



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**“RESPUESTA DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS FRENTE AL AUTOCUIDADO DE LA
SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES”**

LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOLIDARIAS ENTRE ESTADO, INSTITUCIÓN Y COMUNIDAD
DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE DANIEL BERTAUX

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

LIC. LILIANA PÉREZ JIMÉNEZ

ASESOR

DR. ENRIQUE CONTRERAS SUÁREZ
CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

TUTOR

DRA. LAURA GUADALUPE ZARAGOZA CONTRERAS
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADOS, TRABAJO SOCIAL

MÉXICO, D.F., JUNIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Todos los problemas individuales en el campo de la salud humana pueden resolverse y finalmente así sucederá, ya sea que tengan relación con determinados peligros que deban superarse o con exigencias específicas que deban satisfacerse. Pero resolver los problemas patológicos no es lo mismo que crear salud y felicidad. Esta tarea exige una sabiduría y una visión que trasciendan el mero conocimiento de los remedios y los tratamientos y que capture todas las complejidades y las sutilezas inherentes a la relación entre seres vivos y su medio. La salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria...”

RENE DUBUS

EL ESPEJISMO DE LA SALUD

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	5
1. ATENCIÓN A LA SALUD EN POBLACIONES INDÍGENAS Y RURALES	9
1.1 Las necesidades básicas en salud y la atención del Estado	9
1.1.1 La responsabilidad social en la salud	17
1.1.2 El modelo de Atención Primaria a la Salud	21
1.1.3 La Promoción de la Salud	26
1.2 Programas de Atención Primaria a la Salud en zonas rurales e indígenas	34
1.2.1 El Programa IMSS Prospera (antecedentes)	35
1.2.1.1 El Modelo de Atención Integral a la Salud; la atención médica y la acción comunitaria	39
1.3 La interpretación de las relaciones solidarias en el campo de la salud, desde la antroponomía de Daniel Bertaux.	49
2. INTERCULTURALIDAD Y SALUD	56
2.1 Las poblaciones indígenas en México, generalidades	56
2.1.1 Indigenismo e identidad.	60
2.1.2 Pueblos indígenas y derechos humanos	68
2.2 Interculturalidad, diversidad cultural y salud	72
2.2.1 Indigenismo y salud	75
2.2.2 La medicina tradicional y el modelo intercultural de salud	78
2.3 Participación social, relaciones solidarias e interculturalidad	85
3. LA PARTICIPACIÓN EN EL AUTOCUIDADO A LA SALUD EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS (estudios de caso)	90
3.1 Generalidades metodológicas	90

3.2	San Sebastián el Grande y Pueblo Nuevo desde la narrativa y la observación	97
3.2.1	Investigación monográfica	97
3.2.2	Entorno Social	101
3.2.3	La producción antroponómica (relaciones sociales, relaciones institucionales y participación social). La voz de los actores.	105
3.2.4	Análisis de las correlaciones socioestructurales	120
3.3	San Juan Texhuacan desde la narrativa y la observación	123
3.3.1	Investigación monográfica	123
3.3.2	Entorno Social	126
3.3.3	La producción antroponómica (relaciones sociales, relaciones institucionales y participación social)	130
3.3.4	Análisis de las correlaciones socioestructurales	146
4.	ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	151
4.1	Conclusiones	151
4.2	El Trabajo Social en el ámbito rural	159
4.2.1	Sugerencias de intervención desde el Trabajo Social para fortalecer la prevención y el autocuidado de la salud en poblaciones indígenas y rurales	159
4.2.2	Propuesta de intervención en comunidades indígenas y rurales	161
	ANEXOS	167
	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	190

INTRODUCCIÓN

El abordar el tema de salud en pueblos indígenas implica un acercamiento a varias miradas y escenarios por los cuales pudiera estudiarse; algunos de estos pueden ser, el acceso a los servicios, la calidad en la atención, la cobertura, el sincretismo con la medicina tradicional, los padecimientos, la vigilancia epidemiológica, la vulnerabilidad, entre otros.

Si bien todos y cada uno de éstos temas determinan un verdadero problema de investigación existe un área poco abordada en el campo de la salud la cual es determinante tanto para alcanzar la salud y el bienestar en la población indígena, como para garantizar el acercamiento de los servicios de salud a estas poblaciones. Este tema es el relacionado al autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades a través de la participación y organización de la misma gente, en el cual el papel de las instituciones de salud se convierte en factor fundamental al proveer de elementos cognitivos a las poblaciones, basados en el respeto a la cosmovisión y necesidades reales de salud de éstos pueblos.

En México la atención integral a la salud aún es limitada e insuficiente y la mayoría de las veces inalcanzable para la mayor parte de los grupos indígenas del país (OCDE, 2012 / OMS, 2013); no obstante a estas condiciones, las enfermedades y los padecimientos siguen el curso de la transición epidemiológica y su presencia entre la población indígena no se deja esperar. Enfermedades recurrentes en éstos universos como es el caso del dengue, el cólera, la tuberculosis o el rotavirus por citar solo algunas, continúan su constante aparición o permanencia; pero hoy día y al mismo tiempo, las enfermedades crónico degenerativas consideradas por muchos de “la urbanidad” van en aumento de manera alarmante entre ésta misma población, tal y como es el caso de la diabetes, la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad o las enfermedades cardiovasculares, las cuales generan una vulnerabilidad mayor a estos grupos al ocasionar entre otras cosas, padecimientos más severos, la imposibilidad de acceso a servicios de salud, gastos catastróficos, mala calidad de vida, e incluso la muerte.

La investigación que aquí se presenta “*Respuesta de las poblaciones indígenas frente al autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades*”. *Importancia de las relaciones solidarias entre Estado, institución y comunidad desde la Antropología de Daniel Bertaux,*

aborda un tema prioritario para un país como México (que cuenta con un sistema de salud insuficiente y de mala calidad), al abordar el tema de la salud a partir del autocuidado y la prevención de enfermedades desde la responsabilidad de la misma población, como una opción para el control de padecimientos y a la vez como una alternativa para las propias instituciones en materia de cobertura, accesibilidad y eficiencia en sus intervenciones sobre estos universos, por demás categorizados por diversas instancias como los de mayor marginación, vulnerabilidad y pobreza en el país (CDI/CONAPO, 2010).

Para abordar y desarrollar éste tema es importante considerar que la relación entre la población indígena y las instituciones no es el único elemento determinante para generar una respuesta entre las personas ante los problemas de salud, es necesario contemplar también que existen otros factores dentro de un mismo contexto social que influyen en las relaciones entre instituciones y comunidad y que impiden la aceptación social de la noción del autocuidado y la prevención; un ejemplo de lo anterior son la diversidad de factores y determinantes sociales¹ que se involucran en el contexto del individuo.

Por lo anterior y con el interés de dar a conocer la importancia del trabajo preventivo y de la responsabilidad social en la salud a través de las instituciones en los ámbitos de atención a pueblos indígenas y rurales, la presente investigación busca identificar si las relaciones sociestructurales entre instituciones de salud y la población indígena son determinantes para generar una responsabilidad social o bien para desarrollar la renuencia o indiferencia por corresponsabilizarse en el autocuidado y prevención de la salud, de ser así, esta investigación busca también identificar si existen otros elementos socioestructurales en el entorno social (como la familia, la cultura, la religión, las autoridades locales, la pobreza, etc.) que influyen en esta toma de decisiones entre la población para que participen en materia preventiva.

Considerando la fusión de las determinantes sociales así como la búsqueda de generadores de bienestar en la salud de las poblaciones indígenas, es que se selecciona a la etnosociología a través de la teoría de la antropomía de Daniel Bertaux como el eje teórico

¹ Para la OMS, las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

para el entendimiento de las relaciones socioestructurales entre instituciones de salud, entorno social y población indígena, con el fin de obtener una respuesta para el autocuidado de la salud, la prevención de enfermedades, riesgos y accidentes, y con ello el control de algunos padecimientos considerados de alarmante incremento entre ésta población.

Es a través de la narrativa y las acciones identificadas en el quehacer cotidiano realizadas por los propios actores sociales que conforman éstas poblaciones, que éste estudio buscó identificar las relaciones existentes y los elementos claves que se desarrollan entre comunidades y servicios de salud para la aceptación de las medidas preventivas y de control, así como la relación e influencia que pueden ejercer otros aspectos sociales involucrados en el contexto social de los individuos tales como la familia, la cultura, la religión, las costumbres, las tradiciones, la solidaridad, la organización social entre otros en la decisión de adoptar o no una conciencia social hacia el auto cuidado y la prevención de enfermedades y con ello la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida y de bienestar social.

El dar voz a los actores sociales, conocer sus formas de vida, su contexto social, entender sus posturas ideológicas en materia de salud a través de sus acciones y su narrativa fue el principal interés de éste trabajo. El confrontar la realidad a través de la realidad misma, enfrentando a los actores sociales que en ella intervienen es la mejor forma de entender e interpretar la complejidad de los contextos. Es precisamente a través de éste eje que se buscó identificar la fusión entre la acción individual, la reacción social y el enlace colectivo entre instituciones y organismos responsables de proporcionar atención a la salud a estas poblaciones.

La voz de los actores en éste trabajo pertenecen a los habitantes de dos comunidades indígenas una Mazahua denominada San Sebastián el Grande y otra Otomí llamada Pueblo Nuevo, ambas pertenecientes al Estado de México; y una comunidad Nahuatl denominada San Juan Texhuacan del Estado de Veracruz, esta última perteneciente al ámbito de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Programa IMSS Prospera (antes Oportunidades, antes Progresá, antes Solidaridad, antes COPLAMAR), el cual en México y otros países de América Latina ha sido considerado punta de lanza y precursor del trabajo preventivo y comunitario.

Es importante mencionar que las comunidades del Estado de México no pertenecen al ámbito institucional de IMSS Prospera, estas fueron incluidas precisamente con el fin de identificar las variaciones entre comunidades formadas bajo los principios de participación social y comunitaria, prevención y formación de líderes y aquellas que solo han tenido presencia de las instituciones a través del asistencialismo. En ambos casos fue a través de los actores que habitan éstas localidades que se identificaron los elementos socioestructurales así como las relaciones solidarias y los alcances entre población e institución y la influencia que desempeñan entre sí otros factores sociales.

Con una mirada desde la perspectiva de intervención del trabajo social, la investigación que aquí se desarrolla busca dejar a los lectores y tomadores de decisiones en materia de atención a la salud en el México rural, importantes aportaciones sobre las correlaciones estructurales para la producción antroponómica y el establecimiento de las relaciones solidarias, en el campo de la salud entre las instituciones que ofrecen sus servicios en éstos ámbitos.

CAPITULO 1

ATENCIÓN A LA SALUD EN POBLACIONES INDÍGENAS Y RURALES

1.1 Las necesidades básicas en salud y la atención del Estado.

Al hablar de comunidades indígenas, se habla forzosamente de diversidad, cultura, tradiciones, costumbres, identidad, lengua y raíces; no obstante, al mismo tiempo y de manera inevitable se habla también otros conceptos lamentablemente ligados a realidades de estos grupos de población, tal y como es la pobreza, la marginación, la vulnerabilidad y la discriminación.

Por citar algunas cifras:

En México la población indígena representa el 13.7% de la población total del país, es decir un poco más de 15 millones de habitantes; existen actualmente 62 grupos indígenas los cuales en su totalidad se encuentran ubicados en 32 municipios prioritarios caracterizados por alta marginación y pobreza; ésta tendencia se manifiesta en que sólo el 24% del total de ésta población cuenta con estudios de primaria y 20% de la misma no tiene instrucción alguna, el 22% de las viviendas en estas comunidades aún son de piso de tierra y en materia de salud la posibilidad de acceso a servicios integrales de atención es casi nula debido a las condiciones de accesibilidad y distribución de los servicios; sólo el 58.2% de estas poblaciones cuenta con acceso a algún servicio básico de salud.(INI-CONAPO, 2011)

En materia de atención a la salud en comunidades indígenas, la respuesta del Estado ha sido limitada, los pueblos indígenas al igual que el resto de la sociedad deben de enfrentar de manera independiente la persistencia de padecimientos infecto contagiosos tal y como el rotavirus, la tuberculosis (Tb), el dengue, el cólera entre otros, así como la aparición y el incremento de nuevas y complejas enfermedades, como es el caso de las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.) (Cuadro 1), entre otras complicaciones y padecimientos (altos índices de mortalidad materna, desnutrición, adicciones) que aunque epidemiológicamente hablando no son generadas por un agente de contagio o infección, sí se hacen un problema de salud pública al ser cada vez mayor su incidencia a causa la indiferencia social y la falta de prevención. El punto central es que estos padecimientos y muchas de las enfermedades transmitidas por contagio, en la mayoría de las ocasiones pueden ser evitables a través de la simple participación y conciencia preventiva y de autocuidado de los individuos.

Cuadro 1. Enfermedades Crónicas en México

Padecimiento	1994	2000	2006	2012
Sp	38%	38.4%	39.8%	38.8%
Ob	20.9%	23.7%	30.8%	32.4%
Ht	26.6%	30.7%	31.0%	31.5%
Db. T2	4.0%	6.7%	9.2%	14.4%

Cifras en relación al total de población en México. Aguilar, C. (2013).

Para llegar a lo anterior es importante identificar que parte del compromiso del Estado es proveer y dar acceso a los servicios de salud a toda la población del país, incluyendo a las poblaciones indígenas del mismo, por lo anterior, las instituciones de salud en su carácter de abastecedoras tienen la obligación (OMS/ONU, 1975) de acercar sus servicios a todas las poblaciones y promover con base en una cultura de prevención, la participación plena y consiente de los individuos en ésta materia, siempre respetando usos y costumbres bajo los principios de interculturalidad y respeto a los derechos humanos (OPS/OMS, 2007).

No obstante la trascendencia, el acercamiento de estos servicios ha sido limitado e insuficiente; en la actualidad la atención a la población rural e indígena se basa en estrategias de acercamiento de servicios de salud “emergentes”, a través de servicios itinerantes temporales, las cuales en la mayoría de las veces se queda en brindar atención de asistencia inmediata; asimismo, actualmente la diversificación del *seguro popular* sugiere una atención igualitaria, ya que su objetivo es otorgar una “cobertura universal” a todos los mexicanos en materia de salud, sin embargo y a pesar de las “buenas intenciones”, ésta estrategia limita la accesibilidad de muchos, dado que existe un cobro que por “mínimo” que sea, existen familias en pobreza extrema que no tienen posibilidades de pagarlo, sin mencionar por otro lado que los servicios son limitados y restringidos al cobro establecido; por citar un ejemplo, una diálisis peritoneal o hemodiálisis derivadas por diabetes no están contempladas dentro del cuadro básico de éstos servicios y llegar a estas opciones es casi inalcanzable, más aún si se trata de alguna persona perteneciente a algún grupo indígena (Hernández, 2013).

Entender la enfermedad debe ser de manera consciente e integral, ya que una enfermedad por mínima que sea, siempre desarrolla un efecto de comorbilidad, es decir, que esta puede ser generadora de múltiples enfermedades, a la vez una derivada de la otra, las cuales pueden originar efectos y daños colaterales en la salud, en el bienestar, e incluso llegar a la muerte de una persona.

A.R. Feinstein (1970), propone el término de comorbilidad como un término médico acuñado que refiere dos conceptos:

1. La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
2. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Gervás, J. (2008), por su parte determina que responder y pensar en pacientes con una comorbilidad requiere de:

“... la ciencia, la consciencia y la ética, ya que no se limita a lo que se aprende en los libros, ni a los resultados de los ensayos clínicos. Se necesita saber más acerca de la comorbilidad, su evolución y el proceso de atención a pacientes con múltiples enfermedades a la vez” (Gervas, 2007, p. 23).

El pensar en una multicausalidad de enfermedades, logrando identificar la causa principal de estas, y a la vez entender las posibles complicaciones en el individuo que a su vez derivarían diversas consecuencias, obliga a pensar en una medicina más integral y multidisciplinaria que no solo resuelva la parte de la atención médica, sino la parte de la atención integral y social de la salud, ya que la mayoría de las enfermedades y los diversos padecimientos, surgen de factores y determinantes sociales del entorno. Sin embargo, no obstante y su trascendencia, reflexionar en la multicausalidad y la comorbilidad de los padecimientos en el sistema de salud mexicano es poco atendido, incluso *poco entendido*, ya que la premisa de la atención a la salud es atender la demanda por enfermedad, no prevenir, y este último es un factor elemental para controlar la comorbilidad en los seres humanos.

Con el fin de entender éste fenómeno en materia de salud, entendamos un poco más cuál es la situación actual de vacío de la política social en salud y del sistema de salud mexicano, para la población indígena y rural, así como los orígenes de éste vacío.

Participación del Estado en materia de salud.

La atención a los problemas de la distribución de los recursos públicos que propician la satisfacción de las necesidades básicas y la forma en que se distribuyen los mismos son actualmente temas centrales de las políticas públicas y sociales de los países del mundo.

Ante este esquema, por lo menos la educación, la salud y la alimentación como necesidades básicas son consideradas políticamente dentro de la expresión de igualdad y de justicia que propician los sistemas de gobierno para ofrecer una “vida digna” entre los pobladores de una nación; sin embargo, en la realidad actual, la mayoría de los sistemas educativos, de salud, incluso de alimentación han priorizado las demandas de los sistemas políticos y de mercado más que de las necesidades de las mayorías, quienes viven sin la calidad de vida requerida para el desarrollo de sus potencialidades.

Ante esta situación y quizá debido a la crisis del Estado de Bienestar encargado de sufragar de manera equitativa las necesidades de la sociedad y ante el azaroso e irreversible embate del Estado Neoliberal, las discusiones sobre equidad y justicia distributiva han cobrado un importante vigor.

Derivado de lo anterior y bajo estas premisas es indispensable conocer e incluir en éste capítulo de la investigación el concepto de “atención de necesidades básicas” de Martha Nussbaum (1995), que define a estas como:

“Una serie de necesidades que basan su satisfacción a través de una justicia distributiva apta para implementar políticas públicas. Para eso, independientemente de las necesidades basadas en los servicios, existen necesidades individuales tal y como tener buena salud, estar suficientemente alimentado, tener alojamiento y libertad, imaginar pensar y razonar, relacionarse con personas y cosas fuera de nosotros mismos, formarse una concepción del bien y comprometerse a una reflexión crítica acerca de la planificación de la forma de vida, etc., que definen la efectividad de las necesidades cubiertas por los sistemas y la base para la construcción de las políticas públicas. Piensa que el grupo de necesidades básicas individuales también es lo suficientemente amplio como para incorporar diferencias culturales y sociales. También cree que una política social no debe guiar la conducta de los ciudadanos, sino procurar que éstos tengan los recursos y las condiciones necesarias para actuar como más les convenga para garantizar, de esta manera, que las oportunidades estén efectivamente disponibles”. (Nussbaum, 1995, p. 72).

El concepto de Nussbaum, designa a las necesidades (servicios, necesidades individuales, libertad, pensamiento propio, relaciones sociales, por citar algunos) como un elemento primordial que debe ser atendido por cualquier política social a través de los principios de la

justicia distributiva y el bienestar social. Por ende, es bajo éste esquema precisamente, que la salud y todo lo que implica física, mental y emocionalmente, debe ser considerada como una necesidad básica sufragada por el Estado.

En el marco lógico de Nussbaum, al respetar los conceptos de distribución justa y satisfacción de los servicios, cualquier Estado por más niveles de pobreza y marginación que pueda tener, podrá entender y proponer estrategias efectivas de planeación, distribución de recursos y atención, y en consecuencia logrará satisfacer las necesidades básicas que demanda la población que representa en materia de salud y no solo eso, continuando con esta lógica, en el caso de los ciudadanos el efecto se reflejará en permitir tener conciencia de lo que se pide y hasta donde se puede pedir al Estado, o bien y de lo contrario, decidir en qué momento ser participante consiente y responsable de su desarrollo.

No obstante estas premisas y su importancia, los requerimientos esenciales que en materia de salud debe contemplar la política social son incumplidos en su mayoría, ejemplo de ello es el “acceso a los servicios” y que por citar un dato para el 2010, sólo el 58% de la población contaba con seguridad social, del 42% restante que no cuenta, aproximadamente solo un 16% tiene acceso a servicios de salud o al abastecimiento de medicamentos por encontrarse en zonas de difícil acceso y alta marginación (INEGI, 2010).

Otros ejemplos más cotidianos por mencionarlos de alguna forma son el desabasto de medicamento en las instituciones de salud más importantes del país como es el IMSS y el ISSSTE derivado de una sobredemanda de atención, y otro muy claro para ésta investigación, el poco e inadecuado acercamiento por parte de los programas a la parte “preventiva” sobre todo en las zonas rurales, la cual y pesar de la trascendencia que representa este concepto al tratarse de la clave para disminuir padecimientos, consultas, sobredemanda de atención y conciencia social e individual, solo aparece en escena dentro de estos programas con estrategias inadecuadas de acercamiento, poca trascendencia, continuidad y cobertura.

Si realmente el Estado pensara en la satisfacción de necesidades básicas, como una de las primeras acciones que debe proveer, el concepto de equidad en la distribución de los

servicios tendría valía y cumpliría así los principios de universalidad en los servicios de salud. De la misma forma, si el Estado repensara también en la calidad de los servicios otorgados, como complemento de la satisfacción de necesidades en salud, proporcionaría una atención a la salud más adecuada, eficaz, generadora de estrategias y servicios preventivos no sólo asistenciales.

Sin embargo, la respuesta actual del Estado se basa generalmente en voluntades políticas, comúnmente basadas en la oferta de los servicios de salud, sin responder a la demanda, tanto en cantidad como en calidad, incluso y a pesar de los preceptos nacionales e internacionales que respaldan estas estrategias y principios, tal y como las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, los objetivos del milenio, el Plan Nacional de Desarrollo en turno, incluso la propia Constitución Mexicana y leyes diversas que de ella emanan en relación al derecho a la salud de la población.

De la misma forma, un factor más que condiciona la satisfacción de las necesidades en salud, son las mismas instituciones responsables de poner en marcha los programas sociales y de exigir que los ingresos destinados a poblaciones vulnerables y a la satisfacción de sus necesidades básicas se cumplan con base a la demanda, por igual, hay un grado de responsabilidad en las propias instituciones al procurar dirigir con eficacia y efectividad las estrategias implementadas para la satisfacción de las necesidades en salud y que muchas veces se ve ignorada por intereses propios de las mismas instituciones (preferir trabajo de gabinete, condicionamientos del sindicato, horarios de trabajo, etc.) o por crisis financieras del sistema.

Otra debilidad que no podemos dejar de obviar, es que en las sociedades latinoamericanas el juego de las relaciones de poder en la distribución del ingreso se manifiesta tanto en el mercado (oferta) como en el Estado mismo. Prebisch (1949), establece que *sólo los que tienen poder económico y poder social moverán “opciones” bajo el control de las leyes del mercado*; es decir, el poder es solo de aquellos que pueden proporcionarles o negarles los medios de vida a las personas, y los que “mueven”, son comúnmente grupos políticos que trabajan en conveniencia del mercado.

Considerando lo anterior y observando el otro lado de la moneda, la voz de los que piden satisfacer las necesidades básicas reflejan una falta de poder y una situación de vulnerabilidad frente al Estado; ésta vulnerabilidad propicia que por parte de las élites nacionales o grupos de poder se pueda moldear la expresión de las necesidades comunes ante la demanda y la satisfacción de sus necesidades y otorgar lo que a su “criterio” es más necesario y conveniente para efectos de atención a la salud de la población; pero ¿y qué es lo más conveniente?. En mi experiencia institucional, obras, infraestructura (pero sólo en lugares accesibles y que se noten) que “resuelvan” la alta demanda de servicios y que a la vez representen un voto o una candidatura, sin importar que estén llenos de personas enfermas que cada vez requerirán mayor atención y que tendrán menos opciones por la complicaciones que sus enfermedades representan; es acertado pensar incluso que la mirada hacia la prevención a través de la conciencia y la responsabilidad social no es conveniente para estos grupos de poder, a pesar y de que representan menor costo que la construcción de hospitales y la compra de medicamentos.

Así como el ejemplo anterior, podemos seguir citando un interminable número de debilidades en las políticas sociales y los sistemas de salud que propician la falta de atención a las necesidades de la población en ésta materia; sin embargo, es importante identificar que las consecuencias más graves a la ausencia de servicios y calidad de la atención es el incremento a la vulnerabilidad de ciertos grupos tal y como son los pueblos indígenas, los cuales al presentar condiciones sociales y económicas más desfavorables que las poblaciones urbanas como son la pobreza, la marginación y la discriminación, los resultados en materia de salud, bienestar y calidad de vida son mucho menores y más críticos, y siempre representaran una clara desventaja, tal y como puede observarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Desigualdad, Pobreza y Salud en México

CONCEPTO	CONDICIONANTES			
	Mujeres Pobres	Mujeres No Pobres	Niños > 5 años Pobres	Niños > 5 años No Pobres
Salud Materno Infantil	<p>4 hijos promedio 3 hijos x a los 25 años 4 hijos x a los 49 años</p> <p>1 de c/4 mujeres embarazadas no reciben atención prenatal</p> <p>50% mujeres inician control después del 1er trimestre</p> <p>1 de c/2 mujeres sin control prenatal tienen parto en su domicilio o trayecto</p> <p>4 de c/10 partos son atendidos en la seguridad social o servicios privados</p> <p>Riesgo de atención sin asistencia, 7 veces más que las mujeres no pobres</p>	<p>2 hijos promedio 1 hijos x a los 25 años 3 hijos x a los 49 años</p> <p>1 de c/20 mujeres embarazadas no reciben atención prenatal</p> <p>98% mujeres tienen control prenatal desde el primer trimestre</p> <p>1 de c/10 mujeres tienen parto en su domicilio o trayecto</p> <p>8 de c/10 partos son atendidos en la seguridad social o servicios privados</p>	<p>50% de los niños no son atendidos por alguna institución de salud</p> <p>35% no se les registra el peso al nacer</p> <p>15% de nacimientos con peso registrado muestran bajo peso al nacer</p>	<p>Sólo 3% de nacimientos con peso registrado muestran bajo peso al nacer</p>
Salud Reproductiva	<p>Inicio de VS 15 a 17 años Madres Adolescentes Nunca usaron MPF</p>	<p>Inicio de VS 15 a 20 años Acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos</p>		
Muertes Maternas (Tasa de 125.5/100.000)	<p>Muerte materna principal causa de muerte en mujeres que habitan comunidades de pobreza y pobreza extrema</p> <p>30% de mujeres habitaban en comunidades de menos de 2,500 habitantes</p> <p>70% de las muertes maternas son evitables</p> <p>60% de las muertes maternas no eran derechohabientes</p> <p>30% de las muertes eran mujeres con problemas nutricionales</p> <p>45% más es el riesgo de muerte que las mujeres no pobres</p>	<p>En zonas urbanas la principal causa de muerte son tumores malignos y cardiopatías</p>		
Muertes Perinatales y de Menores de 5 años (23.8% de muertes registradas; tasa de 41.1 por 1000 nacidos vivos)			<p>45% de las muertes registradas se encuentran en universos en pobreza y pobreza extrema</p> <p>El total de muertes evitables en niños menores de 5 años es de 38%</p> <p>La mayoría de las muertes tienen que ver con una mala alimentación de la madre y una inadecuada atención del parto</p> <p>La mayoría de muertes infantiles ocurren en el 1er trimestre</p>	<p>Los niños que habitan en comunidades con servicios básicos presentan un índice de 85% menor muertes</p> <p>La escolaridad de la madre diferencia las enfermedades y la posibilidad de muerte</p>

(INSP, INEGI, CONAPO, IMSS Prospera, ENSALUD. 2010)

En conclusión, a pesar y de los principios y preceptos establecidos a nivel internacional y nacional, los sistemas en los que se “garantiza” la salud universal, la responsabilidad individual y la participación colectiva, tienden más hacia la exclusión y la vulnerabilidad que a la incorporación de la ciudadanía a los servicios. Es de lamentar que las políticas sociales en salud en México que incorporan en sus preceptos la atención universal a la salud, equidad, calidad y participación, queden plasmadas sólo en el papel o en las mejores intenciones de nuestros gobernantes.

1.1.1. La Responsabilidad social en la salud

En el campo de la salud es necesario identificar dentro del funcionamiento de un sistema de políticas públicas y sociales el papel real que desempeña el Estado. En el caso de México es evidente la presencia de un Estado con recursos insuficientes para garantizar el servicio a todo aquel que lo demande y que además sea supeditado a las decisiones del mercado internacional y a las tendencias neoliberales, que no cuenta con mecanismos suficientes para vigilar no sólo la cantidad de los servicios que se requieren para cubrir la demanda, sino también la calidad de los mismos.

El identificar estas realidades amerita actuación inmediata de todos los actores sociales que conforman o integran los diferentes sectores del país para exigir y obligar al Estado y a las instituciones a cumplir con sus obligaciones.

Sin eximir al Estado de su responsabilidad en dotar de servicios de salud de manera universal y con calidad a la población, hoy día también es responsabilidad de los mismos individuos o sujetos sociales, incluso de aquellos que habitan en los escenarios más precarios, el mantener, preservar y responsabilizarse por su propia salud, ya que los actores sociales al ser corresponsables en el autocuidado de la misma, serán también cada vez más conscientes y participes de exigir al Estado y al Gobierno que brinden de manera integral estos servicios, dicha acción irá reforzando a la vez su autonomía individual, comunitaria, así como su ciudadanía.

Esa autonomía individual para muchos autores como Len Doyal (1994) representa la presencia de actores sociales activos, interesados y capaces de verse involucrados en la vida

económica y social del país. Según éste autor, cuando las personas puedan actuar y ser responsables o participes en su propio desarrollo, se garantiza determinada capacidad física y mental en los mismos individuos, los cuales ya se representan como actores consientes poseedores de un cuerpo vivo y una mente pensante, que aunque gobernado por todos los procesos causales relevantes puede tener asimismo la competencia mental para deliberar y elegir lo bueno y lo malo en relación a su bienestar. La competencia y la capacidad de elección constituyen el nivel más básico de autonomía personal.

Es la misma población la que debe de generar conciencia para exigir al Estado la satisfacción de sus necesidades y la correcta aplicación de los recursos. Si bien es fundamental la responsabilidad que tiene el mismo Estado por satisfacer las necesidades básicas que se catalogan como el derecho que todo ciudadano debe gozar y exigir; es también cierto, que es obligación de los individuos responsabilizarse de su salud y desarrollar una autonomía individual que les permita afrontar situaciones y tomar decisiones con relación a su salud.

Doyal determina que:

“La complejidad de los tiempos exigen precisar y comprender que las necesidades humanas derivan de las capacidades o potencialidades latentes de los mismos seres humanos, la manera como estas capacidades sean externadas y resueltas es decisión de los mismos individuos. Tanto el Estado como la sociedad no quedan exentos de derechos y obligaciones para garantizar la efectividad de políticas y estrategias destinadas a la atención de necesidades. El respeto a los derechos que amparan las libertades de exigencias debe generar obligaciones tanto en el Estado como en los demás ciudadanos y con esto la efectividad de las políticas”. (Doyal, 1994, p.16).

La idea principal que sustentaría esta acción serían los cambios en los principios fundamentales de las políticas y programas de atención a la salud para eliminar las acciones que durante décadas han puesto a las personas en un alto grado de vulnerabilidad al no tener la capacidad de elegir o de rechazar aquello que se les ofrece, o bien de exigir aquello que no se les ofrece. Por citar un ejemplo, el paternalismo que durante años ha generado ésta dependencia entre la población hacia el gobierno de pedir y “resignarse” a lo que se pueda ofrecer en materia de servicios y satisfacción de necesidades.

Por lo tanto, eliminar las situaciones de vulnerabilidad constituye una obligación tanto de las instituciones que implementan las políticas sociales como de los ciudadanos mismos. O’Neill,

en 1998, interpreta esto de la siguiente forma:

El cambio del “lenguaje” de los derechos a las obligaciones quizá permita que las instituciones encargadas de satisfacer las necesidades básicas tengan una actitud activa y responsable y no se conformen con un sentir pasivo, que cumplieron con la demanda de un derecho.

En las sociedades de Latinoamérica, existe una falta de relación entre los derechos y las obligaciones, lo que origina que el entendimiento de los derechos por parte de la población sea insuficiente para pedir se atiendan las necesidades, pero al mismo tiempo es una buena justificación para ignorar las obligaciones. La dificultad radica en encontrar una obligación universal aplicable tanto al Estados como a los ciudadanos (O’Neill, 1998, p.96-97)

Si en las sociedades se incorporara junto al cambio más importante que es abolir las necesidades materiales, entender y abolir las necesidades individuales, tendríamos la posibilidad como ciudadanía de ejercer el principio de autonomía individual, propuesta en algún momento en la obra de Doyal, puesto que permitiría a que los agentes sociales puedan sentirse responsables de las decisiones que toman y de sus consecuencias.

Sin embargo, y retomando a M. Roitman en su conferencia impartida en México en el 2014, denominada “*Del pensamiento sistémico al pensamiento complejo; crítica del social conformismo*”; las sociedades actuales a pesar y de la complejidad que las rodea hoy día, están ataviadas por un social conformismo que inhibe la conciencia y somete la voluntad a la hora de actuar de los individuos; el conformismo en el que cae la sociedad les impide saber y generar conocimientos, les inhibe la conciencia y con ello lleva a las sociedades a una sumisión del poder. En la medida en que los individuos recuperen su participación política, articulen su posibilidad de pensamiento hacia un bienestar, fundamenten y articulen su pensar con el de otros actores como una fortaleza de pensamiento social y desarrollen con ello un pensamiento crítico, histórico no colectivo conformista, será entonces cuando la conciencia social repercuta en una acción y justicia social para el cambio.

La cotidianeidad, la rutina y el miedo al cambio son factores que condicionan el pensar y la superación de los individuos, sin embargo los individuos tendrán que llegar a momentos decisivos en su vida tal y como lo menciona Giddens (1995), al tener que tomar decisiones propias que afectarán su cotidianeidad y rutina pero que generarán cambios drásticos hacia una nueva dirección de vida.

Para E. Contreras en su ensayo los desafíos y posibilidades de un financiamiento orientado a la equidad del 2001, la equidad y la participación de la ciudadanía representaba que:

“...la responsabilidad individual está condicionada, en parte, por la libertad y el control que el individuo puede tener sobre sus acciones. Ejercer con responsabilidad la libertad o arribar a una madurez política implica, de un lado, una creciente participación de los individuos y los grupos en las decisiones que afectan su vida y en la agregación de las demandas y del otro lado, la acción de las instituciones públicas y de la sociedad organizada, las cuales pueden proporcionar recursos suficientes y los espacios donde escuchen las voces de los distintos sectores sociales, y contribuir así a la creación de ambientes favorables al ejercicio de la libertad responsable. Ignorar este papel de las instituciones públicas puede llegar, en situaciones extremas, a impedir la reproducción de los mecanismos de equidad y a reducir la tan ansiada legitimidad política de los asuntos públicos”. (Contreras, 2001, p.39)

En el ámbito de la salud la activación y conciencia de los propios actores sociales motivará a que ciertos padecimientos, daños y riesgos se controlen o disminuyan a través del autocuidado, la prevención y la realización de prácticas simples. Esta acción tan básica y pequeña es una posible respuesta a la ausencia de los servicios, ya que lograr pensar en la prevención de enfermedades y el autocuidado de la salud a través de la responsabilidad de la misma población, garantizaría el control y la disminución de ciertos padecimientos o bien la generación de daños mayores derivados de ciertas enfermedades originadas por descuidos personales y colectivos.

Vale la pena insistir que en este trabajo al hablar de la responsabilidad de los ciudadanos en el proceso de satisfacción de sus necesidades no estamos justificando los errores económicos, políticos y sociales que el Estado ha tenido en el transcurso de los años, ni tampoco se está evadiendo al mismo de su responsabilidad social; tampoco al hablar de la intervención de los ciudadanos en los procesos de satisfacción de sus necesidades, estamos apoyando la formación de un Estado paternalista que estaría a satisfacción plena de las demandas sociales; lo que busca esta investigación es tratar de construir una aportación conceptual en la que la participación del Estado y de los individuos se basen plenamente en un principio de corresponsabilidad y coordinación donde se identifiquen tanto las limitantes como las potencialidades de todos los actores que intervienen en la construcción del desarrollo social de los países.

La pobreza, la satisfacción de necesidades y la respuesta social

Para hablar de responsabilidades individuales y conciencia colectiva, no podemos dejar de mencionar algunas determinantes sociales que juegan un papel fundamental como es el caso de la pobreza, la cual se convierte en un factor que se interpone para satisfacer las necesidades básicas del individuo y que a la vez es una condicionante de la respuesta social².

La pobreza no es un problema exclusivo del Estado; la responsabilidad como ciudadanos consiste por un lado en buscar medios alternativos para combatirla, y por otro en conocer las obligaciones del Estado para exigir que las cumpla. Si nos mantenemos al margen de las políticas destinadas a combatir la pobreza, las obligaciones de procurar bienestar seguirán teniendo un nivel de simples manifiestos, y sólo aparecerán en el discurso de las campañas políticas de aquellos que aspiran a tener o mantener un cargo público. La pobreza ampliamente difundida y fortalecida por los mismos actores sociales, cumple un papel funcional al capitalismo de bienestar, al mantener bajos los salarios y alta la vulnerabilidad.

Hasta el momento, el problema de la pobreza y la proporción adecuada de satisfactores ha sido estudiado principalmente desde una dimensión funcional, o desde el punto de vista de la economía, o bien, desde la línea política a través del análisis de los efectos políticos para el país y la efectividad de los Programas para combatirla; es tiempo ahora de que el tema de atención a necesidades básicas y pobreza, sea contemplado desde el análisis de la coordinación entre el Estado, la coordinación interinstitucional y la respuesta de participación e intervención social.

1.1.2. El Modelo de Atención Primaria a la Salud

Entre las necesidades básicas, el tema de la salud ha sido central en la historia de la humanidad; el goce del grado máximo de salud es reconocido por todas las naciones del mundo como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social.

² El tema de pobreza no será abordado a profundidad en éste trabajo, ya que implica un gran campo de interpretación que adjudica otro tema de investigación, el tema de pobreza solo se considerará como un elemento correlacional en la respuesta de las sociedades en materia preventiva y de autocuidado.

En el último siglo los avances científicos y el conocimiento de los procesos del binomio de la salud-enfermedad, han permitido reconocer que la carencia de salud está asociada a diferentes determinantes sociales, como lo es la pobreza, la cual se convierte en un obstáculo para el “florecimiento” de las capacidades de las personas. En recientes décadas organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) convencidos de que las desigualdades existentes en materia de salud para la población son inaceptables política, social y económicamente, han ubicado sus objetivos y estrategias en la atención primaria a la salud como factor básico para reducir la pobreza y como una estrategia internacional prioritaria para el desarrollo y la equidad.

A lo largo de la historia el concepto de salud ha sufrido múltiples transformaciones. En cierta época se le identificó como la ausencia de enfermedad y como un fenómeno estrictamente biológico, sin embargo, en las últimas décadas se amplió el contenido de éste término y se incorporaron en él, elementos de bienestar. Así, a finales de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948).

“La salud en la actualidad ya es considerada como un *campo de encuentro* de los fenómenos sociales, económicos, políticos y las acciones orientadas a garantizar el mejor nivel de salud, el cual conciernen no sólo al sector salud sino también aquellos sectores encargados de garantizar un nivel adecuado en la satisfacción de otros indicadores como es la nutrición, educación, vivienda y servicios de bienestar social”. (Sepúlveda, 1998)

En este sentido, la salud puede considerarse como la variable dependiente de este conjunto de factores, y los servicios de salud, públicos e individuales, como los factores que regulan entre los determinantes sociales, políticos, económicos y de bienestar de la población.

La transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida de la población origina nuevas necesidades de salud y con ello mayores demandas de atención; la aparición de nuevas y complejas enfermedades como es el caso de las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.), así como las complicaciones por el consumo de alcohol, tabaco, drogas, accidentes y violencias (las cuales representarán para el 2020 el 60% de las causas de defunción del país), y el incremento de la esperanza de vida de la población (que en la

actualidad según la OMS representa los 75 años en hombres y 80 años en mujeres) determinará inevitablemente que habrá más población de viejos enfermos y desvalidos sin apoyo de pensiones o simplemente sin la posibilidad de servicios de salud.

Ante este panorama epidemiológico y social, se ha confirmado que una de las prioridades de los gobiernos en la actualidad debe ser la atención a la salud de la población, ya que al paso del tiempo, naciones enteras van experimentando nuevas demandas de salud exigiendo además de la atención, la cobertura, la calidad en la atención, la prevención y la cura como principales elementos para satisfacer esta prioridad humana.

No obstante, la atención a la salud se ha identificado como una de las principales líneas de acción política y económica de los gobiernos del mundo; sin embargo, se reconoce que a nivel mundial ha existido un grave contexto de desigualdad en materia de salud entre los países desarrollados y los subdesarrollados, tanto al interior como al exterior de ellos, lo que representa la tremenda diferencia entre la controlada salud de unos y las precarias condiciones de salud en otros.

Por estos motivos, el goce de la salud se ha planteado mundialmente como un factor básico para reducir la pobreza y propiciar el desarrollo.

“En 1978 la ONU resuelve alcanzar **la meta de salud para todos en el año 2000** y declara que la *atención a la salud debe plantearse como política para reducir la pobreza*” (Castañeda, 1999).

“La Organización Mundial para la Salud (OMS), convencida de que las desigualdades sociales existentes en materia de salud para la población resultan inaceptables que constituyen una preocupación común a todos los países, reconoce que la **atención primaria a la salud** como la estrategia para elevar los niveles de salud y bienestar de los pueblos; esta estrategia requiere un compromiso político firme y continuo a todos los niveles de gobierno y resuelve alentar a todos los gobiernos para que aceleren la puesta en práctica de las políticas y planes para *extender los servicios de salud a la totalidad de la población como tarea prioritaria*. Es entonces que en 1979 la ONU considera a la salud como un componente del desarrollo y como parte integrante de las estrategias internacionales de desarrollo y en 1980 reconoce que *la educación y la salud son estrategias prioritarias para reducir la pobreza y propiciar el desarrollo* y ubica en las áreas rurales el mayor rezago. (OPS, 1980)

Fue hasta la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente Carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La

conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud. (OMS, 1986)

Al declarar la OMS la Atención Primaria a la Salud (APS) como la estrategia básica para alcanzar la meta de salud para todos, se establecen también las estrategias nacionales regionales y globales para alcanzar la meta propuesta y lograr así que la mayoría de las poblaciones pobres que no tienen acceso adecuado a esta atención, puedan tenerla a partir de acciones estratégicas en las cuales toma especial interés **la promoción y la participación comunitaria como plataforma para el cumplimiento de una racionalización justa de los servicios, una adecuada cobertura y extensión de los mismos y una participación conjunta de las comunidades.** (OPS, 1980)

La Atención Primaria a la Salud (APS) es entonces una respuesta establecida a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron que la mayor parte de la población mundial no tenía ni tiene acceso a una atención apropiada de los servicios, se identifica internacionalmente a la APS como:

“La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas científicas fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación y a un costo que la comunidad y que el país puede soportar en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con espíritu de responsabilidad y autoformación”. (Mora, 1994, p.57)

Así, la principal estrategia de la APS consiste en reflejar una orientación hacia los principales problemas sanitarios, preventivos curativos y de fomento a la salud a partir de los siguientes principios:

- ✓ Extensión universal de cobertura
- ✓ Regularización de los servicios
- ✓ Articulación intersectorial
- ✓ Desarrollo de la tecnología apropiada
- ✓ Desarrollo y adecuación de Hospitales Rurales que hagan activar la APS
- ✓ Y sobre todo **la participación comunitaria y la Promoción de la Salud**

Es importante considerar que la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y la comunidad con los sistemas nacionales de salud. Todas las acciones a la APS serán dirigidas a los problemas de salud de la comunidad y a prestar los servicios de promoción, prevención y tratamiento.

La APS como un proceso permanente de asistencia sanitaria, deberá comprender entonces, cuando menos las siguientes actividades; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y combate; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno infantil con conclusión en la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales (OMS/ONU,1975).

En este mismo sentido se considera la exigencia de fomentar un grado máximo de autorresponsabilidad de la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la misma APS. Este sistema de acción deberá entonces garantizar al individuo la derivación oportuna mediante procedimientos funcionales de referencia y contrarreferencia a otros niveles de salud, dependiendo de sus necesidades, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención integral, dando prioridad a los más necesitados (OMS/ONU, 1975).

Con el emblema de “Salud para todos en el año 2000” y la APS como estrategia para alcanzarla, en la década de los 80 y principios de los 90 se ratifican numerosos tratados y acuerdos internacionales en los que la OMS y la OPS impulsan en la década de los ochenta Programas de Atención Primaria a la Salud en países de África y América Latina.

En México y bajo los preceptos internacionales en materia de salud, la estrategia de APS es aplicada desde 1970 en el Plan Nacional de Salud, en 1984 en la Ley General de Salud e incorporada a los Sistemas Nacionales de Salud, 1990 representada en el Programa Nacional de Vacunación, en 1996 en el Programa de Ampliación de Cobertura, en el 2000 incorporada al Sistema de Protección Social y en el 2006 en la Estrategia de Cobertura Universal y en Sistema Médico para una Nueva Generación (seguro popular).

El esquema de la APS en el México rural, se proyecta desde el IMSS Coplamar y los inicios del Instituto Nacional Indigenista (INI), atendiendo el primero a población rural abierta (no

asegurada) y el segundo enfocando sus actividades a la integración de los recursos tradicionales para la salud. A principios de los 90, el Banco Mundial comienza a invertir sistemáticamente en la creación de infraestructura para los tres niveles de atención a la salud.

No obstante y que desde hace más de 40 años se impulsaron estas tendencias de atención universal, en la actualidad existen aún grandes sectores de la población que siguen sin tener acceso real a los servicios de salud, así como una restricción considerable de los recursos disponibles para estas acciones, lo anterior se convierte en un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los Sistemas Nacionales de Salud.

1.1.3. La Promoción de la Salud.

La Declaratoria de Yakarta sobre la Promoción de la Salud, es un postulado que se desarrolla en Julio de 1997, en la Ciudad de Yakarta, Indonesia; que ofrece una nueva visión sobre la promoción de la salud para el siglo XXI, y en la cual se refleja el compromiso de los participantes en la 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, por hacer uso de nuevas y mayores recursos para abordar los factores determinantes de la salud para ese siglo.

Si bien esta declaratoria busca compensar los alcances limitados establecidos por la OMS en la estrategia de Atención Primaria a la Salud y que para los años 90s aún era poco visible y titubeantes, este postulado sobre la Promoción de la Salud, deja ver en primer plano lo que anteriormente eran elementos secundarios en el campo de la salud, tal y como eran las determinantes sociales:

La Promoción de la Salud establece en la Declaratoria de Yakarta (1997):

“La salud como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico”

“Los requisitos para la salud comprenden: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud...”

“..que las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenas de millones de personas...”

“Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente. Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud”.

“... varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos”.

“Estos cambios determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo”.
“Algunos, como el desarrollo de la tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarreamos un fuerte efecto desfavorable”.

Las estrategias de promoción de la salud del 97 proponen considerar que dentro de la búsqueda de la salud de los individuos es necesario crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción de la salud entonces a partir de esa fecha busca ser y ofrecer un enfoque más práctico para alcanzar mayor equidad en salud.

Considerando las cinco estrategias de la Carta de Ottawa establecidas en la primera declaratoria de atención a la salud del 86, se establecen como marco de acción y se considera que son indispensables para el éxito:

- la elaboración de una política pública favorable a la salud,
- la creación de espacios, ámbitos propicios,
- el reforzamiento de la acción comunitaria,
- el desarrollo de las aptitudes personales,
- la reorientación de los servicios de salud.

Bajo este marco los principios y postulados de promoción de la salud buscan que:

- El abordaje integral de desarrollo de la salud resulte más eficaz.
- Diversifiquen escenarios para ofrecer Prósperas prácticas para la ejecución de estrategias integrales.
- **La participación social sea indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado**
- El aprendizaje sobre la salud fomente la participación

Para la OMS, la necesidad de nuevas respuestas para combatir las nuevas amenazas para la salud, implica que se necesiten también nuevas formas de acción. Esta declaratoria proyectaba que en años venideros, la dificultad estaría en liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de

las familias. Asimismo, existiría una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado; por lo tanto la cooperación sea fundamental y en la práctica se exija la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno de las sociedades (OMS, 1997).

Por lo anterior las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, derivadas de esta declaratoria son:

1. Promover la responsabilidad social por la salud
2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud
3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud
4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Asimismo es prioritario:

- crear más conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud,
- apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud
- movilizar recursos para la promoción de la salud,
- acumular conocimientos sobre prácticas adecuadas,
- permitir el aprendizaje compartido,
- promover la solidaridad en la acción,
- fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud.

La Declaratoria de Promoción a la Salud de Yakarta implicó ver a la salud como una responsabilidad colectiva en la que todos los personajes que involucran un sistema social deben y pueden participar para llegar ella.

La atención primaria y la promoción de la salud. Una opción para el México Rural.

Uno de los aspectos más importantes de la problemática en salud en México es el del acceso a la seguridad social; la falta de cobertura representa la ausencia de la atención a la salud. En el caso de los países con un sistema de salud menos desarrollado, la cuestión que se plantea es como extender esta cobertura, incluyendo en ella a los sectores marginados y de alta vulnerabilidad como los grupos indígenas.

Para algunos estudiosos de la materia como Antonio Ruezga (2006, pp.283-340), la posibilidad de extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud dependerá de:

- Desarrollo e infraestructura de los servicios de salud (énfasis en el primer nivel de atención)
- Atención a problemas prioritarios de salud en los grupos humanos vulnerables con progreso a través de los sistemas de salud.
- Utilización óptima de los recursos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud

Sin embargo, para cubrir todas estas posibilidades, los servicios estatales de salud de la mayor parte de los países y de las regiones no alcanzan para atender las necesidades de la población ni por la calidad, ni por la cantidad, ni por la distribución que tienen. Por lo tanto el impulsar la promoción de la salud a través de la atención primaria y el primer nivel de atención es una de las posibilidades más viables para la difusión, extensión y cobertura de los servicios de salud en zonas de alta marginación y difícil acceso.

Según la OPS y la OMS, establecen como básicas las siguientes tendencias de la promoción de la salud en la atención primaria en las zonas rurales:

- A) Los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los cuales propicien una participación social, una acción intersectorial y una efectiva distribución y atención de los servicios.
- B) Atención primaria a la salud, la cual entre otras cosas promovería, la educación en los métodos de salud y la promoción
- C) La coyuntura con la medicina tradicional

Para la OPS, algunas experiencias señalan que la necesidad integral de la infraestructura de salud, se atiende contribuyendo a dinamizar el proceso de transformación y potenciando las actividades de salud, otorgando así continuidad y eficiencia. Se ha demostrado que sólo con la participación activa de la comunidad se logran métodos deseados en aspectos de salud y seguridad social en diversos sentidos.

A partir de este marco, "las tareas de institucionalización de seguridad social son el proporcionar un mayor desarrollo de las comunidades y encaminarlo, para suscitar a grupos de ciudadanos capaces de hacer los agentes activos y responsables de su propio progreso, es decir, participar en la planificación y en la realización de Programas que se destinan a elevar el nivel de vida y mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la población con el fin de ingresar sus comunidades a la vida nacional y que contribuyan totalmente a los Programas Nacionales de Salud"(ONU,1967, p.35).

El desarrollo comunitario está enfocado a transformar los actores pasivos en actores activos; sobre todo cuando se refiere a la toma de decisión y a la forma de implicarlos.

“Los procesos del desarrollo comunitario deben derivarse de la suma de los esfuerzos de la población y su gobierno, gracias a esta asociación, el desarrollo adquiere un ritmo más rápido e intenso; a fin de que el buen funcionamiento de la salud para todos dependa solamente y en gran medida de la participación conjunta con el Estado interesado en el desarrollo social, su actuación simultánea propiciará entonces una respuesta económica y una acción definitoria en contra de la marginación y la pobreza en los países de América Latina, lo cual permitirá verdaderamente alcanzar ‘Una salud para todos en el año 2000’” (ONU,1967, p.26).

Si bien a raíz de éstos modelos países de América Latina que los han adoptado como el caso de Chile, Venezuela y México han “mantenido” la marcha de las demandas de salud de las poblaciones vulnerables; no obstante lo cierto es que aún existe un debate en la mesa sobre la cobertura de salud y la ampliación de la seguridad social, el cual se ve rebasado en sus opciones de solución por la mala calidad de los servicios públicos, la limitada cobertura de atención, la insipiente infraestructura en áreas rurales, el escaso personal capacitado y la deficiente administración de los recursos, sin dejar de considerar también la desconfianza latente hacia una "privatización" de los servicios y a la transformación de las instituciones públicas a instituciones lucrativas con lo cual el grueso de la población quedaría excluido completamente de los servicios de salud por más cuotas “accesibles” que se manejen, tal y como es el caso del seguro popular en la actualidad.

Es precisamente éste panorama que advierte la existencia de un terreno, confuso y complejo, en materia de salud, por lo cual se deben identificar estrategias fundamentales de atención a la salud en la cual la participación plena y coordinada de todos los actores sociales es sustancial para su existencia.

Derivado de lo anterior una posible respuesta a la ausencia de servicios es la prevención de enfermedades y el autocuidado de la salud a través de la responsabilidad de la misma población, lo cual garantizaría el control y disminución de ciertos padecimientos o daños mayores derivados de ciertas enfermedades originadas por descuidos personales y colectivos.

En el ámbito rural e indígena la salud de la población depende en muchas de las ocasiones de la población misma, ya que a través de la participación de cada uno de los integrantes de

éstas poblaciones es que se pueden evitar, disminuir o controlar algunos padecimientos generadores de complicaciones, condiciones insalubres, entornos inadecuados para la sana convivencia de la familia, enfermedades, discapacidad o hasta la misma muerte. La responsabilidad de los propios individuos o sujetos sociales que habitan esas comunidades, así como el mantener, preservar y responsabilizarse por su propia salud, es una de las alternativas más viables para este tipo de población tal y como lo han establecido preceptos internacionales y nacionales ya revisados anteriormente y en el que se incluye la trascendencia de la corresponsabilidad social como una obligatoriedad del sistema.

**CUADRO 3. Estrategias y programas internacionales de participación social en salud
2014**

Estrategia OPS Salud para todos en el año 2000, donde establecen “la participación comunitaria como plataforma para el cumplimiento de una racionalización justa de los servicios, una adecuada cobertura y extensión de los mismos y una participación conjunta de las comunidades”.
Proyecto de Atención Primaria a la Salud (APS) de la OMS/ONU 1975, donde se establece una APS que motive la participación de los ciudadanos.
Objetivos del Desarrollo del Milenio, donde se establece la prevención como estrategia de intervención.
Ley de General de Salud en su Artículo 2 F. IV. “La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”
Ley de Asistencia Social F. VII. “La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio”.
Funciones Esenciales de Salud Pública FSP4 “Participación de los ciudadanos en salud”

La participación ciudadana en la atención a la salud

De acuerdo al resultado obtenidos en la investigación *Nuevas tendencias de promoción a la salud en la atención primaria; la participación comunitaria como base de la autogestión y el desarrollo local* (Pérez, 2008), así como la investigación de Jorge A. Morales (2006), *Fracaso de las políticas de salud*, se analiza que uno de los errores más recurrentes en las políticas sociales en salud del país está en la poca inclusión del trabajo preventivo a través de la educación para la salud y la participación social, como directrices que deben de tener de manera prioritaria las instituciones y los programas de salud, esta situación origina que la tendencia de acciones recaiga específicamente en la demanda por enfermedad, la proporción de consultas, los medicamentos suministrados, etc., dejando de lado, e incluso excluyendo, la parte educativa para la participación y el empoderamiento social en salud, la escasa respuesta de la población hacia el autocuidado, así como la prevención y la participación social; un ejemplo de lo anterior es el seguro popular, el cual solo ofrece atención y no prevención a través de educación y promoción para la salud o la organización de la participación social.

En el caso de la población y principalmente en comunidades indígenas, la ausencia por sus condiciones de pobreza y marginación es más evidente, estas poblaciones tienen una escasa o nula conciencia individual en materia preventiva, así como de una cultura del autocuidado, es decir, los individuos no son responsables de su propia salud. (Pérez, 2008, p.16 y 92)

Uno de los resultados más claros de esta ausencia, incluso en la actualidad, son el número de muertes y los padecimientos digestivos y respiratorios agudos los cuales representaron en el 2013 el 4% del total de las muertes registradas en el país (INSP, 2013) y los cuales en mucho dependen de un mal saneamiento básico, de la insalubridad en la vivienda, de la transmisión de enfermedades por vectores, así como de la falta de responsabilidad social e individual entre las poblaciones, para participar y responder organizada y coordinadamente para contrarrestar ciertos riesgos tal y como es el caso de la propagación del dengue, rotavirus o la tuberculosis, enfermedades cuyo control e incluso erradicación depende de acciones básicas y elementales de saneamiento en viviendas y comunidades sin mencionar padecimientos más graves como los crónicos degenerativos que dependen completamente de la responsabilidad

individual, tal y como se establece en los informes de Lanlonde y Dever en 1974 y 1976 respectivamente.

No obstante y sabiendo los riesgos que la falta de atención a la salud implica, la población muestra apatía e indiferencia por participar y por desarrollar una responsabilidad individual y por consecuencia colectiva; los individuos se ven influenciados por la cotidianidad del entorno en la cual comúnmente no está presente la prevención y el autocuidado. (Pérez, 2008, p. 59 y 71)

Por citar algún ejemplo, y aun sin detenernos en la parte intercultural y de derechos humanos, la cual veremos en el siguiente capítulo; por el paso de los siglos la medicina tradicional ha sido una variación cultural que a la fecha es una opción en materia de “medicina alternativa” para la población, en la cual las prácticas tradicionales o los remedios caseros heredados de una generación a otra en éstos universos han respondido hasta “cierto punto” a la ausencia del médico en las poblaciones indígenas; sin embargo, si se trata de ubicar qué tanto de preventivo existe en esas prácticas, el nivel es mínimo, ya que la responsabilidad individual por preservar la salud no está presente; la búsqueda de soluciones solo se da cuando existe el padecimiento o el “mal” en la persona, lo cual implica en muchas de las ocasiones pérdida de tiempo para evitar complicaciones, padecimientos mayores e incluso la muerte. En éstas prácticas hay una clara ausencia del sentido de prevención entre la población.

Por lo anterior, es evidente la importancia de las relaciones sociales que deben de establecerse entre Estado, Instituciones de Salud y Población Indígena para que exista un verdadero control y prevención de enfermedades. Cada uno de ellos juega un papel fundamental, como actores, como ejecutores y como tomadores de decisiones para que el precepto de salud, pueda estar presente y con él generar un principio e interés en el autocuidado y prevención de enfermedades entre éstas poblaciones.

De la misma manera, es importante tener en cuenta que como individuos sociales, es inevitable ignorar la presencia y la influencia de otros factores correlacionales en el entorno social que determinan las posibilidades de desarrollar potencialidades individuales y responsabilizar a los ciudadanos a tener una participación individual y colectiva en beneficio

de su salud, tal y como es el caso de la escuela, la familia, los grupos de líderes, la cultura, la religión, las autoridades y otros factores que, de establecer vínculos solidarios, similitudes, e ideas, su influencia sería cada vez mayor.

Voltear la mirada hacia la participación integral y a la responsabilidad compartida, es una posibilidad para disminuir o controlar ciertos padecimientos, daños y riesgos a través del autocuidado y la prevención basada en la realización de prácticas simples pero consientes.

1.2 Programas de Atención Primaria a la Salud en zonas rurales e indígenas de México.

Actualmente la Secretaría de Salud, como autoridad máxima sanitaria, tiene como objetivo contribuir al desarrollo de la población a través de la promoción de la salud y la participación social, así como lograr el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, en el marco de un financiamiento equitativo, transparente y eficiente de los recursos. (SSA, 2007)

El principal instrumento para cumplir con estos objetivos es el Plan Nacional de Salud que desde 1970 establece las siguientes metas:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

De acuerdo con el Plan, estas metas se concretarán con la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud.

- 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social
- 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- 4) Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

- 9) Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
- 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

A partir de estos preceptos, el sector salud en México opera bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (SS) en un conjunto de instituciones públicas y un creciente mercado privado de servicios de salud. En el sector público, las instituciones de seguridad social brindan servicios de atención a la salud a 46% de la población, mientras que en la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el IMSS-Prospera atienden las necesidades de la población no derechohabiente en un 56% (ENSALUD, 2012).

Se adhiere asimismo a estos lineamientos de actuación la Ley de Asistencia Social cuya institucionalización como política pública se ve representada por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF desde hace 30 años, aunque este tiene mayor presencia en zonas urbanas.

Otros Programas Estratégicos de Acción Implementados por la Secretaría de Salud (2014).

- Programa Comunidades Saludables
- Programa de Atención a Personas con Discapacidad
- Programas de Atención a Población con Vulnerabilidad Social
- Programas de Atención a Familias y Población Vulnerables
- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
- Programa de Atención a Infancia y Adolescencia
- Programa de Desarrollo Humano Prospera -componente salud-
- Seguro Popular

1.2.1 El Programa IMSS Prospera (antecedentes)

Al día de hoy la institución de salud que aborda de manera integral la educación, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y padecimientos a través de intervenciones sociales, es el IMSS a través de su Programa IMSS Prospera³; el acercamiento que ha tenido éste Programa con las poblaciones rurales e indígenas de 19 Entidades del país le ha permitido influenciar y “traspasar” las barreras culturales de la población en materia de salud, teniendo como estrategia principal la articulación de las acciones médicas con las acciones de intervención comunitarias, siempre respetando usos y costumbres de las comunidades, sus

³ Al día de hoy el IMSS Prospera continúa con transformaciones, y es para el mes de octubre del 2014 que cambia nuevamente de nombre a IMSS Prospera, lo anterior para seguir la coordinación de acciones con los Programas de Gobierno Federal en turno, no obstante para esta investigación, es analizado y presentado el IMSS Oportunidades desde sus inicios hasta la estructura del 2012.

derechos humanos y fortaleciendo la imagen de los líderes comunitarios, como una estrategia más para el empoderamiento de la población en materia de salud.

El Programa denominado IMSS Prospera, antes IMSS Solidaridad, antes Coplamar, ha sido un Programa y una estrategia de atención a la salud del Gobierno Federal administrado por el IMSS que tiene como objetivo atender y proteger a la población más pobre de las zonas rurales, campesinas e indígenas del país que no tienen acceso a los servicios de salud; aunque desconocido por muchos, sus resultados desde hace más de 30 años son identificados como favorables en comparación a los obtenidos por la SSA dadas sus estrategias de atención basadas en el autocuidado y en la participación comunitaria, así como por la labor de Hospitales Rurales y Unidades Médicas Rurales distribuidas en todo el país.

El origen del Programa IMSS-Prospera se remonta a 1973, cuando se reformó la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social para extender su acción a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva, en pobreza extrema y marginación (DOF, 2011).

Antecedentes.

Al ser promulgada en 1943, la Ley del Seguro Social dio sustento jurídico a la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo del servicio público, responsable de proteger a los obreros ante diversas contingencias (enfermedad, maternidad, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte), por lo cual se determinó que se extenderían sus beneficios a trabajadores sin capacidad contributiva, en alusión a la inmensa mayoría de campesinos e indígenas del país, marginados del desarrollo nacional.

“A partir de esos tiempos, el desarrollo de la seguridad social en nuestro país, se caracteriza por una constante adecuación de los postulados y las realidades que envuelven las necesidades de nuestra población. Así en la búsqueda de una protección efectiva a los grupos mayoritarios campesinos e indígenas se encontró la fórmula técnica y financiera para llevarles un mínimo de protección, a pesar de su nula capacidad contributiva. Este desarrollo es una manifestación de la solidaridad social colectivamente organizada, en la que el seguro social juega un papel muy importante como instrumento de redistribución del ingreso nacional”. (IMSS, 1994, p. 6)

“El concepto de seguridad social, entonces dominante, establece nacional e internacionalmente el compromiso de adoptar la estrategia de la atención primaria a través de una **solidaridad social**, la cual se interpreta como la universalización de la atención médica, sin que se condicione la prestación de servicios a una cuota en efectivo con esta modalidad”. (Cit. p. 7)

Quedaba claro desde entonces que para reducir las desigualdades, se requiere de un sistema nacional de salud que garantice el acceso universal y la calidad uniforme de los mismos, regionalizado, descentralizado y participativo, basado en una atención primaria, vinculando a otros componentes del bienestar social o, lo que es lo mismo, a un sistema que atienda a todos los ciudadanos sin excepción, independientemente de su nivel de ingresos o de su posición organizacional.

Sin embargo, ¿cómo sería posible definir un sistema de atención a la salud que aplicara a favor de los grupos marginados ubicados en zonas de difícil acceso y con un perfil casi o totalmente indígena y además arraigado a costumbres y tradiciones que en muchas ocasiones impedían establecer un interés por la salud? Y aunado a eso ¿cómo sería posible incursionar en estos campos con un sistema de salud apenas estructurado y con deficiencias económicas que albergaba cada vez más a una población no contributiva y en constante crecimiento?

La participación comunitaria sería la base de esa solidaridad social, ya que a partir de la misma población se consolidarían las bases que sustentarían el hecho de que esa población incursionara en trabajos personales que redituaran en beneficio de sus mismas comunidades, a fin de propiciar un desarrollo que les permitiera ser sujetos de aseguramiento, en los términos que la ley del Seguro Social señala.

Asimismo, el trabajo organizado de los grupos y comunidades sería la respuesta a la convocatoria de las instituciones gubernamentales y privadas enmarcadas por las políticas de salud y por el grado de desarrollo económico y social del país, donde las mismas comunidades se harían conscientes de adoptar un compromiso social para la obtención de una atención primaria a la salud.

“La oportunidad de trabajar con la comunidad como gestora de su propio desarrollo vislumbraba la posibilidad de generar el trabajo a favor de la propia comunidad, con la cual se fijaban los principios que una corresponsabilidad permitiría a los sujetos beneficiados disponer de medios y de prestaciones para elevar sus niveles de vida y poder llegar así a ser, en el futuro, sujetos de un esquema de protección más completo. Por ello y con la intención de reafirmar este objetivo, el gobierno federal para 1973 da inicio a un ambicioso Programa sustentado en la solidaridad social por cooperación comunitaria y es así como el 25 de mayo de 1979 el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Comisión Nacional para las Zonas Deprimidas y Grupos Marginados –COPLAMAR- firmaron el convenio “IMSS COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural” (IMSS, 1994, p. 8)

“Para la estrategia, de 1974 a 1978, el Instituto Mexicano del Seguro Social construye y pone en operación 30 hospitales en área rurales e instala de manera coordinada con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) en 310 graneros pertenecientes a esas dependencias, servicios de salud de primer nivel; todos ellos ubicados en 25 estados de la república. De este modo se estructura una red de unidades médicas para proteger la salud de 3 millones de indígenas y campesinos residentes en el ámbito rural, a cambio de su participación en actividades de beneficio a la salud individual, familiar y colectiva. En esta etapa 40% de financiamiento de la operación queda a cargo del IMSS y el gobierno federal asume el compromiso de aportar el 60% restante”. (IMSS, 1994, p. 8)

En el transcurso de los años el Programa IMSS Coplamar va adquiriendo fortaleza y mayor acercamiento a zonas deprimidas indígenas y rurales, sus trabajadores la mayoría de ellos con perfil técnico, a través de estrategias de atención primaria a la salud llegan a los lugares más lejanos promoviendo, asistiendo y educando a la población. Médicos, enfermeras, promotores de salud y trabajadores sociales empleaban las estrategias más importantes de acercamiento a la salud a la población.

En febrero de 1983, el derecho a la salud de todos los mexicanos queda elevado a rango constitucional y el Estado comienza a realizar acciones para hacerlo efectivo. En abril de ese mismo año, el gobierno federal decreta la desaparición del organismo COPLAMAR y confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la total responsabilidad operativa del Programa, circunstancia que permite, con base en la experiencia institucional y en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Alma – Ata sobre atención primaria, transformar el modelo médico establecido desde los inicios de la solidaridad social en el Modelo de Atención Integral de la Salud actualmente vigente (IMSS/PIS,1994).

Lo anterior hizo necesario replantear la contraprestación para considerarla (en la práctica) el compromiso de todo solidario-habiente ante su comunidad, de participar de manera voluntaria, continúa, sistemática y organizada, en la realización de obras y acciones que contribuyen a un mejor estado de salud individual, familiar y colectiva.

Para los años 90s, bajo el auge salinista, el Programa trabaja en un ambiente socio-político, en donde las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales con carencias de todo tipo interactúan con diferentes factores que conforman un complejo panorama de hábitos y costumbres del medio rural y la diversidad cultural de sus habitantes. Se descentralizan responsabilidades pero no los presupuestos y recursos necesarios para enfrentarlas.

A pesar de los postulados sexenales de ese tiempo en el que el gobierno promulgaba ya la corriente neoliberal de libre mercado y futuro crecimiento económico; el tamaño de las localidades, la dispersión, el difícil acceso, pobreza del medio físico, la precariedad de las actividades económicas de sus pobladores, la migración periódica y obligada, así como el

mínimo acceso a satisfactores básicos, eran algunos de los indicadores que muestran la situación de los solidariorhábientes.

Para mediados de los años 90s ya durante el sexenio “zedillista”, y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y respondiendo a los objetivos planteados en materia de desarrollo social y superación de la pobreza extrema, el gobierno federal implementa el Programa de Educación, Salud y Alimentación –Progres- con el cual el país adopta una nueva forma de política social en la cual a través de la asistencia o “asistencialismo” a la población en materia de educación, salud y alimentación se busca establecer el combate a la pobreza.

Con la entrada del gobierno de Vicente Fox y acorde a las necesidades políticas de ese momento, el Programa IMSS Solidaridad sufre su penúltima transformación. Esta estrategia es política, pues además del combate a la pobreza por medio de acciones intersectoriales a favor de la educación, salud y alimentación de las familias, se implementa la vertiente del desarrollo social y humano que complementa estas acciones. Dicha estrategia se concreta mediante un acuerdo de Consejo Técnico del IMSS, emitido el 10 de julio del 2002, cambiando su denominación a Programa IMSS Oportunidades, el cual se mantuvo hasta el año del 2014, en que este Programa se transforma nuevamente al IMSS Prospera con el gobierno de Enrique Peña Nieto.

La actual cobertura que hoy alcanza la Unidad IMSS Prospera es 78 Hospitales Rurales, 3,666 Unidades Médicas Rurales (1er. Nivel), circunscrito a los siguientes 19 estados de la República: Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero. Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Estas entidades federativas hasta la fecha siguen albergando al Programa, con un total de 11, 890,378 familias (IMSSProspera, 2014)

1.2.1.1 Modelo de Atención Integral a la Salud a la Salud del IMSS Prospera. La atención Médica y la Participación Comunitaria

El Programa IMSS-Prospera fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) el cual se sustenta en la atención primaria a la salud, y se basa en dos grandes componentes: atención médica y acción comunitaria.

Entre los principales objetivos del Modelo se destacan los siguientes:

- Proporcionar atención médica integral, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica a fin de realizar acciones preventivas para abatir los riesgos y daños a la salud de la población.
- Promover la participación individual, familiar y colectiva en los programas prioritarios de salud, a través de la organización comunitaria.
- Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles incluidos los de la medicina tradicional.
- Fomentar el empleo de tecnologías para la salud.
- Aplicar la comunicación educativa que promueve la apropiación de los conocimientos en salud y la adopción de prácticas saludables.

Su instrumentación tiene las siguientes etapas:

- Elaborar el diagnóstico de salud local.
- Analizar y jerarquizar los riesgos y daños más frecuentes a la salud.
- Planear acciones integrales con base en las necesidades, posibilidades y recursos locales.
- Programar metas y ejecutar actividades para incidir sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud.
- Disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes en los distintos niveles de la organización del Programa que permitan determinar su impacto en la salud de la población.
- Supervisar y evaluar periódicamente los procedimientos, compromisos y resultados.

Para garantizar dicha instrumentación se establecieron las siguientes premisas:

- Una infraestructura homogénea de unidades médicas.
- Una organización de los servicios en forma regionalizada y estructurada en dos niveles de atención, unidos por un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, que se agiliza por medio de un sistema de radiocomunicación.
- La participación de personal con diferentes profesiones y especialidades, mediante un enfoque multidisciplinario en todos los niveles de la organización.
- Una organización comunitaria para la salud.
- La socialización de tecnologías para la promoción y prevención para la salud.

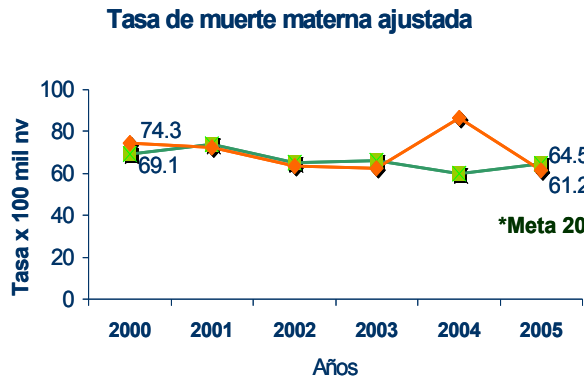
- La coordinación con los sectores público, social y privado para realizar acciones que mejoren la salud de la población.

El IMSS Prospera, de la organización y funcionamiento al impacto y permanencia social.

Hasta el momento parecería ser que el IMSS Prospera a lo largo de sus transformaciones ha sido un Programa de permanencia sexenal, protegido y respaldado por un emblema institucional de gran fuerza nacional. Sin embargo, existe una diferencia que ha permitido la permanencia y la aceptación del Programa durante tanto tiempo y éste ha sido el especial interés destinado a los aspectos comunitarios que han logrado convocar la respuesta de la gente.

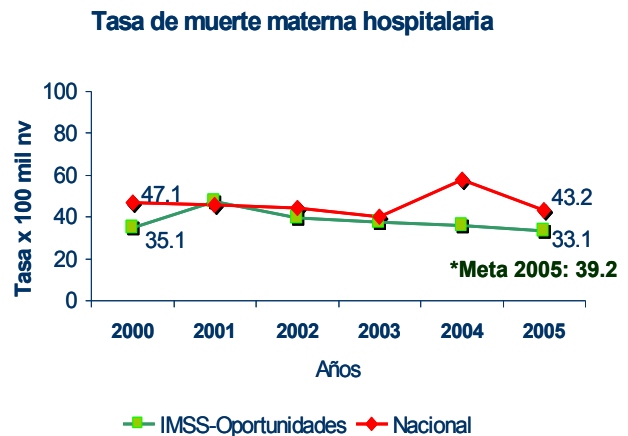
“Diversas evaluaciones y resultados nacionales han demostrado la efectividad y los alcances que ha obtenido el Programa IMSS Prospera en el transcurso de los años; permanencia, aceptación y alcances en salud conllevan a considerar a este Programa como uno de los más efectivos entre los Programas rurales e indígenas de atención a la salud; ya que con los mismos intereses del sector salud, el Programa IMSS Prospera siendo un proyecto alterno ha demostrado permanencia, organización y avance social en los lugares donde se ubica” (FUNSALUD, 2002)

Gráfica 1: Tasa de Muerte Materna Nacional e IMSS Prospera, 2000-2005
Tasa de Muerte Materna Nacional e IMSS-Oportunidades. 2000-2005



■ IMSS-Oportunidades Ajustada ◆ Nacional Ajustada

Fuente: SVEA 2000-2005.



■ IMSS-Oportunidades ◆ Nacional

El Programa IMSS Prospera desde sus inicios concibió la idea de satisfacer las necesidades de las poblaciones con menores recursos, a través de respuestas sociales organizadas que permitirían elevar la salud de las comunidades. Por tal motivo, la implementación de políticas saludables, el fortalecimiento de la organización y la participación comunitaria, el desarrollo de valores y de habilidades personales a favor de la salud, la creación y promoción de ambientes saludables y la orientación en los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención, fueron los intereses, prioridades y estrategias implementadas.

Al trabajar con población indígena y campesina, el Programa enfrenta obstáculos mayores, por lo cual el acercamiento con las comunidades es fundamental y estratégico. El centro de atención del Programa ha consistido en atender de manera preventiva los padecimientos y las situaciones que los puedan generar, controlar las enfermedades infecciosas, priorizar la salud ginecológica y reproductiva y, en años recientes, se ha ampliado la atención al trabajo con adolescentes, la nutrición y la atención a enfermedades crónico degenerativas.

Ante estas necesidades e intereses, el Programa busca el complemento social y humanístico de la calidad en la atención con una base intercultural, sin estos complementos se afectaría negativamente los principios, los alcances y por ende, los resultados.

El Programa tiene una base centralizada de acciones, los lineamientos, normas y estatutos después de haber sido definidos desde un nivel de mando central, se transmiten hacia un nivel delegacional que también tiene una línea de mando y que derivará en lo regional a través de su aplicación a nivel zonal. La base del seguimiento y los efectos logrados entre la población beneficiaria se sustenta en la supervisión y evaluación propias y directas al campo, aspecto que caracteriza este Programa a diferencia de otros. Como estrategia federal, las evaluaciones de resultados y las auditorías al Programa son también realizadas por evaluadores externos.

El Programa es 100% federal, administrado por el IMSS, ante estas situaciones las políticas saludables que se implementan son también 100 % derivadas de la política sexenal que impera en ese momento. Y aunque el partidismo político electoral era una característica intencionada del Programa, ésta finalmente era ignorada, por lo menos en el campo presupuestal.

Además del personal institucional encargado de la atención en los hospitales rurales y en las unidades médicas rurales, un número importante de grupos voluntarios de la comunidad conforman los enlaces directos para lograr el acercamiento del Programa con la población; estos a través de diversas estrategias educativas que sustentan la promoción a la salud.

Atención Médica

En el ámbito de IMSS Prospera generalmente existe una permanencia de médicos y enfermeras en las UMR y HR que conforman su universo de trabajo, situación que garantiza hasta cierto punto dar continuidad y cumplimiento a las acciones del Programa. Entre las principales actividades de esta parte se encuentran (DOF, 2011).

- Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios eficientes, con calidad y calidez a la población del ámbito de responsabilidad del Programa, en las unidades de primer nivel (UMR, MR y UMU) y segundo nivel de atención (HR).
- Otorgar las acciones de protección específica personalizada a la población susceptible.
- Realizar las acciones de prevención de enfermedades con base en las prioridades y políticas de salud pública.
- Realizar las acciones de promoción de la salud individual y grupal con base en las prioridades y políticas de salud pública.
- Identificar y atender los riesgos y daños a la salud a nivel individual y grupal de la población.
- Contribuir a evitar o reducir el empobrecimiento de la población por gastos catastróficos e innecesarios por motivos de atención médica, garantizando el acceso y disponibilidad de los servicios de salud a la población abierta.

En la parte médica se desarrolla la atención médica integral con un enfoque de interdisciplinariedad e interculturalidad, la constante supervisión, evaluación y seguimiento de las acciones, la concertación de recursos con instituciones afines y la capacitación constante a personal interno involucrado en las acciones y a los voluntarios que participan en las comunidades.

Hasta antes de la sindicalización de médicos y enfermeras, estos personajes realizaban trabajo comunitario, visitaban viviendas, revisaban saneamiento, daba pláticas y asesorías, trabajaba proyectos productivos, y realizaba actividades de reconocimiento a líderes comunitarios.

Acción Comunitaria

La parte de la acción comunitaria amerita principal atención ya que se trata de una estrategia que es casi exclusiva de éste Programa, la cual como se comentó anteriormente es la que ha marcado la diferencia entre los programas de atención a la salud con poblaciones indígenas y rurales.

Sus principales acciones emitidas en reglas de operación 2012, periodo de análisis documental de ésta investigación son:

- Apoyar los programas de salud prioritarios del Programa IMSS-Prospera a través de la integración de la organización comunitaria y su orientación en acciones de promoción de la salud.
- Consolidar las acciones de identificación, búsqueda intencionada, derivación de casos a la Unidad Médica y seguimiento en la comunidad, con la participación activa de los grupos voluntarios de la comunidad.
- Fomentar la participación ciudadana a través de los mecanismos de Contraloría Social con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios e instrumentar acciones de mejora.

Su actuar con la población se concibe a través de la siguiente filosofía:

“Al identificar a la salud y a la enfermedad como los polos extremos de un mismo proceso en el que se desarrolla la vida desde el nacimiento hasta la muerte; se entiende también por consecuencia, que el proceso denominado salud enfermedad está determinado por la compleja interacción de la herencia biológica, el modo de vida de cada ser humano y el entorno social y ecológico en el que se desenvuelve, por lo cual cada grupo social según el momento histórico y su ideología, concibe y enfrenta dicho proceso de manera diferente”. (López M., 1990)

Al querer buscar un desarrollo social es imperante e inevitable introducirse a trabajar y comprender todos los aspectos socioculturales que envuelven las decisiones y las formas de vida de las poblaciones, ya que de ellos depende en gran medida el crecimiento del ser humano y el cambio social. Ante esta prioridad, el trabajo con la comunidad será la base inicial que buscará el vínculo entre el pensamiento de la gente y su aceptación con las acciones sociales que ofrecen los Programas de atención, en este caso el IP.

La principal forma en que la acción comunitaria interviene en el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones consiste en la aceptación y el convencimiento que la misma población pueda depositar en ella misma.

El trabajo con la comunidad representa un intento de reconstrucción del entorno sociocultural, significa la posibilidad de motivar a la población a ser partícipe de su propio cambio, de reemprender pensamientos e ideas de superación a partir del trabajo colectivo y de erradicar aquellos factores que motivan un comportamiento erróneo que justifica, en muchas ocasiones, la permanencia de formas de vida deficientes, de un conformismo y de la reproducción de malos hábitos.

Para esto, el trabajo comunitario se enfrenta tres tipos de obstáculos para el desarrollo:

“el primero de ellos, y que es de naturaleza sociocultural permite a las sociedades aceptar comportamientos y condiciones de vida basados en el conformismo y la mediocridad, el segundo son, las carencias propias de los Programas de atención y el tercero son los sistemas heredados de gobierno, sin que el trabajador de la salud justifique a estos últimos, simplemente los enfrenta” (Pérez, 2008, p. 122).

Una de las prioridades de la acción comunitaria es lograr la completa participación de las comunidades indígenas y campesinas más marginadas y pobres en el mejoramiento de sus condiciones de salud; el acercamiento a estas fue a medida que se fueron acumulando experiencia en el funcionamiento del Programa y en la responsabilidad de cumplir con el objetivo enunciado, entonces surge paulatinamente la necesidad de establecer con la población un diálogo permanente basado en la reflexión, la crítica, el intercambio de conocimientos y aprendizajes empíricos, el respeto mutuo, la toma responsable de decisiones y el compromiso de proponer y llevar a la práctica soluciones innovadoras frente a los problemas de salud, sin violentar la cultura local.

Lo anterior se logró mediante una labor educativa que rebasara los modelos tradicionales, centrados en la lógica de la institución más que en los de la comunidad y en los conocimientos técnicos más que en los cotidianos. Situación que pudiera dar mejores resultados si se contemplara más un modelo intercultural como base educativa.

Con fundamento en lo expuesto, desde 1983, la acción comunitaria ha realizado un gran esfuerzo para llevar a la práctica métodos, técnicas y estrategias educativas, por lo cual una de las bases más fuertes de la acción comunitaria es el trabajo con líderes comunitarios y la formación de voluntarios.

En el Programa IMSS Prospera la mayoría de los habitantes radica en comunidades indígenas y campesinas marginadas, caracterizadas por la dispersión, el difícil acceso, el aislamiento, precarias condiciones sanitarias, elevados índices de pobreza y rezagos educativos por lo que se considera un verdadero reto.

Como estrategia básica para lograrlo, se estableció que el personal de las unidades médicas y de acción comunitaria, interactúen con las comunidades de su ámbito de responsabilidad, en condiciones de igualdad y de respeto a sus creencias y valores culturales. A través de esta base (entendida como la influencia recíproca a través del conocimiento mutuo), se previó promulgar paulatinamente:

- El reconocimiento de la comunidad a los servicios del Programa y sobre esta base, formar y consolidar una organización comunitaria para la salud, con la anuencia previa de la población.
- Intercambiar conocimientos con dicha organización comunitaria que le permitiera en sus propios términos, reflexionar sobre los problemas de salud de la comunidad y asumir compromisos para resolverlos.

A partir de la partición comunitaria, se extiende al resto de la población los resultados de la reflexión y los compromisos factibles de ser cumplidos, a fin de que cada familia, en la medida de sus posibilidades y por convicción los adoptara como propios (vacunación, cuidados materno infantiles, vigilancia nutricional, salud reproductiva, planificación familiar, prevención y control de enfermedades emergentes, así como de enfermedades crónico degenerativas y la identificación oportuna de riesgos y daños a la salud).

Esta estrategia aplicada de manera sostenida ha hecho posible formar y asegurar la permanencia de la organización comunitaria para la salud integrada en las localidades del ámbito de responsabilidad de las unidades médicas, tal y como comités de salud, una red de promotoras rurales y asistentes rurales de salud como parteras y terapeutas tradicionales.

La Participación de los Grupos Voluntarios⁴

Con el fin de promover y sustentar la promoción y el autocuidado de la salud entre la población beneficiaria del Programa IMSS Prospera, la misma participación activa de la población es fundamental para alcanzar los efectos e impactos deseados de las acciones promovidas. La forma en hacer llegar a la población nuevas ideas que mejoren las condiciones de salud a través de ellos mismos, consiste en lograr que sean las mismas comunidades las que las acepten, y que no las consideren como una imposición o violación a sus costumbres o cultura, sino como un ejemplo a seguir. A través de este medio, las mismas personas de las comunidades que quieran lograr algo diferente de manera individual y comunitaria trabajarán voluntariamente, en beneficio de la salud y el desarrollo comunitario.

El Programa ha designado como pilar de acción el trabajo con diversos grupos voluntarios, cuya misión a su vez es capacitar y transmitir conocimientos básicos en salud, bienestar familiar y desarrollo humano al resto de la población. La responsabilidad y el interés que han demostrado los grupos voluntarios especializados en tareas específicas y que se han conformado al amparo del Programa IMSS Prospera, han demostrado ser redituables.

Es importante mencionar que al hablar de grupos voluntarios se habla de una preocupación y participación social, lo que no debe pasar por alto que esta misma estrategia es útil como una medida de ahorro y de contención de costos.

Hasta el momento y desde su creación el Programa IMSS Prospera ha contado con diversos voluntarios, con los cuales se ha procurado establecer una relación armónica para conjugar acciones y recursos de un proyecto común y así trabajar por la salud de la población, sin afán de lucro, sólo por el interés por el otro; las principales figuras voluntarias son:

Los **Comités de Salud**. Son organismos de gestoría en el que se concreta el compromiso de la comunidad de participar en el cuidado de la salud y representa el primer vínculo entre el personal de las unidades médicas y la comunidad. Está constituido por un presidente y vocales de saneamiento, salud y nutrición.

Las **Promotoras Rurales**. Son personas integrantes de la comunidad que por convicción han aceptado la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de familias, incluida la propia. Su elección la efectúa la

⁴ Análisis derivado de mi experiencia laboral en el Programa IMSS Prospera, 2000-2008 como coordinadora de supervisión nacional del área de Acción Comunitaria.

comunidad en asamblea, aunque puede ocurrir que un grupo de familia escoja entre ellas a la persona que fungirá como promotora. Su tarea más importante se centra en la promoción a la salud.

Las **Asistentes Rurales de Salud**. Es el principal personaje sobre el cual se sustenta el trabajo coordinado entre institución y comunidad, estos son voluntarios, en su mayoría mujeres, residentes en localidades del ámbito del Programa de menos de 1,000 habitantes, en las que por la baja demanda potencial de servicios no se justifica la instalación de unidades médicas. Todos ellos además de compartir la cultura de los habitantes del lugar y hablar la lengua materna, han adquirido en cursos de capacitación específicos los conocimientos y habilidades mínimos indispensables para promover el cuidado de la salud, transferir tecnología educativas y el mejoramiento comunitario de bajo costo y alto impacto social, atender padecimientos de baja complejidad e identificar y derivar oportunamente a la unidad médica correspondiente los casos difíciles o complicados.

Los **Terapeutas Tradicionales**, entre los que se incluyen las **Parteras Rurales** son aquellos practicantes de la medicina tradicional que gozan de especial respeto y reconocimiento en la comunidad. Con ellos se ha procurado establecer una relación armónica para conjugar acciones y recursos de un proyecto común; trabajar por la salud de la población.

Así, los voluntarios descritos representan el recurso más valioso para popularizar el saber en salud, de ahí que en 1996 el modelo educativo utilizado en su formación se transformara en cuanto a enfoques métodos, técnicas y contenidos, en un “Modelo de Comunicación Educativa de la gente para la gente” o de capacitación directa (IO, 2006). Los grupos voluntarios son capacitados directamente por el personal institucional que se encuentra en unidades médicas y unidades móviles del Programa.

En concordancia con dicho modelo y mediante cursos de formación, actualización e intercambio de experiencias en cuya organización, selección y adecuación de contenidos la comunidad tiene un papel relevante, se propiciaron los fundamentos para una adecuada comunicación educativa considerando la atención por grupos de edad y riesgo, así como los medios indispensables y las tecnologías que posibilitan mejorar la salud de la población local.

Las acciones de formación se desarrollan con métodos pedagógicos dinámicos y vivenciales que facilitan la apropiación de los contenidos por parte de los voluntarios y la comunidad para lograr la participación social.

En reuniones grupales, visitas domiciliarias o foros comunitarios, con el apoyo de los recursos comunitarios a su alcance, los voluntarios transmiten sus conocimientos adecuándolos a la cultura local y en su caso difundiéndolos en la propia lengua de la comunidad. La labor se

completa cuando decide cambiar un hábito perjudicial de salud o construir una obra familiar comunitaria dirigida a crear un entorno saludable.

Es importante señalar que después de ser capacitados, los voluntarios encauzan su labor a partir de un diagnóstico local de salud para que en asambleas o reuniones comunales, los equipos de salud de las unidades médicas revisen y discuten con ellos para que a su vez la compartan con la población. En un ejercicio participativo, la comunidad identifica al inicio de cada año, de que se enferma y de que se muere y que puede hacer para evitarlo; con base en los recursos disponibles, incluidos los de la medicina tradicional, se definen las acciones y obras factibles de ser llevadas a la práctica y se establece el compromiso de realizarlas con el apoyo de la organización comunitaria.

A través de un proceso de “socialización” los voluntarios intervienen en la difusión y aplicación de tecnologías apropiadas en materia de saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, producción de alimentos de traspatio y organización y operación de proyectos productivos.

Si bien lo anterior es importante, no resulta suficiente. De acuerdo a la experiencia, se requiere un esfuerzo adicional del voluntario para que las familias que decidieron practicar buenos hábitos de higiene o utilizar tecnologías sanitarias continúen con el nivel de participación alcanzado, de ahí que ya sea una práctica rutinaria las visitas periódicas a los domicilios de las familias con el objeto de verificar el cumplimiento de los compromisos por ellas asumidos y de reforzar los conocimientos en salud.

1.3 La interpretación de las relaciones solidarias en el campo de la salud, desde la antropología de Daniel Bertaux.

La importancia de la atención social a la salud, así como de la promoción de la salud, y los postulados nacionales e internacionales que los respaldan, determinan la trascendencia del trabajo preventivo y de participación social en la salud.

A través de éste capítulo ha sido evidente la importancia de las relaciones sociales que deben de establecerse entre Estado, instituciones de salud y población indígena para que exista un verdadero control y prevención de enfermedades. Cada uno de ellos juega un papel

fundamental, como actores, como ejecutores y como tomadores de decisiones para que el precepto de salud pueda estar presente y con él generar un principio e interés por el autocuidado y prevención de enfermedades entre la población.

Haciendo un análisis a través del eje teórico seleccionado para éste estudio, podemos apuntalar algunas situaciones con relación a la participación de instituciones, los postulados internacionales y la participación social; la primera, es la correspondiente a la influencia de un Programa como el IMSS Prospera ante universos vulnerables como son las poblaciones indígenas, su aceptación al mismo; así como la respuesta de la población hacia éste y con ello la fortaleza antroponómica generada entre ambos actores; y la segunda, la influencia de lo macro en éstas poblaciones para continuar y fortalecer estas relaciones tal y como es la ausencia de políticas de salud, la pobreza, la falta de satisfacción de necesidades y la indiferencia social.

En el marco de la etnosociología se formula la teoría antroponómica de Bertaux (2013), la cual sustenta la elaboración de categorizaciones crecientes de un contexto para identificar autonomías y desarrollos sociales, a través del surgimiento de sinergias desarrolladas a través de relaciones solidarias determinadas por actividades que contribuyen a una “producción social”. Estas acciones de producción en lo social, siempre serán actividades que generan un desarrollo en las sociedades y los grupos o colectivos y las cuales se perciben pero no son visibles.

Con base a esta teoría, es importante tener en cuenta también que como individuos sociales, es inevitable ignorar la presencia y la influencia de otros factores correlacionales en el entorno social que determinan las posibilidades de desarrollar potencialidades individuales y responsabilizar a los ciudadanos a tener una participación individual y colectiva en beneficio de su salud, tal y como es el caso de ciertos factores influyentes como son la escuela, la familia, los líderes, la cultura, la religión, las autoridades y otros más que interactúan entre sí y que de establecer vínculos solidarios, similitudes, e ideas, su influencia sería cada vez mayor.

Por lo anterior y partiendo de estas premisas, y con base a los principios de la etnosociología identifiquemos que el entendimiento de las realidades debe ser comprendido desde las

realidades mismas, el conocer la posición de las poblaciones indígenas desde su espacio de interacción cotidiana permite entender su realidad respecto a las percepciones individuales y las acciones colectivas que ahí se desenvuelven; eso es lo que ha realizado el IMSS Prospera en las localidades que pertenecen a su universo de trabajo, participar en una realidad que involucra no solo con personalidades individuales, sino también idiosincrasias colectivas, cultura, costumbres y una inevitable relación del día a día con otros actores, todos relacionándose en universo menor donde las actividades están definidas por actividades casi estáticas, de tradiciones, incluso obligaciones, lo cual implica reconocer que la percepción y con ello el actuar de los individuos que habitan esos espacios se vuelve influenciable para su comportamiento social.

La fundamentación de la perspectiva etnosociológica establece que

“las lógicas que rigen el conjunto de un mundo social o mesocosmos se dan igualmente en cada uno de los microcosmos que lo componen, no obstante observando con atención uno solo o varios de estos microcosmos, por poco que se logren identificar las lógicas de acción, los mecanismos sociales, los procesos de reproducción y de transformación, se captan también al menos en algunas de las lógicas sociales del mesocosmos mismo” (D. Beratux, 2005).

Interpretando la lógica anterior y un poco para saber cómo ha sido la respuesta hacia el Programa IMSS Prospera por parte de las poblaciones indígenas y rurales del país, ubiquemos que un gran universo social establecido, identificado a través de sus propias complejidades y acciones, tiende a presentar dentro de su gran construcción (macrocosmos) universos de actuación internos, no independientes pero que si se construyen con base a similitudes de comportamientos e intereses de microcosmos internos, que se desenvuelven según el desempeño, la dirección y el comportamiento del gran universo donde se desarrollan, pero que al mismo tiempo estos no dejan de ser influenciados e incluso limitados por las condiciones establecidas por éste gran universo. Es decir, aunque exista la tendencia central de macrocosmos, la presencia de los microcosmos es dinámica e “influyente”, esto originará que similitudes e interés comunes entre actores sociales creen afinidades e incluso parentescos.

Una comunidad indígena puede representar ese macrocosmos, la cual es determinada por su historicidad, aspectos geográficos y económicos, usos, costumbres, servicios, pobreza, entre otros elementos, los cuáles le dan una característica propia, incluso una dirección a su

funcionamiento (por ejemplo la definición de que sean comunidades agrícolas, ganaderas, de médicos tradicionales, en extrema pobreza, religiosas, etc.) no obstante al mismo tiempo dentro de ésta comunidad se generan actores semiestructurados que influyen en un nivel micro sobre el comportamiento de los habitantes de esa localidad, tal y como es el caso de las instituciones, la religión, la familia, las autoridades, las organizaciones sociales, los líderes, etc. y que son capaces de modificar conductas, expectativas, acciones, incluso la misma dirección de la comunidad, aunque ésta tenga o esté condicionadas por factores macros tan fuertes como la pobreza, las costumbres o la accesibilidad. Esas figuras en el caso de éste Programa han sido los grupos voluntarios.

Al identificarse y correlacionarse los actores, las nuevas relaciones micro son dinámicas y muy influyentes a generar cambios y nuevas direcciones en el macrocosmos, por lo cual se origina que todas las relaciones sociales representan varios niveles de interacción a lo que Bertaux las denomina como socioestructurales, y por su tendencia hacia la movilidad y la búsqueda del cambio a través de la organización colectiva y de desarrollo social son determinadas como de carácter solidario. Es por esa situación el carácter de “exitoso” que ha tenido el Programa a través de los resultados en comparación a otros que no tienen éste mismo acercamiento con la población.

El percibir y entender las relaciones socioestructurales a través de la cotidianeidad, implica saber el nivel de afectación de la política social, el papel del estado, la influencia de la institución, el peso del contexto social, la trascendencia de la comunidad indígena, la postura de los actores sociales de esa comunidad y por último la posición de los individuos en sus decisiones frente al programa. Este entendimiento permite confrontar y conocer la correlación de los individuos y dejar al descubierto actitudes y comportamientos individuales y colectivos, basados muchos de estos en los usos y costumbres locales, en donde inevitablemente éstas relaciones cotidianas se vinculan a su vez con fenómenos extra locales, vinculados con las leyes y normas del contexto, la familia, las costumbres, los grupos organizados o las instituciones, lo que genera situaciones diversas que también originan e influyen sobre una actitud y una respuesta social.

Estas inercias e influencias correlacionales entre actores determina y justifica aún más que la participación del Estado y de los individuos se base plenamente en un principio de corresponsabilidad y coordinación donde se identifiquen tanto las limitantes como las potencialidades de todos y cada uno de los actores que intervienen en la construcción del desarrollo social de los países. La importancia de lo anterior permitirá que la intervención de la sociedad en las decisiones del estado evite el paternalismo conocido de los programas sociales de atención.

A través de la participación de los individuos y del interactuar con diferentes niveles micros y macros, quedará más consolidado tanto para los individuos, como para las instituciones que la satisfacción de necesidades no es un problema exclusivo del Estado; la responsabilidad como ciudadanos consiste por un lado en buscar medios alternativos para combatirla y por otro conocer obligaciones del Estado para exigir que las cumplan.

No obstante la fortaleza de las redes establecidas con los diferentes actores de un universo, puede garantizar permanencia y éxito o consolidación de las acciones; si el fortalecimiento mutuo de todos y cada uno de los actores sociales no se realiza constantemente, la producción de bienestar no se logrará aún y a pesar de los años de interrelación entre actores, éstas relaciones pueden difuminarse en poco tiempo. Dicho de otra manera y utilizando categorías específicas en el campo de la atención a la salud de pueblos indígenas y rurales, si el Estado no se involucra, si no se aportan recursos y si las políticas no cambian, el único programa con carácter preventivo y de participación social que se ha mantenido durante más de 30 años, como ha sido IP indudablemente terminará, situación que se puede identificar en la siguiente tabla:

Cuadro 4: Servicios Médicos Otorgados y Panorama de Salud 1993-2003-2013 IMSS-Prospera

CONCEPTO			
	1993	2003	2013
POBLACIÓN			
Población Adscrita a la Unidad	10,319,182	10,499,467	10,974,946
- Familias	N.D.	2,521,616	8,503,629
Consultas Otorgadas	8,454,640	17,294,479	20,049,557
Nuevas Aceptantes Planificación Familiar	250,052	365,765	363,571
Atención Prenatal	935,763	981,468	1,754,846
Defunciones			
- Maternas	133	43	11
- Perinatales	2,622	1,634	333
Estado Nutricional en < 5 Años			
- Sin Desnutrición	1,266,502	2,582,952	415,134
- Con Desnutrición	73,883	869,537	44,697
. Leve	51,725	705,315	38,173
. Moderada	18,427	151,557	5,818
. Severa	3,731	12,673	706
Programa de Desarrollo Humano de Oportunidades			
- Familias beneficiarias	N.D.	1,156,509	6,799,444
- Total de Niños en Control con y sin Desnutrición	N.D.	517,417	823,973
. Menor de 2 años	N.D.	189,799	249,286
. De 2 a 4 años	N.D.	327,618	482,636
- Mujeres en Control	N.D.	101,043	12,675
. Embarazadas	N.D.	30,734	5,024
. En Periodo de lactancia	N.D.	70,309	7,651
Integración y Organización Social:			
Asistentes rurales de salud activos	7,698	13,899	12,733
Comités de Salud Activos	12,859	17,067	16,991
Promotores Sociales Voluntarios	104,172	153,129	182,613
Parteras rurales en interrelación	7,804	6,217	7,087
Médicos Tradicionales en Interrelación	4,131	2,474	0
Familias Participantes en Vigilancia y Cuidado del Agua para Consumo Humano	1,280,197	1,827,034	2,204,489
Familias Participantes Disposición Sanitaria de Excreta Humana:	1,077,528	1,731,042	2,185,850
Familias Participantes Disposición Adecuada de Basuras y Desechos:	1,331,859	1,841,312	2,206,398
Mejoramiento de la Vivienda: (Acciones)	633,548	341,439	70,944

SISPA IMSS Prospera Diciembre, 1993, 2003, 2013

Si en general la respuesta del Programa desde hace 30 años ha sido satisfactoria en materia de atención, hay indicadores que representa un declive aún no muy marcado pero que puede ser una representación de la falta de actuación de algunos de los actores y factores que se ven involucrados en el cumplimiento del programa y que podrían ser el inicio de situaciones que dieran fin al trabajo comunitario, de prevención y conciencia social. Algunos de éstos

indicadores son: la disminución de líderes comunitarios que participan con el Programa (ARS, Comités establecidos, Parteras Rurales y Médicos Tradicionales), la disminución de las acciones de prevención representadas en el mejoramiento de la vivienda y el incremento excesivo de familias del ámbito del Programa Federal de Desarrollo Humano Oportunidades, las cuales si bien representan ingreso al programa, también implica participación social supeditada a recursos y no a la conciencia y a la sensibilación de la propia población; es decir no hay participación voluntaria derivada del convencimiento o conciencia social, sino hay participación a cambio de cuotas, recursos o insumos que ofrece este Programa paternalista federal y que se contrapone ante todos los principios por los que trabaja el IMSS Prospera desde sus inicios.

La permanencia para este u otro programa de atención se basa en la integralidad de las acciones de todos los actores de un sistema; integralidad que vale la pena considerar, porque si bien la permanencia de programas, la construcción de redes sociales y la solución de problemáticas dependen completamente de esta conjunción de acciones; también queda demostrado que la construcción de programas y políticas sociales con principios y fundamentos basados en la responsabilidad compartida de los actores sociales y en el trabajo preventivo siempre dará resultado y serán una buena alternativa para satisfacer las necesidades básicas de la población.

La interacción entre diferentes actores dentro de un mismo universo es esencial en el cumplimiento de expectativas y en el cumplimiento de objetivos si existe una variación en algunos de los actores que conforman éste “cosmos” la respuesta también se representará en una variación considerable en otro de los actores e impedirá el desarrollo de una antropomía social que puedan establecer y fortalecer lazos y redes sociales, generadoras de bienestar. Tema que será mayormente abordado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

2.1. Las poblaciones indígenas en México, generalidades

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada en sus pueblos indígenas. Según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), los pueblos indígenas:

“Son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas. Son comunidades indígenas integrantes de un pueblo indígena, aquellas que forman una unidad social, económica y cultural, asentada en un territorio y que reconocen sus autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres” (CDI, 2010).

En 2010 la población indígena representa el 13.7% de la población total del país, poco más de 15 millones de habitantes, representados en 62 pueblos y distribuidos en 32 municipios. Entre los grupos indígenas más representativos en el país se encuentran: los nahuas, mayas, zapotecos, mixtecos y otomíes. Las lenguas indígenas con mayor número de hablantes son el nahua, maya, mixteca y tzeltal.

Pare éste mismo año, existían 6.6 millones de indígenas aún hablantes de lengua, y un total de 9.1 millones ya no hablantes, pero si reconocidos como indígenas. 400 mil de los hablantes de lengua ya no se consideraron indígenas. (INI-CONAPO, 2010)



Grafica 2. Distribución actual de los pueblos indígenas de México



La pluralidad y la diversidad de la nación la dan los pueblos indígenas debido a sus múltiples miradas, que a la vez obligan a interactuar actualmente con las sociedades contemporáneas. Los pueblos indígenas nunca han dejado este país. Sus patrimonios naturales, sus propiedades, sus conocimientos y sabidurías, su trabajo, el dinero que ganan, está a disposición de sus familias, de sus comunidades y de México.

Según la categorización del CDI, las características principales de los pueblos indígenas son:

- Ser hablantes de lenguas propias y distintas al español
- Tener rituales, tradiciones y formas diferentes de entender la vida y la naturaleza.
- Tener sistemas sociales propios mediante los cuales se organizan para la toma de decisiones y para la definición de derechos y obligaciones.
- Tener derechos específicos reconocidos en virtud de su diferencia cultural.
- Contar con sistemas políticos, de cargos y autoridades propias, así como funciones y competencias específicos
- Contar con sistemas normativos basados en Normas ,costumbres y usos
- Contar con sistemas religiosos ceremoniales cíclicos, en donde se distinguen festividades y mayordomías
- Partir de un sistema colectivo de trabajo a través de faenas, tequio, fajina reglas de uso
- Establecer apropiación de espacios y recursos comunes conforme a identidades

Tanto las características, como la cosmovisión de los pueblos indígenas influye en cada aspecto de su vida, pues tiene que ver con la forma en que se explican los fenómenos naturales y con la manera en que interactúan con la naturaleza, organizan su vida social y religiosa, se comportan en el mundo y se relacionan con los dioses y con otros seres.

Aunque cada pueblo indígena tiene una cosmovisión particular, relacionada con su lengua, su historia y su medio natural, las cosmovisiones indígenas comparten muchos elementos esenciales.

Por citar un ejemplo, según A. L. Austin (2012), casi todos los pueblos consideran que los seres de este mundo tienen elementos, o fuerzas; las calientes que se asocian con el sol, el cielo, los varones, el orden, la luz, la vida; y los elementos fríos que se asocian con la luna, la tierra, las mujeres, el desorden, la oscuridad y la muerte. Aunque los elementos calientes son

considerados superiores a los fríos, esto no significa que aquéllos sean buenos y éstos malos, pues ambos son igualmente necesarios para la vida.

Lo importante, según las cosmovisiones indígenas, es el equilibrio entre estas fuerzas, es decir, mantener la salud del cuerpo humano y mantener la tranquilidad en la sociedad para que la naturaleza permanezca y la vida pueda continuar.

“La idea de equilibrio es fundamental para estas cosmovisiones, que conciben el cosmos como una realidad en constante movimiento y en perpetuo cambio. La labor de los seres humanos es mantener este movimiento en una relativa armonía que impida desajustes y catástrofes. Una de las principales trascendencias de estos pueblos es el armonizar con el medio ambiente” (L. Austin, 2012, p. 23).

Para llegar al equilibrio, los pueblos indígenas buscan establecer:

- La conciliación
- Culto a los dioses y la naturaleza
- Principio de reciprocidad (tequio)
- Considerar a las fuerzas anímicas

Los pueblos indígenas conservan elementos con el paso de los años tales como la narrativa, el rescate oral, los mitos, las historias sagradas y las religiones de los pueblos prehispánicos; estos elementos se van adaptando a los cambios, incluso modificándose por ellos, no obstante siempre mantienen una esencia permanente, esto es lo que para López Austin (2012), se reconoce como el “núcleo duro”. Un ejemplo de ello podría ser la costumbre, incluso en la actualidad, de utilizar el frío y el calor para lograr salud y la enfermedad.

Asimismo otro factor elemental en la cosmovisión indígena la determina la ética indígena, la cual busca:

- El equilibrio dentro del individuo, su comunidad y el cosmos.
- Los principios básicos de la ética y la vida comunitaria (aquel que lo logre disfrutará de una vida tranquila, con el reconocimiento de su comunidad, y encontrará una muerte igualmente satisfactoria) de realizarlos, sólo así se podrá incorporar al grupo de los antepasados que vigilan y cuidan a sus comunidades desde el mundo de los muertos.

El principio de ética equivale a una correlación del principio de corresponsabilidad y participación social, en el cual el actuar bien y el actuar todos, a favor de todos, contempla los principios y valores de estos pueblos.



Arte Huichol Nierika, representa el don de ver. Portal mágico que permite a los ancestros ver hacia el mundo de los seres humanos.



El Sol recibirá un rayo sincronizador del centro de la galaxia con el que se iniciará un nuevo ciclo.

2.1.1 Indigenismo e Identidad

En la actualidad el indigenismo puede verse desde dos ámbitos, el primero de ellos desde una visión de interculturalidad y de respeto en la cual las diversas culturas y personajes que conforman éstos universos ofrecen un panorama de diversidad, cultura, arraigo, organización, desarrollo, tradición y derechos; o bien se puede visualizar al indigenismo desde un postura basada en la desigualdad, pobreza y discriminación, en donde el abuso y la burla o negación de estos grupos forma parte del contexto cotidiano de la desigualdad en México.

Dadas las múltiples características de los pueblos indígenas, es inevitable entender y estudiar el concepto desde ambos ámbitos de estudio, ya que solo de esta forma se podrá comprender y abordar de manera integral la postura y el papel que desempeñan y en el que se encuentran ubicados nuestros grupos étnicos. Por lo anterior, hagamos entonces un breve acercamiento y análisis desde ambos puntos.

Sociedades indígenas en el país. Fortalezas

Existen varios aspectos que fortalecen éste concepto no obstante para ésta investigación abordaremos cuatro muy representativos: identidad, organización (vida política), arraigo y tradición.

Identidad.

Indígena significa “originario de un país o lugar” éste es el término que conceptualiza el CDI, anteriormente INI (CDI, 2010) y el cual es el empleado oficialmente y durante años en todas las leyes e instituciones de México y en ningún momento tiene la carga despectiva que se ha asignado al término *indio*, como comúnmente suele utilizarse (este punto se revisará con más precisión en el siguiente apartado).

“Es a partir de éste concepto que los pueblos indígenas de México conforman un amplio sector de mexicanos y con el cual se auto identifican asimismo como indígenas, es decir, como perteneciente a una comunidad o a un pueblo indígena. Esta identificación es individual, pero a la vez colectiva” (Navarrete, 2008, p.18).

En México existen indígenas porque hay pueblos indígenas. Cada miembro de una comunidad comparte con sus vecinos una serie de elementos culturales, como la lengua, el territorio, los cultos religiosos, las formas de vestir, las creencias, la historia, todo lo que le permite decir que es parecido a ellos y que comparten una identidad común que los distingue de otros grupos.

Este sentido de identidad cultural compartida se refuerza en las fiestas del santo patrono del pueblo, en las ceremonias públicas, en las luchas políticas, en la defensa de la propiedad de las tierras y en las relaciones y conflictos que establece la comunidad con los grupos vecinos y con el propio gobierno. Así se conforma lo que los antropólogos llaman identidad étnica; es decir, la idea que tienen los miembros de una comunidad de formar una colectividad claramente distinta a las otras con las que conviven y que, por lo tanto, cuenta con sus propias formas de vida, sus propias leyes y formas de justicia, sus propias autoridades políticas y su propio territorio (Navarrete, 2008, p.19).

La identidad es uno de los principales factores que implica fortaleza, solidaridad social y organización, esta se representa desde su vestimenta, su música, sus rituales, sus colores, y la increíble sensibilidad y apego a la naturaleza, que las sociedades urbanas ya no tienen.

Identidad Cultural

El concepto de identidad cultural encierra un sentido de pertenencia a un grupo social con el cual se comparten rasgos culturales, como costumbres, valores y creencias. La identidad no es un concepto fijo, sino que se recrea individual y colectivamente y se alimenta de forma continua de la influencia exterior. El concepto de identidad cultural frecuentemente se encuentra vinculado a un territorio. (Molano, 2007)

La identidad cultural de un pueblo viene definida históricamente a través de múltiples aspectos en los que se plasma su cultura, como la lengua, instrumento de comunicación entre los miembros de una comunidad, las relaciones sociales, ritos y ceremonias propias, o los comportamientos colectivos, esto es, los sistemas de valores y creencias (...) Un rasgo propio de estos elementos de identidad cultural es su carácter inmaterial y anónimo, pues son producto de la colectividad” (González V., 2000, p. 43).

Cada miembro de una comunidad comparte con sus vecinos una serie de elementos culturales, como la lengua, el territorio, los cultos religiosos, las formas de vestir, las creencias, la historia, todo lo cual le permite decir que es parecido a ellos y que comparten una identidad común que lo distingue de otros pueblos, sean los vecinos de la comunidad más próxima, los habitantes no indígenas de su región o de la ciudad, o los extranjeros.

Para Navarrete Linares (2008), la identidad cultural compartida se refuerza en las fiestas patronales del pueblo, en las ceremonias públicas, en las luchas políticas, en la defensa de la propiedad de las tierras de la comunidad y en las relaciones y conflictos que establece de la comunidad con los grupos vecinos y con el propio gobierno. Así se conforma lo que los antropólogos llaman identidad étnica; es decir, la idea que tienen los miembros de una comunidad de formar una colectividad claramente distinta a las otras con las que conviven y que, por lo tanto, cuenta con sus propias formas de vida, sus propias leyes y formas de justicia, sus propias autoridades políticas y su propio territorio. Los pueblos indígenas de nuestro país tienen identidades culturales y étnicas muy fuertes.

Organización Social y Vida Política

“La vida de los indígenas mexicanos gira alrededor de su comunidad, es decir, del pueblo o comarca donde nacieron ellos y sus antepasados y en el que suelen buscar esposo o esposa. La comunidad es el espacio donde celebran sus festividades y veneran a su santo patrono. También es el lugar donde la mayoría de ellos cultiva la tierra y consigue su sustento, aunque cada vez más personas se dedican a otras actividades. Por ello, están dispuestos a defender sus tierras y el territorio que las rodea, pues es la base de su supervivencia como personas y de la comunidad misma. En la comunidad deciden sus asuntos y rigen su vida cotidiana” (González V., 2000, p. 44).

El territorio constituye para los indígenas una parte fundamental de su historia, de su identidad y de su vida misma, en éste se desarrollan sinergias y actuaciones fundamentales en el funcionamiento de una comunidad y la solidaridad de una colectividad.

Uno de las más representativas sinergias entre habitantes de la comunidad es el de la autoridad; en las comunidades indígenas los sistemas de cargos consisten en una jerarquía de puestos religiosos y políticos que varían de acuerdo a la importancia. La elección de autoridad y el ejercicio de la misma implican organización y participación en la vida política de la comunidad por parte de todos los actores que la integran.

La vida política de cualquier comunidad origina que los actores pasivos se conviertan en actores activos participes de su propio desarrollo.

Las necesidades sentidas de los individuos que habitan las comunidades, así como los espacios territoriales y poblacionales menores originan mayor respuesta de los ciudadanos en materia de organización y participación. En las comunidades indígenas y rurales siempre se organizarán y participarán de manera más constante que en las sociedades urbanas, las cuales en mucho han sido rebasadas por la individualidad y la indiferencia.

Arraigo

El arraigo forma parte de la identidad, de la cultura y de la pertenencia del territorio, las comunidades indígenas representan éste arraigo a partir de sus tradiciones y costumbres, el apego a su cultura, historia y tradición, así como la enseñanza y preservación de las mismas a las nuevas generaciones.

El arraigo en muchas de las ocasiones fortalece el desarrollo de una comunidad, pero en otras sobre todo en el caso de zonas migrantes donde se concentran y conviven en un mismo territorio diversidad de culturas y grupos étnicos, se complica la participación y la organización de la sociedad, debido a la usencia de ese arraigo por la tierra, y del arraigo por su gente.

Tradicón y Cultura

Estas fortalezas implican historia y raíces, la tradición y la cultura en comunidades indígenas es lo que da representatividad y distinción a cada uno de los 63 grupos étnicos que permanecen en el país.

El hablar de la historia de un grupo, mantiene viva su tradición, su cultura y sus costumbres, fortalece generaciones y da conocer al México contemporáneo las culturas y raíces que construyeron su presente.

A pesar y de los tiempos, las comunidades indígenas orgullosamente mantienen sus tradiciones, defienden sus usos y costumbres, su permanencia, su identidad y ofrecen a través de éstos legados el entendimiento a una nación de grupos que existen, que permanecen y que no pueden ser olvidados por el México urbano.

A los lugares donde vayan los pueblos indígenas, estos llevan consigo sus tradiciones y cultura, misma que la hacen propia al lugar, incluso a las nuevas generaciones; cultura que viene desde una época prehispánica, que ha sido trastocada hasta cierto punto por la religión y preceptos europeos, pero que se mantienen y promueven con una base indígena mesoamericana, tal y como es el caso de las festividades patronales y el uso de pirotecnia, flores, agua, incienso que significan la apertura del umbral para saludar a la naturaleza y fusionar con los dioses del cosmos.

“Los pueblos indígenas han sobrevivido durante los últimos cinco siglos porque han sabido adaptarse a las nuevas realidades. Ser indígena no ha significado aferrarse al pasado, sino saber armonizar el cambio con la continuidad, la fidelidad a las tradiciones con la capacidad de adaptación” (González V., 2000, p. 47).

Las desventajas sociales del México Indígena.

Lamentablemente las fortalezas y posición de los pueblos indígenas se ven rebasada por las situaciones económicas y sociales que las rodean. Tal y como se abordó en el primer capítulo la desventaja social y económica es mucho mayor en los pueblos indígenas que en el resto de los grupos sociales del país. La pobreza y marginación incrementa las diferencias y las faltas de Prospera. Su situación en lo relacionado a su ubicación geográfica y de acceso a los servicios los hace encontrarse en una situación desfavorecedora que aumenta su vulnerabilidad, al concentrar desventajas y categorizaciones que los hacen ser *los vulnerables, de los vulnerables*⁵.

⁵ Categorización propia utilizada para referirme a la posición de un individuo frente a varias debilidades; hablando de población indígena, ésta figura adquiere mayor vulnerabilidad con la suma de situaciones desfavorecedoras por ejemplo: un indígena tiene menos Prospera si es indígena y mujer, y a su vez mayor vulnerabilidad si se tratase de una indígena, mujer, con 5 hijos, y adquiriría todavía mayor vulnerabilidad si se tratase de una indígena, mujer, con 5 hijos, con algún problema de discapacidad, y en condiciones de extrema pobreza.

Los pueblos indígenas son uno de los grupos con mayor índice de pobreza y representan una alta proporción de población que habita en localidades marginadas, ubicadas en zonas de difícil acceso y de limitados o nulos servicios básicos, y por lo tanto desfavorecidas en lo relacionado a la salud, alimentación, educación, desarrollo social, derechos y bienestar.

Retomando y complementando solo algunos datos que ya fueron presentados en el primer capítulo, consideremos que

“los pueblos indígenas de México hombres, mujeres, niños y ancianos, tienen menor acceso a los servicios básicos que proporciona el gobierno, particularmente a la educación y la salud; el tener menor educación y peor salud repercute negativamente en otros aspectos de la vida económica y social de los indígenas: la falta de educación hace que tengan menos acceso a trabajos bien pagados, las enfermedades que padecen les quitan fuerza para trabajar y los obligan a gastar en médicos y medicinas, etc. De esta manera, la marginación indígena en este terreno reproduce la pobreza y la marginación en todos los demás terrenos” (González V., 2000, p. 35).

Las cifras en estos campos son alarmantes, a continuación se presentan algunas extraídas del Documento Pueblos Indígenas del México Contemporáneo, realizado por la CDI en el año del 2005.

En la educación, por ejemplo, mientras que 9.4% de la población nacional mayor de 15 años no sabe leer, 27.26% de los indígenas son analfabetas. La cifra aumenta aún más entre las mujeres: el analfabetismo asciende a 34.44%. En este terreno existen grandes desigualdades entre los estados. En cuanto a la asistencia a la escuela, la desventaja de los indígenas es también clarísima: de la población indígena entre seis y 14 años, 12.8% no asiste a la escuela. Otro indicador importante de la marginación indígena es el rezago educativo; el porcentaje de alumnos que no avanzan en los grados escolares de acuerdo con su edad o que no logra completar la primaria.

En el terreno de la salud los pueblos indígenas también se encuentran en clara desventaja frente al resto de la población mexicana.

En primer lugar, más niños indígenas mueren antes de cumplir su primer año de vida. El nivel de mortalidad en los menores de un año es uno de los indicadores que refleja de manera más los niños indígenas menores de cinco años padecen desnutrición, lo que afecta también su salud y sus posibilidades educativas. Como resultado de la desnutrición, 44% de los niños indígenas miden menos de lo que deberían, frente a 17% en la población en general, y 58% tiene un peso menor del esperado (CDI, 2005).

Además, los indígenas tienen una esperanza de vida menor a la de la población en general, lo que indica que su estado de salud es más precario. De acuerdo con estimaciones de CONAPO para el año 2000, la esperanza de vida de las mujeres indígenas llegó a 74 años, mientras que para los hombres era de 69. El mismo indicador para la población mexicana en general es 1.7 años mayor en la mujeres y 2.1 en los hombres. Asimismo, mueren con más

frecuencia de enfermedades infecciosas curables, como las gastrointestinales y las pulmonares, lo que muestra que tienen menos acceso a tratamiento médico y reflejan que un menor número de sus viviendas tiene agua potable y otros servicios higiénicos.

Además de los problemas de salud, existen también problemas sociales, que afecta seriamente a muchas comunidades indígenas uno de los más representativos es el alcoholismo. El consumo excesivo de alcohol se vincula con la religión y las tradiciones en muchas comunidades. Además de los daños a la salud, el alcoholismo genera violencia doméstica y afecta a mujeres y menores.

Tal y como se abordó en el capítulo anterior, los problemas de salud tienen sus orígenes muy similares a los educativos: por citar algunos, la falta de inversión pública en clínicas y hospitales de regiones indígenas, existe un menor número de médicos destinados a estas zonas, existe menor capacidad de los indígenas para adquirir medicamentos o pagar atención médica privada. Asimismo, también existe, como en la educación, un componente cultural, relacionado con la diferencia entre las concepciones indígenas de la salud y la enfermedad y las concepciones de la medicina moderna, provocando que en ocasiones los indígenas no reciban el tratamiento adecuado. Por otro lado, la falta de dominio del español de los pacientes indígenas y el nulo conocimiento de las lenguas nativas por parte de la inmensa mayoría de los doctores, hacen difícil la comunicación y afectan la atención médica a los indígenas.

Educación y salud son las estadísticas más representativas de la situaciones de vulnerabilidad económica y social en la que se encuentran los pueblos indígenas, no obstante no se pueden olvidar cifras relacionadas a la accesibilidad de los servicios, vivienda, alimentación, trabajo, genero, discriminación, migración, planificación familiar, salud ginecológica, solo por citar algunas más y que representan la alarmante desventaja en que se encuentran estas poblaciones.

Además de las desventajas económicas y sociales “comunes” se encuentran presentes otros factores que caracterizan las desventajas sociales del México indígena y que son la discriminación y la violación a los derechos humanos. En el caso de pueblos indígenas, la

discriminación, inequidad y exclusión es frecuente por parte de la misma sociedad y sus gobernantes; ésta situación es uno de los principales factores que generan una evidente desigualdad social, económica y política de éstos universos.

Asimismo y derivado de las consecuencias de la limitada educación, pobreza y marginación, incluso de la misma cultura, tradiciones, costumbres religión o esfera familiar; es común identificar entre la población indígena el desarrollo de construcciones sociales u otras ideas erróneas que generan un conformismo, autodiscriminación o autolimitación sobre su condición y papel que juegan dentro de la sociedad.

Discriminación y violación a los derechos humanos de los pueblos indígenas.

La presencia indígena en México y América Latina es innegable. México es un país pluricultural y el indigenismo se identifica en todo su entorno (comida, costumbres, lenguaje, música y tradiciones, propios rasgos). No obstante, existen negaciones sistemáticas para reconocer por completo éste concepto y aceptarnos como parte del mismo.

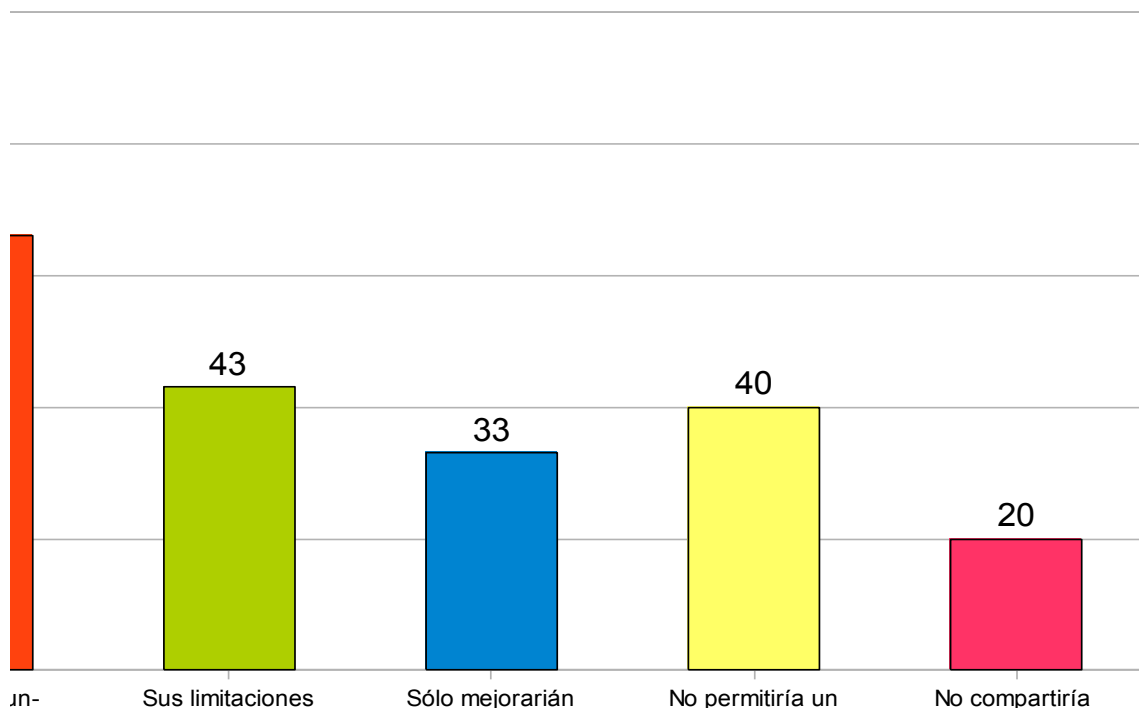
En la actualidad de Latinoamérica y específicamente en nuestro país en muchas de las veces por ignorancia tanto la palabra indígena como indio tiene una denominación equivocada y es claro que se les atribuyen otros usos diferentes tal y como: necio, pobre, ingenuo, sirviente, sin valor, subversivo, ignorante, inculto, entre otros.

Es evidente que éstos estereotipos asignados y ésta postura negativa de la sociedad mexicana es el reflejo de posturas racistas, discriminatorias así como de la misma globalización.

Al referirnos a la discriminación, nos referimos a una persona o grupo de personas tratada de forma desfavorable y con inferioridad a causa de prejuicios, generalmente por pertenecer a una categoría social distinta, por ejemplo: raza (racismo), Sexo (sexismo o machismo-hembrismo) , religión (discriminación religiosa), estatura, aspecto físico, edad, trasfondo étnico, nacionalidad, discapacidad, orientación sexual, ideología política o preferencia subculturales. Por su posición dentro de la sociedad, los indígenas son afectados en varias de éstas categorizaciones.

Al hablar de globalización, las sociedades actuales aspiran a alcanzar el desarrollo tecnológico, las modas y las formas de vida “urbanizada”, de confort y bienestar; el mercado y el consumismo generan una falta de visión y un razonamiento que influye incluso hasta en la sensibilidad por aceptar y respetar otros grupos sociales, lo cual origina un deterioro de valores, principios y respeto social por los que son diferentes a mí, en este caso los pueblos y comunidades indígenas.

Gráfica 3. Discriminación Indígena en México



(DISCRIMINACION INDIGENA EN MEXICO, BARCENAS, ENCUESTA NACIONAL SOBRE DISCRIMINACIÓN)

2.1.2 Pueblos indígenas y derechos humanos.

Ante una situación de discriminación y mayor vulnerabilización de los pueblos indígenas, la inminente respuesta de las sociedades por promover y difundir los derechos humanos en las poblaciones indígenas se convierte en estandarte de todo programa, asociación o estrategia que tenga por objetivo trabajar con estos grupos. El incluir a las poblaciones indígenas, con base en una cultura de prevención, participación plena y consiente de los individuos que

conforman las sociedades, respetando usos y costumbres bajo los principios de interculturalidad y respeto a los derechos humanos (OPS/OMS, 2007) es la línea principal que los gobiernos federales debieran impulsar.

¿Qué son los derechos humanos?

Los Derechos Humanos son el conjunto de atributos inseparables a la naturaleza de las Mujeres, los Hombres y los Niños, es decir de la Humanidad en su conjunto sin distinción de sexo, raza, edad, religión, afiliación política o condición social, cultural o económica.

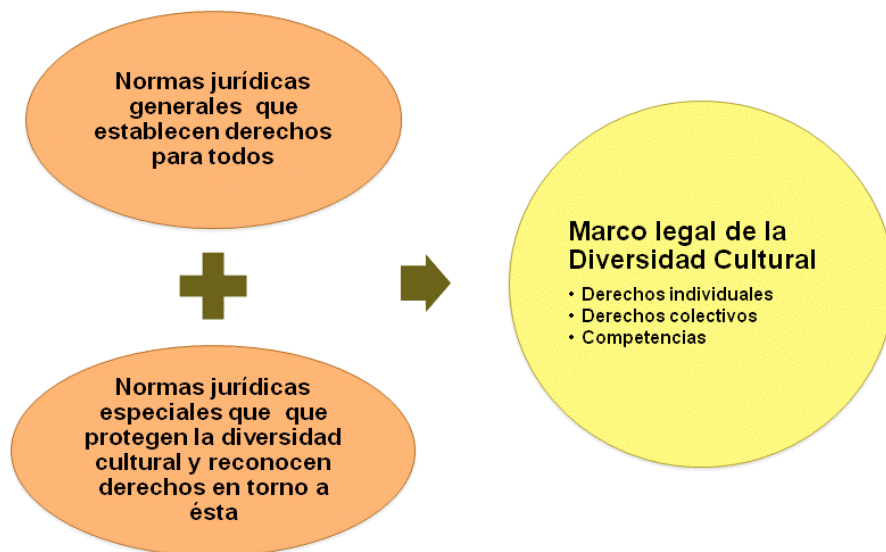
Son universales, innatos, inviolables, intransferibles, complementarios, imprescriptibles y no jerarquizables. Los Derechos Humanos están reconocidos por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. (OPS/OMS, 2007)

En las poblaciones indígenas, dadas sus características y universos propios, la función de los derechos humanos se complementan construyendo una promoción basada en un marco legal establecido como individuos sujetos de derechos, y la defensa a través de normas jurídicas especiales que protegen y garantizan la diversidad cultural representada por sus características propias.

Tal como lo expresa en su Artículo 7, punto 1, el Convenio 169 de la OIT, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes:

“Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en la que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente” (CDI, 2003).

Gráfica 4. Derechos Humanos en Pueblos Indígenas Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas



Principales derechos de los pueblos indígenas según el CDI (2005):

- Proteger a las culturas indígenas y sus formas de organización
- Combatir la discriminación y la desigualdad
- Obligar a la Federación, los estados y los municipios a generar condiciones para el desarrollo de la pueblos y comunidades indígenas
- Dar condiciones para el acceso a la justicia a los indígenas
- Exigir espacios de participación para los pueblos y comunidades y lograr así la adecuación de las políticas públicas y el cambio institucional

Bajo las siguientes premisas (OPS/OMS, 2007)

- I.Existencia (En México se reconoció la existencia de pueblos indígenas desde 1992 y de pueblos y comunidades indígenas a partir de 2001)
- II.No discriminación (A no ser discriminados por sus lenguas ni por sus manifestaciones y prácticas culturales)
- III.Autoadscripción (Reivindicarse individual y colectivamente como indígena)
- IV.Libre determinación (Tomar decisiones sobre su desarrollo como colectivo)
- V.Autonomía (Elegir a sus autoridades conforme a sus normas y prácticas garantizando los derechos de la mujeres)
- VI. Aplicación de sistemas jurídicos propios (Resolver sus conflicto conforme a sus normas en el marco de los DH)

- VII. Preservación de la identidad cultural (Practicar, revitalizar, rescatar manifestaciones culturales)
- VIII. Consulta y participación (Ser consultados cuando se vayan a realizar o aprobar acciones o medidas legislativas que afecten o impacten a la PI y participar en las decisiones que atañen su desarrollo)
- IX. Derecho a la tierra y a los recursos naturales (Conservar y mejorar su hábitat y preservar la integridad de sus tierras y acceder a la tierra y a los recursos naturales)
- X. Acceso pleno a la jurisdicción del Estado (Que en juicios y procedimientos en que sean parte los juzgadores tengan en cuenta sus características culturales; que ellos cuenten con traductores, intérpretes y defensores y que en caso de ser recluidos lo sean en Centros cercanos a sus comunidades, etc.)
- XI. Derechos lingüísticos (Las lenguas indígenas son lenguas nacionales por ello tienen derecho a recibir educación, ser informados de las acciones gubernamentales y ser juzgados en sus lenguas)
- XII. Derecho al desarrollo (A decidir sus prioridades y a que el Estado impulse y promueva su desarrollo respetando su diversidad cultural)

El Estado junto a las instituciones y dependencias estatales y municipales correspondientes deben fusionar sus acciones e integrar su funcionamiento a fin de establecer y garantizar el ejercicio pleno de los derechos indígenas y la ejecución de acciones y disposición de recursos con base a estos preceptos.

**Gráfica 5. Derechos Humanos en Pueblos Indígenas
Definición de Políticas Públicas y Acciones Conjuntas
Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas**



2.2 Interculturalidad, diversidad cultural y salud.

Las actuaciones de la federación y la ciudadanía en poblaciones indígenas en materia de derechos humanos, intervención de estrategias, programas o modelos de atención, atención a la salud, participación o satisfacción de necesidades deben desarrollarse bajo un marco intercultural, en el cual la diversidad de las acciones permita, el respeto y conjunción de las mismas a fin de obtener mejores resultados y aceptación.

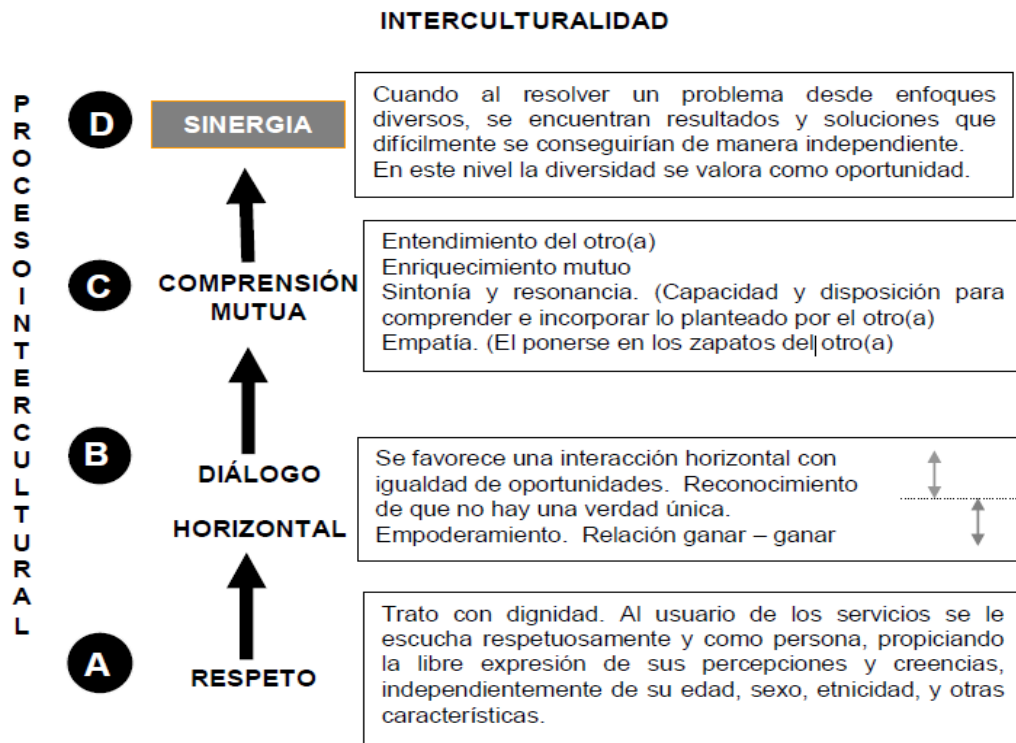
La **interculturalidad** se refiere a

“la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. No podemos llegar con un discurso construido diciendo que es válido y único; para eso debe existir el respeto a las diferentes formas de pensar”⁶.

El hablar de interculturalidad representa percibir una humanidad que se desenvuelve a través de modos extraordinariamente diversos en sociedades y civilizaciones diferentes, en donde la cultura que representan cada una de esas sociedades y civilizaciones es una respuesta específica a la realidad de cada pueblo, realidad que adquiere formas diversas a través del tiempo y el espacio, que no es estática y que representa el conocimiento, la vida, costumbres y tradiciones de comunidades, personas, grupos propios y a la vez diferencias entre sí.



⁶ Almaguer, Alejandro/SSA Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. SSA, México. 2012



Proceso Intercultural de Bonfil Batalla

El enfoque intercultural

Este concepto se ha socializado en el ámbito de la salud, su principal característica y diferencia con otros conceptos como el multiculturalismo y el pluralismo, es su intención directa de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social (Almaguer, 2012).

La interculturalidad está sujeta a variables como: diversidad, la definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, las políticas poco integristas de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, sistemas económicos que excluyen a diferentes sectores de la sociedad; es decir, la interculturalidad se ha utilizado para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en la discriminación de etnias, principalmente (Almaguer, 2012, p.15).

Lo que establece Almaguer en su obra, es a la interculturalidad como modelo de convivencia y como un proceso comunicativo, la interculturalidad propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial del mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad. (Almaguer, 2012, p.15).

Desde este planteamiento, se presupone que no existe una verdad única, inamovible o permanente. Todos los paradigmas están en continuo cambio y responden a diferentes aproximaciones de la realidad, que difícilmente pueden ser absolutas. Al interactuar de manera positiva grupos culturales que comparten un espacio geográfico determinado, se generan alternativas de solución frente a un problema, que serían muy difíciles de encontrar desde la visión de un solo grupo, con planteamientos y características diferentes. Se señala de esta manera que la diversidad puede ser una verdadera fuente de riqueza.

La Diversidad Cultural

No hay una cultura mejor que otra, todas las culturas son valiosas cuando responde de manera satisfactoria a las necesidades de cada persona o comunidad, aún y cuando adquiere formas diferentes en el tiempo y el espacio.

La diversidad cultural expresa o refiere:

El grado de diversidad y variación cultural de un área, en la cual existe interacción de diferentes culturas coexistentes. Su importancia es identificar y reconocer esas culturas, relacionarlas y enriquecerse unas de otras. El comprender y aceptar que existen sociedades diferentes sirven para estar en un grado distinto de progreso; el progreso de la humanidad depende del aporte de cada cultura (Conaculta, 2012).

El principio a la diversidad es la base del entendimiento entre los seres humanos; tenemos que reconocernos, reconocer al otro como distinto, valorarnos, valorarlos y respetarnos.

“Las relaciones son positivas, cuando se acepta al que es culturalmente distinto, lo cual nos enriquece mutuamente, aprendiendo así la tolerancia que es verdaderamente enriquecedora”. (Conaculta, 2012).

No obstante la trascendencia de este enfoque de interculturalidad para el trabajo y respeto a los derechos humanos de las poblaciones indígenas, existen obstáculos para su funcionamiento y del respeto a la diversidad; dichos obstáculos son:

- Desconocimiento del contexto cultural
- Discriminación
- Falta de manejo de aspectos específicos de grupos étnicos de que se trate (ignorancia)
- Falta de voluntad política de funcionarios e instituciones públicas.

Algunos de estos factores han limitado la respuesta de las poblaciones indígenas en ciertos campos tal y como es el de la salud.

La interculturalidad en la salud

El mejor y más claro acercamiento lo ha interpretado la SSA a través de la Dirección de Medicina Tradicional y el documento e investigación denominada Interculturalidad en salud realizado en el año 2012 y en el cual se establece que a través de los diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los servicios de salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos. Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas tradicionales que manifiestan sobre la salud y la enfermedad.

Lo común identificado en las quejas de la población es la falta de respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto. Estos aspectos terminan por incidir en su percepción sobre de los servicios de Salud y la atención del personal, influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. El problema se incrementa cuando se trata de comunidades indígenas cuyas características, usos y costumbres propios originan una desconfianza mayor y una negativa a aceptar y participar en los servicios.

2.2.1 Indigenismo y Salud

En la atención a la salud indígena se presentan barreras más de carácter cultural que económico o social, éstas barreras son conocidas como “barreras culturales” las cuales condicionan el acercamiento e interacción entre instituciones de salud y poblaciones indígenas, estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios. Debido a estas barreras, los servicios se pueden percibir como fuente de “malestares y riesgos” (Almaguer, 2012, p.20).

En el caso de las poblaciones indígenas, esta posee diferentes conceptos de causalidad de las enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la cual percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente.

Las “barreras culturales” pueden identificarse también desde cuatro ámbitos:

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).
2. En el establecimiento o espacio de salud.
3. En el personal prestador de servicios de salud.
4. En la población usuaria.

Todos y cada uno de éstas tienen variación en los diferentes niveles ya que muchos dependen de las instituciones calidad de los servicios, otros del entorno, otros del personal y algunos más de la población.

Es importante identificar dentro de la importancia de la interculturalidad que proporcionar servicios de salud implica competencias, habilidades, conocimientos y destrezas de las instituciones y del personal que en ella laboran y que busquen acercarse a estas poblaciones. El personal de salud que interviene en proporcionar los servicios de salud deben contemplar todos y cada uno de estos elementos interculturales y de atención a fin de lograr una aceptación de los servicios.

Entendiendo un poco este actuar desde los principios de organización y calidad, podemos decir que el actuar de los enlaces entre instituciones y comunidad debe considerar una denominada “competencia cultural” (Cubeiro & Fernández, 1996, p. 36), para poder cumplir con sus objetivos y que es la atención a la salud y la aceptación de la misma en pueblos indígenas y rurales.

La competencia cultural se entiende como la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza (Cubeiro & Fernández, 1996, p. 54).

Cubeiro (1996) refiere que ser “culturalmente competente” responde a “la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios, actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza”.

La competencia cultural implica el conocimiento y la empatía hacia los diferentes integrantes o usuarios, la comprensión de su percepción del mundo, la capacidad de no calificar o descalificar a ninguno por ser diferente y la detección de las barreras culturales existentes, diseñando estrategias para eliminarlas (Cubeiro & Fernández, 1996, p. 54).

Por lo tanto, *los servicios de salud culturalmente competentes* son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad (Cubeiro & Fernández, 1996, p. 54).

La competencia cultural pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

Esta competencia comprende (Cubeiro & Fernández, 1996).

- El conocimiento del contexto cultural de la región donde va a desempeñarse como profesional de la salud.
- La identificación de la singularidad cultural de la población usuaria que acude al servicio.
- El Indagar los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la enfermedad específica que se quiera promover en su atención y prevención.
- La escucha de los usuarios desde su manera de percibir el mundo y la comprensión de la percepción que de causalidad y riesgo posee la población usuaria.

- El conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas.
- La escucha y el respeto a la percepción de la persona usuaria sobre su enfermedad. Tomando en cuenta sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención.
- La eliminación de actitudes de burlas, regaños y evite comentarios que generen o aumenten sentimientos de culpa de la paciente.
- La escucha de las expectativas que los usuarios tienen sobre cómo quieren ser atendidos y su opinión de la atención que se les ofrece.
- La información a profundidad y en la lengua de los usuarios si son indígenas monolingües, de los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida, asegurándose de su comprensión y de su consentimiento. Promover que no decidan por ellos y ellas terceras personas.
- La comunicación intercultural asertiva.
- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.

Es entonces que en los universos indígenas y todas las acciones que ahí se desenvuelven, por mencionar algunas como la educación para la salud, la resolución de conflictos, la participación comunitaria, incluso la vinculación con la medicina tradicional deben de tratarse bajo éstos preceptos de competencias culturales, interculturalidad en salud y respeto a la diversidad, esto originará impacto y permanencia de las acciones establecidas, bajo un marco de inclusión y respeto a los derechos humanos.

2.2.2 La Medicina Tradicional (Prácticas tradicionales de salud) y el modelo intercultural de salud.

“La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiando y organizando a lo largo de milenios” (SSA/DMT, 2012). Su interpretación tiene valor desde el campo de la salud, como del campo de la cultura y aunque su concepción es establecida por sociedades no indígenas desde el siglo XIX, este es el término que ha sido empleado, utilizado y valorado por la OMS.

El conocer estos saberes marca la diferencia en la aceptación de un modelo intercultural para la atención de la salud.

Cosmovisión y Salud

En los pueblos indígenas la salud se logra manteniendo un equilibrio entre frío y calor en el cuerpo, pero también manteniendo un equilibrio entre varias almas que tiene cada persona y las fuerzas externas con las que interactúan.

“Estos conocimientos han sido ordenados por los pueblos originarios en una visión del mundo que pone énfasis en la totalidad de las cosas, en la relación de las personas y los seres vivos con la naturaleza, las divinidades, el cosmos y en el equilibrio entre diferentes elementos y conceptos, que se manifiestan físicamente en el organismo o en partes de él con procesos de frío o calor” (DGMT, 2012).

Por ejemplo, los médicos tradicionales indígenas conocen cientos de plantas y animales que usan para curar todo tipo de males y también para realizar diferentes tipos de actos y rituales. Su uso está basado en la teoría y la experiencia, en el estudio cuidadoso, acumulado y registrado durante miles de años desde las sociedades prehispánicas; así como en la cuidadosa observación de sus efectos en las personas y en las ideas de su cosmovisión, pues se considera que algunas son calientes y deben ser usadas para curar enfermedades provocadas por el exceso de elementos fríos.



Algunas características de la Medicina Tradicional frente a la Medicina Alópata, según la Dirección de Medicina Tradicional de la SSA son las siguientes:

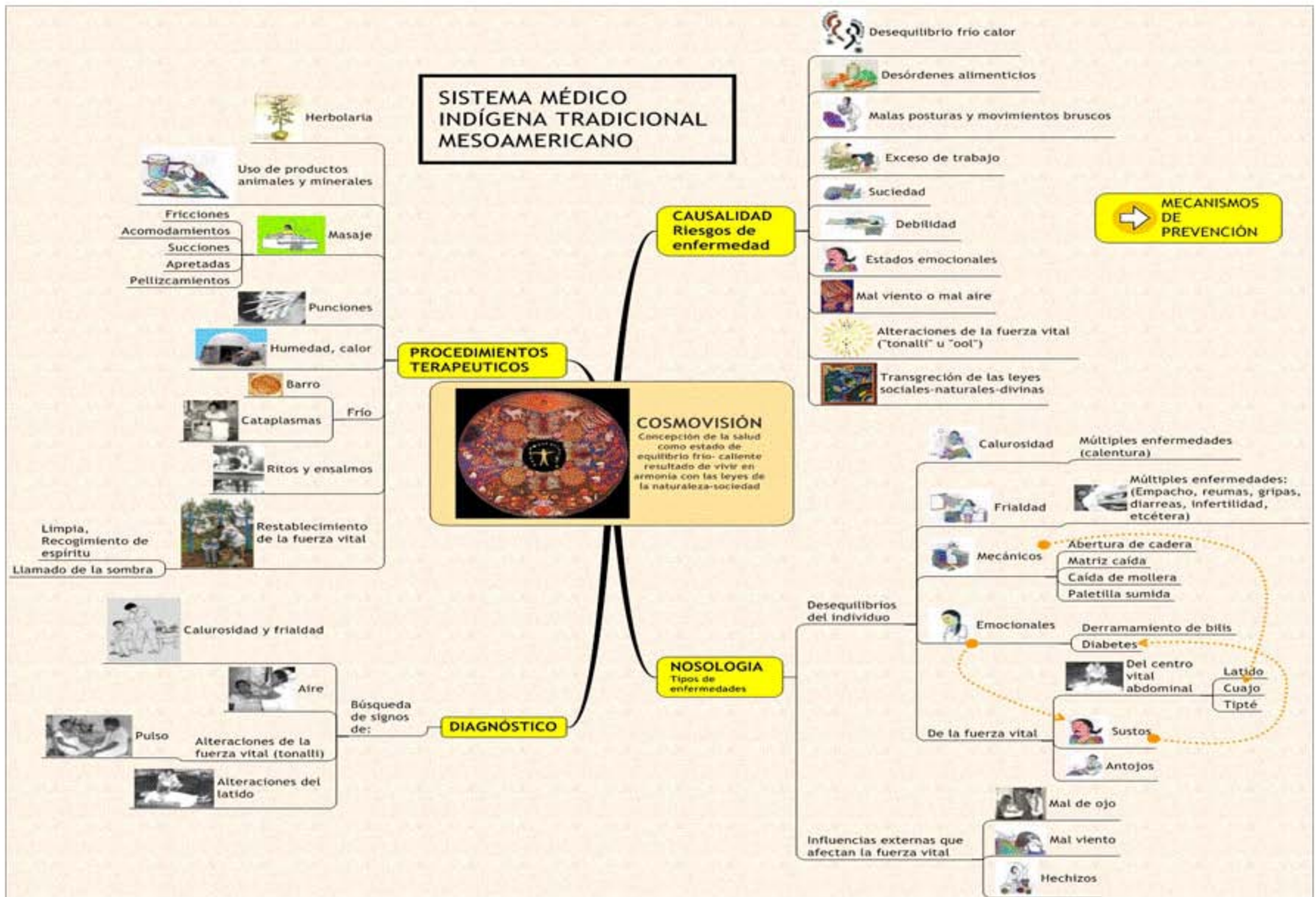
- La medicina tradicional o prácticas tradicionales interactúa con otros sistemas en el seno de cada cultura (sistema productivo, religión, derecho, construcción, educación no formal) construyendo la cosmovisión propia y generando una identidad cultural específica; guarda una relación muy cercana con el sistema productivo campesino, estrechamente vinculado a la milpa, compartiendo los valores en torno a la tierra y al carácter sagrado de la misma,

se fortalece o se debilita en la medida que se fortalece o debilita la identidad cultural, situación que se refuerza por los procesos de migración en todo el país.

- La medicina occidental (científica) tiene como sustento por un lado, el bagaje histórico y teórico acumulado en el ámbito mundial, traspasando fronteras geográficas. Culturalmente se ha institucionalizado en la sociedad por una serie de mecanismos de difusión y consenso que le conceden características y alcances que no necesariamente van a la par con los avances científicos. Económicamente, posee mecanismos muy elaborados que tienen que ver con su publicidad, institucionalización, investigación y marco legal, siendo la producción de medicamentos y de tecnología, parte constitutiva del modelo.
- La medicina tradicional se mueve en un marco muy diferente. Se encuentra inserta en el ámbito local y en algunos casos, regional. Su espacio de acción y de sustento es la comunidad. La comunidad la reconoce, la resguarda, la utiliza, la retroalimenta, la nutre de nuevos terapeutas. En su entorno, se colectan los insumos terapéuticos que utiliza. El ambiente que rodea a la comunidad es partícipe de las relaciones que se establecen con la naturaleza y sus divinidades.
- Desde la medicina tradicional, siempre se está en búsqueda de un equilibrio, coherente con la cosmovisión holística existente sobre la salud y la enfermedad.
- En la medicina occidental, el concepto de la salud que se enseña en la práctica clínica, considera la salud de un individuo como el resultado del correcto funcionamiento del cuerpo; aun cuando la definición de la Organización Mundial de la Salud toma en cuenta a la mente y los factores sociales, en la práctica casi no se tocan en cuenta.
- En la medicina indígena tradicional, por lo general se considera la salud como el resultado de un estado de equilibrio interno entre distintos factores, entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, que dependen del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

- En la medicina científica, el médico está formado para utilizar como auxiliares de diagnóstico a la radiología, los estudios de laboratorio y gabinete, entre otros.
- En la medicina tradicional, el médico indígena utiliza otros métodos diagnósticos que dentro de su cosmovisión tienen una explicación lógica, está preparado para utilizar los masajes, la herbolaria, partes de animales y la “medicina simbólica” (la cual también en ocasiones utilizan los médicos científicos) en forma eficiente, como guía de su atención.
- El médico científico se prepara para trabajar en un contexto que le proporcione un consultorio, material estéril, personal de apoyo, infraestructura como quirófano, conexiones de oxígeno, aparatos de monitoreo y medicinas elaboradas por otros, desconocidos para los pacientes y sus familiares.
- El médico tradicional trabaja en su domicilio, donde tiene un espacio para atender con técnicas de masajes, limpias, entre otras actividades, utiliza recursos que obtiene de la región y del medio ambiente. En otros casos, trabaja en el domicilio de sus pacientes, con recursos modestos y en la mayoría de los casos fáciles de obtener, conocidos para los pacientes y sus familiares.
- El médico científico se prepara para vivir de la medicina, por lo que cobra por sus servicios de acuerdo a tarifas convencionales. Un médico especialista dentro del modelo de desarrollo social occidental, es exitoso en la medida que su estatus se refleje en la pertenencia a grupos y asociaciones o la posesión de bienes materiales.
- El médico tradicional, generalmente vive como sus vecinos, trabaja como todos en actividades propias como la siembra, la cría de animales, el comercio; en muchos casos no cobra por sus servicios recibiendo una cantidad modesta en especie o en efectivo. Su necesidad de estatus está satisfecha por el reconocimiento social y la participación en el sistema de cargos.

- La medicina científica, está apoyada por un marco jurídico legal, que delimita las competencias, las responsabilidades del personal de salud y se responsabiliza mediante su saber científico, para decidir quién está enfermo y quién no.
- La medicina tradicional, es reconocida por la comunidad y sustentada por la satisfacción que deja en la población que la utiliza. Durante mucho tiempo se mantuvo marginada, incluso, considerada como "ilegal" equiparada a la brujería, hasta épocas recientes, muchos la ven y promueven como un elemento de folklore para el turismo.
- La medicina alópata utiliza y estudian las plantas por sus propiedades químicas y como fuente de medicamentos. La medicina tradicional, utiliza las plantas medicinales por propiedades identificadas como "frías y calientes" y su capacidad de movilizar el viento interno o "aires", entre otras características" (DGMT, 2012).



No puede existir ejemplo más claro de interculturalidad que la medicina tradicional. Es precisamente a través del respeto a la diversidad y del ejercicio de la interculturalidad que se han establecido, se han fusionado y han sido aceptadas las instituciones de salud por las poblaciones indígenas.

Actualmente y como pudo observarse con la información recopilada en éste fragmento de la investigación, la SSA es vanguardia en la relación entre medicina tradicional y la medicina alópata, el acercamiento que ha tenido a través de las estrategias de partos verticales, uso de herbolaria, temascales y el respeto y rescate de los rituales, entre otras estrategias, ha permitido tener y por citar uno de tantos ejemplos, un control y disminución de muertes maternas entre la población femenina de las comunidades. La confianza que ha generado éste sector a los habitantes de las zonas indígenas ha originado la interrelación y con ello el control y manejo de ciertos padecimientos que las barreras culturales no permitían abordar.

En el caso del IMSS Prospera lamentablemente con el transcurso de los años y bajo la premisa de la variación de los intereses políticos sexenales en turno federales e institucionales, el acercamiento a la medicina tradicional ha disminuido, el trabajo que se mantiene es únicamente con parteras rurales capacitadas en atención al parto limpio, la herbolaria y el trabajo con médicos tradicionales, hueseros y curanderos se obvió desde el año del 2006. Esta situación sin importar a las autoridades y tomadores de decisiones del programa, vino a establecer un vacío y un carácter de desconfianza entre médicos, terapeutas, parteras y población beneficiaria de los servicios. El IP que trabajo a lo largo de los años con esta prioridad por ser precursor desde sus orígenes de la medicina tradicional, hoy día demuestra debilidad en la materia, empezando por una clara ausencia de estos personajes a pesar de las necesidades y los cuales se convertían en un vínculo fuerte entre las instituciones de salud y la población indígena.

La medicina tradicional a través de sus prácticas, se cataloga como un elemento intercultural que denota prevención, participación y autocuidado desde la visión indígena. El papel de las instituciones trata de reorientar las acciones de la medicina tradicional a la práctica científica y a la práctica médica, sin embargo y en muchos de los casos, lo hace con total desconocimiento de la naturaleza y simbolismo que representa la medicina tradicional en los

pueblos originarios, ignorando en sus bases de operación el principio de interculturalidad que reclama la fusión de dos cosmovisiones.

2.3. Participación social, relaciones solidarias e interculturalidad.

Un factor que siempre caracteriza a las poblaciones indígenas en sus universos propios es la participación social o también conocida en el argot de la promoción de la salud, como la participación comunitaria.

La participación comunitaria viene a representar una característica importante específica de las comunidades indígenas.

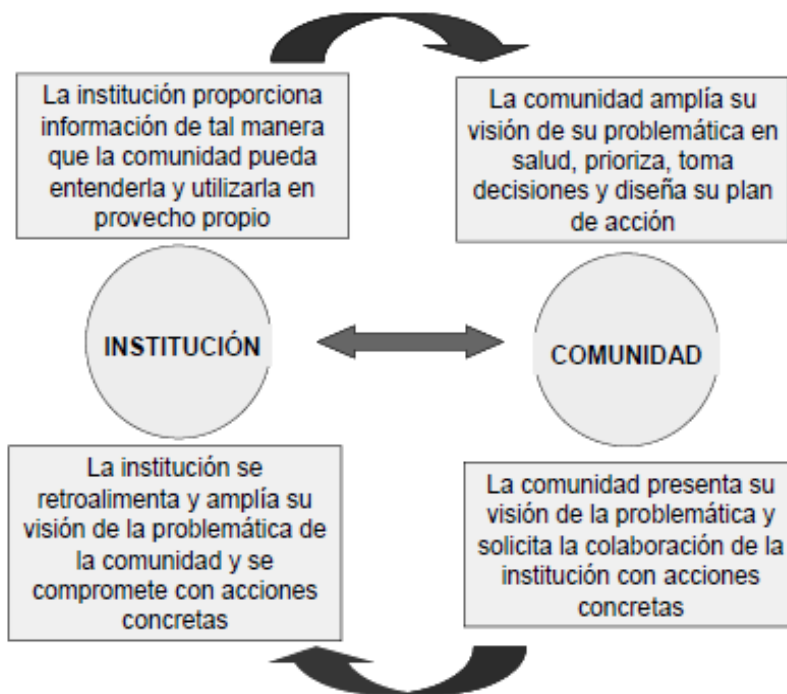
En este contexto, la participación comunitaria es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. No se trata de que la comunidad decida y ejecute lo que actores externos han planeado.

Es común que queramos imponer a las comunidades programas oficiales que se han diseñado con sólo la visión y opinión de los “expertos”, en cuya planeación las comunidades no han tenido ninguna participación. Luego, se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa, argumentando que son para el beneficio de su salud, sin embargo por lo anterior, los resultados frecuentes de estos programas son apatía, rechazo y por lo tanto de bajo impacto.

La participación comunitaria debe considerarse como un área de oportunidad para el acercamiento a la cosmovisión de las comunidades a través del trabajo integrado, coordinado, respetuoso intercultural y de convivencia que en esos universos se pueden ofrecer a las mismas.

La participación comunitaria es la base para la intervención con la población, es la oportunidad de arraigo y vinculación que las instituciones necesitan, a través del desarrollo de relaciones positivas, proactivas y dinámicas para la búsqueda del bienestar.

Gráfica. 6 Modelo intercultural de participación comunitaria (Procesos participativos enfatizando en los otros saberes y percepciones que la población posee)



Dirección General de Medicina Tradicional, SSA. 2012

Las relaciones solidarias

Al trabajar con universos indígenas y abordar sus necesidades, sus condiciones sociales y de salud, considerando al mismo tiempo su cosmovisión y su comportamiento ante cotidianidades, hace inevitable una visión etnosociológica.

La visión etnosociológica al igual que cualquier disciplina social, busca el tan anhelado “orden y bienestar social” a través de las relaciones solidarias entre las partes que se interrelacionan en una sociedad (Santoro, 2001). La posibilidad de identificar y motivar la generación de relaciones solidarias entre diversas estructuras y actores sociales, implica lograr interacciones entre los actores mismos, desarrollar identidades y generar comportamientos, lo cual determina una posibilidad de motivación para buscar de manera consiente el bienestar y el desarrollo social.

El trabajo en el campo de la salud de las poblaciones indígenas exige un acercamiento a varios aspectos. En primer lugar: la visión desde lo institucional que implica una responsabilidad del Estado como abastecedor de servicios, respetuoso de una postura intercultural; segundo lugar, la responsabilidad ciudadana como elemento clave de incorporación de servicios y exigencias de estos y de todos los elementos socioestructurales que rodean a estos actores en un nivel macro externo o micro directo por mencionarlo de alguna forma, tal y como puede ser la interculturalidad de las poblaciones, la pobreza, los intereses institucionales, etc. Y por último, las relaciones positivas que se puedan ejercer entre los actores a pesar y de las circunstancias socioestructurales como generadoras de un acercamiento positivo, así como el éxito al verdadero bienestar y orden social al que se desean llegar en éste campo.

Para comprender la posibilidad de desarrollo de las relaciones solidarias que permitan generar ese orden social y bienestar, la etnosociología adoptan otras categorizaciones que no pueden obviarse en ésta investigación, tal como la de los “roads” y los “roots” (camino y raíces), en estas nos expone que todo efecto y reflexión entre individuos y sociedades se establece a partir de conocimientos previos que determinan las trayectorias y los logros de los individuos y las sociedades a través de las herencias y raíces de los mismos actores. En otras palabras la trascendencia de la historicidad y el presente en los actores sociales genera una determinante y un complemento para la construcción de una respuesta, acción o intervención social solidaria. La historicidad y las condiciones de vida presente entre los actores, también forman parte de los elementos socioestructurales que determinan el actuar de una población. Un ejemplo de lo anterior es el respeto por las tradiciones y costumbres, el cual puede ser un factor que limite o fortalezca el ejercicio de la prevención o autocuidado, al confrontar temas por ejemplo de salud ginecológica y las revisiones preventivas periódicas que debe realizarse una mujer para evitar cáncer cervicouterino o de mama.

No obstante a la historicidad, la construcción de relaciones solidarias tiene como objetivo no limitar sino buscar las formas y los modos de superar los obstáculos que puedan presentarse para la atención de la salud, la responsabilidad por la misma y su permanencia. Es entonces que las relaciones solidarias a través de la participación comunitaria y el respeto a la

diversidad e interculturalidad debe fortalecerse.

Al establecer relaciones solidarias y el respeto al principio de interculturalidad, los diferentes actores sociales trabajarán al mismo tiempo, generando un proceso de cambio a través del fortalecimiento de los lazos comunitarios. Se contemplará la posibilidad de crear nuevos espacios de participación colectiva donde todos estén involucrados y pueda generarse una comunidad “pro activa” que deseará que los intereses propios como sociedad crezcan hacia una misma dirección, enriqueciéndose de su entorno y propias experiencias. Un ejemplo de esto ha sido el caso de la medicina tradicional como complementariedad de la medicina alópata; la aceptación y el entendimiento pleno entre ambas en las comunidades, tal y como es el ejemplo del trabajo con parteras empíricas y la aceptación de estrategias institucionales para la prevención de muerte materna.

Los grupos de voluntarios y líderes comunitarios que apoyan a los equipos de salud en las comunidades son ejemplo vivo de las relaciones solidarias, productoras de bienestar social a diferentes escalas. Estas relaciones influyen de manera positiva en la participación social de las familias que conforman la comunidad, la influencia positiva de éstas puede verse más fortalecida con el impulso de otra red solidaria tal y como el de las autoridades locales y su disposición por participar en materia de salud.

La producción antroponómica, base teórica de esta investigación, surge en este contexto, en las sinergias observadas a través de las relaciones solidarias originadas a través de todas las actividades establecidas entre las relaciones socioestructurales cotidianas solidarias y que permitieron derivar acciones sociales determinadas a favor de lo social.

Por último es importante destacar en este apartado todo lo que implica el indigenismo en el campo de la salud, y en el trabajo con las instituciones, ya que todo ente involucrado con estos grupos tendrá una ventaja y efectividad en su trabajo si rescata, valora y promueve las bases étnicas y prehispánicas de los pueblos indígenas, en las cuales los principios de ética, equilibrio, organización social, corresponsabilidad, participación y solidaridad son considerados por ellos como elementos fundamentales para un bienestar individual, familiar y colectivo, al encontrarse en plena conjugación con los “dioses”, la naturaleza, los otros seres y

el cosmos.

Las instituciones, programas y grupos que consideren estos aspectos característicos de las comunidades indígenas, no solo en sus intervenciones, sino en las formas de dirigirse y acercarse a la comunidad, así como al considerarlos en las bases de sus programas, garantizarán en mayor medida, no solo la aceptación de los mismos por parte de estas comunidades (y que a final de cuentas es un objetivo de agenda y no de la población), al lograr una sociedad consiente y con entusiasmo de participar en acciones que creen verdaderas y aceptables. Eso en materia de salud indígena es lo más importante.



CAPÍTULO 3

LA PARTICIPACIÓN EN EL AUTOCUIDADO A LA SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS (estudios de caso)

3.1. GENERALIDADES METODOLÓGICAS.

El acercamiento que el IMSS Prospera ha tenido con las poblaciones rurales e indígenas de 19 Entidades del país le ha permitido influenciar y traspasar las barreras culturales de la población en materia de salud, teniendo como estrategia principal la articulación de las acciones médicas con las acciones comunitarias respetando los usos y costumbres de las comunidades. El resultado de ésta intervención ha sido el control de padecimientos y enfermedades en menores escalas que otras instituciones que no contemplan un modelo integral de atención a la salud, cuyas bases es la prevención.

No obstante y a pesar de las estrategias el resultado tampoco es el esperado para hablar de un impacto en salud representativo en el país, ya que a pesar de las estrategias Institucionales utilizadas en materia de atención a la salud en éstas poblaciones, aún existen comunidades con problemas severos de salud muchos de ellos prevenibles, así como poblaciones que se caracterizan por tener poca aceptación para participar individual y socialmente en el autocuidado.

Por lo anterior, el presente capítulo tiene el interés de conjuntar diversos elementos identificados en los capítulos anteriores y presentar un análisis basado en la observación participativa, la narración y las crónicas de vida individuales y comunitarias de dos poblaciones pertenecientes y no pertenecientes al universo de trabajo del IP, con diferentes resultados en salud y respuesta en el autocuidado y la prevención de enfermedades.

La idea de contrastar estas localidades se establece tras la necesidad de identificar algún tipo de correlación social ya sea por parte de la institución, los individuos o algún otro elemento del contexto social como la familia, la cultura, las costumbres, aspectos políticos o de algún otro tipo que pudiera determinar la participación en el autocuidado de la salud de la población.

La selección de poblaciones a estudiar se definió en el caso de las comunidades del IP, con base al sistema de información y los resultados de supervisión de éste mismo Programa; en el caso de las comunidades que no son IP, la selección se realizó a través de estadísticas en salud registradas en algunos indicadores (tales y como muerte materna, desnutrición, EDAS, IRAS, padecimientos, defunciones, epidemias, entre otros), el grado respuesta en la participación y organización social, así como por acciones preventivas registradas por la población; asimismo y como otros factores, las relaciones preestablecidas entre institución y poblaciones, la cercanía de ambas con la ciudad de México, y la seguridad representaron al investigador.

En el marco del método etnosociológico de Daniel Bertaux; la voz de los actores se retoma de tres comunidades indígenas, una Nahuatl de la sierra Zongolica en el estado de Veracruz (San Juan Texhuacán), otra Otomí en el Estado de México (Pueblo Nuevo), ambas pertenecientes al universo de atención del IMSS Prospera y por último una comunidad Mazahua también del Estado de México (San Sebastián el Grande) con servicios básicos de atención, a través de la SSA; es por medio de estos actores que se identificaron algunos elementos socio estructurales así como las principales relaciones solidarias, los alcances entre la población y la institución, así como la influencia que desempeñan entre sí otros factores sociales en la participación social, la prevención y el autocuidado en estas poblaciones.


Para esta investigación se permaneció 10 días en tres comunidades seleccionadas, pernoctando en diferentes espacios, por ejemplo, en la cabecera municipal de Amanalco y las Unidades Médicas Rurales del IO, el albergue materno de Zongolica; así como la casa de una familia de San Juan Texhuacan, lo que me permitió convivir con diversos actores que habitan en ésta localidad, en diferentes momentos de su cotidianidad.

Considerando las recomendaciones de Leonor Arfuch (2007), en el *Espacio biográfico en las ciencias sociales* y derivado de las necesidades de información de esta investigación, en la cual se busca conocer el espacio biográfico de los actores a través de estudios microsociales, así como los diversos elementos que influyen en ellos; se consideró a la observación participativa y al registro biográfico como herramientas principales de recopilación de información, que junto a la teoría fundamentada como base de análisis, logró el sustento

científico esperado. Fue con base en la propuesta de Hernández Sampieri (2012) que se elaboraron las guías de observación y el estudio etnográfico, los cuales buscan plasmar la interrelación entre lo social y lo antropológico.

La técnica utilizada fue la narrativa de los actores, la aplicación de entrevistas semiestructuradas, guías de observación, bitácoras de análisis, análisis de diagnósticos situacionales y de salud, estudios etnográficos (Hernández, S. 2012) y la participación moderada y activa del investigador en cada una de las comunidades, bajo el siguiente esquema del problema de investigación:



Pregunta de Investigación	¿Las relaciones sociestructurales entre Instituciones de Salud y la población indígena son determinantes para generar una responsabilidad social o bien para desarrollar la renuencia o indiferencia por corresponsabilizarse en el autocuidado y prevención de la salud?, de ser así, ¿existen otros elementos socioestructurales en el entorno social que influyen en esta toma de decisiones entre la población para que participen en materia preventiva?
Objetivos	Identificar en tres comunidades indígenas (otomí, mazahua y nahua) del Estado de México (Pueblos Nuevo y San Sebastián el Grande) y Veracruz (San Juan Texhucan), los principales factores individuales, sociales, culturales e institucionales que intervienen en la vida cotidiana de los actores sociales, para generar la prevención y el autocuidado ante enfermedades crónicas.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a través de la observación participativa, la narración y las crónicas de vida individuales y comunitarias de dos poblaciones indígenas, las áreas de oportunidad para desarrollar estrategias de intervención a nivel institucional. • Dar a conocer a las instituciones de salud que trabajan con población indígena, los principales problemas socioestructurales que limitan su acercamiento con esta población. • Identificar en el transcurso de la investigación nuevos espacios de intervención preventiva en salud en poblaciones indígenas. • Validar y demostrar por medio de esta investigación la efectividad y viabilidad de aplicación de modelos de atención a la salud basados en la participación social y la prevención de enfermedades. • Fortalecer las estrategias institucionales de intervención en salud en México en poblaciones indígenas, desde la perspectiva del Trabajo Social. • Motivar la presencia del Trabajador Social en poblaciones indígenas y rurales.
Supuestos Hipotéticos	<ul style="list-style-type: none"> • La decisión de participar en prevención y auto cuidado va más allá de una decisión individual, ésta es determinada por contextos y relaciones sociales y culturales inmersas en la comunidad e influyentes a la población. • Las instituciones de salud, son determinantes para obtener una respuesta favorable en materia de prevención y corresponsabilidad entre la población indígena. • Solo a través de las instituciones de salud se puede generar en la población indígena la construcción del principio de autocuidado y prevención en salud.
Marco Teórico	Etnosociología, a través de la teoría Antroponómica de Daniel Bertaux.
Marco Conceptual	Sistema socioestructural (D. Bertaux), Producción social (D. Bertaux), Salud (OMS), Participación social y autocuidado (OMS), Prevención (OMS/OPS), Corresponsabilidad (OMS/APS), Responsabilidad Individual (García Guzmán), Responsabilidad Social (García Guzmán), Participación colectiva (Contreras Suárez), Entorno Social (ONU/CEPAL), Participación comunitaria (OMS/APS), Interculturalidad (CDI/Almaguer/López Austin).
Metodología	<p style="text-align: center;"><i>La voz de los actores; la narrativa como base metodológica para el entendimiento e interpretación de los escenarios sociales</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Acercamiento de lo particular a lo general Método Inductivo clásico Trabajo desde la realidad empírica</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: yellow;"> TÉCNICAS </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observación ✓ Narración (grabaciones y transcripción) ✓ Entrevistas semiestructuradas ✓ Estudio Monográfico ✓ Diagnósticos Situacionales y de Salud ✓ Tablas de investigación etnográfica ✓ Fotografías </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Análisis Comunitario</p> <p>Formas, Mecanismos y Relaciones Sociales</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Análisis del Contexto Social</p> <p>Lógicas de acción y Lógicas sociales</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>5 Guías de Observación (Sampieri)</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Generalidades de la Comunidad" • "Pláticas con Familias en su Vivienda" • "Plática con autoridades o líderes comunitarios" • "Participación de la Población en la UMR" • "Participación en festividades" </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>5 Entrevistas semiestructuradas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voluntarios en salud • Autoridad local • Médico tradicional • Equipo de salud • Responsable institucional a nivel delegacional o normativo de la Programa </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>Análisis de Información</p> <p>Teoría fundamentada</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Microcategorías ■ Codificación Abierta y Axial </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Localidades pertenecientes y no al IMSS Prospera</p>

En todas las comunidades visitadas se contempló junto con la narración, la siguiente matriz de información:

LOCALIDAD	
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Notas• Observaciones (Vivienda, comunidad, autoridades, UMR, festividades, elementos culturales para la investigación etnográfica)• Documentos (Diagnósticos situacionales y salud, sistema información)• Entrevistas (Líderes, Familias, Equipo de salud, Personal Institucional, Med. Trad.)• Fotografías y grabaciones

La teoría fundamentada como base para el análisis de la información.

Esta Teoría que surge a través de los aportes de Corbin y Anselm Strauss, para la interpretación de investigaciones cualitativas y cuyo objetivo principal es, "establecer el trabajo de campo como fuente principal del conocimiento, darle importancia a la teoría que es producto de los datos en una investigación, abordar la realidad social y la acción humana de una manera compleja, y entender el ser humano en su papel activo frente a las situaciones problemáticas, y suponer en toda acción humana una intención (Strauss y Corbin, 2002, p.19).

La teoría fundamentada intentan definir un método en la investigación cualitativa; un método que prioriza la emergencia de teorías, conceptos o categorías a partir de los datos del trabajo de campo. En este método como ya se ha dicho, no se lleva una teoría al campo, sino que los datos recogidos a partir de su análisis hacen emerger nuevas teorías y conceptos (Strauss y Corbin, 2002, p. 21), principio que también sustenta la etnosociología, base teórica de esta investigación.

En esta investigación los datos cualitativos recogidos en campo por medio de los relatos temáticos y la entrevista harán, que por medio de su análisis, emerjan teorías o categorías que fundamenten y comprendan la acción de los diferentes actores sociales, en la respuesta del autocuidado y prevención de la salud en pueblos indígenas y rurales

Corbin y Strauss (2002, p. 25) contemplan la descripción como el proceso entendido a través del uso de las palabras para detallar fenómenos, por lo anterior, en esta investigación se interpretará el discurso obtenido de la narrativa de los actores seleccionados.

A través de ésta teoría y método de interpretación, se establecerá el ordenamiento conceptual, el cual se describe como “aquel proceso que ejecuta el investigador cuando clasifica y organiza los datos usando categorías selectivas por medio de la comparación entre las dimensiones y propiedades de los datos” (Strauss y Corbin, 2002, p. 21).

Es decir, los discursos de las personas, serán clasificados por sus propiedades emergentes dentro de la descripción; para posteriormente hacer referencia al proceso de teorización, a través de la generación de conceptos o la interpretación, no comprobación de las hipótesis.

"teorizar es construir, a partir de datos, un esquema explicativo que de manera sistemática integre varios conceptos por medio de oraciones que indiquen las relaciones...permite explicar y predecir acontecimientos" (Strauss y Corbin, 2002, p.32).

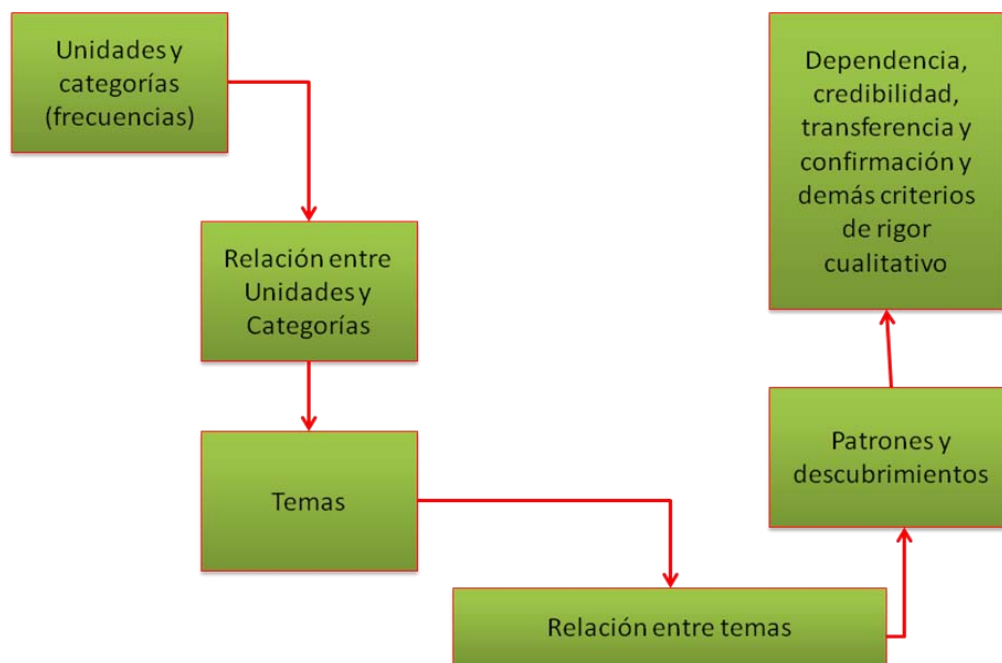
La primera fase en el proceso de interpretación será el también llamado por Corbin y Strauss como el microanálisis o análisis línea por línea, la cual constituye la primera forma de trabajar con los datos en una investigación. El microanálisis le sirve al investigador para postular sus primeras microcategorías. Con el microanálisis se leerán las palabras y contextos obtenidos en los datos de esta investigación, es decir, las transcripciones de las entrevistas y relatos temáticos aplicados. Este se realizará tomando lo que el investigador por sus facultades determina como enriquecedor, coyuntural e importante en un grupo de datos para posibilidades de interpretación.

El trabajo empírico realizado en las investigaciones sociales, implica descubrir nuevas teorías y conceptos que está implícita en la realidad observada, y lograr científicidad, a través de otorga un sentido lógico a lo observado y posteriormente codificado y categorizado.

Para codificar los datos en la teoría fundamentada, se puede utilizar la codificación abierta o la codificación axial (más información en Corbin y Strauss, 2002, p. 63), por la naturaleza de esta investigación se utilizarán ambas, ya que a través de la primera se permite identificar y abstraer los conceptos, las dimensiones y propiedades de estos; es decir, a medida que se van leyendo los relatos de las personas, se podrán ir encontrando conceptos que repetitivamente formen categorías y así desfragmentar la información que el investigador está proporcionando.

El hacer la codificación abierta tiene el objetivo de desfragmentar los datos y poder hacer un análisis de las pequeñas partes de un texto, tiene como objetivo el nacimiento de los conceptos y categorías. Por otro lado con la codificación axial se generaran posibles subcategorizas que relacionarán las estructuras con los procesos; relacionando el contexto, las situaciones y espacios de los actores, con lo que sucede en ciertas situaciones y espacios, para finalmente relacionar el escenario con las acciones y sus consecuencias derivadas de ciertas condiciones o escenarios.

La interacción/acción y consecuencias corresponden a la epistemología de la teoría fundamentada. A medida que los datos van surgiendo, la idea es que se compare los datos, así como los resultados de los estudios etnográficos con las teorías que se van desarrollando para que así emerjan nuevas categorías de análisis y conceptos.



La sistematización de información se realizó a través del software denominado Dragon Naturally Speaking 12.5, para la transcripción de narraciones y entrevistas, y excel para la concentración categórica.

3.2 San Sebastián el Grande y Pueblo Nuevo desde la narrativa y la observación

3.2.1 Investigación Monográfica

Ubicadas en el Estado de México Poniente, y pertenecientes al Municipio de Amanalco, se encuentran las comunidades de Pueblo Nuevo y San Sebastián el Grande, ambas localidades son menores a 1500 habitantes, y tienen un total de 750 y 532 familias respectivamente, ambas hablantes de lengua Otomí y Mazahua en un 40% y 75%, por lo cual aún son consideradas como comunidades indígenas de México; ambas comunidades se caracterizan por ser recién incorporadas al Programa IMSS Prospera desde hace año y medio, anteriormente sólo trabajaban bajo el esquema asistencial de la SSA.

Estas localidades solo son separadas por una vereda, no obstante y aunque pertenezcan a grupos indígenas diferentes ambas tienen una relación cordial y de cooperación en materia de búsqueda de mejoras a la comunidad; las dos comparten tradiciones y costumbres fuertemente relacionadas a la religión católica; la variación más importante identificada entre ambas es su vestimenta y sus trajes regionales.

Acceso Geográfico y Ubicación

El acceso para llegar a las comunidades de Pueblo Nuevo y San Sebastián el Grande es considerado de regular dificultad, dado que el camino en parte es carretera rural y algunos tramos de terracería, existen vehículos particulares que hacen la función de taxis y se observaron algunas camionetas como transporte público, las cuales salen de las comunidades tres veces al día.

Ambas localidades se encuentra colindantes al municipio de Amanalco, la Localidad de San Miguel de la Laguna, Valle de Bravo y Morelia; y poseen localidades con un clima frío, y de calor seco durante el día. Son zonas expuestas a muchas tolvaneras.

Tipos de comunidad

Las comunidades son comunidades agrícolas éstas se ven rodeadas por sembradíos de maíz, trigo, rábanos, haba, papa, hortalizas, avena, cebada, trébol y forrajes. También hay hortalizas entre las que sobresalen: zanahoria, lechuga, col, cilantro, epazote y chícharo. Existe variedad de árboles frutales.

Tanto la comunidad de Pueblo Nuevo, como San Sebastián el Grande se dedican a la tala de árboles y elaboración de muebles de madera, situación poco regulada ya que se observa un panorama de deforestación importante; ambas tienen fuerte actividad en la cría de borregos y especies menores como borregos, gallinas, puercos y conejos.

En el caso de la comunidad de San Sebastián las mujeres se dedican a la producción y venta de artículos confeccionados por telar de cintura, la comercialización se realiza en la Ciudad de Morelia y Valle de Bravo.

El tipo de viviendas presentan una ligera variación, en la parte Otomí de Pueblo Nuevo, las viviendas son de concreto ya que existe mayor expulsión de migrantes y su actividad fundamental es la albañilería, lo que origina que aquellos que retornan constantemente a su comunidad tengan la posibilidad de construir no solo con materiales diversos, sino también con diseños observados en las ciudades; en el caso de San Sebastián, en ésta comunidad las casas son de adobe, mucho más humildes y en condiciones de pobreza, la localidad presentan mayor número de población indígena y eso permite observar aún fogones en el piso, mayor número de letrinas, pero a la vez fecalismo al ras del suelo, animales dentro de la vivienda, hacinamiento y viviendas con piso de tierra.

Servicios

En ambas comunidades se cuenta con una primaria multigrado, y en Pueblo Nuevo existe una secundaria técnica, en ésta misma localidad desde año y medio se apertura una Unidad Médica Rural del IMSS Prospera, y se observa la presencia del ISSEMyM (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios). En el caso de San Sebastián no existe presencia aún de IMSS Prospera, pero si del ISSEMyM.

No existe drenaje en ninguna de las comunidades, hay electricidad y llama la atención que en ambas localidades existen antenas de televisión de paga, acceso a telefonía local y celular, agua pero no en exceso ni entubada o con acceso a las viviendas, hay modestas tienditas de ropa, abarrotes y materiales de construcción, así como molinos e iglesias.

El 90% de las familias entre ambas localidades son beneficiarias del Prospera del Gobierno Federal (ahora Prospera), viéndose beneficiadas a través de becas, suplementos alimenticios, pláticas de salud y fondos de apoyo para vivienda y adquisición de especies menores.

Antecedentes de salud

La derechohabencia entre las dos comunidades es menor al 25% de la población, por trabajos temporales o como maestros, el resto es beneficiaria del seguro popular a través del ISSEMyM y últimamente la adscripción desde hace un año y medio del IMSS Prospera. Se observa duplicidad de servicios de salud, situación que no es aceptada por estatutos del gobierno federal, pero que sin embargo en estas localidades se ve a consecuencia del proselitismo y compromiso del anterior gobernador del estado, hoy actual presidente del país, y que origino esa duplicidad y planeación inadecuada de servicios; ésta situación ha creado confusión, desacuerdos, limitaciones y complejidad para la operación de líneas de acción entre las diferentes instancias.

Ambas localidades tienen antecedentes de muertes maternas y en demasía muertes perinatales, es de hacer notar que en la comunidad de San Sebastián de 5 mujeres entrevistadas las 5 tuvieron abortos o pérdidas de 2 a 3 hijos posterior al parto, menores de 5 años, y principalmente por situaciones de complicaciones por desnutrición; no obstante la visión que ellos tienen a la muerte, es muy diferente a la de las zonas urbanas, ya que ellas lo recuerdan con tristeza pero a la vez como algo común que todas las mujeres vivirán.

En las dos localidades se presentó hace seis meses un brote de hepatitis actualmente controlado, hay alto índice de enfermedades diarreicas y un muy alto índice de enfermedades respiratorias. Se tienen antecedentes de que ambas son localidades concentradoras de tuberculosis.

En promedio las mujeres presentan una variación generacional en el número de hijos, las mujeres que oscilan de los 40 en adelante indican haber tenido mínimo 8 hijos en promedio, las menores de ésta edad tienen 4 hijos en promedio.

La presencia de enfermedades crónicas degenerativas es significativa, 35% de la población son considerados crónicos degenerativos al tener uno de los siguientes padecimientos, diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, el rango de edades oscilan entre los 36 a los 75 años. (Equipo Médico, UMR IP)

En la comunidad de San Sebastián, se identifica con mayor severidad problemas de saneamiento básico y en ambas localidades, condiciones de vivienda insalubres y mal manejo en la disposición de basuras. No existen camiones recolectores y los tiraderos se encuentran a cielo abierto cercanos a las comunidades.

En el caso de la comunidad de Pueblo Nuevo en la cual ya está trabajando el IMSS Prospera, se realizan en promedio de 20 a 30 consultas diarias, la mayoría es debido a problemas respiratorios y situaciones de descompensación por hipertensión o diabetes; por la cercanía con el Hospital Rural en año y medio no se han registrado partos en la Unidad Médica, ni muertes maternas, en este espacio se dan pláticas de salud para todos los grupos de edad y se tiene acercamiento con adolescentes a través del CARA (Centro de Atención Rural al Adolescente). Como parte del modelo de atención que promueve el IMSS Prospera se cuenta con una red de 10 voluntarios formados, los cuales tienen vigilancia en domicilios y seguimiento a familias, también ya se encuentra conformado un comité de salud.

En el caso de la Comunidad de San Sebastián, existe una casa de salud del ISSEMyM, en éste espacio se realizan las sesiones del Programa Prospera del Gobierno Federal, se entregan apoyos monetarios y en especie, la atención es meramente asistencial. El promedio de consultas diarias es de 15 a 20 ya que refieren algunos habitantes de esta localidad prefieren buscar consulta en Morelia, Amanalco o Pueblo Nuevo, ya que refieren trato inadecuado por parte del personal. Las consultas más frecuentes también son las respiratorias, enfermedades crónicas y de la piel a diferencia de Pueblo Nuevo.

En el caso de los mazahuas consideran que cada persona tiene un ser material y un ser espiritual; también piensan que hay enfermedades "buenas" y "malas" (*sig.*); las primeras son enviadas por Dios y, las segundas, son provocadas por la maldad de alguna persona o por causas sobrenaturales. Entre las enfermedades "buenas" (*sig.*) más comunes encontramos la

diarrea, la neumonía, la bronquitis, la amigdalitis y la parasitosis intestinal; dentro de las "malas" (sig.) están el "mal de ojo" (sig.), el espanto y el "mal de aire" (sig.), entre otras.

De acuerdo con el diagnóstico, se inicia un tratamiento en el hogar. Puede consistir en infusiones de té de hierbas, masajes en la espalda, pecho o estómago. Cuando el tratamiento aplicado en casa no funciona, el paciente es llevado con un médico profesional. En caso de que desde un principio se diagnostique una enfermedad "mala", se acude con hierberos o hueseros. A diferencia de los Otomíes, los Mazahuas para ser atendidas durante el parto, las mujeres acuden con las parteras o "comadres". Estos grupos utilizan distintas plantas para curar sus males, entre otras, hierbabuena, orégano, boldo, pirúl, romero, pericón, ruda, borraja y ajeno.

En ambas localidades no se identifica sobrepeso y obesidad, pero si se identificaron varias personas con diabetes y enfermedades de la presión (mareos, como si estuviera borracha). El concepto de salud entre estas comunidades implica "no me duele nada", no se identifica un concepto previo de prevención a no ser lo que han ofrecido las instituciones de salud con las que han tenido contacto.

3.2.2 Entorno Social

Tradiciones, Costumbres y Religión.

Ambas comunidades tienen alta presencia de la religión católica, sólo un 7% de la población total de ambas comunidades son comunidad de cristianos y protestantes. Las fechas de las festividades para ambas localidades son el 21 de junio día de San Juan Bautista y 12 de diciembre día de la virgen de Guadalupe, así como en el mes de enero y agosto. En estas festividades se fusionan las costumbres indígenas y la religión, ya que derivado del festejo de los santos de las iglesias, ese día se realizan danzas y rituales que representan el agradecimiento y veneración por la vida y la pureza.

Es en estas fechas que se realiza el baile denominado las pastoras y es en el cual jóvenes y niñas bailan alrededor de flores e imágenes demostrando su pureza, ya que en éste baile solo pueden participar mujeres vírgenes. En esta festividad los hombres son espectadores y su participación es en la elaboración de los adornos y colocan en sus parcelas ramos de flores y adornan a los bueyes, mulas y burros con collares de flores. Otras festividades que son

comunes a toda la región son la de la Santa Cruz y la celebración del Día de Muertos. En la actualidad, los cargos religiosos tradicionales como el de la mayordomía son de suma importancia para la comunidad. Otras danza de la región son los Santiagueros y danza de Concheros. Todas las festividades se acompañan de música de viento y comidas de “gala” de la región, mole, carne, etc.

La vestimenta es algo significativo en ambas localidades en el caso de los Otomís, ya no se identifica un traje regional, su vestimenta en mujeres adultas es un vestido con un delantal riguroso que las caracteriza, los hombres es usual encontrarlos con pantalón de mezclilla, camisa y sombrero.

En el caso de los mazahuas, ellos continúan usando su vestimenta regional, sobre todo en el caso de las mujeres, son vestidos formados por un faldones blancos, en los cuales se sobrepone otros de colores chillantes (fiusha, amarillo, verde limón) y presentan costuras bordadas en grecas y punto de cruz mazahua con figuras de animales y aves vistosas por su colorido. La mujer Mazahua también utiliza una faja de lana muy larga, hecha a mano, que alcanza para darle varias vueltas a su cintura. La blusa es del mismo material y color que los de la falda. El vestido se adorna con un collar de cuentas de colores y el adorno se complementa con grandes arracadas y cintas que utiliza en sus trenzas, que pueden ser de colores vivos también. Un vestido completo mazahua oscila de entre los 7 mil y 10 mil pesos y se estrenan rigurosamente en bodas o festejo patronal. En el caso de los hombres, sus trajes regionales son aún los clásicos pantalones y camisas de mantas y sombreros. En ambos atuendos se usan huaraches.

Las bodas son acontecimientos relevantes de las comunidades por la importancia que implica lo religioso; en estas la petición de mano se hace con el acompañamiento de bebidas y alimentos, la presencia de padrinos es una situación de honor y responsabilidad para los elegidos, estos festejos dejan un gasto importante que no se ve minimizado por la trascendencia que implica, las bodas se planean cuidadosamente y todos se va seleccionando con rigurosidad, estas se realizan ya más al estilo religioso y en las fiestas participa toda la comunidad e invitados de otras comunidades, se menciona que no menos de 300 personas participan en el evento. Aún se puede observar aunque en menor medida que

se acostumbra el robo de la novia en la región, cosa que a diferencia de antes, hoy es mal visto que se haga.

En ambas comunidades se identifica una alta presencia de machismo, el papel de la mujer es el tradicional de toda comunidad indígena. La familia está formada por padres e hijos, y constituye la base fundamental de la organización. Cada miembro de la familia tiene bien definidas sus funciones, éstas dependen del sexo, edad y lugar que ocupan en el núcleo familiar. La madre se encarga de preparar los alimentos, del lavado de la ropa, de la limpieza del hogar y de acarrear la leña y el agua; también se ocupan del cuidado de los animales del traspatio, pastoreo de borregos y siembra. El padre se dedica a las labores agrícolas, 100%; los niños cooperan en algunas actividades del campo, en la recolección de la leña y el pastoreo de los animales; las niñas ayudan a la madre en los quehaceres domésticos. La máxima autoridad dentro de la familia la ejerce el padre, esta figura decide sobre la familia y su destino, ésta posición es generadora imperante del machismo.

Las tradiciones, costumbres, creencias y deseos se orientan a castigos divinos y por enojo de Dios, las recompensas se ven evidentemente no en superación, sino en la búsqueda de apoyos económicos y pagos materiales.

Líderes comunitarios, Política y Autoridades:

La presencia de Autoridades es muy representativa para ambas localidades la presencia de los denominados “delegados”, comisariados ejidales (elegidos por la comunidad) las parteras, y el “Jefe Supremo Mazahua”, éste último toma decisiones exclusivas a usos y costumbres de su localidad, y son las máximas figuras de autoridad en las comunidades; a pesar y del peso de la religión no es tan identificada la autoridad del padre o párroco de la iglesia salvo para situaciones relacionadas con las mismas, asimismo la presencia del médico o maestro también se ve minimizada bajo la presencia del delegado. Todas las autoridades se encuentran registradas ante el municipio como figuras de autoridad comunitarias.

Las comunidades Otomíes, marcan más claramente las preferencias políticas que las localidades Mazahuas, debido a que estas priorizan más sus tradiciones y costumbres indígenas, que los intereses de partidos y tendencias políticas.

Es importante mencionar que la presencia de autoridades se identificó con y sin el IMSS Prospera, y su mayor representación fueron las parteras rurales las cuales tienen una ascendencia importante con la comunidad, así como todo el respeto de la misma.

Otro líder nato identificado son los jóvenes que salen de su comunidad con la intención de mejorar sus condiciones de vida, enfrentándose a la discriminación, falta de Prospera y humillaciones y que aun así regresan a sus comunidades a ofrecer un apoyo y orientación.

Independientemente de la presencia de líderes en diferentes sectores, la relación con autoridades municipales y regionales, demuestran falta de articulación y organización, un ejemplo de ello es en relación al apoyo de acciones de salud y las acciones preventivas en potabilización del agua; la prevención no está no solo desde la población, la falta de prevención está desde las autoridades.

Cotidianeidad, Actividades relevantes y Participación por grupos de edad:

Ambas localidades se identifican socialmente organizadas, pero con una desconfianza y renuencia muy marcada hacia los extraños o ajenos a su comunidad.

En las dos comunidades se realiza el trabajo colectivo llamado "faena", que consiste en la cooperación de los miembros de la comunidad para la realización de obras o trabajos de beneficio colectivo como son escuelas, pozos, estanques, caminos, etc.

Los lugares más importantes de atracción migratoria para la población mazahua y otomí son las ciudades de México, Toluca, Morelia y Valle de Bravo. Se considera que las causas principales de la movilidad de la población son la falta de empleo en sus lugares de origen y el hecho de que los ingresos obtenidos en la agricultura son insuficientes para la manutención de la familia.

La población migrante está formada tanto por hombres como por mujeres. Hay quienes migran en forma definitiva y otros que lo hacen por temporadas. Asimismo, muchos de los pueblos sobre todo los mazahuas funcionan como "pueblos-dormitorio", ya que sus habitantes

acuden diariamente a laborar a otros lugares cercanos. Los migrantes van a trabajar en las labores agrícolas en distintos estados del país como Veracruz, Sonora, Querétaro y Jalisco. Un grupo importante y de alta participación son las mujeres, muchas de ellas jóvenes, líderes que salen de su comunidad con la intención de conocer y traer consigo a su regreso nuevos conocimientos. Estas son las líderes natas que se identifican y sobresalen en la comunidad.

En el caso de los hombres que acuden a las grandes ciudades generalmente se emplean en trabajos de albañilería, como veladores o ayudantes en alguna casa comercial o taller; las mujeres, como trabajadoras domésticas y otras en la venta de fruta y artesanías.

Las diversiones y la ocupación del tiempo libre de las poblaciones son las fiestas, ferias, bailes, alcohol y juegos de baraja; los jóvenes tienen mucho acercamiento al alcoholismo, es poco el acercamiento a actividades deportivas, dada las costumbres y la réplica de patrones identificados en los padres. Se identifica en esta región alto grado de alcoholismo en mujeres por consumo de pulque.

Los avisos y la comunicación entre la población es a través del perifoneo, el acercamiento en asambleas se realiza una vez al mes para tratar problemas prioritarios de la comunidad.

3.2.3 La producción antroponómica (relaciones sociales, relaciones institucionales y participación social)

Ante las características antes mencionada es importante conocer cuáles han sido los factores que han originado los logros antes mencionados a pesar de las limitantes socioeconómicas en la comunidad, así como los papeles que han jugado las instituciones, los grupos voluntarios y las autoridades en el desarrollo y crecimiento de esta población.

La voz de los Actores.

La voz de los actores identificada en estas localidades representa y transmiten el sentir y el pensar de cada uno de ellos frente a su posición y papel que desempeñan. El acercamiento a estos actores fue en su cotidianidad, en sus espacios de actuación y con el tiempo y disponibilidad que cada personaje dispuso y considero de manera individual.

La respuesta de las Familias Narrativas (Relaciones Sociales)

La respuesta de las familias se concentró en sus propios espacios de vida, casas, patios, negocios, calles; espacios humildes característicos de una comunidad rural, espacios de vida donde se concentran la pobreza, la necesidad, la inocencia de los niños, el andar de los animales, las miradas de curiosos, el ruido de los molinos, el ladrar de los perros, el paso de los vehículos y la vigilancia de los hombres. Todas y cada una de esas respuestas complementadas con elementos de su realidad y de su entorno como la pobreza, la presencia de fogones al ras del suelo, las letrinas, los pisos de tierra o las paredes sin empellar, fue un escenario común entre un ambiente frío pero con una vista hermosa de la naturaleza que aún rodea a estas comunidades.

Se observaron viviendas que demuestran algunas de ellas desorden, suciedad, marginación, algunas otras a pesar y de las condiciones desfavorables presentan orden, limpieza, calidez. Pero todas a su vez concentraron innegablemente esa imagen característica inevitable de las comunidades rurales, el abandono y la vulnerabilidad.

La entrada a las viviendas no fue fácil, en algunas el acceso fue gradual primero en la calle, luego en el patio y al último en la casa, la desconfianza y renuencia ante extraños en estas comunidades era algo inevitable. Aunque tímidas, pero poco a poco fueron saliendo las palabras, las sonrisas, la confianza, elementos ya esperados en éste tipo de comunidades caracterizadas por su nobleza, solidaridad y preocupación por el otro, característica que quedó demostrada con el recibimiento cauteloso y la despedida afectiva.

Las entrevistadas corroboraron una forma de vida tradicional, rutinaria, que con el paso del tiempo se va haciendo costumbre, los hombres en el campo y las mujeres en la casa con los hijos, con los animales, esperando se suscite en su comunidad algo diferente como la llegada de gente ajena o bien se encuentre próxima la fiesta o celebración. El pago de "Prospera", es evidentemente un evento esperado mensualmente, no por las pláticas que ahí se ofrecen, no por la convivencia que pudiera suscitarse en la actividad, sino más bien por el dinero que se les dará por cada hijo que tengan en la escuela, por cada niña que conforme su familia; razón por la cual para muchos como lo comentaron en alguna entrevista es la razón para seguir teniendo aún muchos hijos.

Los actores que participaron en ésta investigación fueron en su totalidad mujeres en parte porque la cotidianidad exige al hombre en el campo, o con los amigos, o en los negocios, o en el alcohol o la baraja, muy apegados a su papel de “hombres de la comunidad”, será por eso que en la medida que intentaba saludarlos no me miraban, me ignoraban y se dirigían a mi compañero Manuel que amablemente me hizo favor de acompañarme en mi trabajo de campo, y al cual estoy eternamente agradecida.

Las mujeres en su vivienda, son dueñas de su casa, en lo que llega el hombre (el machismo identificado es fuerte y permitido). Las mujeres entrevistadas rodeadas de labores, quehaceres domésticos como fue el caso de María Simona, al cuidado de animales como Sonia, la costura y elaboración de artesanías como Doña Emiliana y Tania quien también tiene un negocio y está al cuidado de los hijos que al igual que doña Magdalena líder comunitaria con un estilo de vida diferente al de las demás entrevistadas, dada sus condiciones de superación, experiencias de vida y acercamiento a la educación. Todas a excepción de Magdalena indígena Otomí quien portaba pantalones también como una señal de diferencia y a la vez igualdad, portaban aún y con gran orgullo sus trajes típicos, coloridos.

Todas las mujeres son jóvenes pero algunas aparentan mucho más edad dadas sus condiciones de vida, que dejan entrever sufrimiento, carencias, responsabilidades prematuras al estar desde muy niñas al frente del cuidado de los hermanos, la pérdida de hijos o la discriminación a las que se han visto sujetas como es el caso de Tania y Sonia quienes decidieron estudiar y prepararse en la Cd. de Valle de Bravo y Morelia respectivamente y donde fueron víctimas de discriminación y malos tratos por su condición indígena y por portar su traje típico; tristezas que se identifican en cada gesto, cambio de voz, lagrima o al entrelazar fuertemente las manos, lo que da a entender el sentir que provoca el recuerdo por el abuso, por sus condiciones de mujer, por la indiferencia y falta de afecto o la ausencia de un hijo, por las carencias económicas vividas y probablemente por el tipo de vida que les tocó vivir.

Sin embargo, entre esas condiciones de abandono y pobreza, se deja ver al mismo tiempo la fortaleza y decisión que ha caracterizado siempre a las mujeres por salir adelante, la sensibilidad ante temas que denotan injusticias, la fuerza y valentía por aventurarse a dejar

sus comunidades en busca de mejores Prospera, el cariño por su gente y sus recuerdos que las orillan a regresar y ofrecer lo que adquirieron en sus experiencias de vida fuera de la comunidad. Así también la feminidad y coquetería de la mujer, al aceptar la entrevista y el espacio de conversación y preocuparse por no traer su traje de gala, u otro peinado ya que les iban a sacar fotografías; y sobre todo la alegría y picardía al hablar de los bailes y festividades, los muchachos y la decisión de casarse aún y que varias de ellas se las robaron los maridos.

En las respuestas relacionadas a la salud, estas fueron las que con más contundencia y seguridad contestaron, queda comprobado que actualmente tienen los conceptos y conocimiento básicos sobre prevención, pero el autocuidado que complementa y garantiza se lleve a cabo esta prevención aún no es suficiente. Tienen el conocimiento, pero no acostumbran la práctica.

“Así dice aquí este la clínica cuando se va las pláticas así dice la gente pero como yo nosotros no, toma esa agua la que viene declorada (sig.). agua hay que declorarla (sig.) para enfermedad, pero no sabe buena, no cloro, tomo cruda... (sig.)” “A vece (sig.), me gusta... a vece (sig.) como cuando tengo este una enfermeda juerte (sig.) siempre este, quien me cuide pero una caletura (sig.) muy leve, siempre me voy a este, me voy a juntar hierbas para que lo cupo (sig.) si porque cuando me toma mucho medicamento me arde mucho este la garganta y este por eso tengo miedo a esos...” Testimonio de Emiliana, comunidad de San Sebastián el Grande.

El conocimiento se ha adquirido con el paso del tiempo a través de las pláticas de Prospera, requisito indispensable para otorgar el apoyo económico, sin embargo se ofrecen y se captan ideas centrales de los temas, no detalles que los fortalecen, por ejemplo saben que hay una enfermedad que se llama cólera, pero no saben porque da, saben que deben lavarse las manos y lavar los alimentos, pero no saben más sobre otras medidas preventivas, mucho lo realizan porque lo dice el médico.

A pesar y que son comunidades donde el machismo y la desconfianza están contemplados fuertemente, el acceso de las familias a los servicios de salud ya se ve como una práctica común, no obstante el trato del equipo de salud de las unidades médicas es determinante para la participación de la comunidad y la aceptación de los temas.

“Me tratan más o menos bien..., la doctora bien, pero enfermera regaña y no atiende... mejor voy con médico particular a Morelia o Amanalco o al hospital...” Testimonio de María Simona, comunidad San Sebastián el Grande.

La organización y la participación social de las familias en la comunidad si se lleva a cabo, no obstante la participación se condiciona por instrucciones del Programa Prospera del Gobierno Federal para la entrega de apoyos, si no hay indicación y recurso de por medio no hay iniciativa por realizar brigadas de saneamiento básico comunitarias. Las gestiones y responsabilidad de la organización sólo son conducidas parte del delegado, las gestiones que se priorizan con el municipio son exclusivamente en materia de obras. Las estructuras sociales más consolidadas son las religiosas, con los mayordomos y padrinos para festividades que son los que organizan los festejos con la comunidad desde la logística hasta el financiamiento del mismo. En materia de salud, la reunión más presente que se haya tenido según las familias entrevistadas es la que se llevó a cabo durante el brote de hepatitis hace 6 meses y en la cual se les otorgó pastillas de cloro exclusivamente e indicaciones para su uso, aspectos relacionados a la prevención y origen de la enfermedad no fueron abordados.

Los rituales y tradiciones de la comunidad giran alrededor de festividades religiosas y agradecimiento a la naturaleza para las buenas cosechas, el uso de medicina tradicional aún es recurrente como el consumo de tés, hiervas y ungüentos que tratan de subsanar un dolor o malestar, en ningún momento prevenir un malestar. Las parteras se encuentran presentes pero ya no ejercen o por lo menos las identificadas por el sector salud, dada la política de prevención de muerte materna, no obstante a la falta de acercamiento del principio de interculturalidad que debe contemplarse entre estos grupos, tampoco las mujeres jóvenes tienen interés de atenderse con parteras o en su casa ayudadas por sus madres, como fue el caso de algunas de las entrevistadas. La cercanía de Hospitales ha incrementado estas prácticas en cuestión de partos. No así es la muerte perinatal o de niños menores de cinco años por condiciones de pobreza y desnutrición o complicaciones de padecimientos como los de vías respiratorias, situación que se presenta como condicionante de vida o evento esperado en la historia de las familias.

Si como de día así estaba bien pero ya era la noche ya empieza que me daba este dolor pero cuando se amanezca ya está él bebe, ya se nació. ¿Le sufrió mucho? No. Y luego lo del cordón, ¿usted lo corto? Si lo corte. ¿Con que lo corto? Con la tijera ¿Entonces usted solita se aventó? Si, así es yo nunca fui este allá a hospital tengo mi hijo que ya es último, tiene ya van a cumplir este 19 años así es, porque antes tengo miedo eso de allá la clínica. ¿Al doctor? Si tengo miedo a eso. ¿Ahora ya no? Ahora ya, ahorita como ya no tengo hijo. Pero ya a los doctores, ¿ya no les tiene miedo? Ahora ya no... Testimonio de María Simona, comunidad San Sebastián el Grande.

Una observación importante de la experiencia del trabajo con familias en la comunidad de San Sebastián es que la comunidad no está acostumbrada a tener visitas en las casas, o a ver integrados grupos de promoción de la salud con gente de su misma comunidad y pláticas individuales de educación para la salud y mucho menos desarrollo humano. La noción de participación en la comunidad con los servicios de salud que se encuentran en esta, solo es para asistir a consultas, pláticas, pasar lista de asistencia y recoger apoyos. Asistencia no prevención, promoción y organización.

Algunos elementos y categorizaciones que se pueden rescatar de esta entrevista según frecuencia son los siguientes:

Hijos, apoyo de Prospera, pago, puso falta, ayuda, enfermedades, quehaceres, marido o esposo, papás, hermanos, hacer tortilla, actividades del campo, fiesta del pueblo, agua clorada, venta, clínica, Prospera, para no enfermarme, estudio, enfermera, regaños, no fui a la escuela, tés, hierbas.

La participación de Voluntarios (Participación Social)

La presencia de líderes no depende de las instituciones, la constante con estos actores es liderazgo nato, motivación al logro, responsabilidad y migración.

La entrevista con voluntarios de la comunidad se concentró en 6 personajes fundamentales, 5 promotoras de salud Estela, Zoila, Carmen, Gisela, Rocío y una partera Doña Emeteria. Estas fueron identificadas en la comunidad Otomí de Pueblo Nuevo en la cual ya existe trabajo inicial de IMSS Prospera y una de sus prioridades de intervención es la consolidación y conformación de grupos de participación de voluntarios en salud. En la comunidad de San Sebastián el Grande, localidad Mazahua, no se identifica aún esta estructura dado que hasta el momento es la Secretaría de Salud a través del ISEM la que ofrece el servicio con un esquema asistencial, el grupo de promotoras de Prospera a diferencia del de IMSS Prospera es meramente para transmisión de avisos de juntas y acuerdos para la entrega de recursos. Sin embargo y aun y que no existe como tal ésta red social de trabajo preventivo, se identificaron personajes en la entrevista a familias que son líderes natos, dispuestos a participar a favor de la salud de su comunidad.

“Ser promotora pues sobretodo como mujeres yo creo que todavía es más porque aparte de que uno se siente útil uno va este organizándose haciendo las cosas, porque estamos haciendo 100 cosas pero esta uno pensando a donde va ir, como le va hacer y yo creo que a uno nos da tiempo para hacer todo en ese momento y bueno a mí me pasaba que anteriormente que venía así y que pasaba a la casa iba y venía me

estaba aquí y le iba a dar de comer a mis hijos, bueno mi niña y hacer otra vez el quehacer quien sabe cómo le hacía pero acababa... Bueno yo digo que sí es una labor muy bonita de apoyar a nuestras mujeres aunque y enseñarles lo que uno conoce y ha aprendido y llevárselo y dárselos a conocer ahora sí que sepan que es la salud esa es ahora sí que una labor muy importante y que ahora si a lo mejor no es para espantarse pero es algo que nos queda como satisfacción como ayudar a nuestra comunidad tanto en niños como a señoras y principalmente en las mujeres que si lo necesitan y ahora si como partera que les diré es una cosa muy hermosa también ser partera y traer un bebe al mundo y que se pueda ahora sí que traer y poder ayudar porque si se avienta uno que otro un paquetito..." Testimonio Promotoras Voluntarias Pueblo Nuevo.

La figura de los voluntarios representa fortaleza, seguridad y decisión, se sienten y son parte del equipo de trabajo de la Unidad Médica Rural, lugar donde fue la entrevista y no es para menos dado que sus funciones consisten en tener bajo su cargo 10 familias que habiten alrededor de su domicilio, promoción de temas de salud, vacunación de niños, vacunación de perros, organizar campañas de saneamiento básico semanales, vigilancia domiciliaria sobre riesgos a brotes (agua, basura, excreta), reporte de padecimientos o sospechas de enfermos, registro de información, platicas educativas y mediciones.

La oportunidad de participar como voluntarios implica un área de oportunidad tanto para las instituciones de salud por el apoyo que estos grupos brindan en el desarrollo y aceptación de las acciones, y la oportunidad que brinda a los actores de la comunidad en empoderarse, sentirse partícipes de las acciones de la institución, mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida. El compromiso, el amor por su gente, las ganas de superarse y sentirse útil son comunes denominadores que se identifican en el pensamiento de los voluntarios. El recibimiento de estas voluntarias, fue abierto, gentil y de confianza.

Algunos elementos y categorizaciones que se pueden rescatar de esta entrevista en esa frecuencia son los siguientes:

Por mi comunidad, aprender, conocer, salir adelante, participar, mi familia, cuidar a mis hijos, clínica, formatos, doctora, capacitación, cosas nuevas, desconfianza, organización, indiferencia, educación.

La intervención de los Médicos Tradicionales

En estas comunidades es importante la presencia de los médicos tradicionales, estos se representan desde los abuelos que ofrecen remedios tradicionales, hasta las parteras rurales identificadas en las comunidades.

En la comunidad de pueblo nuevo se identificó a Doña Emeteria, partera rural desde hace 40 años con más de 600 partos atendidos según refiere, tanto de su comunidad como de otras aledañas que la buscan para atención. El último parto que atendió fue hace dos años, cuando entra IMSS Prospera se promueve la atención de parto en hospital y UMR, en el cual participan junto con los médicos dentro de quirófano o sala de expulsión, la partera actúa como ese elemento que da confianza a la atención, como es principio de interculturalidad.

Doña Emeteria una mujer fuerte, de tez morena, con voz profunda de 58 años de edad, refiere la interrelación que ha experimentado en los últimos dos años en la cual ha tenido oportunidad de capacitación y actualización más frecuente, dotación de materiales para atención de parto, así como botiquín y material de curación, que si bien “no utiliza” según ella, si debe tener listo para cualquier emergencia.

Emeteria nos recibió en su casa en el espacio que tienen destinado para revisar embarazadas, un espacio propio decorado con un gran calendario que le permite ver la posible fecha de parto a través de la posición de la luna, un altarcito con la imagen del “Santo Niño”, veladoras y cuadros de santos, se percibe limpieza y orden a pesar y de lo modesto y humilde del lugar.

La plática se tornó larga, casi 2 horas, agradable, amistosa, sencilla, Emetería con orgullo y dignidad platicó sobre sus orígenes e interés por ser partera y como fue siendo considerada líder en la comunidad por la importancia que representó entre los habitantes; la ascendencia de un partera rural en una comunidad representa la figura de una madre o una madrina. Su liderazgo y ganas de aprender la llevo a enfrentar retos desde la aceptación de sus aspiraciones por parte de su marido, hasta la confrontación con los otros hombres de la comunidad por reclamar sobre el empoderamiento que estaba inyectando a las otras mujeres de la comunidad, como fue la decisión del voto femenino en la comunidad, la búsqueda de la energía eléctrica en las viviendas y la entrada del agua a las casas.

El uso de medicina tradicional, hierbas, ungüentos ocupó gran parte de la plática, así como la demostración en el uso y manejo de conceptos relacionados a temas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, embarazos saludables y enfermedades de transmisión

sexual. El sentido y noción de prevención en temas de salud es evidente, así como el ejercicio y la práctica de estos. Estos conocimientos refiere, han sido adquiridos con el paso del tiempo tras las enseñanzas de diferentes instituciones de salud con las que ha participado y reforzados actualmente con el IMSS Prospera.

Ella refiere no haber tenido problemas de muerte materna o perinatal, pero si un apoyo relativo por parte de las instituciones dada la duplicidad de servicios. Ella considera de prioridad elemental su participación con la UMR, ya que la comunidad en especial los hombres atiende más a las recomendaciones y señalamientos que ella realiza que los de la misma UMR.

La fortaleza de Emeteria durante su narración se identifica cuando con orgullo refiere sus logros a pesar de sus temores, y su indignación, tristeza representada a través del cambio en el tono de voz, cuando recuerda a niños que murieron después de haber nacido a causa de la desnutrición y desatención de las madres y la indiferencia de los padres.

“Mi experiencia más triste como partera rural fue haber recibido a dos gemelitos, una niña y un niño, la niña bonita que estaba, el niño flaquito por ser el segundo, el padre recibió a los dos pero desde el principio se vio preferir al niño, días después de haber parido fui a revisar a la señora y me encuentro a la niña en condiciones de desnutrición muy severas a los pocos días murió la niña ya que la preferencia de alimento se la dieron al niño, ahorita él ya está casado... fue muy triste y muy injusto...” Testimonio realizado por Emeteria partera rural municipio de Amanalco.

La noción de prevención tanto con la partera como con las voluntarios es muy alta dada la relación tan cercana que tienen con el equipo de salud y la posibilidad de enseñanza.

Las categorizaciones identificadas en ésta entrevista por frecuencia de aparición, son las siguientes:

Experiencia, capacitación, decisión, partos, aliviarse, bebe, nacer, urgencia, confianza, perilla, cordón, placenta, limpieza, tés, hierbas, tradición, donde no hay médico, aprender, participación, confianza, preclamsia, compartir experiencias, indiferencia de los hombres.

El trabajo con líderes.

El único varón de la comunidad entrevistado fue un “Delegado” comunitario, quien ejerce un papel de liderazgo máximo en la comunidad. La entrevista a Joel un joven de 36 años padre de familia de 4 hijos, con estudios de cuarto año de primaria, ejerciendo con un orgullo y

seriedad su papel, el cual trata de gestionar, vigilar, autorizar y promover la paz en la comunidad, su relación es directa con autoridades municipales de Amanalco, dependencias de gobierno y otras autoridades. Su principal ocupación al momento de la entrevista era gestionar la presencia de un médico permanente en la UMR, y una casa de salud más ampliada integral y completa por parte el ISEM, existen servicios de salud pero buscan mejorar los mismos y no duplicidad de servicios que es lo que los limita la atención.

Como autoridad e independientemente de su condición de varón, Joel tiene conocimiento de los principales padecimientos de salud que aquejan a sus comunidades, total de habitantes, limitantes sociales y de servicios y también un amplio sentido de prevención y responsabilidad por su salud.

Tal es el conocimiento e importancia que otorgan al tema de salud que la entrevista giró alrededor de la solicitud de servicios integrales exclusivos a su comunidad.

Se identificó un manejo puntual de sus tradiciones y costumbres, comentando la trascendencia para su gente y su comunidad.

“Si es importante porque has de cuenta que, pues tienes que hacer un trabajo para la comunidad por ejemplo estar viendo quien llega, quien no llega, quien es de aquí, quien no es de aquí tons (sig.) es algo pesado pero pues. Pues la comunidad este bueno más bien es que aquí nos regimos como es de costumbre; ira casi siempre hemos estado aquí y siempre me he llevado bien con la gente este hace 10 años empecé a gestionar placas y pus (sig.) deje de gestionar otras cosas, como ahorita estoy gestionando lo del doctor. Si no, este pues (sig.) conozco a gente del gobierno del estado y ellos son quien me abre las puertas, ellos son los que me abren las puertas y también estamos constituidas como grupo coambientalista nacional que ya estamos registrados en el palacio de gobierno si ahí estamos así registrados y este ahí estamos. Testimonio de Joel Líder de Pueblo Nuevo.

Las categorías y conceptos más identificados en ésta entrevista son:

Necesidad, servicios, atención, medicamentos, doctores, acuerdos, autoridades, participación, trato digno, derechos, comunidad.

La participación Institucional (Relaciones Institucionales)

La presencia aunque aún muy débil del IMSS Prospera en las comunidades visitadas de las zonas Mazahuas y Otomíes del Estado de México es importante en el acercamiento de los servicios preventivos como parte de la atención a la salud, esta importancia se identifica en la

formación de los voluntarios como estrategia de acercamiento y aceptación. Las comunidades que ya se están acostumbrando a trabajar bajo el esquema del modelo de atención integral a la salud, permiten la visita de otros miembros de su comunidad en sus viviendas lo que facilita búsqueda intencionada de casos de riesgo para contagios o brotes, asimismo se permite la promoción de aspectos preventivos y de autocuidado dentro de la misma vivienda, situación que en la comunidad de San Sebastián el Grande no se acepta así lo que la convierte en una comunidad más cerrada para trabajar con estrategias preventivas y de empoderamiento de la población.

No obstante la trascendencia del programa IMSS Prospera en estas localidades, si se visualiza su incorporación en estas comunidades del Estado de México más por intereses políticos que por necesidades de las personas, lo que ha originado una falta de arraigo, identidad, duplicidad de servicios, poca participación, etc.

Las UMR son unidades con la más alta calidad en la infraestructura, las cuales son amplias, iluminadas, con servicios de hospitalización, camas de recuperación, sala de expulsión de partos, sala de usos múltiples, área de estimulación temprana, cocina, CARA, área de espera, consultorios, 4 baños, cocinetas, cuentan con médico propio de tiempo completo, entre otros.

No obstante y toda esta gama de servicios las UMR tienen en promedio 15 consultas diarias y a pesar de la disposición del tiempo por disminución de consulta, registros de información, o sistema electrónico para el control de expedientes, estas Unidades ya no realizan salidas a trabajo comunitario para atención domiciliaria y prevención de riesgos. La participación con el Equipo de Salud, está compuesta por un médico de base, una enfermera auxiliar de la comunidad, y el apoyo mensual del promotor de salud. La enfermera Anayeli es originaria de la comunidad y elegida en asamblea comunitaria, la capacitación y formación se le da en la UMR. La participación y el compromiso se observa a pesar y de su juventud, 22 años.

Las estrategias de acercamiento con la población son formación de líderes, participación comunitaria, pláticas de salud, muestras gastronómicas, atención al adolescente, saneamiento básico, vigilancia epidemiológica, registro de información y consultas. Se identifica una

ascendencia del equipo de salud con la comunidad, trato digno y respetuoso bajo los principios de interculturalidad y diversidad.

La entrevista semiestructurada que se realizó al Promotor de Acción Comunitaria (PAC) como representante de la parte institucional implicó la visión de un personal preparado con conocimiento y gusto por su profesión. Manuel Serafín Beristaín el PAC de la zona visitada tiene más de 14 años de permanencia en el Programa IMSS Prospera y una experiencia en diferentes niveles y lugares de actuación. Sus principios se basan en el compromiso, la participación y la entrega, ya que su familia radica en el Estado de Veracruz lugar al que viaja una vez por mes. El sueldo de éste personaje es muy modesto 10,000 pesos mensuales y su adaptación y reconocimiento por la comunidad fue a través de estrategias de acercamiento, atención, confianza y respeto a las familias.

Manuel está iniciando actuación en la comunidad de San Sebastián el Grande, situación que llama la atención ya que éste ha adoptado la estrategia de formación de voluntarios para iniciar acciones pero también la afectividad en el trato, la confianza y empatía caracterizó su actuar con ésta localidad. Actualmente su universo de atención es de 23 localidades y sus acciones son meramente preventivas y de promoción, gestión con autoridades, vigilancia y supervisión de acciones a grupos de riesgo. El uso de documentos básicos basados en el diagnóstico de salud, el programa de trabajo, seguimiento a indicadores es la base y el seguimiento de las acciones.

El personaje del PAC es personaje exclusivo del IMSS Prospera, no es parte del equipo médico de atención, es el responsable preventivo de las acciones. La seguridad en sus respuestas y la satisfacción más identificada en su entrevista, es el hablar del trabajo y respuesta de las familias así como su crecimiento profesional y como persona dada su experiencia laboral.

“La tristeza más grande reflejada en este espacio se identifica al hablar de población que pudo haber hecho algo por su salud y no lo hizo, lo que origina que ya no hay remedio para salvar su vida, así como el enojo al hablar de la indiferencia de autoridades y los intereses políticos sobre el bienestar de la población...”

“No solo con las familias es que no hay prevención, desde las autoridades no existe el interés por lo preventivo, al rechazar opciones que benefician realmente la salud de la población con acciones permanentes y reales, no con apoyos fugaces solo para conseguir votos...”

“No existe una relación interinstitucional y trabajamos doble haciendo lo mismo...”, “la gente decía le hago caso a ustedes o a los otros...” Testimonios Manuel PAC Zonal de Amanalco Estado de México.

La representación identificada en el PAC en relación a la intención y mística del Programa expresada a través de dos comentarios fundamentales.

“La calidad y la calidez debe ser parte de cualquier parte de programas de salud..., cuando tu ofreces calidez, las personas responden en automático”.

“Si fuéramos un programa con fines de lucro asistir es el objetivo, ganar por consultas. En Programas de Salud Institucionales prevenir es lo mejor, inviertes menos y ganas más en poco tiempo, y el costo es mucho menor... retrasas daños y evitas complicaciones...”

“No creo que la lengua sea un obstáculo para trabajar con la población, es cuestión de buscar estrategias y formas de acercamiento y entendimiento, más que la lengua es la aceptación...”

“El respeto a los derechos humanos, creencias y tradiciones de las comunidades son estandartes del IMSS Prospera...”

“La oportunidad de capacitación, de orientación da la oportunidad de bienestar en la población”, incluso con la población indígena y muy indígena, ya que permite ofrecer nuevas opciones que con el tiempo irán asimilando y aceptando a pesar de sus costumbres”... Testimonio Manuel PAC Zonal de Amanalco Estado de México.

La presencia del PAC en esta investigación denoto confianza, seguridad, conocimiento y apoyo. Algunas de las categorizaciones más identificadas en ésta entrevista con mayor frecuencia son:

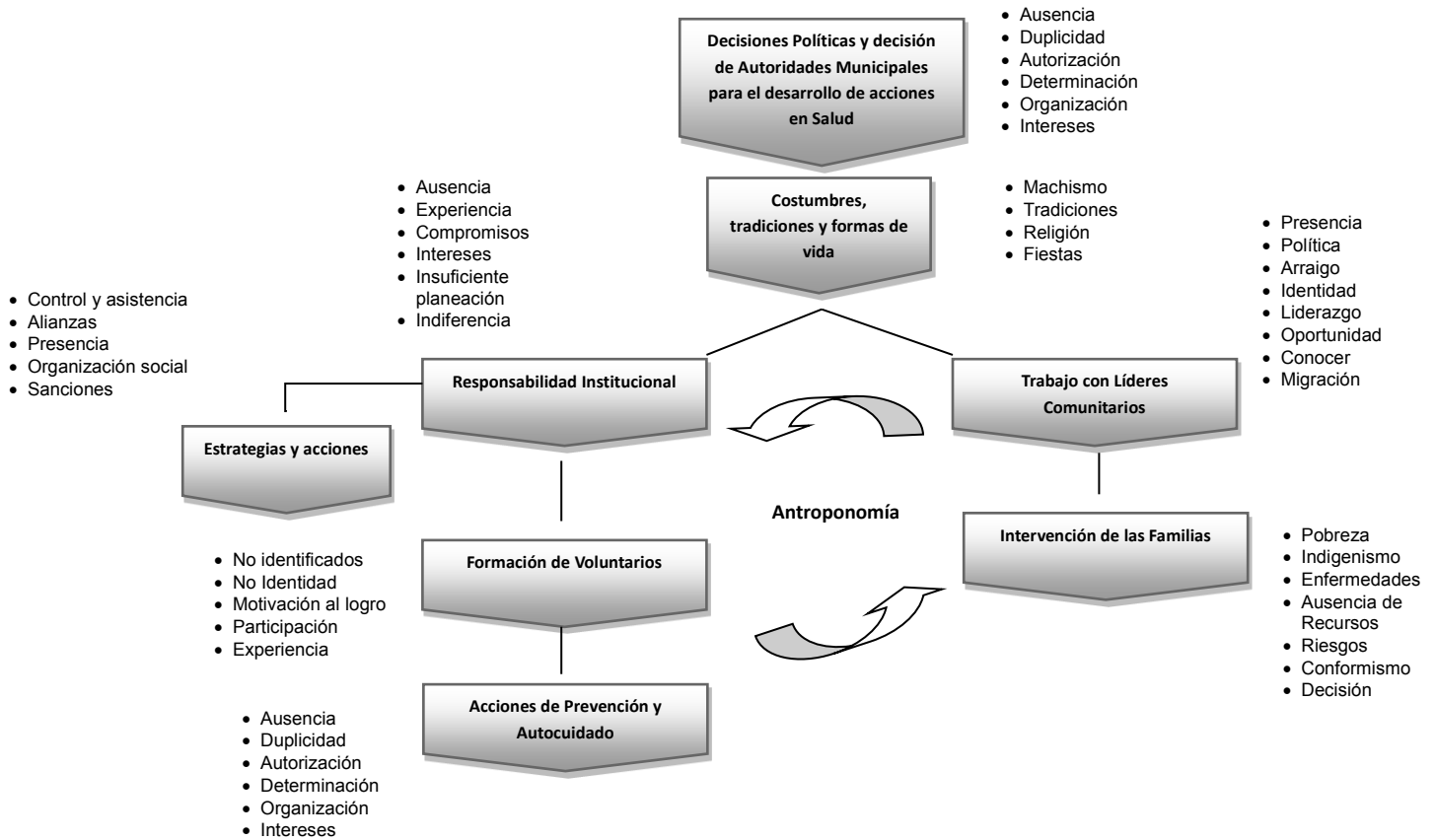
Orgullo, experiencia, retos, participación, superación, prevención, población, calidad, calidez, respeto, promoción con el ejemplo, vinculación, apego, identidad, pasión, equidad, respuesta, apoyo, autoridades, indígenas, ausencia de profesionistas y apoyos en las comunidades.

**Comunidad Otomí de Pueblo Nuevo y Comunidad Mazahua de San Sebastián el Grande,
Estado de México**





3.2.4 Análisis de las correlaciones socioestructurales. Pueblo Nuevo y San Sebastián el Grande



El microcosmos identificado en las comunidades Mazahuas y Otomís del Estado de México deja entre ver que la base de gobernabilidad y la base normativa de las instituciones junto con los criterios de operación de los Programas e Instituciones de Salud, son las determinantes para que se pueda establecer un principio de prevención y participación social en materia de salud. Por la duplicidad de servicios que se mencionan, y la falta de interés por subsanar estas condiciones las instituciones se ven limitadas de actuar de acuerdo a sus estrategias y líneas operativas, las cuales pueden modificar conductas derivadas de las tradiciones y costumbres de las localidades.

Se interpreta el interés de las comunidades por participar en acciones preventivas, por conocer y aceptar propuestas en este campo, se identifican líderes natos conscientes de su situación en materia de salud, que no accionan o detonan su posibilidad de liderazgo debido a que no existen áreas que las motiven a ello, capacitándolas y formándolas como voluntarios.

Se interpreta también la voluntad y apertura de los líderes comunitarios, ya que

independientemente de la solicitud de recurso interminable, están abiertos a lograr y contemplar en sus comunidades cualquier tipo de ayuda en materia de salud y a favor de sus familias.

La lengua, tradiciones y costumbres de las comunidades no son elementos que limiten el acercamiento a lo preventivo, la aceptación de temas de salud aun y que cuestan trabajo promoverlos no están condicionados a ser rechazados, hoy día los temas de salud ya no están tan prohibidos como en otros tiempos.

Por otro lado, la migración en estas comunidades más que situaciones negativas, ha desarrollado áreas de oportunidad, ya que los habitantes que regresan a las mismas, regresan con una mayor visión y apertura a nuevos temas, lo que origina la posibilidad de un cambio y la mejora en la calidad de vida. Esto se representa desde la construcción y remodelación de sus casas, hasta el interés por pensar diferente que los otros que no ha salido, en temas como la salud, o la disminución del número de hijos, etc. Un común denominador de los líderes y voluntarios de la comunidad se estableció en que todos habían salido de su comunidad por lo menos en una ocasión. Los caminos y raíces de estos pobladores (rudos y los roots) determinan historias de vida y superación y al mismo tiempo identidad, lo que motiva el regreso de estos a su espacio de origen, con nuevas expectativas de vida.

“bueno yo ahorita pues yo la verdad este siempre muy contenta estando aquí como que bueno anteriormente antes de casarme yo estaba en valle, viví 3 años. Hace 11 años, estudie la prepa y la secundaria no si fueron 6 años que yo viví, 3 años en la secundaria y 3 en la prepa fueron 6 años pero pues nada más estudie para estudiaba y pues tenía que ganarme el pan de cada día y no tuve un sueldo y como que eso la verdad te hace valorar mucho las cosas yo por ejemplo aquí pues(sig.) no es mucho lo que tengo y no me quejo ni nada pero en el trabajo, en las costuras, en lo que hacemos aquí a veces como que, como que a veces pues (sig.) uno de allá aprende a vivir a ganarse la vida...como que te anima más, como que te sientes este no importante ¿Cómo le diré? útil en tu pueblo este pues (sig.) la verdad me siento muy a gusto en mi pueblo... Testimonio Tania San Sebastián el Grande.

La lengua no es un problema para no transmitir mensajes de salud, ni una evasión de participación en materia preventiva, esta se puede ver compensada con estrategias lúdicas, afectivas y de desarrollo humano que originan ese esfuerzo de comunicación de los habitantes.

La diferencia entre el trabajo realizado por IMSS Prospera y otras instancias de salud como el ISSEMyM se identifica inmediatamente, dados los intereses y principios de interculturalidad, respeto a los derechos humanos y calidez que garantizan la participación de las familias, el empoderamiento de actores claves y la participación plena y consciente en acciones de autocuidado y prevención.

La asistencia es necesaria sobre todo en universos con índices de pobreza y marginación, no obstante esta acostumbra a la gente a verla como una obligación y no como una alternativa, no responsabiliza a la gente por pensar en su estado completo de bienestar y salud, o de participación colectiva, situación que si se identifica claramente en estas comunidades.

Las relaciones solidarias, la generación de la antropomía.

La antropomía entre institución y población se observa con claridad en la comunidad donde trabaja el IO, al identificar trabajo con grupos voluntarios y trabajo de la UMR, el equipo de salud y el PAC, las acciones que de ahí se desprenden generan ese bienestar en materia de salud, un bienestar que no se ve pero que se percibe al existir mejores condiciones de salud, control de enfermedades y decisión de participación. No así en la comunidad de San Sebastián donde la antropomía la generar las “autoridades” solo con trabajo de gestión.

La antropomía también se identifica con las relaciones sociales de los líderes y personas que han salido de su comunidad en calidad de migrantes, las relaciones entre estos personajes permiten generar opciones y alternativas de desarrollo social en las comunidades. Un lazo más de producción social se observa en la relación existente entre parteras y UMR, las acciones de seguimiento, vigilancia y capacitación permiten control el problema de muertes maternas del país en las zonas rurales e indígenas.

Es evidente la influencia de las instituciones en estas localidades para detonar tanto las relaciones solidarias, como la antropomía, ya que si bien las autoridades comunitarias realizan esa labor esta si se limita más recursos y apoyos monetarios, no ha motivación a las poblaciones por generar acciones favorables a la comunidad, más allá de las festividades.

3.3 San Juan Texhuacan desde la narrativa y la observación

3.3.1 Investigación monográfica

San Juan Texhuacan es una comunidad nahua perteneciente al municipio de Zongolica Veracruz Sur, con un total de 5,292 habitantes divididos en un centro y 5 barrios aledaños, cuenta con una Unidad Médica Rural del IMSS Prospera desde hace más de 35 años, su clima es templado-húmedo, con una temperatura media de 12 °C y lluvias abundantes, se considera una zona con clima extremoso. La lengua materna es el nahua y el 85% de la población se considera indígena.

Acceso Geográfico y Ubicación

La localidad de Texhuacán, forma parte de la sierra y municipio de Zongolica, es una localidad de difícil acceso por condiciones de deterioro de las carreteras, las precipitaciones constantes, una gran concentración de neblina y caminos lodosos.

Texhuacan colinda al Norte con Los Reyes y Zongolica, al Sur con Mixtla de Altamirano y Tehuipango, al este con Zongolica y al oeste con Astacinga, los Reyes y Tlaquilpa.

San Juan Texhuacan se caracteriza por el saludo y cordialidad de sus habitantes, al paso de las calles y caminos todos y cada uno de los habitantes saluda sin importar si son conocidos o no. La aceptación de las tomas de fotos y grabaciones fue muy bien aceptadas, sin mayor problema, incluso solicitada a diferencia de las localidades de Amanalco, Estado de México.

Las comunidades de la sierra Zongolica son comunidades abiertas, permisivas pero cuidadosas de costumbres y tradiciones y una de sus características es la coordinación entre autoridades locales y municipales, y su preocupación por el cuidado del ambiente a través del control de tala inmoderada.

Tipos de comunidad y Servicios

Texhuacán es una comunidad consideradas con índice de marginación muy alto, hay un 30% de analfabetismo, 20% de las viviendas aún cuentan con piso de tierra, el único servicio de salud de primer nivel es la Unidad Médica Rural del IMSS Prospera, el segundo nivel de atención es el Hospital Rural de Zongolica ubicado a cerca de una hora de la localidad.

Los caminos de la comunidad son de herradura, se observa aún el paso de caballos; la comunidad se dedica a la cría de especies menores como puercos, gallinas, chivos, pollos, guajolotes. El principal cultivo es de maíz y café aunque este ya en menor escala, su comercialización se realiza en el municipio de Zongolica, las cosechas en la comunidad son para autoconsumo. El aroma del café y el ruido de los molinos son parte importante del paisaje de esta comunidad.

Las comunidades de San Juan Texhuacan cuentan con proyectos productivos de crías de especies menores y cultivo de hongo seta, proporcionados por dependencias estatales. El acceso a la comunidad es por camioneta de pasajeros que sale en dos horarios a Zongolica, existen dos taxis en la comunidad y no hay camiones de pasajeros.

Se observan familias extensas en promedio con seis hijos. Las viviendas son humildes, parte de estas son de piso de tierra y otra parte son piso firme, muchas de estas también son elaboradas con madera; se observa hacinamiento dentro de las viviendas. Asimismo una característica relevante de todas las viviendas es que se observa dentro estas, altares con imágenes religiosas y flores, lo que representa un espacio de equilibrio en la casa, un espacio de culto donde lo mismo se celebrará un bautismo que se despedirá un difunto. Ese altar es testigo mudo de todas las peticiones y celebraciones a la vida, la naturaleza y el cosmos.

El 50% de la localidad cuenta con drenaje, sanitarios o excusado y aún en las orillas y debido al territorio accidentado existe aún un considerable número de letrinas. Hay energía eléctrica en el 100% de la localidad y acceso al agua es entubada.

Su principal festividad es el día 24 de junio que se celebra la fiesta religiosa en honor a San Juan Bautista, patrono del lugar y el primero de mayo día de la Santa Cruz; Texhuacan es una localidad 95% católica, siempre ferviente devota que da todo lo que ella y sus habitantes tienen para que no pase desapercibida. Una característica que amerita ser mencionada es la confianza y la “alegría” con la que se tomaron las entrevistas, la confianza de la gente por acercarse a ver el trabajo, la participación y la confianza de los hombres y el respeto por los viejos.

En cuestión de educación, la comunidad cuenta con escuelas preescolares, primarias, secundarias y un bachillerato. El uso del teléfono celular es recurrente, mas no así la televisión por cable como se identificó en las zonas mazahuas. Tanto niños como jóvenes y viejo son hablantes de lengua, aunque también se identifica población infantil y adolescente que no se reconoce indígena.

La comunidad de San Juan Texhuacan, cuentan con los beneficios del Programa Prospera y actualmente el Seguro Popular, es beneficiaria también del DIF y otros de diferentes apoyos sociales.

Antecedentes de salud

Esta es una comunidad con antecedentes de hepatitis, cólera, enfermedades gastrointestinales y enfermedades crónicas.

La prevención, se conoce y se realiza pero no en todos las áreas. Según comentarios con las familias y el equipo de salud, la presencia de migrantes es buena en el aspecto de salud, ya que la mayor parte de la gente conoce e identifica enfermedades a través de lo que observa fuera de su entorno y regresa con la experiencia de haber conocido personas con enfermedades no conocidas en la comunidad y que muchas veces se dudaba de su existencia lo que motiva un mayor cuidado y prevención.

Si bien la comunidad se caracteriza por una participación social evidente, existe una ausencia de trabajo con adultos mayores y personas con discapacidad, mismos que en ocasiones caen en abandono y abuso.

Se observa una organización en materia de promoción y prevención de la salud a través de la acción y participación de grupos voluntarios, parteras y comités de salud establecidos característicos del IP, los cuales mantienen una vigilancia constante de problemas de salud y vigilancia epidemiológica en la comunidad.

El peso a la salud para los habitantes de la comunidad es comúnmente entendido y comprendido por las personas enfermas; la valoración de la salud es mayor en una persona tras su ausencia.

3.3.2 Entorno Social

Tradiciones, Costumbres y Religión.

San Juan Texhuacan es una comunidad indígena con un alto sentido de costumbres y tradiciones y un estricto apego a la religión católica y a sus festividades. Una de las principales tradiciones que se observa en la comunidad es la búsqueda de las mayordomías cargo que representa un rango e importancia dentro de la comunidad ya que consiste en contar con la presencia del “santito” durante todo un año en la casa del mayordomo, quien festejará ese “cabo de año” con una fiesta en su honor basada en misas, rituales, comida y música.

Durante todo el año todas las ganancias de las familias son repartidas y ahorradas a la mitad para las festividades religiosas anuales. La religión y los valores son aspecto fundamental entre los pobladores. En ésta comunidad la representación del matrimonio aún es importante, no obstante se observa que los jóvenes sobre todo migrantes ya no consideran tan importante esta acción.

En Texhuacan la familia es la base de la comunidad, los valores hacia los padres, los abuelos y gente reconocida en la comunidad como parteras, narradores, médicos tradicionales es de respeto riguroso. En cada una de las viviendas un factor elemental característico de estas son los altares religiosos, los cuales representan el espacio que aprueba el emparentar de las familias cuando hay bodas, representa también la veneración hacia los santos, es el lugar de presentación de los recién nacidos y el símbolo de paz y fraternidad entre las familias y vecinos.

En la comunidad, los trajes regionales solo se utilizan en festividad o boda, el traje de típico es la falda de lana, fajero y blusa blanca para las mujeres, en el caso de los hombres la vestimenta es de manta. Estos trajes en lo cotidiano no se ven, la gente viste vestidos floreados y pantalón camisa y huaraches. Las jóvenes ya usan pantalón sin ningún problema o reclamo de los hombres.

Los días en los que se trabajó en esta comunidad coincidieron con el festejo del día de la Santa Cruz, lo cual permitió presenciar el momento y el significado de la festividad en estas

comunidades. El rito consiste en que en cada pileta donde almacenan el agua en las comunidades que conforma Texhuacan se encuentra ubicada una cruz, esa cruz, es bendecida cada dos de mayo con un ritual denominado Xochitlali o ritual de la flor y el agradecimiento a la tierra y a la naturaleza por permitir el agua y la vida, los rituales se acompañan de misas, bailes, comidas, bebidas, música y muchas flores obtenidas de la misma comunidad. Para éste festejo la participación de todas las mujeres y hombres en el desarrollo de faenas y preparación de comida es representativa y trascendente.

Otras celebraciones de trascendencia en la comunidad son las Bodas, los Bautizos y los Velorios, todos celebrados a través de una fusión entre el agradecimiento a la tierra por las bendiciones recibidas y la solicitud de permanencia, natalidad, y despedida de este mundo, como una parte trascendente de los momentos de hombres y mujeres de la comunidad. Estas celebraciones también se ven acompañadas de comida de gala como pollo, guajolote o en el caso de las bodas puerco. La participación de la comunidad en estas festividades es trascendente desde el apoyo para la preparación de la comunidad y arreglo de los lugares donde será la fiesta, hasta la participación de toda la comunidad en el evento.

A diferencia de las comunidades del Estado de México, en las comunidades náhuatl ya no se percibe con tanta fuerza el machismo, la participación de los hombres se presenta tanto en las labores del campo, en los quehaceres y faenas, como en el cuidado de los hijos, incluso en la participación hacia el cuidado de la salud.

El sentido de vida y muerte en esta comunidad es menos sagrado que con las comunidades mazahuas, el sentido de recompensa para los habitantes de Texhuacan se basa en los apoyos de Programas de gobierno y las bendiciones de la iglesia así como en la selección de participar como personaje importante dentro de estas festividades religiosas. La concepción de culpa o castigo se observa y se considera aún como un castigo divino “porque Dios así lo quiso”, no obstante el castigo de las autoridades por alguna falta, es igualmente reconocido y aceptado.

“Ellos son muy religiosos, creen mucho en Dios un mal comportamiento lo asocian al castigo divino, es el mayor temor,...la recompensa para estas poblaciones simplemente es el agradecimiento, si tu das las gracias se sienten pagados, el apoyo es parte de la recompensa... Cuando hay difunto se hace comida a los 40 días por ser una acontecimiento de Dios y de ayuda todos participan...” Testimonio Auxiliar UMR.

Líderes comunitarios, Política y Autoridades

La comunidad a pesar y de sus dimensiones tiene muy buena relación y participación con dependencias, autoridades y organizaciones que se identifican en la comunidad. Entre los personajes más importantes se encuentran el Presidente municipal, el regidor y el síndico, existen asimismo agentes municipales representantes de las 5 localidades aledañas y un Diputado responsable del entendimiento con autoridades externas.

El nivel de responsabilidad de las autoridades locales en estas comunidades implica mucho respeto y “ley”, la persona de la comunidad que llegue a ser parte de este grupo tiene consigo una responsabilidad muy grande desde el hecho de que es el responsable total por dos años del crecimiento y bienestar de su comunidad; al igual que con los otomíes y mazahuas, los líderes nahuas son personas que en algún momento de su vida han migrado de sus comunidades y tienen un nivel crítico y de responsabilidad importante.

La participación de líderes se identifica claramente, asimismo la figura de los voluntarios y del equipo de salud. Las parteras, médicos tradicionales y narradores de la comunidad tienen especial lugar dentro de ella, como personajes rectores de la vida de los demás habitantes.

La organización y participación de la comunidad en éste espacio se cataloga en un nivel alto, asimismo, la relación que presenta con la UMR y las autoridades locales y municipales es buena a tal grado que establecen y apoyan en la búsqueda intencionada de enfermos y en el envío de los mismos al Hospital.

Todas las representaciones de autoridades en San Juan Texhuacan presentan una misma fuerza como centro de poder, ya que todos y cada uno de estos tienen un grado de participación relevante y una misma respuesta de la población.

A diferencia de las comunidades mazahuas, estas se perciben apartidistas, lo que ofrece un área de oportunidad mayor para acceder a ellas.

A pesar y de las diferencias y vulnerabilidad muchos de los líderes demuestran educación y conocimiento. Se identificó que las autoridades de ésta comunidad determinan desconfianza

no por timidez, más bien por precaución al gobierno y todo lo que este promueve y no cumple.

Cotidianeidad, Actividades relevantes y Participación por grupos de edad

San Juan Texhuacan determina una cotidianeidad basada en la participación de las familias en sus diferentes actividades, las mujeres en la casa, en las cocinas para ser más específicos, los hombres en la faena o en la siembra del maíz, los niños en las escuelas o jugando en las veredas y un alto porcentaje de hombres y mujeres jóvenes fuera de la comunidad esperando a irse a trabajar “al otro lado”; la comunidad es expulsora de migrantes y la mayor parte de la gente que sale de su comunidad, familias completas se dirigen a Estados Unidos o la Paz Baja California. La imagen de la familia en Texhuacan implica respeto y tradición. La presencia del núcleo familiar es un requisito en la comunidad; incluso en los procesos migratorios, es común ver a toda la familia salir de la comunidad.

La participación de los hombres a diferencia del Estado de México se ve activa para el festejo de celebraciones, faenas y mejoras de la comunidad, incluso se observa su participación en el cuidado de los hijos, así como su participación en la clínica atendiendo temas de salud y vigilancia médica.

Una de las características más representativas de éstas comunidades es la música y el folclor, todas las familias entrevistadas mencionan su gusto por el baile y la risa es un elemento común, la música forma parte importante de la comunidad a través del perifoneo.

Como parte de su cotidianeidad y costumbres, las familias siempre ofrecerán de comer a los visitantes por muy humilde que sea el ofrecimiento el café, pan o fruta, o hasta comida de gala como tamales, guisos, etc. se dejan entrever atenciones y agradecimiento por la visita realizada.

3.3.3 La producción antroponómica (relaciones sociales, relaciones institucionales y participación social)

La voz de los Actores.

La voz de los actores se percibe en un espacio donde la naturaleza no puede dejar de ser imperceptible, la presencia del frío, de la neblina, del olor a leña a tortillas de maíz, forman

parte de la escenografía de la comunidad. El andar de la gente es lento, taciturno pero no por esa situación se deja de dar un saludo al paso. Los animales como guajolotes, puercos, perros, gallinas también son parte del escenario de la localidad, la lluvia es acompañante permanente de los días y noches en esa comunidad de la Sierra Zongolica. Todas las entrevistas se acompañaron de música del perifoneo y tronido de cuetes que identificaban el festejo.

La respuesta de las Familias Narrativas (Relaciones Sociales)

La voz de los actores al igual que en las localidades del Estado de México la ofrecen mayormente las mujeres; mujeres que como Alejandra, Ernestina Catarina, Floriberta, Ramona y Andrea forman parte de un universo que se mueve, que influye en el andar de la comunidad dada su participación como madres, abuelas, hijas y líderes orgullosas de sus tradiciones, costumbres y lenguas.

La participación indirecta de los hombres, como esposo, hijos, padres o hermanos se percibe, en estas comunidades, los varones no se detienen por participar en actividades de la casa como el cuidar a los hijos o ayudar en la cocina. El trabajo familiar se observa más equitativo e incluyente entre hombres y mujeres.

La narrativa de mujeres como el caso de Floriberta, Ramona o Andrea, muestra la tenacidad y el compromiso de las mujeres frente a sus familias, al hablar de tradiciones y costumbres las mujeres dejan ver claro su papel dentro el núcleo familiar al demostrar y el entender el “cumplimiento” con los hijos al ya verlos casados o con estudios mayores a los de sus padres. Es entonces donde el papel que juegan como madres capaces de brindar un sacrificio como el dejar de estudiar por formar una familia, vale la pena. La mayor tristeza de estas mujeres la representa el actuar incorrecto, inmoral de un hijo, ya que frente a la comunidad representa el fracaso como familia, como madre.

Las mujeres entrevistadas todas y cada una de ellas en sus propios espacios como fueron sus viviendas, sus patios o sus casas hacen de la plática una charla de confianza, amena y bastante fluida, tal y como fue el caso de la casa de Doña Rosa, donde el lugar de la entrevista fue la cocina donde varias mujeres se encontraban preparando alimentos para la

festividad de la santa cruz, en la cual participan en faena los hombres de la comunidad; cerca de 40 kilos de tortillas hechas a mano, 25 kg. de pollos guisado de diferentes maneras, frijoles de la olla y café es lo que atendería el apetito de 50 personas aproximadamente que se encontraban trabajándole a la cruz.

“Aquí nos juntamos entre 10 o 12 señoras para hacer tortilla y comida para los señores que están trabajando en la cruz, pero mañana es la comida grande tortearemos como 80kg de maíz y matamos dos puerco y 12 gallinas... los hombres están chapeando caminos (sig.), arreglando el estanque y poniendo las lonas, mañana es la fiesta más grande, la celebración de la santísima cruz...” Testimonio grupo de mujeres de la comunidad de Texhuacán.

Es en estos espacios se traen recuerdos de la infancia de las molenderas, una niñez de travesuras y diversión a pesar de la pobreza y la falta de zapatos, o bien los recuerdos del cómo era la comunidad antes y ahora, la facilidad que consideran ellas para las nuevas generaciones, pero también el orgullo de aún preservar sus tradiciones, lengua y costumbres gracias a los mayores.

Dentro de esta entrevista se identifica el matriarcado de Doña Rosa indígena Nahuatl, con 9 hijos vivos y decenas de ahijados, ella era la que orquestaba la preparación de los alimentos. Decidida dueña de su espacio y experta en la materia, platico conmigo sobre necesidades, tradiciones y costumbres de la comunidad.

Fortaleza que se identifica con las entrevistadas más jóvenes en materia de salud, es sorprendente el manejo de conceptos y el sentido de prevención sobre ciertos padecimientos tal y como es el “cáncer cervicouterino”, “cáncer de mama”, exploración ginecológica”, uso de “suero vida oral” temas conocidos identificados dada la regularidad y las técnicas con las que han sido abordados por la UMR. La práctica de la prevención se realiza y se constata, tal vez más que por la conciencia de realizarla, si por la obligación que en este caso de manera coordinada exige el IMSS y el Programa Prospera. Prevención que se identifica en el consumo de agua hervida, clorada o con plata coloidal, el uso de letrinas y las faenas y limpieza de las calles de manera colectiva. El concepto de prevención se entiende y se explica en todos y cada uno de las entrevistas realizadas, este es desarrollado con mayor claridad en mujeres y hombres jóvenes, en el caso de los adultos mayores lo entienden, lo hacen pero no lo explican con tanta claridad.

“uno está aquí, mañana quien sabe, lo mejor es prevenir enfermedades” testimonio realizado por Alejandra madre de familia, 26 años de la comunidad de San Juan Texhuacan.

*“¿Prevenir? Eh (sig.)... es lavarse las manos, tomar agua hervida, vacunar a niños, ir con doctor...”
Testimonio realizado por Catarina indígena náhuatl 62 años de la comunidad de San Juan Texhuacan.*

Prevenir, pus (sig.) Como le diré, pus (sig.) prevenir así como dice para que no nos enfermemos antes tratarnos a tiempo no aja (sig.), porque si no pus (sig.) imagínese ya si avanza la enfermedad ya después no tiene cura porque ya está muy avanzado, bueno eso es para mí. Testimonio Andrea San Juan Texhuacán

Es evidente dentro del hablar de los actores identificar una fusión entre la medicina tradicional y la medicina alópata, la mayor parte de estas relaciones en enfermedades comunes de la comunidad como empacho, levantamiento de mollera, mal de ojo, susto, lombrices. Las bases prehispánicas entre lo frío y lo caliente, la prevención a través de los rituales a la naturaleza, al cosmos y a los dioses es claro en estas comunidades visitadas.

“El Xochitlali es un ritual donde se amarra cirio y pan que se hace en una esquina de la casa, el resandero (sig.) le habla a la tierra, y después de ofrecer café en cuatro posillitos (sig.) y pan, y un cuarto de aguardientito (sig.), según el gusto se regala una cervecita (al altar) y se ofrece la sanación y la petición para que no vaiga (sig.) un mal mayor, esto sirve para el Xistacuaia componer la mollera(sig.)”. Testimonio de Floriberta, indígena náhuatl 66 años comunidad San Juan Texhuacan.

Medicinas tradicionales ayudan a lo de la mollera no, y lo del empacho, si con el niño si aja (sig.) porque este se les caí la mollera (sig.) a los bebés cuando no los cuida uno y se caen a lo alto así, o lo sacuden mucho. Y pues les jalan la mollera(sig.), les jalan por acá así donde les sienten como huequito(sig.), hay una persona que les jala con, pues nos platica que como con su capanocha (sig.) que dice que si duele, la persona que les jala que les duele por acá así, dice porque se oye así como le hace así como si le dieran un beso fuerte y luego los amarran y los que los curan no quieren en el día quieren como a estas horas porque dicen que ya se va a dormir el niño porque si le hacen como en la mañana o en el día no se componen, y no quieren que les demos pecho luego, bueno con mi hijo así me paso con la niña a esa no le hice de la mollera más o menos yo creo que la cuide más o menos porque no se me callo y el niño si se me callo, si hasta una vez en la clínica de la camita de ahí se me callo porque la lleve y creo que ya era tardecito y luego la doctora creo que no estaba así digamos de muy buen humor y este entonces me lo atendió pero como de mala gana ahora sí que de mala gana y en la cama se me movió el niño y se me cayó al piso, si de echo me dijeron porque no esté, porque no la acusaste a la doctora (sig.), o este pus digo no se a lo mejor porque no tenía idea de decirle pues así o yo era la culpable de llegar tarde también porque así llegue como a la 1 de la tarde yo creo, pero pues si le digo yo no sabía sus horarios pero ya ahorita como le digo nos han dado, platicas si sabemos los horarios a qué horas se atiende...Y para el susto este, tés amargos aja porque. es una plantita que se extiende pero esa dicen que la debe de tomar, que no deben de tomar agua ahora sí que digamos fría deben de tomar más o menos al tiempo si, y si digieran que si se espantó así fuerte entons (sig.) ahí es la hierba maestra, una hierbita que yo por ahí tengo, pues yo aprendí digieran así robándoles golpes a mis abuelos porque veía yo que decían esta planta es para esto, y esta es para susto, esta para espanto, este para dolor de estómago, este la hierbabuena, el tapón para la diarrea, pero dicen de ese no vayas a poner mucho, na más (sig.) son hojitas contadas aja 2 o 3 ramitas porque no aja dicen que si te tomas mucho ya no vas, aja si si (sig.) luego sufren otra vez pero si hay varias plantitas aja bueno de eso le digo como que na más me robe a golpes con mi abuela porque veía yo que esas plantitas hasta ahorita yo las ando sembrando porque si me sirven esas plantitas, si por ejemplo si es de algo les doy un tecito, para la tos el panalito, que hasta ahorita ahí tengo una mata de esa, por ejemplo si le doy yo casi acostumbro a la clínica llevar a los niños pero si veo que no, las ayudo con los tés, si como este, que día le estaba dando yo el jarabe, pero digo pus como na más

el jarabe y si le pongo un tecito(sig.) y si entre los 2 se compuso gracias a Dios hasta ahorita no ha tosido(sig.). Testimonio Andrea indígena Nahuatl de la Comunidad de Texhuacan.

Las mujeres y hombres entrevistados identifican el antes y ahora de las enfermedades, saben y ubican la alimentación y los riesgos de la comunidad como detonantes de estos cambios, saben y conocen sobre la diabetes, la hipertensión, pero ahí solo identifican el no tomar refresco para evitar la enfermedad. En la medicina tradicional y el desarrollo de rituales sí se realiza prevención además de evitar padecimientos o enfermedades, el evitar el enojo de la naturaleza, la buena cosecha o agradecer a la tierra que pisamos, todo lo que nos ofrece es prevención.

La sensibilidad de las mujeres se encuentra a flor de piel cuando recuerdan las experiencias más bonitas de sus vidas, todas cuando nacen sus hijos o los ven formar sus familias, sus principales tristezas son cuando se pierde el vínculo con la familia, muere un hijo o se tienen ausencias de los familiares.

En el caso de Ramona sin decirlo su tristeza más grande se identifica en el abuso que vivió durante su infancia y el maltrato de su madre, situación que no pudo comentar por el llanto que la invadió, y la alegría más grande identificada cuando formo su propia familia, conoció a su suegra y la adopto como hija. Nos refiere el equipo de salud que aún es común en estas comunidades la venta de niñas y el abuso sexual.

Las mujeres jóvenes no por su edad dejan de representar fortaleza y decisión, más en lo relacionado a la búsqueda de opciones para mejorar las condiciones de vida y sobresalir un poco de la pobreza, por ejemplo en el caso de Ernestina y Andrea migrantes de la comunidad y trabajadoras de campos agrícolas en el norte del país quienes mencionan no tener miedo por salir, ni miedo a regresar. Estas experiencias las valoran como sus principales retos.

Dicen que se fueron de Puebla a La Paz se fueron juntos: Si. Cuanto tiempo tardaron en llegar? el jueves, viernes, sábado y domingo, 3 días, ¿estuvo duro el viaje? Si día y noche viajábamos si cansado un poquito porque pues(sig.) mis pies ya se habían hinchado cuando llegamos allá. ¿ya estabas embarazada? Sí. ¿Y les pagaron el viaje? No nomas la ida es pagado Les dan su lugar en el autobús o van apretados Si nos dan el lugar, lo que es el cupo nada más, si ya no meten gente más. ¿Las comidas también se las pagan? Si, También lo que es ida y vuelta. Hasta que cumplamos el contrato si no cumplimos no, nos pagan. ¿Y, pagan bien? Pues en aquel entonces en el que nosotros estuvimos si, pues más o menos ¿Lo más difícil? El calor, nos teníamos que cubrir toda la cara, más que los ojos se veían, si porque estaba fuerte el calor. ¿En qué campos agrícolas trabajaron, de qué? de jitomate, chile y esparrago. ¿Piscando? Si aja(sig.) piscando todo el

día. Y luego cuando terminaban su labor allá, ¿A dónde iban a dormir, a descansar? Pues nos dieron un cuarto como éramos pareja nos dieron un cuarto. Bueno como parejas si nos dieron cuartos, pero a los demás que iban de solteros no porque na más había un solo cuarto como para 20 o 30 dormían ahí. ¿si apoyan más a los que llevan sus esposas? Así, si con las esposas dan más. ¿Y, los patrones no son muy duros? Pues con los que yo estuve no tanto, son diferentes ósea algunos ahí les llaman mayordomos y si son diferentes, andan llevando por cuadrillas, sí. ¿Qué es lo más difícil que se hace allá? Pues lo más difícil es cortar esparrago, hay que medirlo de 20 centímetros y ahí es estar agachado todo el día, si lo que es jitomate y chile es estarlo limpiando ¿Había doctor? Había doctor, hay compañeros, que se accidentan ¿Y, a ellos los ayudan? Pues si, como tienen a un doctor ahí a la mano, hasta maestros, ósea los maestros dan clases a los niños que llevan y tienen guardería también. Y ya estando tan cerquita del norte, ¿no les dieron ganas de pasar al otro lado? Pues si la verdad, nos daba ganas de brincarle pa rriba(sig.) pero nuestro chamaquito (sig.)nos trajo, dijo váyanse para su pueblo a donde van. Si él bebe nos regresó. Pero me gusto conocer los lugares porque vivimos nosotros otras experiencias(sig.). Fragmento del Testimonio Andrea Localidad de Texhuacan.

Al igual que las comunidades del Estado de México, el primer interés de las comunidades al ver una persona ajena a ella es saber si se les va a repartir un recurso o apoyo o si existiría abasto de materiales y medicamento. En materia de acercamiento con el equipo de salud este se identifica cordial, participativo y respetuoso claro de la importancia de intervenir en la comunidad a través del apego estricto al principio de interculturalidad, base que también incluyen en las estrategias de acercamiento de estos con la población.

Mí vista en la comunidad se tornó accesible, pernocte en la UMR y el albergue rural de Zongolica intentando estar más cerca de la población. En todo momento la amabilidad y participación de la población se dejó ver al llevarme de desayunar, comer y cenar día a día y al ofrecerme comida regional como frijoles, salsa, tortillas, tamales y café, en cada una de las visitas realizadas.

Algunas categorizaciones identificadas por prioridad en éste grupo:

Familia, hijos, casas, iglesia, tradición, comunidad, juego, riesgo, flores, esposos, salud, comer bien, quehaceres, unión, abuelos, empacho, susto, mollera, bailes, costumbre.

La participación de Voluntarios (Participación Social)

La posibilidad de encontrarse en una comunidad en la que el principio de corresponsabilidad y participación comunitaria es la base, facilita en gran medida ubicar líderes voluntarios comunitarios, que hacen las veces de promotores de salud.

La entrevista se realizó frente a 4 promotoras de toda la comunidad de San Juan Texhucan; Rocio, Virginia, Magdalena y Gudelia, la que menos tiene como promotora es de 2 años de servicio, la más 16 años, muchas de ellas por tradición y herencia. Todas con una imagen pulcra, un lenguaje fluido, seguras de sus respuestas.

Todas de origen náhuatl hablantes de lengua tienen a su cargo 20 familias para su vigilancia, asesoría, seguimiento, dispuestas a aprender por el amor a su comunidad, y reconociendo el valor de estar cerca de un programa como el IMSS Prospera por la oportunidad de conocimiento y la satisfacción que les brindan.

Todas son madres de familias, expuestas a riesgos y retos que conforme pasa el tiempo pueden superar con mayor facilidad debido al conocimiento; mujeres empoderadas, defensoras de la equidad en su pareja, con promedio de tres hijos, abiertas al cuidado de su persona y su salud.

“yo me opere a los 24, tres hijos y es suficiente”. Testimonio de Virginia, promotora voluntaria de la comunidad de San Juan Texhuacan.

Existe amplia comunicación de estos personajes con sus familias y esposos, no obstante el empoderamiento y los conocimientos acumulados, aún el respeto por los ancianos, el preservar las tradiciones y costumbres es importante. Conservar los principios de la familia se encuentran entre sus principales objetivos.

El sentido de prevención y su práctica es parte de sus funciones, todas actúan predicando con el ejemplo, ninguna tiene apoyo económico, ni siquiera el del Programa de Prospera, ya que no se permite duplicidad de los servicios en esa localidad. Las principales acciones que realizan las Promotoras son la vigilancia de familias y viviendas, el saneamiento básico, mediciones, registros, pláticas de salud, seguimiento de acciones, vacunación niños y perros, búsqueda intencionada de enfermos, vigilancia epidemiológica, toma de presión, talleres. Todo esto realizado bajo el principio de solidaridad.

La ascendencia de éste personaje es muy alta entre la comunidad y de vital apoyo a los equipos de salud y a las bases institucionales.

La entrevista se realizó en la UMR, espacio considerado como propio por las mismas promotoras, la UMR es uno de sus lugares de operación y vida de las promotoras. El interés por ser parte del grupo de voluntarias recae en obtener conocimiento y aprender cosas nuevas, se identifica un interés de superación, su selección como voluntarias depende de la comunidad.

Algunas categorizaciones identificadas por prioridad en éste grupo:

Conocer, aprender, amor a la comunidad, decisión, reto, necesidades de salud, organización, salud, enfermedad, apoyos, familias, pláticas, viviendas, riesgos, prevención, organización

La intervención de los Médicos Tradicionales

Esta fue una de las narrativas más agradables de mi trabajo de campo, el hablar con dos personajes de tanta trascendencia y ascendencia en la comunidad como Don Pánfilo (medico tradicional) y Doña Magdalena (partera rural), ambos adultos mayores vinculados al trabajo de la unidad médica rural.

Magdalena me recibe en la cocina de su casa, entre su apuración por atender las visitas me ofrece café y pan recién comprado de Zongolica (fino) ya que ella venía de un periodo de hospitalización, al café por decisión propia le añade leche en polvo de sus nietos ya que considera no es correcto solo tome café como visita.

La cocina es el espacio propio de Doña Magdalena, se veía enojada dado los movimientos que sus hijas realizaron en ella durante su ausencia, después de poner un “poco de orden” y saciar su curiosidad sobre la grabadora inicio una amena y fluida conversación.

Magdalena tiene 84 años, es partera rural desde los 16, ella ya no está en activo debido a su avanzada edad, no obstante por decisión propia y a pesar de sus padecimientos aún vigila a las parturientas para un feliz término de parto. Doña Magda es una mujer bajita, de tez morena, con una mirada que demuestra nobleza, a pesar y su estatura y edad su voz es fuerte y contundente. Confiesa que se pinta su cabello y eso le agrada (risa).

Doña Magda platica como fue de pequeñita, hija mayor de 14 hermanos al cuidado ellos, su mamá atendía todos y cada uno de sus partos en su casa sola o con ayuda de su abuelita. Ella menciona que no fue a la escuela, no sabe leer, ni escribir y ella confiesa *“ahora si hay mucho de bonito (sig.), me hubiera gustado tanto estudiar”*.

En su infancia recuerda como cuidaba borregos y chivos y recuerda como jugaba en el monte, jugaba a la comidita y no usaba zapatos a pesar y de la lluvia. Su infancia a pesar de la pobreza y necesidad fue muy feliz.

Como adolescente platica salió de su comunidad a trabajar a Orizaba, al DF y a Puebla, trabajo en varios trabajos pero principalmente en casa, ahí aprendió a vivir *“de bonito”, no me daba miedo la vida pesar y de que no tenía nada, ni zapatos*. Al regresar a su comunidad conoce a su esposo y se casa teniendo 3 hijos, los cuales ahora son maestros, después de fallecer su esposo decide ser partera.

El hecho de convertirse en partera amerita se deriva de una experiencia al atender su primer parto a su propia mamá cuando tuvo a uno de sus hermanos. La experiencia de recibir una vida fue incomparable y hermosa.

Pus (sig.) Ya estaba yo, tiene cono 16, 17 años de que estoy con ellas, pero ya tengo yo más de eso tengo creo si hago la cuenta ya tengo 42 años de Partera...Allá don Juanito el chamaco, ay no Dios mío, yo fui a vender la leña a Zongolica y aquí vinieron, era mi cuñada su hija, aja (sig.) era mi cuñada, su hermana de mi marido, si y este ay(sig.), usted cree que ahorita ya ese hombre ya grande, si este nació en mis manos, otra señora que vivía aquí sus hijos todos nacieron en mis manos así na mas así, sin caso, ahora en Zuxitla casi todos los que están, todos... Testimonio Partera Rural San Juan Texhuacan.

Doña Magda refiere no haber tenido muertes maternas y perinatales, orgullosamente su semblante la delata, al mencionar que nunca se han complicado. Ahora la buscan jóvenes de otras localidades que no pueden tener niños, ella las soba, las sopla y ya pueden tener hijos.

La relación entre Magda y su formación de partera ha sido a través de capacitaciones, cursos y actualizaciones, presume su gafete y su botiquín básico. En su casa también se luce un altar muy grande que protege a las parturientas.

Ninguno de los partos se presentó con complicaciones, ella refiere el uso de plantas medicinales que apoyan para el parto. La gente en las comunidades aún acepta las prácticas del consumo de plantas, sobadas, remedios, ahora estrictamente se atienden por cuestiones de muerte materna en los hospitales rurales y las clínicas.

Las recomendaciones a las embarazadas son el cuidado de la luna, el no visitar a un difunto, el no hacer corajes o tener sustos. Las tradiciones y costumbres son representadas y transmitidas por la comunidad y la misma partera.

Posterior a la entrevista, Doña Magna pidió la grabadora para escuchar su voz, lo cual dejó un semblante feliz y un agradecimiento por la visita. A pesar y de su analfabetismo, Doña Magda lleva al pie de la letra sus registros, actividades a las cuales está al pendiente y lleva un orden impecable, ya que se apoya de una de sus nietas para el registro y control.

Doña Magda cobra según la familia aunque en la mayoría de las veces le daban 200 pesos o si no tenían dinero, pollos o perritos; muchos la mayoría quedaron a deber y ya hasta abuelos son. Parte de la responsabilidad de Doña Magda son las recomendaciones a la planificación y al respeto como pareja, ya que ella refiere haber querido y respetado mucho a su esposo.

“Pues como yo les digo, les digo como nos avisan, nos avisa allí nos avisa visa tú dices estas de partera tu les avisas a los esposos que participe (sig.) que vallan a escuchar las pláticas, pues solamente doña Carmelita sabe que si van a escuchar las pláticas aja que valla que participe si entonces yo les digo cuando las visito si los alcanzo les digo si les digo no miren ustedes son responsables por eso qué quiere decir ser responsable, pus mire usted tenemos que ver la mujer, y que más, le digo tienen que ir a las pláticas y cómo las van a cuidar, sus mujeres cuando ya se alivió, no te vayas a dormir con ella, ni ya hizo 20 días y ya voy a dormir con ella no, nada de es, cuidala, si tú no la cuidas tu mujer(sig.), Dios no lo quiera valla a agarrar alguna enfermedad, te vas a quedar solo con tu niño, no cuidala hasta los 40 días para allá, ahí no les digo nada (se ríe), todo eso les digo todo y si me hacen caso...” Testimonio de Magdalena Partera Rural de Xochiquitlán barrio de Texhuacan.

Al final de la entrevista, Doña Magda no dejaba de abrazar, agradecer la visita, ofrecer panes. Reconoció su gusto por la música, y entre sus bailes favoritos está el Zahuizo. Pidió sacarse fotos y tratar de enviarlas a sus hijos que viven lejos.

Una de las tristezas más grande es que las jóvenes ya no quieren aprender sobre sus raíces. Actualmente no hay una solo joven que quiera aprender a ser partera.

“La tradición se está acabando a pesar y de la importancia que aun implica”. Testimonio de Carmen Auxiliar de Área Médica de la comunidad de San Juan Texhuacan.

Categorías y conceptos derivados de ésta entrevista.

Partos, niños, miedo, vigilancia, médicos, registros, atención, raíces, actualización, botiquín, raíces, vida.

Por otro lado, Don Pánfilo, otro personaje de la comunidad, es conocido como el narrador y el médico tradicional de la misma. Un hombre alto, fuerte y responsable con mucha ascendencia y respeto, es admirado por su comunidad y su familia, en mucho por la figura masculina que representa, pero también y al mismo tiempo por el conocimiento tan fuerte que tienen sobre su comunidad, sus usos y costumbres.

Don Pánfilo tiene una familia extensa rodeado de hijos y nietos; asimismo, un espacio privilegiado entre todos. Su posición de narrador, pero sobre todo de médico tradicional le permite ser el actor más activo de la comunidad, lo mismo invitado por *resandero*, curador, narrador o simple autoridad en los eventos.

Buen anfitrión, procura un espacio para la plática, un espacio cómodo, apto, preparados para una visita larga. Don Pánfilo refiere tener cerca de 66 años y gusta de platicar y trabajar sus costumbres y tradiciones. Asimismo, recuerda agradecido el respeto y permanencia sus orígenes, la tierra y el agua que bendice el paso de los hombres por esta tierra.

Don Pánfilo tiene inmensidad de conocimientos en relación a la cura de padecimientos fusionados con el agradecimiento a los cuatro elementos de la naturaleza, nos indican que el rezar y dar gracias a la madre tierra por los favores recibidos, determina permanencia y salud en los hombres de la comunidad.

Entre las costumbres y tradiciones de las comunidades indígenas y rurales se encuentra el cuidado y presencia de altares con imágenes y flores, el simbolismo de un altar recae en el espacio donde pedir la mano y autorización de casarse de los novios, el espacio donde se dejan los obsequios y se atestigua la unión.

La gama de remedios para el susto, la mollera caída, el mal de ojo y otros que aún no tienen ese seguimiento de las acciones, estas se encuentran presentes en la función en las relaciones entre estas poblaciones indígenas en ésta región. La aceptación de la población es aceptar también la resistencia al cambio al pensar y al sentir.

Categorías y conceptos derivados de ésta entrevista son:

Vinculación, medicina tradicional, respeto, vigilancia, mal, tradición, mollera, empacho, susto, historia, baile, flores, familias, rezos, costumbres.

El trabajo con líderes.

En la comunidad el acercamiento con líderes se realizó a través de la entrevista a Gil Méndez, hombre de 37 años padre de familia, con un liderazgo nato, y un razonamiento crítico con mucha conciencia social.

Gil ejerce las labores de un Diputado, gestor de la comunidad y actor de trascendencia en la misma junto con las autoridades religiosas como los mayordomos. Este líder cuenta con la preparatoria terminada, ha sido migrante de los campos agrícolas en estados unidos, carpinteros y albañil, dadas las faltas de Prospera en sus comunidades. Es defensor de los derechos humanos y lidera un grupo de conservación ambiental. Cuestiona y critica mucho el actuar de las instituciones y programas de gobierno, al principio su postura mostro resistencia y mucho cuestionamiento sobre mi presencia en la comunidad, posterior la plática se tornó fluida y amigable.

Con un semblante serio, estatura media y tez morena, Gil cuestiona las faltas de Prospera de desarrollo para su comunidad, entiende y comprende el principio de prevención y con la intención de promover con el ejemplo participa en actividades de la unidad médica para el autocuidado de la salud.

“aquí en el municipio aquí en la sierra los sueldos están por los suelos, se imagina el salario mínimo ¿de cuanto es?, de cincuenta y tantos pesos te imaginas, prácticamente es una burla sí, no es por nada que sea real que los grandes empresarios se sirven hasta con las dos manos, mientras que a nosotros nos dan una migaja y eso tan siquiera llegáramos pero acá esta todo por los suelos y como le digo no hay fuentes de empleo la gente aquí vive como, ahora sí que como pueda, ahora sí que trabajamos como dicen en lo que sea, y tratamos de trabajar en lo que sea para llevarle sustento a nuestras familias, si y pues gracias a Dios todavía en esta zona pos(sig.) todo lo que es nuestro municipio todavía es una zona pacífica es una zona

donde aún no se cultiva por ejemplo lo que es la marihuana no ahora sí que en esta parte todavía no existe mucho prácticamente la corrupción o como se dice la delincuencia organizada, aun no este lugar principalmente está todo bien tranquilo, gente muy pobre, muy humilde pero pos(sig.) yo creo que eso es lo que lo distingue más que nada a nuestra comunidad pos de ser una comunidad que a pesar de ser muy pobre, es muy amable la gente de acá, donde quiera que llegue es muy humilde pero muy respetuosa, si así es... en este mes se están llevando a cabo unas cuantas obras usted se imagina esto ha sido a que a raíz de que nosotros como gente de gestión hemos estado ahí al pie del gobierno esté más que nada insistiéndole, insistiéndole que por favor destrabe(sig.) esos recursos que esos recursos el gobierno da los destino para la sierra... Testimonio Gil Diputado de la Localidad de Tlalquitapan barrio de Texhuacán.

Este líder fue entrevistado en la calle cerca del festejo del “tanque” donde está la Santa Cruz, el considera que lo que más distingue a su comunidad es la pobreza. Al paso de la gente, la presencia de autoridad era innegable, desde saludos y saludos, hasta preguntas y permisos rodearon la entrevista.

Gil exhorta dada su postura social a que programas e instituciones trabajen en la educación de las personas, así como en facilitar fuentes de trabajo en su comunidad para que su gente no emigre. El respeto por la mujer y su percepción de ellas, hablan de una persona culta y preparada.

La falta de medicamento en la UMR es una de sus principales preocupaciones. *“la sierra es el lugar más pobre del país, el gobierno no ha sabido dirigir programas y los recursos han sido desviados, la ayuda a la gente es lo que menos les interesa”. “El abuso es hacia los más pobres, porque son los que menos critican, los que menos se defienden”*

“La prevención es la base, el gobierno gasta mucho en atención, en medicamentos pero no invierte en prevenir enfermedades y enfermedades nuevas como la obesidad o la diabetes, la prevención es la base”.

“Es muy difícil acabar con la burocracia es muy difícil acabar con la corrupción, es más fácil terminar con la pobreza matando a todos los pobres que cambiar al gobierno. Habiendo salud, lo demás viene solo, así haya caminos obras y apoyos sin la salud no logra nada”. Testimonios de Gil, líder comunitario comunidad San Juan Texhucan.

Decisión, dignidad y orgullo se identifica indudablemente, cuando se habla de su religión, defiende que esta no es una creencia es un principio de vida y de moralidad para las familias, para la convivencia de las comunidades.

“la constitución se basa en la biblia, es decir la religión dice no mates y la constitución habla del derecho de vida, la religión dice robes y en la constitución te señala ese principio”.

Algunas categorizaciones identificadas por prioridad en éste grupo:

Igualdad, pobreza, gobierno, desventajas, salir de la comunidad, organización, autoridades, oportunidad, religión, derechos humanos, prevención.

La participación Institucional (Relaciones Institucionales)

En la comunidad de San Juan Texhuacan, la Enfermera cubre parte importante del actuar de la población, Carmen Auxiliar de Área Médica es originaria de Orizaba desde hace más de 20 años, no obstante vive y permanece en la comunidad, ella relata el día a día de la UMR, cuyas bases son aún pertenecientes al esquema tradicional de las UMR de IMSS Prospera.

En estas comunidades no existe sábados y domingos, la demanda de atención es lo que caracteriza a esta comunidad. En promedio se presentan en promedio de 50 a 60 consultas diarias.

El trato con la gente se aprecia si no excesivamente de atención, si de respeto y de inclusión, en la comunidad se aprecia ascendencia por parte de la comunidad y aceptación por parte de la gente hacia el equipo médico.

En la unidad además de consultas se dan pláticas y talleres, se tienen espacios físicos destinado a actividades deportivas y culturales. El apoyo por parte de presidencia municipal es importante, la vinculación con otras autoridades es muy constante.

Dentro de la entrevista se identifica en la comunidad un espacio cordial de trabajo, de profesionalismo, el esquema de operación también es la interculturalidad, lengua y derechos humanos.

Pues de hecho todo, todo hasta lo que no nos corresponde lo hacemos, nosotros nuestro trabajo es enfermería pero, pero aquí como no hay más que la auxiliar y el médico y tenemos 2 años sin médico, y la necesidad de la atención, abarca todo tenemos que apoyar este, en lo que más se pueda aquí dijiera (sig.) por ahí Leo, tenemos que hacerla de psicóloga, de hasta a veces de obstetra porque atendemos partos, antes cuando yo casi llegué atendíamos mucho partos este entre las 2 o a 3 veces una sola nos tocaban atender a la media noche o ir a las casas a atenderlos porque no venían hasta acá, no les daba tiempo y pues nuestro trabajo era hasta de noche, también hacemos orientación acerca de la planificación, ponerles un método, atender al bebe, pues ya implica atención al recién nacido, atención a la puérpera, hacemos papelería, registros, este vacunación, enseñar nutrición, inmunizaciones y yo atiendo la consulta, también si y llevamos nuestro control de medicamento. Hacemos promoción aquí se le llama a la gente y se les explica, siento que no hay limitantes simplemente enseñarles y para hacer prevención necesito más pues yo siento que por un lado el material para la capacitación porque por ejemplo si yo quiero enseñarle a las madres con niños

desnutridos como deben de darles de comer, necesito el material para la preparación y ¿quién me lo da?, Lo que hacemos es platicarles y hacer las láminas, les hago dibujos, les explicó como es acá y allá y si me entienden, de hecho aceptan muy bien el que les haga un Papanicolaou, por ejemplo una exploración ginecológica, como que aceptan más los hombre que la haga, y no, fijese que luego me preguntan este cuándo vas hacer una jornada de revisión, así les llaman ellas, yo le llamo jornada ginecológica, también capacito mis promotoras y voluntarios y trabajo con autoridades en obras. Tengo muchos ahijados la gente me quiere, Ahorita, nos dan de 5 a 6 mil pesos quincenales. Testimonio de Carmen Auxiliar de Área Médica de la UMR de San Juan Texhuacan.

La imagen del Promotor es muy importante, junto con el equipo de salud, la constante en materia de salud es el reclamo sobre el desabasto de medicamento, más no así de trato inadecuado.

“En la unidad médica no se tiene descanso, pero si mucho compromiso y riesgos”. Testimonio Auxiliar Médica de la UMR de San Juan Texhuacan.

Es más la experiencia que se tiene en una Unidad Médica porque salva a pacientes únicos. La prevención debe ser la base la Unidad, no obstante lo asistencial es lo esperado y necesario en universos de pobreza, lo asistencia debe existir para llegar a lo preventivo.

Las categorizaciones y conceptos mayormente utilizados en estas entrevistas son:

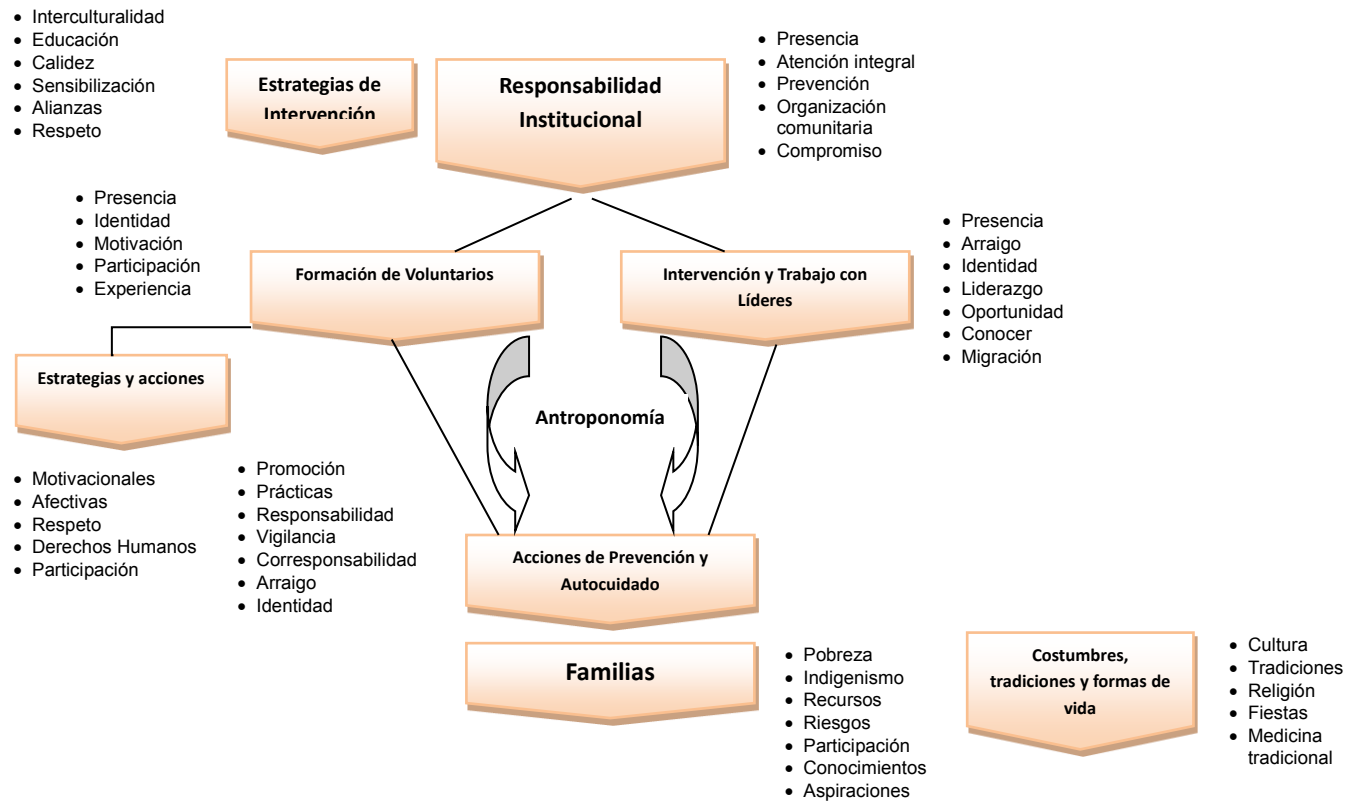
Atención, prevención, compromiso, gente, pláticas, mediciones, seguimiento, registros, ascendencia, historia, compromiso, capacidad.

Comunidad Nahua; San Juan Texhuacan, Sierra Zongolica, Veracruz.





3.3.4 Análisis de las correlaciones socioestructurales San Juan Texhuacan



Las relaciones solidarias, antropomía.

Las relaciones estructurales básicas en ésta comunidad para cumplir con la prevención y el autocuidado que sí se lleva a cabo entre la población, es a través del acercamiento a las familias y el respeto a costumbres y tradiciones, por medio de la intervención y el acercamiento de la UMR de la localidad.

La participación de los equipos de salud ha sido indiscutible para el desarrollo de esta construcción antropomía, la importancia y el acercamiento que el personal institucional tanto de acción comunitaria, como de área médica han tenido con la población ha sido la clave para la aceptación de la gente (y así influenciar en lo macro); el buscar alternativas educativas en las cuales la lengua no es un obstáculo para la capacitación, así como la calidad en la atención básica y la calidez identificada en el trato con la población ha logrado la credibilidad y la confianza de la población hacia los preceptos del Programa.

Aunque la comunidad es beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Prospera, éste Programa es vigilado por los comités de contraloría internos, que verifican el cumplimiento de

compromisos por parte de la población, esta acción impide que la entrega de recursos y apoyos por el Gobierno Federal, no sea condicionante para realizar acciones de autocuidado como en otras poblaciones. Ante esta respuesta, varios Programas estatales y municipales han podido aportar recursos materiales para la construcción de obras dentro de esta comunidad, tal y como es el caso de SEDESOL, DIF, Conagua, etc.

A diferencia de las comunidades mazahuas que son de reciente incorporación al sistema de IMSS Prospera, es necesario enfatizar que el Programa ha invertido y apostado en el capital humano para hacer efectivo un desarrollo permanente en la conciencia social a favor de la salud del mejoramiento del nivel de vida de la población.

Ejemplo de lo anterior es San Juan Texhuacan, la cual tiene un 38% de adultos mayores, quienes en su mayoría conforman los grupos de médicos tradicionales, autoridad local y una parte importante de los grupos voluntarios; al identificar que la gente de la tercera edad en esta comunidad específicamente juega un papel prioritario para la conformación de valores y la vigilancia de las costumbres; el Programa IMSS Prospera trabaja intensamente con esta estructura para propiciar la participación de la gente, es entonces que a partir de esta estrategia que se pudo consolidar parte importante de las actividades promovidas hasta el momento por el IMSS en esa zona.

La participación Comunitaria

Antes que cualquier otro factor debemos hacer especial mención a la relevancia que siempre ha tenido la participación comunitaria como base operativa para convencer y sensibilizar a la gente de participar en diferentes frentes para su propio desarrollo, como por ejemplo en la conformación de una estructura voluntaria y la participación y aceptación de la misma gente a las acciones promovidas.

La autoridad local básicamente es la que se ha encargado junto con los equipos de salud de la UMR de exigir el cumplimiento de los compromisos de la población, tanto con la localidad como con los Programas que en ella han intervenido, hasta el momento esta responsabilidad infundida en los habitantes así como la mística y el objetivo que ha promovido el IMSS para consolidar la estructura comunitaria, ha logrado la integración de un comité de salud

participativo y organizado, liderado por un profesor rural, y un grupo de 6 promotoras voluntarias rurales las cuales tiene a su cargo 20 familias para su orientación, derivación oportuna y seguimiento y una UMR la cual con el apoyo de los personajes antes descritos y junto a las acciones de otros voluntarios comunitarios, son la base de la atención pero también de la capacitación de la gente.

Es por medio de sesiones educativas y algunos otros eventos, que los grupos voluntarios han logrado consolidar la vigilancia oportuna de las familias a su cargo, a través de visitas domiciliarias verificando saneamiento básico, revisando cartillas y sobre todo otorgando asesoría y capacitación en prioridades a familias a través de círculos de estudios (lectura comentada de las guías de salud).

Los voluntarios de la comunidad, junto con la asesoría del equipo de salud de la UMR han elaborado estrategias dinámicas para contrarrestar padecimientos como es el caso de la desnutrición en la que por citar un ejemplo, a través de la cooperación de las familias se han desarrollado muestras gastronómicas con alimentos ricos de la zona, lo que ha permitido dar a conocer a las familias la variedad de alimentos nutritivos de fácil acceso y preparación como es el caso de frutas, verduras y otros como amaranto, hongo seta, quelites, quintoniles, etc., los cuales pueden sustituir o complementar una alimentación balanceada y contrarrestar el problema de la desnutrición, un poco más que en otras comunidades. De igual forma y a través de estas técnicas educativas lúdicas se ha instruido a las familias en la adecuada preparación y consumo del suplemento alimenticio y en el cultivo de huertos familiares, así como en la crianza y reproducción de especies menores para consumo humano.

Es importante mencionar que entre las técnicas de comunicación educativa para grupos voluntarios y familias, se encuentra la realización de sociodramas, teatro comunitario, perifoneo, pinta de bardas con mensaje de salud y lecturas comentadas, sólo se han podido obtener logros importantes y aceptación de las familias hacia los grupos voluntarios a pesar y de las costumbres y tradiciones de las familias.

Los voluntarios a través de diversas técnicas de comunicación han logrado acercarse con la gente para la enseñanza de temas y la vigilancia de las familias y con ello ha logrado

desarrollar la parte preventiva sobre la asistencial, clave importante para el desarrollo de la comunidad.

La participación institucional

El apoyo institucional que ha recibido esta comunidad ha sido fundamental en su desarrollo, este ha sido representado a través de la presencia de la unidad médica rural como rectora de las acciones realizadas, ya que si bien es fundamental que la presencia de la UMR en la comunidad favorece la atención de la salud de la población y con ello el bienestar físico y mental de las personas, también es cierto que la parte de orientación utilizada con carácter preventivo, así como la asesoría técnica brindada por el equipo de salud para el desarrollo y aplicación de proyectos y tecnologías, y la calidez en el trato han sido fundamentales.

Además del apoyo antes mencionado, la comunidad ha recibido apoyo institucional para sanitarios ecológicos y letrinas, medicamentos y material de curación, compensación para Asistentes Rurales de Salud, asesoría para la conformación de proyectos productivos y toda la asesoría y capacitación de personal médico y de acción comunitaria, que en esta y todas las materias relacionadas con el autocuidado de la salud han apoyado constantemente en diversidad de acciones, respetando un perfil de interculturalidad.

Siguiendo la mística del Programa en la que la base es enseñar para construir y no dar para mal a acostumbrar, la respuesta de las familias en cada una de las comunidades donde trabaja el Programa ha sido la medida del éxito o el fracaso de las acciones, de esta forma los resultados que una comunidad obtiene en aspectos de salud, alimentación y educación definen mucho también su trascendencia como comunidad y su éxito como colectividad.

Uno de esos logros en la comunidad de San Juan se observa en sus niveles de salud alcanzados y ya descritos anteriormente, en los que se distingue la participación plena de la comunidad en la atención y autocuidado de su salud, en la que se distingue un 90% de familia con algún dispositivo sanitario, un 97% de familias participantes en el manejo adecuado del agua, un 95% de familias participantes en jornadas de recolección y disposición final adecuada de basura, un 80% de familias capacitadas en temas de salud y un 77% de familias participantes en el control de fauna nociva y transmisora, así como en el mejoramiento de

vivienda, entre otros (Sistema de Información, IP). Sin embargo y por su trascendencia es importante definir también los logros alcanzados desde la colectividad o bien a través de la respuesta de las familias a las acciones colectivas.

La comunidad San Juan es una de las comunidades a nivel nacional en las que se identifica un rango de participación y respuesta casi del 92% con relación a sus familias, ya que entre ellas misma se busca vigilar cada una de las necesidades y carencias propias, las cuales tratan de ser reparadas colectivamente.

Asimismo y como otro factor de éxito y que representa claramente el principio de interculturalidad es que la comunidad también se caracteriza por tener un grupo de medicina tradicional compuesto por un médico tradicional y una partera quienes se encargan de mantener interrelación con la UMR y el equipo de salud, apoyan en la vigilancia de pacientes, y son el enlace con población que aún presenta renuencia por visitar a un médico, pero que acepta el enlace con el médico tradicional o la partera.

De esta manera podemos concluir que la participación social en esta comunidad es un proceso natural, activo, propio de la misma colectividad, el cual ha sido facilitado a través de las organizaciones, actores, movimientos y una institución de salud, la cual ha hecho presencia en todo el ámbito de decisiones, incluyendo las que atañen a la participación comunitaria, la cual ha sido consolidada sobre la base de aceptación y convencimiento de la misma población que la respalda y difunde para el desarrollo de las acciones.

Las estrategia y relaciones estructurales generadoras de antroponomía es una estrategia fundamental para afrontar la necesidad persistente que presentan algunas comunidades para alcanzar algún grado de mejoría social debido a su marginación y rezago social.

CAPÍTULO 4.

CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones.

El tema de la salud de las poblaciones es un tema que para varios estudiosos de la materia está y estará presente en las prioridades del Estado y en la vida cotidiana de los individuos como un elemento anhelado y esperado para lograr la estabilidad, el bienestar, el desarrollo individual, familiar y colectivo. No obstante la trascendencia, el tema de la salud en poblaciones indígenas y rurales continúa siendo solo una obligación inmediata de “atención médica a enfermedades” que responde como un atenuante a las necesidades reales de atención a la salud en este grupo de población, simplemente a través de la incorporación masiva de la población a servicios básicos de salud, y que abarcan principalmente acciones de asistencia y curación más que de prevención.

Al realizar una visita al interior de tres comunidades indígenas con diferentes percepciones culturales y acercamientos a los sistemas de salud, se puede comprobar, como en el caso de las comunidades del Estado de México, que las instituciones están más preocupadas por tener presencia entre la población debido a un proselitismo político, que por un interés en particular por brindar atención integral a la salud a las poblaciones que finalmente más lo necesitan. Estas acciones lo que originan es una duplicidad de servicios y la construcción innecesaria de clínicas que después se mantienen cerradas, o limitadas en su accesibilidad, sin mencionar que muchas de estas presentan una mala calidad en la atención; asimismo y en consecuencia, se identifica una evidente falta de compromiso e incredulidad por parte de la población, hacia planes y programas de salud.

Esta debilidad se puede constatar con la renuencia e indiferencia de la población por generar un interés que vaya más allá de solo acudir a consulta médica. El interés por aceptar acciones preventivas, pero sobre todo la participación social en materia de salud no está presente entre estas poblaciones, a pesar y de que en ellas se encuentran actores sociales con capacidad y disposición a generar o motivar una participación colectiva a favor de sus comunidades.

A diferencia de esta situación y en el caso de la comunidad visitada en la Sierra Zongolica donde se encuentra presente el modelo tradicional del IMSS Prospera desde hace más de 30 años, los resultados han sido, por mencionarlos de alguna forma, favorables en materia de salud; pero más que las cifras de salud, sobresale la aceptación y la participación de la población a estas estrategias. En estas comunidades se cuenta con una clínica modesta, que ofrece servicios básicos de atención, incluso más modestos que los identificados en las localidades del Estado de México, pero si con un esquema de organización y atención integral a la salud bien establecido y respaldado por la población misma, y que repercute en casi 5000 habitantes.

En esta comunidad la población es participativa, la mayoría de los actores entiende y aplica en mayor medida los principios de prevención difundidos por la UMR; aquí la participación de los hombres en temas de salud es mucho más abierta y equitativa, así como el interés colectivo por participar en pláticas y acciones diversas es mayor; asimismo el reconocimiento a la presencia de médicos tradicionales y parteras es tan fundamental como el identificar la importancia y autoridad que tiene la misma UMR, la cual es reconocida como uno de los centros de poder más importantes de la localidad. Este resultado puede respaldarse también a través la teoría antroponómica de D. Bertaux (2013) la cual busca identificar las sinergias generadas a través de las relaciones solidarias que generan la “producción social” o la producción “de las personas mismas”, responsables de desarrollar acciones sociales determinantes de bienestar; ya que es evidente que existen actores organizados en ese microcosmos para lograr un fin colectivo, lo que los hace estar incorporados a una colectividad y reconocer y valorar a los actores que fortalecen esa misma organización.

Es importante comentar que estas situaciones son el resultado de un esquema de atención a la salud básico, no costoso y sí enfocado a la atención médica y social de la población, en el que se distingue un acercamiento del personal de salud basado en un respeto a la cosmovisión y los derechos humanos de la población misma, así como a la afectividad en el acercamiento y el trato digno entre el equipo de salud y los pobladores, así como la importancia de una base educativa como elemento clave para la prevención; todos estos son elementos que repercuten en la construcción de una sociedad con percepciones diferentes de ver la salud y el bienestar a pesar y de la pobreza, o las condiciones sociales en las que viven.

El respeto de las instituciones al proceso intercultural, la visión preventiva, así como las relaciones solidarias, amistosas y afectivas, son determinantes para obtener una respuesta favorable para llegar a la **participación consciente** de la población, es decir a una participación que involucre una responsabilidad individual y una respuesta colectiva, hacia un tema de salud y no solo una participación forzada que consiste en asistir a “escuchar”, o hacer acto de presencia a pláticas de salud a cambio de una asistencia que permitirá un apoyo monetario o “ayuda” mensual por estar inscritos a un Programa de asistencia social.

El objetivo es que a través de la antropología que generen diferentes actores de una comunidad en materia de promoción y educación se logra un conocimiento básico sobre los principales temas de salud, pero al mismo tiempo el actuar inmediato y el desarrollo de buenas prácticas cotidianas que lleven a la prevención de enfermedades y riesgos. Queda comprobada la importancia de diversos grupos de producción social en esos universos y el bienestar que generan y ofrecen a la comunidad al organizarse, tal y como son los grupos de médicos tradicionales, líderes comunitarios, voluntarios y equipos institucionales, los cuales determinan o influyen la respuesta al autocuidado de la salud de la población, la responsabilidad individual en este campo y con ello la prevención de enfermedades.

Asimismo, con esta investigación queda comprobado que el concepto de prevención en las comunidades indígenas está presente por raíces, historia, usos, costumbres y tradiciones, incluso por orígenes prehispánicos y que conforman una serie de factores independientes a las instituciones de salud. Dicho de otra forma, en las sociedades indígenas la prevención a padecimientos y enfermedades siempre ha existido, en un primer acercamiento, tal y como se comentó en el capítulo correspondiente, buscando el equilibrio y la estabilidad entre las fuerzas de frío y calor, así como el equilibrio con las deidades y la naturaleza; ante esta búsqueda el principio de prevención es simple, la indicación es *hacer lo contrario a lo que originaría algunos padecimientos o enfermedades*, por ejemplo:

Diarrea y alteraciones digestivas	
Causa	Medidas de prevención
Tomar agua helada o alimentos fríos con el estómago en estado "caluroso", debido a que en este estado puede generarse "aire" en el estómago.	No tomar agua o alimentos fríos con el estómago caliente.
Alimentar al niño del pecho de la madre, a la que le ha dado el "aire" estando calurosa.	No darle pecho al niño cuando la madre está <i>calurosa</i> y sale al fresco. Esperar a que se enfríe antes de salir
Cuando se consume agua de fuentes frescas, estando "caluroso".	No tomar agua de fuentes "frescas" en estando caluroso
Comer alimentos calientes acompañados de líquidos muy fríos.	No revolver alimentos calientes con líquidos fríos.
Dolores de cabeza	
Causa	Medidas de prevención
Recibir el calor del sol cuando hay debilidad de la sangre	No salir al sol estando débil.
Cuando está asoleado y le cae una llovizna, se enfría sólo la cabeza	Cuidarse de no mojarse con la lluvia estando calientes
Cuando uno está "caluroso" y le pega el aire en la cabeza, sobretodo acabando de despertar.	Al despertar, iniciar a mover el cuerpo en la cama, antes de levantarse.
Cuando las mujeres acaban de dar a luz y salen en los primeros tres días sin refrescarse y les pega el viento. Esos días la mujer está caliente por el parto y débil por la pérdida de sangre.	Que las mujeres no salgan al fresco durante los primeros tres días después del parto.
El catarro y la reuma	
Causa	Medidas de prevención
Estar caluroso y bañarse con agua fría.	Esperar a enfriarse de manera natural, antes de bañarse, cuando se está caluroso.
Bañarse con agua caliente y salir al aire.	Después de bañarse con agua caliente, no salir. Esperar a enfriarse de manera natural.
Estar caliente después de recibir un masaje y enfriarse.	Después de un masaje arroparse bien y no salir al fresco.
Estar "caluroso" y exponerse a la humedad y al fresco.	No salir al fresco estando caluroso. Esperar un tiempo a que el cuerpo se enfríe.
Por venir caliente del trabajo y lavarse las manos.	Esperar a que las manos se refresquen solas cuando están calientes antes de lavarlas, después de tortear o trabajar.

Otros padecimientos identificados son los correspondientes a los Estados emocionales; por citar algunos, enfermedades como el "derrame de bilis", diabetes, ausencia de leche materna, "debilidad", "susto" o "mal de ojo", pueden ser producidas por estados emocionales alterados. Las impresiones emocionales fuertes y súbitas afectan la fuerza vital de la persona (tonalli u ool); algunas causas identificadas en la visita a las comunidades pueden ser: hacer corajes, preocupaciones, sustos e impresiones fuertes, pensar mucho o nervios y la forma de prevenir estas es evitar sucedan estos acontecimientos.

Asimismo, algunas otras formas de prevención entre los pueblos indígenas, son los rituales y danzas que representan peticiones a la naturaleza por la abundancia del agua, la abundancia

de las cosechas, de la tierra, el “bien llegar de las almas” al mundo de los muertos como el Xochitlalli en la Sierra Zongolica; muchos de estas acciones fusionadas con la religión, las oraciones y pedimentos a los dioses.

La investigación realizada a las costumbres tradiciones y pensamientos de las comunidades indígenas, pudo identificar a diferencia de otras investigaciones, la importancia que asignan las poblaciones indígenas a la prevención dentro de su concepto de salud y el desarrollo de sus prácticas y rituales relacionadas con esta, la cual está presente por el simbolismo que representa desde sus bases prehispánicas; así mismo se logra comprobar que no obstante al sentido milenario de prevención en las sociedades indígenas, estas sociedades no tienen sentido de prevención para confrontar enfermedades crónica degenerativas; el problema de sobrepeso obesidad y sus consecuencias, no se concientiza; la diabetes y la hipertensión es asociada con sustos o corajes, no con la mala alimentación o el sedentarismo que practican en algunos casos; es en estos padecimientos que solo las instituciones de salud pueden desarrollar ese sentido preventivo y motivar las acciones en salud que desarrollará la población.

Por lo anterior, la intervención de instituciones, autoridades y diversos actores sociales es fundamental para generar un sentido mayor de prevención, sin embargo la decisión final para realizar y entender la importancia de esta, depende exclusivamente de una decisión individual en la cual repercuten indiscutiblemente tradiciones, usos y costumbres, por lo que el papel y la intervención que puedan desarrollar en este espacio las instituciones y profesionales de la salud en esta materia, es fundamental para motivar y aceptar éstas prácticas y en la que la participación consiente sería el objetivo central.

En las sociedades indígenas por sus condiciones de pobreza y marginación y con ello sus excesivas necesidades, se puede lograr más fácilmente, a diferencia de las sociedades urbanas, un compromiso de participación social, dado los orígenes prehispánicos e historicidad de estas, en la cosmovisión indígena la regla es *“hay que dar para recibir y nunca hay que dejar de agradecer lo recibido”*, asimismo el principio de participación social es bien entendido y valorado al asegurar la participación de todos los miembros de la comunidad en las labores colectivas de la misma; tal y como lo estableció Austin (2012), esta cosmovisión,

determina una participación concebida como obligación y como requisito para que una persona pueda ser considerada miembro pleno de su comunidad, estos principios son los necesarios para alcanzar una participación consiente que permitirá resolver problemas y ofrecer recursos en y desde la misma comunidad.

Evidentemente los universos ubicados en un macrocosmos determinado por el indigenismo, la marginación, la pobreza y otras determinantes sociales, poseen en general características muy similares; no obstante, la respuesta de las poblaciones al autocuidado de la salud es diferente, debido a las relaciones sociales solidarias existentes en cada una de éstas localidades, tal y como se demostró en la investigación al observar las interrelaciones entre instituciones de salud, población, familias, autoridades, líderes comunitarios y médicos tradicionales; es demostrado también, que la producción social en materia de salud se vea influenciada por la debilidad o la ausencia de las relaciones solidarias o bien por la existencia de otros factores determinantes o microcosmos que influyen en éstas respuestas.

Por lo anterior y en específico en comunidades indígenas es prioritario generar antroponomía entre instituciones de salud y actores sociales a través de la educación en salud con técnicas viables y accesibles a estas comunidades; la conformación de grupos de apoyo, vigilancia y orientación, así como una red social, círculos de estudios y grupos de ayuda mutua por citar algunas estrategias, pueden generar un intervención favorable.

Por otro lado es importante resaltar y distinguir en esta investigación el trabajo que juegan los migrantes como una nueva área de oportunidad para lograr la prevención y la participación consiente de las sociedades indígenas. La figura de los migrantes no solo representa la entrada de remesas a la comunidad o la aparición de nuevos retos al traer consigo nuevas enfermedades, padecimientos, nuevas formas de pensar o problemas sociales; la figura del migrante representa una persona que conoció nuevos lugares y experiencias, que se enfrentó a situaciones desconocidas y fortaleció su visión para que al regresar a su comunidad pudiera motivar una participación y un cambio. Una constante en los líderes y voluntarios de salud de las comunidades visitadas es que todos habían salido en algún momento de su comunidad y han querido regresar para aportar cosas nuevas a la misma.

El “Ver con nuevos ojos”, es una frase que resume el resultado de la comprensión de diferentes aspectos de la realidad inherentes a la salud, obtenidos con el cambio de valores y actitudes derivado de la comprensión de lo intercultural, como una forma humanística del Artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El trabajar a través de una mirada intercultural la salud en pueblos indígenas debe ser el objetivo de las políticas de salud y del actuar de las instituciones ante todos los retos en materia de salud que se desarrollan en estos universos.

Esta nueva cosmovisión propiciará actitudes de respeto, comprensión y apertura de parte de cualquiera que los asuma y, en el caso de los profesionales de los servicios de salud, permitirá el desarrollo de habilidades y conocimientos que permitan una mayor comunicación e interacción con la población que atienden, considerando su cultura, lo que irá mejorando el impacto clínico y educativo que se realiza en las unidades de salud y que a su vez propiciará la comprensión y el enriquecimiento en la convivencia entre grupos culturales diferentes, bajo el principio de respeto a los derechos humanos de cada una de estas comunidades.

La interculturalidad como una forma de relación horizontal, incluyente y respetuosa entre personas y grupos humanos con características culturales y posiciones diversas, propone herramientas significativas para escuchar, aprovechar y establecer aportes sinérgicos entre diversos modelos que explican la salud, así como el reconocer una diversidad cultural y sus implicaciones en el marco conceptual y operativo de los sistemas de salud multiculturales. La interculturalidad en salud se debe convertir plenamente en elemento central de las definiciones en materia de políticas públicas en salud, entre otras muchas razones porque en las sociedades contemporáneas como la nuestra, es imperativo fortalecer los derechos humanos y los principios democráticos de no discriminación, tolerancia, respeto y solidaridad social.

En el plano operacional, la implementación de una política intercultural en salud, no sería resultado únicamente de un proceso racional de planeación con miras a la previsión de un futuro posible resolutorio de demandas sociales, sino de la apertura e inclusión a la participación social que consideraría también la importancia de generar los mecanismos para consolidarla, a través de la modificación de diferentes procesos en las estructurales formales de las instituciones y sus marcos normativos que sustenta su quehacer convencional.

De la antropomía a la generación de un capital social

Al ir identificando y conjuntando en esta investigación elementos tales como la formación de redes sociales comunitarias, la participación incluyente y el empoderamiento de los actores en la prevención y el autocuidado de su salud, generamos inevitablemente **capital social**. En el ámbito de la salud y en cualquier esfera, el capital social implica la participación social que es la responsabilidad y “conciencia” compartida para la búsqueda de satisfactores y la asignación de derechos.

En el caso de esta investigación el capital social se identifica en las comunidades del IP, a través de la generación de actores organizados, capaces de hacer, decidir y pedir a las instituciones y al Estado su derecho pleno de atención a la salud, de participar como actores consientes y responsables en el autocuidado de su salud.

Entender y desarrollar el concepto de responsabilidad en estas sociedades, implica al mismo tiempo la fijación de metas sociales, las cuales deben de ser lo suficientemente amplias como para incluir los aspectos sobre los cuales las personas ejercen un control. A medida que los individuos establezcan ese control, decisión y conciencia individual, es que se amplía la posibilidad de lograr el bienestar; pero al mismo tiempo va creciendo la responsabilidad de los individuos, hasta llegar a la situación óptima en que cada persona es responsable de transformar las oportunidades en resultados, de acuerdo a sus preferencias y valores.

En el análisis de Contreras del 2012, las compensaciones públicas que permiten mejorar el bienestar se justifican, siempre y cuando los individuos ya muestren un nivel promedio de responsabilidad y simultáneamente obtengan un nivel de logro aceptable; es entonces cuando el sentido de la responsabilidad determinará la conexión a la cooperación social voluntaria a través del ejercicio de una acción colectiva.

En esta investigación, es a través de la actuación y el empoderamiento de los líderes comunitarios derivado de su relación con el IP y su modelo de intervención, que se puede ejemplificar con mayor claridad la respuesta social como un proceso de aprendizaje y participación colectiva, en la cual se incluyeron formas diferentes de interacción, cooperación,

incluso de conflicto, pero que lograron generar el conocimiento e interés de los actores por la organización y la participación social,

En ésta investigación y con base a la construcción antroponómica, se puede observar en el análisis final de las interrelaciones de los diferentes actores de las comunidades visitadas, que todos los campos de acción están articulados y que los actores utilizan varias estrategias para la realización de las acciones, con las cuales llegan a transformar los modos de participación y organización además de las relaciones solidarias con otros actores debido a la influencia de diversos mesocosmos externos.

4.2 El Trabajo Social en el ámbito rural

4.2.1 Sugerencias de intervención desde el Trabajo Social para fortalecer la prevención y el autocuidado de la salud en poblaciones indígenas y rurales

Un punto que fue identificado en el desarrollo de la investigación y que amerita especial atención en las conclusiones de ésta tesis, fue la ausencia del trabajo de profesionistas de las ciencias sociales en las comunidades indígenas y rurales; en especial de la ausencia de la figura del trabajador social, incluso y a pesar de las grandes áreas de oportunidad que tiene este personaje en ese ámbito. Es común encontrar en las mismas opiniones de los Trabajadores Sociales, que el grueso de los profesionistas de este perfil decidan trabajar en zonas urbanas, a pesar y de que los mismos problemas sociales de esos espacios se encuentran también en lo rural; comúnmente el acercamiento a lo rural solo lo realizan al inicio de su carrera como materia o práctica de campo, o bien al final como servicio social.

Derivado de las visitas realizadas en esta investigación, puedo apuntar y mencionar a través de éste trabajo que, hablar del Trabajador Social (TS) en el ámbito Rural, es hablar de una gran oportunidad de intervención en materia de salud, debido a que su injerencia puede visualizarse en diferentes momentos de actuación.

El repensar la importancia de los diagnósticos situacionales, es una de las principales tareas por hacer, ya que a través de estos se conoce el problema y con ello se predetermina la intervención que piensa llevarse a cabo y cómo realizarla. El diagnóstico permitirá identificar al Trabajador Social, las relaciones del sujeto con su entorno, grupos, costumbres, interacciones,

etc. Es el reflejo del “todo” de un problema y ubica en el cómo, al TS.

Al pensar en el cómo, el TS buscará ubicar de qué manera modificar procesos sociales que determinan la acción del sujeto y aquellos elementos que generan su actuar en el entorno (es decir, su integración o desintegración, su exclusión o inclusión, su igualdad o desigualdad, su competencia o cooperación, la discriminación o la aceptación, su dependencia o autonomía, su dominación o sumisión, su concientización o indiferencia). Esta modificación en los procesos sociales, el TS puede realizarla de manera independiente o alineada a las instituciones, pero si fuese éste último el caso, siempre deberá hacerlo consciente de su responsabilidad profesional e individual como ejecutor en lo social; es más, el TS debe llegar mucho más allá de las prioridades de intervención establecidas por las instituciones, programas o políticas, que en muchas de las ocasiones sólo caen como mencionaba Javier Moro en problemas de “agenda”.

El Trabajador Social al penetrar en lo social a través del diagnóstico va a intervenir en los espacios, lo cual le permite identificar situaciones que generan los problemas y conocer a los actores sociales involucrados en estos problemas sociales, pero al mismo también, identificar los *puntos de ruptura* en los que puede intervenir, y en los que podrá concentrar la generación de habilidades sociales.

Retomando a Nellia Tello en su obra “El trabajo social como disciplina del conocimiento”, (2012) puntos de ruptura es encontrar las situaciones concretas en la vida cotidiana de los sujetos individuales o colectivos que lo hagan viable, con menor riesgo, con menor resistencia y más impacto para definir el ámbito en el que se pretende actuar.

Por lo anterior, trabajar sobre una transformación que implique cambio de conductas frente a un proceso determinado, es direccionar contenidos de intervención y afinar estrategias que garanticen el éxito de la misma.

Al trabajar con grupos de líderes comunitarios, voluntarios y equipos de salud, en zonas marginadas de extrema pobreza, se hace evidente que la más importante y significativa transformación que el TS podría desarrollar en comunidades indígenas, es la intervención

para la formación, organización y vinculación de actores con el fin de generar antropomía, la búsqueda de participación y el desarrollo de una responsabilidad social en materia de salud, constituyendo un modelo más racional que lleve a la organización social para la salud y que considere un nuevo proceso de aprendizaje y participación colectiva, de cooperación incluso de conflicto, que distinga actividades cognitivas de relación y organización, y en el cual se considere un margen de libertad de actuación de los individuos, las influencias sociales, históricas y culturales, así como los principios de interculturalidad y de derechos humanos. El trabajador social puede establecer un modelo de intervención que determine el contexto de la acción y por ende los recursos de los actores para regular presiones y manipulaciones de este entorno.

Un modelo establecido por especialistas en trabajo social en zonas indígenas y rurales dirigido a la prevención y al autocuidado de la salud motivará a que la participación y organización social de los actores orienten sus comportamientos a manera que puedan lograr un mínimo de cooperación sin perder la autonomía. En este modelo el trabajador social en lugar de tratar de localizar el vicio de la estructura o del funcionamiento, buscará hacer un diagnóstico del sistema que permita comprender dónde y por qué ocurren los problemas, y entender que los comportamientos y los mecanismos son de hecho racionales, influenciados por diferentes elementos del cosmos pero que al intervenirlos, los actores sociales ya una vez responsables y partícipes de sus acciones, deben de vigilar y exigir el adecuado funcionar del modelo incluso de las instituciones y del Estado mismo.

4.2.2 Propuesta de Intervención en comunidades indígenas y rurales.

Bajo este esquema y derivado de este hallazgo, pongo a consideración, con base en los modelos de intervención de N. Tello (2006) y M. Terán (2012), la siguiente intervención para comunidades indígenas y rurales la cual busca generar una nueva visión hacia la prevención y el autocuidado, a través de la organización y participación de las comunidades, lo cual permitirá asumir una nueva forma de intervención de las instituciones de salud en el control de enfermedades y complicaciones en zonas indígenas y rurales.

El trabajar sobre un modelo con estas características, implicó pensar en estrategias que

direccionen una serie de acciones que a su vez garanticen el éxito de esa intervención y que trasciendan con ello a ámbitos institucionales y de política en salud.

Diagnóstico: Comunidades indígenas con problemas de salud (Tuberculosis, rotavirus, diarreas, infecciones respiratorias); derivados de la falta de prevención y responsabilidad social e individual para el autocuidado. Insuficiente participación comunitaria. Indiferencia y renuencia social al autocuidado de la salud, prevención y participación comunitaria en beneficio de la salud. Servicios de salud insuficientes. Pobreza y marginación.

Problema: Falta de compromiso, renuencia y participación social en materia de prevención de enfermedades en comunidades indígenas. Propagación de enfermedades infecciosas.

Pregunta de Intervención: ¿Cómo motivar la organización y participación social en comunidades indígenas que cuentan con insuficientes servicios de salud para prevenir enfermedades?

Conceptualización: Considerar al “individuo” como parte primordial de los problemas (renuencia) o de las soluciones (a través de la responsabilidad en el autocuidado de la salud y con ello llegar a la prevención); contemplar el papel de las instituciones como motivantes de la participación y organización social y el papel de las autoridades, la cultura, la familia y otros aspectos del entorno social como factores que influyen en la participación social, en la motivación para realizar trabajo comunitario, trabajo en equipo y colaboración como claves para el cambio.

La conceptualización, es la fase de referencia que identifica y categoriza a los elementos y ubica a los actores sociales y todos los aspectos del entorno que pueden ser incluidos en la intervención.

La teoría social que sustenta la intervención es la Etnosociología de Bertaux, la cual establece la definición de las relaciones cotidianas “cara a cara”, basadas en los usos y costumbres y las relaciones cotidianas con los fenómenos extra locales, vinculados con las leyes y normas establecidas por las instituciones que forman parte del contexto social (familia, religión,

políticas, instituciones de salud, etc.). La etnosociología tiene como base el desarrollo de las relaciones y la conformación de las redes sociales, que logran interacciones entre los actores sociales y que a su vez establecen identidades y representaciones (comportamientos).

Al identificar a través de la conceptualización las capacidades individuales y colectivas de la comunidad y de los actores sociales se da paso a la fase de integración, la cual establece los consensos, la asociación y la creación de vínculos que permitirán generar fortalezas para llegar a una aceptación individual y social de las estrategias o elementos, lo que generará una cooperación y facilidad para realizar las acciones, en esta fase se contempla ya una responsabilidad social e individual en lo social y es factible lograr y llegar a la autonomía que es la fase que culmina y representa la intervención exitosa donde el sujeto y la colectividad alcanzan ese actuar independiente, consiente y responsable.

Integración: Abordar los problemas sociales trabajando en colaboración con las familias y los individuos que habitan las comunidades, líderes comunitarios, las redes sociales existentes en la comunidad y con profesionales de otras organizaciones e instituciones de salud que influyen en las comunidades con el fin de alcanzar soluciones sostenibles y el cambio social a largo plazo. Fortalecer el trabajo comunitario y voluntario a través de estrategias motivacionales y de desarrollo humano a fin de identificar fortalezas individuales y colectivas, fortalecer el trabajo con familias, lograr convocar líderes comunitarios, comités de participación y con ello promover la inclusión social.

Aceptación: Considerando que las estrategias de integración a nivel individual y comunitario generen respuesta en la población, apuntalar sobre familias e individuos flexibles y ofrecer temas y estrategias de participación en materia de prevención y acciones en beneficio del saneamiento básico o cualquier situación que genere problemas de salud o de mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Fortalecer estrategias para lograr el trabajo comunitario a través de los líderes comunitarios nativos, que direccionen las acciones y convencan a los demás individuos a participar y generar conciencia en materia de salud. Visualizar elementos y estrategias educativas y de formación que puedan influenciar en la conciencia social sobre la importancia de la prevención

de enfermedades, buscar la acción integral y las relaciones de diversos actores sociales para aceptar y entender la importancia de actividades preventivas y de formación. Identificar intereses comunes, realizar estrategias de empoderamiento, manejar de manera transversal el trabajo motivacional y de desarrollo humano, que fortalezca la aceptación y disminuya la renuencia.

Promover la comunicación educativa en materia de saneamiento básico y prevención de enfermedades de manera lúdica, interactiva y reflexiva.

Cooperación: Trabajo coordinado entre instituciones, líderes comunitarios, autoridades locales y grupos políticos en favor de la inclusión social. Fortalecer o impulsar una estructura de líderes comunitarios.

Formar grupos y brigadas de voluntarios que realicen acciones de saneamiento básico, promoción, educación, gestión de recursos con autoridades y participen en los diagnósticos comunitarios a fin de hacerlos partícipes de su situación de salud y responsables de las necesidades que requieren tanto a nivel individual como comunitario y solicitar su satisfacción en los espacios correspondientes.

Establecer redes sociales de apoyo para vigilancia comunitaria casa por casa y evaluadores de las acciones realizadas por ellos mismos. Estrechar lazos con autoridades locales para la gestión de recursos. Gestión de recursos para actividades preventivas y de formación,

Establecer estrategias compartidas entre instituciones y comunidad en materia de acciones educativas, vigilancia epidemiológica, distribución de recursos, concientización.

Autonomía: Trabajo individual y consiente de familias, acciones de prevención a la salud realizadas.

Trabajo comunitario independiente, coordinado por líderes comunitarios y respaldados por instituciones de salud presente en la comunidad y autoridades locales. Conformación de comités de participación conformados por grupos voluntarios, vigilancia permanente entre

familias, participación en labores comunitarias, conciencia de la prevención, aceptación y reflexión sobre temas básicos en materia de salud, visitas regulares al médico.

Para que un modelo pueda proceder debe de considerar un marco legal y administrativo que refuerce sus bases, direcciona y fundamente el desarrollo de las acciones, al mismo tiempo que una serie de metas que determinen la factibilidad y alcances del modelos (Terán, 2012).

Asimismo, es indispensable que la intervención se vea como un proceso y no como un objetivo. La integración de los elementos es lo que garantiza el éxito de las intervenciones.

La verdadera transformación en una comunidad indígena con problemas de salud prevenibles, renuente a participar colectivamente y a ser responsable del autocuidado de su salud, está en un primer momento en la importancia que el Estado otorgue a la generación de políticas de salud con un enfoque intercultural y preventivo donde la participación social sea una prioridad en las estrategias institucionales; en un segundo momento y de acuerdo a los resultados de mi investigación, un Estado y un Gobierno que reconozcan la importancia de la figura del TS en las comunidades indígenas y rurales del país, que fortalezcan su actuación con apoyo en capacitación y salarios dignos al nivel de la tarea que desempeñarán en esos ámbitos y que en muchas de las ocasiones es también el motivo por el cual existe una ausencia de este personajes en esos espacios; y un tercer momento y definitivo será la respuesta paulatina de la población por participar en acciones colectivas e individuales, al organizarse comunitariamente, y en hacer como lenguaje cotidiano, los temas de salud y las prácticas saludables que representen acciones preventivas; conforme se vayan consolidando estas acciones solamente, es que se podrá lograr la mejoría en el estado de salud y la accesibilidad a los servicios de las poblaciones indígenas del país.

Modelo de Organización y Participación Social para la Prevención y el Autocuidado de la Salud en Comunidades Indígenas y Rurales

MARCO LEGAL Y ADMINISTRATIVO

A. LEGISLACIÓN Y DERECHOS HUMANOS Plan Nacional de Desarrollo, eje 4 México Incluyente Acceso a los servicios de salud de manera universal Derecho a la Salud	B. POLÍTICA SOCIAL Estrategia de Atención Primaria Estrategia del Desarrollo del Milenio Funciones Esenciales de Salud Pública Ley de Planeación Ley General de Salud Ley de Asistencia Social	C. CULTURA Y BIÓTECA Respeto a la interculturalidad y diversidad cultural Respeto a tradiciones y costumbres Corresponsabilidad	D. NORMATIVIDAD ESPECÍFICA DE LA INSTITUCIÓN Reglas de Operación Manual de Procedimientos Programa de PFSPIR
--	---	---	--

1. INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA 2. FORMACIÓN DE LÍDERES 3. ATENCIÓN DE GRUPOS 4. GESTIÓN DE RECURSOS 5. EVALUACIÓN 6. DIFUSIÓN DE RESULTADOS	ACTIVIDAD 1.1 Dx. Situacional y de Salud	ACTIVIDAD 1.2 Estudio Etnográfico	ACTIVIDAD 1.3 Análisis de Resultados	OBJETIVO GENERAL Desarrollar un modelo de organización y participación social en comunidades rurales e indígenas, enfocado a la prevención y promoción del autocuidado de la salud para controlar o disminuir padecimientos en zonas de difícil acceso a servicios de salud OBJETIVOS ESPECÍFICOS Concientizar y empoderar a las personas para disminuir o evitar daños y complicaciones de salud a través de la prevención y la participación social en el autocuidado Incorporar en los servicios que ofrecen las instituciones de salud un modelo preventivo basado en la participación y organización social como una opción a los problemas de salud y a la ausencia de servicios. Motivar a la participación comunitaria y la organización social en las comunidades indígenas y rurales Mejorar condiciones de salud de la población rural e indígena y disminuir enfermedades controlables	1ERA. META Un diagnóstico situacional
	ACTIVIDAD 2.1 Identifica líderes	ACTIVIDAD 2.2 Forma Promotores Voluntarios en Salud	ACTIVIDAD 2.3 Establece una red social de PVS y Equipo Médico		2DA. META Un grupo de mínimo 15 voluntarios empoderados
	ACTIVIDAD 3.1 Planeación y Organización de cursos, talleres y estrategias	ACTIVIDAD 3.2 Capacita a familias de manera integral en temas de educación para la salud	ACTIVIDAD 3.3 Realiza acciones preventivas con familias domiciliario y comunidad		3ERA. META 25% de familias realizan acciones preventivas
	ACTIVIDAD 4.1 Identifica redes sociales de apoyo	ACTIVIDAD 4.2 Gestiona recursos materiales y financieros	ACTIVIDAD 4.3 Realiza intervenciones integrales		4TA META Una red social de participación en prevención de la salud
	ACTIVIDAD 5.1 Establecer Indicadores	ACTIVIDAD 5.2 Dar seguimiento a indicadores	ACTIVIDAD 5.1 Evalúa		5TA META 100% de indicadores cumplidos
	ACTIVIDAD 6.1 Presentación de resultados	ACTIVIDAD 6.2 Seguimiento a difusión de resultados			6TA META Una publicación

E. TEORÍAS SOCIALES Teoría General de Sistemas	F. TEORÍA Y METODOLOGÍA DE CIENCIAS SOCIALES Etnociencia Relaciones socioestructurales Antropología de Daniel Bertaux.	G. TÉCNICAS ESPECÍFICAS Narrativa Entrevistas Semiestructuradas Observación Talleres y cursos Historias de Vida Grupos Ayuda Mutua
--	---	--

MARCO TEÓRICO Y OPERATIVO

ANEXOS

(INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS)

ANEXO I

GUÍAS DE OBSERVACIÓN

Investigación “Respuesta de las poblaciones indígenas frente al autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades.”

Guía de Observación 1. “Generalidades de la Comunidad”

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio:	
Hora de Terminación:	
Episodio: Generalidades de la Comunidad	
Tipo de comunidad:	
Colindancias:	
Clima:	
Ubicación y acceso geográfico:	
Historia:	
Actividad Económica preponderante:	
Servicios:	
Religiones:	
Festividades y costumbres:	
Líderes comunitarios:	
Política:	
Autoridades:	
Cotidianeidad:	
Actividades relevantes:	
Participación por grupos de edad:	
Antecedentes de salud:	
Observaciones:	

Guía de Observación 2. “Pláticas con Familias en su Vivienda”

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio:	
Hora de Terminación:	
Episodio: Pláticas con familias dentro de su vivienda	
Tipo de vivienda:	
Recibimiento:	
Conducta y reacciones de los habitantes:	
Formas de vida:	
Fluidez en las respuestas y confianza para platicar:	
Elementos en la vivienda que simbolicen o representen situaciones importantes para la familia:	
Salubridad:	
Espacios:	
Reacciones diversas a presencia del entrevistador y preguntas o comentarios:	
Trascendencia de la entrevista:	
Observaciones:	

Guía de Observación 3. "Plática con autoridades o líderes comunitarios"

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio:	
Hora de Terminación:	
Episodio: Pláticas con autoridades o líderes comunitarios	
Recibimiento:	
Posturas y formas de expresión:	
Claridad y seguridad:	
Señales de autoridad:	
Interés:	
Representatividad de su cargo:	
Trascendencia de la entrevista:	
Observaciones:	

Guía de Observación 4. "Participación de la Población en la UMR"

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio:	
Hora de Terminación:	
Episodio: Participación de la población en la UMR	
Llegada:	
Recibimiento:	
Indicaciones del personal de salud:	
Tiempo de Espera:	
Argumentos, palabras y técnicas de comunicación del personal de salud con la población:	
Respuesta de la población:	
Indicaciones:	
Reacciones de la población en lo que esperan las consultas:	
Trato del médico:	
Quejas de la población:	
Observaciones:	

Guía de Observación 5. "Participación en festividades"

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio:	
Hora de Terminación:	
Episodio: Participación en Festividades	
Tipo de festividad:	
Llegada:	
Recibimiento:	
Espacio de la festividad:	
Trascendencia del evento:	
Participación de la comunidad:	
Aspectos relevantes:	
Tradiciones y costumbres:	
Respuesta de la población:	
Observaciones:	

Guía de Observación 6. "Percepciones del Investigador en la comunidad"

Fecha:	
Lugar:	
Observador:	
Hora Inicio y Fin:	
Sensaciones y emociones:	
Percepción a la llegada y a la salida de la comunidad:	
Actores con los que mejor trabajó:	
Áreas de oportunidad:	
Observaciones:	

ANEXO 2

ELEMENTOS CULTURALES DE ESTUDIO INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

<ul style="list-style-type: none">• Lenguaje	<ul style="list-style-type: none">• Ritos y Mitos
<ul style="list-style-type: none">• Estructuras Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Reglas y Normas Sociales
<ul style="list-style-type: none">• Estructuras Políticas	<ul style="list-style-type: none">• Símbolos
<ul style="list-style-type: none">• Estructuras Económicas	<ul style="list-style-type: none">• Vida Cotidiana
<ul style="list-style-type: none">• Estructuras Educativas	<ul style="list-style-type: none">• Procesos Productivos
<ul style="list-style-type: none">• Estructuras Religiosas	<ul style="list-style-type: none">• Subsistemas de salud
<ul style="list-style-type: none">• Valores y Creencias	<ul style="list-style-type: none">• Centros de poder y distribución de poder
<ul style="list-style-type: none">• Definiciones culturales: matrimonio, familia, castigo, recompensa, trabajo, ocio, diversión, entretenimiento, participación, salud, enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">• Sitios de congregación
<ul style="list-style-type: none">• Movilidad Social	<ul style="list-style-type: none">• Marginación
<ul style="list-style-type: none">• Interacciones Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Problemas y conflictos
<ul style="list-style-type: none">• Patrones y estilos de comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Injusticias

ANEXO 3

INSTRUMENTOS

INVESTIGACIÓN: Respuesta de las poblaciones indígenas frente al autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades. Importancia de las relaciones solidarias entre Estado, institución y comunidad desde la Antroponomía de Daniel Bertaux.

GENERALIDADES

Tamaño de la muestra:

Para población en general será determinada por saturación a 5 habitantes de cada una de las comunidades utilizando la narrativa como método, así como 5 entrevistas semiestructuradas en cada una de las comunidades dirigidas a: 1 voluntario en salud, 1 autoridad local, 1 médico tradicional, 1 persona del equipo de salud y 1 responsable institucional a nivel delegacional o normativo de la Programa.

Criterio de Inclusión

- Población habitante de las comunidades Mazahuas/Otomí de San Sebastián el Grande y Pueblo Nuevo en el Estado de México y la comunidad Nahua de San Juan Texhuacan en el Estado de Veracruz
- Derechohabiente y no derechohabientes
- Hombres y mujeres de 18 años y más
- Sanos o enfermos
- Con o sin discapacidad (excepción discapacidad mental y sordomudos)
- Voluntarios en salud
- Analfabetas y no analfabetas
- Hablantes de lengua

Criterios de Exclusión

- Adolescentes y niños menores de 18 años
- Personas con discapacidad mental y sordomudos
- Población urbana
- Jornaleros y migrantes
- Individuos con problemas de adicciones o antecedentes de violencia



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y DE SALUD DE LA LOCALIDAD

1. Nombre de la Localidad y ubicación (número y colindancias)
2. Número de Habitantes (número total)
3. Grupos de Edad (números totales por edad)
4. Grupos Indígenas (nombres)
5. Religiones (número y nombres)
6. Grupos Políticos (cuáles)
7. Discapacidad (número total de población con discapacidad)
8. Actividad Económica Predominante (cuál)
9. Principales padecimientos de salud (enlistar por prevalencia)
10. Muertes maternas y perinatales (número, años de acontecimiento y causas)
11. Problemas de saneamiento básico (en vivienda y comunidad)
12. Adicciones (cuántos estimados y cuáles)
13. Grupos Voluntarios (cuántos y total de población participante)
14. Líderes comunitarios (número total y nombres de cargos)
15. Médicos Tradicionales (en operación)
16. Costumbres y Tradiciones (cuáles)
17. Consultas diarias en Unidad Médica Rural (número, padecimientos recurrentes, tiempo de atención)
18. Pláticas de salud, círculos de lectura y actividades preventivas realizadas por el equipo de salud (número, frecuencia y forma de realizarlas)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

UNIDAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



A través de la narrativa, del diálogo, de la observación participante y la visita domiciliaria, se concentrará la información de 5 personas habitantes de cada una de las comunidades propuestas y que cumplan con los criterios establecidos para ésta investigación. La guía de narración que aquí se presenta es de uso, si y solo si, el entrevistador lo requiere a fin de reorientar el tema en caso de ser necesario, en ésta técnica la dirección de la plática la da única y exclusivamente el participante de la misma.

Al igual que los demás instrumentos, éste documento es para fines académicos y toda información concentrada será utilizada de manera anónima y con absoluta confidencialidad de información.

Guion de Entrevistas: Familias

Técnica: Narrativa

- Nombre
- ¿Cómo ha estado?, ¿a qué se dedica?
- ¿Quién conforma su familia?
- ¿Cómo se encuentra de salud?, ¿y su familia?
- ¿Siempre ha habitado este pueblo?
- ¿Cómo son sus vecinos?
- ¿Se organiza y se ayuda con ellos? ¿cómo para qué?
- ¿Cuáles son las principales costumbres y tradiciones en su comunidad?
- ¿Va seguido a la Unidad Médica del Seguro? Si/No, ¿Por qué?
- ¿Cómo lo tratan en la unidad?
- ¿Participa en algunas actividades dentro de la UMR? Si (), No () ¿cuáles?
- ¿Le dan pláticas de salud?
- ¿Le gustan? Si (), No () ¿Les entiende? Si (), No () ¿De cuál se acuerda?
- ¿Qué es lo que más le gusta cuando va a la UMR?
- ¿Qué hacían sus abuelos para no enfermarse?
- ¿Sabe cómo puede evitar el cólera?
- ¿Tiene letrina?
- ¿Asea su casa?
- ¿Toma agua clorada?
- ¿Sabe lo que es la diabetes?
- ¿Cómo le hace para no enfermarse?
- ¿Qué es estar sano?
- ¿Hay algo que no lo deja cuidar su salud?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



El presente instrumento únicamente tiene validez para fines correspondientes a ésta investigación. Las respuestas obtenidas serán reflejadas tal y como sean recepcionadas durante la entrevista, los datos aquí recopilados serán utilizados con absoluta confidencialidad.

Guion de Entrevista: Equipo de Salud

Por favor conteste de manera sencilla y sin premura las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo es un día típico en la UMR?
2. ¿Te gusta el trabajo que haces en la UMR?
3. ¿Los habitantes de la comunidad son participativos?
4. ¿La gente viene a la UMR?
5. ¿Por qué crees que viene o no viene la gente?
6. ¿Qué es más importante atender o prevenir? ¿por qué?
7. ¿Se hacen acciones preventivas en la comunidad? Sí () ¿cuáles? No () ¿por qué?
8. ¿Cuáles son las limitantes para hacer acciones preventivas?
9. ¿Cómo previenen las enfermedades las familias?
10. ¿La población puede hacer prevención sin el apoyo de la UMR?
11. ¿Qué tienen que hacer las instituciones para fortalecer la prevención?
12. ¿Qué técnicas educativas utilizan con la población indígena?
13. ¿Hay grupos voluntarios que apoyan las acciones con la comunidad? Si () No () ¿Cómo participan con el equipo de salud?
14. ¿Trabajan con médicos tradicionales? Si () No () ¿cómo es el trabajo con ellos?
15. ¿Qué nos falta por hacer para trabajar con la población indígena?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



El presente instrumento únicamente tiene validez para fines correspondientes a ésta investigación. Las respuestas obtenidas serán reflejadas tal y como sean recepcionadas durante la entrevista, los datos aquí recopilados serán utilizados con absoluta confidencialidad.

Guion de Entrevista: Autoridad Local

Por favor conteste de manera sencilla y sin premura las siguientes preguntas:

1. ¿Qué significa tener una UMR en su comunidad?
2. ¿La gente va a la UMR?
3. ¿De qué se enferma la gente en la comunidad?
4. ¿Sabe porque se enferman?
5. ¿Qué es prevenir?
6. ¿La gente debe prevenir enfermedades? Si () No () ¿Por qué?
7. ¿Cómo previenen enfermedades en tu comunidad, independiente al trabajo del equipo de salud?
8. ¿Es importante asistir al médico? Si () No () ¿por qué?
9. ¿Cada cuándo va al médico?
10. Como autoridad ¿cómo participa con la UMR?
11. ¿Qué le hace falta a la UMR?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



El presente instrumento únicamente tiene validez para fines correspondientes a ésta investigación. Las respuestas obtenidas serán reflejadas tal y como sean recepcionadas durante la entrevista, los datos aquí recopilados serán utilizados con absoluta confidencialidad.

Guion de Entrevista: Voluntarios Rurales de Salud

Por favor conteste de manera sencilla y sin premura las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto tiempo llevas como voluntario de salud?
2. ¿Por qué decidiste participar como voluntario?
3. ¿Te gusta ser voluntario?
4. ¿Qué significa para ti promover la salud?
5. ¿Qué es lo más difícil para trabajar con las familias?
6. ¿La población participa contigo? Si () No () ¿por qué?
7. ¿Cómo le haces para que la gente participe?
8. ¿Qué actividades realizas con la población?
9. ¿Cómo trabajas con el equipo de salud?
10. ¿Qué problemas has tenido con el equipo de salud?
11. ¿Crees que la gente participaría igual si no contara con la UMR?
12. ¿Tú cada cuándo vas al médico?
13. ¿Cuál es la experiencia más importante que has tenido como voluntario de salud?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



El presente instrumento únicamente tiene validez para fines correspondientes a ésta investigación. Las respuestas obtenidas serán reflejadas tal y como sean recepcionadas durante la entrevista, los datos aquí recopilados serán utilizados con absoluta confidencialidad.

Guion de Entrevista: Médicos Tradicionales

Por favor conteste de manera sencilla y sin premura las siguientes preguntas:

1. ¿Desde cuándo eres médico tradicional?
2. ¿Cómo te formaste como médico tradicional?
3. ¿Sigues atendiendo gente? Si () No () ¿cada cuándo?
4. ¿Participas con la UMR? Si () No () ¿cómo?
5. ¿Recibes capacitación por parte de la UMR?, si () no () ¿qué tipo de capacitación?, ¿es suficiente?
6. ¿La gente acude más contigo o con la unidad?
7. ¿Para qué sirve prevenir?
8. ¿Qué consejos le das a las personas para prevenir?
9. ¿La gente hace lo que les recomiendas?
10. ¿Cada cuando vas con el médico para que te revise?
11. ¿Qué le pedirías al equipo de salud para poder mejorar el trabajo contigo?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



El presente instrumento únicamente tiene validez para fines correspondientes a ésta investigación. Las respuestas obtenidas serán reflejadas tal y como sean recepcionadas durante la entrevista, los datos aquí recopilados serán utilizados con absoluta confidencialidad.

Guion de Entrevista: Personal Institucional IMSS (tomadores de decisiones)

Por favor conteste de manera sencilla y sin premura las siguientes preguntas:

1. ¿Desde cuándo trabajas en el Programa IMSS Prospera?
2. ¿Cuál ha sido tu experiencia en el Programa?
3. En tu ámbito de trabajo ¿cómo consideras la relación entre el Programa y la comunidad?
4. ¿A qué se debe la aceptación o el rechazo de la gente hacia el Programa?
5. ¿Qué es más importante atender o prevenir?
6. ¿Cuáles son las principales limitantes para hacer prevención y promoción de la salud?
7. ¿Qué influye en la población indígena para cuidar su salud?
8. ¿Qué le falta a éstos Programas para tener mejores resultados con la población indígena?
9. ¿Qué compartirías del Programa a otros Programas de salud?
10. ¿Cada cuando acudes al médico a una revisión de tu estado de salud?

SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

ELEMENTOS CULTURALES DE ESTUDIO INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

VARIABLE	PUEBLO NUEVO (OTOMI)	SAN SEBASTIÁN EL GRANDE (MAZAHUA)	SAN JUAN TEXHUACAN (NAHUATL)
• Lengua	Otomí	Mazahua	Nahuatl
• Estructuras Sociales	Patriarcado, Iglesia, Autoridades Locales, Comisariados Ejidales Nacen más hombres que mujeres y permanecen más mujeres que hombres	Jefes Supremo Mazahuas, Iglesia, Autoridades Locales Más mujeres	Presidente municipal, regidor y síndico. Diputados. Agente municipal por localidad, nombrado en cada cambio de autoridad de 3 a 4 años. Mayordomos y menores. Hay un centro y 12 localidades incorporadas.
• Estructuras Políticas	Delegados elegidos por asambleas, con duración de tres años. Priismo	Delegados, Jefe Supremos Mazahua	Presidente municipal y grupos organizados
• Estructuras Económicas	Agricultura (maíz, haba, chícharo), Albañilería	Ganadería especies menores, carpinteros, albañilería, huertos familiares, artesanos (costura telar)	Agricultura y cosecha de maíz, cría de especies menores, la mitad de la ganancia es para festividades
• Estructuras Educativas	Jardín de Niños, Primaria, Secundaria Técnica	Primaria, Secundaria Técnica	Primaria, Secundaria
• Estructuras Religiosas	Católicos	Católicos, Rituales	Católicos y fusión con rituales que celebran el Xochitlali.
• Valores y Creencias	Machismo, Patriarcado, Familia. La mujer debe cuidar y educar bien a sus hijas. La última decisión es de los hombres para todos los aspectos. Prioridades a varones hijos. Resistencia a temas de salud sexual y reproductiva. Su atuendo es vestido o pantalón para las mujeres solo se caracteriza con un mandil encima y los hombres con sombrero Consumo de pulque	Machismo, Patriarcado, Familia. La última decisión es de los hombres para todos los aspectos. Prioridades a varones hijos. Resistencia a temas de salud sexual y reproductiva. La mujer debe cuidar y educar bien a sus hijas. Las mujeres aceptan que la muerte de un hijo es normal y si ellas mueren en el parto trascienden con dios. El atuendo de mujeres es doble faldón, de colores muy vistosos con imágenes de animales y flores, holanes, huaraches. Un vestido de gala cuesta de 8 a 10 mil pesos se estrena uno por año en fiesta patronal Consumo de pulque	Religión base de organización y participación. Familia eje rector. Matrimonio lo que debe ser. Xochitlatli, equilibrio del tonalli
• Definiciones culturales: matrimonio, familia, castigo, recompensa, trabajo, ocio, diversión, entretenimiento, participación, salud, enfermedad.	Matrimonio= Máxima aspiración Familia = Lo más importante Castigo= hacer enojar a dios Recompensa= dinero, cosas materiales Trabajo=solo reconocido a los hombres y mal remunerados Ocio= futbol, televisión Festividades= fiestas patronales, baile Salud= no me duele nada, solo asistencial Participación= condicionada	Matrimonio= Máxima aspiración Familia = Lo más importante Castigo= hacer enojar a dios y a la naturaleza Recompensa= dinero, cosas materiales, estar bien de salud Trabajo=obligación, equilibrio con dios Ocio= televisión Festividades=fiestas patronales, baile Salud= no me duele nada, solo asistencial Participación= condicionada y faenas	Castigo divino, por malos actos en otro espacio. Recompensa agradecimiento y consideración. Alta participación social en cualquier festividad y apoyo familiar. Padrinazgos, se comparten alimentos, incluso herramientas y se apoyan con los jóvenes y niños. Se respeta mucho a los padrinos (difunto, boda, nacimiento), al acceder a ser padrino se agradece con alimentos en especie, velas o café. Su

● Movilidad Social	Alta, Viajan a DF, Norte, Valle de Bravo; albañilería, viajan por temporadas. Los migrantes han sido los que se caracterizan como líderes.	Media; Morelia, valle de bravo y DF, venta de productos artesanales y de madera, es más permanente su estancia. Los migrantes han sido los que se caracterizan como líderes.	Es una comunidad altamente expulsora de migrantes, la paz baja california y estados unidos, desde adolescentes y familias completas. La migración ha sido buena porque conocen enfermedades que consideraban que no existían.
● Interacciones Sociales	Débil, poca participación de autoridades y dependencias municipales y estatales, duplicidad de servicios. Dependencias No articulados. Beneficiarios de Oportunidades	Débil, poca participación de autoridades y dependencias municipales y estatales, duplicidad de servicios. Dependencias No articulados. Beneficiarios de Oportunidades	Beneficiarios de Oportunidades, DIF; relaciones muy buenas con municipio y autoridades. Es una comunidad altamente participativa incluso de los varones de la comunidad.
● Patrones y estilos de comunicación	Asambleas 1 vez al mes Perifoneo, por 15 pesos se pasa un aviso por 20 minutos. Avisos de entregas de apoyo, venta de animales, reuniones. Mensajes en la Iglesia y por voluntarios	Asambleas. Mensajes en la Iglesia y entre vecinos	Asistentes y promotoras de salud, mensajes en bardas y carteles, se utiliza perifoneo para trasmisión de mensajes y música todo el día, asambleas y mensajes entre vecinos.
● Ritos y Mitos	Mal de ojo, empacho, uso de herbolaría. Rituales religiosos.	Baile de las Pastoras (inocencia y virginidad femenina) Mal de ojo, empacho, uso de herbolaría Jefe supremo rituales para transición de las 4 estaciones del año. Uso especial de flores, agua, fuego y tierra	Mal de ojo, susto, rituales a naturaleza y a dios. Xochitlali despedidas de difuntos, y el ritual de la flor, para el clima y la prosperidad en las cosechas. Brujas y la historia de un hombre de negro que trae desgracias.
● Reglas y Normas Sociales	No robar, respeto a autoridades, juicios comunitarios	No robar, respeto a autoridades, juicios comunitarios	No casarse y vivir fuera de matrimonio, reglas familiares y prohibiciones relacionadas a la infidelidad.
● Símbolos	Padre de Familia	Jefe Supremo Mazahua, Naturaleza, Padre de Familia	Altares, Flores y Agua. Un altar representa la parte más importante de la casa, equivale el espacio para cumplir un sacramento. Uso de somerío y fuego, que significa la paz entre ellos, fusionan rezos con incienso y piden a los dioses dela naturales y a San Juan Bautista
● Vida Cotidiana	No hay diferencia entre sábado y domingo, se trabaja todos los días, a excepción del domingo que hay plaza	No hay diferencia entre sábado y domingo, se trabaja todos los días, a excepción del domingo que hay plaza.	Comunidad campesina, con estructuras voluntarias activas, deporte diario, faenas, arreglando el camino.
● Procesos Productivos	No hay	Artesanales, grupo de mujeres	Se tienen proyectos de borregos, hongo seta y ambientales; se organizan y responsabilizan entre socios, existe buena organización entre socios, dependencias,UMR y autoridades locales.
● Subsistemas de salud	Partera, salud del estado, salud federal, médicos privados en ciudades cercanas y Dr. Simi	Médicos tradicionales, salud del estado, salud federal, médicos privados en ciudades cercanas	Ninguno solo IMSS Oportunidades (UMR)

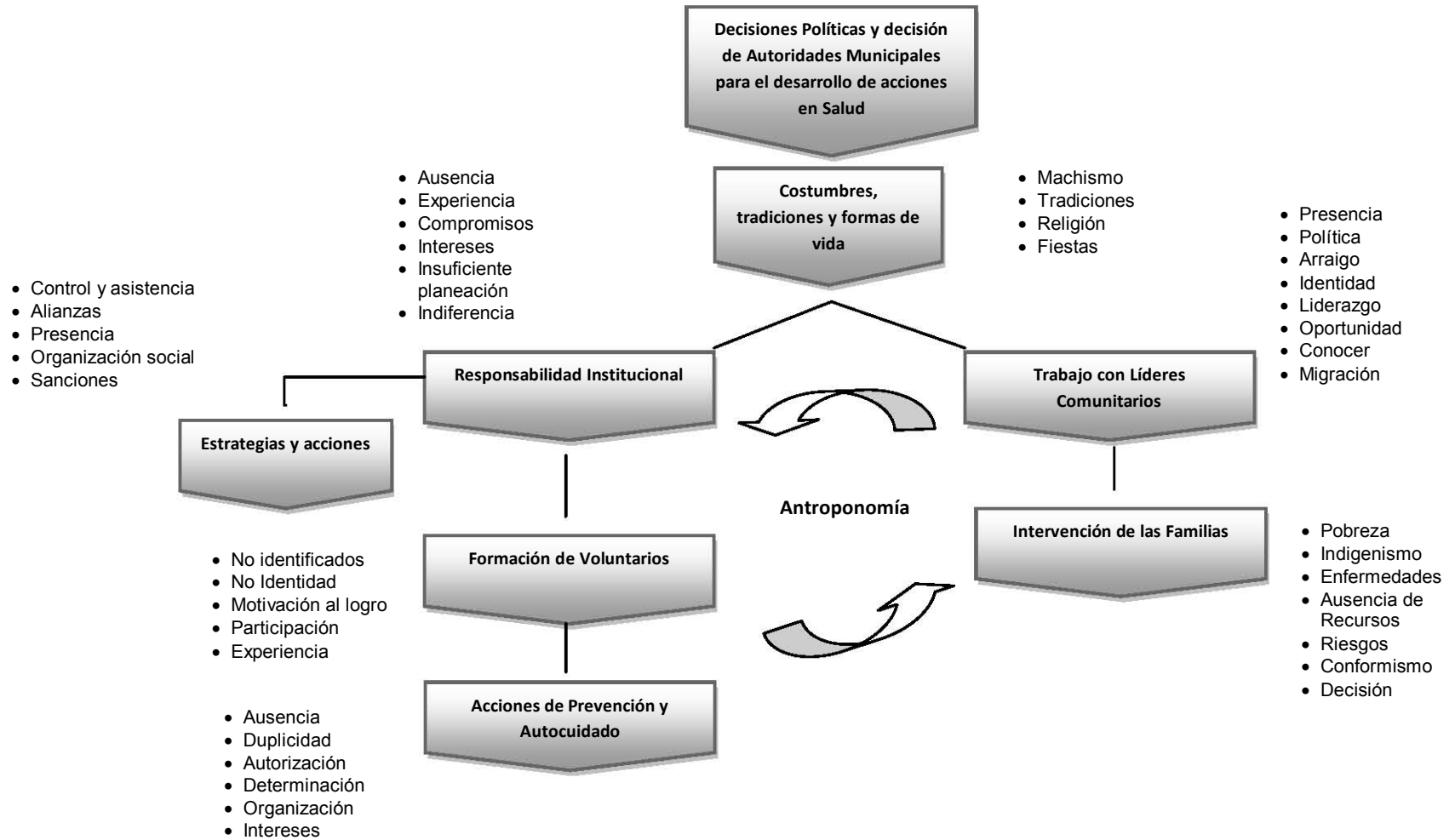
● Centros de poder y distribución de poder	Partidos Políticos, Autoridades Locales y municipales, UMR	Autoridades Locales, municipales y Líderes	Familia, Diputados (autoridades locales), Adultos mayores, Médicos tradicionales, parteras rurales.
● Sitios de congregación	UMR, casa de Delegado, municipio	Iglesia, casas de líderes y autoridades locales	Iglesia, centro y la cancha.
● Marginación	Media. Tienen servicios, tiendas, transporte público, telefonía rural,	Alta, casas con piso de tierra, sin letrinas, sin servicios de salud, poco transporte, hasta 8 hijos en promedio	Media a Alta, se cuenta con tv, sky, 4 taxis, letrinas y son pocas las casas con piso de tierra, el dinero de migrantes equilibra
● Problemas y conflictos	Alcoholismo en jóvenes, hombres y mujeres, machismo, violencia intrafamiliar, discriminación, desconocimiento derechos humanos. Problemas entre partidos políticos. La gente se resiste a consumir agua clorada o hervida	Alcoholismo en jóvenes, machismo, violencia intrafamiliar, discriminación, desconocimiento derechos humanos La gente se resiste a consumir agua clorada o hervida	Embarazo adolescente y alcoholismo
● Injusticias	Machismo y abuso contra la mujer Discapacidad por accidentes de trabajo y Adultos Mayores	Machismo y abuso contra la mujer	Abandono de adultos mayores

CATEGORIZACIONES

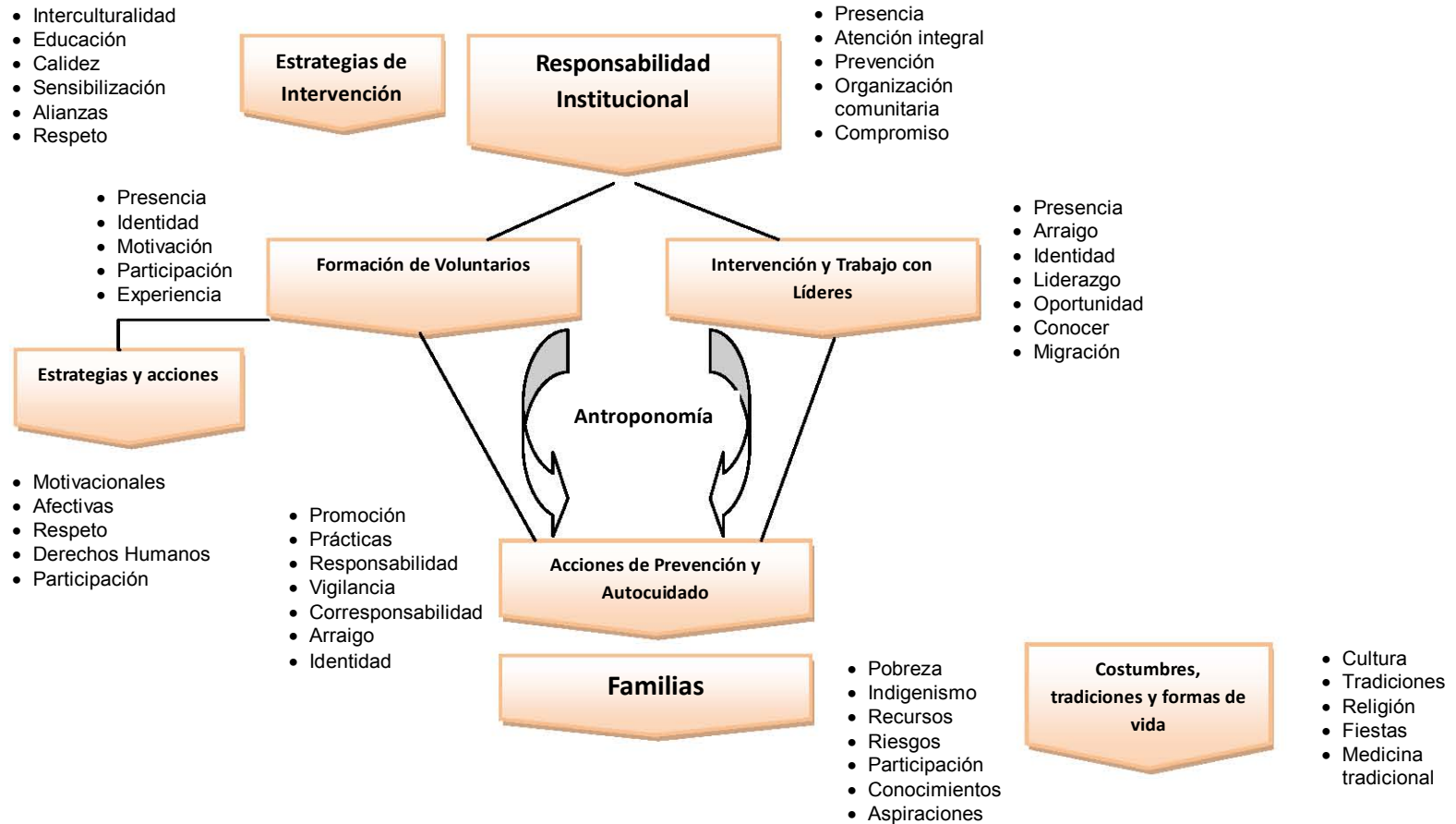
ACTORES	PUEBLO NUEVO, SAN SEBASTIÁN EL GRANDE	SAN JUAN TEXHUACÁN
Familias	Hijos, apoyo de Prospera, pago, faltas, ayuda, enfermedades, quehaceres, esposo, hijos, papás, hermanos, hacer tortilla, actividades del campo, fiesta del pueblo, agua clorada, venta, clínica, Prospera, para no enfermarme, estudio, enfermera, regaños, no fui a la escuela, tés, hierbas.	Familia, hijos, casas, iglesia, tradición, comunidad, juego, riesgo, flores, esposos, salud, comer bien, quehaceres, faenas, unión, abuelos, empacho, susto, mollera, bailes, costumbre, autoridad, pláticas, voluntarios.
Voluntarios	Mi comunidad, aprender, conocer, salir adelante, participar, mi familia, cuidar a mis hijos, clínica, formatos, doctora, capacitación, cosas nuevas, desconfianza, indiferencia, educación.	Conocer, aprender, amor a la comunidad, decisión, reto, necesidades de salud, organización, salud, enfermedad, apoyos, familias, pláticas, viviendas, riesgos, prevención, organización, formatos.
Médicos Tradicionales	Experiencia, capacitación, decisión, partos, aliviarse, bebe, nacer, urgencia, confianza, perilla, cordón, placenta, limpieza, tés, hierbas, tradición, no hay médico, aprender, participación, confianza, preclamsia, compartir experiencias, indiferencia de los hombres.	Partos, niños, miedo, vigilancia, médicos, registros, atención, raíces, actualización, botiquín, raíces, vida. Vinculación, medicina tradicional, respeto, vigilancia, mal, tradición, mollera, empacho, susto, historia, baile, flores, familias, rezos, costumbres.
Líderes	Necesidad, servicios, atención, medicamentos, doctores, acuerdos, autoridades, participación, trato digno, derechos, comunidad.	Igualdad, pobreza, gobierno, desventajas, salir de la comunidad, organización, autoridades, oportunidad, religión, derechos humanos, prevención.
Participación Institucional	Orgullo, experiencia, retos, participación, superación, prevención, población, calidad, calidez, respeto, promoción con el ejemplo, vinculación, apego, identidad, pasión, equidad, respuesta, apoyo, autoridades, indígenas, ausencia de profesionistas y apoyos en las comunidades.	Atención, prevención, compromiso, gente, pláticas, mediciones, seguimiento, registros, arraigo, historia, compromiso, capacidad.

Amanalco, Estado de México

Análisis de las correlaciones socioestructurales. Pueblo Nuevo y San Sebastián el Grande



Análisis de las correlaciones socioestructurales San Juan Texhuacan



Material en Audio y Transcrito

Amanalco Estado de México

- Autoridades
Joel Líder Pueblo Nuevo
- Equipo de Salud
UMR Pueblo Nuevo
- Familias
Elena Otomí
Emiliana Mazahua
Maria Simona Mazahua
Sonia Mazahua
Tania Mazahua
- Parteras Médicos Tradicionales
Partera Otomí
- Personal Institucional
Promotor Amanalco
- Voluntarios de Salud
Voluntarios Pueblo Nuevo

Zongolica Veracruz

- Autoridades
Gil Líder Nahua
- Equipo de Salud
UMR San Juan Texhuacán
- Familias *Náhuatl*
Andrea
Catarina
Ernestina
Ramona
Rosa
- Parteras Médicos Tradicionales
Partera
Médico Tradicional
- Personal Institucional
Promotor Zongolica
- Voluntarios de Salud
Voluntarios San Juan Texhuacán

Estudios Etnográficos

- Diagnósticos de Salud por comunidad
- Guías de Observación por comunidad
GO1 "Generalidades de la Comunidad"
GO2 "Pláticas con Familias en su Vivienda"
GO3 "Plática con autoridades o líderes comunitarios"
GO4 "Participación de la Población en la UMR"
GO5 "Participación en festividades"
GO6 "Percepciones del Investigador en la comunidad"

FUENTES CONSULTADAS

Bibliografía

- Aguilar, C. (2013). Las enfermedades crónicas no transmisibles: El principal problema de salud en México. Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. México: INNSZ.
- Almaguer, A. (2012). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud.
- Arfuch, L. (2007). El espacio biográfico. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Arjona, A. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. Etnografías. Caracas, Venezuela: Gaceta Antropológica.
- Bertaux, D. (1979). Ecrire la sociologie, Informations sur les Sciences Sociales. Paris, Francia: Social Science Information.
- Bertaux, D. (2005). Los relatos de vida: perspectiva etnosociológica. Paris, Francia: Bellaterra.
- Castañeda, P. (1999). Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas: participación comunitaria y perspectiva de género. México: Centro de Estudios Económicos del Sector Público.
- Contreras, E. & Pérez, L. (2001). Las reformas al sistema de atención a la seguridad social de la salud humana. Desafíos y posibilidades de un financiamiento orientado a la equidad. México: CIICH/UNAM.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1994). Métodos y Técnicas cuantitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid, España: Universidad de Sevilla.
- Dalziel, M., Cubeiro, J. & Fernández, G. (1996). Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos. España: Deusto.
- Dever, G. (1976). "An Epidemiological Model For Health Policy Analysis". Ottawa, Canada: Reidel Publishing Company.
- Doyal, L. (1994). Teoría de las Necesidades Humanas. Madrid, España: Icaria.
- García, F. (1996). La tesis y el trabajo de tesis. México: Spanta.
- Giddens, A. (1995). Modernidad e Identidad del Yo. Destino Riesgo y Seguridad. Barcelona, España: Península.
- González, V. (2000). Conservación de los Bienes Culturales. El Concepto de la Identidad Cultural de un Pueblo. Toledo, España: Catedra.
- Hernández, S. (2012). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. México: Mc. Graw Hill.
- Lalonde, M. (1974). "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa, Canada: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

- López, S. (1990). Atención primaria a la salud. Factores de riesgo en la comunidad, elementos para el estudio de salud colectiva. México: UNAM.
- López, A. (1994). Tlamoanchán y Tlalolcan. México: FCE.
- López, A. (2012). Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas. México: UNAM.
- Mora, L. (1994). Factores de Riesgo en la Comunidad. México: España.
- Navarrete, L. (2008). Monografía Nacional de los Pueblos Indígenas de México. México: CDI
- Nussbaum, M. (1995). La fragilidad del Bien. México: Machado.
- O'Neill, O. (1998). Rights, obligations and needs, end Brock, Gillian. Our responsibilities to meet other's needs. Nueva York: Rowman & Littlefiel.
- Prebisch, R. (1949). El desarrollo económico de la América latina y algunos de sus principales problemas. Santiago, Chile: CEPAL.
- Reyes, R. (2009). Diccionario Crítico de las Ciencias Sociales. Madrid, España: Cultura Científica.
- Ritzer, G. (1993). Teoría sociológica contemporánea. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Santoró, P. (2001). El momento etnográfico: Giddens, Garfinkel y los problemas de la etnometodología. Madrid, España: Universidad Corpurtese.
- Saucedo, G. (2004). Elementos teóricos de la acción colectiva en salud. Salud comunitaria y promoción a la salud. México, D.F.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Sen, A. K. (2012). Adaptación, pobreza y desarrollo; la dinámica subjetiva. Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.
- Sepúlveda, J. (1998). Relación entre pobreza y salud. Evaluación de las reformas en políticas sociales. Montevideo, Uruguay: ONU.
- Solarte, M. (2003). Moral y Ética de lo Público. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.
- Souza, S.B. (2009). Epistemología del Sur, Cap. II Un discurso sobre las ciencias. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Strauss A., & Corbin J. (2002). Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tello, N. (2006). Trabajo Social, disciplina del conocimiento. México, D.F.: UNAM.
- Terán, M. (2012). Modelos operativos en la atención social de cuidados paliativos y orientación tanatológica. México, D.F.: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Hemerografía

- Ávila, A. (2015). Oportunidades hizo mucho daño al país y al mundo; agravó la pobreza: experto. *Diario La Jornada*. 23 de Marzo. Sección Justicia y Sociedad.
- Enciso, A. (2013). Población indígena, con el mayor nivel de pobreza y Marginación: Coneval. *Diario La Jornada*. Enero 4. Sección Política.
- Hernández, M. (2013). Limitaciones y restricciones en el seguro popular; Diario El Universal. 29 de mayo de 2013, sección Nación.
- Gervas, J. (2007). A complexidade da comorbilidade. *Revista Portal Clinical General*, 23(2),181.
- Merton, R. (1968). Discussion of Talcott Parsons, The position of sociological theory. *American Sociological Review*. Núm. 3. Washington, DC.
- Ruezga, A. (2006). La seguridad social y sus antecedentes. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Número 2, enero-junio, pp. 283-340.

Documentos Oficiales

- Banco Mundial - BM. (1990). *Burnel, Report: Malawi, growth through poverty reduction*. Washington: BM.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - CDI. (2008). *Pueblos Indígenas del México Contemporáneo*, México: CDI
- _____ - (2010). *Informe Estadístico*. México: CDI
- _____ /Consejo Nacional de Población – CONAPO - (2010). *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*. México: CDI.
- _____ - (2003). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. México: CDI.
- Diario Oficial de la Federación – (2011). *Reglas de Operación del Programa IMSS Oportunidades*. México: GF.
- _____ - (2012). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: GF.
- Fundación Mexicana para la Salud – FUNSALUD- (2012). *Evaluación Anual*. México: FUNSALUD.
- Gobierno Federal - (2010). *Los objetivos del desarrollo del milenio*. Reporte 2010. México: GF.
- International Institute for Development Sustainable – IIDS - (2004). *Perceptions and Definitions of Social Responsibility*. Winipeg, Canada: IIDS.
- Instituto Nacional Indigenista – INI / Consejo Nacional de Población – CONAPO - (2010). *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*. México: INI.

Instituto Mexicano del Seguro Social - (2008). El Programa IMSS Solidaridad 1988-1994. México: IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS Prospera - (2008). Diagnóstico Situacional de Salud, México: IMSS.

_____- (2010). *Indicadores de Operación del Programa*, México: IMSS.

_____- (2010). *Sistema de información. Unidad de Evaluación e Información*. México: IMSS.

_____- (2010). *Censo de Población del IMSS Prospera*. México: IMSS.

_____- (2012). *Sistema de información*. México: IMSS.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática – INEGI - (2010). México en Cifras. México: INEGI.

_____- (2010). *Indicadores de Población*, México: INEGI.

Instituto Nacional de Salud Pública – INSP - (1992). Participación Social en Salud: espacios y actores determinantes en su impulso. México: INSP.

_____- (2010). *Estadísticas en Salud*. México: INSP.

_____- (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: INSP.

_____- (2013). *Estadísticas de Mortalidad en México: muertes registradas en el año 2013. Indicadores*. México: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México.

Legislación Federal de México - (2000). Ley General de Salud. México: AL.

Ley General de Salud - (2000). Ley de Asistencia Social. México: AL.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE - (2012). Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio. Capítulos Pobreza-Desigualdad y Salud. México: OCDE.

Organización Internacional del Trabajo - OIT- (2003) - Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Artículo 7. México: CDI

Organización Mundial de la Salud - OMS - (1948). Constitución de 1948. Ginebra, Suiza: OMS.

_____- (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Capítulo I. Cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; situación actual y las tendencias*. Ginebra, Suiza: OMS.

- _____ - *Organización de las Naciones Unidas – ONU - (1975). Proyecto de Atención Primaria a la Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. URSS: ONU.*
- _____ - *Organización Panamericana de la Salud – OPS - (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25. Yakarta, República de Indonesia.*
- Organización de las Naciones Unidas – ONU - (1967). Local participation in development planning. Nueva York: ONU.*
- _____ - *Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL - (2005). Propuesta para un compendio latinoamericano de indicadores sociales. Santiago, Chile: ONU.*
- Organización Panamericana de la Salud – OPS - (1948). Salud para todos en el año 2000, Washington, DC: OPS.*
- _____ - (1980). *Resoluciones de los Cuerpos Directivos, 1978-1980. Washington, DC: OPS.*
- _____ - *Organización Mundial de la Salud OMS (2007). Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Artículos 1 y 11 Washington, DC: OPS.*
- _____ - (2008). *Funciones Esenciales de Salud Pública, México: OPS.*
- Secretaría de Salud – SSA - (2007). Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. Dirección de Atención a Grupos Prioritarios. México: SSA.*
- _____ - (2012). *Dirección de Medicina Tradicional. Conceptos Básicos de la Medicina Tradicional. México: DGMT.*
- _____ - (2012) *Encuesta Nacional de Salud. México: SSA.*
- Secretaría de Desarrollo Social – SEDESOL - (2002). Encuesta de Percepción, Lo que dicen los pobres. México: SEDESOL.*

Ponencias

- Bertaux, D. (2013). “*Conferencia Magistral: La Teoría Antroponómica*”; presentando en el VI Coloquio de Investigación y Desarrollo de Proyectos Interdisciplinarios: UNAM/UAM/CEIICH. México: UNAM.
- Roitman, R. (2014). “*Conferencia del pensamiento sistémico al pensamiento complejo; crítica al socialconformismo*”, presentado en el marco del Coloquio de Maestranos 2014, Unidad de Posgrado, México: UNAM.

Tesis de Grado

Mesino, L. (2008). Las políticas fiscales y su impacto en el bienestar social de la población venezolana. Un análisis desde el paradigma crítico. Periodo: 1988-2006. Trabajo de Grado como requisito parcial para optar por el grado de Doctor en Ciencia Política. Universidad de Venezuela. Caracas: Venezuela.

Pérez, L. (2008) Nuevas tendencias de Promoción a la salud en la atención primaria; la participación comunitaria como base de la autogestión y el desarrollo local, el Programa IMSS Oportunidades, Trabajo de Grado como requisito para optar por el grado de Licenciado en Sociología, UNAM, México.

Mesografía

Azpurua, F. (2005). La Escuela de Chicago. Sus aportes para la investigación en ciencias sociales, en Revista universitaria de investigación vol. 6, Núm. 2/2005. Disponible URL http://www2.bvs.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S13178152005000200003&lng=es&nr_m=iso&tlng=es .

García, S. (2013). La responsabilidad individual. En libre pensamiento en línea. Disponible en URL: <http://ghrendhel.tripod.com/main.html>

Molano, O. (2015) Identidad cultural un concepto que evoluciona Revista Opera, ISSN 1657-8651 (mayo): Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67500705>>

Otros materiales

Consejo Nacional de la Cultura y las Artes - CONACULTA - (2006) La Diversidad Cultural en México. Video. México: CONACULTA