aquí en el pueblo, estaba en segundo de secundaria, porque sus papás la regañaron porque no pidió permiso de que fue al río con sus amigos, y me dijeron que se fue sin permiso, y pues cuando regresó la regañaron, le pegaron y se tomó unas pastillas y murió” (EvPH, femenina, me´phaa, 13 años).

–la joven de 18 años de edad, estudiante del Centro Bachillerato Tecnológico y Agropecuario (CBTA) 178, ubicado en la cabecera municipal de San Luis Acatlán, se quitó la vida al descubrir su embarazo y para evitar ir a la cárcel por practicar un aborto [...] la joven estudiante del municipio de San Luis Acatlán, cursaba el primer trimestre de su embarazo, y que este fin de semana, luego de ser rechazada por su pareja sentimental, confió su situación a sus familiares y amigos, quienes le dijeron que si abortaba iría a la cárcel porque está penado. Al ver que no tenía opciones legales para llevar a cabo esta interrupción, optó por quitarse la vida tomando una taza de herbicida” (Damián, 2014, nota periodística periódico El Sur).

Los dos casos presentan similitudes, pues las suicidas eran dos jóvenes entre los 14 y 18 años, con dificultades en su relación de pareja y condiciones particulares poco descritas en estas narrativas pero de suma importancia, como la falta de una ley que apoye al embarazo adolescente y la despenalización del aborto para interrumpirlo o atenderlo con cuidado y respeto por parte de personal profesionalmente preparado.

La falta de servicios y posibilidades de atención respecto al suicidio, su abordaje reduccionista y la falta de una red de apoyo a los adolescentes de esta región hacen manifiesto el soslayo de la Dimensión Afectivo-Emocional:

“Guerrero escaló del tercero al segundo lugar en el país en muertes por suicidio producto de la depresión, registrándose un 52 por ciento del índice en la región de La Montaña y Acapulco en segundo lugar [...] denominado Caravana de la salud mental, con el objetivo de hacer conciencia –principalmente al gobierno– sobre la necesidad que hay en Guerrero de un hospital para atender a personas con problemas psiquiátricos” (Valadez, 2008, nota periodística, La Jornada de Guerrero).

La problemática de la depresión y el suicidio, desde la perspectiva del reportero anteriormente citado, se focaliza en la falta de hospitales psiquiátricos, de especialistas y de medicamentos antipsicóticos, si bien esto es importante y realmente necesario, también se necesita son mejores condiciones de vida, mayor interacción y convivencia, vivir en paz y tranquilidad con oportunidades diversas para el desenvolvimiento, y trabajar en las raíces profundas de la enfermedad y la desatención, como son la desigualdad, el racismo y las causas políticas de sus determinantes sociales.

La violencia, el alcoholismo y el suicidio son fenómenos complejos de analizar, con causas profundas en la DAE, interrelacionadas con su determinación social. Sin embargo, relevantes preciso identificar qué condiciones diferenciales existen en las aquellas personas que, a pesar de las dificultades, no son violentas y buscan alternativas a la violencia y al alcoholismo aun en escenarios sumamente incitantes a éste tipo de “válvulas de escape”. Dicha configuración de factores y escenarios, y en particular la capacidad para no caer en dinámicas de daño como las referidas, sin hacer con ello a un lado el acceso a condiciones objetivas y materiales propicias para la salud y la atención, revela el potencial de la DAE en la autoestima, la motivación, la capacidad de expresar las emociones o de pedir ayuda, así como la importancia de la red de afectos y vínculos, de un tejido social que provea apoyo en momentos de tensión, dolor e incertidumbre.

A partir de este enfoque, será posible diseñar diversas acciones a distintos niveles sectoriales, institucionales y con diversos actores de una comunidad para prevenir o atender estos problemas, instalando servicios de apoyo y orientación emocional y psicológica, promoviendo actividades y espacios que ayuden a la interacción y la convivencia, robusteciendo o reconstruyendo los lazos afectivos y creando nuevas redes sociales de

apoyo mutuo, motivando grupos de autoayuda y reflexión sobre distintos temas, promoviendo actividades artísticas y recreativas que ayuden a la expresión y la convivencia, generando proyectos que brinden oportunidades de desarrollo personal y colectivo. Todo lo anterior, si bien no resolverá de inmediato las causas estructurales del daño evitable en el país, sí puede ayudar a amortiguar una situación límite, agudizadora de patologías, como pueden ser la ruptura de una relación amorosa, un gasto catastrófico imprevisto o una situación de estrés. Estas acciones pueden ayudar a regenerar el tejido social y a motivar espacios de diálogo, lo cual redundaría en el fortalecimiento de la participación.

e) El soslayo de la DAE en la vida personal

El soslayo de la DAE se expresa en la cotidianidad de diversas formas y en numerosos ejemplos en la vida personal, con impactos no sólo en las relaciones interpersonales sino en la salud física, tal como lo expresa una promotora de salud de una comunidad ná'savi:

“influye y mucho, por ejemplo cuando en tu pareja no hay amor o que exprese lo que siente hacia tí, que de vez en cuando te agarre la mano, te dé un abrazo, te dé un beso, o te diga „me gusta esto de tí”, o mira pues yo digo que sí, y a veces uno siente que esa persona pues no te quiere cuando no te dice nada de lo bueno que tienes tú, siempre te ve los defectos, y pues también resentimientos igual, si nunca te dice „te quiero”, „te amo” pues también igual, o a tu hijo también igual si nunca le dices al niño, o le das un beso o lo quieres, o luego le dices que lo quieres pero no todo el tiempo, ese niño no sé, ¿cómo va a crecer?, muy rebelde, muy no sé pues cómo, pues si yo digo que sí tiene mucho que ver el amor, los sentimiento, los afectos, todo eso, tienen mucho que ver en la salud, por eso uno mismo cae luego a veces en depresión, porque pues uno piensa que la otra persona no te quiere” (NCXT, Promotora de Salud).

“Aquí no son muy dados a expresar las emociones, el llanto muchas veces los hombres lo controlan, los niños también se les enseña a controlar, a que no deben llorar, y tampoco externar cuando están enfermos, muchas veces no lo dicen, y a la familia nos queda la sensación de que no hicimos nada por esa persona, pero no, en determinado momento tampoco preguntamos „oye, ¿qué tienes?, ¿cómo estás?, ¿estás enfermo?, ¿qué puedo hacer por tí?, esas palabras muy difícilmente las dices, muy difícilmente el mixteco pide ayuda, y muy difícilmente también la ofrece, si no esperamos, damos por hecho de que está bien, que si no dice nada es que está bien y muchas veces se guardan esos sentimientos y esas emociones, las inquietudes, las angustias, el enojo, la ira, todo se reprime, y ya hasta más tarde ahora sí, los papás

van descargando en sus hijos las iras contenidas, si, entonces, aquí hay muchas, emociones que no se externalizan y que la gente dice que son sentimientos muy arraigados, que se viven de una manera muy personal, muy individual y que no se comparten” (GCXT, maestra na savi).

En las consultas, en el diagnóstico, en los tratamientos brindados, en el diseño de los programas del sistema de salud, en la promoción, en las capacitaciones al personal y en la vida personal, la DAE es soslayada.

6.1.2 El potencial de la DAE. Narrativas y reflexiones.

El potencial de la DAE se manifestó en distintos escenarios. A continuación algunos ejemplos:

a) El potencial de la DAE en la Comisión Municipal de Salud

En la narrativa siguiente, surgida en una reunión donde los maestros participantes analizaban las causas de la falta de participación de los jóvenes y la importancia de la escuela para la salud:

“Cuando no le permitimos al niño que exprese esos sentimientos, lo estamos coartando, y entonces cuando somos los grandes ciudadanos y le queremos reclamar algo al presidente, regidor o al síndico ya no lo podemos hacer, porque desde atrás lo venimos aplastando, no le permitimos que se exprese y cuando somos ciudadanos nos quedamos callados, entonces hay muchas cosas de educación, pues lo está viviendo [...] todo lo que estamos platicando se da en la escuela, yo creo que lo estamos reflexionando, y está bien cuando la estamos regando, ¿qué hago con mis alumnos? Si nosotros queremos que tenga buenos modales pero nosotros no lo hacemos, hay muchas cosas que debemos retomar esos valores, y sí, lo estamos echando a un costal sin fondo”

Así mismo, se expresa la relación de la DAE con el hacer cotidiano de maestros y regidores, su importancia en la profesión y en el trabajo:

“decía la señora „el maestro se enoja si lo cuestionan” y es verdad, y son maestros sobre todo en las comunidades, y me da preocupación, porque somos maestros y estudiamos para ser maestros y entonces es verdad lo que ella decía, esa palabra que parece insignificante que es amor, ese amor por la profesión, ese amor por lo que voy a hacer, donde le pongo (el) amor ahí está, los hijos crecen y se desarrollan

armónicamente porque hay ese amor, y como regidor o en la escuela igual, porque me preocupa que haré yo como regidora” (regidora de educación).

b) Potencial en la salud y la atención

El potencial de la DAE en la salud se expresa también ante la pregunta de si las emociones y los afectos tienen que ver con la salud:

“Sí se puede enfermar porque algo, por ejemplo te llega una mala noticia y uno se siente como que muere con la tristeza, porque a veces cuando me llegan malas noticias, sueño mal, al siguiente día me siento como que tengo miedo, como que alguien me está acusando con alguna autoridad porque me van a meter a la cárcel o va a pasar algo con un auto o con accidente a cualquier hora o cualquier momento, y tengo miedo, se siente mi corazón como que algo de mucho miedo, sí” (rezandero me’phaa).

“Sí, porque algunos por ejemplo si te dicen „tienes cáncer” y tú te dejas destruir, y dices que no vales nada y tienes baja autoestima, te enfermas más” (JCXT, mujer, 15 años).

“Sí te ayuda, porque si uno se siente triste la enfermedad te hace más feo, y si uno piensa en cosas negativas la enfermedad lo va a destruir, y uno necesita estar bien alegre, y decir „todavía tengo una oportunidad para poder sobresalir”” (JCXT, mujer, 15 años)

“cuando uno está así alegre, se siente uno bien ¿no?, pero si estás así, de mal humor y todo eso o no convives con las personas que quieres o no puedes hablar con ellos, pues ahí empiezas a afectarte a tí mismo; por decir, estás triste y eso es lo que hace que te empieces a enfermar también y bueno, yo digo que eso no está bien o estar siempre de mal humor pues es malo, y yo he escuchado que al estar así de mal humor y todo eso todo el tiempo, se empiezan a desarrollar enfermedades en nuestro cuerpo aunque no lo podamos ver, pero en el fondo, así es” (joven me’phaa, 14 años).

“se enferma uno de tanto estar pensando, pues no hay momento que estemos contentos, si está muy pensativo ¿por qué? porque no logras lo que quieras lograr o no hizo uno lo que quiso hacer y ahí viene la tristeza: „¡no lo hice!, ¡no puede ser!”, es una tristeza y da sentimiento, y llega uno a la casa con ese sentimiento y te preguntan „¿qué traes?, no nada”, “pero ¿cómo que nada?” te preguntan y ya dices y pues por eso traes, como corajito o tristeza” (JuPH, rezandero, me’phaa, 52 años).

Un campesino me’phaa expresó claramente la importancia de la DAE en la salud:

“si te llevas mal con una persona o te pones a discutir, te empiezas a alterar ¿no?, y luego ahí nace lo que es enfermedad, porque unas personas que son débiles para discutir, al momento que terminan de discutir, luego se empiezan a sentir mal, y de

ahí es cuando nace una enfermedad para mí, y se pueden morir pues, por discutir. Y también si estás triste y todo el tiempo preocupado, o se murió algún familiar, tu esposo, tu hijo, pues sí nace una enfermedad también, porque todo el tiempo estás ahí sintiendo dolor” (HPH, hombre, me´phaa, 35 años).

En lo que sigue se manifiesta el potencial de la DAE en nuestras actitudes respecto a quienes nos rodean o viceversa, a propósito de la violencia no solo física, sino también verbal:

“Sí, en la familia, porque a veces los padres se pelean (y a) los hijos les afecta porque están peleando; también los hijos ven lo que hacen sus padres y cuando son grandes no les tienen casi afecto a sus hijos, porque así lo aprendieron”
(OXCT, 13 años, na savi).

“por decir que es un ambiente de agresión o el esposo trata mal a la mujer, hace que otra persona se sienta mal y se empieza a enfermar, se estresa, se vuelve más irritable y luego le sube la presión, le sube el azúcar, se genera el estrés y cada vez más y más” (GPH, maestra me´phaa, PH).

La relevancia de la DAE también se expresó en la posibilidad de animar a los demás y en la sensibilidad necesaria para ayudar a los vecinos o involucrarse con la comunidad:

“si tú ves a una persona alrededor de donde tú vives, en tu contorno, si tú ves a tu vecino, eso que se llama la amistad y tú ves a tu vecino y ves que está enfermo, ¿qué debes de hacer?, auxiliarlo, porque si él está enfermo, pues todos nos debemos de auxiliar haciendo un lado que no nos llevemos con ellos, pero en la salud pues todos nos debemos de ayudar. Entonces nunca debemos de dejar, como vecinos, por lo menos nosotros así lo acostumbramos” (comisario, Pueblo Hidalgo).

“igual si tú te enfermas de una enfermedad grave y los otros te apoyan y están contigo, más agarras fuerza para que esa enfermedad no te haga nada” (Mujer, na´savi, 15 años).

En ese sentido, *atender a las emociones*, tener ciertas emociones y propiciar o no una red de afectos, se considera que mejora la condición física o la deteriora, dependiendo el caso:

“Muchas veces son problemas familiares que generalmente se da en familias que tienen un paciente crónico degenerativo, como diabetes e hipertensión, (en) que muchas veces están descontrolados porque están en constante estrés en su casa y muchas veces platico con ellos y les digo: „bueno ¿qué pasa? ¡Usted le había estado echando ganas!” y me dicen „es que tengo problemas familiares, problemas con mi

esposo y eso me afecta mucho”” (médica encargada del Programa de Enfermedades Crónicas Degenerativas).

“la gran mayoría de las personas tienen problemas emocionales; yo en mi caso, muchas veces me tardo en consulta porque me cuentan sus penas y ellos buscan que uno les ayude y ya, uno los orienta, les dedica tiempo y muchas veces pues iban por una cosa, pero ya al final, salen más tranquilos y dicen: „ya me siento mejor por esto”, o me dicen „me sirvió su consejo”” (médica, centro de salud).

“cuando está enfermo, pues (es) ahí donde viene el sentimiento, porque no está preparado, quiere hacer algo pero no puede” (TPH, promotora, me´phaa, 39 años).

“hay personas que tienen algún padecimiento, alguna enfermedad, su vida corre peligro, pero si tienen amor de su familia, tienen ganas de vivir y lo van a lograr, a diferencia de una persona que tiene salud física, pero no tiene salud psicológica o emocional” (médico, centro de salud).

Estos ejemplos también denotan el potencial de la DAE en la evolución favorable que puede derivar del trabajo con las emociones y los vínculos afectivos por parte de quienes han sido diagnosticados con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, cáncer), como refiere la encargada del Servicio de Enfermedades Crónico-Degenerativas al responder a la pregunta ¿qué es lo que usted cree que los enferma o complica más?:

“Pues de lo que yo veo es el sentirse solos, la soledad, el sentirse abandonados, el sentirse inútiles, porque a veces ya es un paciente que es, por ejemplo, tienen artritis reumatoide, no ve, no puede caminar bien, tiene problemas de digestión, entonces uno de ellos me estoy acordando, el señor Juan que era viudo, sus hijos viven todos ahí alrededor de él, pero nadie lo visita: entonces empieza con una depresión, empieza a beber, a consumir bebidas alcohólicas, es hipertenso, es obeso, quiere comer pero ya no come, porque una, no puede ir tan lejos a traer las tortillas, y la tortillería queda lejos, no puede ir al mercado porque le queda muy lejos, cuando pasan vendiendo algo, en lo que él sale de su patio a la calle ya se fueron, entonces se queda sin comer y mejor bebe para que se le olvide un poco [...] Lo veo mucho con algunos de mis pacientes que viven solos, son adultos mayores; la gran mayoría viven solos, ya económicamente no son productivos, dependen de los hijos, del esposo, de los nietos, y resulta que a veces esos familiares a ellos ya los ven como una carga, como un estorbo; entonces sus enfermedades de base se complican demasiado, se deprimen, al deprimirse esa enfermedad va a pique y se los lleva muchas veces a la tumba, entonces definitivamente las emociones tienen mucho que ver con nuestro deterioro o nuestra

mejora en la salud, y hay otros que están muy complicados, pero la familia los rodea, los apapacha; sus seres queridos no saben qué hacer, aunque sea una payasada para que se rían, y su estado de ánimo está en constante alegría, muy positivo, y mejoran drásticamente, entonces sí tiene mucho que ver las emociones, el afecto. Y otras veces que por ejemplo no lo pueden sacar, por así decirlo, no sufren su catarsis de alguna emoción y al rato ya tienen un problema intestinal, ya tienen algo que es como resultado de la somatización de su sufrimiento psicológico, o un dolor aparente que nunca los deja y que al solucionarse su problema o su situación emocional se soluciona también lo intestinal”

Otro ejemplo del potencial de la DAE se manifiesta en la relación médico - paciente, capaz de propiciar una atención y una terapéutica más eficaz, y a su vez por lo tanto en el bienestar y calidad de vida del paciente y a su vez del médico, y generando vínculos salutogenicos denotando la relevancia de la misma DAE para los profesionales:

“es importante escucharles, porque así ellos sienten que la tomas en cuenta; pero cuando ni siquiera miras a la paciente, la paciente se va desconsolada. Sí es importante” (TPH, promotora me’phaa, 39 años).

“Ah, pues entraría de que yo me siento bien, estoy alegre, contenta; cuando la persona está sana, está alegre, porque estamos hablando de que puede hacer todo lo que quiere hacer. Cuando está enfermo, pues (es) ahí donde viene el sentimiento, porque no está preparado, quiere hacer algo (y) no puede: eso sería un sentimiento para él, porque no puede hacer las cosas en ese momento” (JPH, curandero, me’phaa).

Esta última narrativa refleja también la importancia de tomar en cuenta que a su vez la salud y la enfermedad inciden en las emociones y afectos, analizables como causa y consecuencia; nos podemos enfermar o curar por ciertas emociones y a la inversa, la misma enfermedad o salud incide en dichas emociones, estableciéndose un ciclo vicioso o en positivo un proceso de beneficio mutuo que es importante identificar, analizar y tratar.

c) Potencial de la DAE en los talleres de salud

Otra forma en la que se expresó dicho potencial fue en algunos talleres de capacitación para promotores de la Comisión de Salud de la CRAC. Ante factores identificados como

importantes para la salud, destacaron en una dinámica la “buena convivencia”, “el respeto” y el “no existe violencia” como raíces de un árbol saludable DAF (Figura 19).

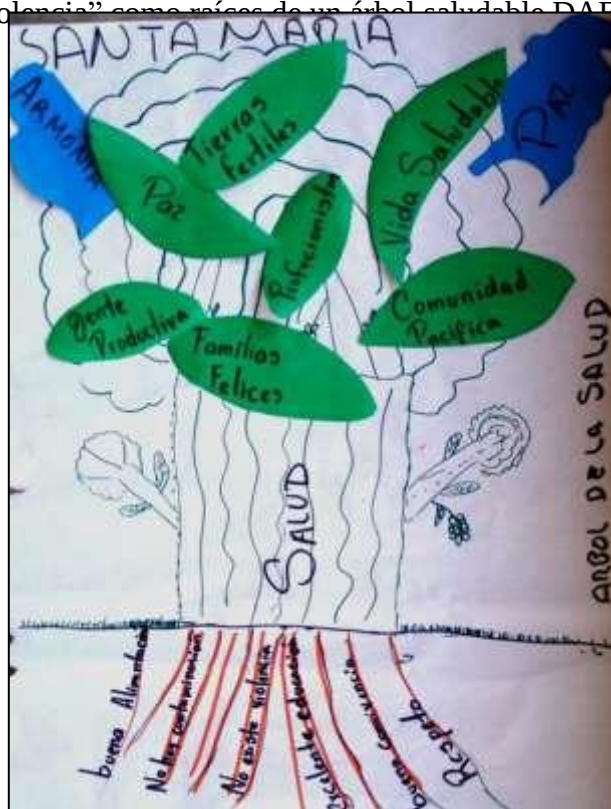


Figura 19. “Árbol de la salud”, CS CRAC, Taller en Horcasitas, 2014

“Salud implica todo pues; yo para no confundirme lo divido en educación, es formación, valores, ya no se generan tantos problemas intrafamiliares, y por lo tanto pues también bajan los crímenes; esto es más necesario incluso para las comunidades, es más importante, eso más que los médicos, que sí se ocupan, pero ellos están viviendo día a día con problemáticas relacionadas con alcohol, con problemáticas relacionadas con conflictos matrimoniales, con valores.”

(Coordinador, Policía Comunitaria).

“Si una persona viene afectada en emociones, vienen sufriendo con dolores, padecimientos, los cuales vienen ya susceptibles ya de emociones malas y vienen preparados para agredir, entonces si ya tienen mucho tiempo, dos tres horas esperando y no les dan medicamento, claro que sí afecta y afecta a ellos y a nosotros, porque nosotros venimos de buena forma y motivación y tenemos roce (entonces) hacemos apatía a platicar mucho con las personas (que) llegan (y) vienen a participar apáticos como comunidad”(Médico, centro de salud).

La expresión de la DAE en función de la confianza

Evidentemente, el potencial de la DAE también se manifiesta al preguntar de manera empática y estableciendo la confianza; aparecen testimonios y datos importantes de ser escuchados, que tal vez de otra forma no hubiesen salido a la luz. Tal es el caso de un niño entrevistado en ese ambiente:

“a veces pienso ¿por qué vivo aquí?, quisiera que no me regañaran, que no me pegaran”
(Niño, siete años).

6.2 Barreras para la DAE desde la experiencia en campo.

Aunque la DAE presenta una multiplicidad de escenarios y expresiones, al aludir aquí a la existencia de barreras para la DAE se pretende destacar aquellos factores que impiden armonizar esa dimensión y en la medida de lo posible optimizarla en términos de que coadyuve con los procesos de atención y de salud y a su vez con la construcción de procesos de genuina participación social. Se destacan aquí algunos de esos factores o barreras, identificados en la perspectiva y experiencia de los pobladores entrevistados:

El significado reducido de la salud

Una barrera principal para la DAE es la comprensión reduccionista de la salud ya referida en el capítulo dos de este trabajo. Si bien la mayoría de los entrevistados relacionan a la salud con las emociones, en el momento de preguntar cómo pueden participar para impulsar la salud, la respuesta se reduce en general a medidas higiénico dietéticas, empobreciendo el significado de la salud en la práctica y cotidianidad, lo cual constituye una barrera para el reconocimiento e impulso de la DAE en su papel respecto a la atención.

La saturación del sistema y el tiempo de atención insuficiente

A su vez, la *sobrecarga del sistema de atención y la reducción del tiempo destinado a ella* constituye una barrera en la atención de la DAE, porque para explorarla se requiere tiempo de calidad, tiempo para desarrollar la confianza y permitir la apertura de dicha

dimensión, a menudo impredecible. La falta de tiempo se refiere varias veces como causa de una mala atención, relacionada también con la cantidad de personas que hay que atender y de papelería a llenar en poco tiempo, lo cual afecta la relación médico-paciente esencial en la atención:

“La relación médico paciente ya no existe, porque hay muchas carencias, porque no se genera mucha empatía; las personas vienen con prisa, después de esperar ahí afuera dos o tres horas, y sin medicamento. La norma dice que atendamos con tiempo, pero si tenemos que ver más de veinte personas no puede ser que intentemos platicar con las personas, por lo tanto está deteriorada esta relación médico paciente” (DSL A, médica).

“Tú como médico llegas a tu centro de salud, encuentras a la población (y) tienes que atenderla, te piden llevar a cabo los programas pero no miden el tiempo, y a veces nos dicen „ya quiero esto” y ya, y aquí la limitante es el tiempo de llevarlo a cabo, lo llevamos a cabo pero muy a prisa, nos falta tiempo y es por mucha papelería. Si nosotros queremos llevar una atención de calidad, mínimo debería ser una hora, y te piden ver 20 o 30 pacientes al día, pero realmente no es posible, porque no puedes hacer un expediente completo” (DSL A, médica, centro de salud).

La falta de tiempo se expresa no solo para la consulta, sino también para impartir talleres del programa oficial “Oportunidades” o ahora “Prospera”, lo que también es una barrera para la optimización de la DAE, ya que para ello se requiere tiempo y espacios adecuados, como lo expresa una médica de centro de salud, al relatar cómo logró que la comunidad participara en los talleres:

“Entonces me emocioné porque hice que participaran y sirvió, pero falta mucho porque cada grupo necesita mínimo dos horas en cada taller, pero muchas veces la papelería que nos pide la Secretaría de salud, la papelería es excesiva, que te absorbe demasiado y te limita a hacer ciertas actividades”
(DSL A, médica, centro de salud).

Esa carencia de tiempo se reitera:

“Sí es importante (incluir a la DAE en la promoción de la salud), pero no tienen tiempo, si no tienen tiempo ni para atender a las personas que van enfermas”
(maestra na savi).

La falta de seguimiento

A su vez, la atención a la DAE se ve obstaculizada al no existir un adecuado seguimiento de los pacientes por saturación de servicios, o por barreras para acceder a dicha atención, como las limitantes económicas y/ o culturales:

“En el DIF hay mucha gente y hay falta de continuidad, porque los pacientes se pierden, no hay seguimiento...” (DSLÁ, médica, centro de salud).

“También otra barrera es de parte del paciente, porque el mismo paciente te dice tengo prisa, no tengo tiempo” o „no puedo” o niega que tiene ese problema, entonces muchas veces es del mismo paciente” (DSLÁ, médica, centro de salud).

“No, no, no, no alcanza el tiempo para que el maestro ahora sí, pues la haga de psicólogo también, no alcanza el tiempo. El directivo sí, porque cuando yo estaba de directora, llegaban algunas madres y sí se desahogaban, sí me decían sus problemas y yo les daba alguna orientación y hasta ya se iban: “no pues ya, le voy a hacer como usted” (GCXT, maestra na savi).

“Más herramientas, pero también que el lugar donde los referimos se les dé más seguimiento, porque siento que no sirve de nada detectar en primer nivel el tratamiento y lo mandamos y no lo resuelven como el paciente espera, porque con gran esfuerzo los convencemos que vayan al hospital, porque dicen „los psicólogos son para locos” y dicen „yo no necesito eso”, y ya se convence al paciente, baja (a la cabecera municipal) y se le da el tratamiento, pero sí falta ver si realmente hay un resultado” (médico, centro de salud).

Falta de capacitación

También aparece como barrera la falta de capacitación del personal médico en el manejo de emociones y de materias relacionadas con el abordaje afectivo-emocional del paciente:

“Nos dan clases de psicología y psiquiatría, un semestre de cada uno, pero no es suficiente” (MCXT, médico, centro de salud).

“No, no nos capacitaron allá, pero últimamente la Secretaría de Salud nos han estado en los últimos dos tres años impartiendo cursos sobre superación personal, de cómo ser un buen servidor público y los cursos del programa PROSPERA, donde metieron mucha psicología y siento que eso me ha ayudado, porque realmente en la facultad no mides la dimensión de lo que te vas a encontrar, porque muchas veces los pacientes más bien necesitan un psicólogo en realidad, y pues ya la tienes que hacer de psicólogo y en la SSA nos han dado varios cursos”. (DSLÁ, médica, centro salud).

“Pues no se en las demás universidades, pero yo puedo decir de mi caso muy personal que definitivamente no (recibió capacitación), definitivamente no. Si me hablaran de estas

cosas, si digo un 10% es mucho, es mucho, como se va aprendiendo en las comunidades, si uno presta atención a ello, en las comunidades, en atención a las personas, en hacernos sus amigos, que ellos nos vean como sus amigos porque si es así, si nos tienen la suficiente confianza, nos van a empezar a contar cosas que nada tienen que ver con el padecimiento, que aparentemente nada tienen que ver con la enfermedad, pero tienen mucho que ver, y a veces el simple hecho de escucharles, de darles una palabra de ánimo, de consuelo, o de esperanza, porque a veces también uno siente impotencia: „¿qué hago? ¿qué le digo? ¿qué le va a mejorar? ¿cómo le ayudo?” (médica, hospital de San Luis Acatlán).

La violencia es otra barrera para la DAE:

“La falta de comprensión del esposo en las mujeres, el esposo no las entiende, les exigen demasiado, las utilizan, y me he dado cuenta que ellas tratan de hacer todo solas, ellas son ama de casa, la cocinera, y el esposo llega y les exige y eso las tiene en un estado de estrés continuo” (DSLÁ, médica, centro de salud).

La apatía y falta de involucramiento del personal institucional

La apatía y falta de involucramiento por parte del personal de las instituciones también es una barrera, generada muchas veces a las ausencias y carencias: tiempo, conocimiento (capacitación

“Si le dedicas tiempo vas identificando los pacientes que te necesitan, pero muchas veces el exceso de trabajo, el exceso de programas que te limitan a hacerlo también, la falta de disponibilidad del personal de salud, que muchas veces somos apáticos a las personas, que muchas veces no nos interesa qué esté pasando con el prójimo; simplemente yo hago mi trabajo, cumplo mi jornada laboral y ya no me interesa si vivió, si murió, si está bien psicológicamente o no y muchas veces es la apatía del mismo personal” (médica, centro de salud).

El divisionismo partidario

El divisionismo por efecto de los partidos políticos, ya analizado antes, constituye una barrera al restar la posibilidad de interacción y lacerar los lazos comunitarios y la sociabilización que permite a su vez reflexión y espacios de desahogo emocional, así como la transferencia de saberes:

“porque aquí en la comunidad no todos se llevan bien, a veces se divide cuando hay asuntos políticos; se andan peleando y luego escucho en el periódico dice que matan a uno de un partido, y luego aquí las personas son enojonas, y si tú le vas a un partido y él le va a otro luego andan peleando, sí, como cuando hubo un comisario que estaba, estaba peleando y si tú eres hijo de otro partido se te queda viendo mal, y así” (JCXT, mujer, 14 años).

Los testimonios recabados denotan la diversidad de barreras que impiden reconocer la relevancia y limitan el potencial de la DAE, dada una determinación social que se transmite, se reproduce y se comparte a través de ciertas estructuras “educativas”, políticas, religiosas e institucionales.

6.3 Redimensionar la DAE: ¿un reto posible?

6.3.1 ¿Qué es redimensionar la DAE?

La definición de la palabra “redimensionar” analizada en el capítulo cinco, es útil para el análisis de la DAE también. Si se redimensiona la DAE para visibilizarla y optimizar su potencial sanitario, no sólo curativo sino salutogénico. A partir de la indagación de la perspectiva local, de las representaciones y prácticas locales, emergen significados diversos, barreras y oportunidades para la PS, así como actores y escenarios que demandan precisamente redimensionarla y adecuar las acciones en función de su resignificación, dando a conocer el valor y en particular el potencial de su práctica cotidiana enfocada en la toma de decisiones; y ello será posible a partir de nuestro propio “redimensionar y resignificar” como actores activos y constructores de nuestra realidad.

El redimensionar la DAE se puede dar tanto a nivel personal como comunitario. A partir del proyecto marco de investigación y de la investigación realizada para la tesis, se hizo evidente que desde las instancias endógenas comunitarias y exógenas institucionales existen diversas prácticas y actores que la redimensionan y que, apoyados, podrían redimensionarla en un marco de diálogo y estrategias vinculadas e incluyentes respecto a diversos escenarios y perfiles.

6.3.2 Actores sociales que pueden redimensionar la DAE (personal de los servicios médicos, promotores de salud, terapeutas locales, comisarios y comisariados de bienes comunales y ejidos)

Si bien toda persona puede redimensionar la DAE a nivel personal y comunitario, dentro de las comunidades, en la cabecera municipal, en las instituciones, existen personas que por su rol, cargo, servicio o tipo de interacción que tienen con la población pueden influir de manera más contundente en su redimensionamiento, entre los que están los maestros, los

terapeutas locales, los consejeros, los comisarios, las parteras, el sacerdote, los padres de familia, el personal de salud.

El personal de salud

El personal de salud tiene de diversas formas la oportunidad de abrir espacios de confianza; la interacción con la población que busca ayuda le permite explorar y abrir la comunicación respecto a la DAE, como puede ser de entrada la invitación a los usuarios de los servicios de “hablar de lo que siente”; el redimensionamiento en este marco, se puede dar de distintas formas y niveles, desde tener la actitud receptiva, una escucha activa, el estar atento a proveer un canal de comunicación, hasta el integrar a la DAE de manera más orgánica en la reflexión diagnóstica y en la terapéutica; a su vez, como es bien conocido, una relación personal de salud-paciente armoniosa, afectuosa, es ya un primer nivel de dinamización de la DAE que puede tener efectos considerables en el tratamiento:

–(necesitamos) más herramientas, pero también que el lugar donde los referimos (a los pacientes) se les dé más seguimiento, porque siento que no sirve de nada detectar en primer nivel el tratamiento y lo mandamos y no lo resuelven; como el paciente espera porque con gran esfuerzo los convencemos que vayan al hospital, porque dicen „los psicólogos son para locos” y dicen „yo no necesito eso”, y ya se convence al paciente, baja (a la cabecera municipal) y se le da el tratamiento, pero sí falta ver si realmente hay un resultado” (médico, centro de salud).

El redimensionamiento de la DAE en el sistema de salud se podrá dar a medida que dicha redimensión suceda en sus mismos agentes, como lo advierte una médica que resignifica su trabajo a partir de su experiencia:

“Yo con el paso de los años me fui dando cuenta que la gente necesita mucho cariño; la gente necesita de tí, espera mucho de tí, pero muchas veces cuando no estás a la par con el paciente o el beneficiario, muchas veces desconoces qué es lo que le aqueja, y a veces en lugar de ayudarlo, pones una barrera muy difícil y los alejas; entonces me dí cuenta que para que participaran pues tenía que hacerlos mis aliados, mis amigos. Siento que el paso de los años me fue ayudando a cambiar, algunos cursos y situaciones de la vida me han ayudado a tener una idea más sólida de lo que es mi trabajo y lo que significa” (médica, San Luis Acatlán).

También, como lo expresa otra médica, son importantes las dinámicas que ayuden al autoconocimiento, lo cual también dinamiza la DAE:

“somos humanas y humanos que cometemos algunos errores, pero a partir de que empezamos a identificar cuáles son esos errores, vamos a empezar a buscar algunas maneras para resolver y para que esos fallos sean los menos; para que haya más satisfacción y menor disgusto, ya que también por el lado del personal de salud que labora tenga mayor satisfacción y un gran regocijo de estar haciendo su trabajo, porque lo decidimos de manera voluntaria” (médica encargada de programa).

Las autoridades locales

Los comisarios, comisariados, regidores, los directores de área y maestros, atienden distintos problemas en la comunidad a menudo relacionados con la salud y la DAE de manera directa (violencia y alcoholismo, problemas maritales, maltrato, problemas escolares, etc.) e indirecta (confrontaciones intracomunitarias por la tenencia de la tierra, por bienes o el acceso a recursos, etc.). Quienes tienen interacción con la comunidad constantemente desde un rol de autoridad, pueden redimensionar la DAE en distintos niveles, tanto en casos particulares de atención como en instancias colectivas como las asambleas, promoviendo el diálogo e integrando la DAE en el análisis de la problemática:

“eso (la DAE) es algo importante: los comisarios no reciben capacitación, están muy limitados... habría de hacerse cada tres meses, los comisarios no saben qué hacer cuando golpean a la esposa, dicen „hasta que llegue la orden del ministerio público”, hemos tenido mucho problemas con ellos, los comisarios no saben”
(médico, Comisión Municipal de Salud).

Como parte de los actores endógenos también existen los *Principales* en las comunidades y los *consejeros* en el caso de la CRAC-PC:

“dentro de la comisaría están los consejeros y principales y hay personas que van a verlos; las parejas, cuando no quieren acudir a la comisaría entonces piden que alguien vaya a la casa o van ellos a casa del consejero, para que les den orientación de lo que deben hacer; en general hablan de „aguanta que es la cruz que nos tocó”, que no se disuelva el matrimonio, que sigan aguantando y eso también repercute en una mala relación familiar, pero a algunos les funciona y otros no, mi papá era uno de los que daban orientación” (maestra na savi).

Dichas autoridades reconocen tácitamente la importancia de las emociones en la vida cotidiana, ya que generalmente promueven acciones relacionadas con la buena convivencia en la comunidad y prácticas que involucran la DAE, como la comunicación entre la pareja, entre los hijos y los padres, etc. Por ejemplo, es conocido que los principales o consejeros en las comunidades tienen un papel muy importante por su apoyo para resolver asuntos matrimoniales o disputas entre vecinos, lo cual implica redimensionar positivamente a la DAE en la comunidad de muchas formas. ¿qué pasaría si los profesionales de la salud tuvieran vinculación con los consejeros y trabajaran en coordinación para resolver problemas de salud identificados conjuntamente?, tal vez pudiese ser un apoyo mutuo en situaciones complicadas, como la violencia intrafamiliar, el apoyo a los jóvenes o diversos problemas de convivencia.

También los *promotores de salud* pueden dinamizar positivamente a la DAE en talleres, pláticas y acciones asistenciales. Los *maestros*, dado su potencial como agentes de cambio, pueden motivar la transformación de la metodología de enseñanza hacia una comunicación más abierta de emociones y afectos, la sana convivencia y el diálogo, entre otros, generando dinámicas que propicien la conciencia de la DAE y una aproximación en la cotidianidad en las clases y en la comunidad escolar incluidos los padres de familia y maestros.

Los terapeutas locales

Como ya fue mencionado, la medicina de los pueblos originarios concibe - y aborda tácitamente a las emociones y afectos como algo esencial en la salud; por tanto, los terapeutas locales son actores relevantes, pues precisamente incidir en la DAE es parte de su quehacer en la sanación aunque no se explicita conceptualmente. De ahí la importancia de que el sistema biomédico no excluya los saberes locales, y la disponibilidad de dinámicas y plataformas que permitan vinculaciones de mutuo aprendizaje y participación para la salud:

“Mmm había una señora antes, de ella siempre me acuerdo, era una partera muy buena, muy cariñosa, atenta, muy bien atendía, ¿quién la instruyó? nadie más que su propio sentimiento, su propio gusto y deseo de ayudar a la gente, porque ella era muy buena gente. Se llamaba Teresa Galeana, y ella, bendito sea Dios, vino ella cuando nació mi hijo, ya cambia al bebé, lo revisa y va al otro día, por eso digo pues que uno cuando esté embarazada no debe consumir cualquier alimento, no cambias, no salgas porque te puedes caer, y bueno de todo; ahora ¿quién instruyó a la señora?, señora que no sabía ni escribir la “a”, pero era muy tierna, muy atenta, muy entregada a la salud, y curaba a los niños de coraje, sí, ella curaba de coraje y su marido de espanto” (BPH, maestra me´phaa, 60 años).

“también con oración, porque el espíritu maligno es el que también influye y vive en pura gente que se pelean o se maltratan, y también debo de orar a Dios para que no vivan peleados, Dios no usa palabra de pelea, de engaño, no roba, ayuda con amor, con cariño, como nosotros que ayudamos con amor” (JPH, rezandero me´phaa).

6.3.3 Espacios e instancias para redimensionar la DAE

a) Instancias locales endógenas: la familia y la asamblea

En las comunidades existen espacios donde es posible dinamizar la DAE, donde hay dinámicas de trabajo grupal, como la comisaría, el centro de salud, la iglesia, las asambleas, las escuelas, las reuniones de programas gubernamentales como el de “Oportunidades” ahora “Prospera” o los grupos de personas de la tercera edad, las de grupos de jóvenes, de promotores, etc.

A su vez, la DAE se puede dinamizar creando nuevos espacios de interacción, como lo expresa una promotora en una reunión de la Comisión Municipal de Salud: *“necesitamos espacios para poder platicar o hasta jugar, porque eso nos ayuda a sentirnos más felices.”* Esa dinamización requiere sin embargo propuestas operativas de índole dialógica, pendientes de sistematización, adecuación y mayor precisión.

El recuperar o generar dinámicas creativas de interacción social y espacios que las promuevan, puede favorecer una mayor vinculación entre diversos miembros de la comunidad en múltiples contextos de la vida cotidiana, lo cual ayuda no sólo en el fortalecimiento de redes sociales y del tejido social, sino también como amortiguadores del estrés y facilitadores de liberación emocional.

- b) Instancias exógenas
 - Comisión de Salud de la CRAC
 - Comisión Municipal de Salud
 - La iglesia
 - El espacio escolar
 - Alcohólicos anónimos y cuarto y quinto paso

b) Las instancias exógenas

Comisión de Salud de la CRAC

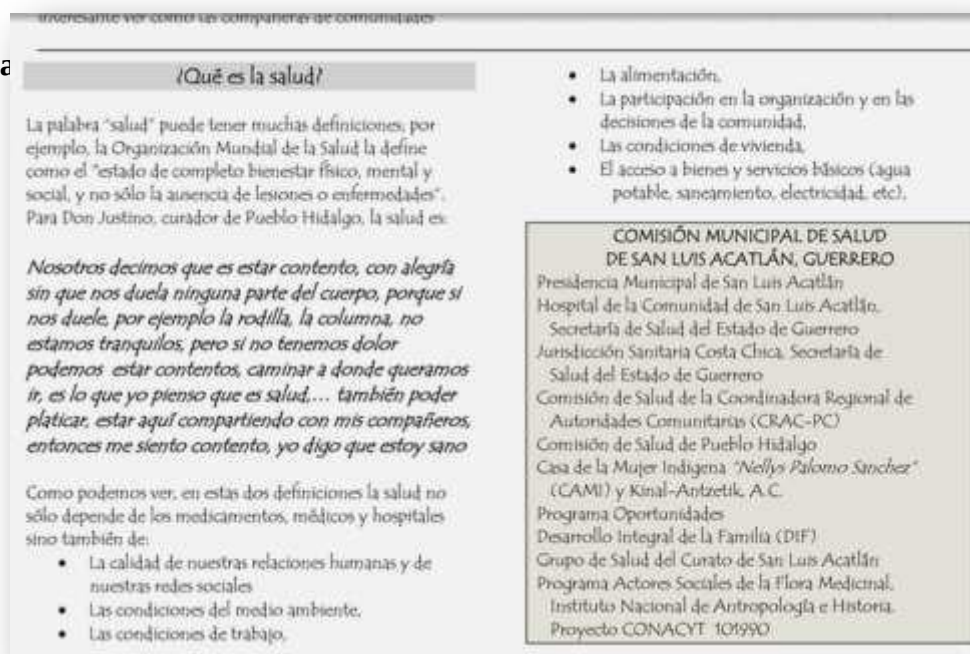
Se ha mencionado ya que los casos que la CRAC atiende como organización autonómica de seguridad y justicia son una ventana relevante a la DAE. También se ha planteado desde una perspectiva más amplia que esos problemas de seguridad y justicia son a menudo problemas de salud pública o se derivan de ellos. En ese marco, su Comisión de salud incidiendo en los puede ayudar no solo desde los procesos de reeducación sustantivos de la Policía Comunitaria, sino en la orientación de sus programas y actividades, incorporando un concepto de salud más integral que no reproduzca un modelo medicalizador de la salud y que incluya la DAE y a la PS como ejes relevantes en la capacitación.

Comisión Municipal de Salud

Si una Comisión Municipal de Salud es dialógica y participativa, es posible entonces incorporar el análisis de la DAE, no sólo en las acciones o estrategias que se acuerden, sino en su misma metodología de trabajo y en los productos que de él se deriven.

En la experiencia tenida con la Comisión de Salud Municipal de San Luis Acatlán, si bien no se trabajó de manera específica la DAE, se le incluyó en los materiales distribuidos a la población, como es el caso de sus boletines municipales de salud, por ejemplo en la reflexión sobre el concepto de salud (Figura 20).

Figura



La iglesia

Las instituciones religiosas de diverso credo pueden ser espacios relevantes para la DAE, ya que la población acude en momentos de dificultad buscando quien los escuche; por lo tanto, los sacerdotes y ministros religiosos tienen contacto con esa dimensión entre sus feligreses y fieles agrupados en sus instituciones, incluso a veces mucho más que los profesionales de la salud. El tema aquí es la articulación entre esos espacios y actores sociales en una estrategia si no conjunta, por lo menos no antagónica. En el trabajo de campo se tuvo oportunidad de entrevistar a diversos agentes religiosos, quienes, aunque sin mencionarlo en esos términos, identificaron que los principales problemas de la comunidad precisamente tienen que ver con la DAE, derivados de problemas como las dificultades de pareja, de comunicación la inseguridad o la apatía, lo que denota el potencial de su inserción social como promisorio para el redimensionamiento o la dinamización de la DAE. Esta capacidad de comprender la relevancia de esta dimensión la expresa por ejemplo una religiosa en una comunidad me'phaa:

“Otra enfermedad es la vergüenza, y me parece que es otra enfermedad el no puedo, no soy capaz, no puedo (...) “ otra enfermedad es la apatía, la apatía por las cuestiones que implican educación...porque por ejemplo...llama ahorita el congreso... llama una madre... llama a asamblea, no es por nada pero somos las primeras en llegar, siempre...incluso la gente nos ha dicho, y ¿por qué ustedes llegan primero? Ni son de aquí”

Es también posible analizar a la DAE como indicación de daños, como lo es la vergüenza.

El espacio escolar

Las escuelas son espacios esenciales para redimensionar la DAE; al ser el principal espacio de socialización en muchas realidades, en donde los/as niños/as, a través de sus estados de ánimo (DAE) nos pueden mostrar el territorio y sus relaciones, pero también su situación de salud enfermedad a modo de primer síntoma de la dinámica social, cultural que está determinando el transcurrir de sus vidas, tal como lo expresa y ejemplifica una policía comunitaria en relación una experiencia que tuvo con unos niños:

“vi unos niños y los saludé y rápido se fueron a esconder y de pronto pensé „bueno esos niños ¿por qué son así?“ Y ya me dijeron que porque eran de la montaña, pero digo pues tampoco está lejos, están cerca. Pero a los niños hay que motivarlos desde pequeños a que hablen, hay que enseñarles juegos para que aprendan a desenvolverse y decirles que cuando participen no tengan miedo, invitar a los muchachos que se burlan que comprendan por qué es importante no burlarse, que exista un poco de disciplina” (mujer, na savi, policía comunitaria).

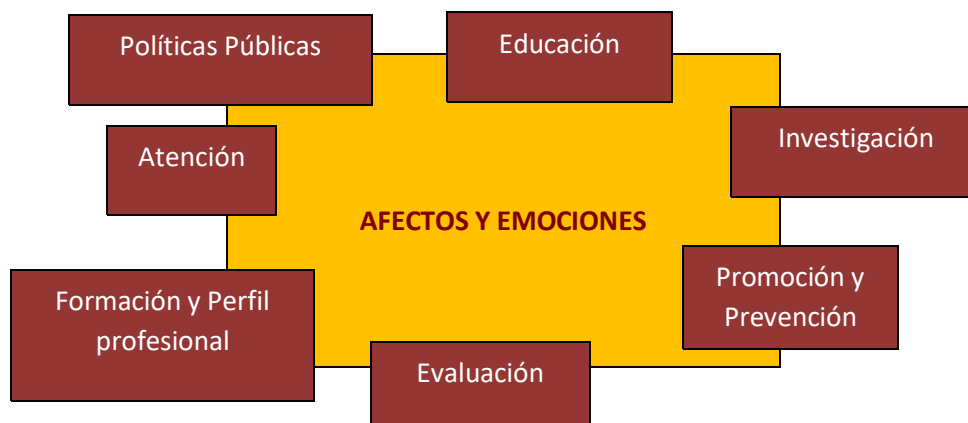
“Alcohólicos Anónimos” y “Cuarto y Quinto paso”

Otras instancias relevantes a tomar en cuenta son las de “Alcohólicos Anónimos”, y

“Cuarto y Quinto Paso”, como se refiere:

“Yo llegué por mi alcoholismo, porque ya de mi depresión empecé a tomar, y pues dicen que uno empieza a escaparse a través del alcohol, pero llegué a tiempo a este grupo y con la gracia de Dios, bueno yo así lo creo, ya no tomo, ya me siento bien, ya no sufro de depresión”. (FSLA, mujer, mestiza, 40 años).

Figura 21. Algunos escenarios y campos donde es posible redimensionar la dimensión afectivo-emocional para la salud.



6.3.4 Algunas actividades relacionadas con la DAE en el marco del proyecto

En el programa de referencia de esta investigación se llevaron a cabo algunas actividades de educación popular relacionadas con la redimensionamiento de la DAE, principalmente en los talleres de promotores de la Comisión de Salud de la CRAC y cuando estuvo activa la Casa de Salud Comunitaria. Estas dinámicas se mencionan ya en el apartado inicial de metodología, pero a continuación se enfatiza su liga con los procesos de redimensionamiento y dinamización de la DAE. Las dinámicas ayudaron a mejorar la convivencia, la confianza en el grupo, y a generar diagnósticos y propuestas; fueron sencillas, económicas, ya conocidas y adaptadas para su pertinencia a nivel local; sin embargo, ilustran cómo es posible redimensionar la DAE e impulsar la participación, al aumentar el sentido de pertenencia grupal y comunitario, incluyendo a la dinámica de los afectos y las emociones en el análisis, la creación de redes y vínculos e inclusive el desahogo emocional.

Se aplicaron así las siguientes dinámicas⁷⁵:

- de presentación
- de trabajo en equipo

⁷⁵ Entre los materiales utilizados como referentes, algunos abordan a la DAE de manera tácita, como son los consignados en “Aprendiendo a promover la salud” (Werner, 1984), “Técnicas de Participación Popular”(CIDE, 1989) .

- de confianza
- de recapitulación continua con las promotoras, expresándose la DAE como relevante para el proceso de participación (ver ANEXO 7); así, al preguntar sobre su sentir en el proceso aparecieron respuestas como las siguientes, formuladas por promotoras de salud, durante el ejercicio de recapitulación “¿cómo nos sentimos?”

“Un poco presionada, pero a la vez orgullosa de poder hacer algo por la comunidad; aquí he aprendido muchas cosas que no sabía y también he aprendido que puedo hacer mucho más (...) Siento que no sirvo para nada, siento que no estoy sirviendo como debe ser (...) Me siento orgullosa porque hemos aprendido cosas que no sabíamos y podemos ayudar a nuestra gente”

Actividades Artísticas: se hizo evidente la importancia de incorporar actividades musicales y de creación gráfica en los talleres y en la elaboración del propio material de promoción para la salud.

La casa de salud comunitaria

La utilización de música

Entre los ejemplos de música utilizada para análisis de acuerdo al tema del programa están la de Calle 13- “Latinoamérica”, la de Omar Geles cantada por Vicentico “Los caminos de la vida”, o la de Alberto Cortés “Dime que tiras al agua”

Ejercicios vivenciales de acuerdo al tema:

“Tira las penas al río”:

En un taller sobre violencia doméstica se parte de la escucha en grupo de la canción “Dime ¿qué tiras al agua?” posteriormente se hace una reflexión personal de lo que se quiere tirar al agua, de experiencias, dificultades o recuerdos y en un ejercicio de liberación se va al río de la comunidad

“Red Cuentos”

Para abordar el tema de violencia se hizo con el grupo una “red” donde cada uno contaba una parte de la historia y después lanzaba el hilo a otra compañera quien tenía que seguir contando la historia, como recurso de convivencia y de análisis de las causas o de un caso. El ejercicio permitió la expresión de casos que los promotores habían vivido en sus propias comunidades o familias. Se aprovecha la dinámica para comentar la importancia que tienen los vínculos, y la interconexión existente entre cada uno de los que participamos.

Ejercicios de diagnóstico que promueven la expresión de la DAE

FODA: El argumento planteado a los participantes fue –Es fundamental que los que formamos parte de una organización comunitaria nos conozcamos a nosotros mismos como actores en cuanto a fortaleza y vulnerabilidades”.

“Árbol de los problemas (De la enfermedad y la salud)” El árbol de la salud y la enfermedad es identificar que raíces generan salud o enfermedad, en este ejercicio es posible identificar la DAE, tanto en las raíces como en el follaje. (ANEXO4)

“Recorridos comunitarios” con promotores de salud y autoridades **locales** de reconocimiento de su territorio, mediante el cual se motiva una resignificación y un diálogo posterior con dichas autoridades para generar **estrategias de atención a los problemas identificados**.

“Sociodramas”

El gráfico que sigue ilustra lo anterior:



Figura 22. Algunas actividades llevadas a cabo en el proyecto relacionadas con la DAE

Ejemplo de ejercicio de inclusión de contenidos relativos a la DAE:

Curso de Primeros Auxilios a Policías Comunitarios

Como parte de las actividades de la Comisión de Salud se llevaron a cabo talleres teórico-prácticos a los policías comunitarios de las diversas localidades (Yoloxóchitl, Tuxtepec, Marquelia, Santa María). Además de brindar información específica sobre primeros auxilios, o de capacitar en aspectos técnicos como la balística o los sistemas de defensa, se utilizaron dinámicas de juego y recreación relacionadas con la importancia de *trabajo en equipo* y del *sentido comunitario*, lo cual agradó, motivó y facilitó una buena participación por parte de los grupos de policías (ANEXO 8).

En base a esto se necesita una identificación de contenidos relativos a la DAE y la PS en este tipo de programas y espacios, parece pertinente explorar qué implica una eventual capacitación a un policía comunitario respecto a la DAE. Una pregunta obligada puede ser si acaso su propia cultura no implica ya de hecho una formación tácita en ese sentido, pues la formación de los seres humanos en todas las culturas es en buena parte la “-formación” de una determinada -capacidad afectiva y emocional o el modelaje de su conducta desde ciertos elementos emocionales y afectivos aprendidos, transmitidos y compartidos.

6.3.5 Protectores y amortiguadores de la DAE para la salud desde la perspectiva local

¿Cómo hacemos frente como seres humanos a la DAE en sus altibajos?, por ejemplo ¿cómo nos apoyamos en un momento de angustia, de congoja, de tristeza? ¿Cómo cada uno genera con la experiencia distintas formas de sobrellevar la adversidad, la dificultad, la tristeza o el enojo?

Las estrategias locales para hacer frente a las dificultades en relación a la DAE son relevantes en la medida de que están disponibles sin necesidad de recursos económicos o de mucho entrenamiento o capacitación, dependiendo el nivel y profundidad de su abordaje.

Entre las prácticas expresadas que pueden servir en distintos espacios, se encuentran la consulta médica, los talleres o las dinámicas que se nos refirieron, basadas en ciertos pensamientos o interpretaciones y ciertas acciones que ayudan a tranquilizar, como el contacto con la naturaleza o el hablar con alguien. Se parte de la idea de que los saberes locales contienen elementos de protección y/o amortiguamiento respecto a la incidencia de factores afectivos o emocionales que pueden vulnerar a las personas. La identificación de dichos factores desde esta perspectiva, puede dinamizar y atender a la DAE, a partir de la experiencia conjunta de diversos actores sociales, y permitir material de apoyo y difusión en el trabajo educativo y de salud.

A nivel comunitario y también personal, se pueden generar estrategias para amortiguar los factores estresantes y promover en las comunidades lugares y prácticas comunicación y de convivencia. Aprender a conocernos, y saber cómo ayudarnos cuando tenemos una situación difícil, puede ayudar a disminuir el estrés y/o la dificultad sentida en ese momento, lo que permite a su vez la búsqueda de alternativas. Algunas narrativas expresan cómo se ayuda en momentos difíciles, tanto en comunidades mé'phaa como na savi, mediante acciones de control mental e interacción social:

“leo algo y con eso me ayudo” (OCXT, muchacho na savi, 14 años).

“pues yo sí estoy triste, busco algo con que distraerme, platico con mis amigas, y si me distraigo olvido las cosas” (JCXT, muchacha na savi 15 años)

“pues me siento bien cansada, así estresada, me subo a veces un ratito, voy y me subo los pies a la pared, y ya estoy dando mansaje” (NXCT, promotora de salud na savi).

“a veces también para el problema pues me salgo, a veces dentro del matrimonio es muy fuerte y entonces lo que tenemos que hacer es respirar; seguir discutiendo no tiene caso, tiene que ceder una persona, pero si no cede, explota, no hay que prenderle más la mecha”. (MCXT, mujer na savi, 45 años).

“a mí me ayuda mucho respirar, contar del uno al diez” (MCXT, mujer na savi, 45 años).

“pero yo eso: ver películas, me ayuda leer, y ya, platicar, salgo a platicar con unas amigas; ya cuando me ven hasta ellas me ven, se quedan contentas de que alguien compartió con ellas y yo también me siento feliz de haber escuchado a alguien, de poner mi granito de arena en la solución de sus problemas, eso también me hace feliz a mí, eso me hace feliz” (GCXT, maestra na savi).

“Pues ya me dedico a hacer otra cosa, me voy a otro lado, siento que me respiro, platico con la gente, echo relajo y ya cuando regreso estoy mejor” (HPH, hombre me´phaa, 33 años).

“cuando estoy un poco tensa dejo todo listo, los niños dormidos, agarro mi revista, me siento en mi mecedora y respiro profundo, respiro profundo, leo y trato de, si voy a ver una película tiene que ser de comedia para que yo me ría y así, para algo divertido que me quite de estar pensando en problemas, todos tenemos problemas” (GCXT, maestra na savi).

“Me controlo a mí misma, ubico las cosas, las pongo en su lugar y sé que me está haciendo daño, pues sacármelo de mi mente, no dejar que pase más, no dejar que eche raíz en el corazón”(MCXT, mujer, na savi, 45 años).

“Si tú no te comunicas con tu familia o si alguien se equivocó y te dijo algo y tú lo tomas muy a pecho, es cuando viene la destrucción, si lo dijo por error, porque tal vez no es muy tolerante o a lo mejor le ganó su carácter ese rato; no hay que tomarlo mucho en cuenta, hay que seguir adelante, yo le sigo hablando y le sigo ayudando y ya no se desarrolla más el enojo” (BPH, maestra me´phaa).

“depende si estoy preocupado porque me falta dinero, pues busco la forma, voy con la gente que me puede ayudar, pero si es en modo de sentimiento, pues mejor me voy a trabajar o me voy a jugar a la cancha y eso me ayuda” (ECXT, joven na savi, 24 años).

A su vez cabe resaltar en este sentido la importancia de los mensajes recibidos respecto a la DAE y su permanencia en la memoria como recursos para ayudarse a través del tiempo:

“Lo que nos dijo la maestra del colegio que era psicóloga, dice que uno respire tranquilo, despacio y eso me ayuda”(JCXT, muchacha na savi, 15 años).

“A veces tuve un maestro que vino, un maestro que nos decía „el deporte es lo más bueno que hay”, si uno se siente mal, que lo dejó la novia o la esposa, „es mejor que se vengana a jugar a que estén tomando” (ECXT, hombre na savi, 24 años).

“Yo pienso en mí pues, si le haces mucho caso no es bueno, pues cuando vas a aguantarte estar enojado, llega la hora en que a lo mejor ni amanezco mañana, van a decirse murió pero no nos hablaba, estaba enojada, se murió con su enojo, como no pudo atacar la muerte, no hay de otra”, mejor ser sencillo, él es como él es, y yo soy como soy yo” (BPH, maestra me´phaa).

“cuando este algo estoy enfermo o con tristeza pues ruego a Dios, hago oración con todos mi hijos, con mi familia, por si algo viene en mi contra, pues que Dios me haga

protección de mí, y de las otras personas con las que yo vivo. Ese es mi participación que hace para mi salud o para el pueblo, para todos los que están enfermos, los que están encarcelados, caminantes del camino o que no tienen empleo, y los que son pobres, y pues aunque algunos tienen sus documentos de haber estudiado pero no tienen empleo, y también ruego por ello para que Dios nos ayude también” (rezandero me’phaa).

“Es que yo soy muy explosiva, pero recapacito y trato de mentalizarme, de reflexionar: „esto no está bien” y ya recapacito y vuelvo a recapacitar, siento que a comparación de cómo era antes que era muy agresiva y hacía mucho daño, y siento que últimamente he tratado de modificar eso y de estar bien conmigo misma y con mi familia, recapacitar y hemos recurrido algún otro tipo de ayuda, a un retiro espiritual que nos ha ayudado mucho” (DSLÁ, médico).

“Yo cuando tengo congoja o desesperación lo primero que hago es salirme de aquí, (y si) veo que el asunto está muy fuerte, pues pongo un plazo, si entonces estamos discutiendo digo, sabes que pongo un plazo, lo analizo y digo „en media hora”, me salgo, me voy , y también se van y entonces en cuanto regreso la cosa esta más fría y uno también ya recapacito, cambio de idea , y así ya es mejor, más fácil;, para solucionar los problemas, siempre uno debe tener la cabeza fría, y ya regresan diferentes y así uno la lleva” (comisario me’phaa, 52 años).

“Trato de ser tolerante, porque la tolerancia ayuda a no ser pretencioso, querer que los demás hagan lo que uno quiere, porque ahí empiezan los problemas, y queremos que las personas reaccionen o actúen como uno espera que lo hagan y pues no me meto en ese lío, porque sé que no tenemos la misma manera de pensar ni de ser para que ellos actúen como yo; pues bueno, cada quien según, no me meto pues en el rollo de sentir coraje. O trato de tener un rato a solas (HPH, me’phaa)

“me pongo triste, intento dejarlo a un lado, chingue a su madre y ya, ya soy otra” (RPH, me’phaa, 45 años)

“si discutió con una persona, cada rato tiene sus pensamientos, lo piensa a cada rato, hay personas que discuten y ya están pensando en otra cosa, y esa persona no les hace nada, porque es un paso para ellos, pero la persona que todo el rato está pensando en eso, ahí es donde se enferman, y yo le digo débiles a ellos, porque discuten y están pensando en eso a cada rato. Ahorita discutiste y lo que pasó ya pasó” (HPH, hombre me’phaa, 33 años).

“Yo por ejemplo, me meto en mi mente y le digo:„no no no, tú tienes que ser más fuerte que el coraje, porque tú tienes el don de decirle a la mente si le dices algo malo, algo malo sucederá, pero si mejor le dices algo bueno, algo bueno va a suceder”, y por eso digo „no no no, yo debo estar contenta, no debo estar enojada, y ya me tomo un vaso con agua y ya me ayuda” (GCXT, maestra na savi).

“Pues cuidarse, y como le digo, pues si es fuerte, si discute no le haga tanto rollo pues lo que pasó y ya, y platicando con la familia, porque si vives con tu familia ya ves que hay la familia que vive todo el tiempo peleando y ahí uno se siente mal; no, porque hay familias que les gusta el relajo echar chistes y esa gente no se enferma” (HPH, hombre me´phaa, 33 años).

“Me salgo, me relajo, y platico con alguien hasta que se me pase el coraje, Si no voy a resolver nada, mejor platicar el problema y así alguien te puede ayudar y así” (TPH, promotora me´phaa, 39 años).

Si bien muchas acciones referidas son muy personales, otras precisamente toman sentido por la interacción, la cual permite liberar y recibir apoyo para trascender un problema. Esto toma importancia en la relación entre la DAE y la PS, mediada por la cohesión social, por los vínculos existentes y sentidos en la vida. Cabe destacar que los programas de salud no se apoyan mucho en esa mediación y en las representaciones y prácticas locales relacionadas con ella. Algunos médicos sin embargo, lo hacen a partir de su experiencia, dando algunas recomendaciones, pero no en el marco de un programa específico y de capacitación con estrategias que ayuden a amortiguar la congoja, la tristeza, o a nivel colectivo, que puedan generar ambientes más cordiales en las comunidades y por ende más participativos.

En el sistema público de salud existen campañas de vacunas, de descacharrización contra vectores, campañas contra el cáncer y muchas más, pero no en relación a la importancia de la convivencia, de la DAE en la salud y mucho menos respecto a la participación social y los determinantes sociales de la atención y de la salud, imprescindibles de abordar también al tratar la DAE. No se trata solamente de “controlar la emoción”, de evadirla y adormecerla, de soslayarla, sino más bien de aprender y enseñar a escucharla y ver de dónde viene, a comprender a esa portavoz de lo que sucede en lo profundo de nosotros, de nuestra vida, del sistema en el que vivimos y de generar dinámicas que permitan su visibilización y una liberación de memoria, emociones, sentimientos y afectos. El soslayo de esa dimensión no la anula, pero sí la deja operando en la deriva, a pesar de constituir un elemento relevante en la determinación social, en la atención y la desatención, en la enfermedad e incluso la muerte. Se trata por tanto de una dimensión desaprovechada desde la perspectiva de la salud.

La DAE se soslaya porque es la costumbre, porque así lo aprendimos, porque no sabemos cómo abordarla; porque no es sencillo, porque mirarla de frente nos confronta con muchas cosas difíciles de cambiar, porque ante los ritmos sociales y la falta de tiempo, utilizado en cubrir las necesidades básicas de sobrevivencia, no hay tiempo suficiente para atenderla; se deja a la deriva o generalmente en un nivel secundario, lo que revela a su vez su determinación social (como se verá en el capítulo 7). Sin embargo, el que se soslaye no implica en absoluto su inexistencia: la DAE a menudo se expresa e incide de manera implícita. Ante una dinámica de desafectos que parece a veces predominar, aparece la elección entre ese proceso patogénico y los procesos de atención que llevan a la salud y que demandan una DAE y una PS cualitativamente mejores.

La complejidad que se hace evidente al abordar la DAE nos muestra a su vez los cambios que se tienen que hacer para poder procurarla más en nuestro hacer cotidiano, y redimensionarla en un sistema económico y un quehacer político que sin duda van en sentido contrario. Sin embargo, este proceso será posible a medida de que se generen más investigaciones, recopilación de experiencias, diagnósticos, prácticas y estrategias políticas que la incluyan, lo que a su vez será posible si existen más personas informadas sobre su relevancia para la atención, la salud y la participación social y a partir de ello acciones específicas que incidan en los diversos niveles y relaciones de poder existentes.

6.4 La dimensión afectivo emocional de la PS y su relevancia en la salud desde la perspectiva local

Un punto clave es reconocer que la vida saludable no depende solamente de las condiciones materiales básicas, sino que está profundamente determinada por procesos de orden cultural y espiritual que se interrelacionan con los procesos de la vida material. Un elemento sustantivo en la determinación de los modos de vivir y de la salud es la identidad y la construcción de la subjetividad y en esa línea es fundamental transformar el contenido y proyección de la cultura y la comunicación en salud.

Jaime Breilh

Aun cuando la vinculación de la DAE y la PS se ha subrayado en los capítulos anteriores (de manera más evidente en el capítulo cinco en el que se analizan las barreras inter e intrapersonales para participar), continuación se analizan algunas narrativas para explicitarla.

La timidez, la tristeza, la vergüenza, el miedo, la inseguridad, “el qué dirán”, el temor a la burla, la falta de autoestima, entre otras, aparecen como barreras para la participación. Así, una mujer me’phaa, con quien había ya relación desde hace ya tiempo, al pedirle la entrevista, varias veces dijo que no podría ayudarme porque ella “no sabía nada” y “no había estudiado”; al final aceptó, contestaba con mucho trabajo y timidez, diciendo repetitivamente “es que yo no sé”, y al preguntarle por qué no participaba en las asambleas, contestó:

“por el miedo o la pena, a veces como le digo le dije a un señor, ‘ay es que a mí me da pena’, a veces me cuesta y me cuentan cómo está y dice el señor ‘mira, si quieres habla y mira al cerro a lo lejos, no mires a las personas, miras a lo lejos, jaja pero yo le digo ‘¿cómo y qué tal si me caigo?’ Y le digo no pues, pero pues yo no voy a la reunión pero me cuentan aquí la gente, pero casi yo no voy a la reunión, y pues yo les digo a los muchachos ‘hubieran dicho esto para que quede mejor, pero yo no voy ‘“
(EPH, mujer me’phaa, 40 años)

Dicha perspectiva fue compartida a su vez por otros actores, como un comisario y dos jóvenes, quienes expresan:

“mucha gente no participa porque hay mucha gente que son tímidos, y dicen ‘¿si participo y hablo mal, o si no digo lo que debo de decir?’ , pero esa gente también tiene buena experiencia eh, pero le da miedo participar en la asamblea, pero si lo encuentras solo, si platicas con ellos solitos, tienen buenas ideas y tienen buenas propuestas”

(Comisario na savi)

“no participan por la ignorancia y por el miedo que tienen de que se burlen de ellos o que te digan que está mal, tienen miedo de decir lo que piensan, piensan que lo van a maltratar o a decir algo”

(ECXT, joven, 24 años)

“yo me siento la mayor parte me da vergüenza hablar y después lo tengo aquí y dices ‘ay, hubiera hablado’ y tienes un sentimiento de arrepentimiento y pues estás mal contigo mismo, porque no pudiste expresarlo así en grande y por eso te sientes mal contigo mismo, ¿por qué no hablé? ¿por qué no hablé?... y ya por eso”

(CiPH, joven mujer, 14 años)

La relación de la DAE y la PS se hace evidente también al explorar los diferentes motivos por los que se participa, ¿qué nos hace participar?: a veces la indignación, el cariño hacia otros, a la naturaleza, al territorio, a la comunidad donde se vive, el tipo de convivencia que existe no sólo entre personas de una comunidad sino también la convivencia con la naturaleza, como cuando una maestra me’phaa refiere su sentir sobre la naturaleza y la vida:

“pues porque considero que gracias a ella (la naturaleza) nosotros tenemos vida, si no tuviéramos agua ¿cómo estuviéramos? si no tuviéramos la vegetación ¿cómo

estuviéramos? porque cuando voy al campo yo me siento muy feliz de estar en el campo, respira uno mejor, tienes más libertad de hacer movimientos, desde que era pequeña me ha gustado mucho la naturaleza” (maestra, me´phaa)

También al preguntar por qué no cree que se participa para el cuidado de la naturaleza:

“porque no alcanzan a entender que nosotros vivimos ayudados de ella, la naturaleza, ellos creen que nada más viven en sí, no alcanzan a entender todavía, porque en la escuela se les da orientación: ‘Cuando van por el camino cuídenlo, protéjanse con él’, pero no lo hacen y están cortando el arbolito que les está dando la sombra, pero que no tantito piensan que se están protegiendo con la sombra del arbolito, ni porque sienten la sombra de ese arbolito no les es importante, no lo cuidan”

(maestra me´phaa)

“colaborar desde nuestro punto de vista, con nuestros propios conocimientos o limitaciones con el fin que algo sea mejor, el proyecto que sea, cómo enriquecerlo, dar nuestro granito de arena, y aprender, es como una retroalimentación: yo participo, algo doy y seguramente voy a recibir más de lo que yo de, pero es el querer hacer las cosas, el interesarse también en los demás, no guardarnos en nuestro propio caparazón y los demás ¿qué me importan?, sería lo contrario a la apatía, yo no me escondo, si no voy y veo, escucho, si algo puedo contribuir ayudo y si no, pues seguramente voy a aprender algo, no me va a hacer”

Estas narrativas denotan que el nivel de participación depende no sólo de aportes técnicos o de herramientas, sino en primer lugar de saber que puedo participar, de saberme capaz, así también del afecto que se sienta por uno mismo, por nuestros vecinos o comunidad y/o por el territorio, por la vinculación y los recuerdos en relación a un espacio, una persona, una experiencia, y del *sentimiento de pertenencia* con ese lugar o comunidad:

“La preocupación ética se constituye en la preocupación por el otro, se da en el espacio emocional y tiene que ver con su aceptación, cualquiera que sea el dominio en el que ésta se dé. Por esto la preocupación ética nunca va más allá del dominio de aceptación del otro en que se da. Al mismo tiempo, según aceptemos o no al otro como un legítimo otro en la convivencia, somos o no responsables frente a nuestras interacciones con él o ella, y nos importarán o no nos importarán las consecuencias que nuestras acciones tengan sobre él o ella”

(Maturana, 2001:50)

“he dicho que si se toman decisiones que van en contra de mi ética profesional pues ahí está mi renuncia sobre la mesa y yo voy a luchar desde otra trinchera para hacer las cosas de acuerdo a mi manera de pensar”

(directora de área, ayuntamiento)

La convivencia es un proceso protector, relevante para la participación, pues se establece la posibilidad de interacción que permite generar espacios y dinámicas de

participación al unir esfuerzos, como lo expresa un campesino me'phaa:

“es importante la convivencia para la participación, pues como dicen, la unidad hace la fuerza; así solos pues no, pues para llegar con el gobernador no te dan apoyo, solos no la hacen, pero entre varios sí, por eso no les dan nada, ahí es donde entra la convivencia”

(LPH, 45 años)

La buena convivencia aparece relevante en la participación en salud pues como ya se mencionó en apartados anteriores, el convivir es esencial para la salud y a su vez para los procesos participativos y para generar cambios:

“es muy importante que estemos bien con la pareja, amigos, familiares es importante que estemos de acuerdo en el trabajo, y hacerlo con gusto, con alegría, tanto por el trabajo como por nosotros mismos, por ejemplo una experiencia si nosotros hacemos un trabajo juntos y lo hacemos contentos seguro sale bien, pero si lo hacemos uno con coraje no sale bien y nos enfermamos y lo que hacemos no tiene ningún valor”

(JPH, rezandero, 70 años)

La DAE en relación a la participación aparece también en la influencia que tiene en la disposición que puede haber para participar, como lo expresa un médico:

“de acuerdo a como este el paciente si tiene o no disposición para participar, si es un paciente que está bien emocionalmente va a querer participar y va a querer ser líder en sus grupos donde se le ponga”

(médico, centro de salud)

“bueno yo digo cuando participas expresas algo de ti que es único, tu das algo de ti pero que nadie lo piensa es tu opinión muy personal, y es un sentimiento al querer hablar, expresas tu sentimiento, y pues podría ser diferentes sentimientos los que nosotros tengamos”

(CiPH, 14 años)

“pues es la consistencia e insistencia, diciéndoles porque, porque, porque y hay persona que ponen barreras, que por su forma de ser dicen: no. Pero he tenido varias personas que han llegado de manera prepotente grosera, a exigir el servicio y he tratado de calmarlas y lo he logrado y ya después salen siendo mis amigas, y si participan, tal vez no con mucha intensidad pero cuando yo lo pido lo hacen, pero es cuestión aquí también de utilizar la empatía porque el que llega a nosotros pues tiene problemas emocionales o ha tenido malas experiencias en otro centro o con otros médicos y muchas veces ya llegan agresivos pensando que tú les vas a hacer lo mismo y les va a pasar igual y tu tratas de calmarlos y decirles que no todos somos iguales”

(médica, SLA, Centro de Salud)

La vinculación de la participación con la dimensión afectiva emocional también se

hace visible cuando aparecen como motivos de la participación la solidaridad y los lazos de afecto, como un ejemplo está el caso de la participación que se da cuando alguien muere:

“aunque no me haya invitado yo voy a ir porque yo siento lo que ella está sufriendo, así pues cuando uno tiene compromiso no nos da tiempo de estar invitando, y por eso una va y ayuda para ser solidario”

(maestra, me´phaa)

Otro ejemplo de esto es la relevancia del sentimiento de pertenencia a una comunidad el cual se da en parte por una red de relaciones de apoyo mutuo en la que se puede confiar (Sarason, 1974), expresa en parte el afecto que se le tiene, así mismo la autoestima, por lo tanto influye en la participación para la salud. El sentido de comunidad ha sido definido por Sarason (1974) y McMillan y Chavis (1986) como aquella sensación de formar parte de un grupo, un sentimiento compartido de que las necesidades colectivas serán atendidas bajo un compromiso cooperativo entre todos sus integrantes.

“todos los problemas radican en falta de información primero y en falta de conciencia y sensibilidad, falta el nosotros”

(promotora de salud, na savi)

“yo les digo a mis hijos quiero que ustedes se eduquen , que se preparen, pero no para perjudicar a los que les hace falta, al contrario, para ayudarlos, porque si eres un maestro de un pueblo, si estás preparado es para que apoyes a tu pueblo, para que el pueblo se mejore”

(promotora de salud, na savi.)

Una de las formas en que se hace evidente dicha vinculación es que muchos de los elementos centrales de la motivación de la participación de las promotoras parece ser que no es nada más compromiso mediado prioritariamente por el mandato de la asamblea, sino por la propia dinámica de los afectos y las emociones, por la motivación⁷⁶ encontrada para el proceso, esto ha sido expresado por las promotoras y se puede encontrar también en el capítulo 5.

Pilar me dice que se siente orgullosa de participar en la comisión de salud, y que a pesar de “su ignorancia” aprende y eso le agrada. Es importante el sentir de ignorancia de varios actores de las comunidades, que se objetiviza a su vez al haber poca participación y empoderamiento. El estar en un proceso participativo (como ha sido el curso de promotores o

⁷⁶ Motivación: *motivus* o *motus*, que significa ‘causa del movimiento’. La motivación puede definirse como «el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo»

el comité de salud), se genera una oportunidad para potenciar las capacidades y así a partir del reconocimiento subjetivizarse una forma distinta, encontrando promotoras que con el tiempo han ido empoderándose, lo cual se hace evidente porque ellas lo expresan y también en sus actitudes.

A su vez, la relación de la PS con la DAE se puede analizar de manera inversa en las posibilidades que tiene el participar en la DAE, (PS → DAE), como se puede notar en la expresión de una integrante en una reunión del Comisión Municipal de Salud:

“yo quiero realmente expresar algo, estoy muy contenta de que estemos reunidos, personas de las comunidades, organizaciones, este es un buen dato significa que realmente nos está interesando la situación de salud y queremos contribuir con un granito de arena y creo que desde donde estemos podemos contribuir...la finalidad creo que es muy buena, considero que todos podemos aportar como ciudadanos, como dicen las compañeras ellas tienen sus necesidades que podrán hacer llegar desde las comunidades”

(regidora, Comisión Municipal)

“a mí me sirve porque aprendo, me siento bien con lo que hago, así puedo ayudar en algo”

(integrante comité de salud)

“las peticiones de las señoras son válidas, bienvenidas no depende solo del hospital depende del estado a nivel federal pero ya no vamos a ir aislados vamos a ir como comisión y va a ir firmada por cada uno de los integrantes y básicamente los objetivos se tienen que hacer valer, y básicamente como objetivo el de gestionar y vincular que es lo que se pretende, y ya para finalizar incidir en los talleres de sensibilización”

(Director Hospital)

Así también es posible notarlo en lo que nos dice una promotora de salud de la policía comunitaria quien participó en la casa de salud de la CRAC:

“aquí en esta casa es como una familia chiquita, aquí desahogas lo que sientes”
(promotora de salud, na savi)

El participar también da la posibilidad de tener experiencias agradables en el mismo proceso participativo que influyen positivamente en la DAE, como decía una integrante del comité de salud de una comunidad al participar en un grupo de zumba, actividades que pueden ayudar a la salud personal pero también a nivel colectivo, generando ambientes afectivos, de interacción, que pueden ayudar a otro nivel en los espacios de decisión.

“yo le decía ¿qué sienten? a poco no se siente bonito estarnos riendo, estarnos platicando, olvidarnos de los problemas un rato, estar aquí brincando, de aquí para acá, que aunque muchos nos vean, nos critiquen, no importa”

(promotora de salud, CRAC)

“me gusta participar y otra porque me distraigo y aquí me aburro, estar siempre aquí y aquí y aquí (en su casa)”

(promotora de salud, CRAC)

¿Si La PS es real la DAE cómo responde?	Si la PS no es real ¿la DAE cómo responde?
Motivación	No hay motivación
Confianza	Falta de confianza
Solidaridad	Competencia
Involucramiento	Apatía

Otro ejemplo en el cual se manifiesta el vínculo existente entre la DAE y la PS, es la importancia de la relación médico - paciente, y de la relación centro de salud -comunidad, en la participación personal y colectiva para la salud, expresado de manera relevante en esta narrativa:

“entonces siento que aquí tiene que ver nosotros como trabajadores tiene que ver mucho el acercamiento, el contacto con esa población, con la que trabajamos. Entonces muchas veces por la prisa o el exceso de trabajo simulamos estar en contacto, pero realmente no nos involucramos sobre lo que le está pasando, muchas veces el paciente quiere que lo escuchen, y yo he logrado convencer a gente que no participaba y ¿cómo lo he logrado? enseñándoles de las enfermedades, hablándole de los beneficios que tiene y llevando a cabo alguna acciones”

(Médico de comunidad)

Otra forma de percibir la vinculación y relevancia de la DAE sobre la PS, es en la importancia que toma el diálogo y la comunicación no solo en la relación profesional de la salud - sino también en las relaciones interinstitucionales y de la relación Estado-comunidad

"aquí de hecho la secretaria de salud no tiene comunicación con el ayuntamiento, cualquier problema es de la secretaria de salud, lo que pasa aquí es que ha habido como mucho celo, se vea la secretaria de salud como algo a aparte: tu tus problemas y no te metas conmigo y yo no me meto contigo"

(regidora del ayuntamiento)

"el ayuntamiento no se involucra, no se compromete con la SS, nos sentimos solos. Por ejemplo, el problema de la muerte materna, no solo problema de la atención, sino también de la comunicación, entre otras cosas, hay que conjugar y vincular las secretarías."

Efectos secundarios de la participación en la DAE

Por otro lado el participar también puede traer efectos secundarios en la DAE que siempre hay que tomar en cuenta en un proceso participativo. Existen varias historias de líderes comunitarios que expresan que a partir de que empezaron a participar en ciertos cargos o actividades tienen más tensiones, estrés, preocupación, por tener que dejar a su familia, que si bien en muchos casos es un riesgo que toman, es importante acompañar. Tal relación la podemos percibir en la expresión de un comisario muy agobiado y desanimado, refiere que lo único que ha ganado a partir de su participación como comisario son problemas con su familia y con la comunidad.

“bueno pues nos viene recordando el trabajo que uno quiere hacer con la familia, los deja uno desamparado porque uno tiene que estar aquí para estar atendiendo al pueblo y a la gente, del diario, y pues debo de servir a mi comunidad y es como un deber de ser ciudadano, pero mi familia también me reclama y eso es mucha presión”
(Comisario CXT)

A través de algunas entrevistas se han podido identificar algunos aspectos subjetivos que al parecer influyen en la forma de actuar del comisario: el sentirse sin capacidad, el sentir presión familiar, el que no le guste hablar con la gente, el no recibir una retribución económica, son factores que influyen en el desempeño de su labor y su capacidad como gestor, y por consecuencia, en su salud y en cierta parte en la de la comunidad ; sin embargo, en este caso el comisario expresa la concepción que tiene sobre el servir a su comunidad lo que se manifiesta en que aun cuando tiene dificultades, cumple con su labor. En otra comunidad, un comisario mixteco refiere haber sido elegido “por mala suerte” porque su esposa lo presionó para ir a la asamblea el día de las elecciones, refiere que no tiene ni idea de cómo se hace, ni gusto por el cargo, expresa que se siente inseguro, descontento, haciéndolo evidente y reflejándose en la falta de apoyo a las promotoras de salud y en ciertos momentos donde se le pidió su apoyo ¿Cómo sería si los comisarios recibieran un curso de capacitación al tomar el cargo, tanto por parte del ayuntamiento, de la secretaria de salud y de los mismos comisarios que ya tuvieron la experiencia?, ¿cómo sería si tuvieran un espacio para expresar su sentir y se retroalimentara por alguien con mayor experiencia? ¿Cómo sería su labor si fuera de alguna manera remunerada? ¿cómo sería si la experiencia generada por los otros comisarios se compartiera con el nuevo comisario?. Esto además de expresa la relevancia de la DAE, revela la necesidad del que existan espacios y dinámicas para compartir experiencias

ya sea por la dinámica municipal o comunitaria, espacios de diálogo. A su vez una promotora y participante de la CRAC – PC, nos refiere los efectos que tuvo en su matrimonio las ausencias por tener que ir a las reuniones.

Otra forma de efecto negativo que puede tener la participación sobre la DAE (PS – DAE) puede ser en la sensación de frustración cuando al participar no se obtienen los resultados deseados, lo que progresivamente genera una disminución en esa participación:

“a veces se cansan de intentar, de decepcionan, sufren, como que se sienten defraudados de que no los comprenden plenamente o de que no tienen el éxito esperado y simplemente tiran la toalla y dicen, - yo hasta aquí”

(médica, SLA, Hospital)

y le dije yo ¿sabes qué?, me siento un poco frustrada porque ¡se pudieron haber hecho tantas cosas!, pero por el simple hecho de decir: tú no eres de mi partido, yo no te puedo dar para que tu avances, porque vas a quedar bien! Y me vas a quitar a mi reconocimiento y al rato van a ser votos para el otro equipo

(médica, hospital SLA)

A su vez es común que cuando alguien de la comunidad participa en alguna actividad o proyecto se genere sospecha y envidia entre personas de la comunidad, tal como nos cuenta una promotora de salud de cómo la criticaron cuando salió de su comunidad para ir a los talleres:

“cuando vine hace un mes, venía yo y una señora que de por sí no me hablaba y me dijo indirectas, dijo: ya se va esa vieja a la cantina a emborracharse..., y con decirle que a mí no me gusta ningún tipo de bebida”

(Promotora de Salud, Cuanacaxtitlán)

Como es posible notar en esta reflexión dichas dificultades están muy vinculadas a su vez a las barreras intra e interpersonales y también inherentes a los procesos participativos que hay que tomar en cuenta. A su vez la misma enfermedad o participación y apoyo en la enfermedad puede generar vinculaciones que de otra forma no se hubieran dado, tal fenómeno pasa en los movimientos sociales por ejemplo donde los colectivos se vinculan, como lo afirma Berlinguer: Una sociedad enferma y la enfermedad puede llevar al aislamiento y ser un fenómeno solo destructivo pero puede también hacer emerger afectos, sentimientos, vínculos de solidaridad entre personas próxima lejanas o desconocidas (Berlinguer, 1994)

En las grandes colectividades la asistencia recíproca tiene una larga historia que se combina con los periodos de profundización de la participación democrática (Berlinguer, 2007: 124)

La determinación social como contexto

La relevancia de la determinación social (DS) ya fue también mencionada y argumentada en distintos capítulos. Al intentar desenterrar las raíces de la enfermedad y la falta de participación, la DS y la DAE son dos raíces vinculadas interdependientes y es en esa interdependencia donde es necesario incidir. Existen varios ejemplos de esta vinculación tal es el caso del análisis como marcadores múltiples de los ya comentados “síndromes de filiación cultural (capítulo 4) como la envidia, y la brujería, expresadas comúnmente como consecuencia de desigualdad en una comunidad, por ejemplo en el caso de la envidia:

“aquí, una ofensa no la perdonan fácilmente, aquí hay familias completas que no, no, que los hijos, ni siquiera saludan al tío o ni saben que son sus tíos, a veces se vienen a dar cuenta en la escuela que este niño con él, son primos y que son hijos de hermanos, de hermanas, pero hay rivalidades, hay que no les permiten, les prohíben. Muchas veces son problemas de la herencia, que a alguno le dejaron esto que al otro no le toco, pues de ahí vienen, por cuestiones materiales, lo material, que es lo que menos valor tiene”

(maestra, na savi)

“la envidia surge porque a veces nosotros trabajamos, tenemos un trabajo donde nos va bien, y es nuestro trabajo es productivo tenemos para comer, tenemos para pasar la vida, y el otro dice aunque somos vecinos, pero estamos diferentes y al otro le molesta de que uno tenga vida o se la pase, bien y le provoca enfermedades, pero ni te imaginas, pero él tiene ese sentimiento y le hace el acto negativo”

(APH, mujer, 64 años)

“aquí la gente ve que trabajas vistes comes bien y hay gente que no trabaja y no tiene dinero, y se dicen de cosas, como costumbres muy feas yo digo, y ya con eso es suficiente para hacer maldades”

(GPH, maestra me'phaa)

Dicha vinculación también se expresa en las barreras encontradas para la participación (Cap. 5), relacionadas a causas estructurales como la falta de dinero, vestimenta, casa, apoyo económico, repartición de bienes, etc.:

“no participan porque no creen que algún día le van a pasar a ellos también, porque nada mas ellos sin problema o viven mejor o no les falta de comer ni nada, ni vestimenta, ni casa, porque ellos tienen suficiente, se creen que ellos viven bien y el que esta pobre le dicen malas palabras o si se equivocan le dicen palabras que no deben decir porque ellos viven mejor así”

En las actividades y entrevistas realizadas es posible observar cómo se expresa la determinación social expresada como causa principal de enfermedades, y como barrera de la participación de manera directa e indirecta, como lo expresa un médico de la zona:

“principalmente el factor económico, eso influye demasiado también, lo económico porque no hay buena alimentación, porque a veces hay ciertos medicamentos que no podemos otorgarles y no tienen dinero para conseguirlo, son muchas situaciones, muchas veces los tenemos que referir a otro hospital pero no van porque no tienen dinero para trasladarse, hay muchas causas” (Médico, centro de salud).

“eventualmente problemas que tienen que ver con la salud con lo que se está consumiendo, bebiendo, problemas también de ingresos pues, si hay problemas de deudas es porque no hay ingresos, empleo, producción, lo que se produce no se vende, y un problema de educación. No, a lo mejor pero son líneas de trabajo que debe de atender la organización” (Líder comunitario).

Otra forma en la que se manifiesta esta vinculación es que el ayudar económicamente es una de las formas en las que participan para la salud de los demás más expresadas (véase capítulo 4), lo cual también refleja la precariedad económica y las necesidades sentidas en esta región.

“pues si ayuda mucho (estar con buen ánimo) porque como dijera si estamos bien, con ganas de participar ayudamos a los demás, por ejemplo con una señora embarazada que no está bien, dicen pues tal señor a esa embarazada y a su familia económicamente no está bien o la maltratan, nos juntamos y ya podemos ayudarla aunque no sea apoyo económico pero si ayudarla” (maestra me´phaa)

“si alguien solicita un apoyo porque económicamente no está bien y no tiene dinero para el tratamiento aquí si cooperan con lo que tengan”(maestra, me´phaa)

“apenas estuvo el caso de una muchachita y le pedían medio millón porque la secuestraron y la familia tuvo que vender terrenos, y creo que no alcanzaron a juntar, y pues ya en la comisaria pues se acercaron y pidieron apoyo al pueblo, anunciaron y ya, y si participaron con eso, aquí son solidarios, y fíjese que dicen a veces yo no voy a cooperar porque ni lo conozco, pero otros si aunque no se conozcan mucho si se apoyan, y con esa muchacha si se juntó esa cantidad y si liberaron a la niña”
(maestra, me´phaa)

A su vez esta relación entre la DS, la DAE y la PS aparece claramente al analizar con mayor profundidad las principales causas enfermedad, como lo expresa un médico de un centro de salud de una comunidad na savi:

“casi todas las personas que traen dolores de cabeza y cuello normalmente casi siempre son tensionales por estrés, crisis tensionales por estrés que se generan en casa, problemas económicos principalmente, está lleno de colitis, gastritis, cervicalgia, dorsalgias y se correlacionan mucho con la salud”

(médico, centro de salud)

Otro escenario donde podemos visualizar de manera contundente dicha vinculación, como ya se mencionó en el capítulo 6, es en el análisis de las causas de alcoholismo y drogadicción en la región, como nos expresa una integrante del grupo “cuarto y quinto paso”, sobre la discriminación:

“la discriminación también, dicen que por no tener nada, que soy pobre, que los ricos, también de eso se habla, que muchos van bien vestidos que llevan dinero, aquí trabajamos todo eso y sí, yo lo viví. Aquí en mi infancia, yo me acuerdo cuando yo iba a la escuela y mi mamá buscó una familia para que fuera a la escuela, ellos no vivían aquí, pero me dejaban si ni un peso, y ¿qué hacía yo? Pues me iba a la escuela sin almorzar, salíamos a receso y con que iba a comprar si no llevaba nada y entonces ahí empieza la discriminación, de que yo no tengo nada y que me humillan por no tener y uno se siente mal porque pues ellos llevan y yo no llevo o yo no traigo nada, y ellos comen y yo no como nada, y entonces por ahí pues empezamos a refugiarnos en otras cosas, en el alcohol y las drogas, por esas carencias de verdad, carencias de amor. Aquí uno se da cuenta de que no nada más porque nos quisimos drogar, o querer alcoholizarnos, sino que tenemos un problema, que es la depresión”

(Señora, cabecera municipal)

A su vez una médica del Hospital Básico Comunitario, expresa dicha vinculación, además de la importancia de la educación en casa y los valores.

“pues si está muy bien, todo amor y paz y luego, y ¿con qué cómo? o ¿qué hago? que si no tengo trabajo, que si tengo chikunguña, ya me quedan las secuelas de 2, 3 años y tengo que mantener a mi familia, yo soy el sustento, y mis articulaciones y todo, o sea es una serie de cosas como la salud, la economía, todo lo social, tiene mucho que ver para que estemos de común acuerdo, es un todo en sí, en todos los ámbitos, pero es pues que tengamos la disponibilidad de querer hacer, y no se necesita para aquello que tengamos las licenciaturas, las maestrías o los doctorados, es mentira, porque he visto familias muy humildes, iletrados todos, pero con muy buenos principios, muy correctos, que saben respetar a los demás, que saben hasta donde termina su derecho y empieza el del otro, y son respetuosos, y hay gente muy intelectual, muy documentada, y le vale sombrilla, en casa es donde empieza todo eso, empieza y termina, entonces yo creo que pues eso”

(médica, Hospital Básico Comunitario)

Esta última narrativa precisamente nos alerta sobre la necesidad de incidir paralelamente en la DS y DAE y la estrecha vinculación entre ambas.

CAPITULO 7. ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Pensar que la esperanza sola transforma el mundo y actuar movido por esa ingenuidad es un modo excelente de caer en la desesperanza, en el pesimismo, en el fatalismo. Pero prescindir de la esperanza en la lucha por mejorar el mundo, como si la lucha pudiera reducirse exclusivamente a actos calculados, a la pura cientificidad, es frívola ilusión. Prescindir de la esperanza que se funda no sólo en la verdad sino en la calidad ética de la lucha es negarle uno de sus soportes fundamentales. Lo esencial [...] es que ésta, en cuanto necesidad ontológica, necesita anclarse en la práctica.

Paulo Freire, Pedagogía de la Esperanza.

7.1 Conclusiones y reflexiones finales

A partir de la recapitulación de una experiencia en el marco de un programa de intervención, se analizan desde la epidemiología sociocultural elementos clave en relación a la dimensión afectiva emocional (DAE) de la participación para la salud (P S) en comunidades me'phaa y na savi en la región de la Costa Chica, Guerrero, México. Desde la experiencia y perspectiva local de los actores significativos se identifican algunas representaciones y prácticas relativas a la salud y enfermedad, la DAE y la Participación Social; mediante narrativas se identifican ejemplos del soslayo de la DS y la PS, así como diversas formas de participar para la salud, cambios en la forma de participar y las barreras y oportunidades y para la DAE, se identificaron diversos espacios y actores relevantes, que en general son poco tomados en cuenta en las estrategias de prevención y atención a su vez se exponen propuestas para incidir en ambos elementos, recopiladas en distintos escenarios a través de ejemplos situacionales y casos concretos, poniendo de manifiesto en particular cómo se expresa la DAE, que se postula aquí como relevante para la participación social para la salud, sin desdeñar su contexto sociocultural y estructural.

Al poner en relevancia en este trabajo a la DAE, no se pretende focalizar solamente la atención en el mundo de lo subjetivo, en un mundo de emociones y afectos descontextualizados, es decir, tomar la senda del sentimentalismo y pasar por alto las condiciones materiales, los procesos socioculturales y la determinación social inherente sino precisamente explorar la oportunidad que nos dan la DAE y la PS para analizar, evidenciar y actuar a mayor profundidad en las raíces de enfermedad, conocer cómo se interrelacionan estas dimensiones y de qué manera puede influir su reconocimiento,

derivando en propuestas operativas en el campo de la salud pública, en la promoción de la salud, en la educación, en la política.

Entre los resultados encontrados en esta investigación se identifica que la palabra salud, enfermedad y participación, no existen como tal en la lengua me'phaa y na savi, en relación a la salud o el estar sano se analizaron narrativas con los significados que se dan a ello; en dicho análisis se identificaron distintas dimensiones implícitas, desde las medidas higiénico dietéticas, hasta la DAE y la dimensión ambiental. Una de las palabras más mencionadas vinculadas con la salud es la del cuidado y una de las formas más mencionadas para su cuidado es el consejo.

A su vez, al preguntar lo que se entendía con el término participación aparecen distintas palabras relacionadas: *hacer, apoyar, ayudar, cooperar, hablar*. Entre los cambios mencionados en la forma de participación en ambas comunidades estudiadas, se encontró que se ha dejado de participar en varias actividades como la asamblea, el tequio, ayuda en los funerales o en ceremonias, lo cual se explica desde la perspectiva local por divisionismo relacionado a los partidos políticos, los programas tipo PROSPERA, la migración, que han generado cambios en el modo de convivencia, disminuyendo los espacios de interacción, esto motivado también por relaciones de poder y dominio. Entre las barreras para la participación social más nombradas se identificaron: a) *las personales*: miedo a equivocarse y a la burla; falta de información o ignorancia; falta de motivación o apatía; timidez, autoestima baja, dificultad a expresar lo que sentimos; b) *las interpersonales*: falta de empatía, de ver por el otro; divisionismo; envidia; mala comunicación; c) *las institucionales*: falta de material; saturación del sistema de salud; poco tiempo para la atención; falta de capacitación, y d) *las estructurales*: violencia; falta de recursos; pérdida del sentimiento de pertenencia; desempeño de los partidos políticos, dinámicas de poder. También se indagaron e identificaron *diversas formas de participar para la salud* que van desde las medidas personales hasta las comunitarias, desde la higiene hasta la participación en asambleas. Se identifican diversos grados de intensidad posible en la participación en relación a la salud, tanto a nivel personal como colectivo; en ese sentido, los elementos ya citados en el ANEXO nos ofrecen diversos ejemplos y a su vez diversos escenarios y actores donde dicha participación se puede dar.

A pesar de que en la indagación de lo que es salud o el estar sano significa, aparece

la DAE es notable que al explorar formas de participar para la salud, los diversos actores sociales hablan en general poco de la DAE, de la participación y de la determinación social, imperando un discurso reduccionista, enfocado de manera dominante en las medidas higiénico dietéticas. El *consejo* tiene un papel relevante, ya que fue la forma más comentada de “participar para la salud de los otros”; consejos que predominantemente correspondían a medidas higiénico dietéticas y recomendar asistir al centro de salud, lo que confirma también la reducción referida y la necesidad de incidir en la resignificación de la salud, de la atención y las múltiples dimensiones relacionadas que se expresen en una participación más real que se plasme en la toma de decisiones en la práctica cotidiana, dirigidas a acciones coherentes con las necesidades actuales y con el propósito esencial al que la salud y el cuidado de la vida nos convocan, para lo cual a su vez se destaca la necesidad de generar canales efectivos de participación y movilización social como lo puede ser la Comisión Municipal de Salud, los comités de salud locales, y los espacios de interacción como los foros municipales de salud en tanto que actividades posibles de llevar a cabo a nivel municipal o comunitario, desafortunadamente, esta poca efectividad responde a raíces más profundas de exclusión, a un dominio de poder donde no es funcional la participación poder por su carácter principalmente subversivo.

La dimensión afectivo emocional (DAE) y la participación para la salud (PS) son soslayadas en distintos niveles y escenarios en el modelo biomédico, a nivel institucional, educativo, en investigación y también en diversas esferas de la vida, lo que aunado a un significado restringido de la atención y de la salud se manifiesta en prácticas reduccionistas, tanto en las instituciones de salud y educativas como en las dinámicas comunitarias y personales. Entre las causas comunes de este soslayo se encontraron, en sus expresiones más inmediatas, cotidianas y localizadas, la dicotomía cuerpo y mente, el modelo neoliberal y el capitalismo, el predominio de una racionalidad instrumental, la modernidad como referente, el dominio y hegemonía cultural.

Desde este enfoque se recapitula la experiencia en dos procesos organizativos como lo son la Comisión Municipal de Salud y la Comisión de Salud de la CRAC- Policía Comunitaria

El análisis de la literatura, de las narrativas y de los testimonios recabados sugiere que a pesar de su constante mención en planes y discursos, en la práctica y en su pretendida

implementación, la participación social para la salud se puede ubicar en el polo virtual e instrumental de la participación social, actualmente limitada y desvirtuada, que responde además en general a una visión reducida y mecánica de la salud, de lo que el estar sano y la participación significan, lo que tiene un efecto epidemiológico en sí, porque esa participación virtual también se refleja en el incremento y complejidad de las enfermedades agudas y crónicas *evitables*, en las fallas en la operatividad de diversos programas propuestos institucionalmente y en la ausencia de las propuestas generadas en el marco de procesos organizativos autónomos o en el vacío institucional con que se topan; el soslayo de la participación social se refleja a su vez en el deterioro de las condiciones de vida y ambientales, en la poca capacidad, interés y posibilidad de la población para tomar decisiones y participar en el diagnóstico, diseño y planificación de acciones para la salud, en el desinterés e incluso la oposición del Estado respecto a generar dichos espacios y posibilidades para el diálogo, así como en el excesivo poder que se ha cedido a los medicamentos para sanar quedando limitadas otras posibilidades preventivas y terapéuticas y otras dimensiones de la salud, como la dimensión afectivo emocional, la determinación social y la dimensión espiritual.

Por esta razón la salud y la participación son conceptos necesarios de resignificar y de atender urgentemente, para generar acciones dirigidas a incidir realmente en el bienestar de la población. La institucionalidad presa de la hegemonía neoliberal, reproduce un enfoque de la salud en torno al modelo biomédico, generalmente reduccionista, asocial, ahistórico, lo cual ha generado barreras para crear espacios saludables y una efectiva participación en los espacios colectivos de toma de decisiones para la salud y en general para la vida. Es importante trabajar en dicha resignificación porque, como ya se vio en el capítulo 2, actuamos en base a un discurso que si bien no es el único existente, sí impera sobre otros y se reproduce constantemente en las escuelas, universidades, medios de comunicación, instituciones de salud (o de enfermedad), lo cual cotidianamente tiene efectos en la capacidad para **participar para la salud**.

A partir de la inclusión de la perspectiva, experiencia y saberes de diferentes actores, quienes forman parte del potencial sanitario de una comunidad y de un municipio, es posible alcanzar una mayor comprensión y generar acciones que promuevan la complementariedad, la inclusión y la justicia, un camino donde todos podamos ser

partícipes y gestores de ideas, de propuestas que llevadas a la práctica deriven en estrategias viables para la solución de problemas de salud. Es esencial que dicha resignificación y sentido compartido se concrete entre los diversos actores sociales (médicos, maestros, profesionales de la salud, padres de familia, jóvenes) y espacios reproductores (escuelas, hospitales, centros de salud, instituciones, medios de comunicación) para generar una mayor participación social en salud, tanto a nivel personal como colectivo, para lo cual es imprescindible generar alternativas creativas y dialógicas ante las diversas barreras para la DAE y la PS (capítulos 5 y 6).

¿Qué pasaría si en la formación de los profesionales de la salud se le diera más importancia a la promoción, prevención, a la formación social y política, al entrenamiento de la inteligencia emocional del profesional y si se enseñara un significado de la salud desde otros enfoques?

¿Cómo sería si la distribución de recursos humanos y profesionales de la salud fuera acorde realmente a las necesidades de la población y se destinaran más recursos para material de promoción con un enfoque más integral y dinámico?

Con estas preguntas, se expresa también la necesidad de rediseñar y complementar los programas de enseñanza, incluyendo materias que ayuden a mejorar la atención en ese sentido, entre las que están: antropología médica, metodología participativa, salud colectiva, etc., con las cuales se puede generar el análisis y la sensibilización del personal hacia otras dimensiones respecto a la salud, y que brinden al estudiante mayor capacidad para afrontar y colaborar con la salud de la comunidad, incluyendo la incorporación de la atención a la dimensión afectivo emocional y la importancia de la relación médico-paciente, poco atendida en su real relevancia desde los programas de enseñanza. Por otro lado, es necesaria también la reestructuración de los programas desde su planificación, en su aplicación y en la evaluación de una manera más acorde al contexto local, integrando la participación social como eje en la práctica y no solo en la teoría.

¿Cómo voy a poder ser promotor de algo si no fui capacitado o formado con esa perspectiva? ¿Cómo voy a invitar a participar si ni yo mismo participo de manera propositiva y democrática en mi propia institución o comunidad?

Las condiciones de salud de la población y del planeta nos convocan urgentemente

a ser creativos en la búsqueda de soluciones y esa creatividad no puede darse en los límites del modelo hegemónico actual, atiborrado de medicamentos que nos distraen la ansiedad, el dolor, medicamentos que cuando son utilizados sin conciencia y de manera desmedida nos impiden escuchar nuestro cuerpo y evaden las causas profundas como la inequidad, la determinación social, la desconexión con la naturaleza y ritmos, con nuestras relaciones afectivas, con el propósito esencial de nuestra existencia. Esta salud tampoco puede darse en los límites del sistema económico que nos orilla al consumismo, a la superficialidad, a lo desechable, a la explotación de los recursos naturales, por lo que es necesario recorrer nuevos caminos, arriesgar, crear, motivarnos y sembrar la esperanza y ahí aparece la importancia de convocar a la DAE y las múltiples herramientas que la acompañan, como el arte en sus múltiples expresiones, al diálogo y la comunicación.

La participación social se ha visto como un aspecto muy técnico, sin embargo, en cada acción hay una emoción que la motiva, todos participamos cotidianamente en diversas actividades en nuestra vida a nivel personal y colectivo, ¿en qué participamos? ¿por qué unos participan y otros no? o ¿por qué unos participan en algunas cosas y otros en otras? ¿En qué es necesario que participemos todos? ¿qué es lo que puede permitir que la flama no se apague? la emoción que se toca, que duele, que inspira, que indigna, que une. Desde este marco, el visibilizar a la DAE y su vinculación con la participación es como abrir una gran puerta que nos permite mirar la necesidad de cambiar la lógica existente en el modelo de salud hegemónico, el paternalismo y reduccionismo que le son inherentes, generar modos de vida salutogénicos, integrando tanto a la DAE como la PS en los diversos espacios, como refiere Aguiló en relación a la ciudadanía de alta intensidad: para la profundización democrática es necesario también extender diversos mecanismos, pero sobre todo los principios y valores éticos que inspiran la vida democrática-igualdad, solidaridad, justicia, participación, libertad, respeto, entre otros (2009:19)

Cuando existe la posibilidad de una verdadera participación y no sólo se instrumentaliza, es decir, cuando existen **dinámicas de participación y espacios de interacción reales**, se incide a nivel emocional y en la *disposición afectiva*. La PS no se concreta a través de definiciones ideales, sino de prácticas cotidianas que nos mantienen vivos, en la convivencia con nosotros mismos y con los demás. La relación de la DAE con la salud es identificada por la comunidad y el personal de las instituciones; sin embargo,

aún no se toma en cuenta lo suficiente en la atención, en el desarrollo y diseño de estrategias y programas, ni en las instancias de gobierno municipal, en la Secretaría de Salud y en las escuelas.

¿Cómo sería la atención si se incluyera más el análisis de esta dimensión afectivo emocional? Tal vez en vez de gastar tantos recursos en medicamentos, en cárceles y castigos, se podría generar estrategias, que incidan en las causas profundas y no sólo en atender la enfermedad de manera reduccionista.

La DAE tiene un gran peso en la política y en las decisiones de quienes ocupan cargos públicos (cabe recordar que los políticos que toman hoy decisiones injustas, pasaron por las escuelas, pero ¿qué fue lo que aprendieron?), por lo que parece urgente impulsar y redimensionar los valores humanos y la DAE desde la educación, la cual no solo depende de las escuelas, sino también de la familia y de la comunidad, por lo que aparece la necesidad de fortalecer la educación familiar que actualmente se ha ido perdiendo por el modelo de vida actual, en el cual el tejido social está lacerado (migración, violencia, inseguridad, desconfianza) y con ello los valores de solidaridad y reciprocidad, esenciales para vivir en comunidad. Visto así, la DAE y la PS para la salud se influyen recíprocamente, por lo que desde la salud pública es necesario reconocer la relevancia de las actitudes, las emociones y afectos y los valores como la solidaridad y la empatía, en particular en lo que refiere a las dinámicas de participación social. En tanto, éstos elementos adquieren relevancia, también, al analizar la determinación social, y también incluso, habría que explorar la participación de esos elementos subjetivos en las decisiones de servidores públicos y gobernantes, porque afectan a su vez a las políticas públicas.

La necesidad de reconocer y potenciar la DAE y la PS importa no sólo en términos de salud pública, pues en las actuales condiciones del país, es preciso convocar a la sensibilidad propositiva en la educación, en la política, en nuestro quehacer profesional y en nuestra propia vida, lo que implica, desde la lectura misma de este texto, motivarnos, movernos, emocionarnos (*e-movere*) en su defensa, en la del territorio y de la salud, y así sacar a lo subjetivo y lo humano de la sombra, pues, como afirma Morin (2001: 28):

el pensamiento, la ciencia, las artes, se han irrigado por las fuerzas profundas del afecto, por los sueños, angustias, deseos, miedos y esperanzas de personas concretas.

7.2 Propuestas a partir de la experiencia de los actores locales, del proyecto de referencia y de algunos referentes actuales

La formación de una ciudadanía democrática no puede separar, de un lado, el desarrollo de la inteligencia y, de otro, el cultivo de un buen corazón. Bien sabemos, por el contrario, que las dimensiones sociales y emocionales son fundamentales para el mismo aprendizaje cognitivo, y que los contenidos que han de llenar bien la cabeza lo son, a su vez, para el mismo despliegue, contenidos y razones que estén en la base de las actitudes. Por eso, en la mayoría de los enfoques de la educación para una ciudadanía democrática se sostiene que han de formar parte de esa pretensión el desarrollo de competencias cognitivas, afectivas y emocionales, así como éticas y comportamentales

Francoise Audigier, 2001.

Este apartado deriva de la recapitulación de testimonios recabados en talleres, ejercicios diagnósticos, reuniones de las comisiones de salud de la CRAC, de la Comisión de Salud Municipal y de los comités de salud locales, así como de notas de campo y entrevistas, así como diálogos al interior del equipo de trabajo; algunos testimonios son expuestos para facilitar la comprensión de la propuesta a partir de las ideas tal y como fueron expresadas por los actores entrevistados. Para facilitar su lectura se exponen de acuerdo al escenario de acción donde van dirigidas: las propuestas generales (“a”) que pueden ser utilizadas en cualquier espacio; las dirigidas a instancias educativas (“b”), a gobiernos municipales (“c”), a comités de salud de organizaciones y a comisiones municipales de Salud, (“d”) a la Secretaría de Salud (“e”) y a la Policía Comunitaria de Guerrero (CRAC-PC) (“f”) ; no obstante, las recomendaciones nos parecen válidas para ser consideradas en otros escenarios.

a) GENERALES:

1- Incorporar en diversos espacios el ejercicio compartido de redefinir la “salud” desde diferentes perspectivas (véase capítulo 2).

Ojalá que todas las comunidades tuvieran claro el concepto de salud, ese sería un avance increíble y se darían cuenta que salud no es una pastilla, si todos trabajamos para difundir qué significa realmente la salud sería un propósito y un objetivo, y que nos apoyáramos pues

(Cordinador, Policía Comunitaria)

Y ahora estamos viendo la salud como más integral, quizás si lo hubiéramos visto desde el principio, pero todavía se puede hacer y poner en el centro a la salud en medio y mientras atender a todos los ejes que está relacionados, por ejemplo cultural, económico y a partir de ahí ver cómo quedan las comisiones

(directora municipal de ecología)

2.- Generar, promover y desarrollar herramientas así como espacios de diálogo y comunicación a nivel personal, familiar, comunitario e institucional que permitan mirar los problemas de salud desde diferentes perspectivas, generar acciones consensuadas y dar seguimiento a los acuerdos de manera colectiva:

Tenemos que mejorar la comunicación, a veces no nos comunicamos, nada más como que tomamos turnos, tú habla y dí lo que quieras, y yo digo lo que quiero", y ¡no!, no hay empatía pues, no hay empatía entre los que están en un cargo aquí y los que están

acá, [...] yo cuando siento que ya tengo algún problemita con alguno de los pacientes, los citamos a alguna reunión a ver qué está pasando, y trato de que no falle eso, la comunicación, porque fallando ya se viene todo abajo. Y yo creo que eso se aplica a la familia, al trabajo, al pueblo, a las naciones enteras, el quizá del que está más, el que está arriba y ocupa un puesto decisivo, tener un poco más de humildad, más de cercanía, no darse baños de pueblo nada más cuando anden en campaña, sino escuchar a la gente y tener el deseo de ayudarlas, y ahora, de la gente, también no querer que el papá gobierno nos solucione todo, sino "¿qué le toca? ¿qué me toca? Tú me ayudas, yo te ayudo, ¿qué hago? ¿qué te falta?" Pero esa disponibilidad, pero primero, primero, pues la comunicación
(médica, ex regidora)

Más que nada es la comunicación, creo que va relacionado con lo que dije antes: para que pueda haber participación tiene que además de estar (una) capacitada, debemos formar en ellos habilidades para ejercer el autocuidado y es fundamental también la comunicación

(médica, centro de salud).

3. Generar espacios y dinámicas que permitan la recapitulación sobre el sentido que tiene el trabajo para la salud en los diversos escenarios. Procurar tiempos y metodología en las instituciones e instancias (Secretaría de Salud, Ayuntamiento, centros de salud, comités, comisarios, maestros, etc) a fin de identificar las barreras y oportunidades para llevar a cabo su trabajo, así como identificar el potencial que tiene a nivel individual y colectivo. La recapitulación implica aprender de la experiencia y

permitirnos una autoevaluación en nuestro hacer, identificando nuestro potencial y nuestras limitaciones; ¿Cómo generar cambios si no nos damos el tiempo suficiente para reflexionar conjunta y periódicamente sobre nuestra labor en este escenario, en este momento?; se necesitan acciones que incidan en esta sensibilización y en la participación real:

Cuando yo egresé de la universidad yo creí que los médicos éramos los máximo y yo sentía que yo no necesitaba de los demás, pero en el transcurso en el que yo entré a mi trabajo me fui encontrando a pacientes que eran agresivos y yo también era agresiva con ellos, y llegó un momento en el que recapacité, y dije, no pues no puedo estar agresiva con ellos, no puedo estar así”, llegó un momento que recapacité, pero pues fue también que otras situaciones de la vida me ayudaron a recapacitar. (médica, centro de salud).

4. Diseñar programas de capacitación que incluyan el desarrollo de habilidades para la comunicación, el diálogo, la confianza y la autoestima:

En mi pueblo todos tenemos derecho a participar, a través de eso vas aprendiendo, si te quedas encerrado no sabes qué pasa, qué sucede, yo al principio también era tímida, callada, pero después poco a poco vas aprendiendo y ya de repente agarras el micrófono y ya estás hablando.

(mujer, policía comunitaria, 40 años)

b) INSTANCIAS EDUCATIVAS:

1. Incluir en la currícula escolar en todos los niveles educativos temáticas de Participación Social y de Dimensión Afectivo Emocional, retomando la importancia de valores humanos que promuevan la colectividad y no la competencia y el individualismo;

Creo que desde chiquito uno también tiene que aprender para que tenga uno el valor de hablar, que nos digan, que no te de miedo, ¡participa! pero antes ¿quién nos decía eso? ¡Nadie!, por eso les digo a mis hijas, ustedes participen, que no tengan miedo, que no les de pena”, les digo a ellas que no sean como yo, que ellas participen, si yo no tuve nada de valor de hablar, pues que ellas lo tengan

(EPH, mujer me´phaa, 40 años).

Yo (aprendí) en la escuela y en mi casa, con mi papá; mi papá nos decía, cuando ustedes vayan, no te enseñes a ser tímida, que no te de pena” me decía, tienes que hablar claro y fuerte, ¿quién te va a entender si hablas entre dientes?, todo es importante, si vas a pasar a decir algo tienes que hablar fuerte”

(BPH, mujer me´phaa, 60 años).

2. Diseñar programas y dinámicas que promuevan la participación en el aula de clase, la escuela, la familia y la comunidad integrando el arte, el juego y la recreación.

Pues invitando, como decimos si hay personas tímidas, pues hay que tratar de convencerlos, para que participen, por lo menos con una palabra que digan ya es ganancia, pero siempre debemos de hacer participar, y tenemos que pensar cómo hacer para que participen, y bueno, en mi experiencia, desde el relajo lo hago participar, y así sí participa

(comisario me' phaa, 52 años)

Vi unos niños y los saludé y rápido se fueron a esconder y de pronto pensé bueno, esos niños ¿por qué son así? Y ya me dijeron que porque eran de la montaña, pero digo pues tampoco está lejos, están cerca. Pero a los niños hay que motivarlos desde pequeños a que hablen, hay que enseñarles juegos para que aprendan a desenvolverse y decirles que cuando participen no tengan miedo, invitar a los muchachos que se burlan, que comprendan por qué es importante o burlarse, que exista un poco de disciplina

(mujer, policía comunitaria)

3. Motivar actividades donde se resalte la importancia de la PS para la salud en distintos niveles:

Hablar, hablando sobre el bien, y así, pues que vayan a las reuniones y escuchen y participen

(EvPH, mujer me' phaa, 13 años)

Pues podemos ayudar a esas personas la mayor parte hablando con ellas, orientándolos y hablando, diciéndoles que la participación es algo así muy importante, como para ellos o para los demás

(JCXT, joven varón na savi, 14 años)

En forma de pláticas, darles información a los jóvenes, y es como una red de apoyo de conocimiento y creo que sí es importante, pues con pláticas con los muchachos, que pongan basura en su lugar, que cuiden el agua, cada escuela hace su parte y entre todos ponemos un granito, entre todos

(médico, SLA, Hospital)

Primer lugar con la familia, educación desde la casa para que lleven el perfil de participación; necesitaría un proyecto que haya un equipo que lleve a cabo un taller de un estudio de las raíces cómo era la participación antes

(maestra me' phaa)

4. Diseñar programas que tengan como objetivo el desarrollo de la PS y la DAE de manera conjunta, es decir que en su planteamiento inicial

La apuesta por el diálogo, el tratamiento del mundo de las emociones y la afectividad en el trato diario, unido a la incentivación del proceso de aprendizaje en el aula, son las herramientas básicas de la propuesta que realizamos(...)el trabajo que proponemos en relación con la búsqueda de consecuencias positivas e incentivadoras, tales como la organización de espacios en el aula y en el centro que motiven el esfuerzo, acompañen la vida diaria de momentos de felicidad que toquen sus emociones y sus aficiones preferidas. (Proyecto Atlantida, pag, 18- 24)

5.- Integrar en los programas educativos a nivel básico medio y profesional materias o contenidos relacionados con la inteligencia y salud emocional:

Yo no puedo como involucrarme con todas las situaciones de todos los pacientes y cargarlas, porque no, no me toca, ni puedo hacerlo, entonces ¿cómo tratar de buscarle alguna solución?... pero a veces por pequeña que sea, con el tiempo nos damos cuenta que sí le sirvió, que sí les ayuda, entonces, lo que yo he visto; llevo once años en la Secretaría de Salud, y antes estuve en Educación, entonces, lo que he recuperado de esas comunidades en las que he estado, y aquí mismo en mi propio pueblo, es que yo llego a la conclusión que sí en una facultad nos enseñan muy poquito, pero a lo mejor porque también no habría tiempo para ello, no lo suficiente para aprender el 100%, pero sí sería bueno como darle un mayor enfoque, como abarcar un poquito más de eso (emociones y afectos), porque tiene mucho que ver y es con lo que vamos a batallar allá afuera, entonces sí sería interesante como incluirlo dentro del plan de estudios de las universidades (médica, SLA, hospital).

6.-Utilizar métodos participativos y técnicas de educación popular.

La falta de mecanismos recreativos, amables y diversos para motivar a la población a la participación apareció como barrera para la participación (capítulo 5) por lo que es importante integrar distintas herramientas, estrategias, enfoques o disciplinas como la música, la pintura, el teatro, entre otros, que ayuden a la expresión oral o corporal, así como la motivación y el compartir espacios públicos. Promover actividades comunitarias artísticas, lúdicas y creativas que ayuden a generar y desarrollar habilidades esenciales para la salud y la participación, permitiendo a su vez la recreación, la convivencia y la ruptura de resistencias (Nava, 2012;12 Hernández, 2014: 93).

7. Incluir contenidos y dinámicas escolares sobre la participación social y los valores a través de actividades como talleres, conferencias, visitas a experiencias de participación locales, reuniones con líderes y grupos locales que practiquen en su cotidiano, que ayuden a promover la necesidad actual de coherencia entre teoría y práctica.

Se necesita mucha plática con ellos para recuperar los valores, el valor de la participación, de la responsabilidad, porque (actúan) sin responsabilidad al no presentarse a las reuniones de sus hijos cuando les convocan o en la autoridad también que les convoca y no van”(maestra na savi).

8.- Brindar talleres específicos que integren el manejo de emociones, tanto para el personal como para la comunidad, partiendo del referente de Goleman (1995) sobre la inteligencia emocional y la alfabetización emocional.

y se da mucho, incluso dentro de nuestro ámbito laboral, como compañeros en el personal de salud, a veces nos quedamos con los problemas de los pacientes, y si no aprendemos a manejarlos nos afectan, nos afectan mucho y luego los llegamos a somatizar y al rato ya tenemos otros problemas de salud

(médica, Hospital, SLA).

c) GOBIERNOS MUNICIPALES:

1.- Promover que las diferentes regidurías trabajen de manera vinculada con la regiduría de salud: cultura, salud y medio ambiente, participación y a partir de un diagnóstico participativo prioricen las actividades mas importantes en ese momento.

2.-Capacitar al personal de salud, a las autoridades locales y a la comunidad sobre la importancia de la participación social en espacios de decisión para la salud:

“Se necesita mucha platica, convencer, hacerles ver el beneficio de lo que trae la salud, porque la gente le digo no le interesa nada, si hablamos ahorita van a ser tres o cuatro personas, pero si llega un político y dice hay apoyo para esto, se llena, hasta hacen cola, pero tratándose de donde no hay dinero no le interesa la gente, aunque sea su propia salud, no le interesa”

(comisario, me´phaa).

3.-Generar material didáctico, entre los que están: manuales operativos para los comisarios que den conceptos básicos sobre la salud, la importancia de los comisarios y autoridades locales en la salud, la importancia de la participación, la importancia de la DAE para la salud y la participación

“Yo creo que hay que hacer manuales de procedimientos y de cada área en las instituciones”

(médico, integrante Comisión Municipal de salud).

d) *Comités de Salud de organizaciones sociales y comisiones municipales de salud:*

1.-Integrar a personas de la comunidad y personal de diversas instancias y sectores sociales (DIF, Hospital, Policía comunitaria, Parroquia, ONG’s, maestros, jóvenes, etc.) a la Comisión Municipal, buscando la mayor diversidad y representatividad posible.

“Es un proceso un primer paso, es invitar a los que quieren estar, a los directores de las escuelas, luego los delegados de las colonias, luego los encargados de los dos radios, luego para redes sociales, se pueden mandar también mensajes”

(médica, Hospital Básico Comunitario).

“Otra cosa es que se invite al oficial mayor, para que se invite, coordinar a la gente de limpieza para que participe”

(médica, Hospital Básico Comunitario).

2.-Generar planes de trabajo y establecer reuniones cíclicas de seguimiento. En México desafortunadamente hay pocos municipios que tengan verdaderos planes de trabajo y reuniones reales de las Comisiones municipales de salud

“Una reunión con el ayuntamiento para que sea factible, para hacer el proyecto tener el proyecto listo para que este y si algo falta agregarle algo, y también después tener como reuniones cíclicas entre nosotros para ver cómo vamos marchando e ir evaluando y aparte hacer un proyecto de trabajo para nosotros”

(párroco, integrante de la Comisión Municipal de Salud).

3.-Propiciar la vinculación y la comunicación de la Comisión Municipal de Salud con la población, a través de mecanismos participativos (buzón, boletín, programa de radio, etc.) ⁷⁷

⁷⁷ Parece elemental buscar las estrategias políticas que permitan la vinculación y comunicación lo que resulta subversivo, ¿de dónde, de qué proceso puede venir el impulso de otra cosa? el problema es también de voluntad política y no solo técnico.

“Precisamente la comisión municipal de salud, va a lograr esa vinculación, que la información fluya hacia ambos extremos y al haber esa comunicación juntos va a ser más fácil que juntemos soluciones, a veces dando tiempo, a veces recurso, tendremos que participar”

(Directora de Ecología).

“Qué bueno que estamos llegando hasta esto, pues siento que vamos caminando poco a poco, ahorita estamos sintiendo algo difícil porque no se había hecho, pero esto, esto es algo tan maravilloso, que ¡qué bueno que ahorita estamos reuniéndonos!, y que esto lo tomemos en cuenta como una cosa que no debemos dejar que se escape, y estas ideas que las sigamos caminando, entonces mire lo que acabamos de decir por ejemplo lo del fondo, es necesario, porque si nadie hace y nadie participa como persona y nos apoyamos no vamos a lograr nada”

(HPH, curandero, me´phaa).

4.-Tomar en cuenta a las autoridades locales y los mecanismos de decisión local como la asamblea para la toma de decisiones de los centros de salud, invitar a las autoridades locales en las reuniones del comité de salud, y visceversa, que en las asambleas comunitarias se convoque la participación del personal del centro de salud y el comité de salud.

5.-Destinar un presupuesto específico para los comités para poderse trasladar a a reuniones con la Comisión municipal, para material de difusión, y para las necesidades identificadas en el diagnóstico participativo.

“Pues yo digo que se necesitaría nada más pues estar especialmente para el comité, sin tener otra, otro cargo y más que nada el apoyo de los doctores y de la propia comunidad para funcionar bien, y tener lo económico para por ejemplo hacer una actividad o algo no hay dinero, ¿Con que se va a hacer?”

“Pareciera que no hemos tomado en serio a la comisión realmente como importante, y tener este boletín es importante, porque aquí se ve el esfuerzo, y ya llevamos un año tres meses, traer ya las propuestas para que las minutas puedan salir ese mismo día, otra sería volver a tocar el punto del presupuesto me importa que la gente tenga un presupuesto generado por el ayuntamiento, para viáticos, alimentación, etc., no sé si podamos hacer un tipo proyecto donde pongamos un presupuesto aproximado para esto”(Director Hospital).

6.- Adaptar los programas de salud a la dinámica y realidad local a partir de un diagnóstico participativo en el que participen personal de salud, autoridades, maestros, jóvenes, consejo de ancianos, la población en general.

“Pues hay que hacerlo seguido cada domingo, un día que la gente no trabaje , porque hay mucha gente que no va por el trabajo que tiene, hay otras que de plano no quieren participar, pero yo digo que si uno organiza cada domingo, o una hora para empezar y después dos horas y así yo creo que la gente se podría animar ahí, van a participar, y hablar más sobre salud, para que la gente vea que si hace falta sobre la limpieza y sobre cómo van a vivir como familia y con los vecinos”(HPH, campesino, me´ phaa, 33 años).

“Tener recurso humano, personal para que vaya a reuniones del pueblo, porque las reuniones son en la tarde y eso es imposible que vayamos porque es fuera del horario de trabajo y por lo tanto no se puede participar coordinadamente”

(CXT, Medico, Centro de salud).

7.-Motivar dinámicas grupales que permitan desarrollar habilidades comunicativas y de expresión

“Interactuar constantemente con el comité, conocer a cada uno de los integrantes conocer su potencial de cada uno de ellos, orientarlo, capacitarlo bien sobre sus funciones y lo demás solito se va a ir dando, pero si es muy importante la empatía porque sin empatía no se hace nada, saber que se necesitan ellos para poder llevar a cabo lo que te piden, ponerte a la par de ellos” (médica, centro de salud).

“Que el centro de salud nombrara a alguien que los capacite primero y hacerlo despertar, que no estén con la pena, que se abran más para su comunicación con ellos, que no se cierren que presten atención” (MCXT, mujer, nasavi, 45 años).

Como elementos puntuales posibles de recomendar generados a partir de la experiencia con la Comisión Municipal de Salud están:

- *Generar un Boletín Municipal de Salud* que integre temas relacionados con la DAE y la PS
- *Emplazamiento-compromiso* sobre problemas y propuestas de salud y atención a los candidatos a presidente municipal de diversos partidos, firmada públicamente por todos ellos, incluyendo el reconocimiento y apoyo económico
- *Diagnóstico participativo* ese marco, hay elementos propios de los sistemas de cargos, visto en el capítulo 4, cuyo potencial sanitario y dialógico demanda atención

e) LA SECRETARÍA DE SALUD:

1.- Capacitar al personal de los centros de salud y a la comunidad en relación a la DAE y a la PS

“Se necesita que hubiera mayor cooperación de la jurisdicción, capacitaciones continuas y permanentes al centro de salud y a la comunidad, y mejorar con el municipios” (Medico, SLA)

2.-Generar un sistema de evaluación y seguimiento de los procesos participativos (grupos de oportunidades, comités de salud, comités de padres de familia, grupos de autoayuda, etc.) implementando indicadores que tomen en cuenta otras dimensiones de la salud e incluir a la misma comunidad en la evaluación

“Pues yo diría que se necesita en primer lugar hacer una invitación y a través de esa invitación explicarles o preguntarles cual es el motivo por el cual no participan en sus reuniones o en cualquier actividad de los trabajos de su pueblo, a lo mejor hace falta información de los derechos que tienen las personas y que tienen derecho de hablar, porque a lo mejor no todos tienen las palabras, o pueden hablar pero si participan” (médica, SLA).

3.-Integrar en la atención primaria un programa y recursos humanos que promuevan la salud emocional y la atención de la dimensión psicosocial con pertinencia cultural, (tomando en cuenta los saberes y representaciones locales) que también genere puentes con los otros programas (por ejemplo el programa de crónicos degenerativos)

“Contribuiría a quitar muchas enfermedades siento, nosotros estamos trabajando más la parte preventiva y esa parte me gusta mucho pero es desgastante porque tocan personas difíciles de convencer, pero siento que si además de la prevención nos dieran cursos de salud emocional sería mejor”

(médica, centro de salud).

4.-Promover tratamientos individuales, colectivos, estrategias para la salud que fortalezcan y regeneren el tejido social, recuperando y fortaleciendo dinámicas locales de organización, espacios de interacción y la identidad comunitaria.

“La realización de lo humano ocurre a nivel de deseo, cuando la persona se anima, toma iniciativas, teme, busca, concibe ambiciones, lucha, es a nivel de deseo. El objeto del deseo falta estructuralmente, sin embargo, el espacio de esa carencia es algo que tiene efectos reales. (Dalmasso: 1976:48).

5.-Generar espacios públicos como pueden ser parques, teatros, foros de diálogo, espacios deportivos, museos comunitarios, etc. que ayuden a promover la interacción y recreación además de servir como centros informativos y de participación social.

f) LA CRAC PC

1.-Incluir el análisis de la DAE en los casos de justicia y seguridad para identificar las causas más profundas de los actos de violencia en las comunidades a partir del diseño de cuestionarios para poder tener información que ayude a un plan preventivo más específico.

2.-Integrar el análisis de la DAE en el programa de reeducación y en la prevención de la violencia en las comunidades, llevando a cabo diagnósticos participativos con terapeutas locales, consejo de ancianos y principales, amas de casa, maestros, para que todos puedan sumar sus puntos de vista y propuestas.

3.-Diseñar manuales y material didáctico con información sobre la Participación social y la DAE y la importancia de ambas para la salud para el bienestar de las comunidades

7.3 La Participación social y la Dimensión Afectivo Emocional en el Programa de Internado Rural Interdisciplinario de la Universidad de la Frontera

Mientras llevé a cabo la maestría en su parte escolarizada en mi estancia en Chile, tuve la oportunidad de conocer el Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI), el cual forma parte del Departamento de Salud Pública de la Universidad de la Frontera (UFRO). Dicho programa fue creado por el Dr. Jaime Serra Canales⁷⁸, en el año 1990 como parte desde las acciones organizadas de manera integral (curativo, preventivo y promocional) ante una epidemia de Hepatitis viral en la localidad de Cunco, IX region, como producto de la articulación entre la Universidad, el Ministerio de Salud y la comuna respectiva, bajo el liderazgo del citado Departamento de Salud Pública, actualmente funcionando en las Comunas de Angol, Carahue, Collipilli, Cunco,

⁷⁸,Dr. Jaime Serra Canales. pediatra y salubrista, quien dirigió durante 22 años el Departamento de Salud Pública y creó el Programa PIRI, modelo nacional e internacional de trabajo comunitario y educativo que estableció un trabajo colectivo con una fuerte impronta social que abarcó las regiones de La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Aysén, abriéndose camino en el último tiempo hasta Neuquén, Argentina, _

http://ufronoticias.ufro.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=668:facultad-homenajeo-legado-de-dr-jaime-serra-canales&catid=1:latest-news

Curacautin, Freire, Galvarino, Lago Verde, Lautaro, Lonquimay, Maquehue, Melipeuco, Nueva Imperial, Puerto Cisnes, Quemchi, Saavedra, Boroa.

En el programa participan y se articulan doce Carreras de la Universidad de La Frontera, de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Educación y Humanidades, en torno a un proyecto docente asistencial en Salud Pública Integral: Medicina, Odontología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Kinesiología, Tecnología Médica, Servicio Social; Agronomía, Ingeniería Forestal, Periodismo y Psicología.

En el año en que se cursó la parte escolarizada del magister tuve la oportunidad de acompañar en varias ocasiones al equipo de docentes del Programa, quienes amablemente me compartieron sus experiencias, conviví con algunos estudiantes y estuve presente en varias actividades llevadas a cabo por el equipo PIRI en algunas comunas⁷⁹ en las que está presente el programa: diagnósticos de salud, talleres de promoción de salud, iniciativas llevadas a cabo junto con la comunidad: huertos, creación de materiales de promoción, ferias de la salud, maratón, campañas, festivales, así como algunas exposiciones en cuentas públicas del municipio en interlocución con autoridades locales.

Tuve la oportunidad de convivir con las estudiantes de Boroa Filulawen, donde mi estancia fue mayor.

En la recapitulación de esta experiencia me pude dar cuenta del impacto que tiene el Programa hacia sus participantes, no sólo en el aspecto técnico, sino también en su desarrollo personal, tanto en los estudiantes como en el grupo docente y en pobladores de las comunas donde se desarrolla.

Entre las líneas de acción del programa están: Promoción y Educación en Salud, Atención Clínica a nivel descentralizado, Salud, Arte y Cultura, Salud Deportes y Recreación, Salud Integral del Pre escolar y Escolar, Salud y Medio Ambiente, Salud e Interculturalidad, Salud de la Mujer, Salud Ocupacional, Salud del Adulto Mayor, Desarrollo Comunitario, Desarrollo Sustentable, Desastres y Emergencias.⁸⁰

⁷⁹ Las comunas corresponden a la unidad básica de la administración local del país. Estas comunas pertenecen a una de las 54 provincias existentes, que a su vez dependen de una de las 15 regiones que conforman el país.

⁸⁰ <http://piri.ufro.cl/>

El programa es un referente para esta investigación ya que precisamente uno de sus ejes principales es el de la participación social para la salud, la cual se trabaja de distintas formas y escenarios, mediante diversas actividades con la comunidad, llevando a cabo diagnósticos participativos y entrando en contacto, vinculación y diálogo con las instancias municipales y universitarias, a las cuales, los estudiantes en coordinación con el departamento de salud pública, informan y exponen las actividades realizadas en su estancia, dan recomendaciones a nivel público a partir de lo identificado y participan en actividades diseñadas en conjunto con las instancias municipales, lo cual es relevante ya que se puede incidir en los espacios de decisión local.

En relación a la DAE, aunque no es nombrada como tal en el PIRI, me parece que la propuesta en sí la lleva inmersa desde su creación y propósito, trabajada en sus líneas de acción como “aspectos psicosociales”.

A partir de lo experimentado en relación a la DAE y la PS, y a manera de reciprocidad, me permito hacer las siguientes sugerencias en relación al tema de tesis:

- Incluir la dimensión afectiva emocional de manera explícita en la curricula formativa de los estudiantes.
- Brindar herramientas y elementos para abordar la DAE en la comunidad, grupos, o pacientes en tratamiento.
- Generar líneas de investigación relacionadas tanto con la DAE como con la PS y su vinculación.
- Incluir en los diagnósticos cómo se expresa la DAE y la PS, así como indagar cuales son sus determinantes específicos estructurales de ambas en la salud y su respectiva trascendencia en cada comuna
- Identificar la relevancia específica de la DAE y la PS en cada línea (p.e. Salud del adulto mayor, de la mujer, en el desarrollo, en la promoción para la salud)
- Generar propuestas a la municipalidad, a las escuelas y a la comunidad relacionadas con la DAE y la PS
- Indagar, conocer, sistematizar experiencias relacionadas a la DAE que el personal docente y de los estudiantes vivencian a partir de su participación en el PIRI.

Bibliografía

- Abbagnano, N. (1986). Diccionario de Filosofía. México: FCE. Disponible en: <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/ABBAGNANO%20INCOLA%201986%20Teoria.pdf>
- Ader, R. (1995). "Historical Perspectives on Psychoneuroimmunology", Friedman y cols. (eds.), Psychoneuroimmunology, stress and infection, Boca Raton: CRC Press, pp. 1-21.
- Ader, R., Felten, D.L. y N. Cohen. (1991). Psychoneuroimmunology. Nueva York: Academic Press.
- Aguilar, M. (2001). La participación comunitaria en salud: ¿Mito o Realidad? Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Aguiló, A. (2009). La ciudadanía como proceso de emancipación: Retos para el ejercicio de ciudadanías de alta intensidad. Revista internacional de filosofía. (9):13-24.
- Aguirre, B. (1994). Obra antropológica XIII. Antropología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Aguirre, G. (1986). Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México, México: CIESAS.
- Alcántara, G. (2008). "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad". Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9(1): 93-107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Alegremia: [http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud colectiva Dialogo Intercultural.htm](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Salud_colectiva_Dialogo_Intercultural.htm)
- Allegue, P. (2001). Sobre el concepto de ciudadanía ¿una senda ilustrada? Jueces para la democracia (41), 37-42. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=174859>
- Alonso, L., Hernández, V., Solís, E. (2014). "La Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur: una opción de educación no formal para la población indígena en el estado de Guerrero, México". Revista mexicana de investigación educativa, 19(60): 103-128. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662014000100006&lng=es&tlng=es.
- Althusser, L. (2008). Ideología y aparatos ideológicos de Estado. Práctica teórica y lucha ideológica. México: Grupo Editorial.
- Amoroz, I. (2014). El buen vivir y la Alegremia: La salud en nuestras manos, La Jornada del Campo, (77). Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/02/15/cam-medicina.html>
- Angulo, S. (2010). Posibilidades y limitaciones para la participación social desde la perspectiva de diferentes actores locales. Rev. Reflexiones, 89 (1): 67-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/729/72917905004.pdf>
- Animación sociocultural: <https://animacionsociocultural.wordpress.com/la-animacion-sociocultural-como-agente-de-intervencion-social/>
- Arias V, Samuel A.; (2009). "Inequidad y cáncer: una revisión conceptual". Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(3): 341-348. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12016344012.pdf>
- Arias, A. (2015). "Los drenajes de la Costa Chica", Notimundo. Disponible en: <http://notimundo.com.mx/los-drenajes-de-la-costa-chica/>

- Ballinas, V. (2011). "Denuncia relator de la ONU que ricos acaparan los recursos de Procampo", Diario La Jornada, junio 21, pag. 15 Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/06/21/politica/015n1pol>
- Bang, C. (2012). Creatividad, prácticas comunitarias de arte y transformación social: una articulación posible. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-072/598.pdf>
- Baronnet, B. (2009). Autonomía y Educación Indígena: Las Escuelas Zapatistas De Las Cañadas de la selva Lacandona de Chiapas (Tesis de Doctorado en Sociología). El Colegio de México, México.
- Baronnet, B. (2010). "Zapatismo y educación autónoma: de la rebelión a la dignidad indígena", Sociedade e Cultura, 13 (2): 247-258.
- Bauman, Z. (2007). Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Ed. Tusquets.
- Becerril, A. (2015), "Tres estados con los más altos índices de inseguridad: documento de la permanente", Diario La Jornada, 12 de julio, pág.4. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/07/12/>
- Bellinhausen, H. (2006). "Los partidos políticos no son buenos, solo dividen". La Jornada, 18 de abril. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2006/04/18/index.php?section=politica&article=018n1pol>
- Berenzon S, y cols. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?, Revista Panamericana de Salud Pública, 33(4):252-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a03v33n4>
- Berlinguer
- Berrio, L., Reyes, N. (2008). "Las mujeres guerrerenses y la Muerte Materna". La salud de las Mujeres Guerrerenses. Retos legislativos. México: FUNDAR. Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/saludonepager.pdf>
- Bibeau, G. (1992). "¿Hay una enfermedad en las Américas?". En: Pinzón CE y cols. (eds) Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, pp. 41-69.
- Bisquerra, R. (2008). Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional. Wolters Kluwer: España.
- Blancarte, R. (2010). Las identidades religiosas de los mexicanos, Cultura e identidades México: El Colegio de México.
- Boff. (2002). El cuidado esencial. Madrid: Trota. Disponible en: <https://inemere.files.wordpress.com/2013/01/el-cuidado-esencial-leonardo-boff.pdf>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology". Qualitative Research in Psychology, 3 (2), 77-101.
- Breilh J. (2009). "Hacia Una Construcción Emancipadora Del Derecho a La Salud." En ¿Estado

- Constitucional De Derechos?: Informe Sobre Derechos Humanos, Ediciones Abya-Yala: Quito.
- Breilh, J. (2010). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". Salud colectiva [online]. 2010, vol.6, n.1, pp. 83-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a07.pdf>
- Breilh, J. (2011). La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría). Salud Colectiva, 7(3): 389-397.
- Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 31(1): 13-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Burga, R. (1981). Terapia gestáltica. Revista Latinoamericana de Psicología, 13(1): 85- 96. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80513106>
- Calderón, E. (2012). La afectividad en antropología: una estructura ausente. México: CIESAS.
- Canabal, B. (2012). "La migración jornalera desde el Estado de Guerrero", Diario la Jornada, Suplemento La jornada del campo, num. 54. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/03/17/cam-guerrero.html>
- Capra, F. (1985). El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Barcelona: Integral.
- Castro, F. (1975), "La educación en revolución", del Libro, La Habana, Cuba, prólogo de Juan Marinello (extractos del libro "La historia me absolverá" y de discursos pronunciados entre 1959 y 1973).
- Chávez, J., Granados, J., Castro, M. (2011). Migración internacional: identidad de género y participación social de las mujeres. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- CIMAS (2009). Metodologías participativas, Madrid: CIMAS. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- Cisneros, S. (2014). "Cambio de autoridades un ritual prehispánico que perdura en la montaña". La Jornada de Guerrero. 8 de febrero. Disponible en: <http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2014/02/08/index.php?section=sociedad&article=008n1soc>
- Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI) (2009). Disponible en: "Tlapaneco" http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=610:tlapanecos-meaphaa&catid=54:monografias-de-los-pueblos-indigenas&Itemid=624
- Conrad, P. (2007). The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, JHU Press. Disponible en: http://books.google.co.uk/books?id=cAE5hlP5YkAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Cooper, D. (1976). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Locus Hypocampus. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B14Synwe1mHzU2lkbjE2MDJOU1U/edit>
- Corbera, E. (2012). Tratado de Biodescodificación, Madrid: Instituto Español de Biodescodificación. Disponible en: www.aebd.org/www.naturalenric.com
- Corominas, J. (1987). Breve Diccionario Etimológico de la lengua Castellana. Madrid: Gredos.

- Cruz, A. (2012). La razón de las emociones, formación social, política y cultural de las
- Cruz, A. (2015). "En México una de cada tres personas consume alcohol de manera nociva". Diario La Jornada, 29 de enero, pág. 39. Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2015/01/29/sociedad/039n2soc>
- Dalmaso G. (1976). El pensamiento enjaulado ficciones de un sujeto político ¿?
- Damasio, A. (2006). El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano, Barcelona: Critica.
- Damian, M. (2014). "Se suicida una estudiante embarazada en San Luis Acatlán, piden legalizar aborto". Diario El Sur, Periódico de Guerrero, 26 de Agosto. Disponible en:
<http://suracapulco.mx/archivoelsur/archivos/201035>
- De la O, M. (2014). "Reprueba la CRAC la reelección de comisario en Cuanacaxtitlán", Jornada de Guerrero, 17 de febrero. Disponible en:
<http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2014/02/17/index.php?section=sociedad&article=006n1soc>
- Dehouve, D. (1994). Historia de los pueblos indígenas de México. Entre el Caimán y el Jaguar. Los pueblos indios de Guerrero. México: Ciesas/INI.
- Dehouve, D. (2012). "Los ritos de expulsión en los tlapanecas", Dimensión antropológica, Año 19, Vol. 56: 67-98. Disponible en:
<http://www.danieledehouve.com/images/articles/DehouveExpulsionDimension56.pdf>
- Dehouve, D. (2014). "Cómo protegerse y cuidar la fuerza entre tlapanecos", Jornada del campo, Núm. 77, 15 febrero. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/02/15/cam-fuerza.html>
- Dehouve, D., Bey, M. (2006). "La política vista desde el municipio". En Dehouve, D., Bey, M. (2006). Multipartidismo y poder en municipios indígenas de Guerrero, México, Universidad Autónoma del Estado de Guerrero (Uagro)- Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), pp. 309-380.
- Delgado M. y Vázquez L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Revista Salud Pública, 8 (2), 128-140. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642006000200001&script=sci_arttext
- Descuret J.B.F (1844). La Médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies les lois et la religion, Paris: Ancienne Béchet Jeune. Disponible en:
<http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5308826409;view=1up;seq=101>
- Diagnóstico del Hospital Comunitario, 2013
- Diario Oficial de la Federación, (DOF). (2013). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Comunidades Saludables, México. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5289157&fecha=27/02/2013
- Duarte, A., y Jaramillo, M. (2009). Cultura política, participación ciudadana y consolidación democrática en México. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad, 16 (46):

<http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/espisal/espisalpdf/espisal46/sociedad1.pdf>

Dubos, R. (1959). El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica.

Díaz, D. (2006). Muerte materna y presupuesto público, México: Centro de Análisis e investigación FUNDAR. Disponible en:

<http://fundar.org.mx/mexico/pdf/Muerte%20Materna%20y%20Presupuesto%20Publico.pdf>

Díaz, F. (2003). Comunidad y comunalidad, en: Rendón, J.J., La comunalidad. Modo de vida de los Pueblos Indios, México, Conaculta, Anexo 1, pp. 65

<http://geopolitica.iiec.unam.mx/sites/geopolitica.iiec.unam.mx/files/Floriberto%20D%C3%ADaz.pdf>

Díaz, G. (2015). “Derechos humanos: Impunidad Eterna”. Proceso, 2026: 30-34. Disponible en:

<http://www.proceso.com.mx/?p=414094>

Díez, E. (2007). La globalización neoliberal y sus repercusiones en la educación, Barcelona: EL ROURE.

Echeverría, B. (1989). Modernidad y capitalismo (15 tesis). Cuadernos Políticos (58):41-62.

Disponible en:

<http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.58/CP58.41.BolivarEcheverria.pdf>

Emociones. Eleuthera (6), 64-81. Disponible en:

http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6_6.pdf

Escárcega, S., Varese, S. (2004). La ruta mixteca. México DF: UNAM: 271-314.

Fernández, Ana María (2007). Las Lógicas Colectivas: Imaginarios Sociales, Cuerpos y Multiplicidades. Colección Sin Fronteras. Editorial Biblos

Feyerabend, P. (1970). Contra el método. Barcelona: Ariel S.A.

Finí, D. (2010). El Sistema Sanitario Zapatista. Análisis histórico-político de la salud autónoma en Chiapas. (Tesis de Licenciatura en Civilizaciones Indígenas de América). Universidad de Siena, Italia.

Freire, P. (1987). Pedagogía del Oprimido. México: Siglo XXI. Disponible en:

<http://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadeloOprimido.pdf>

Freyermuth, G. (1993). Médicos tradicionales y médicos alópatas, un encuentro difícil en los altos de Chiapas, México: CIESAS y el Instituto Chiapaneco de Cultura.

Gallardo, E. (2006). Política social y vida comunitaria, efectos del programa oportunidades en dos comunidades mazatecas de Oaxaca, Colegio de la Frontera Norte.58, 87. Disponible en:

http://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/files/Tesis%20MDR_Enrique%20David%20%20Gallardo%20Garc%EDa.pdf

Gallardo, E. (2008). Política social y vida comunitaria. Efectos del programa Oportunidades en dos comunidades mazatecas de Oaxaca (2000-2006). Tesis para obtener el grado de Maestro en Desarrollo Regional, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, B. C., México, 118 pp.

García, I., Moncayo C. y Sánchez B. (2012), "El parto en México, reflexiones para su atención integral", Ide@sCONCYTEG, 7 (84), pp. 811-844. Disponible en:

- http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
- García, J. (2012). “Oralidad, historia y educación de Na Savi”, en García Leyva, Jaime et. al. De la oralidad a la palabra escrita. Estudio sobre el rescate de las voces originarias en el Sur de México, El Colegio de Guerrero A.C., México, pp. 115 – 138.
- Gardner, H. (1993a). Frames of mind: The theory of multiple Intelligences (2ª ed.). Nueva York: Basic Books.
- Garrido, F. y López, S. (2011). “Evaluación de los programas y servicios de salud en México”, Salud Pública de México, (53): 399-401. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000002
- Gasparello, G. (2009). “Policía Comunitaria de Guerrero, investigación y autonomía”. Política y Cultura, núm. 32, pp. 61-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n32/n32a4.pdf>
- Gessen, V. (2002). “Programación neurolingüística”, Educere, 6(19): 341-343. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601914>
- Goleman, D. (2001). Inteligencia Emocional, Barcelona: Editorial Kairós
- González, L. (2014). “La policía comunitaria en Guerrero. Luchas decoloniales. Nuevos desafíos para la CRAC-Policía Comunitaria de Guerrero”. Pacarina del Sur, 5(2) julio-septiembre. Dossier 12: Presente y futuro de las guardias comunitarias en América Latina. Disponible en: <http://www.pacarinadelsur.com/info/48-dossiers/dossier-12/972-la-policia-comunitaria-en-guerrero-luchas-decoloniales-nuevos-desafios-para-la-crac-policia-comunitaria-de-guerrero>
- González, L. (2014). “Luchas decoloniales, identidad y proceso organizativo autonómico de la Policía Comunitaria CRAC-PC en el Estado de Guerrero”, en Lilián González Chévez y Patricia Moctezuma Yano (Coords.), Estudios de comunidad e identidad en espacios multiculturales. La mirada de los antropólogos, Cuernavaca: Juan Pablos-UAEM, pp. 39-68.
- González, M.P., Barrull, E., Pons, C., Marteles, P. (1998). ¿Qué es la emoción?, Biopsychology. http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm.
- Gramsci, A. (1971). El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto, Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires.
- Granda, E (2011). La salud y la vida. Quito: Ministerio de Salud.
- Guillen, A., Sáenz K., Badii M.H. y Castillo J. (2009). Origen, espacio y niveles de participación ciudadana, Daena: International Journal of Good Conscience. 4(1): 179-193.
- Guillén, D. (2002). “De la Bioética Clínica a la Bioética Global: Treinta Años De Evolución”. Acta bioethica, 8 (1): 27-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S1726-569X2002000100004
- Gómez de Silva, Guido, Breve diccionario etimológico de la lengua española, México: Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, 1988. (Cita de la página 246)
- Gómez, C. (2014). “Hacen falta psiquiatras en el país, advierte especialista”, Diario La Jornada, 19 jul. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/19/sociedad/035n1soc>
- Gómez, N., Coutiño, B. y Trujillo, A. (2015). Conocimiento de la diversidad y distribución actual

- del maíz nativo y sus parientes silvestres en México, segunda etapa 2008-2009. Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias. Centro de Investigación Regional Noroeste. Informe final de los Estados: Guerrero, Chiapas y Morelos, proyecto No. FZ016, México. Disponible en:
http://www.conabio.gob.mx/institucion/proyectos/resultados/InfFZ016_Gro_Chis_Mor.pdf
- Harvey, D. (2007). Breve historia del Neoliberalismo, Madrid: Editorial Akal- Disponible en:
http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/breve_historia_del_neoliberalismo_harvey.pdf
- Heller, A. (1989), Teoría de los sentimientos, México: Fontamara.
- Hernández, H. y Flores, R. (2011). “El suicidio en México”. Papeles de población, 17(68): 69-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252011000200004&script=sci_arttext
- Hernández, M. (2014). Todos somos música. Participación e identidad comunitaria en la orquesta sinfónica de la colonia popular lagunilla, Cuernavaca. Tesis: UAEM
- Hernández, T., Hernández, B. (2013). Pueblos indígenas de México y agua: me’phaa (tlapaneco), Montaña de guerrero, Atlas de culturas del agua en América Latina y El caribe, México. UNESCO Disponible en:
http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/phi/aguaycultura/Mexico/18_Tlapanecos.pdf
- Herrera, E. (2013). “Los caminos de la resistencia: de la Montaña a la Costa Chica”, Diario La Jornada, Suplemento La jornada del campo, núm 67. México. Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2013/04/20/cam-caminos.html>
- Hersch P. y L. González (2011). Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla. México: INAH.
- Hersch, P. (1992). “Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso”, Salud Pública de México, 34(6):678-688.
- _____, (2003). “Actores Sociales de la Flora Medicinal en México”, Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, 629: 30-36. Disponible en: http://www.era-mx.org/biblio/ASFM_RevUNAM_Hersch.pdf
- Hersch, P. (2011). “Diálogo de saberes: ¿para qué? ¿para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación Actores Sociales de la Flora Medicinal en México”, del Instituto Nacional Antropología e Historia, En: Argueta, A., E. Corona-M y P. Hersch (coords.). Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. Proyecto “Compartiendo saberes.” CRIM, UNAM, UNAH, UIA, Fonciyct, Puebla. Disponible en:
http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2011/Arturo_Argueta/9_Dialogo_saberes_que_quien.pdf
- Hersch, P. (2013). “Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación”, Dimensión Antropológica, vol. 57, pp. 119-137. Disponible en:
<http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=9988>

- Hersch, P. (2013). "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria". Salud Pública de México 55(5): 512-518. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n5/v55n5a9.pdf>
- Hersch, P. y Haro J.A. (2007). "¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar". Ponencia presentada en el VII Coloquio REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 6 de junio. Disponible en: http://portalescolson.com/boletines/218/epidemiologia_por_ciento20sociocultural.pdf
- Hersch, P., González, L. (1993), "Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural". Salud Pública de México 35(4):393-402.
- Hersch, P; Sedano A. (2013). "Las comisiones de salud como espacios dialógicos de relevancia para la epidemiología sociocultural, Ejemplos de caso en comunidad de Guerrero y Oaxaca". Oxtotitlán, Itinerancias Antropológicas, 12:3-5, Julio-diciembre, Universidad Autónoma de Guerrero, México.
- IFE. (2014). Informe País sobre la calidad de la ciudadanía en México. México: IFE. Disponible en http://www.ine.mx/archivos2/s/DECEYEC/EducacionCivica/Informe_pais_calidad_ciudadania_IFE_FINAL.pdf
- Illich, I (1978). La convivencialidad, México: Ed. Posada. Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/convivencial.pdf>
- _____, (1985). La sociedad desescolarizada, México: Ed. Joaquín Moritz. Disponible en: http://www.mundolibertario.org/archivos/documentos/IvnIllich_lasociedaddesescolarizada.pdf
- Illouz, E. (2007). Intimidades Congeladas. Las emociones en el capitalismo. Buenos Aires: Katz Editores. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/15978955/Illouz-Eva-Intimidades-congeladas-Las-emociones-en-el-capitalismo-Bs-As-Katz-2007#scribd>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2011). Panorama sociodemográfico de Guerrero. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/gro/Panorama_Gro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). San Luis Acatlán. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=12>
- Juárez, C.S, Ponce de León, M, Rodríguez, G. (2011). "La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva". Interamerican Journal of Psychology, 45(2):193-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741010>
- Korsbaek, Leif, (1996). Introducción al sistema de cargos (Antología), Toluca: Universidad

Autónoma del Estado de México.

- Kuhn, T. (1971). La estructura de las revoluciones científicas, México: Fondo de Cultura Económica. Disponible en:
http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estructura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf
- Latorre, F. y López, S. (2011). “Evaluación de los programas y servicios de salud en México”. Salud Pública de México, 53(4): 399-401. Disponible en:
<http://redalyc.org/articulo.oa?id=10621579002>
- Laurell, A. (2013). Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano, CLACSO: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en:
<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/64-impactodelseguropopular/file>
- Le Breton, D. (1999). Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leff, E. (2011). “Diálogo de saberes, saberes locales y racionalidad ambiental en la construcción de social de la sustentabilidad”. En Argueta, A., E. Corona-M y P. Hersch (coords.). Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. Proyecto “Compartiendo saberes.” CRIM-UNAM, UNAH, UIA, Fonciyt, Puebla, México. Disponible en:
http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2011/Arturo_Argueta/18_Dialo_saberes_local_racional.pdf
- Lenkensdorf, C. (2005). Filosofar en clave tojolabal, México: Ed. Porrúa. Disponible en:
<http://www.olimon.org/uan/lenkensdorf.pdf>
- Levi-Strauss, C. (1979). La eficacia simbólica, Antropología estructural, Eliseo Verón (trad.), Barcelona: Paidós, 211-228.
- León, J. (2012). La participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional ¿De la representatividad a la participación protagónica?, Venezuela: Asociación de profesores universidad de Carabobo. Disponible en:
<http://www.alames.org/documentos/venezparticipacion.pdf>
- Lorenzo, O.; Rodríguez, C.; Herrera, L. (2005). “Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad”. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 15(2):133-154.
- López, O y Blanco J. (2001). La polarización de la política de salud en México- Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1),43-54.
- Macciocchi, M. (1980). Gramsci y la revolución de occidente, España: Siglo XXI de España Editores.
- Makarenko, A. (1996). [1934], Poema Pedagógico. España: Akal. Disponible en:
<http://utan.edu.mx/~huasteca/documentos/biblioteca/pp.pdf>
- Martínez, A.; Piqueras, J.; Ramos V; Oblitas, L. (2009). “Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física”. Suma Psicológica, 16 (2):85-112. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>

- Maturana, H. (1996), La realidad: ¿objetiva o construida?, Barcelona: Anthropos.
- Maturana, H. (2001). Emociones y lenguaje en educación y política. Ed. Dolmen Ensayo.
Disponible en: <http://www.systac.cl/emociones.pdf>
- McMillan, B. & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: a definition and theory. Journal of Community Psychology, 14, 6-23. Disponible en: <http://iranarze.ir/wp-content/uploads/2015/01/Sense-of-Community.pdf>
- Menéndez, E. (1992), La antropología médica en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 97-113. Disponible en:
<http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Men%C3%A9ndez,%20E.%20Modelos%20m%C3%A9dicos.pdf>
- Menéndez, E. (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?” Alteridades, 4(7): 71-83. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>
- Millán, S. (1991). “Plaguicidas Otra Forma de Etnocidio”. Memoria del X Seminario de Economía Agrícola. Instituto de Investigaciones Económicas. UNAM. Disponible en:
http://bidi.unam.mx/libroe_2007/0722724/A19.pdf
- Molina, J., Daquilema, M; Gómez, C. (1992). “Participación social en Salud. Una experiencia en Simojovel, Chiapas”. Salud Pública de México, 34(6):1-11. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634614#>
- Monsalvo, J. “Alegremia”: 2005-2014: disponible en: <http://www.altaalegremia.com.ar/>
- Montero, Juan Carlos. (2012). La estrategia contra el crimen organizado en México: análisis del diseño de la política pública. Perfiles latinoamericanos, 20(39), 7-30. Disponible en:
www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532012000100001&lng=es&tlng=es
- Mora, J. y. Ito-Sugiyama M.E. (2005). Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbano-marginal. Salud Pública de México, 47(2):145-154. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200008&lng=es&tlng=es
- Morin.E. (2003). El método V: La humanidad de la humanidad. La identidad humana. Madrid: Ediciones Cátedra. Disponible en:
<http://www.elmayorportaldegerencia.com/Documentos/Gerencia/%5BPD%5D%20Documentos%20-%20El%20Metodo%20-%20La%20Humanidad%20de%20la%20Humanidad.pdf>
- Morín, E. (2001). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Barcelona: Paidós Studio. Disponible en: http://libroblanco.fuhem.es/wp-content/uploads/2013/05/Morin_E_Los_Siete_Saberes_necesarios_a_la_Educacion_del_futuro.pdf
- Máiz, R. (2010). “La hazaña de la razón: la exclusión fundacional de las emociones en la teoría política moderna”. Revista de estudios políticos, No, 149:11-45.
- Nava, J. (2012). Ruptura de resistencias psicofísicas. Ed.Área Maya: México
- Nicasio, M. (2003). La montaña de Guerrero, paradoja entre desesperanza y el futuro, México:

- CDI, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/pnud/seminario_2003/cdi_pnud_maribel_nicasio.pdf
- Núñez, K. (2013). "Conocimiento, conciencia y práctica: Aprendizajes en la educación autónoma zapatista". Argumentos (México, D.F.), 26 (73):81-92. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952013000300005&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud (1978), Declaración de Alma Ata. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/whr/2003/9243562436.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, (IESM-OMS). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013), "Salud mental: un estado de bienestar", Sitio Web: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- O'Donnell, G. (1993). "Estado, democratización y ciudadanía", Nueva Sociedad, 128: 62-87.
- Pacheco, E., Flores R. (2005), "El factor trabajo en México y las Metas del Milenio", en México ante los desafíos de desarrollo del milenio, Serie Metas Milenio, Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
- Paganini J. (1999). "Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud". En Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington DC: OPS, 1999. p. 17- 25, Ilus, Tab. (OPS Series HCT/AIEPI, 4.E).
- Paganini, J. ; Chorny, A. (1990). "Los sistemas locales de salud, desafíos para la década de los noventa", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);109(5-6).
- Panorama epidemiológico, Rufino HM, Acapulco 2009. Basado en Sistema de Información en Salud SSA 2009
- Peñamaría, C. (2008). ¿Hay vida política en el espacio público mediatizado? CIC Cuadernos de Información y Comunicación. 13:61-78: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2858311>
- Piggeonut, V. (2015). "En la montaña dejan de creer en los políticos", El Universal, 27 de abril, México. Disponible en: <http://archivo.eluniversal.com.mx/estados/2015/impreso/en-la-montania-dejan-de-creer-en-los-politicos-98730.html>
- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: Una mirada desde América Latina. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, 6. Santiago de Chile, CEPAL. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf?sequence=1

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud: Gobierno de la República:
<http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
- Portal, M. (2005). Espacio público y reconstrucción de ciudadanía. *Revista mexicana de sociología*, 67(3), 649-654.
- Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013
- Proyecto Atlantida:
http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/ca_10000213.pdf
- Pérez, A. (2010). La dimensión afectiva de la racionalidad. México: UNAM. Disponible en:
<http://www.artemasciencia.com/textos/anarosapr.pdf>
- Queiroz, M. de S. (1986). “O paradigma mecanicista da medicina occidental moderna: Uma perspectiva antropológica”, *Rev. Saude Pública*, 20 (4):309-317, Sao Paulo.
- Ramírez, N. (2003). Análisis Social. Plan de Desarrollo para Pueblos Indígenas, Análisis Social, PDI, Guerrero. Disponible en:
http://www.bansefi.gob.mx/AhorroCreditoPopular/EstudiosInvestigaciones/Plan%20de%20Desarrollo%20de%20Pueblos%20Indgenas%20Bansefi%20II/IPDP_Guerrero.pdf
- Real Academia de la Lengua Española, (2001). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
- Rebellato J, (1999). La globalización y su impacto educativo-cultural. *El Nuevo Horizonte Posible*, Diálogos. Educación y formación de personas adultas, Barcelona, 19(20):7-28.
- Red CIMAS (2009). Metodologías participativas, Madrid: CIMAS. Disponible en:
http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- Rendón J. (2003). La comunalidad. Modo de vida en los Pueblos Indios, Tomo I, México: Conaculta. Disponible en:
http://issuu.com/ukmats/docs/juan_jose_rendon_monzon_la_comunal
- Restrepo, E. y Rojas. A (2010). Inflexión decolonial, fuentes, conceptos y cuestionamientos. Universidad del Cauca: Popayán. Disponible en: <http://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/Inflexion.pdf>
- Retamozo, M. (2009). Orden social, subjetividad y acción colectiva. *Notas para el estudio de los movimientos sociales*. Athenea Digital, Núm. 16:95-123. Disponible en:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29443>
- Reyes, L. (2015). “Guerrero es el estado más violento del país, según informe del IEP” *Expansión*, 16 de julio. Disponible en: <http://expansion.mx/nacional/2015/07/16/guerrero-es-el-estado-mas-violento-del-pais-segun-informe-del-iep>
- Rodríguez, J. (2009). “La carretera Tlapa-Marquelia, demanda indígena de décadas cumplida a medias”, *La jornada de Guerrero*, 8 de mayo. Disponible en:
<http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2009/05/08/index.php?section=sociedad&article=012n1soc>
- Rodríguez, S.; Andrés, M.; Porro, M; (2012). “Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos”. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2):341-355. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881010>

- Romero, G. (2016). "Pone en marcha Mancera el primer Hospital de Emociones para jóvenes", Diario La Jornada, 20 de abril, pág. 31. Disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2016/04/20/capital/031n1cap>
- Rubin, H.J. y Rubin, I.S. (1995). Qualitative interviewing. The art of hearing data. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruelas, E. y Poblano, O. (2008). Participación Ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud, México: Instituto Nacional Salud Pública.
- Ríos M. (2001). Usos, costumbre e identidad entre los zapotecos de la Sierra norte de Oaxaca en Costumbres, leyes y movimientos indígenas en Oaxaca y Chiapas. CIESAS/ Porrúa.
- Saiz, V. (2012). "Disposiciones afectivas y cambio social". CIC. Cuadernos de Información y Comunicación, 107-133. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=93524422006>
- Sanabria, G. (2004). "Participación Social en Salud". Revista Cubana Salud Pública, 30(3):0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21430305.pdf>
- Sandoval, J. (2005). Salud Mental de México: Servicio de Investigación y Análisis, DGS-SIID-SIA. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Santos, B. de Sousa, (2005). El milenio huérfano, Madrid: Trotta.
- Sarason, S. B. (1974). The psychological sense of community: prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey Bass.
- Scheper-Hughes, N., y M. Lock (1987). "The Mindful Body: A prolegomenon to future work in medical anthropology", Medical Anthropology, 1(1): 6-41.
- Schnake, A. (2007). Enfermedad, Síntoma y Carácter. Diálogos gestálticos con el cuerpo. En: Lambré, T. (Coord), Ed. Buenos Aires: Del nuevo extremo, Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Secretaría de Salud, (2002), "Taller de sensibilización, Guía didáctica", Noviembre. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7219.pdf>
- Secretaría de Salud, (2010). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa de Comunidades Saludables. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328368&fecha=28/12/2013
- Secretaría de Salud, (2011), "Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México", México: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología. Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seppilli, T. (1996). "Antropología Médica: fondamenti per una strategia", Rivista della Società Italiana Di Antropologia Medica, 1-2:7-22.

- Souza, J. (2003). *A Construção Social da Subcidadania: para uma Sociologia Política da Modernidade Periférica*. Belo Horizonte: Rio de Janeiro: UFMG; IUPERJ. (Coleção Origem).
- Spradley, J.P. (1980). *Participant Observation*, Nueva York: Rinehart & Winston.
- Síntoma y su función: <http://elsintomaysufuncion.com/>
- Taylor (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós Ibérica. Disponible en: <http://www.fcpolit.unr.edu.ar/teoriapolitica/files/2014/05/Taylor.La-%C3%A9tica-de-la-autenticidad.pdf>
- Tello, C. (s.f). *Formas de Gobierno en las comunidades indígenas de México*. CDI. Disponible en: http://www.ine.mx/documentos/DECEYEC/vgn_investigacion/formas_de_gobierno_comunidades.html
- Tlachinollan (2013). *La montaña de Guerrero, tierra de mujeres migrantes*, México: Ford Foundation. Disponible en: http://www.uam.mx/cdi/pdf/eventos/informe_tlachinollan.pdf
- Valadez, R. (2008). “Ocupa Guerrero el segundo lugar nacional en suicidios por depresión”. *Diario La Jornada de Guerrero*, 4 de agosto. Disponible en: <http://www.lajornadaguerrero.com.mx/2008/08/04/index.php?section=sociedad&article=007n2soc>
- Vergara, J. (2005). “La utopía neoliberal y sus críticos”. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, (31), 37–62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27903103>
- Viesca, C (1986). *Medicina Prehispánica de México, el Conocimiento médico de los nahuas*, México: Panorama editorial.
- Villasante, T. (2008). *Reflexividades Socio-Práxicas: Esquemas Metodológicos Participativos*. Escuelas de ciudadanía. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_TVillasante_REFLEX.pdf
- Viveros, D. (2007). “La petición de lluvia en la región centro-montaña de guerrero y su importancia en la conservación de recursos naturales”. *Revista brasileira de agroecologia*, 2(1):131-135. Disponible en: <http://www.aba-agroecologia.org.br/revistas/index.php/rbagroecologia/article/download/6250/4560>
- Vázquez M, y cols. (2002). “Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa”. *Rev. Esp Salud Pública*; (76):585-594. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/monografico2/RS765_585.pdf
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado y Sociedad. Luchas decoloniales de nuestra época*, Quito: Abya-Yala. Disponible en: <http://www.flacsoandes.edu.ec/interculturalidad/wp-content/uploads/2012/01/Interculturalidad-estado-y-sociedad.pdf>
- Werner, D., Bower, B. (1993). *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto, California: Hesperian

Foundation.

Wolfe, A. (1977). *The limits of legitimacy. Political contradictions in contemporary capitalism*. Nueva York: The Free Press.

Zolla, C.; Del Bosque, S.; Tascón, A.; Mellado, V. y Maqueo, C. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

Zuckerhut, P. (2007). “Cosmovisión, espacio y género en el México antiguo”. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, (21) 38:64-85. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/557/55703804.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO GENERAL DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

*Este instrumento es la guía de una entrevista semiestructurada, la cual se irá adaptando de acuerdo al perfil y cargo de la persona entrevistada.

INSTRUMENTO

Nombre: _____ Edad: ____ Profesión
ó Grado de estudios: _____
Ocupación _____

A) CONOCER LOS SIGNIFICADOS QUE DAN LOS ACTORES SOCIALES SELECCIONADOS A LOS CONCEPTOS DE SALUD-ENFERMEDAD FOCALIZANDO LAS VIVENCIAS QUE NUTREN ESOS SIGNIFICADOS Y CONCEPTOS.

CONCEPTO “SALUD” y “ENFERMEDAD”

- ¿Qué entiende por la palabra “salud”?
- ¿Qué entiende por “estar sano”? (¿Cuándo considera usted que está sano?)
- ¿Qué entiende por la palabra “enfermedad”?
- ¿Qué entiende por enfermedad o estar enfermo?

B) CONOCER LOS SIGNIFICADOS QUE DAN LOS ACTORES SOCIALES SELECCIONADOS A LA DIMENSIÓN AFECTIVA EMOCIONAL FOCALIZANDO LAS VIVENCIAS QUE NUTREN ESOS SIGNIFICADOS Y CONCEPTOS

- ¿Qué entiende usted por Emociones y afectos?
- ¿Cómo le llaman aquí a lo que uno siente?

C) CONOCER ALGUNAS CLAVES RELACIONADAS CON LA DINÁMICA AFECTIVA – EMOCIONAL PARA LA SALUD EN UNA COMUNIDAD MIXTECA Y TLAPANECA, Y SU DIMENSIÓN HISTÓRICA.

- ¿En su comunidad que importancia le dan a las emociones y los afectos?
- ¿Cómo le dicen o le nombran a lo que uno siente?
- ¿Quién enseña sobre eso?
- ¿Quién cuida o trata las emociones en la comunidad?
- ¿Crees que las emociones y los afectos son importantes para la salud? ¿qué tan importantes o secundarios son, en su experiencia. Ejemplos:
- Existe alguna enfermedad desde la cultura de la comunidad que sea por alguna emoción? (tipo vergüenza, coraje, etc.)

- En la escuela te hablaron de las emociones y los afectos?
 - ¿Se habla de las emociones y de los afectos cuando te atiendes en la consulta médica?
- EJEMPLOS

Sobre dimensión afectiva emocional en relación con la participación para la salud

Considera que las emociones o los afectos son importantes para su salud? ¿por qué?

¿Crees que la dimensión afectiva emocional influya en la capacidad para participar en la salud? por qué? Ejemplos

¿Cómo influyen en su propia salud? Deme un ejemplo

¿Qué siente cuando participa?

¿Qué siente cuando no participa?

¿Qué sintió que lo hizo no participar?

¿Qué siente usted cuando participa con la comunidad?

¿Qué lo hace participar?

D) CONOCER LOS SIGNIFICADOS QUE DAN LOS ACTORES SOCIALES SELECCIONADOS A LOS CONCEPTOS DE PARTICIPACIÓN PARA LA SALUD FOCALIZANDO LAS VIVENCIAS QUE NUTREN ESOS SIGNIFICADOS Y CONCEPTOS.

CONCEPTO PARTICIPACIÓN

¿Qué es para usted participar?

D) Factores que limitan o facilitan la participación

¿Considera que la comunidad participa?

¿Por qué cree que no? ¿Por qué cree que sí?

¿Por qué cree que la gente participa?

¿Por qué cree que la gente no participa?

UNA VEZ ABORDADA LA PROPIA DEFINICIÓN DE PARTICIPACIÓN Y DE PARTICIPACIÓN:

De acuerdo con su experiencia, ¿qué aspectos emocionales o afectivos influyen en la gente en cuanto a su posible participación para la salud? Déme un ejemplo

E) CONOCER DE QUÉ FORMA LOS HABITANTES Y LOS FUNCIONARIOS CONSIDERAN QUE PARTICIPAN O QUE PUEDEN PARTICIPAR EN SU PROPIA SALUD Y EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD.

NIVEL DE PARTICIPACIÓN

¿Cómo participa en la salud de la comunidad?

¿Usted tiene oportunidad de participar en las decisiones que se toman en la jurisdicción, en la planeación de programas o en las acciones?

¿Propone usted medidas de algún tipo?

¿Usted participa en las asambleas comunitarias?

¿En la asamblea se tocan temas relacionados con salud?

¿La gente de la comunidad participa con el centro de salud?

¿Por qué cree que no? ¿Por qué cree que sí?

F) CARACTERIZAR LAS INICIATIVAS, LAS INSTANCIAS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS, QUE PUEDEN PROPICIAR LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA SALUD.

Instancias, espacios y mecanismos de participación

- ¿Cuáles son las instancias de participación para la salud que tiene la comunidad?
- ¿Se han generado acuerdos relacionados con la salud? en su caso cuáles?
- ¿Cuál es su opinión sobre la labor de los comités de salud? Su alcance, sus posibilidades, sus dificultades
- ¿En la asamblea se tocan temas relacionados con salud?
- ¿Se han generado acuerdos relacionados con la salud?

Conocer algunas claves relacionadas con la dinámica de participación social en una comunidad mixteca y tlapaneca y su dimensión histórica.

- ¿Cómo participa la comunidad para su salud?
- ¿En qué actividades participan?
- ¿Cómo era antes? ¿cómo es ahora? Ha cambiado?
- ¿Dónde se aprende a participar?

DIMENSION HISTORICA

- ¿Cómo se participaba antes para la salud de los demás? Era diferente?
- ¿Por qué cree que ha cambiado?
- ¿Por qué cree que la gente ya no participa?
- ¿Cómo participaba antes la comunidad cuando alguien enfermaba?
- ¿Cómo es ahora?

G) SISTEMATIZAR PROPUESTAS, APORTES Y RECOMENDACIONES DESDE LA EXPERIENCIA DE LOS ACTORES LOCALES Y DE LAS DIVERSAS INSTANCIAS PARA IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN PARA LA SALUD.

Propuestas

- ¿Qué cree que sea necesario para que la gente participe más en su salud y en la de la comunidad?
- ¿Qué cree que se necesita para que usted participara más con la comunidad?
- ¿Qué propone para mejorar la función del comité de salud?
- ¿Cómo se podría motivar más la participación de las personas de la comunidad?
- ¿Qué cree que se pudiera hacer para mejorar el nivel de participación de los habitantes?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ORD. : N°047/2015 CEC
ANT. :
MAI : Informe sobre Protocolo de
Investigación Srta. Ana Catalina
Sedano Díaz.
Temuco, 12 de mayo de 2015.

DE : PRESIDENTE - COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA DE TEMUCO.

A : MGR. MARCELO CARRASCO MENRIQUEZ
DIRECTOR PROGRAMA DE MAGISTER DE SALUD PÚBLICA COMUNITARIA Y DESARROLLO
LOCAL - UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Estimado Sr. Carrasco:

Junto con saludarle, mediante la presente me permito informar a Usted que la Srta. Ana Catalina Sedano Díaz, Alumna del Programa de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local que Usted dirige, consultó a este Comité acerca del Procedimiento para llevar a cabo su Tesis de Magister "La dimensión afectiva - emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014."

De acuerdo a la normativa legal vigente en nuestro país, se orientó a la Srta. Sedano para solicitar la revisión y evaluación ética de Protocolo de Investigación para optar al Grado de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local de un Comité Ético Científico local en México, razón por la cual queda liberado de ser aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera.

Se da fe que la Srta. Sedano ha efectuado las gestiones necesarias para presentar sus antecedentes a la instancia que tiene jurisdicción para entregar autorización y efectuar seguimiento/auditoría de estímulos pertinentes a la investigación propuesta. La Investigadora Responsable acompañó los documentos que acreditan autorización para la ejecución del estudio con fecha 05 de mayo de 2015, según consta en oficio N°401.E(1)3.2015/2511 de la Coordinación Nacional de Antropología del Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Sin otro particular, le saluda con atención,


DRA. CLAUDIA BARCHIESI FERRARI
PRESIDENTE - COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA



E.C.
Srta. Ana Catalina Sedano Díaz, Investigadora Responsable.
archiv. CEC.

"2015. Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio número 401.E(1)3.2015/251

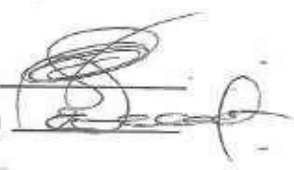
**COORDINACIÓN NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA, MÉXICO.**

No. De oficio o de acta: 401.E(1)3.2015/251

Integrantes del Comité:

Diego Prieto Hernández, Coordinador Nacional de Antropología

Enrique Serrano Carreto, Director de Fomento a la Investigación



Proyecto evaluado:

"La dimensión afectiva-emocional en la participación social para la salud.

Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014"

Investigador del proyecto evaluado:

Ana Catalina Sedano Díaz

Programa de referencia:

Actores Sociales de la Flora Medicinal en México,

Centro INAH Morelos



En México, Distrito Federal, siendo las 12:00 h del 2 de diciembre, a través de la presente hacemos de su conocimiento que la Coordinación Nacional de Antropología ha tenido a bien evaluar los componentes técnicos, éticos y académicos del proyecto de investigación titulado "La dimensión afectiva-emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014". *

Coordinación Nacional de Antropología

Av. San Jerónimo 880, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras

C. P. 10200, México, D.F. Tel. (55)4040 5400 ext. 413701 y 413702

www.coordinacion.cncn@inah.gob.mx www.antropologia.inah.gob.mx

El proyecto de investigación, así como los instrumentos de indagación y de consentimiento informado que se utilizarán en dicho proyecto han sido analizados y APROBADOS bajo los lineamientos actuales de control ético y académico vigentes y requeridos por el Instituto Nacional de Antropología e Historia como institución que ampara el proceso.

Dicho proyecto de investigación tiene como propósito conocer cómo influye la dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud y cuáles las barreras y oportunidades para ello desde la experiencia de diferentes personas que viven en un municipio rural de México.

El proyecto será realizado en el marco del Programa "Actores Sociales de la Flora Medicinal en México", inscrito en el Centro INAH Morelos, por la investigadora en formación Ana Catalina Sedano Díaz y fungiendo como profesores adjuntos: Paul Hersch Martínez, del INAH en México y Marcelo Carrasco, de la Universidad de la Frontera en Chile.



Se hace constar que las personas que participen en dicha investigación no serán sometidas a ningún riesgo, que su participación consistirá en asistir a talleres, responder entrevistas, y formar parte de grupos focales. El material y conversaciones que se generarán durante estas actividades, serán grabados para analizar los datos. Una vez transcritas, dichas grabaciones serán eliminadas.

Coordinación Nacional de Antropología
Av. San Jerónimo 880, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras
C. P. 10200, México, D.F. Tel. (55)4040 5400 ext. 413701 y 413702
www.coordinacion.cnca@inah.gob.mx www.antropologia.inah.gob.mx

Oficio número 401.E(1)3.2015/251

Este comité hace constar que este estudio tiene fines exclusivamente académicos y propositivos, que es aceptado por su contribución a la generación de conocimiento en temas de relevancia actual, por las propuestas colectivas posibles de generarse y la sistematización de experiencias locales relacionadas que ha habido en el programa de referencia donde está inscrito dicho estudio.

Atentamente: 
Diego Prieto Hernández
Coordinador Nacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL

Proyecto Tesis de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local Universidad de la Frontera, Temuco

Usted ha sido invitado a participar en el Proyecto de Investigación "La dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014" que forma parte de la Tesis de Magister De Salud Publica Comunitaria y Desarrollo local del departamento de Salud Pública, localizada en Temuco, Chile, llevado a cabo en coordinación con investigadores del Instituto Nacional de Antropología e Historia, en México.

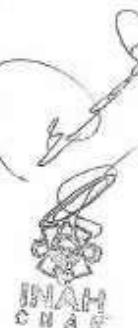
El propósito de dicho estudio es conocer cómo influyen las emociones y los afectos en la participación social para la salud y cuáles son las barreras y oportunidades desde la experiencia de diferentes personas que viven en el municipio.

Se le invita a usted ya que es mayor de 18 años de edad y su experiencia es importante para esta investigación. Este estudio será realizado por Ana Catalina Sedano Díaz, Médico que trabaja en el programa de Actores Sociales de la Flora, bajo la supervisión de Paul Hersch Martínez (Centro INAH Morelos) y Marcelo Garrasco(Universidad de la Frontera, Temuco) . Usted no recibirá dinero por participar de esta investigación su participación es voluntaria.

Esta actividad tiene una duración de una hora aproximadamente. Las conversaciones que se generarán durante esta actividad serán grabadas para luego poder analizar los datos, que usted entrega, a través del programa computacional (Atlas ti) . Una vez transcritas al computados la información (grabación) será eliminada.

Los datos recopilados durante este estudio tienen fines exclusivamente académicos. Usted podrá acceder a los resultados cuando usted quiera solicitándolos al investigador (Ana Catalina Sedano Díaz) a través de la siguiente dirección de correo electrónico catysedano@gmail.com o al teléfono 777233849, de igual forma podrá asistir a un plenario en el cual se presentarán los resultados de la investigación.

En caso de comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la Investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio puede dirigirse al Coordinador del Instituto Nacional de Antropología el Maestro Diego Prieto al email : diegoprieto@yahoo.com, o al teléfono de la Coordinación Nacional de Antropología: el (55) 4040-5400 ext. Ext. 413701 de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hrs.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto Tesis de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local Universidad de la Frontera, Temuco

Comprendo se me ha solicitado la autorización para participar en una entrevista. En el estudio llamado "La dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014" Ejecutado por Ana Catalina Sedano Díaz alumna del Magister en Salud Pública Comunitaria y desarrollo local dictado por el Dpto. de Salud Pública, Facultad de Medicina de la universidad de la Frontera, Chile, en coordinación con el Instituto Nacional de Antropología e Historia, en México.

El estudio tiene por objetivos generales: 1) Analizar cómo *la dimensión afectiva - emocional* incide en la participación social para la salud, 2) Identificar barreras y oportunidades en la participación social para la salud desde la percepción y vivencia de actores locales del municipio San Luis Acatlán.

MI participación consistirá en responder una breve encuesta y otorgar una entrevista (la que puede ser grabada si yo la autorizo para platicar sobre la salud y la participación social

La entrevista tendrá aproximadamente una hora de duración, será conducida por la Srta. Ana Catalina Sedano Díaz, y los datos grabados nunca me identificarán personalmente en ningún escrito o documento que mande del proyecto por lo tanto serán absolutamente anónimos.

Puedo no contestar algunas preguntas, finalizar la entrevista o solicitar los materiales si lo estimo necesario.

La información científica (producto del análisis colectivo) será utilizada para fines académicos publicaciones y presentaciones pertinentes al tema. La Srta. Ana Catalina Sedano Díaz será la persona con quien me contactaré en cualquier momento del estudio para dudas y consulta de Lunes a Viernes de 9 a 17 hrs al correo catysedano@gmail.com o al teléfono 7772338049 o me podré dirigir al Coordinador del Instituto Nacional de Antropología, Diego Prieto Hernández, al email : diegoprieto@yahoo.com, ó al teléfono de la Coordinación Nacional de Antropología: el (55) 4040-5400 ext. Ext. 413701 de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Este estudio me ha sido totalmente explicado; he leído personalmente el documento o en caso de no poder hacerlo, el investigador lo ha hecho por mí y explicado en su totalidad. Comprendo el estudio, todas mis preguntas han sido contestadas y estoy de acuerdo en participar de la entrevista



Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y Firma de solicitante de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Proyecto Tesis de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local Universidad de la Frontera, Temuco

Usted ha sido invitado a participar en el Proyecto de Investigación "La dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014" que forma parte de la Tesis de Magister De Salud Publica Comunitaria y Desarrollo local del departamento de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, localizada en Temuco, Chile, llevado a cabo en coordinación con investigadores del Instituto Nacional de Antropología e Historia, en México.

El propósito de dicho estudio es conocer es conocer cómo influyen las emociones y los afectos en la participación social para la salud y cuáles son las barreras y oportunidades para la participación social desde la experiencia de diferentes personas que viven en el municipio.

Se le invita a usted ya que es mayor de 18 años de edad y su experiencia es importante. Este estudio será realizado por Ana Catalina Sedano Díaz, Médico que trabaja en el programa de Actores Sociales de la Flora, bajo la supervisión de Paul Hersch Martínez (Centro INAH Morelos) y Marcelo Carrasco (Universidad de la Frontera, Temuco). Usted no recibirá dinero por participar de esta investigación su participación es voluntaria.

Esta actividad tiene una duración de una hora aproximadamente. Las conversaciones que se generarán durante esta actividad serán grabadas para luego poder analizar los datos, que usted entrega, a través del programa computacional (Atlas ti). Una vez transcritas a la computadora la información (grabación) será eliminada.

Los datos recopilados durante este estudio tienen fines exclusivamente académicos. Usted podrá acceder a los resultados cuando usted quiera solicitándolos al investigador (Ana Catalina Sedano Díaz) a través de la siguiente dirección de correo electrónico catysedano@gmail.com o al teléfono 777233849, de igual forma podrá asistir a un plenario en el cual se presentarán los resultados de la Investigación.

En caso de comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio puede dirigirse al Coordinador del Instituto Nacional de Antropología, Diego Prieto Hernández, al email : diegoprieto@yahoo.com, ó al teléfono de la Coordinación Nacional de Antropología; el (55) 4040-5400 ext. Ext. 413701 de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hrs.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto Tesis de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local Universidad de la Frontera, Temuco

Comprendo se me ha solicitado la autorización para participar en una entrevista. En el estudio llamado "La dimensión afectiva emocional en la participación social para la salud. Recapitulación de una experiencia en San Luis Acatlán, México, del 2010 al 2014" Ejecutado por Ana Catalina Sedano Díaz alumna del Magister en Salud Pública Comunitaria y desarrollo local dictado por el Dpto. de Salud Pública, Facultad de Medicina de la universidad de la Frontera, Chile, en coordinación con el Instituto Nacional de Antropología e Historia, en México.

El estudio tiene por objetivos generales: 1) Analizar cómo la *dimensión afectiva - emocional* incide en la participación social para la salud, 2) Identificar barreras y oportunidades para la participación social para la salud desde la percepción y vivencia de actores locales del municipio San Luis Acatlán.

Mi participación consistirá en responder una breve encuesta y otorgar una entrevista la cual puede ser grabada si yo lo autorizo para platicar sobre las emociones y los afectos, la salud y la participación social

La entrevista tendrá aproximadamente una hora de duración, será conducida por la Srta. Ana Catalina Sedano Díaz, y los datos grabados nunca me identificarán personalmente en ningún escrito o documento que mande del proyecto por lo tanto serán absolutamente anónimos.

Puedo no contestar algunas preguntas, finalizar la entrevista o solicitar los materiales si lo estimo necesario.

La información científica (producto del análisis colectivo) será utilizada para fines académicos publicaciones y presentaciones pertinentes al tema. La Srta. Ana Catalina Sedano Díaz será la persona con quien me contactaré en cualquier momento del estudio para dudas y consulta de Lunes a Viernes de 9 a 17 hrs al correo catysedano@gmail.com o al teléfono 7772338049 o me podrá dirigir al Coordinador del Instituto Nacional de Antropología, Diego Prieto Hernández, al email : diegoprieto@yahoo.com, ó al teléfono de la Coordinación Nacional de Antropología: el (55) 4040-5400 ext. Ext. 413701 de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Este estudio me ha sido totalmente explicado; he leído personalmente el documento o en caso de no poder hacerlo, el investigador lo ha hecho por mí y explicado en su totalidad. Comprendo el estudio, todas mis preguntas han sido contestadas y estoy de acuerdo en participar de la entrevista



Nombre y firma del participante

Fecha

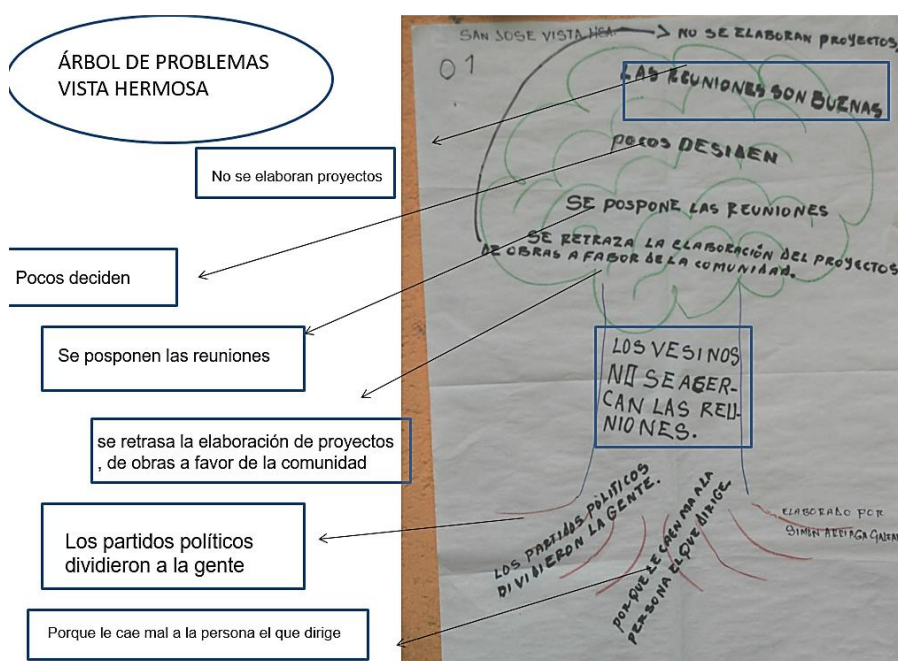
Nombre y Firma de solicitante de consentimiento

ANEXO 3. EJEMPLOS DE ACCIONES Y NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y LAS INSTITUCIONES

PARTICIPACIÓN PARA LA SALUD		
Ejemplos de acciones y niveles de participación en salud		
INTRAPERSONAL		
		
Desconozco mi cuerpo porque no me enseñaron a explorarme, y porque tampoco no tomo iniciativa en conocerlo, ni en cuidarlo		Exploro, conozco mi cuerpo, me cuido, me informo
Uso soluciones “anti” (antitranspirantes, antiácidos, antibióticos, etc.) para solucionar rápidamente las molestias corporales, sin analizar mi proceso y sin pensar que es mejor prevenir, lo atiendo hasta que ya esta enfermo, no escucho recomendaciones, ni pido ayuda		Me interesa la prevención, me empodero de mi cuerpo y mi salud, escucho los síntomas, y los cambios, pido ayuda a los que tienen experiencia, busco soluciones
Voy al médico esperando a que me diga que tengo que hacer, esperando me resuelva mi problema, no hago caso de las recomendaciones, pienso que una pastilla me va a curar tood.		Analizo, pregunto y modifico hábitos negativos, participo en mi entorno para poder modificar cosas que me enferman Participo en la reflexión sobre mi diagnóstico
Pienso que la salud no tiene que ver con emociones, pensamientos, acciones, mis hábitos y lo que me rodea, con la sociedad o la cultura, la economía, la política y el medio ambiente.		Comprendo la salud de una manera más amplia, que tiene que ver con pensamientos, acciones, mis hábitos y lo que me rodea, con la sociedad o la cultura, la economía, la política, el medio ambiente
INTERPERSONAL-COMUNITARIO		
No me importa lo que hagan los demás mientras no perturbe mi ritmo de vida. No conozco a mis vecinos, No conozco las instancias de mi comunidad y municipio, estoy desconectado		Conozco, me involucro en las necesidades, de los grupos con los que convivo (familia, escuela, trabajo, municipio, etc.). Construyo y/o me integro a redes de comunicación, colaboración y recreación.
POLÍTICO		
No me informo o me intereso en lo que pasa, entre menos sepa mejor		Estoy informado de lo que pasa alrededor mío, escucho y hago propuestas para mejorar condiciones de salud en la comunidad
Me informo solo de lo que hace mi partido al que apoyo y/o estoy afiliado.		Conozco las instancias comunitarias, municipales, me informo de lo que proponen y hacen las diferentes instancias políticas formales y no formales.
Mi participación política se reduce a votar o no votar		Genero redes, busco participar en espacios de decisión local (foros de consulta, comités Participo en movimientos ciudadanos

PARTICIPACIÓN PARA LA SALUD		
Ejemplos de acciones y niveles de participación de las instituciones		
INTRAPERSONAL		
Promueven un concepto de salud reducido al modelo biomédico		Se reconoce la salud como un asunto complejo y se aborda de manera transdisciplinaria, incluyendo la determinación social, la dimensión anímico-espiritual.
Estilo jerárquico-paternalista: los profesionales de la salud somos los especialistas y somos los únicos que sabemos lo que el enfermo debe hacer para recuperar la salud, no tomamos en cuenta otras perspectivas, la sabiduría de los abuelos, de los curanderos, de las amas de casa		Dialogamos con los pacientes considerando su contexto ecológico, socioeconómico y cultural. Exploramos dialógicamente el origen de la enfermedad desde diferentes perspectivas. Involucramos a los pacientes ya las instituciones en la responsabilidad de su curación. A nivel social buscamos propiciar y mantener la salud más que curar enfermedades.
Tratamiento reducido principalmente en Farmacoterapia		Tratamiento que aborda no solo medicamentos, también reflexiona e intenta generar acciones o alternativas que incidan y apoyen a nivel familiar, actitudinal, emocional, modo de vida, o hasta nivel socioeconómico-político.
La enfermedad se analiza aun de un modo casi unicausal donde solo es “el virus o la bacteria” no tiene que ver con las emociones, el contexto y la determinación social.		La salud y la enfermedad es un proceso multidimensional. Se analiza de manera integral la fisiología personalizada del paciente, tomando en cuenta su contexto, la dimensión emocional, económica, social, ambiental y política.
El tratamiento debe ser aplicado tal como es indicado por un vademécum o una norma, poco participo como profesional de salud		El tratamiento es una creación colectiva realizada entre el o los terapeutas, el o los pacientes y sus redes sociales, sujeta a cambios para adaptarla y mejorarla en cada caso específico.
INTERPERSONAL-COMUNITARIO		
Decisiones unilaterales, seguimos una jerarquía.		Involucramos a la comunidad en la toma de decisiones.
La gente es sucia. La gente es indolente. La gente es ignorante. La gente es...		Escuchamos necesidades y replanteamos los problemas mediante el diálogo.
Se distrae con televisiones		Genero escenarios donde haya interacción, convivencia
POLÍTICO		
Reproducen los programas de salud sin cuestionarlos, muchas veces dejando que el mercado genere pautas de tratamiento, los programas diseñados sin conocer la realidad donde se implementarán		Cuestionamos los programas de salud y proponemos cambios para hacerlos realistas de acuerdo con el contexto de un paciente o de una comunidad.
La participación se reduce a llenar formatos, tomar talleres o asistir a consulta		Mecanismos de diálogo y participación de diversos grupos, la institución aprende de la población a partir de la escucha de propuestas y necesidades, la comunidad se empodera y se involucra respecto a su salud.
El personal de la institución no cuestiona, o propone solo acata ordenes o requerimientos		La institución promueve la participación dialógica de su personal, incluyéndolos en los diagnósticos, diseño y planeación de los programas y acciones
Se Compran votos		Se diseñan mecanismos de Participación en movimientos ciudadanos para que la voz de todos sea escuchada
Las decisiones las toma la empresa o institución, aun cuando son decisiones que van a dejar daño		Las decisiones las toman los ciudadanos de acuerdo a las necesidades priorizando el cuidado de la vida, de la tierra y el bien común.

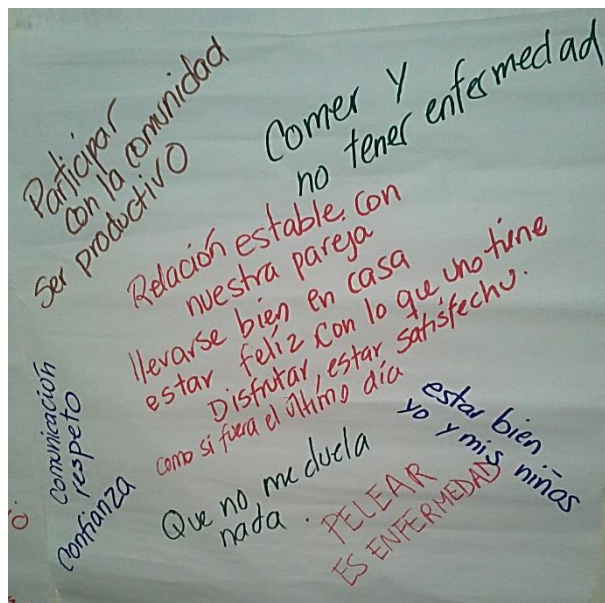
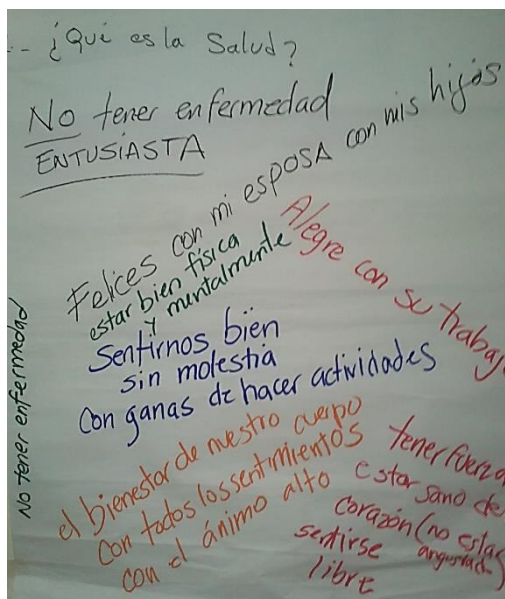
ANEXO 4. ÁRBOL DE LOS PROBLEMAS, EJERCICIO LEVADO A CABO EN EL CURSO DE PROMOTORES DE LA CRAC PC, SAN LUIS ACATLÁN, 2011



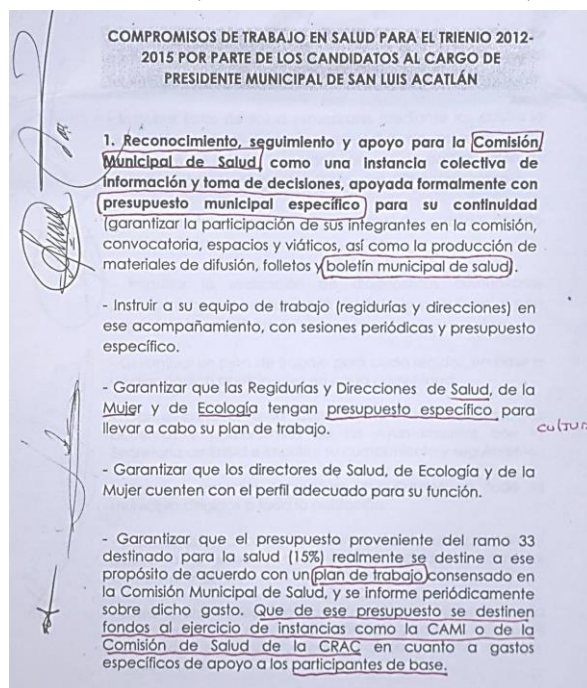
ANEXO 5. ÁRBOL DE LA SALUD COMUNIDAD SANTA MARIA, CURSO PROMOTORES EN HORCASITAS, 2013



ANEXO 6. DINÁMICA ¿QUÉ ES SALUD O ESTAR SANO? CASA DE SALUD COMUNITARIA DE LA CRAC – PC, 2014



ANEXO 7. EMPLAZAMIENTO LLEVADO A CABO POR LA COMISIÓN MUNICIPAL DE SALUD A LOS CANDIDATOS PARA PRESIDENCIA MUNICIPAL, SAN LUIS ACATLAN, 2012



ANEXO 8. DINÁMICA ¿CÓMO NOS SENTIMOS? EJERCICIO DE RECAPITULACIÓN CON PROMOTORES DE SALUD, CASA DE SALUD COMUNITARIA.

Cómo nos hemos sentido
 nos sentimos orgullosos porque hemos aprendido
 cosas que no sabíamos y podemos apoyar a nuestra gente
 Como nos imaginamos en un año
 ser más útil tener más conocimiento
 y que la gente de la comunidad nos apoye

Me Catalina

Respuestas #1
 R= Yo siento que no
 sirve para nada
 Siento que no estoy
 sirviendo como debe
 ser

R Respuesta #2
 R= a mi me gustaría
 que la casa de salud
 estuviera más equipada

¿Cómo nos hemos sentido? de mi parte me siento
 un poco presionada pero a la vez me siento orgullosa
 de poder hacer algo por la comunidad aquí he aprendido
 muchas cosas de lo que no sabía y también he aprendido
 que puedo hacer mucho más, que estas.

ANEXO 9. DINÁMICA DE INTEGRACIÓN GRUPAL Y CONFIANZA- TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS CON POLICÍAS COMUNITARIOS. (FOTO IZQUIERDA). TALLER PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIOS, DINÁMICA “RED DE CUENTOS” (FOTO DERECHA)

