

1748
T/13v

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD
UNA PROPUESTA PARA LA PARTICIPACION
COMUNITARIA EN SALUD

Elsa Julita Veites Arévalo

Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social

Dirección de la tesis: Dra. Asa Cristina Laurell

Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco

Maestría en Medicina Social

México D.F. 1995

17495

~~17495~~

*Lo que brilla con luz propia, nadie lo puede apagar
su brillo puede alcanzar , la oscuridad de otras cosas*

Pablo Milanés

A mis hijos:

LUIS FERNANDO Y OSVALDO

PRESENTACION

El trabajo que aquí se presenta es el resultado de un esfuerzo colectivo, es la culminación de muchos intentos y es una respuesta que surgió como una necesidad real y objetiva de combinar tenacidad, y deseo de cambiar aunque fuese una pequeña porción de la realidad. Sin embargo cabe señalar que en un principio este trabajo no fue pensado para cumplir con el requisito académico, sino que se fue construyendo en el camino, a partir del compromiso de realizar un trabajo de participación comunitaria que considerara a los sujetos como los actores centrales del proceso, en una práctica democrática, igualitaria y transformadora, dentro de las actividades del Proyecto UNI-UAM-X/Tláhuac.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis para la cual no tengo palabras con que expresar mi aprecio y reconocimiento a su paciencia, tenacidad y apoyo académico que hicieron posible realizar y concluir este trabajo.

A las señoras: Rita de la Rosa, Eufemia Flores, Delia Urrieta, Rosa Sánchez, Ma. de los Angeles Ramírez, María Reyes y Maricela García; mujeres que me acompañaron, siempre con su agradable presencia, su interés y su entusiasmo, fueron el alma del trabajo.

Al Sr. Pedro Rojas ex presidente de la colonia La Estación, entusiasta impulsor de la investigación ante la comunidad y la Asociación de Residentes.

A todos y cada uno de los innumerables participantes en las reuniones de trabajo y quienes finalmente fueron los promotores de las mejoras de su comunidad.

A mi compañero José Luis, por estar siempre a mi lado, creer en mi y compartir conmigo un proyecto de vida.

A las brujas, Angeles, Alma, Ceci y Norma por su apoyo, por estar presentes en los momentos más difíciles, por su amistad y por preguntarme todos los días ¿cómo va tu tesis?.

A Ma. Elena un doble agradecimiento, por bruja y porque su colaboración hizo posible que este trabajo sea legible.

A Manuel Outón por su apoyo, estímulo y por ser tan cuate.

A Amelia Cohn, Ceci Avendaño y Edmundo Granda, porque a pesar de la distancia estuvieron siempre presentes.

A mis compañeras del proyecto UNI, Mirella, Dulce, Oli, Socorro, Esperanza y en especial Adelita, por la oportunidad que me brindo de colaborar en el proyecto.

A mis padres: Franco y Sonia; así como a Beatriz; Juan, Claudia, Iván y Cecilia, por todo lo que hemos compartido a lo largo de la vida.

A todas las mujeres con las que construyo día a día nuestro yo individual y nuestro yo colectivo. Las promotoras de salud de Tláhuac.

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
REFLEXIONES TEORICAS Y SOBRE EL CONTEXTO HISTORICO.....	6
1. Reproducción social.....	7
2. Clases sociales.....	12
3. Proceso salud enfermedad.....	14
4. Condiciones de vida y salud.....	16
5. Políticas sociales.....	18
CAPITULO II	
INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y PARTICIPACION	
COMUNITARIA.....	26
1. La investigación participativa latinoamericana.....	26
2. Tipos de investigación participativa.....	33
3. El modelo obrero italiano.....	35
4. Participación Comunitaria.....	37
CAPITULO III	
EL DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD.....	46
1. Propuesta metodológica.....	46
2. Desarrollo de la propuesta para el DPS.....	51
CAPITULO IV	
EL ESTUDIO DE CASO.....	71
1 Antecedentes. El proyecto UNI-UAM-X/TLAHUAC.....	71
2. Características de Tláhuac y La Estación.....	72
3. Desarrollo del estudio.....	77
4. Evaluación de la disminución de los riesgos generales.....	101
A MANERA DE CONCLUSION Y REFLEXION.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	111

INDICE DE MAPAS

MAPAS..

1.....	82
2.....	85
3.....	87
4.....	89
5.....	93
6.....	95
7.....	97
8.....	102

Cuadro

1.....	99
--------	----

INTRODUCCION

A casi dos décadas de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud realizada en Alma Ata, no sólo es imposible cumplir con la meta de "Salud para todos en el año 2000", planteada en dicha reunión, sino que ha sucedido lo contrario puesto que las condiciones de vida y salud de grandes sectores de la población han empeorado. Sin embargo, se continúa con el discurso de impulsar la participación comunitaria como la panacea de dicha estrategia.

Más aún, en la actual política sanitaria, la participación social se convierte en una estrategia de primer orden para disminuir el gasto en salud transfiriendo sus costos a la sociedad civil.

Es por ello que los intentos en México por lograr la participación de la comunidad han sido innumerables. Las experiencias en este terreno van desde las propuestas institucionales—gubernamentales y educativas—hasta las propuestas de grupos independientes como las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y de partidos políticos.

Si bien el objetivo común ha sido el de promover la participación de la comunidad, el propósito de esta participación en cada caso ha tenido características muy particulares y no siempre las comunidades resultan beneficiadas. Por el contrario, en muchas ocasiones, el planteamiento de participación se ha prestado a la manipulación de la comunidad con fines ajenos a ésta.

El trabajo de tesis que aquí se presenta no se propone hacer un análisis detallado de estas experiencias y sus consecuencias, sino sólo alertar sobre tales hechos con el fin de asumir una actitud crítica ante nuestro quehacer cotidiano.

Por tanto, el propósito de este trabajo es hacer una propuesta metodológica para impulsar la participación comunitaria a través de un diagnóstico

participativo de salud comunitario que parta de un planteamiento teórico y retome las categorías analíticas que de él se derivan.

Esta metodología debe permitir:

- a) La participación de la comunidad en forma organizada y democrática.
- b) Recuperar el conocimiento y experiencia de las personas de la comunidad y generar un nuevo conocimiento cualitativamente superior.
- c) Impulsar y promover el desarrollo del liderazgo comunitario auténtico y no manipulado.
- d) Lograr la coparticipación comunitaria en la resolución de sus problemas con las instituciones correspondientes.
- e) Generar un proceso de concientización de la comunidad.

Es así que en este estudio se presenta una propuesta metodológica para la investigación-acción participativa en salud dirigida a todos aquellos interesados en este tipo de investigación, y que se propongan la participación de la comunidad.

Con esta propuesta se busca lograr una organización democrática de la comunidad, propiciando que tenga mayores recursos de poder y decisión mediante una estrategia: el Diagnóstico Participativo de Salud (**DPS**), el cual permita describir y analizar junto con los pobladores su problemática de salud, su relación con los aspectos sociales y económicos y, en consecuencia, la gestión de soluciones ante las instancias correspondientes.

Esta metodología, no pretende ser una alternativa para responsabilizar a la comunidad de la solución de sus problemas, restando compromisos al Estado,

por el contrario busca otorgar a la población todos los argumentos necesarios para la coparticipación en la solución de sus problemas.

Para poder sustentar esta propuesta, se hace necesario establecer distintos niveles de análisis, así en el primer capítulo, se plantean algunas reflexiones teóricas que incorporan a nuestro análisis algunas categorías del materialismo histórico y de la medicina social, en tanto que éstas permiten articular una explicación integral de la dinámica de la realidad social.

Las categorías analíticas que se retoman son: reproducción social, proceso de trabajo, proceso de consumo, clases sociales, y proceso salud-enfermedad.

Asimismo, se incorpora el concepto de condiciones de vida, como la expresión que facilita la aprehensión del conjunto de elementos materiales y sociales en la comunidad. Con esto se quiere resaltar que las condiciones de vida y por tanto, su calidad están determinadas por la posición que los individuos ocupan en la sociedad.

Otros aspectos que se abordan en este capítulo son la política social y sanitaria en tanto que constituyen el contexto político-económico en el cual se inscribe la propuesta de investigación-acción participativa.

En el siguiente capítulo se hace una revisión de las propuestas conceptuales de la investigación participativa en el ámbito latinoamericano, diferenciando la investigación participativa de la investigación-acción y de la investigación-acción participativa ya que cada una plantea diferencias importantes que implican posturas conceptuales distintas.

Se parte así, de que la investigación participativa cuestiona la relación sujeto-objeto y plantea que el objeto no son los individuos sino las condiciones en las que éstos se encuentran inmersos. La relación comunicativa, dialógica, entre los sujetos cognocentes en torno a un objeto cognocible, posibilita el acto cognocitivo.

En la investigación-acción el problema central es la integración teoría-práctica, por tanto, se plantea modificar la realidad a través de la praxis. Separada de la práctica, la teoría se transforma en simple verbalismo; separada de la teoría la práctica no es más que activismo ciego. Por último, la investigación-acción participativa se propone conjuntar la solución a las dos contradicciones sujeto-objeto y teoría-práctica.

Asimismo se presenta una propuesta que ha demostrado en la práctica la factibilidad de la investigación-acción participativa, nos referimos al modelo obrero italiano, el cual se toma como base para estructurar la propuesta metodológica que aquí se desarrolla. Este modelo tiene como fundamentos o principios: la socialización del conocimiento, la validación consensual, el grupo homogéneo y la no delegación.

En la parte final del segundo capítulo se aborda el concepto de comunidad y cómo se plantea la participación de la misma. Para ello se analizan distintas propuestas de participación.

El tercer apartado contiene la propuesta metodológica para realizar un diagnóstico participativo de salud que, como ya se mencionó, se basa en el modelo obrero italiano. Considerando que las condiciones para desarrollar esta propuesta en una comunidad difieren de su ámbito original—la fábrica— fue necesario hacer una adaptación al modelo.

En el cuarto capítulo se presenta la experiencia de la instrumentación del diagnóstico participativo de salud en un caso concreto.

Este estudio se realizó en la colonia La Estación, ubicada en la Delegación Política de Tláhuac, D.F., y forma parte del proyecto UNI-UAM-X/TLAHUAC, el cual es una propuesta para fortalecer el Sistema Local de Salud (SILOS), con la participación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco a través de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CByS), los

servicios de salud locales representados fundamentalmente por la Secretaría de Salud y la participación de la comunidad.

A continuación se hace una descripción detallada de cada una de las etapas de la investigación y los resultados obtenidos se presentan en distintos mapas de la comunidad. Se hace también un análisis de los aspectos del propio proceso y de las situaciones internas y externas que favorecieron, obstaculizaron o impactaron de manera diferente al proceso o a los resultados esperados.

Finalmente, se presentan las conclusiones del trabajo y una reflexión final acerca de algunas consideraciones que se espera sean de utilidad para futuros trabajos que se planteen la instrumentación de esta propuesta.

CAPITULO I

REFLEXIONES TEORICAS Y SOBRE EL CONTEXTO HISTORICO

A escasos años de finalizar el presente siglo, encontramos que la salud sigue siendo un reto para la humanidad. La meta de "Salud para todos en el año 2000", resulta cada vez más inalcanzable, no sólo porque las condiciones de vida y de salud de gran parte de la población a nivel mundial se han deteriorado sino porque esto ha tenido como consecuencia la aparición y resurgimiento de enfermedades como el SIDA y el cólera que han cobrado cientos de miles de víctimas en el mundo entero.

El nuevo embate del capitalismo a través de la política neoliberal y la caída del socialismo de Europa del Este han traído como resultado que las diferencias entre las clases sociales se profundicen aún más.

México se inscribe en este contexto mundial, acorde con la política neoliberal que impulsa el papel protagónico del capital financiero nativo y extranjero. En este modelo económico se retrae el papel del Estado lo cual ha tenido serias repercusiones en las condiciones de vida y bienestar de la población.

Así, a pesar del discurso de equidad, utilizado por la burocracia de las instituciones de salud, se observa más claramente como la probabilidad de enfermar y morir no se distribuye en forma homogénea en la población. Esta distribución desigual se debe a la forma como se organiza la sociedad, la que determina las características en que se realiza el trabajo las cuales a su vez determinan las condiciones de vida y salud de los grupos sociales en un momento histórico determinado.

Para abordar el análisis de las condiciones de vida y salud, es necesario plantear algunas consideraciones teóricas que permitan tener un panorama conceptual mucho más amplio.¹

Por tanto, se hace fundamental adentrarse en otras categorías teóricas, tales como: reproducción social, proceso productivo, proceso de consumo, clase social, política social, política sanitaria, proceso salud-enfermedad, entre otras, con el fin de hacer una reconstrucción teórica de la relación condiciones de vida y salud, rompiendo

(...) así con el criterio de la "historia natural de la enfermedad" para avanzar en la comprensión de la historia social de la misma. Este hecho posibilita, además, el rescate teórico del verdadero significado de la prevención, frente al de control y de vigilancia en el que actualmente se mueve; en efecto, no es posible prevenir si no se parte del compromiso de transformar las condiciones que generan la enfermedad, porque cuando solamente se intenta describirlas en su comportamiento fenoménico entonces éstas pueden ser tan sólo controladas.²

Es importante señalar que la elección de trabajar con dichas categorías nos sitúa en el paradigma de la Medicina Social, el cual nos permite hacer un análisis más integral de la realidad, superando así la visión parcializada que se hace desde la Salud Pública y la Epidemiología tradicionales.

1. Reproducción Social

Para abordar la categoría de reproducción social es necesario partir de la concepción marxista que plantea que el hombre no sólo es capaz de transformar la naturaleza a través del trabajo, sino que, además, con ello logra su propia transformación.³ Es así que el trabajo, en la teoría del materialismo histórico de

¹ Granda, E. "Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud", Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1991, p.47.

² *Ibid*

³ Marx, K. El Capital. Tomo I, Ed. Siglo XXI, México. 1981.

Marx, es una actividad orientada a un fin y por lo tanto, exclusiva del hombre. En esta actividad el hombre transforma la naturaleza, se transforma a sí mismo y además establece relaciones con ésta y con otros hombres; a este intercambio es a lo que llamamos reproducción social.⁴

La universalidad del hombre se caracteriza por el hecho de que éste pueda, por lo menos potencialmente, apropiarse de la naturaleza entera, pues "la transforma en su cuerpo inorgánico, en la medida que: 1) es un medio inmediato de vida, y 2) la materia es el objeto y el instrumento de su actividad vital".⁵ El hombre, en contraste con el animal, puede "enfrentarse libremente con su producto", porque su relación con la naturaleza no se agota en la satisfacción de necesidades inmediatamente físicas.⁶

Esta especial forma de relación del hombre con la naturaleza permite a su vez la humanización de dicha relación; el productor se objetiva, a través de la producción, en la naturaleza y en las instituciones, mientras que la naturaleza y las instituciones se subjetivan en el productor tanto en el momento productivo, cuanto en el momento de consumo.⁷ La reproducción social es entonces, la categoría eje para la comprensión de la forma en que el sujeto consume su energía y la reproduce.

Cuando se habla de reproducción social se está haciendo referencia a la categoría más general de análisis de los procesos humanos; permite dar cuenta tanto de la base técnica y económica de la sociedad como de las relaciones sociales que ésta genera en un determinado período histórico. En la medida en que permite aprehender la dinámica económica y social de una formación histórico-social concreta, contiene en sí mismo la posibilidad de explicar la unidad y diferenciación del todo social como una globalidad de estructuras

⁴ *Ibid*

⁵ Schmidt, A. El concepto de naturaleza en Marx. Siglo XXI Editores, México. 1976.

⁶ *Ibid*

⁷ Granda. Avances conceptuales... *op. cit.*

ordenadas entre sí de un modo coherente que se fundamentan recíprocamente, y entre las cuales no existen relaciones causales.⁸

Por lo tanto, esta categoría nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una colectividad o de las clases sociales⁹

La reproducción social consta de dos momentos fundamentales; el momento productivo y el momento reproductivo o de consumo. Es necesario entonces revisar algunas de las características más importantes de estos dos momentos, con la finalidad de entender el proceso en su conjunto.

1.1 Momento productivo

El momento productivo o proceso de producción, en el capitalismo, tiene como finalidad la producción de plusvalor y no únicamente la creación de bienes para satisfacer las necesidades humanas. Este proceso no sólo se constituye de la actividad humana y su creatividad, sino que además se compone de objetos que transforma con su actividad así como de los instrumentos que permiten al hombre realizar su tarea.¹⁰

El rasgo fundamental del proceso de producción capitalista resulta de la forma que asume el proceso de trabajo, esto es su doble carácter de proceso de valorización y proceso laboral; el capital se apropia del trabajo para convertirlo en un proceso de producción de plusvalía, es decir, proceso de producción que genera capital. Así, en este modo de producción el proceso reúne dos condiciones: la apropiación privada de los medios de producción por el capitalista y la explotación del trabajo asalariado sobre la base de la

⁸ Avendaño, C. y Ortega, Ma. Elena. Medicina social: consumo y salud-enfermedad. Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. México. 1990, p. 28.

⁹ Breilh, J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. 3a. edición. Fontamara, México, 1986.

¹⁰ Marx. El Capital... *op. cit.*

apropiación del trabajo no pagado. El elemento principal del proceso de trabajo capitalista es, entonces, el divorcio entre el producto del trabajo y el trabajo mismo. De este modo se reproducen y eternizan las condiciones de explotación del obrero, quien para su reproducción se ve obligado a vender su fuerza de trabajo.¹¹

Por lo tanto, en el capitalismo, la actividad laboral del hombre no le proporciona satisfacción en cuanto tal y sí en cambio, en este proceso se da un consumo de la fuerza de trabajo bajo formas que generan desgaste.¹² Es así como el proceso que el obrero ejecuta en la realización de su tarea, se materializa por una parte, en la mercancía por él producida, y por otro, en el desgaste de su propia corporeidad. El desgaste dentro del proceso laboral alcanza su expresión más inhumana en el capitalismo actual, en donde las formas de explotación de la clase obrera han alcanzado una gran sofisticación que tiende a suprimir por completo cualquier intento de intervención creativa por parte del trabajador. Es así que cada vez hay más esfuerzos por automatizar y/o computarizar cualquier proceso productivo, más aún estos procesos descalifican al trabajador al grado de expulsarlo en los hechos, de los procesos productivos.

1.2 *Momento de Consumo*

El otro momento del proceso de reproducción social, es el momento reproductivo o momento de consumo. En el, el hombre consume bienes o mercancías, para restablecer su fuerza de trabajo.¹³ Aquí se consumen productos y se reproduce el hombre como tal. Es en donde las mercancías creadas por éste se realizan como valores de uso.¹⁴ A través del consumo, el productor reconstituye la energía

¹¹ Avendaño y Ortega. *Medicina Social...op. cit.*

¹² Laurell, C. y Márquez M. *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud.* ERA, México, 1985.

¹³ Marx. *El Capital... op.cit.*

¹⁴ *Ibid*

perdida en el trabajo. Dicho en otras palabras, reproduce su individualidad así como también reproduce o amplía su ser en sus hijos a través de la procreación.¹⁵

El consumo es por tanto un concepto clave para entender la vida cotidiana y los hábitos que organizan el comportamiento de los diferentes grupos sociales así como los mecanismos de reproducción social e incluso de resistencia a la cultura hegemónica, así el consumo es escenario de la lucha de clases en torno a la desigual distribución de la riqueza.¹⁶

El consumo se divide en consumo individual y consumo social o colectivo. El consumo individual es todo aquel que los individuos de una sociedad, solos o al interior de la familia, realicen y que se objetiviza en el consumo de vestido, alimentos, vivienda y recreación.

El consumo social comprende los satisfactores que, en la sociedad contemporánea, están relacionados con el gasto social y que son o deberían ser proporcionados por el Estado: salud, educación y otros servicios públicos en general.

Las características del consumo, tanto individual como colectivo, están diferenciados al interior de la sociedad. Por ello, no se puede pensar en el consumo como algo homogéneo, sino que dependiendo de la clase social a la que se pertenezca se podrá acceder a determinados satisfactores.¹⁷

Como es de esperarse, las diferencias en el consumo entre una clase y otra, guarda relación con la apropiación del producto del trabajo. Es así como los productores directos son los que menos consumen en comparación con los capitalistas cuyo consumo es mejor en calidad y cantidad, sin mencionar que su desgaste es cualitativamente diferente.¹⁸

¹⁵ *Ibid*

¹⁶ Avendaño, Ortega. *Medicina Social...op. cit.*

¹⁷ Granda. *Avances conceptuales...op. cit.*

¹⁸ *Ibid*

En todo caso en el capitalismo, particularmente el subdesarrollado, los bienes y servicios indispensables que deben consumirse tienden a ser insuficientes entre las clases más desprotegidas y no permiten su desarrollo vital.

En suma, las condiciones de trabajo y consumo y las modalidades de prácticas y formas ideológicas características de la inserción social de los grupos, emergen patrones o estrategia de sobrevivencia y comportamiento familiar que definen el contenido, tendencias y formas de salud enfermedad de cada uno de ellos.¹⁹

Finalmente, la reproducción social es pues el marco en que se desarrollan las clases sociales imponiéndole límites y posibilidades de realización. En este amplio proceso se articulan aspectos económicos, políticos, culturales e ideológicos, que se constituyen en una compleja red de determinación que caracteriza y modela sus condiciones de vida y salud.²⁰

2. Clases sociales

Como se mencionó anteriormente, la forma de producir en el capitalismo impone también determinadas relaciones sociales entre los hombres,²¹ retomando la definición clásica de Lenin:

Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí, por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción (relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse

¹⁹ Avendaño, Ortega. Medicina Social...op. cit.

²⁰ *Ibid.*

²¹ Marx, K. Manifiesto del partido comunista. Sarpe editores. Los grandes pensadores No. 6, España, 1983.

*del trabajo del otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social.*²²

Cuando situamos a las clases por su posición en el nivel económico o nivel de la producción en general, estamos refiriéndonos a un conjunto complejo de relaciones de producción, propiamente dicho, cambio, distribución y consumo, en el que la producción si bien no es el único ámbito es el centro alrededor del cual gira el proceso económico.²³

Cada clase social tiene condiciones de reproducción-desgaste características; es portadora de un perfil característico de salud- enfermedad.²⁴ Sin embargo, al interior de las clases sociales se encuentran fracciones de clase que tienen diversos patrones de trabajo y consumo, esto es, las clases sociales no son homogéneas y, por lo tanto, tienen perfiles epidemiológicos diferentes.²⁵

Una expresión de esta diferenciación al interior de las clases es lo que en la actualidad se le llama el grupo de los "nuevos pobres". Este es el resultante de la pauperización de la llamada clase media y estaría conformado, entre otros grupos, por asalariados del sector público, empleados y obreros calificados, jóvenes con buen nivel educativo pero con un empleo no calificado.²⁶ Si a estos les sumamos los grupos considerados como "pobres de siempre" -el proletariado en sentido amplio- encontramos que una parte mayoritaria de la población se encuentra en condiciones de vida precarias.

²² Lenin, V.I. *Obras Escogidas en tres volúmenes*, vol. 3, Ed. Progreso, Moscú, 1966.

²³ Brofman, M., Tuirán, R., *La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez*. Ponencia presentada en la mesa "Determinantes de niveles diferenciales de la mortalidad" del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, D.F., Noviembre de 1983.

²⁴ Granda. *Avances conceptuales... op. cit.*

²⁵ San Martín, H., Breilh, J., y otros. *Salud, sociedad y Enfermedad*. Estudios de epidemiología Social. Editorial Ciencia 3. España. 1986.

²⁶ Sirvent, T. *Participación de la Comunidad*. Primer taller: Liderazgo, Gerencia y Planificación Educativa y de Servicios de Salud. Río de Janeiro. 1992.

Más recientemente y por razones prácticas, no se estudian las clases sociales como tales sino que se eligen espacios territoriales donde se asienta preponderantemente una fracción de clase, tal es el caso de este estudio.

3. Proceso salud enfermedad

La medicina social, a diferencia de la medicina dominante, conceptualiza a la salud-enfermedad como un proceso social e histórico.²⁷ No pretende con esto desconocer o negar el carácter biológico de dicho proceso. Por el contrario, lo que intenta es explicar la historicidad de los procesos biológicos humanos, ya que ellos son la expresión concreta de la relación hombre-naturaleza, esto es explicar la relación entre los procesos sociales más amplios y el proceso salud-enfermedad.

Esta reconceptualización no trata de etiquetar de manera diferente a un mismo hecho, lo que se pretende es construir un nuevo objeto de estudio que permita acceder al conocimiento de su esencia, que nos posibilite profundizar el conocimiento empírico y fenoménico hasta hoy imperante. En esta reconceptualización se parte de categorías analíticas diferentes y, por lo tanto, se arriba a resultados conceptuales sustancialmente distintos: se transmuta tiempo por historia; lugar por espacio y persona por clase social.²⁸

Bajo esta concepción se enfatiza que, si se quiere estudiar el proceso salud-enfermedad en grupos humanos, es indispensable hacerlo a partir de sus procesos sociales, porque solamente así se podrá entender como estos se manifiestan empíricamente en la biología humana.

La situación de salud es expresión de las condiciones de vida y estas, a su vez, son reproducidas socialmente en el proceso de reproducción general de la

²⁷ Laurell, C. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. Vol.2 Abril. México, 1982.

²⁸ Granda. Avances conceptuales... op. cit.

sociedad; las condiciones de vida expresan así la forma específica de articulación de cada grupo social en la totalidad social. Por ello, los fenómenos de salud-enfermedad no se distribuyen azarosamente ni de manera homogénea entre los diferentes grupos de la población.²⁹

Cuando estudiamos el carácter social del proceso salud-enfermedad no es relevante—como es el caso de la medicina hegemónica—construir grupos “naturales” basados por ejemplo, en la edad, sexo, estado civil o raza, ya que estas características no permiten aprehender las cualidades sociales que determinan su esencia.³⁰

La concepción biologista del proceso salud-enfermedad no sólo oculta el carácter biológico-social del mismo, sino que esta concepción va más allá al naturalizar a la misma biología humana, negándole su carácter y determinación social, y hace aparecer a lo social como natural.³¹

La mayoría de las investigaciones epidemiológicas, que pretenden incorporar lo social, caracterizan a las personas según atributos individuales (escolaridad, ocupación, ingreso, etc.) y buscan relacionarlos con situaciones de salud-enfermedad medidas, generalmente, en términos de mortalidad. En la práctica este procedimiento no trasciende la asociación estadística que, si bien demuestra una gradiente de morbi-mortalidad entre los diferentes grupos, no logra incorporar la complejidad que entraña la construcción social que da origen a estos atributos individuales.³² Muchos de los problemas de salud manifestados a nivel de los individuos, en realidad son una expresión de las condiciones de vida del grupo social al cual pertenecen.³³

²⁹ Castellanos, P. Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población. Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1991.

³⁰ San Martín. Breilh. Salud y Sociedad... *op. cit.*

³¹ Avendaño. y Ortega. Medicina Social: Consumo y ... *op.cit.*

³² Robles, S. Desarrollos Metodológicos en el análisis de Situación de Salud según condiciones de vida. OPS/OMS. 1994.

³³ Castellanos. Evaluación de la situación... *op. cit.*

Una forma de verificar el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad es observar cómo los perfiles patológicos de los grupos (clases sociales) han variado históricamente. De ahí que las modificaciones de esos perfiles están determinadas por los cambios en la forma como la sociedad se organiza, para la apropiación de la naturaleza y su transformación.³⁴

Asimismo, en una misma sociedad en momentos históricos distintos, los perfiles patológicos también son diferentes, debido a que las relaciones sociales de producción imprimen características específicas que las hacen sustancialmente diferentes en muchos aspectos incluyendo la forma de enfermar y morir de dicha sociedad.³⁵

Esta propuesta, que parte de una conceptualización diferente del hombre y de sus procesos sociales y vitales, nos lleva a plantear respuestas colectivas acordes con su complejidad.

4. Condiciones de vida y salud

Como ya se ha visto las condiciones de vida de los seres humanos están determinadas por la forma como la sociedad se organiza para producir y el lugar que dentro de ésta ocupan las diferentes clases sociales.³⁶

Un concepto ligado al de condiciones de vida es el de calidad de vida, que se distingue por su visión integral del conjunto de las necesidades humanas y no solamente de una parte de ellas. La calidad de vida será óptima cuando haya una distribución equilibrada e igualitaria no sólo de los satisfactores referidos a las necesidades básicas y obvias—tales como salud, vivienda, trabajo, alimentación—sino también a aquellos recursos que la sociedad dispone en determinado momento histórico para la atención de necesidades no materiales o no tan

³⁴ Laurell. La Salud-Enfermedad como proceso... *op. cit.*

³⁵ *Ibid*

³⁶ Granda. Avances conceptuales... *op. cit.*

“obvias” de los grupos humanos, tales como la necesidad de ser hacedoras de su propio destino.³⁷

Las condiciones de vida, también muestran diferencias espaciales y/o territoriales. En las ciudades, por ejemplo, se tienen características muy específicas de infraestructura, ya que en ellas, se concentra la industria, el comercio, la vida política, social y económica. Y es así que también aquí se concentra la mayor cantidad de servicios como son: agua, luz, teléfono, vías de comunicación, transporte, escuelas, servicios de salud, parques, cines, teatros, etc., o sea, condiciones que favorecen el desarrollo.

Sin embargo, estas condiciones no se presentan en forma homogénea en el espacio urbano. En lo que se conoce como área urbana las diferencias en cantidad y calidad de los servicios son considerables. Así, no es posible comparar las condiciones de las zonas residenciales con las zonas proletarias o las francamente marginadas.

Se puede hacer el mismo señalamiento con respecto al campo o zonas rurales. La calidad de vida de un latifundista, de un pequeño propietario, jornalero o campesino indígena, son diferentes, ya que dependiendo de cómo se insertan los individuos en la sociedad sus condiciones de reproducción (consumo) serán más o menos limitadas.

Estudios de diferencias regionales, ya sea según divisiones político-administrativas o desagregación urbano rural, dan cuenta de diferencias entre los grupos de población que residen en uno u otro lugar, grupos que comparten condiciones de vida similares, pero que al considerarse agrupaciones muy gruesas aún presentan importantes heterogeneidades en su interior.³⁸

Con esto se quiere enfatizar que las condiciones, bajo las cuales la sociedad se organiza para producir y consumir, se expresan espacialmente y determinan las

³⁷ Sirvent. Participación de la Comunidad... *op. cit.*

³⁸ Robles. Desarrollos Metodológicos...*op. cit.*

condiciones y calidad de vida de los grupos humanos y producen procesos de salud-enfermedad distintos y, por lo tanto, perfiles patológicos específicos.³⁹

Esto se demuestra en diferentes investigaciones realizadas por la Maestría en Medicina Social de la UAM-X, de México, dentro de los cuales es importante destacar el trabajo de PROURBE,⁴⁰ y las del grupo del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito.⁴¹

En términos generales, se puede afirmar que tanto las condiciones de vida, como la calidad de vida, son diferentes dependiendo de la clase o estrato social al cual se pertenece. Cada grupo de población tiene, de esta manera, condiciones de vida y salud que lo caracterizan.⁴²

Cabe señalar que una parte de las condiciones de vida de la población tienen que ver con las políticas sociales impulsadas por Estado. De ahí que sea necesario situarlas dentro de un contexto histórico determinado, cuestión que se abordará a continuación.

5. POLITICAS SOCIALES

Las políticas sociales emanadas del Estado expresan su visión de cómo y qué producir para el bienestar de la población. Es así que éstas se corresponden con las condiciones políticas y económicas imperantes en un momento histórico concreto.⁴³

³⁹ Blanco, J. y Sáenz O. Reproducción Social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. Cuadernos Médico Sociales. No.53, 1991.

⁴⁰ Blanco, J. y Sáenz, O. Condiciones de consumo (vida) y Salud: Propuesta metodológica. Mimeo.

⁴¹ CEAS. La mortalidad infantil diferencial en el área urbana de Quito. Quito, Ed. CEAS, 1981.

CEAS. Deterioro de la vida en Ecuador. Quito, Ed. CEAS, 1990.

CEAS. La crisis y su impacto en la salud. Quito, ED. CEAS, 1988.

⁴² Castellanos. Evaluación de la Situación... *op. cit.*

⁴³ Damaso, R. Estado y Políticas de Salud: Opciones y Perspectivas. II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1990.

Así, por ejemplo, el gasto público proveniente de diversas formas tributarias o de préstamos, retornan en parte a la población en forma de servicios públicos y/o sociales, tales como agua entubada, drenaje, pavimentación, transporte, salud y educación, es decir en forma de servicios para el consumo colectivo.⁴⁴

Sin embargo, el aumento de la pobreza, por lo menos en América Latina, no radica en el problema de no “tener para repartir” sino en cómo se reparte. Las políticas neoconservadoras se asocian a estructuras de poder o modelos políticos que, de ninguna manera, aseguran una redistribución progresiva de los bienes y servicios sociales.⁴⁵

5.1 *La política social mexicana*

Al inicio de la década de los 80, México al igual que el resto de los países de Latinoamérica, entró en una de las peores crisis económicas de su historia; la inflación alcanzó niveles nunca vistos, el peso se devaluó ante el dólar en forma por demás insólita, la deuda externa creció desmesuradamente y se dio una gran fuga de capitales.

Las características del modelo económico neoliberal, adoptado explícitamente desde 1983, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y trabajo de grandes grupos de población, incrementando la desigualdad ya existente.⁴⁶

Ante esta situación y bajo la presión del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), México al igual que muchos de países dependientes,

⁴⁴ Valla, V. *Participação Popular e os Serviços de Saude: O Controle Social como Exercício da Cidadania*. Río de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ, 1993.

⁴⁵ Sirvent. *participación de la comunidad... op. cit.*

⁴⁶ Blanco, J. y López, O. *Política de salud e impacto epidemiológico*. Ponencia presentada en el V Congreso de Medicina Social. Caracas, Venezuela. 1991.

abandona la política de bienestar social para adoptar la política neoliberal,⁴⁷ redefiniéndose los vínculos entre Estado y sociedad.

En el sexenio 1982-1988, durante el gobierno de Miguel de la Madrid, se inicia la instrumentación de la política neoliberal y que en términos generales implica un drástico recorte del gasto social, la separación del Estado de la actividad económica, lo que significa cerrar o privatizar la mayor parte de las empresas paraestatales.

Además de la crisis económica, antes mencionada, se presenta una crisis social resultado del abandono estatal de su responsabilidad de garantizar las mínimas necesidades sociales de la población.

Las políticas estatales se centran en la solución de la crisis económica, atendiendo con programas focalizados algunos de los reclamos más importantes de la sociedad. Así, por ejemplo se crea el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), el cual se orienta a la asistencia de los grupos "marginados"; sin embargo, este programa se opera disminuyendo sustancialmente el presupuesto destinado a sectores como educación y salud.⁴⁸

Con este recorte del gasto social, se soslaya la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales asentados en la Constitución (salud, educación, empleo, etc.) sentando las bases económicas-ideológicas para la producción privada de servicios sociales.⁴⁹

El resultado de la puesta en marcha de la política neoliberal es la agudización de la desigualdad social, con un crecimiento desmesurado de la población pobre, entre los cuales una gran parte vive en condiciones de pobreza extrema.

Las condiciones económicas, políticas y sociales asociadas a las políticas de ajuste y al nuevo papel del Estado repercuten no sólo en detrimento de la

⁴⁷ López, O. La Política de Salud en México, Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1990.

⁴⁸ López, O. La política de salud...*op. cit.*

⁴⁹ Blanco. y López. Política de salud... *op. cit.*

educación, la salud pública y de la superación de la marginación, sino que agudizan las dificultades de la construcción y consolidación de las sociedades democráticas.⁵⁰

5.2 Política sanitaria mexicana

En el periodo 1982-88 la política sanitaria en México tuvo modificaciones importantes que llevaron a la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).⁵¹ Sin embargo, el SNS nunca ha funcionado como tal, ya que los problemas existentes en el sector no han logrado resolverse. En los hechos se mantiene la misma estructura de los servicios y es así que existen los de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), los servicios a población abierta (Ssa, DIF, DDF, etc.) y la atención médica privada. De esta forma continúa existiendo un traslape de funciones entre las diferentes instituciones que formalmente se integran en el SNS.

Esta multiplicidad de instituciones de salud, cada una con diferentes modelos de atención, así como la elevación de los costos de la atención médica, ocasionaron que tales instituciones se tornaran insuficientes frente a las necesidades del desarrollo del país.

Asimismo, la política neoliberal impacta profundamente la política sanitaria lo cual se puede observar en los siguientes hechos: En el periodo 1980-89, el gasto en salud bajó de 4.7% a 2.7% del gasto público total,⁵² en cuanto a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de destinar el 5% del Producto Interno Bruto (PIB), en este periodo alcanzó apenas el 1.6%,⁵³ el recorte presupuestal sin la disminución de la cobertura ha ocasionado, entre otros problemas, una depresión salarial y una mayor explotación de los

⁵⁰ Sirvent. Participación de la comunidad...*op. cit.*

⁵¹ Laurell, A. C.: La Política Social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud, F.F. Ebert, México, 1991.

⁵² *Ibid*

⁵³ *Ibid*

trabajadores de la salud. Además, esta política ha causado un gran deterioro en las instituciones de salud como se puede observar en el pobre o nulo mantenimiento de las instalaciones, falta de medicamentos, instrumental, material de curación, ropa, alimentación de baja calidad, tanto a pacientes como al personal de salud.

Otro aspecto importante de la política sanitaria de corte neoliberal es la tendencia a focalizar el gasto y destinarlo a los sectores de la población más depauperada; el ejemplo más claro es el PRONASOL, el cual lejos de dar soluciones reales a estos grupos, es utilizado como un instrumento político-ideológico con el cual el Estado justifica el abandono de sus responsabilidades constitucionales como son el garantizar el derecho a la salud de la población. Por otro lado, la pretendida descentralización del sector salud, tiene como características primordiales, ser vertical y antidemocrática, dos razones fundamentales para que la descentralización no pueda consolidarse y ser funcional;⁵⁴ otro aspecto fundamental dentro de la actual política sanitaria es el impulso a los seguros médicos privados, los cuales han proliferado, sobre todo en el último sexenio (1988-1994) al acercarse cada vez más al modelo de atención médica de los Estados Unidos.⁵⁵

Todos estos aspectos delinear perfectamente la corriente neoliberal, la cual es totalmente incompatible con la democratización del acceso a servicios de salud y bienestar social; su privatización ha demostrado históricamente que disminuye el acceso universal y aumenta la desigualdad social.⁵⁶

Como se puede apreciar, el sector salud sufre actualmente una transformación muy importante, en donde además de los problemas mencionados se pueden observar los siguientes.

54 López. La política de salud... *op. cit.*

55 Laurell. La política social...*op. cit.*

56 Eibenschutz, C. Poder, Salud y Democracia. Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1991.

Una creciente desigualdad entre los distintos grupos y clases sociales en términos de acceso real a los servicios de salud y en el tipo y la calidad de los servicios disponibles para cada uno de ellos. Así existen los servicios a población abierta cada vez más limitados que ofrecen atención casi exclusivamente en el primer nivel. Otro factor es el aumento en las cuotas de recuperación que muchas veces hace inaccesible este servicio. En cuanto a las instituciones públicas de seguridad social a pesar de que disponen de los tres niveles de atención para su población derechohabiente, ésta ha decaído sustancialmente en cuanto a calidad, debido en parte al aumento de la cobertura y la disminución del presupuesto en términos reales.⁵⁷

Otro de los aspectos a considerar es el deterioro salarial de los trabajadores de la salud a partir de 1983, el cual ha provocado que la mayoría de los trabajadores tenga dos o más empleos, y que los médicos prefieran la práctica privada a la institucional. Además de lo poco atractivo que resulta para el trabajador su actividad, ya que la organización y división del trabajo está reglamentado y controlado verticalmente, dejándolo sin iniciativa ni creatividad, lo que se traduce en una descalificación creciente del individuo.

Las condiciones hasta aquí referidas, han propiciado un creciente desprestigio de las instituciones de salud y como en otras instituciones públicas, esto ha servido como pretexto para su privatización con el argumento de que si tales instituciones funcionaran como empresas, esto es, entrando al libre juego de la oferta y la demanda, se verían en la necesidad de otorgar un mejor servicio. Una muestra de ello es el caso de Teléfonos de México (TELMEX) empresa que por cierto no mejoró su servicio al privatizarse; sin mencionar las estupendas ganancias que se pueden obtener de la medicina privada. Así, tenemos que entre 1980-1989 los precios de los servicios médicos privados aumentaron 930 veces.⁵⁸

⁵⁷ Laurell, C. La política social... *op. cit.*

⁵⁸ López, O. La política de salud... *op. cit.*

Cabe mencionar que hasta el momento, el gobierno ha negado que el sector salud se vaya a privatizar. Sin embargo, hay muchos mecanismos por los cuales esta privatización puede llevarse a cabo. Uno de ellos es la subrogación de algunos servicios a compañías, hospitales o laboratorios privados, con el argumento de que no se cuenta con el equipo adecuado, las instalaciones idóneas, entre otras condiciones.

Otro mecanismo es la posibilidad que otorga la Ley del Seguro Social de contratar servicios médicos privados para los trabajadores, siempre y cuando estén de acuerdo patrones y sindicato.⁵⁹

Como se señaló en líneas anteriores, los seguros médicos son otra de las alternativas, ya que estos pueden ser contratados en forma individual o colectiva. Desde luego a este tipo de servicio únicamente pueden aspirar aquellos que estén en condiciones de pagar el monto fijado por la aseguradora, opción que automáticamente deja fuera a la mayor parte de la población.

Dentro de la política sanitaria actual se consideran también aspectos encaminados a "favorecer la salud de las mayorías" y de esta manera se impulsa a la participación social, como un mecanismo por el cual la población toma en sus manos la solución de sus problemas de salud en forma colectiva. Dentro de esta misma tónica se contempla una nueva cultura de la salud en la cual los individuos son los directamente responsables y por tanto se promueve el autocuidado como una forma de solución, sin embargo en el fondo se observa una tendencia a "culpabilizar a la víctima" por sus problemas de salud.

Esta postura de las instituciones de salud no tiene otra finalidad que disminuir el gasto social destinado a este sector, soslayando su responsabilidad sobre los problemas de salud colectiva. Dentro de este marco encontramos la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que plantea la participación social como uno de sus puntos fundamentales.

⁵⁹ Laurell, C. *La política social... op. cit.*

Hasta aquí se ha hecho una breve reseña del marco teórico y el contexto político dentro del cual se ubica este estudio y que por supuesto se constituye como elementos necesarios y punto de referencia para sustentar nuestra propuesta metodológica.

CAPITULO II

INVESTIGACION PARTICIPATIVA Y PARTICIPACION COMUNITARIA

Para impulsar la participación organizada y consciente de la población, es preciso abordar el tema de la investigación participativa, en su acepción latinoamericana y el modelo obrero italiano, en el cual basamos nuestra propuesta.

1. La investigación participativa latinoamericana

La investigación participativa surge formalmente como una propuesta de investigación alternativa dentro de las ciencias sociales. Su rasgo primordial es que reconoce el potencial de la población para identificar sus problemas, proponer y asumir alternativas de solución.

La investigación participativa es una propuesta metodológica, que parte de un planteamiento crítico y transformador y, por lo tanto, sustancialmente diferente. La investigación participativa en esta vertiente se ha caracterizado porque se desarrolla desde las clases dominadas. No busca describir situaciones particulares y/o sociales de la pobreza, su finalidad es concientizar a los involucrados en la solución de sus problemas sin delegarlos a otras instancias de decisión.⁶⁰

Cuando hablamos de investigación participativa, por lo general, nos referimos a la participación de las clases dominadas, ya que otros grupos sociales tienen instancias de participación y de decisión social a las cuales los primeros no tienen

⁶⁰ Schutter, A. Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. En *Reñablo de Papel* 3. CREFAL. Páztcuaro, Mich., México. 1986.

acceso; así, este tipo de investigación se asocia inmediatamente con las clases sociales más explotadas.⁶¹

De esta forma, la investigación participativa nace, como una estrategia para dar poder (*empower*) a los sectores que han sido excluidos institucionalmente, con el fin de que aquellos puedan asumir las tareas necesarias para lograr mejores condiciones de vida, participando en la creación de una nueva sociedad.⁶²

Uno de los principales objetivos de los profesionales o técnicos que promueven la investigación participativa es el de proporcionar a la población la metodología de investigación para que sea ella misma la que decida cuales son los problemas que le interesa investigar y resolver. En este tipo de investigación aparte de generar conocimiento es indispensable vincularlo con la solución de problemas.⁶³

Sin embargo, la participación es algo que se aprende; es una conquista y no algo que se otorga. Por lo tanto independientemente de la voluntad o buena intención del investigador, la investigación participante tiene que ser reconocida y aceptada por los investigadores participantes.⁶⁴

La participación significa romper con estructuras de representaciones sociales internalizadas que reproducen a nivel ideológico y psicológico los patrones de estilo autoritario; es un proceso de aprendizaje largo, costoso y doloroso.⁶⁵

Como toda investigación, la investigación participativa no es neutral; desde el momento que se plantea la participación de todos los interesados para modificar sus condiciones desfavorables, se deja en claro la posición ideológica política que va a orientarla.⁶⁶

⁶¹ Yopo, B. Metodología de investigación participativa. Cuadernos del CREFAL. Pátcuaro, Michoacán, México. 1989.

⁶² Park, P. Qué es la investigación participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas. Traducido por María Cristina Salazar. Universidad Nacional de Colombia, 1990.

⁶³ Schutter. Investigación participativa... *op. cit.*

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Sirvent. Participación de la comunidad... *op. cit.*

⁶⁶ Boris. Metodología de investigación... *op. cit.*

De tal forma que, si el interés del o los investigadores es que la comunidad participe en la investigación en la simple recolección y tabulación de datos y ésta no tiene injerencia en otros momentos importantes de la investigación, ni en la toma de decisiones respecto a que se va a hacer con la información obtenida, la investigación tendrá repercusiones poco significativas para la población. Por el contrario, si la participación empieza desde la definición de los aspectos a investigar y llega hasta la delimitación de las acciones que serán adoptadas para lograr un mayor control de las decisiones relevantes, estaremos hablando de una investigación participativa comprometida.⁶⁷

Rodríguez Gabarrón ha retomado de diferentes autores sus planteamientos en cuanto a investigación participativa y los ha sistematizado en diez principios básicos que pretenden englobar y concretar formas diferentes que demuestran una misma idea.

Los primeros seis principios tienen una carga mayor de planteamientos epistemológicos, puesto que constituyen la base para la construcción de la relación con la realidad y para diseñar o realizar modos diferentes de vinculación con el conocimiento. Los que van del séptimo al décimo tienen una mayor carga teórico-metodológica, y representan un modo específico de relación con la realidad; de relación explícita con el conocimiento y su particular proceso de producción, así como de construcción del objeto.⁶⁸

1) El punto de partida está ubicado en la perspectiva de la realidad como una totalidad.

La realidad constituye un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho. A partir del método materialista se propone conocer la realidad reproduciendo de ella idealmente, todos sus planos

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ Rodríguez, Gabarrón Luis. Investigación Participativa en América Latina: Sus Principios Básicos. Tomado de "Metodología Participativa: Infancia Callejera y Programas de Atención". Fundación Latinoamericana de Consultores FULCO A.C.

y dimensiones. Sin embargo, no se pretende ingenuamente, conocer y explicar toda la realidad sino un aspecto particular de ella en sus relaciones en la totalidad.

Para investigar y actuar en una realidad, en un todo que posee su propia estructura, es necesario entender el proceso en el campo de la lógica. Ese proceso es también el método de pensamiento; es el método de ascenso de lo abstracto a lo concreto, es un movimiento que se opera en los conceptos, en el elemento de la abstracción. A partir de la representación viva, caótica e inmediata del todo, el pensamiento llega al concepto, a través del cual se opera el retorno al punto de partida. Pero ya no retorna al todo vivo e incomprensido de la percepción inmediata, sino a la conceptualización del todo ricamente articulado y comprendido; al de las múltiples determinaciones y relaciones que coincide con la comprensión de la realidad.

2) La realidad concreta de los propios participantes del proceso.

Pero la realidad concreta es algo más que un conjunto de hechos y datos objetivos sobre una población. Es, además, la percepción subjetiva que—de tales hechos y datos—tiene la población involucrada en ellos. La objetividad y la subjetividad (al igual que otras categorías) interactúan dialécticamente configurando y develando una realidad concreta, que es a la vez única y síntesis de lo múltiple; y que es unidad y concreción de múltiples determinaciones y contradicciones.

En la investigación participativa se plantea la realidad concreta como el objeto a conocer y a los participantes (comunidad e investigadores) como sujetos cognocentes.

3) Los procesos y estructuras, las organizaciones y los sujetos, se contextualizan en su dimensión histórica.

Son comprendidos en sus interrelaciones histórico-estructurales y en el contexto de la sociedad global, contrarrestando así una visión parcializada, sectorializada e individualizada.

La relevancia que tiene en la investigación participativa el restituir críticamente la historia a las clases sociales, se explica reforzando su identidad y sentido de pertenencia. Esto es, se trata de escribir su historia como clase partiendo de su realidad y cultura.

La influencia de esta perspectiva histórica de los fenómenos, hechos y procesos, logra cambios en los métodos y técnicas. Se reemplazan los procedimientos cuantitativos predominantes por una articulación de elementos cuanti-cualitativos y, en ocasiones, se priorizan los cualitativos. Se reestructuran algunos instrumentos como la encuesta y se contextualizan en la perspectiva participativa.

4) La relación tradicional de sujeto-objeto entre el investigador y los grupos populares, se convierte en una relación sujeto-sujeto.

Se constituye como postulado en oposición a la relación hegemónica de sujeto-objeto, propia del positivismo-empirista.

La relación sujeto-sujeto se conceptualiza y se instrumenta mediante lo que Freire fundamenta como principio de la *dialogicidad*. Se refiere a un diálogo reflexivo-concientizador, crítico, democrático y antidogmático; de comunicación efectiva que le imprime un sello de horizontalidad a la relación investigador con los grupos populares. Con esta relación ambas partes investigan, enseñan y aprenden, al tiempo que realizan una acción transformadora y una *praxis* liberadora. No se trata de transformar a los seres humanos sino a la realidad.

La relación comunicativa, dialógica, entre los sujetos cognoscentes en torno a un objeto cognoscible, posibilita el acto cognocitivo.

5) La unidad de la teoría y la práctica supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada.

Separada de la práctica, la teoría se transforma en simple verbalismo. Separada de la teoría la práctica no es más que activismo ciego. Es necesario desarrollar

intensamente la relación entre teoría y práctica, no como una yuxtaposición o superposición sino como unidad contradictoria, sin negar el papel fundamental de la teoría. Esta deja de tener repercusiones cuando no hay una práctica que la motive. En síntesis, praxis es la categoría que asume la relación dialéctica entre teoría y práctica.

6) El conocimiento académico y el popular se articulan, críticamente en un conocimiento diferente y alternativo.

Destaca la diferencia entre el objeto de las ciencias naturales y el de las ciencias sociales críticas, porque en estas últimas es factible un diálogo, una participación del ser humano como sujeto histórico, activo y pensante, dentro de un proceso colectivo de generación de conocimientos.

Este principio es uno de los que mejor explica el papel del investigador, así como las relaciones entre el conocimiento científico-académico hegemónico y el saber común-popular. La articulación y el cuestionamiento crítico de ambos produce un nuevo conocimiento, un conocimiento científico-popular, un saber de clase que se puede calificar de alternativo.

La participación es la base de esta metodología de investigación-acción-educación, porque el agente externo llega a los sectores populares a integrarse como facilitador de procesos y estructuras para la producción y reproducción del conocimiento.

7) La participación popular debe ser, preferentemente, a través de todo el proceso de investigación-educación-acción.

Este requisito metodológico es distintivo y de mayor rigurosidad para la modalidad que se denomina específicamente investigación participativa. Se exige que **la comunidad forme parte de, y tome parte en**, cada una de las etapas del proceso, especialmente en los momentos de toma de decisiones.

Participar es, fundamentalmente, influenciar en el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones sociopolíticas. Es un derecho humano básico; es el derecho a participar en la toma de decisiones que controlan o alteran la vida del ser humano. Implica acción, y representa una modalidad específica de comportamiento.

8) *Compromiso político e ideológico del investigador con el sector popular y su causa.*

Se deriva de los principios básicos anteriores y de un serie de cuestionamientos críticos, en especial en contra de la supuesta neutralidad de los científicos cuyo trabajo finalmente beneficia el conocimiento y poder de los grupos dominantes.

9) *Reconocer el carácter ideológico de la actividad científica y educativa.*

Este es otro de los postulados cuyos antecedentes se encuentran vinculados a la polémica sobre la neutralidad positivista, supuestamente apolítica y no ideologizada. Se desarrolla como principio teórico al concientizar y explicitar el compromiso político del investigador-educador. En su práctica social y en su metodología el investigar, coordinar o asesorar, adopta consciente o inconscientemente una postura ideológica, y una opción política.

10) *La investigación, educación y acción, se convierten en momentos metodológicos de un sólo proceso para la transformación.*

Son momentos interactivos que se diferencian y se combinan repetidamente a través de las distintas etapas. Están en constante flujo entre agentes externos y comunitarios, siempre hacia una misma finalidad transformadora.

Cualesquiera de los tres componentes, aislados, resultan insuficientes para la transformación—vista como cambio estructural—de una realidad. De aquí que se

hace necesaria su conjunción en formas conceptuales diferentes, metodológicas y operativas.

Después de plantear estos conceptos, se hace necesario mencionar que existen diversas propuestas metodológicas de la investigación participativa, las más conocidas son: la investigación participativa, la investigación acción y la investigación acción participante.⁶⁹

2. Tipos de investigación participativa

2.1 La investigación participativa⁷⁰

La investigación participativa plantea la reformulación de la relación sujeto-objeto en la generación de conocimientos. El nuevo objeto, entonces, no son los individuos de las comunidades estudiadas sino las condiciones en las cuales se desarrollan.

El objeto de estudio no es algo permanente ni estático sino un objeto que hay que construir de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Los individuos involucrados son considerados investigadores participantes, sin que esto necesariamente implique la trascendencia de los conocimientos generados en acciones de cambio.

Si bien esta propuesta metodológica cumple con algunos de los principios arriba explicitados, no es completa ya que no plantea la transformación como un elemento relevante. Se queda en el nivel de generación del conocimiento sin vinculado a una práctica de compromiso y concientización.

⁶⁹ Schmelkes, S. Fundamentos teóricos de la investigación participativa. En: Investigación participativa: algunos aspectos críticos y problemáticos. Cuadernos del CREFAL 18. Pátzcuaro, Michoacán, México. 1991.
⁷⁰ *Ibid*

2.2 Investigación-acción⁷¹

Esta forma de investigación plantea la necesidad de integración del binomio teoría-práctica y su finalidad es la modificación intencional de una realidad dada a través de la *praxis*.

La investigación-acción no implica necesariamente la participación de los investigados, ya que los investigadores pueden impulsar cambios sin tomar en cuenta a los afectados, tal sería el caso de muchas acciones gubernamentales que con fines políticos intervienen en una comunidad y llevan a cabo transformaciones que pueden no estar de acuerdo con los rasgos culturales o de otro tipo de los destinatarios.

Esta propuesta, en contraste con la anterior, vincula los aspectos teóricos con los prácticos, al generar una propuesta de transformación, pero adolece del principio fundamental de la participación de los involucrados y directamente afectados por la investigación y por las transformaciones propuestas a partir de ésta.

2.3 Investigación-acción *participativa*⁷²

Esta propuesta surge en 1982 en la reunión de Punta de Tralca, en la cual Fals Borda, reconocido defensor e impulsor de la investigación-acción, propone conjuntar la solución de las dos contradicciones sujeto-objeto y teoría-práctica. Para lograrlo, plantea que es necesario el compromiso del investigador o promotor de la investigación. Para Fals Borda el lograr esta conjunción tiene los siguientes resultados:

- Genera conocimientos que respondan a los intereses de transformación de las clases subalternas.

71 *Ibid*
72 *Ibid*

- Crea ciencia popular y, consecuentemente, fortalece la lucha contrahegemónica.
- Conduce a la transformación social real.

- Es un instrumento de educación popular para buscar la potenciación del poder de lucha y negociación de los sectores populares.⁷³

Un fundamento esencial es la participación de los involucrados en la identificación de sus problemas. Esto genera un conocimiento que los va concientizando acerca de los problemas de la realidad. Esto cobra su más cabal significado cuando se entiende que en ningún caso basta el mero conocimiento sensitivo, es decir, lo que se capta a través de los sentidos. Lo que importa en el quehacer científico, en este caso en el quehacer de la ciencia emergente, es un conocimiento racional, lógico que busca la esencia de las cosas; que va más allá de las apariencias y que comprende la relación interna de estas. Este conocimiento se basa en lo sensitivo, pero lo trasciende; y en su capacidad de trascenderlo reside su naturaleza de ciencia.⁷⁴

Como se puede observar esta última propuesta metodológica conjunta los principios anteriormente expuestos.

3. El modelo obrero italiano

El Modelo Obrero es una propuesta de investigación-acción participativa que surge en Italia a fines de la década de los 60. Fue ampliamente utilizado con éxito, en gran parte de los movimientos por la salud protagonizados por los trabajadores italianos en los años 70s.⁷⁵ Esta propuesta tiene la virtud de conjugar

⁷³ Fals, O. " La ciencia y el pueblo", En Investigación Participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Mosca Azul editores, Lima, 1982.

⁷⁴ Schmelkes, S. Fundamentos teóricos... op. cit.

⁷⁵ Laurell, C. "Ciencia y experiencia obrera: La lucha por la salud en Italia" Cuadernos Políticos No. 41, México, 1983.

la experiencia obrera con el conocimiento de científico de los técnicos. Permite incorporar a las demandas sindicales aspectos de salud encaminados a transformar las condiciones de trabajo y no únicamente a poner precio a los daños sufridos por los obreros.

En el Modelo Obrero se conjugan los 10 puntos planteados por Luis Rodríguez Gabarrón y que persiguen los siguientes objetivos:

- La investigación y la acción sobre la realidad estudiada son parte de un mismo proceso. Es decir, teoría y práctica se integran en una combinación de investigación, educación aprendizaje, acción.
 - Los grupos humanos en estudio (obreros, colonos, campesinos, etc.) son sujetos protagónicos y activos al igual que los técnicos o profesionales investigadores.
- Parte de entender la realidad como una totalidad.⁷⁶

El Modelo Obrero tiene un requisito básico que consiste en la organización obrera, quien impulsa la investigación y es la única capaz de llevar hasta sus últimas consecuencias los resultados de la investigación. Sólo un movimiento obrero organizado logra transformaciones.

Los cuatro principios fundamentales del Modelo Obrero son:

- a) La experiencia obrera. Se refiere a que los obreros tienen la experiencia que les da estar inmersos en el proceso de trabajo mismo y que, por lo tanto, son quienes mejor lo conocen, ya que lo viven y padecen cotidianamente. De esta manera los trabajadores pueden identificar los riesgos y daños a la salud relacionados con cada uno de los momentos del proceso y sugerir soluciones. El papel de los técnicos en esta investigación es la de facilitar el proceso y dar las orientaciones técnicas necesarias.

⁷⁶ Ríos, V. en: En defensa de la salud en el Trabajo. Coordinador: Mariano Noriega. SITUAM. México. 1989.

- b) El grupo homogéneo. La conformación de grupos que compartan condiciones de trabajo similares, tipo de trabajo y exposición a riesgos comunes, facilita el intercambio de experiencias.
- c) La validación consensual. Se refiere a la posibilidad de llegar a acuerdos en las discusiones de los grupos homogéneos, en cuanto a la identificación de riesgos, daños y soluciones.
- d) La no delegación. La salud de los trabajadores no debe de ser delegada a la patronal, las autoridades de salud o a otras instituciones. La salud es parte de la lucha obrera, sobre todo si se toma en cuenta que luchar por la salud es luchar por mejores condiciones de trabajo.

Por estas características, la metodología del Modelo Obrero sirvió como base para estructurar la propuesta de trabajo de la presente investigación. Así, el Diagnóstico Participativo de Salud retoma estos principios, los cuales serán desarrollado más adelante.

4. Participación Comunitaria

En la estrategia de atención primaria a la salud, planteada para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", se propuso que la "participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de atención en salud a toda la población, en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso de atención".⁷⁷

Con base en las consideraciones teóricas planteadas en el primer capítulo, se parte de definir a la comunidad como el conjunto de personas con una cultura, con capacidad para identificar, priorizar y resolver sus problemas y que vive en condiciones de vida semejantes, y no como un conglomerado homogéneo, ni como la suma aritmética de sus integrantes.

⁷⁷ Declaración de Alma Ata, 1978.

Por otro lado, si partimos de conceptualizar al proceso salud- enfermedad bajo un enfoque histórico-social, encontraremos que los perfiles patológicos están determinados por las condiciones de vida predominantes en una comunidad, se hace indispensable llevar a cabo una planeación local de los programas y actividades de salud, que contemple una estrategia de coparticipación tanto del sector salud como de otros sectores y la participación organizada de la comunidad.

Este planteamiento supone que, a través de la participación, la comunidad se involucra en la solución de sus problemas, modifica aspectos individuales, familiares y colectivos en favor de su salud y coloca sus necesidades más cerca de la toma de decisiones en los servicios de salud. Estos a su vez, cambian su concepción de cómo brindar servicio, se adecúan a las necesidades locales y mejoran la eficacia de sus acciones.

Sin embargo, cuando se habla de participación de la población, el problema que se plantea es muy complejo si se quiere trascender el nivel de la sola utilización de la comunidad para el desempeño de tareas decididas previamente por el sector salud y que tradicionalmente se ha llevan a cabo a través de la orientación y/o manipulación de la población, sin tomar en cuenta sus necesidades e intereses.

La participación no es la distribución de tareas a la comunidad, tareas que son decididas por los profesionales de la salud, sino las actividades que los individuos de la comunidad despliegan en función de sus intereses colectivos de salud.⁷⁸

Para que la participación sea real, necesitamos una contraparte organizada y suficientemente representativa que pueda solicitar, apoyar, controlar y, en todo caso, rechazar la intervención.⁷⁹

⁷⁸ Eibenschutz, C. Poder, Salud y ... *op. cit.*

⁷⁹ de Keijzer, Benno. "El Estado y la participación popular en salud". Ponencia presentada en el I Foro de Trabajadores de la Salud. Abril. 1993.

Sin embargo, las instituciones de salud están organizadas para que la entrega de servicios se planifique y decida en forma vertical, centralizada y sustentada en el modelo médico hegemónico, que prioriza el aspecto curativo.

Un primer problema es la extrema verticalidad que caracteriza a los programas e instituciones de salud que normatizan hasta el último detalle el tipo y contenido de las acciones que realizará el personal y la comunidad.⁸⁰

Por otro lado, no es posible pretender que la participación comunitaria contemple un solo aspecto de la vida, como es la salud, ya que los problemas de la población se inscriben en un contexto socio-político mucho más amplio.

En este contexto, las experiencias de participación comunitaria en salud, han sido limitadas en sus resultados ya que no se ha logrado la toma de conciencia de la gente en relación a sus problemas de salud; tampoco se ha dado un cambio de actitud de los prestadores de los servicios y, en consecuencia, no se ha alcanzado un impacto significativo en las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

En la promoción de la participación de la comunidad, generalmente se desarrollan acciones educativas que conviene analizar. Los contenidos y metodologías utilizados en la llamada educación para la salud tampoco contribuyen a generar procesos realmente participativos. En forma implícita o explícita estos contenidos plantean una visión de la enfermedad como responsabilidad individual (cuando mucho familiar); se concentra la "causalidad" y la solución de los problemas de salud en la conducta (malos hábitos de higiene, alimentación, procreación, etc.), más que en el análisis de las condiciones de vida y trabajo de los sectores subalternos.⁸¹

Queremos insistir, no se trata de cambiar a los sujetos sino de transformar las condiciones en que se desarrollan, es decir mejorar su calidad de vida.

80 *Ibid*
81 *Ibid*

Por lo tanto, es necesario cuestionarse qué tipo de participación en salud se pretende desarrollar y cuáles serían las estrategias para lograrlo tomando en cuenta los contextos locales.

En relación con el concepto de participación comunitaria en salud, existen diferentes interpretaciones y aún se han propuesto y utilizado nombres distintos con el objeto de dar énfasis a alguna o algunas características de este complejo proceso. Sin embargo, es importante resaltar que las diferentes propuestas de participación comunitaria están en relación directa con los propósitos que se pretenden alcanzar.

En tal sentido, es importante distinguir dos vertientes teóricas y, sobre todo, prácticas en la concepción y aplicación de la participación en salud. Una vertiente concibe como participación a la intervención de la población en actividades definidas de antemano (como vacunaciones, campañas de limpieza) sin que participe en la definición del qué, para qué y el cómo se ejecutan dichos planes. Una segunda vertiente plantea un proceso en el cual los sectores subalternos intervienen progresivamente desde la planeación hasta la evaluación pasando por la toma de decisiones en actividades que la benefician y una creciente intervención en el funcionamiento de las instituciones de salud.⁸²

Esto ha permitido que cada una de estas propuestas aporten elementos valiosos para entender distintos aspectos de la participación, pero quizá el punto más débil es que el desarrollo conceptual no ha partido de las experiencias concretas. A su vez, mucho del trabajo de participación comunitaria se hace en forma empírica, enfrentando numerosos problemas por lo que es una necesidad lograr un encuentro entre estos dos niveles.⁸³

⁸² *Ibid*

⁸³ de Roux, G. Participación y cogestión de la salud. Educación Médica y Salud, vol. No., 1993.

Como se mencionó anteriormente, la participación comunitaria toma las características del propósito de quien la promueve, es así que la podemos clasificar en cuatro grupos:

1) *La participación comunitaria orientada, de colaboración o manipulada*

La institución que promueve la participación es la que establece las actividades en las que la población va a participar. Estas actividades responden a necesidades muy concretas de los programas establecidos por la institución de acuerdo con sus objetivos y prioridades. Es así que la comunidad no tiene injerencia en la toma de ninguna decisión.⁸⁴

2) *La participación comunitaria de cogestión o coparticipación*

En esta forma de participación la comunidad comparte con las instituciones la determinación de la problemática y la toma de decisiones en las propuestas de solución.⁸⁵

En este tipo de participación hay una responsabilidad compartida en la toma de decisiones, entre las instituciones y la comunidad. Cabe destacar que en esta propuesta la comunidad tendrá que impulsar las acciones y participar en ellas, pero no sustituye la participación que corresponde a las instituciones gubernamentales.

Sin embargo, este tipo de participación requiere de una amplia apertura por parte de las instituciones ya que supone la descentralización, la democratización del poder y de los mecanismos para acceder a él.

Los principales problemas a los que se enfrenta este tipo de participación es la resistencia de las instituciones a compartir el poder con la población, ya que ellas se adjudican el único conocimiento verdadero, menospreciando el conocimiento y la experiencia de la comunidad.

⁸⁴ *Ibid*

⁸⁵ de Roux, G. Participación y cogestión... *op. cit.*

3) *La autogestión*

La participación puede ser promovida por la institución por la contradicción generada en el mismo proceso o como una demanda de la misma comunidad. Esta es una de las participaciones más difíciles de lograr, incluso cuando sea a propuesta de la población. Implica un gran ejercicio democrático de la gente que participa, una organización sólida, concientización y recursos.⁸⁶

Para que los procesos mantengan su independencia se requiere que exista una conciencia bien desarrollada sobre la importancia de la autodeterminación, de mantener el dominio sobre el programa, y la autonomía para tomar decisiones fundamentales.

Este hecho es de relevante importancia ya que muchos movimientos “liberadores” promueven la participación autogestiva sin reflexionar que a lo único que lleva es a transferir la responsabilidad del Estado a los pobladores de las comunidades o a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), actitud incorrecta desde nuestro punto de vista.

4) *La participación como negociación*

En esta propuesta de participación se delega en las instituciones del Estado la responsabilidad de la oferta de los servicios, la comunidad participa demandando eficiencia y calidad y le responsabiliza para instrumentar algunas acciones de protesta cívica para demandar mejoras en los servicios que se acompañen de la movilización y negociación con el Estado.⁸⁷

Esta clasificación engloba a casi todas las posibles experiencias de participación comunitaria. Sin embargo, éstas no se presentan en forma pura, ya que en una misma experiencia de participación comunitaria es posible encontrar combinaciones.

⁸⁶ *Ibid*
⁸⁷ *Ibid*

Para entender la participación comunitaria en un sentido amplio, es necesario contestar algunas preguntas: ¿para qué la participación?, ¿quién participa?, ¿para quién se participa?, trataremos de responder a estas preguntas aunque sea en forma breve:

¿Para qué se participa?

Para responder a esta pregunta se tiene que tomar como punto de partida si la participación es un medio y/o un fin en sí misma. En la mayoría de las propuestas participativas no se hace esta reflexión.

Desde nuestro punto de vista la participación es el medio por el cual se van a generar los cambios estructurales que nos den como resultado una elevación de las condiciones de vida y, por ende de la calidad de vida como un concepto integral. Cuando se plantea la participación como un fin se corre el riesgo de que ésta se convierta en mera manipulación.

¿Quién participa?

Una respuesta simple sería "la comunidad". Sin embargo, como dijimos antes hablar de la participación comunitaria en un sentido tan amplio a lo único que nos lleva es a no concretar nada. Es así, que tratando de ser más específicos diremos que participan los individuos de la comunidad y que ésta participación tiene que ser organizada, democrática, voluntaria y comprometida.

Es de suma importancia hacer énfasis en que estos cuatro elementos son los que permitirán la permanencia y calidad de la participación.

- a) *Participación organizada.* El cumplimiento de objetivos no es posible con la participación dispersa, espontánea y anárquica de las personas de la comunidad. Por lo tanto, se plantea como requisito indispensable la organización y el trabajo en equipo.

Para lograr esto es necesario que cada uno de los integrantes tenga clara la importancia de su participación, pero además objetive la importancia de la participación de los demás y la función que cada uno tiene en la organización. Esto permite una verdadera colaboración y el logro de los propósitos de la participación.

- b) *Participación democrática.* Uno de los aspectos más importantes a resaltar es el ejercicio democrático en la organización, ya que todos los participantes tienen que tener voz y voto en las decisiones de ésta. En la organización están representados los intereses de la comunidad, los que tendrán que imponerse a los intereses particulares, de grupo o institucionales.
- c) *Participación voluntaria.* Si bien la organización tiene que surgir de la elección de representantes reconocidos por la comunidad, es de suma importancia que éstos estén convencidos de que la participación implica acciones que requieren de tiempo y esfuerzo y estén dispuestos a asumirlas.
- d) *Participación comprometida.* Este último elemento está muy relacionado con el anterior y quizá es el más difícil de lograr, pero también es a través del cual se puede consolidar la participación comunitaria. En la medida que los individuos que participan se involucran con el proceso de cambio y se conscientizan de éste, es que hablamos de compromiso, y por tanto, los resultados serán cualitativamente significativos.

¿Para quién se participa?

Este aspecto resulta de gran importancia ya que muchas veces se confunde al destinatario de la participación al creer que se está participando para la o las instituciones involucradas en el proceso. Todos los participantes deben de tener claro que el destinatario final de la participación es la comunidad.

Queremos insistir en que la participación comunitaria tiene que tener objetivos bien definidos y estos deberán de ser perfectamente bien conocidos por todos los involucrados. La participación va desde el diagnóstico de necesidades, hasta la toma de decisiones que lleven a propiciar cambios que mejoren las condiciones de vida de la comunidad.

Una última reflexión en cuanto a la participación comunitaria y que en realidad es lo que determina hacia donde se encamina una propuesta de participación, es el problema del poder.

El poder es la capacidad de una clase o grupo social para realizar sus intereses y objetivos específicos participando directa o indirectamente en los centros de decisiones y su instrumentación afectan a la sociedad entera, asegurando de esta manera que una orden o decisión de contenido específico sea reconocida también por un grupo determinado de la sociedad.⁸⁸

Lo que está finalmente en juego, al hablar de participación, es la cuestión del poder, participar significa cuestionar el poder, distribuirlo y democratizarlo.⁸⁹

Si una propuesta de participación no se plantea el problema del poder como una cuestión central, se puede decir que se está hablando de cualquier cosa menos de participación. Y si se toma en cuenta este problema, es necesario saber hasta qué punto el grupo, la institución o el Estado están dispuestos a compartir y ceder poder a la comunidad. Es así que la participación es un ejercicio de democracia y que la democratización de la salud pasa por el poder.⁹⁰

⁸⁸ Heller, C. El Poder y el Estado. En Poder, Política y Estado. México. ANUIES. 1976.

⁸⁹ de Keijzer, B. El Estado y la participación... *op. cit.*

⁹⁰ Eibenschutz, C. Poder, Salud... *op. cit.*

CAPITULO III

EL DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD

1. Propuesta metodológica

El diagnóstico participación-acción de salud, es un planteamiento metodológico que permite conocer y enfrentar los riesgos y daños para la salud presentes en la comunidad.

Tal como se señaló en el capítulo anterior, esta propuesta se basa en la metodología del Modelo Obrero Italiano⁹¹ que plantea la necesidad de generar conocimiento a través de la socialización de la experiencia de los obreros en la fábrica.

(...) la experiencia obrera no es sólo una fuente de información que puede ser aprovechada en los estudios para conocer un centro de trabajo en concreto, sino que involucra la relación entre los investigadores y los investigados; entre el sujeto y el objeto de la investigación.⁹²

En el caso de la comunidad, con la participación directa de los habitantes se puede lograr el reconocimiento y discusión de los problemas de salud que les afectan, sus determinantes y posibles soluciones. Así, las personas de la comunidad dejan de ser objeto de estudio y se constituyen en las protagonistas de la investigación y la transformación de su realidad.

Es importante señalar que fue necesario modificar algunos aspectos metodológicos, ya que la exploración en la fábrica es cualitativamente diferente a la de comunidad. Sin embargo, se retoman esencialmente los fundamentos

⁹¹ El Modelo Obrero se refiere en el Marco Teórico, en el Capítulo II.

⁹² Laurell, C., Noriega, M., La Salud en la Fábrica, Era, México, 1989, pp. 12.

originales del modelo.⁹³ A continuación se exponen las características que asumen tales fundamentos en el estudio en comunidad.

a) *La socialización del conocimiento*

Se parte de considerar que los habitantes de una comunidad son quienes mejor pueden conocer sus condiciones de vida y los daños a la salud que les afectan. Este conocimiento se basa en la percepción que la gente tiene de sus problemas de salud y que es susceptible de ser sistematizado para generar un conocimiento colectivo.⁹⁴

Por su parte, los técnicos conocen los principales factores de riesgo, cómo detectarlos y cómo prevenirlos. Por lo tanto en el intercambio de conocimientos y experiencias se posibilita una acción coordinada entre la comunidad y los técnicos de la que resulta:

Recuperación de conocimiento. Se plantea la recuperación de la experiencia y conocimiento objetivo-subjetivo de los involucrados.

Reorganización del conocimiento. Todo el cúmulo de conocimientos y experiencias debe ordenarse para una mejor comprensión del proceso salud-enfermedad. En esta tarea es fundamental la participación de los técnicos como facilitadores.⁹⁵

Generación de un nuevo conocimiento. De la conjunción del conocimiento de los habitantes de la comunidad y el de los técnicos participantes, se genera un nuevo conocimiento más preciso y diversificado que el de cada uno de los actores.

Apropiación del conocimiento. Este conocimiento no es sólo para incrementar el conocimiento de la comunidad científica sino que debe de ser socializado y utilizado por los directamente involucrados para resolver sus problemas.

93 Ríos. En defensa de la salud... *op. cit.*

94 Rodríguez. Investigación participativa... *op. cit.*

95 Ríos. En defensa de la salud... *op. cit.*

Difusión del conocimiento. Finalmente, el conocimiento generado en este proceso deberá darse a conocer a otros miembros de la comunidad que por diferentes razones no se hayan involucrado en el proceso de investigación-acción participativa, así como a otras comunidades que no participen, pero a las cuales puede servir como punto de partida para generar nuevas propuestas.

b) El grupo homogéneo

Si reconocemos que la comunidad es un conglomerado de personas con características heterogéneas, difícilmente se puede esperar encontrar situaciones tan uniformes como en los centros de trabajo.

En la comunidad interviene una serie de condiciones que hacen casi imposible construir grupos rigurosamente homogéneos. Nos referimos a condiciones como: la composición de la familia; las características de las diferentes ocupaciones; los distintos orígenes (ya que las familias que habitan una comunidad pueden provenir de diferentes partes del país o incluso de otros países).

Sin embargo, hay aspectos que los habitantes de la comunidad comparten en la mayoría de los casos como son: la infraestructura del lugar, el acceso a servicios de salud, escuelas, situaciones peligrosas, tipo de vivienda, etcétera.

Esto permite la formación de grupos de discusión, tomando como criterio general que compartan situaciones similares, por ejemplo, entre vecinos; personas de una misma manzana; una calle; un edificio de una unidad habitacional o una vecindad. Las distintas posibilidades dependen de las condiciones concretas en que se desarrolle la investigación.

Es importante resaltar que la conformación de estos grupos propicia la participación y la discusión, y en algunos casos es el primer acercamiento entre vecinos.

c) *Validación consensual*

En la construcción del conocimiento a partir de la experiencia concreta de un grupo, es preciso que se alcance un nivel de acuerdo tal que refleje, efectivamente, la realidad percibida por el grupo y no que resulte privilegiada la impresión (no compartida por el grupo) de unos cuantos o en el peor de los casos, de una sola persona.⁹⁶

En el caso de la comunidad, se construye el conocimiento con la experiencia de los participantes del grupo y su consenso colectivo.

Esto involucra el análisis y discusión entre los propios vecinos sobre sus condiciones de vida y salud. La discusión les permite identificar sus principales problemas de salud y enfermedad y llegar a un acuerdo—validación consensual—acerca de cuáles son los riesgos y daños a la salud que les están afectando como colectividad, proponer las soluciones más adecuadas, pero sobre todo tomar decisiones en cuanto a sus demandas.

d) *La no delegación de la salud*

Los principios hasta aquí señalados giran de uno u otro modo en torno a la no delegación de la salud, esta es la garantía última para lograr mejorar la salud de un grupo, en tanto que tiene en sus manos la identificación de los problemas y las acciones necesarias para resolverlas; esto quiere decir que no delegue la responsabilidad a otras instancias. Sin embargo, ello requiere que desarrolle la organización suficiente para realizar las tareas y presionar por las soluciones.⁹⁷

Para ello es indispensable que la comunidad participe activa y organizadamente, orientada a controlar los riesgos a la salud. Se trata de un proceso de concientización de que la salud no se delega, ni al Estado ni a la institución de salud ni al técnico y que es la propia comunidad la que tiene que tomar la salud en sus manos. Cuando decimos que la salud no se delega, nos

⁹⁶ *Ibid*

⁹⁷ *Ibid*

referimos a la capacidad de la comunidad para que en forma consciente y organizada demande los cambios necesarios que eleven sus condiciones y calidad de vida.

Antes de iniciar la descripción del procedimiento a seguir para hacer el Diagnóstico Participativo de Salud (DPS), queremos hacer hincapié en que esta es una propuesta de investigación cualitativa socio-epidemiológica que no pretende arrojar información para el análisis estadístico.

Así, sus características generales son:

- Es una investigación socio-epidemiológica porque conceptualiza— como se mencionó anteriormente—al proceso salud-enfermedad como un proceso social históricamente determinado.
- Pretende captar la percepción colectiva del proceso salud-enfermedad, a partir del análisis de las condiciones objetivo-subjetivas identificadas por los sujetos involucrados.
- El propósito de esta propuesta de investigación-acción participativa es elevar la calidad de vida y por lo tanto de salud de la comunidad a través de la participación consciente y comprometida de sus integrantes.

Fundamentalmente se utilizan los métodos cualitativos, de las ciencias sociales puesto que lo que se intenta es recuperar el contexto y las dimensiones humanas del fenómeno a través de una estrategia de investigación para la cual utiliza en forma predominante el lenguaje de las palabras. El énfasis radica en entender el mundo desde el punto de vista de los actores desde el interior del fenómeno.⁹⁸

⁹⁸ Pedersen, D. El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud. Presentado en la Conferencia Internacional sobre Metodologías de Evaluación Rápida en Salud. Washington, D.C., noviembre 1990.

Las técnicas cualitativas son utilizadas como elemento de síntesis para recoger aspectos relativos a necesidades y problemas de salud, así como sobre intervenciones específicas que no son fácilmente cuantificables. Se utilizan para ahondar en las explicaciones, en los porqués de determinadas prácticas sanitarias y también para establecer prioridades en salud de acuerdo con las necesidades percibidas por la comunidad antes que las necesidades percibidas por los expertos.⁹⁹

Se hace necesario establecer indicadores cualitativos de análisis de la participación en función de las características de las reuniones de discusión.

2. Desarrollo de la propuesta para el Diagnóstico Participativo de Salud

2.1 Guía de observación

Para realizar el **DPS** de la comunidad es necesario conocer los aspectos más relevantes que nos ayuden a tener una primera aproximación de las condiciones de vida de ésta.

Esto es importante cuando se trata de describir una comunidad en donde se planea desarrollar la metodología de investigación-acción. También en el caso en que sea la propia comunidad quien solicite la investigación. En ambos casos es indispensable conocer el entorno que se comparte a través de la observación sistematizada mediante una guía.

La guía de observación es un instrumento de recolección de información que diferentes disciplinas y planteamientos metodológicos han considerado útil en el trabajo de campo. Así ha sido utilizada por las ciencias sociales y la epidemiología.¹⁰⁰

⁹⁹ Robles. *Desarrollos Metodológicos... op. cit.*

¹⁰⁰ Gómezjara, F. *Técnicas de Desarrollo Comunitario*. Ediciones Nueva Sociología. México. 1978.

Es importante señalar que la guía de observación puede ser aplicada por diferentes personas involucradas en el proceso de investigación, ya que esto permite contrastar diferentes percepciones. El grupo de observadores debe estar compuesto por gente de la comunidad y los investigadores externos. La observación se hace por separado y posteriormente se conjuntan los resultados y se discuten con la finalidad de llegar a un consenso. En caso de que apenas se esté eligiendo la comunidad, la guía de observación se realiza únicamente por el equipo de investigadores externos.

La guía de observación está integrada por los siguientes rubros:

Ficha de identificación: En este rubro se anotan los datos del responsable de la observación y la fecha en que se realiza. Esto permite hacer aclaraciones en caso de duda.

Enseguida se anotan los datos de la comunidad como nombre y localización.

La guía se inicia observando la infraestructura existente de tal manera que se tenga una visión general de las condiciones de vida de la comunidad, por ejemplo: pavimento, alumbrado público, agua entubada, drenaje, camión recolector de basura, transporte, teléfonos públicos, correo, mercados, tianguis, lecherías, tortillerías, tiendas de abarrotes, comercio ambulante, carnicerías, centros de salud, hospitales públicos, clínicas privadas, consultorios médicos y dentales privados, escuelas públicas y privadas, lugares de recreación, lugares de reunión características muy generales del tipo de vivienda más común y centros de trabajo; condiciones ambientales, tales como basura y/o animales muertos en la vía pública, establos, granjas, animales domésticos, animales callejeros, animales de crianza, charcos, ruido, polvo, humos y pandillas.

Número

Educación:

Educación
guarderías
preescolar
primaria
secundaria
medio superior
superior
academias/tipo
institutos/tipo
tecnológicos

Servicios médicos
Servicios odontológicos
Prácticas alternativas/tipo
Parteras empíricas
otros

Características de la vivienda:

Tipo de construcción:
terminada
obra negra

Paredes:
adobe
tabique
madera
cartón

Techo:
cemento
lámina de asbesto
lámina de cartón
madera

Otras observaciones:
basura en la vía pública
perros callejeros
grupos o pandillas
animales muertos en la vía pública
charcos
otros

2.2 Identificación de los grupos organizados y personas que representan a la comunidad.

Cuando la propuesta de investigación surge de la propia comunidad, se tiene una gran ventaja, ya que garantiza el interés y la motivación de los involucrados en el estudio. Sin embargo, esta situación es poco común y generalmente las iniciativas parten de instituciones gubernamentales, universidades, grupos independientes como las ONG's o investigadores individuales.

En cada comunidad hay grupos organizados que pueden ser independientes o constituidos por el poder político local, también existen los líderes reconocidos por ésta y los impuestos a ella.

Para el **DPS** es necesario identificar cuáles de estos grupos y líderes tienen algún tipo de autoridad reconocida por la comunidad y establecer contacto con ellos. Se necesita tener un acercamiento y hacer una exposición muy clara del planteamiento de trabajo, sus propósitos, objetivos y finalidad, a fin de lograr no sólo la aprobación sino su involucramiento y colaboración en el desarrollo del trabajo.

Estos grupos o líderes son el vínculo con el resto de la comunidad; si ellos están convencidos de la necesidad y beneficios que el **DPS** podría representar para la misma, se tendrán aliados invaluable. Por el contrario, si no se logra transmitir interés y entusiasmo, el proceso será mucho más lento, difícil o imposible.

Entre los grupos independientes organizados, se encuentran con más frecuencia los de tipo religioso. Estos tienen, por lo regular, una gran influencia en la comunidad y realmente representan por lo menos a un sector de ésta. Otros grupos organizados independientes pueden ser los de jóvenes, ancianos, deportivos, alcohólicos anónimos, partidos políticos, etcétera.

Otro tipo de grupos son los que dependen del poder político local o de las instituciones públicas. Así por ejemplo, están las comisarías ejidales, las asociaciones de padres de familia de las escuelas, los comités de salud, los

promotores voluntarios, grupos del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA), los comités de Solidaridad y las asociaciones de vecinos, que no necesariamente tienen una representación reconocida en la comunidad.

En el caso de México, las asociaciones de vecinos, por ejemplo, son una figura jurídica impuesta por el gobierno local, para la cual supuestamente hay una elección democrática de los representados. Sin embargo, al igual que todos los procesos de elección popular en nuestro país, este ha sido ampliamente cuestionado. Esta asociación consta de representantes por manzana “elegidos” por los vecinos y estos a su vez nombran una mesa directiva.

2.3 Conformación y capacitación de un equipo de trabajo con personas de la comunidad.

Para hacer la promoción del **DPS** en la comunidad, se pueden utilizar varias formas alternativas, como son la asamblea general, la información a los representantes, volantes, periódico mural, boletín informativo entre otras. El propósito es involucrar a las personas que se interesen en formar parte del grupo investigador. Pueden participar también los trabajadores de los servicios de salud existentes en el área y grupos que aunque no pertenezcan a la comunidad tengan alguna relación con ésta, como podrían ser las ONGs.

Para la conformación del equipo de investigación es necesario fijar ciertos criterios mínimos que garanticen que el **DPS** resulte un trabajo de calidad aceptable. Para ello se propone lo siguiente:

Saber leer y escribir. En todo el proceso se requiere tomar notas, hacer las entrevistas, encuestas colectivas, sacar conclusiones.

Ser líder o potencialmente líder. El reconocimiento de los habitantes de la comunidad hacia ciertas personas facilita el proceso investigativo.

Tener disponibilidad. Con esto nos referimos a una actitud abierta a la participación y al tiempo objetivamente dedicado al **DPS**.

Ser mayor de edad. Este es un requisito que debe de ser evaluado por el grupo según sea el caso. Por una parte se puede esperar mayor compromiso y seriedad de los adultos, pero por otra la gente joven puede imprimirle mayor entusiasmo y dinamismo al trabajo y así se estaría formando a la vez a los futuros líderes de la comunidad.

Por otra parte, en tanto que es un trabajo voluntario, el compromiso adquirido es relativo y únicamente el convencimiento de que el **DPS** tiene utilidad para la comunidad dará la profundidad que se requiere.

Una vez conformado el grupo se le capacita en la metodología de **DPS**. A partir de este momento, se discute en el grupo cada uno de los pasos a seguir; de acuerdo con su experiencia y las condiciones de la comunidad se hacen las adecuaciones pertinentes.

Es muy importante establecer desde el inicio una relación horizontal y democrática entre los integrantes del equipo, de tal manera que cada quien sepa que todos y cada uno tienen un papel importante en el **DPS** y que sólo el trabajo en equipo con igualdad de condiciones permitirá una conclusión exitosa del estudio.

2.4 Entrevista a informantes claves

Para el estudio de la salud de una comunidad es de suma importancia recuperar su historia, así como profundizar en el conocimiento de sus situaciones actuales. El instrumento más valioso con el cual contamos es la entrevista, ya que en las fuentes secundarias los datos generalmente son escasos por tratarse en la mayoría de los casos de comunidades marginales.

La entrevista tiene que ser realizada a personas claves de la comunidad que por diferentes razones son las que poseen la información. Así, se pretenda

entrevistar a las personas con mayor antigüedad en la comunidad, a los líderes formales e informales y a los representantes de los diferentes grupos existentes.

Se recomienda que, por lo menos se realicen tres entrevistas a diferentes personajes para poder comparar y reconstruir esta parte del proceso de investigación. Otro procedimiento que se pueden seguir es hacer la entrevista a varias personas a la vez y que ellos mismos vayan condensando acuerdos y conclusiones.

Propuesta de contenido de la entrevista

Fundación de la comunidad. Interesa saber desde cuando se fundó la comunidad. Con esta información se puede inferir cuantas generaciones se han desarrollado en ella y la evolución de las condiciones de vida.

Ubicación geográfica. Es importante tener ubicado el lugar en donde se está llevando a cabo el estudio.

Número de manzanas, lotes, familias y habitantes. Permite conocer la extensión de la comunidad y la cantidad de habitantes con los cuales va a trabajar.

Servicios. Ayuda a precisar lo observado con anterioridad en la guía de observación.

Instituciones presentes. Además de contrastar con la guía de observación, nos permite conocer que tipo de instituciones existen Abasto. Aquí interesa saber con qué tipo de suministros cuenta la comunidad.

Actividades laborales principales. A qué se dedican, laboralmente hablando, la mayoría de sus habitantes y qué fuentes de trabajo existen en la misma comunidad.

Organizaciones presentes en la comunidad. Número y tipo de organizaciones existentes. Esto permite saber con que grupos podemos contar para apoyar el

DPS e impulsar acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de la comunidad. Asimismo posibilita conocer algunas de las fuerzas que actúan en ésta.

Organización formal de la comunidad. Tipo de organización, estructura y funciones, forma de elección, así como representatividad democrática ante los habitantes de la comunidad.

A continuación se presenta el instrumento de entrevista utilizado:

GUIA DE ENTREVISTA

Entrevista a diferentes personas de la comunidad.

Fundación de la comunidad

Ubicación geográfica

Número de manzanas, lotes, familias y habitantes

Servicios

Instituciones presentes

Abasto

Actividades laborales principales

Organizaciones presentes en la comunidad

Industrias o talleres dentro de la comunidad

Principales riesgos de salud

- ambientales
- consumo
- estrés
- accidentes y violencias
- otros

Principales daños a la salud

Soluciones implementadas por la comunidad

Organización formal de la comunidad:

- estructura
- funciones
- aceptación por parte de la comunidad

2.5 Definición de las microregiones de la comunidad.

La definición de las microregiones consiste en que el grupo de trabajo delimita, las áreas de responsabilidad para cada uno de los integrantes. Para una identificación rápida estas áreas se plasman en un mapa de la comunidad.

Los criterios para esta asignación están relacionados con el lugar en donde viven cada uno de los integrantes del equipo que pertenecen a la comunidad y/o sus preferencias para trabajar una microregión. El equipo externo se distribuye equitativamente en cada una de las áreas, de tal manera y de ser posible, que en cada una de las microregiones exista por lo menos un representante de la comunidad y un técnico.

Ventajas de la microregionalización:

- a) El grupo puede llevar un control de las actividades realizadas.
- b) La responsabilidad de las tareas no se diluye en el grupo y cada quien sabe los avances y dificultades se le van presentando.
- c) Un conocimiento más profundo de cada área por parte de los responsables.
- d) El reconocimiento de la comunidad a la labor desarrollada por dichos responsables.
- e) La evaluación continua del desarrollo de la investigación y la toma colectiva las decisiones para el mejor desarrollo de ésta.

2.6 Censo de lotes, viviendas y familias.

Otra información valiosa se consigue con un censo de lotes, viviendas y familias con la finalidad de tener una idea más clara de la composición y distribución de las familias en la comunidad. Esto es, sin tener que hacer un censo de población se pueden desprender indicadores importantes para el diagnóstico.

Este censo no requiere mucha elaboración, ya que de lo que se trata es de hacer un recorrido por la comunidad y en cada lote habitado observar o preguntar por el número de viviendas y de familias que ahí habitan.

El número de lotes nos proporciona una estimación del tamaño de la comunidad. Es además importante conocer el número de lotes habitados y los baldíos, ya que con este dato se puede calcular el crecimiento que la comunidad puede alcanzar.

Un indicador indirecto de hacinamiento se puede calcular a partir del número total de lotes habitados, de viviendas y familias al dar la distribución de viviendas por lote y de familias por vivienda.

Este censo al igual que la microregionalización se plasma en el mapa de la colonia y de una manera gráfica se nos muestra cuáles son las áreas de la comunidad en se puede esperar un mayor número de problemas.

2.7 Mapa general de riesgos ambientales

Con el grupo de investigación se discute la existencia de diferentes riesgos en la comunidad y se realiza un primer ejercicio de detección. Este consiste en que cada miembro del equipo hace un recorrido por su área de responsabilidad con la finalidad de registrar todos aquellos elementos o situaciones que por su presencia o ausencia pueden causar daños a la salud.

Fundamentalmente, los riesgos que se buscan registrar son aquellos relacionados con el ambiente, ya que son los que más fácilmente se pueden detectar en el recorrido por la comunidad. También se pueden incluir algunos riesgos catalogados como sociales. En este caso es fundamental la discusión previa para aclarar cuales son estos riesgos y porqué se les considera sociales.

Se plantea que en este momento del **DPS**, se pueden registrar sólo algunos riesgos sociales, porque no todos estos riesgos son fácilmente captados a través de la observación.

Los equipos de trabajo recorren su microregión y se registran los riesgos que van encontrando. Cada calle recorrida tiene que tener un registro muy minucioso y preciso, de tal forma que pueda servir de apoyo y como conocimiento previo al momento del levantamiento de la encuesta colectiva.

Al finalizar la recolección de la información sobre los riesgos, el grupo analiza y discute los resultados y se da un símbolo a cada riesgo encontrado. Con esta información se elabora otro mapa de la comunidad, en él se localizan los principales problemas ambientales y algunos sociales detectados por el grupo de trabajo en cada microregión de la comunidad.

2.8 Aplicación de la encuesta colectiva

Antes de iniciar la descripción de la encuesta colectiva de salud (**ECS**), es necesario aclarar que esta encuesta capta la percepción que la gente de la comunidad tiene de sus problemas de salud. Por lo tanto es un diagnóstico subjetivo-objetivo, esto es nos estamos refiriendo concretamente a que el grupo coincide en su percepción de los problemas, es decir, concuerdan en un criterio o juicio de la realidad, la subjetividad inherente a esta percepción colectiva tiene entonces objetividad.

Para llevar a cabo el levantamiento de la (**ECS**), los responsables de cada microregión apoyados por los jefes de manzana, convocan a una reunión. Para esto se debe tomar en cuenta, la disposición de tiempo de los habitantes de la manzana, calle, o área que se va a encuestar con el fin de no interferir en otras actividades o provocar que la gente simplemente no acuda a la convocatoria.

Para que una reunión sea considerada como válida no es necesario lograr una representatividad estadística de asistentes, pero sí se deben reunir ciertos requisitos como: que los asistentes sean mayores de edad, jefes de familia o representantes de estos y vivir en el área encuestada. La representatividad estadística no se considera como requisito, ya que no se pretende cuantificar la

información. Se parte del supuesto de que las personas que asisten son las que están más interesadas y tendrán una participación más activa en las reuniones.

Antes de la reunión el equipo acuerda quién dirige la reunión y el resto sirve de apoyo logístico, así como de facilitador de la participación y discusión de los asistentes.

La reunión se inicia con una presentación del equipo investigador participante y el responsable de esa microregión. Se explica detalladamente el porqué se hace y en qué consiste la reunión. Se colocan tres cartulinas en lugar visible para todos a manera de papelógrafo y se les ponen los siguientes rótulos: ENFERMEDADES, CAUSAS Y SOLUCIONES

En el levantamiento de la encuesta colectiva de salud (**ECS**) se lleva el siguiente orden:

a) Se discute, primero, el tipo de enfermedades o daños a la salud que la gente ha observado y se van anotando todas las que se mencionan. Después se ordenan según la importancia que tienen para las personas reunidas de acuerdo a la frecuencia con la que se presenta cada una.

b) Estas enfermedades se discuten en función de sus “causas”, las cuales también se van anotando. En este punto es necesario promover que la gente discuta otro tipo de problemas o riesgos que consideren de importancia para la salud de la comunidad, aunque no lo relacionen directamente con un daño inmediato. Esto permite que la gente se dé cuenta de otros riesgos y no únicamente de los que se asocian directamente a alguna enfermedad.

Por ejemplo, en el caso de las enfermedades diarreicas que la gente asocia con mala higiene, es conveniente inducir la discusión de las condiciones de vida y sus determinantes de y como repercuten en la salud.

c) Por último, se discuten las soluciones que la comunidad plantea, tanto para el problema inmediato que significan las enfermedades, como para los otros

riesgos que aparentemente no están causando un daño inmediato que se identificaron como problemas presentes, importantes y concretos dentro de la comunidad y que pueden estar afectando su buen funcionamiento y desarrollo. La reunión termina con una serie de compromisos discutidos y voluntariamente asumidos por el conjunto de personas presentes.

La información obtenida en cada una de las reuniones debe de ser sistematizada por el grupo investigador, agrupando los daños, los riesgos y las soluciones de acuerdo con características comunes. Esto permite clasificar cada uno de los problemas discutidos en los cuatro diferentes grupos propuestos, que se presentan a continuación.

2.9 Clasificación de los grupos de riesgos, daños y soluciones

a) Los grupos de riesgos

Para la construcción de los grupos de riesgo, se tomarán en cuenta los resultados obtenidos de las etapas anteriores del **DPS**, la guía de observación, la entrevista, y el mapa general de riesgos. Estos son elementos esenciales por lo que vale la pena insistir en la importancia de que los datos recolectados sean lo más fidedignos posible, para dar calidad y confiabilidad al diagnóstico.

Los grupos pueden ser adaptados a las condiciones prevalecientes en una comunidad. Sin embargo, se considera que los grupos conformados en esta propuesta sintetizan las diferentes posibilidades.

Grupo 1 Riesgos Ambientales

El grupo 1 lo constituyen aquellos factores de riesgos ambientales que se encuentran presentes en la comunidad y a los que están expuestos los individuos.

Estos riesgos son, en términos generales: basura en la vía pública, animales muertos en la vía pública, fauna nociva, animales domésticos, perros callejeros,

animales para la producción, agua encharcada, falta de pavimento, falta de drenaje, agua y alimentos contaminados, recorrido de camión recolector de basura en forma irregular, aire contaminado, presencia de industrias que contaminen el aire, el agua, el entorno, entre otros. Estos elementos se constituyen en riesgos cuando su presencia y/o combinación aparecen en forma inadecuada.

Grupo 2 Riesgos del Consumo

El grupo 2, está constituido por aquellos elementos ligados al consumo de alimentos y cuya ausencia o presencia inadecuada los convierten en riesgos. En este grupo se investiga por un lado, la existencia de mercados, lechería, establos que expenden leche, tortillerías, tiendas de comestibles, locales de alimentos preparados, tianguis, comercio ambulante de alimentos, y por el otro el nivel de ingreso característico de la mayoría para conocer si es suficiente o no para satisfacer las necesidades alimentarias.

Grupo 3 Riesgos por situaciones peligrosas

El grupo 3 lo conforman aquellos riesgos relacionados con situaciones peligrosas que pueden derivar en accidentes y/o violencias dentro y fuera del hogar, la vía pública, el trabajo, la escuela, y demás lugares colectivos.

En lo que se refiere a los riesgos incluidos en este grupo, es importante investigar que tipo de situaciones o lugares la gente percibe como peligrosos y en las cuales puede estar en peligro la integridad física o la vida de los habitantes de una comunidad. Este hecho está en relación directa con la posibilidad de llevar a cabo soluciones factibles.

Grupo 4 Riesgos Psicosociales

Riesgos surgidos de situaciones estresantes y/o tensión emocional, tales como los relacionados con el trabajo -por ejemplo: desempleo, trabajo estresante, salario deficiente, peligro de perder el empleo, relaciones laborales conflictivas- o los

relacionados con la familia -por ejemplo: relaciones familiares conflictivas, desintegración familiar o cualesquiera otra situación estresante en este ámbito.

b) Los grupos de daños

En la construcción de estos grupos se incluyen los datos obtenidos en la **ECS** que corresponden a los problemas de salud reconocidos colectivamente por los diferentes grupos de la comunidad. En este caso no tenemos información previa de las etapas anteriores, ya que es hasta el momento de la **ECS** cuando se obtiene información.

Grupo 1

En este grupo se incluyen todos aquellos daños relacionados con los riesgos ambientales y que en su mayoría son procesos infecciosos, como por ejemplo: infecciones diarreicas, respiratorias, de piel, ojos, parasitosis, etcétera.

Grupo 2

Este grupo se relaciona con el grupo de riesgos vinculados al consumo, como son: las enfermedades carenciales como desnutrición, anemia, avitaminosis, obesidad y demás.

Grupo 3

En este grupo se indentifican las lesiones o secuelas resultantes de los accidentes y las violencias, tales como: fracturas, quemaduras, intoxicaciones, heridas, contusiones, etc. En este caso se debe contemplar también la gravedad de las lesiones, la incapacidad producida por las mismas, el tipo de incapacidad, si ésta es temporal o permanente.

Grupo 4

Se relaciona con los estados estresantes o tensiones emocionales de ahí que los daños que aquí se encuentren serán clasificados como daños psicosociales y pueden ser: alcoholismo, drogadicción, cefaleas, irritabilidad, gastritis, entre otras.

c) *Los grupos de soluciones*

Otra clasificación necesaria es la de las soluciones propuestas en cada grupo. Para esto las hemos dividido en dos grupos, familiares y colectivas.

Grupo 1

En este grupo quedan comprendidas las familiares, que son aquellas soluciones que los participantes encontraron como útiles y factibles de llevarse a cabo con la responsabilidad de cada una de las familias.

Grupo 2

En él se concentran las soluciones colectivas que implican la organización de la comunidad para gestionarlas ante la autoridad correspondiente.

Los dos grupos anteriores conllevan un compromiso de todos con todos en la vigilancia del cumplimiento de actividades tanto de las autoridades como de la propia comunidad y la preservación de los logros que se vayan conquistando.

2.10 Elaboración de los mapas de riesgo, de daños a la salud y soluciones

Con los resultados de las reuniones y la sistematización de los mismos por parte del equipo de trabajo, se elaboran otros tres mapas de la comunidad en los cuales queden plasmados, a través de una simbología sencilla, los principales riesgos, daños y soluciones detectados por la comunidad.

Esto permite una identificación gráfica pronta y fácil de la problemática de salud que la comunidad está percibiendo como la más importante y a la cual se deberá atender conjuntamente. Esto significa la participación de la comunidad y de las instituciones correspondientes.

2.11 Presentación de resultados globales en asamblea general.

Los resultados obtenidos en el proceso de investigación deben de ser presentados en una asamblea general de la comunidad para informar a la población de los mismos y reforzar los compromisos que se obtuvieron.

Esta asamblea es importante porque permite a la comunidad observar el conjunto de los problemas representados en los mapas y con ellos visualizar la situación de salud de la comunidad. Esta forma de presentación puede ser mucho más significativa para la gente que si mostramos gráficas con porcentajes o tablas con números.

Además, la asamblea sirve para discutir en ese momento los problemas que son comunes a toda la comunidad y sacar acuerdos de cómo pueden ser abordados. Estos compromisos deben ser asumidos por las organizaciones que representen a la comunidad por ello es indispensable que éstas se sientan involucradas. Sólo de esta manera se puede garantizar que los acuerdos se lleven a cabo con una amplia participación y concientización.

Para concretar los acuerdos se hace necesario nombrar en la asamblea diferentes comisiones que se encarguen de hacer las gestiones necesarias ante las instancias correspondientes para la solución de los problemas que así lo requieran.

2.12 Contrastación de los resultados de la ECS con los datos de morbilidad del servicio de salud

La comparación de los resultados de la **ECS** con los datos de morbilidad del servicio de salud al que acude la mayoría de la población es un aspecto que sirve como referencia de la encuesta colectiva sin que esto implique una contrastación estadística.

Se debe tomar en cuenta que ésta comparación es limitada ya que sólo permite que se puedan comparar los daños identificados por la comunidad con la morbilidad por demanda registrada en el servicio, de tal suerte que quedan fuera los riesgos y las soluciones.

Sin embargo, la comparación de daños y morbilidad es útil en la medida que permite saber qué problemas de los detectados colectivamente están siendo atendidos por el servicio y qué problemas demandados en el servicio no se reflejaron en la encuesta colectiva de salud.

2.13 Gestionar ante las instancias pertinentes la solución de problemas

Las comisiones nombradas en la asamblea general tendrán que abocarse a la gestión de las soluciones que así lo requieran, ante las instituciones pertinentes. Para lograr esto los técnicos deberán orientar y proporcionar a dichas comisiones toda la información acerca de las instituciones, direcciones, oficinas, funcionarios, documentación necesaria etc., con la finalidad de facilitar el proceso y que los trámites se realicen en forma rápida, impidiendo en lo posible cualquier traba burocrática.

Sin embargo, a pesar de esta orientación, muchas de las gestiones no serán fácilmente obtenidas si se toma en cuenta que las soluciones a los problemas de empleo, escuelas, servicios de salud, etc., implican erogación en el gasto social del Estado. Ante esta situación dependerá más de la organización y presión que la comunidad esté dispuesta a ejercer para avanzar en la gestión.

De ninguna manera los técnicos deberán comprometerse a ser los gestores de la comunidad ante las autoridades, ni prometer la solución de los problemas por parte de la institución a la que pertenecen.

2.14 Agenda de compromisos

También se debe elaborar conjuntamente entre la comunidad, las comisiones, la organización que representa a la comunidad, los servicios de salud y el equipo de investigadores, una agenda de compromisos, a partir de asambleas en donde se discutan los avances en las gestiones y en donde se tomen las decisiones pertinentes.

CAPITULO IV

EL ESTUDIO DE CASO

A continuación se analiza la experiencia concreta de la ejecución de la propuesta expuesta en el capítulo anterior. El estudio se llevó a cabo en la colonia La Estación ubicada en la Delegación Política de Tláhuac en la Ciudad de México.

En primera instancia se expondrán algunos antecedentes del proyecto en el cual se inscribe la investigación, así como una breve descripción de la comunidad, posteriormente se presentan algunos de los resultados encontrados.

1. Antecedentes. El Proyecto UNI-UAM-X/Tláhuac

El presente estudio se realizó en el marco del proyecto UNI/UAM-X/ Tláhuac, de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X, en el cual participan las diferentes carreras del área de la salud y la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac. El propósito de este proyecto es:

Fortalecer un Sistema de Salud en la Ciudad de México, en la Delegación Política de Tláhuac integrando un modelo académico para la formación de personal de salud con capacidad de actuar multiprofesionalmente dentro de los SILOS en los diferentes niveles de atención y a través de la solución de los problemas de salud de la población; un modelo de servicio con las condiciones adecuadas para la formación de personal de salud para la aplicación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar y que fortalezca la planificación y gerencia local de los servicios en unión con la comunidad; y un modelo de participación y desarrollo del liderazgo comunitario tendiente a desarrollar su capacidad para actuar congestivamente en la solución de sus problemas individuales familiares y colectivos.¹⁰¹

¹⁰¹ UAM-X/SSA/WK Kellogg Foundation. Proyecto UNI -UAM-X / Sistema Local de Salud Tláhuac. Propuesta presentada por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, 1992.

Para lograr este propósito se establecen varias líneas de acción; dentro de las que destaca, la que se refiere a la participación social y desarrollo del liderazgo comunitario.

Es así que se promueve la participación de los grupos organizados de la comunidad y de diversos actores en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los servicios de salud, promover el "autocuidado" (sin transferir responsabilidad) y mejorar las condiciones de vida en general de la población.

La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco tiene desde hace 18 años una clínica estomatológica, ubicada en el centro de Tláhuac y que, además de formar alumnos, da servicio a la comunidad atendiendo problemas bucodentales en la clínica y realizando actividades en las escuelas primarias con el programa de salud bucal incremental.

Por razones de operación y de recursos tanto materiales como humanos, el proyecto UNI/UAM-X/TLAHUAC ha elegido dentro de la delegación Tláhuac, dos regiones para el desarrollo del mismo; Zapotitla y San José.

Para lograr el propósito planteado en el proyecto, se hace indispensable la organización de la comunidad, con la finalidad de que actúe como sujeto participante en la toma de decisiones y la planificación de los servicios.

2. Características de Tláhuac y La Estación

Tláhuac es una de las 16 delegaciones políticas en las que está dividido el Distrito Federal, su extensión territorial es de 92.5 Km² y se localiza al sureste de la ciudad de México. Una de sus características más importante es la de ser una área en transición rural-urbana. Está constituida por pueblos de origen prehispánico, en donde se conservan las tradiciones culturales y las formas de producción de sus antepasados. Existen también las llamadas colonias o urbanizaciones recientes, formadas en gran parte por población migrante de

diversos estados de la república y del mismo Distrito Federal. Los habitantes de estas colonias están integrados económicamente a formas de producción ligadas a la vida moderna. La población de Tláhuac cuenta con servicios básicos como agua, luz, drenaje, teléfono, pavimentación, vías y medios de comunicación, aunque estos son insuficientes.

Según el Censo General de Población y Vivienda de 1990, Tláhuac contaba con 206,700 habitantes y la pirámide poblacional era ancha en la base y angosta en la parte superior, lo que nos habla de una población predominantemente joven. Los problemas de salud más frecuentes según los servicios de salud locales son los infectocontagiosos y las enfermedades crónico degenerativas, como la hipertensión y la diabetes¹⁰². La mortalidad es más alta en los menores de un año en esta delegación que en el resto de las delegaciones políticas de la Cd. de México, siendo las principales causas las infecciones agudas de vías respiratorias y las diarreas.¹⁰³

Los servicios de salud en Tláhuac están fundamentalmente bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud. Existen 14 Centros de Salud Comunitarios distribuidos en la zona. Se cuenta con un Hospital Materno Infantil de segundo nivel que depende del Departamento del Distrito Federal.

2.1 La Colonia La Estación

La propuesta de participación comunitaria a través de la investigación-acción del Diagnóstico Participativo de Salud se llevó a cabo en la región de Zapotitla y concretamente la Colonia La Estación, en el año de 1993, el estudio tuvo una duración de seis meses aproximadamente.

102 Registro de Morbilidad de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac 1993.
103 Registro de mortalidad infantil en el D.F. 1990.

Las características socio-económicas precarias de esta comunidad, así como sus antecedentes de participación con la UAM en aspectos de salud¹⁰⁴, fueron los criterios que determinaron que la investigación se llevará a cabo en dicha comunidad.

Los datos que a continuación se presentan son los resultados de la primera fase de la investigación, es decir de la observación y de la entrevista.

2.1.1 *Historia de la comunidad*

La Estación es en la actualidad una colonia suburbana, sin embargo, sus orígenes se remontan a 1922 cuando en el ejido de San Lorenzo se asignaron estas tierras a 55 ejidatarios, los cuales se dedicaron a la agricultura, sembraron básicamente maíz y frijol. La siembra fue decayendo por agotamiento de la tierra y la posibilidad por parte de empresas privadas de explotar las minas de arena ubicadas muy cerca del ejido, hizo que definitivamente se abandonaran las tareas de cultivo.

La colonia La Estación como tal, fue fundada como un asentamiento irregular en 1974 por personas que pertenecían al ejido y por personas de escasos recursos provenientes en su mayoría de otros estados de la república como Michoacán, Oaxaca y Guanajuato, así como de algunas colonias del D.F. En 1991, se inician los trámites de regularización de la tierra ante la Comisión reguladora de la tenencia de la tierra (CORETT), para efectuar la escrituración de los terrenos.

Aunque en la actualidad la comunidad parece estar en calma, su historia nos habla de otra situación. En 1982 se instaló en terrenos, que originalmente eran de la colonia La Estación, otra colonia a la que se llamó Zapotitla, cuyos habitantes provenían del Campamento 2 de Octubre. Esto creó una rivalidad muy grande entre los habitantes de las dos colonias y en muchas ocasiones se dieron

¹⁰⁴ En 1991 se realizó una investigación por parte de la XVI generación de la Maestría en Medicina Social, alumnos de la carrera de Medicina y estomatología del X módulo. En 1992 alumnos de medicina y estomatología participaron con la Jurisdicción Sanitaria y la Dirección General de Materno Infantil en la capacitación de 300 amas de casa en el programa "La Salud Empieza en Casa".

enfrentamientos. En uno de ellos, las autoridades delegacionales amenazaron a los habitantes de La Estación con derribar sus casas. Según los vecinos de esta colonia otro de los aspectos que contribuyó al conflicto fue el hecho de que en la colonia Zapotitla se les introdujeron casi de inmediato todos los servicios, en cambio en La Estación a pesar de todos los trámites realizados no había una respuesta favorable. Acudieron entonces a los habitantes de Zapotitla para pedirles que les permitieran compartir algunos de los servicios como luz y agua a lo cual aquellos se negaron, esto profundizó el conflicto que sigue vigente hasta la fecha.

Esta situación se agravó con el hecho de que, aprovechando las excavaciones de las compañías mineras que habían dejado hoyos muy profundos, estos son utilizados por parte de la delegación como basureros, los cuales se convierten en focos de contaminación. En 1984 los colonos se organizaron y nombraron en a la primera presidenta de la colonia, la Sra. Faustina Ortiales. Ante la movilización organizada de los colonos, las autoridades de la Delegación suspenden el depósito de basura.

2.1.2 Características básicas

La colonia La Estación se ubica al noroeste de la delegación Tláhuac, en el límite con la delegación de Iztapalapa, colindando en este punto con la colonia Ampliación Polvorilla. Al este limita con la colonia Zapotitla, al sur con el pueblo de Zapotitlán y al sureste con la colonia Arboledas. Está conformada por 51 manzanas, 1,493 lotes, 1,738 viviendas, 1,797 familias y un total aproximado de ocho mil habitantes.

Con lo que respecta a los datos demográficos tenemos que el 54% de la población son menores de 20 años y el 6% mayores de 60. El 40% se encuentra entre los 21 y los 59 años.

Al inicio de la investigación se observó que los servicios de esta comunidad eran deficientes, ya que no se contaba con pavimentación, drenaje, teléfonos públicos

ni privados (algunos comercios dan el servicio telefónico a un costo muy elevado). El camión recolector de la basura pasaba cada 10 o 15 días o en el mejor de los casos, una vez por semana. No existían servicios públicos de salud. El más cercano es el Centro de Salud Comunitario ubicado en la colonia Zapotitla a unos 800 metros de distancia del punto más distante de la colonia y a unos 100 del más cercano. En la comunidad había dos médicos privados y algunas personas que se dedicaban a curar mediante masajes o “limpias”.

Con lo que respecta a servicios educativos, hasta la fecha existen un plantel de nivel preescolar de reciente creación y una secundaria técnica. No cuenta con escuelas primarias, por lo que los niños tienen que asistir a las escuelas de las colonias vecinas. No hay espacios para la recreación deportiva y cultural y el transporte es deficiente al igual que la vigilancia.

Los únicos servicios que están cubiertos aparentemente son, la energía eléctrica (a partir de 1988) y el agua entubada que se logró en 1990 pero el agua es de muy mala calidad. A pesar de que existe el alumbrado público es deficiente, ya que sólo está alumbrada la calle principal y algunas otras.

La colonia cuenta para su abasto con una lechería perteneciente a Leche Industrializada Conasupo (Liconsu), un mercado, comercios de abarrotes establecidos y puestos ambulantes de comida preparada y sin preparar. También existe una gran cantidad de comercio ambulante con diferente tipo de enseres. Un día a la semana hay “mercado sobre ruedas”¹⁰⁵. Se considera que en la colonia los precios en general son más altos por lo que buena parte de la población acude a hacer sus compras a San Lorenzo, Zapotitla o el centro de Tláhuac.

Otro aspecto que nos aproxima a las condiciones de vida son las características de la vivienda. En este renglón encontramos que aproximadamente el 70% de las viviendas están en construcción, predomina la construcción de tabicón (material de bajo costo y calidad) y los techos son en su mayoría de lámina de asbesto.

¹⁰⁵ Mercado ambulante que se instala regularmente en las colonias en un día fijo de la semana.

No existen fuentes de trabajo en la localidad y a pesar de que están ubicados en las inmediaciones varios talleres y fábricas los habitantes de la colonia no se emplean en éstos. Es así que son muy pocas las personas que pueden ser consideradas como asalariadas. Una parte importante de la población se dedica, como subempleados, al comercio o a los servicios y algunos más son abiertamente desempleados.

Con tales características encontradas y referidas por los informantes claves se puede concluir que las condiciones de vida son precarias tomando como referencia su participación en el consumo colectivo.

3. Desarrollo del estudio

3.1 Identificación de los grupos organizados de la comunidad

De acuerdo con la propuesta descrita en el capítulo anterior, en el caso de la Colonia La Estación iniciamos el estudio con la identificación de los grupos organizados.

El primer paso fue establecer contacto con los líderes formales y no formales de la comunidad, y proponer el trabajo de investigación de tal manera que se obtuviera no sólo el apoyo sino el involucramiento de los mismos.

En este caso, el reconocimiento de los líderes fue relativamente fácil ya que existía un trabajo previo realizado por la UAM-X.

De los grupos que se identificaron en la comunidad como importantes se eligieron dos para plantear la propuesta. El primero fue el de Promotoras de Salud Voluntarias, ligadas al Centro de Salud Comunitario de Zapotitla. Este grupo que está sensibilizado para trabajar aspectos de salud se convirtió en el grupo participativo más importante; a este mismo grupo, se le capacitó e incorporó a la investigación.

El segundo grupo fue la Asociación de Residentes de la Colonia, por considerar que ésta tiene la representación formal de la colonia. En este caso, además, se conjugan dos hechos importantes. Su mesa directiva es la figura reconocida ante las autoridades delegacionales y está, en realidad, compuesta por las personas que los colonos identifican como sus líderes naturales. Nos pareció importante hacer una propuesta inicial a esta asociación con la finalidad de lograr su apoyo y participación y de esta manera facilitar la participación del resto de la comunidad.

Se efectuaron varias reuniones de información con la Asociación de Residentes. En algunas participó únicamente la mesa directiva compuesta por el presidente de la colonia, el secretario, el tesorero y los vocales con diferentes responsabilidades administrativas y en otras participaron, además, casi todos los 51 jefes de manzana.

Fue en estas reuniones en donde se presentó la propuesta de realizar un diagnóstico de salud con la participación de los habitantes de la comunidad y se explicó cual sería la metodología a desarrollar. La propuesta fue bien recibida y se dedicó el tiempo necesario para hacer todas las aclaraciones pertinentes. Los jefes de manzana se comprometieron a informar y a reunir a sus vecinos para el levantamiento de la encuesta colectiva.

Existe además un grupo de alcohólicos anónimos pero para este estudio no fue considerado.

3.2 Conformación y capacitación del grupo de trabajo de promotoras voluntarias de salud

El grupo que se propuso como equipo de investigación fue el de las promotoras voluntarias. Este grupo está conformado por siete amas de casa de la propia comunidad que tienen como característica común el interés por servir a la comunidad y deseos de aprender aspectos de salud. La antigüedad en el grupo es variable, así encontramos personas con 10 años como promotoras y otras con

apenas unos cuantos meses. El Centro de Salud es su espacio común y las tareas que se realizan son fundamentalmente las que competen a los programas de los servicios de salud. La capacitación que reciben estos grupos es esporádica y deficiente según las opiniones de las propias promotoras.

Uno de los primeros objetivos que nos fijamos fue el de determinar las funciones que ellas como promotoras de salud tienen en la comunidad. Esto significó cambiar la concepción que hasta ese momento se había manejado en forma implícita por el personal de los servicios de salud, y que básicamente consistía en pedir a las promotoras su participación en momentos claves para el servicio (campañas, limpieza del centro de salud comunitario, visita de autoridades, entre otras del mismo tipo). Para esto se abordaron tres ejes de discusión con el grupo de promotoras:

- **El papel de las promotoras como vínculo entre la comunidad y los servicios de salud.**
- **Las actividades de educación y promoción para la salud que se pueden llevar a cabo con la comunidad.**
- **Las necesidades de capacitación del grupo de promotoras.**

Con estas discusiones se inició una etapa de sensibilización cuyo principal objetivo fue informar claramente sobre la propuesta de **DPS** y escuchar sus observaciones y puntos de vista. Esta etapa se llevó un tiempo aproximado de tres meses con reuniones una vez por semana.

En las primeras reuniones de trabajo, se planteó la metodología que se iba a instrumentar, surgieron algunas inquietudes por parte del grupo. Estas se discutieron y se llegaron a algunos acuerdos importantes como son:

- a) **La necesidad de que el grupo recibiera capacitación en cuanto a técnicas que les facilitará su trabajo con la comunidad.**

- b) que las reuniones fueran semanales y se alternaran las de discusión de los resultados que se iban obteniendo del trabajo con las de capacitación.
- c) la posibilidad de apoyarse entre ellas en las reuniones en cada calle.

3.3 *Etapa de observación*

Con base en la guía de observación, propuesta en el capítulo anterior, se procedió a hacer la observación de la comunidad. Se recolectó la información necesaria para conocer la comunidad en sus aspectos básicos de condiciones de vida. Se trató de captar lo más detalladamente los elementos del consumo colectivo y en lo posible los del consumo individual. Esta etapa se realizó a lo largo de una semana.

Una vez terminada la observación se efectuó una reunión del equipo de trabajo y se analizó la información recolectada de cada uno de los participantes. Se discutió cada punto de la guía con la finalidad de hacer una reflexión sobre la situación encontrada y llegar a un consenso en cuanto a lo que cada quien había observado.

Las conclusiones fueron las siguientes:

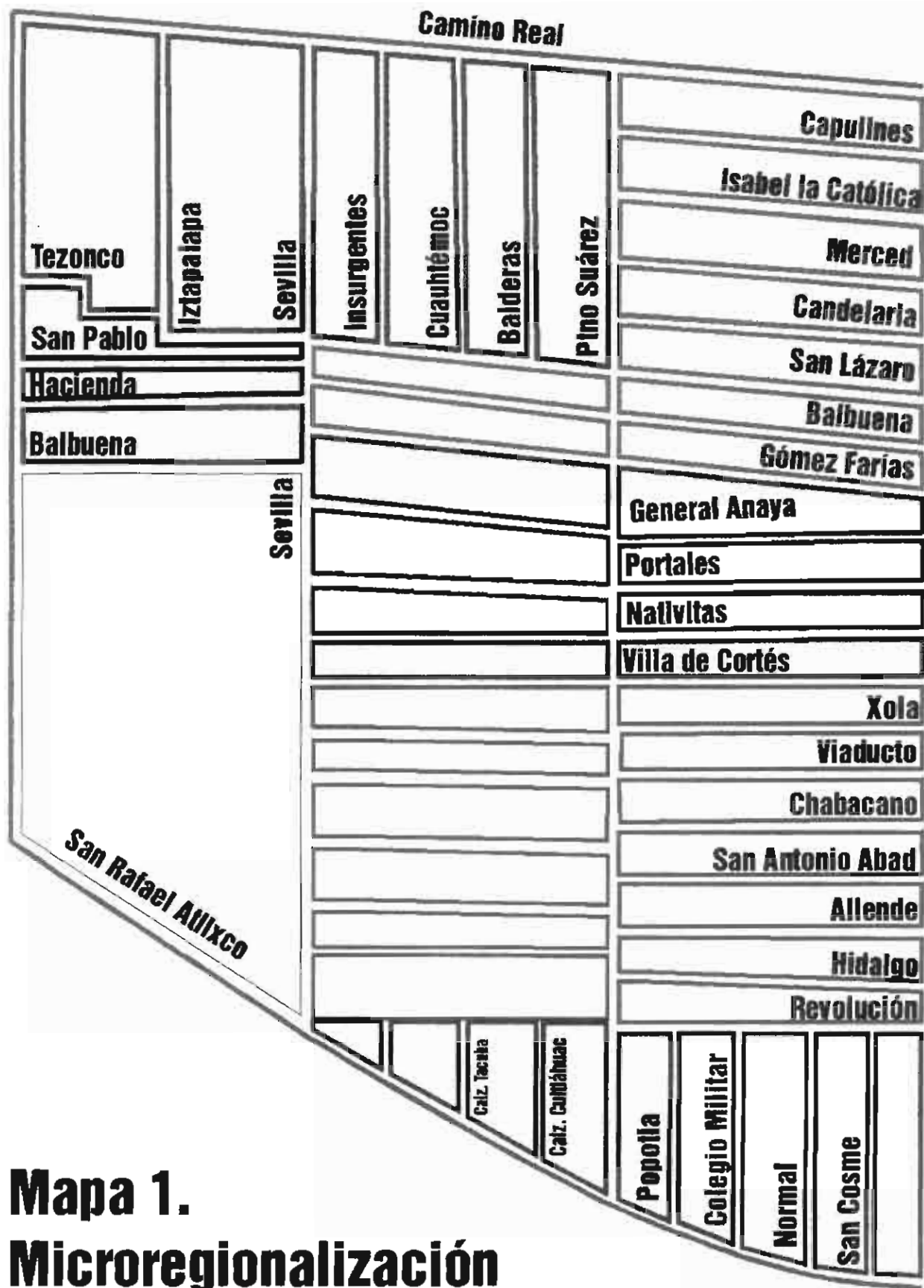
- a) La guía de observación fue un instrumento que permitió que todo el equipo se concentrara en los mismos aspectos que con anticipación se habían considerado como los más importantes.
- b) Sin embargo, al ser la anterior una virtud puede ser también una desventaja al desviar la atención de otras cosas que, tal vez, resulten interesantes o importantes para el estudio.

El resultado de las observaciones realizadas en esta etapa, han sido descritas en la caracterización que se hizo de la colonia más arriba, por lo que no se repite aquí.

3.4 Definición de las microregiones de la comunidad.

Una vez conocidas y discutidas las condiciones de la comunidad, se procedió a definir con las promotoras de salud (equipo de investigación), sus áreas geográficas de responsabilidad. Para ello se establecieron, por parte del equipo, los siguientes criterios: localización y número de manzanas para cada una de las promotoras. La asignación se basó en el número de manzanas totales en la colonia, el domicilio de las promotoras y la posibilidad de cada una de ellas de cubrir un área de trabajo. Como resultado se asignaron de nueve a diez manzanas para cada una quedando regionalizada la colonia en seis zonas, ya que una región fue compartida por dos de las promotoras. Esta microregionalización permitió, efectivamente, conocer bien el área asignada, programar actividades, pero sobre todo facilitó el conocimiento y la comunicación que la promotora responsable debe tener con las familias residentes en su microregión.

(ver Mapa 1)



Mapa 1.
Microregionalización

Un problema práctico que enfrentamos con la microregionalización fue que la comunidad es muy grande para un equipo de trabajo tan pequeño y cada microregión es muy amplia para una sola promotora. Esto tuvo como consecuencia que en muchas ocasiones el trabajo se llevó más tiempo del programado por la imposibilidad de cubrir el área en forma más rápida.

3.5 Entrevistas a profundidad

Paralelamente a estas actividades se fueron desarrollando otras, como es el caso de la entrevista. En ésta se trató de recuperar la historia y actual situación económico y social así como la situación de salud vista por las personas que fueron entrevistadas.

Se seleccionaron entre las personas que se consideraron informantes claves al presidente de la junta de vecinos y dos de las personas fundadoras de la colonia, una ellas promotora de salud. Las características de estos informantes nos proporcionan la seguridad de que los datos obtenidos son fidedignos. Otro de los criterios para elegir a las personas entrevistadas fue su interés por resolver los problemas comunitarios. Es decir, gente que se haya distinguido por su liderazgo. Se formalizaron con cada uno fecha, lugar y hora para realizar la entrevista.

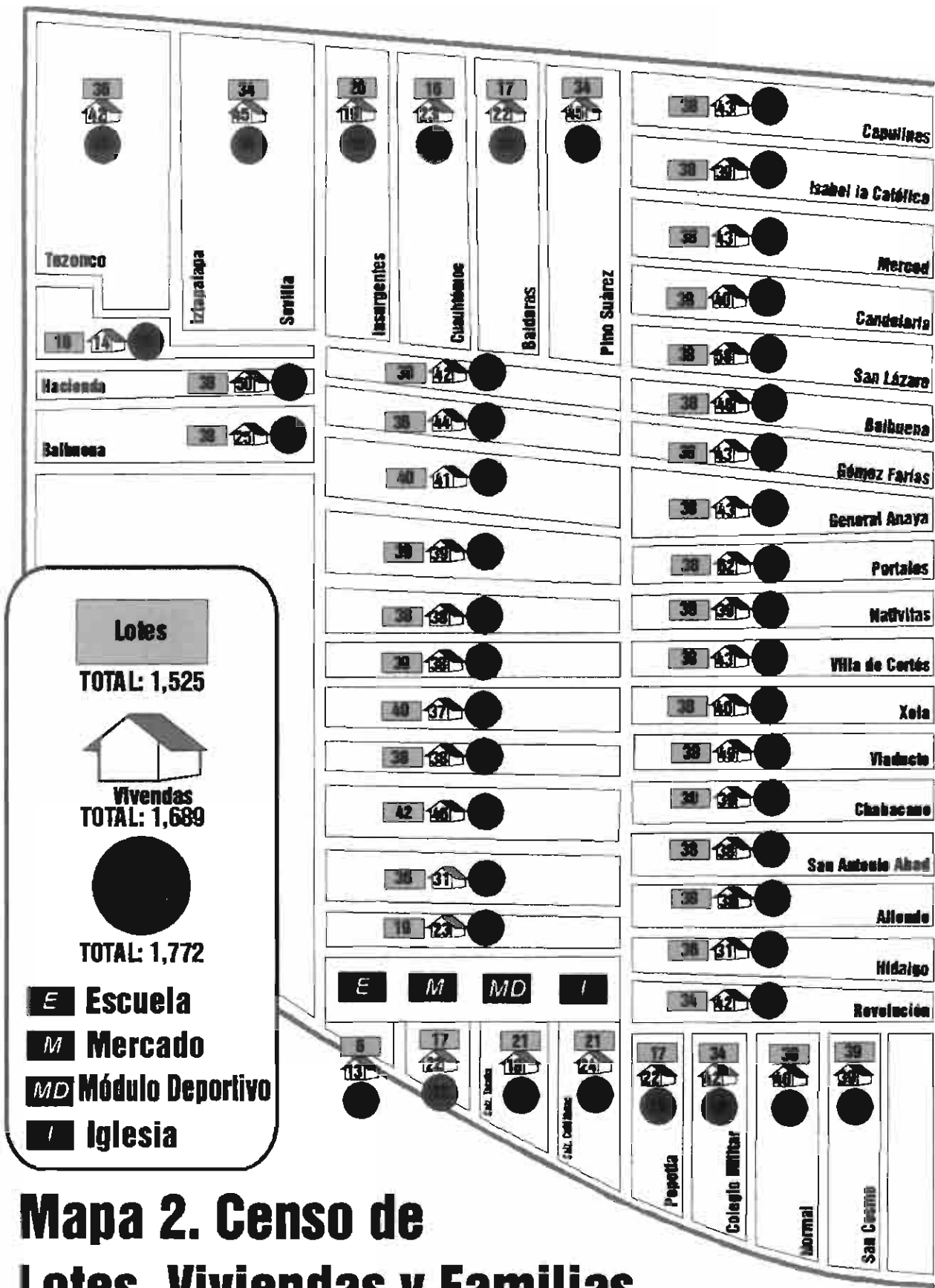
Toda la entrevista fue grabada y posteriormente transcrita, con lo que se pudieron comparar las diferentes respuestas de los entrevistados. Estas fueron básicamente coincidentes. Sin embargo, se encontraron algunas discrepancias. En estos casos se tomaba como la respuesta más adecuada aquellas en donde concordaban dos de los entrevistados. Con los datos obtenidos en las entrevistas se reconstruyeron la historia y situación actual de la colonia.

3.6 Censo de lotes, viviendas y familias

Se realizó un censo de lotes, viviendas y familias, para lo cual los equipos de investigación recorrieron cada una de las microregiones y se contabilizó, manzana por manzana, el número de lotes existentes y se registró cuantos de estos están ocupados y cuántos permanecen baldíos; cuántas viviendas existen por manzana y por último cuántas familias.

Con este censo pudimos conocer algunos aspectos básicos de las condiciones de vida. Por ejemplo, si en una manzana existen 38 lotes de los cuales tres están baldíos, 35 habitados y hay 42 familias, con esto nos damos cuenta que por los menos siete de estas familias (24%), comparten la vivienda con otras. Si tomamos como referencia los espacios que la gran mayoría de las viviendas ocupan en esta colonia también nos damos cuenta en forma indirecta, del hacinamiento en el que viven las familias. Pero si además consideramos el número de lotes baldíos, podemos inferir cuanto más puede crecer la población por manzana y en la colonia en general.

Los resultados encontrados en este censo para la presente investigación, fue de gran utilidad, ya que nos permitió ubicar las manzanas que pudieran presentar mayor problemática de acuerdo a su distribución de viviendas y familias. Los datos correspondientes a este censo.(ver Mapa 2)



Mapa 2. Censo de Lotes, Viviendas y Familias

3.7 Mapa general de riesgos ambientales

Con base en los datos obtenidos en la guía de observación, la entrevista y el censo de lotes, viviendas y familias se discutió en el equipo de investigación el concepto de riesgo y su relación con los problemas de salud. Una vez aclarados estos conceptos se realizó la detección de riesgos ambientales por parte de las promotoras de salud.

Cada una de las promotoras recorrió su microregión y fue anotando los riesgos encontrados. Posteriormente, se realizó una reunión en la cual se discutió cada uno de los riesgos anotados y se decidió si se podía o no considerar riesgo. Además se les fueron dando diferentes colores a los tipos de riesgos y se plasmaron en un mapa de la colonia, manzana por manzana. Esto permitió que se empezaran a manejar algunos aspectos conceptuales como proceso salud-enfermedad, riesgo, mapa de riesgos, determinación, condiciones de vida.

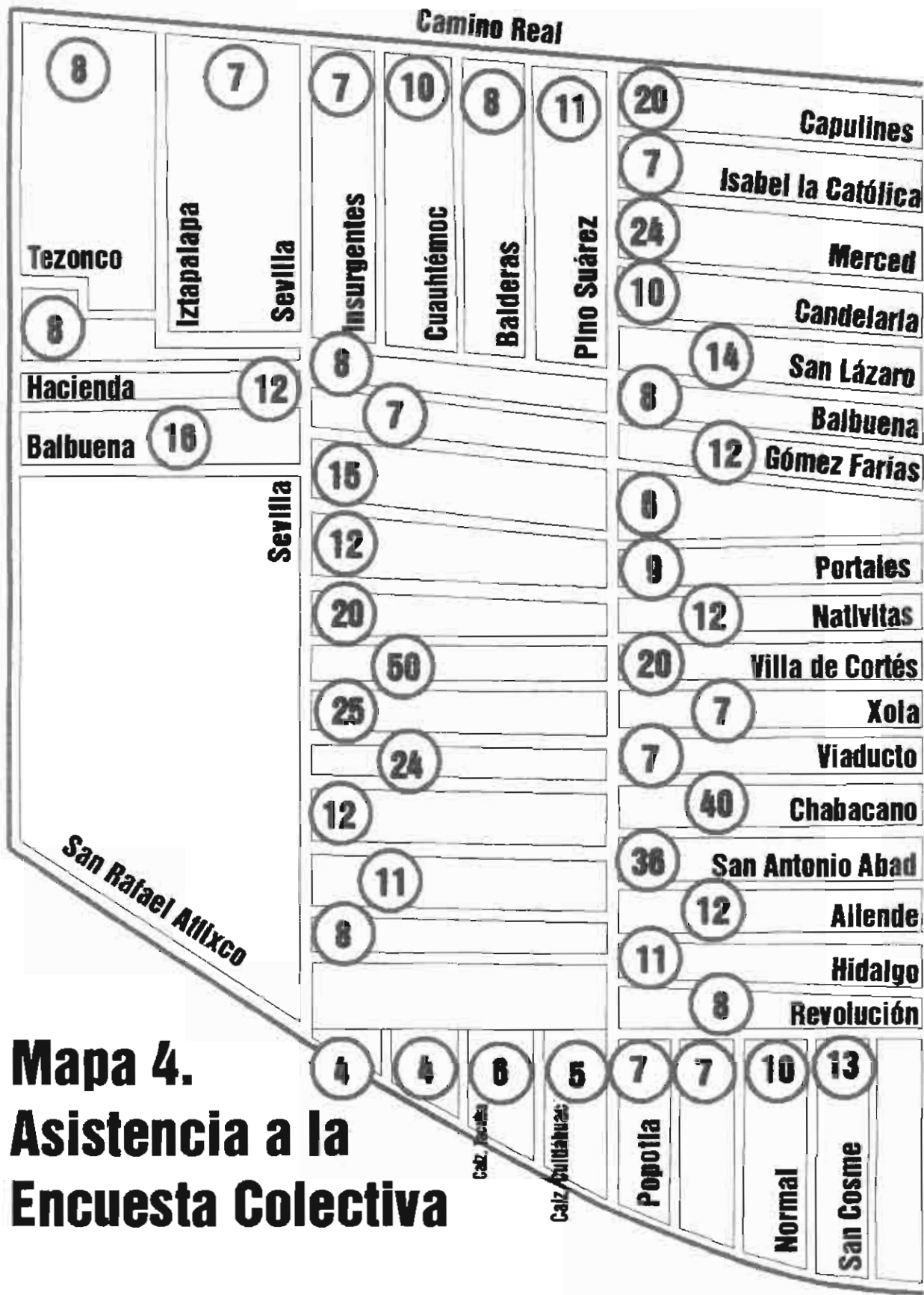
Como se observa en el mapa 3, los resultados obtenidos de este recorrido nos muestran que los riesgos ambientales presentes según orden de importancia son: en las 51 manzanas existentes se encontraron perros callejeros; en 47 falta de pavimento y de drenaje; en 44 basura en la vía pública; en 23 se detectaron charcos; en 16 la irregularidad del terreno se considero como peligrosa; en 13 se observaron ratas; en 10 animales muertos en la vía pública; en nueve se encontró material de construcción y escombros; en ocho excremento y en cuatro grupos de alcohólicos o pandilleros. Estos riesgos coinciden con los datos obtenidos en las primeras etapas de la investigación.(ver Mapa 3)

3.8 Aplicación de la encuesta colectiva por manzana

La Encuesta Colectiva de Salud(**ECS**), como ya se ha mencionado, tiene la finalidad captar la percepción que la gente tiene de su proceso salud-enfermedad; propiciar la discusión entre los participantes de sus condiciones de vida y salud; y plantear soluciones.

Para llevar a cabo las reuniones en algunos casos, los jefes de manzana las convocaron y en otros fueron las promotoras las encargadas de reunir a la gente.

(Ver Mapa 4)



Mapa 4.
Asistencia a la
Encuesta Colectiva

La aplicación de la **ECS** se hizo en dos etapas y en cada una de ellas el procedimiento de levantamiento de encuesta fue diferente.

En las primeras encuestas levantadas en aproximadamente 25 de las manzanas de la colonia, se efectuó el siguiente procedimiento.

Antes de que se reunieran los participantes se colocaron en lugares visibles, tres cartulinas en el siguiente orden: riesgos, daños, soluciones. Al llegar al número de asistentes suficiente y necesario para iniciar la reunión, las promotoras responsables hicieron la presentación correspondiente de las personas que estaban convocando. Se informó ampliamente de la finalidad de llevar a cabo el Diagnóstico Participativo de Salud (DPS) de la colonia y se les solicitó su colaboración. La respuesta en general fue buena y las personas asistentes se interesaron en discutir acerca de su salud. Algunos asistentes se retiraron por no estar interesados pero estos fueron una minoría.

En algunas de las discusiones salieron rencillas existentes entre los vecinos. En estos casos se trató de que las partes en conflicto llegaran a un acuerdo. Sin embargo, esto no fue posible en todos los casos. Al ser así, se optó por no tomar partido por ninguno de los involucrados. En otras reuniones, por el contrario, la gente no se atrevía a denunciar ciertos hechos por temor a ganarse enemistades con los vecinos. Aquí se consideró si valía o no la pena sacar la discusión públicamente o tratar de que las partes se reunieran en privado, y que el problema se plantara por parte del equipo de investigación posteriormente. En otras ocasiones no fue posible que la gente llegará a un consenso ante problemas comunes.

A pesar de estas dificultades siempre se logró que ante problemas que afectan a la comunidad y que fueron reconocidos como tales, los vecinos propusieran algunas medidas de solución.

En el segundo procedimiento, al iniciar la reunión la o las promotoras participantes se presentaron, explicaron el objetivo de la reunión y una de ellas la dirigió, con

base en un acuerdo previo entre ellas. Es decir, básicamente se actuó de igual forma, hasta el momento de la discusión de los problemas. En esta segunda opción se tenían los riesgos y los daños clasificados ya de antemano y conforme se iban discutiendo se colocaban en el grupo correspondiente de acuerdo a las características que la propia gente iba encontrando.

El resultado de ambas encuestas no tuvo variaciones significativas. En general, los aspectos en los que se pudo lograr que la gente estuviera de acuerdo, fueron los mismos con ambos procedimientos.

La actividad tuvo variaciones de acuerdo a los días y el horario elegido para llevar a cabo la encuesta. Como se planteó en la propuesta se tomó en cuenta para el levantamiento de la encuesta la presencia de personas mayores de edad y que fueran o representaran a los jefes de familia.

Cuando las reuniones se efectuaron en horarios vespertinos o fines de semana la asistencia fue mayor y participaron mujeres y hombres. Estas discusiones, por lo general, tuvieron más aportes y las soluciones transcendían el nivel de la familia y la manzana. En muchas de estas reuniones se propusieron actividades colectivas de gestión ante las autoridades correspondientes.

En cambio, las reuniones que se llevaron a cabo en horario matutino y en días hábiles tuvieron una participación mayoritariamente de amas de casa. Las discusiones, en general, fueron más superficiales, las soluciones planteadas se restringieron a actividades al interior de las familias o manzana en el mejor de los casos. Estas fundamentalmente se concretaron a compromisos como barrer la calle, donar perros a la perrera, no tirar basura en la vía pública, vacunar perros, conectarse al drenaje, etc,. Sin embargo, se observa un cumplimiento más sistemático y generalizado de los compromisos contraídos.

Encontramos que la percepción de los problemas fue muy diferente en aquellos casos en que hubo participación de los hombres. Por ejemplo, la existencia de situaciones peligrosas, fue mucho más percibida en estos grupos que en aquellos

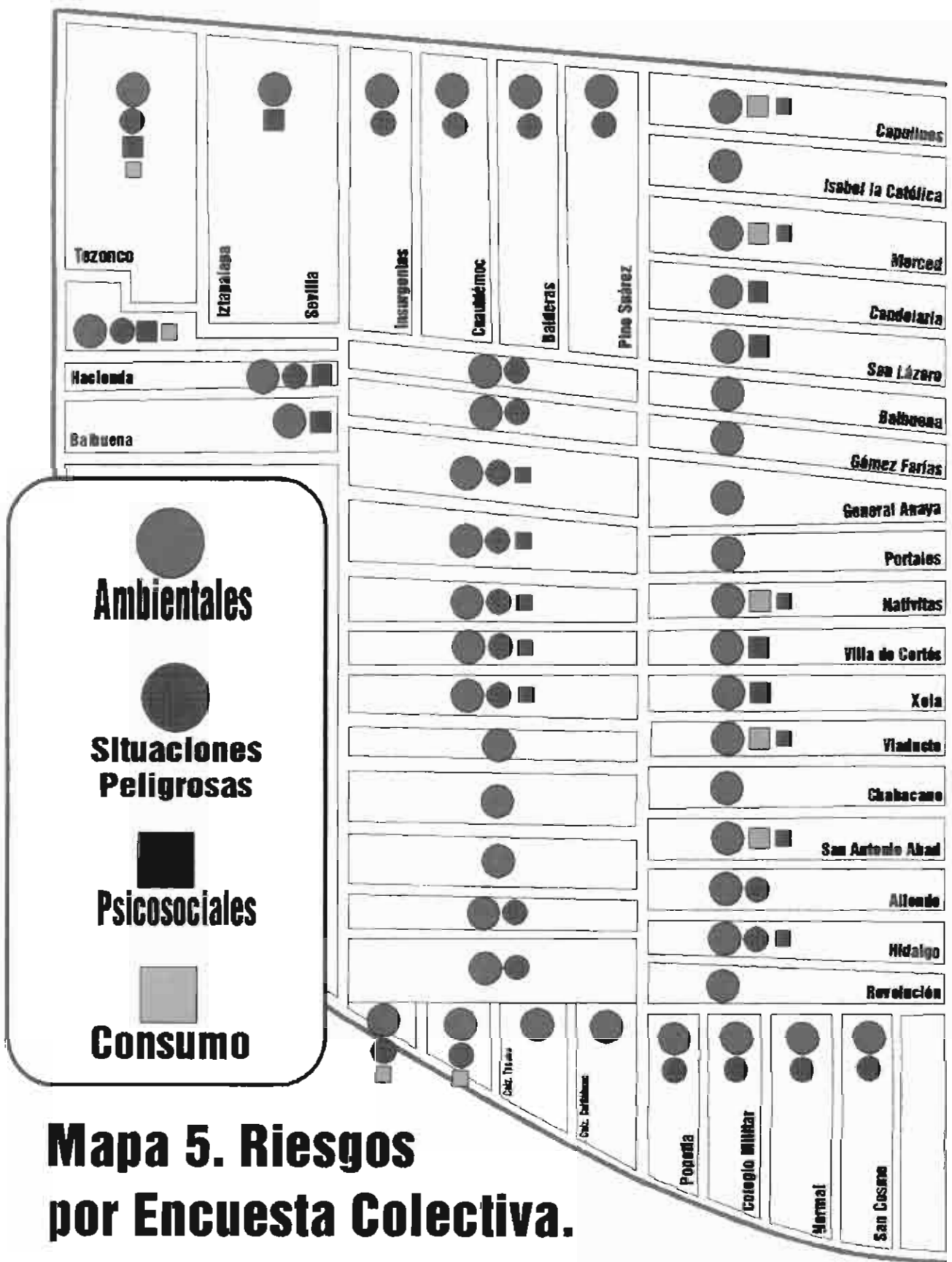
en donde sólo participaron mujeres. Esto posiblemente se debe a que los primeros están más expuestos a estos riesgos al salir a trabajar, al permanecer en la vía pública en horarios peligrosos o al tener una actividad laboral riesgosa. En cambio, los grupos en donde prevalecieron mujeres identificaron problemas como los padecimientos infectocontagiosos, obesidad, alcoholismo, irritabilidad, gastritis, cefaleas.

3.9 Mapeo de Riesgos, de Daños y de Soluciones.

Con los resultados de las encuestas levantadas, se procedió a la elaboración de tres diferentes mapas. Estos consisten al igual que los otros mapas en plasmar en el croquis de la colonia, manzana por manzana, a través de símbolos y colores, los diferentes grupos en que se clasificaron los riesgos, los daños y, por último, las diferentes alternativas de solución propuestas.

Mapa de riesgos

En cuanto a los riesgos se encontró que en todas de las manzanas el grupo más identificado fue el de los riesgos ambientales, siguiendo en orden de importancia el grupo riesgos por situaciones peligrosas en el 50% , riesgos psicosociales en el 43.7% y los riesgos relacionados con el consumo que se identificaron en el 18.7% de las manzanas.(ver Mapa 5)



Mapa 5. Riesgos por Encuesta Colectiva.

Coincidentemente, las manzanas en donde se identificaron los riesgos por situaciones peligrosas, fueron aquellas en donde hubo una mayor participación masculina. O sea, no son resultados totalmente comparables.

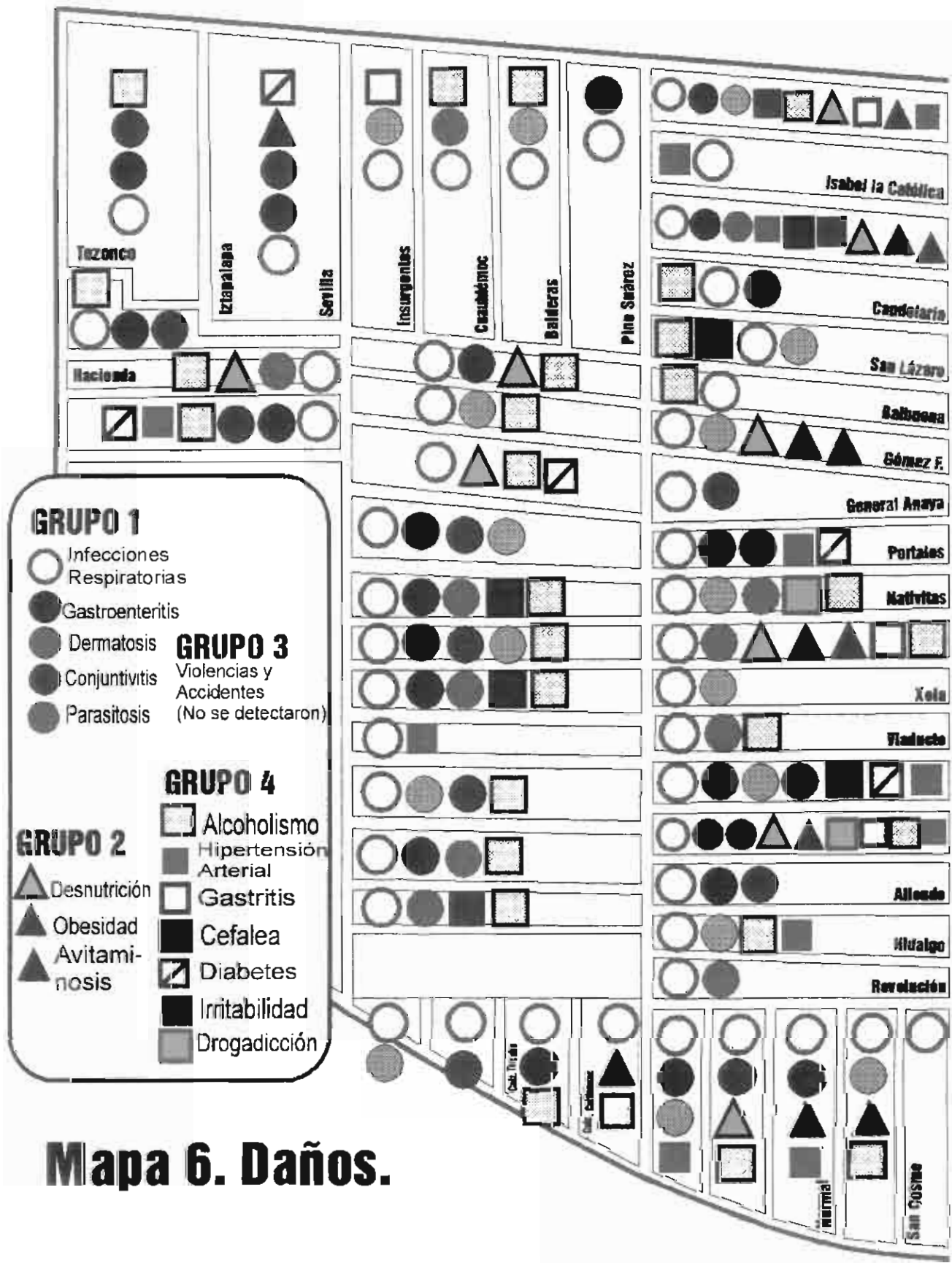
Todos los grupos de vecinos identificaron como los riesgos más importantes a los ambientales, ya que son los que más evidentemente comparten y por lo tanto les cuesta menos trabajo identificar como problema común.

Un resultado sorprendente fue que en un buen número de grupos vecinales se consideraron los riesgos psicosociales y que, además, un testimonio reiterado fue que no se tienen muy claras las posibles soluciones.

Por último, aunque, dadas las condiciones de vida de los habitantes de la comunidad se esperaría que los riesgos vinculados al consumo fueran mucho más reconocidos, no sucedió así. Desde nuestro punto de vista se debe a que, si bien es cierto que la pobreza es compartida, no es fácil aceptar que se tienen problemas de desempleo o insuficiencia de recursos económicos ante el resto de vecinos.

Mapa de daños

Los daños más reconocidos fueron los infectocontagiosos relacionados con el grupo de riesgos ambientales. Entre estos encontramos por orden de importancia, infecciones respiratorias, gastroenteritis, dermatosis, conjuntivitis y parasitosis. (ver Mapa 6)



Mapa 6. Daños.

Este reconocimiento de daños se esperaba ya que durante toda la investigación los riesgos ambientales fueron las más consistentes.

El segundo grupo de importancia fue el de daños psicosociales identificando y jerarquizando como, alcoholismo, hipertensión arterial, cefalea, gastritis, diabetes, irritabilidad y drogadicción.

Este hallazgo, fue en realidad sorprendente, ya que se esperaba que se reconocieran algunos daños relacionados con los riesgos psicosociales pero no con la frecuencia y regularidad que se reveló. Incluso, se incluyeron en este grupo problemas como la hipertensión y la diabetes, ya que el consenso fue que estos padecimientos se debían a situaciones emocionales, y pocas personas mencionaron la herencia.

El siguiente grupo que se identificó fue el relacionado con el consumo y los principales daños detectados fueron desnutrición, obesidad y avitaminosis, en ese orden.

Como se mencionó anteriormente, este fue un grupo poco identificado y sólo en los casos en donde la obesidad entre las participantes fue muy evidente se aceptó como problema.

Lo más sorprendente es que no se reportaron lesiones que se relacionaran con los accidentes y violencias, a pesar de que la gente percibe un ambiente de peligrosidad, por los resultados obtenidos en el mapa de riesgos.

Mapa de Soluciones

En cuanto a las soluciones se concentraron en dos grupos; las familiares y las colectivas.(ver Mapa 7)

Las familiares, son aquellos compromisos asumidos por los asistentes a las reuniones, y que no implican una organización más allá del ámbito familiar. Son, por ejemplo, barrer el frente de cada casa; cuidar cada quien a sus perros; hervir el agua; poner altares en aquellos lugares que se han convertido en basureros públicos; no tirar desperdicios ni agua sucia en la vía pública y, por último, vacunar a los perros.

Las colectivas, son aquellas que implican algún tipo de acuerdo entre vecinos y la organización para gestionar. Por orden de importancia encontramos: la pavimentación; que el camión de la basura pase más seguido; que exista mayor vigilancia; solicitar la perrera; mejorar el servicio del centro de salud; solicitar drenaje y reforestar. En fin, soluciones en las que tiene que intervenir algún otro sector o institución.

3.10 Contrastación de los resultados de la encuesta colectiva con los datos de morbilidad del servicio de salud.

Los daños encontrados en la **ECS** en el grupo 1, que se refiere a las enfermedades infecto-contagiosas, tienen correspondencia con los motivos de consulta reportados por el Centro de Salud Comunitario “ Zapotitla” (CSC) dependiente de la Secretaría de salud (SSa). Sin embargo, encontramos que el grupo de daños psicosociales no se encuentran entre los diagnósticos comunes, del CSC, en cambio otros padecimientos como enfermedades de la cavidad bucal, enfermedad inflamatoria de los órganos pelvianos femeninos, traumatismos, no salieron en la encuesta colectiva, y sí en cambio aparecen como frecuentes en la consulta.

A continuación presentamos un cuadro comparativo entre los diez motivos de consulta más frecuentes en el CSC y los diez daños que la población participante en DPS identificó como los más frecuentes.

Cuadro 1

	CENTRO DE SALUD ZAPOTITLA		ENCUESTA COLECTIVA	
No.	CAUSAS	CASOS	CAUSAS	MANZANAS
1	INF. RESPIRATORIAS AGUDAS	2210	INFECCIONE RESPIRATORIAS	51
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	1388	ALCOHOLISMO	30
3	INFECCIONES INTESTINALES	490	GASTROENTERITIS	24
4	HELMINTIASIS	355	DERMATOSIS	19
5	ENF. INFLAMATORIA DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS FEMENINOS	305	CONJUNTIVITIS	17
6	AVITAMINOSIS	290	PARASITOSIS	14
			HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
7	DERMATITIS Y DERMATOSIS	272	DESNUTRICION	12
8	TRAUMATISMOS	239	OBESIDAD	10
9	TRANS. DE LA MENSTRUACION Y OTRAS HEMORRAGIAS ANORMALES	197	CEFALEA	8
			GASTRITIS	
			DIABETES	
			ANEMIA	
10	MICOSIS	173	IRRITABILIDAD	6
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	2398	DROGADICCION	5

.Como se puede observar sólo parte de los datos recopilados en la **ECS** (lo que se refiere a daños) se pueden comparar con los datos de la atención médica. No podemos compara riesgos ni soluciones, que es una información valiosa para el servicio de salud ya que le permite ampliar el conocimiento de estos en cuanto a la percepción que la comunidad tienen de su proceso salud-enfermedad. Así como

respecto a cuales son los principales riesgos presentes en el área y trabajar conjuntamente con la población en las soluciones planteadas. Como se ve la **ECS** abre grandes posibilidades de colaboración entre los habitantes de una comunidad y las instituciones encargadas del servicio de salud. Si alcanzamos el logro de este propósito estaremos fomentando a través de esta propuesta una verdadera participación cogestiva.

3.11 Socialización de la información y acciones emprendidas

En esta fase se presentaron diferentes situaciones que impidieron la realización de la asamblea general.

Un primer elemento a analizar es el hecho de que conforme se iban realizando las **ECS** en las diferentes manzanas, los participantes en las mismas iban presionando para la solución de los problemas colectivos. Esto a su vez, coincidió con una política por parte de la Delegación de dotar de servicios a las comunidades. Esto dio como resultado que las demandas a problemas de drenaje, pavimentación y el recorrido con mayor frecuencia del carro recolector de basura, problemas identificados como los más urgentes por los habitantes de la comunidad tuvieran una rápida respuesta. El problema de los perros, disminuyó notablemente con la donación de estos al antirrábico. Sin embargo, sigue siendo un problema latente ya que en muchos casos la perrera no se presentó. La comunidad, a través de la Asociación de Residentes, solicitó a la Jurisdicción Sanitaria la donación de 150 árboles, los cuales fueron repartidos y sembrados en las diferentes calles, con el compromiso por parte de los habitantes de cuidarlos y darles mantenimiento.

La idea, que la asociación de residentes tenía para la realización de la asamblea de presentación de resultados, era que a ésta asistieran las autoridades delegacionales, de salud y de la UAM-X, a fin de poder en este momento plantear sus demandas y establecer compromisos. Sin embargo, la finalización del estudio

coincidió con el cambio de autoridades en las tres instituciones en diferentes tiempos con lo que se hizo imposible reunirlos a todos.

3.12 Gestión de las demandas, solución de problemas y Agenda de compromisos

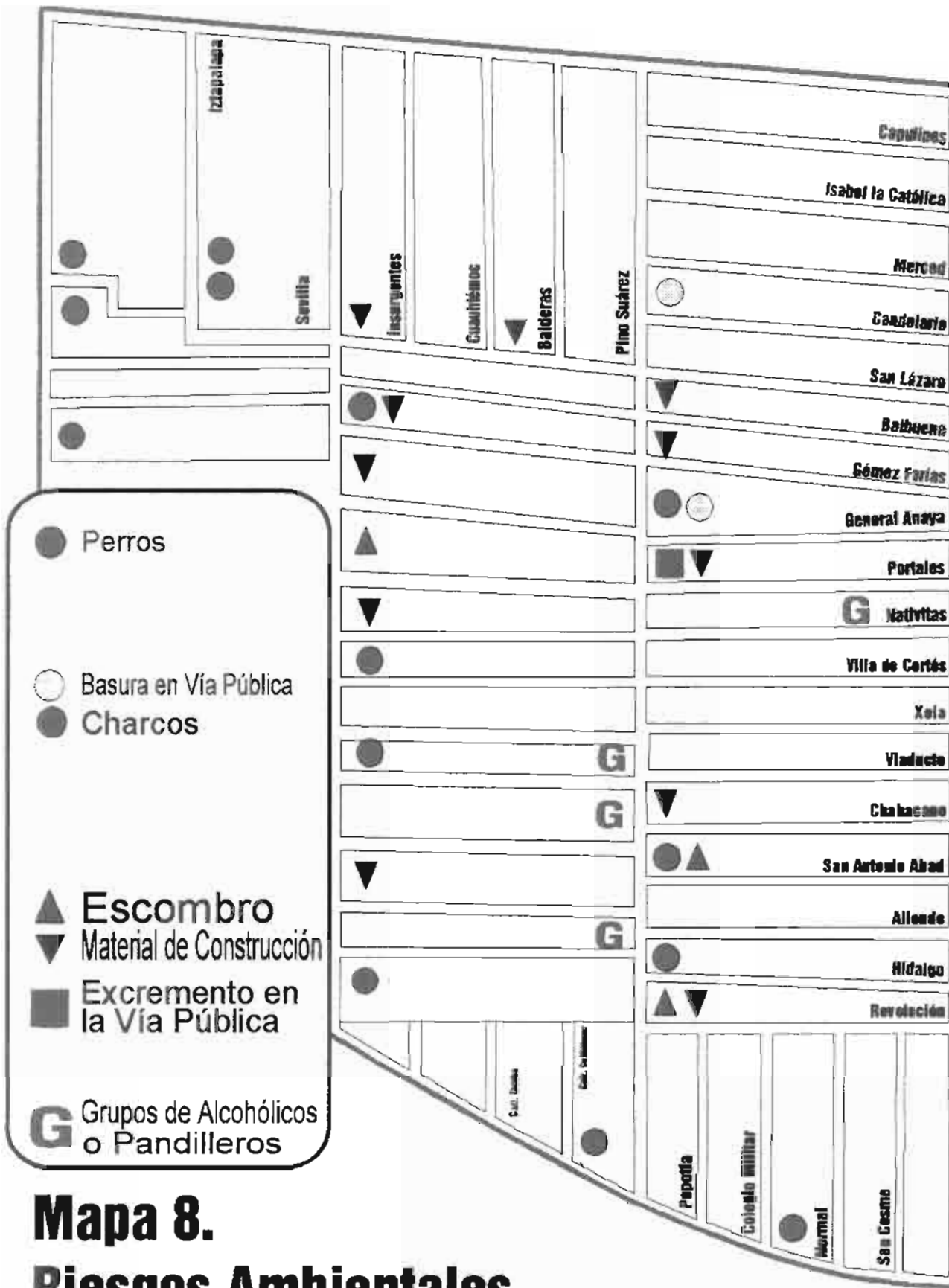
Los compromisos asumidos por los participantes en las diferentes reuniones por manzana se han llevado a cabo en su mayoría y los que correspondían a la Asociación de Residentes o al colectivo de la comunidad en gran parte se han cumplido.

4. Evaluación de la disminución de los riesgos generales

A iniciativa del grupo de promotoras voluntarias que participó en la investigación, 20 meses después se dio a la tarea de realizar un segundo recorrido por la comunidad con la finalidad de evaluar los cambios que se produjeron en la colonia.

Tal evaluación consistió básicamente en identificar los riesgos ambientales, tal como se hizo en la primera ocasión.

Los resultados de este recorrido se muestran en el Mapa 8, que comparándolos con la primera detección de riesgos (mapa 3), se observa que hay una disminución sustancial de los mismos.



**Mapa 8.
Riesgos Ambientales**

Por ejemplo, se encontró menor presencia de perros en general, se pudo observar que en muy pocas calles existe material de construcción, escombros y basura.

Asimismo, se observó que todas las calles están pavimentadas; y cuentan con el drenaje; que se llevó a cabo la reforestación y los árboles sembrados están siendo realmente cuidados. En general, se puede decir que la comunidad presenta otra imagen mucho más agradable y sana que cuando se inició el estudio.

En cuanto a la Agenda de compromisos, este es uno de los puntos que no se ha podido llevar a cabo de manera formal hasta el momento. Sin embargo, la gente ha asumido sus compromisos y ahora se tienen nuevas propuestas como la creación de una escuela primaria, un centro de salud y un parque.

Se puede decir que la comunidad y la Asociación de Residentes quedaron suficientemente motivados para emprender nuevos proyectos que tiendan a mejorar su entorno y las condiciones de bienestar de la comunidad. A pesar de estos avances, se observa que en cuanto a fuentes de trabajo, tan necesarias, no existe ninguna propuesta. La actual crisis económica favorece el aumento del desempleo y como consecuencia el incremento de la delincuencia, el alcoholismo y la drogadicción.

A MANERA DE CONCLUSION Y REFLEXION FINAL

En términos generales, se puede considerar que la propuesta metodológica para la investigación-acción participativa en salud cumplió con el propósito de impulsar la participación comunitaria a través de la instrumentación del DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD desarrollado a lo largo de este trabajo. Sin embargo, es necesario reflexionar sobre algunos de los aspectos teóricos en la cual se sustenta.

Un primer elemento que encontramos es que, a través de esta metodología se puede observar la relación entre las condiciones de vida y salud de las comunidades y el lugar que ocupan los individuos que las conforman en la sociedad. Pero, a pesar de que en el planteamiento teórico se expuso la importancia del consumo no únicamente como consumo de bienes materiales sino como consumo de cultura, ideología, etc., la propuesta no hizo posible la aprehensión de estos aspectos. El vacío es importante ya que en el intento recuperar la experiencia y conocimiento de la población no se recuperan aspectos culturales de resistencia y estrategias de sobrevivencia que podrían dar una visión más amplia y rica del proceso. Lograr avanzar en este sentido, permitiría llegar a resultados más profundos sobre la transformación no sólo individual y de las condiciones inmediatas de su entorno, sino acercarse a la transformación de las condiciones generales ideológico-políticas a que se enfrenta como clase social.

En cuanto a los fundamentos y principios del modelo a partir del cual se estructuró esta propuesta, podemos concluir lo siguiente:

1. Socialización del conocimiento

- a) Esta práctica fue muy enriquecedora ya que la propuesta de investigación-acción participativa, efectivamente permitió que los sujetos que intervinieron en el proceso desarrollaran su capacidad para expresar sus puntos de vista, ya que se generó un ambiente de confianza en donde cada uno de los asistentes externaron su experiencia y conocimiento acerca de los problemas percibidos.
- b) Se considera, por los cambios de conductas observados, que realmente hubo una apropiación de conocimiento, lo que propició que la gente asumiera sus responsabilidades individuales y colectivas.

2. Validación consensual

Este quizá fue el aspecto más difícil de abordar tanto con la población como con el equipo de trabajo, ya que es difícil establecer que existe una diferencia entre consenso y mayoría. Generalmente, se creía que bastaba con someter a votación las diferencias para que se llegara al consenso. Finalmente, se logró llegar a la práctica del consenso, por tanto, los resultados registrados en la encuesta colectiva son aquellos que efectivamente fueron producto del acuerdo consensual.

3. El grupo homogéneo.

Los grupos de discusión alcanzaron las características requeridas en la propuesta; no podemos definirlos como grupos estrictamente homogéneos, sin embargo, en tanto compartían condiciones de vida similares se hizo posible su

organización. Por otro lado, la definición de días y horarios para realizar las reuniones marcó diferencias entre la composición, participación y resultados de cada uno de los grupos.

Como se menciona en el capítulo anterior un aspecto interesante fue la diferencia de resultados de las reuniones de acuerdo al tipo de participantes. Se observó que cuando las reuniones eran por la mañana y entre semana, la composición era mayoritariamente de amas de casa y se identificaron riesgos y daños relacionados con el ambiente, así como problemas de alcoholismo en sus maridos. En cambio, cuando las reuniones se efectuaron en horario vespertino o en fines de semana, la composición de las reuniones fue mixta, teniendo una participación muy activa los hombres. Los resultados tendieron a la detección de riesgos vinculados a situaciones peligrosas que se identificaron con los accidentes y violencias. La interpretación que se hace de este fenómeno es que los hombres están más expuestos a este tipo de riesgos a causa de los horarios de trabajo, los traslados y el trabajo en si.

En general las discusiones en donde participaron hombres y mujeres fueron mucho más ricas en participación y en contenido, ya que los problemas detectados se analizaron con mucha más profundidad. En estas reuniones incluso las mujeres tenían una participación más activa.

Este elemento, no fue considerado en la propuesta metodológica original, por lo que con base en esta experiencia se recomienda tomar en cuenta los días y horarios en que se programen las reuniones con la finalidad de propiciar una mejor discusión en contenido y participación.

4. La no delegación

La respuesta positiva de los habitantes de la comunidad para gestionar de inmediato los problemas surgidos de las discusiones de la **ECS**, no deja duda de que este fundamento no sólo es necesario sino además posible.

Por otro lado, es necesario hacer una reflexión, acerca del desarrollo del proceso de instrumentación de la propuesta, así como de sus resultados, aciertos y dificultades.

En este sentido, cabe marcar tres momentos: la recuperación del conocimiento de los participantes en cada reunión y el reconocimiento de sus experiencias; la apropiación del conocimiento a través de la comprensión de su proceso salud-enfermedad; y la transformación mediante los cambios de conducta y/o de hábitos; se puede arribar a las conclusiones generales:

- a) La población participante en el estudio de caso puede ser caracterizada como "población de escasos recursos", "población marginal", "población depauperada", "población proletaria". Sin embargo, independientemente del nombre que se le dé, las condiciones de vida y la calidad de vida, que encontramos, corresponden al perfil patológico "diagnosticado" por la propia comunidad. Esto es, predomina la patología infectocontagiosa y por tanto prevenible y la psicosocial destacando el alcoholismo, tal como fue validado con los datos de morbilidad del centro de salud.
- b) El método empleado dio buenos resultados en cuanto a la respuesta de la comunidad en la discusión de su problemática no sólo de salud sino que permitió analizar otro tipo de problemas que antes no se habían relacionado con la salud. Pero además, la discusión no se redujo a la identificación de riesgos y daños sino que se avanzó en la búsqueda e instrumentación de soluciones.

- c) Un acierto de la investigación fue haber iniciado el estudio con la participación de la Asociación de Residentes, lo cual favoreció enormemente el proceso, puesto que se logró un compromiso de trabajo conjunto. En este sentido, se insiste en la necesidad de establecer relación con las autoridades formales de la comunidad y, en lo posible, comprometerlas con la investigación.
- d) Otro acierto fue haber conformado un grupo de trabajo mixto, compuesto por el técnico responsable de la investigación y personas de la comunidad interesadas en participar en el proyecto.
- e) Los cambios generados en la comunidad y por la comunidad, son importantes ya que se mejoraron visiblemente las condiciones de vida vinculadas a la existencia de servicios básicos.
- f) A pesar de que se consolidó al grupo de promotoras voluntarias, no se logró generar en la comunidad una organización que dé seguimiento a los avances y cambios obtenidos. Quizá, en su momento no se evaluó adecuadamente su importancia. Sin embargo, se puede y se debe seguir insistiendo en este punto, ya que por los resultados se puede deducir que la población está sensibilizada. Al respecto, se reconoce que de haber realizado la presentación de resultados globales en asamblea general tal como estaba previsto, se habría propiciado la formación de una comisión de salud, elegida por la comunidad que diera seguimiento y evaluara resultados.
- g) Se considera un error no haber realizado dicha asamblea, no solamente por las consideraciones hechas en el punto anterior, sino porque la comunidad no conoce hasta el momento los resultados globales, principio elemental de la investigación-acción participativa, ya que es importante demostrar los logros obtenidos y hacer énfasis en que la participación es fundamental en la solución de problemas. Otro aspecto vital de esta propuesta, es que la gente tome conciencia de

que, con o sin autoridades presentes, existe en ellos un potencial que si se explota organizadamente tendrá resultados positivos que se reflejarán en cambios individuales, familiares y colectivos.

- h) Una situación limitante en este proceso, fue que el personal de los servicios de salud no se involucró en la investigación. Se sugiere que en otras investigaciones de este tipo, el equipo de técnicos esté conformado por trabajadores de servicios de salud ubicados en el área de estudio, lo cual permitirá una mejor comprensión de los problemas de la comunidad; una mayor integración con la misma y la posibilidad de apoyar las soluciones propuestas por ésta. Pero sobre todo permitiría dar una mejor atención a los problemas de salud señalados por la propia comunidad. En el caso de que esto no sea factible, es necesario darles a conocer los resultados obtenidos en el estudio con la finalidad de que conozcan los puntos de vista de la comunidad y se tomen en cuenta para resolver problemas con base en propuestas comunes.
- i) Una última observación se refiere a que es necesario evaluar el tamaño de la comunidad antes de realizar el diagnóstico, ya que de ser muy extensa puede complicar su realización. Llevar a cabo reuniones por manzana en comunidades grandes o dispersas podría ser un inconveniente. En este caso se recomienda llevar a cabo el estudio en una muestra de las manzanas. En la asamblea general se podría validar con el resto de la comunidad los resultados obtenidos.

Finalmente, a iniciativa del grupo de promotoras voluntarias se está planteando una segunda fase del estudio que consistiría precisamente en evaluar los cambios y la participación de la comunidad, retomando la discusión en los grupos por manzana. Esta segunda etapa, permitiría además, presentar en una asamblea general los resultados de las dos fases; sus avances o retrocesos y de

esta manera impulsar la comisión de salud de la comunidad, ya que a pesar de los logros obtenidos, siguen existiendo problemas de salud por resolver.

BIBLIOGRAFIA

1. Avendaño, Cecilia y Ortega Ma. Elena. Medicina social: consumo y salud-enfermedad. Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. México. 1990, p. 28.
2. Blanco, José y Sáenz Orlando. Reproducción Social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. Cuadernos Médico Sociales. No.53, 1991.
3. Blanco, José. y Sáenz, Orlando. Condiciones de consumo (vida) y Salud: Propuesta metodológica. Mimeo.
4. Blanco, José y López Oliva. Política de salud e impacto epidemiológico. Ponencia presentada en el V Congreso de Medicina Social. Caracas, Venezuela. 1991.
5. Breilh, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. 3a. edición. Fontamara, México, 1986.
6. Brofman, Mario y Tuirán, R., La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Ponencia presentada en la mesa "Determinantes de niveles diferenciales de la mortalidad" del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, D.F., Noviembre de 1983.
7. Castellanos, Pedro Luis. Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población. Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1991.
8. CEAS. La mortalidad infantil diferencial en el área urbana de Quito. Quito, Ed. CEAS, 1981.
9. CEAS. Deterioro de la vida en Ecuador. Quito, Ed. CEAS, 1990.
10. CEAS. La crisis y su impacto en la salud. Quito, ED. CEAS, 1988.
11. Damaso, Romualdo. Estado y Políticas de Salud: Opciones y Perspectivas. II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1990.
12. De Schutter, Anton. Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. En Retablo de Papel 3. CREFAL. Páztcuaro, Mich., México. 1986.
13. De Roux Gustavo I., Participación y cogestión de la salud. Educación Médica y Salud, vol. No., 1993.
14. De Keijzer, Benno. "El Estado y la participación popular en salud". Ponencia presentada en el I Foro de Trabajadores de la Salud. Abril. 1993.
15. Declaración de Alma Ata, 1978.

16. Eibenschutz, Catalina. Poder, Salud y Democracia. Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Venezuela. 1991.
17. Fals. Borda, Orlando. " La ciencia y el pueblo", En Investigación Participativa y praxis rural: nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal. Mosca Azul Editores, Lima, 1982.
18. Granda, Edmundo. "Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud", Ponencia presentada en el II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Ediciones del Rectorado. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1991.
19. Gómezjara, Francisco. Técnicas de Desarrollo Comunitario. Ediciones Nueva Sociología. México. 1978.
20. Heller, C. El Poder y el Estado. En Poder, Política y Estado. México. ANUIES. 1976.
21. Laurell, Cristina y Márquez Margarita. El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud. ERA, México, 1985.
22. Laurell, Cristina. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. Vol.2 Abril. México, 1982.
23. Laurell, Cristina. La Política Social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud, F.F. Ebert, México, 1991.
24. Laurell, Cristina. "Ciencia y experiencia obrera: La lucha por la salud en Italia" Cuadernos Políticos No. 41, México, 1983.
25. Laurell, Cristina y Noriega, Mariano. La Salud en la Fábrica, Era, México, 1989.
26. Lenin, V.I. Obras Escogidas en tres volúmenes, vol. 3, Ed. Progreso, Moscú, 1966.
27. López, Oliva. La Política de Salud en México, Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1990.
28. Marx, Karl. El Capital. Tomo I, Ed. Siglo XXI, México. 1981.
29. Marx, Karl. Manifiesto del partido comunista. Sarpe editores. Los grandes pensadores No. 6, España, 1983.
30. Park, Peter. ¿Qué es la investigación participativa?. Perspectivas teóricas y metodológicas. Traducido por María Cristina Salazar. Universidad Nacional de Colombia, 1990.
31. Pedersen, D. El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud. Presentado en la Conferencia Internacional sobre Metodologías de Evaluación Rápida en Salud. Washington, D.C., noviembre 1990.
32. Registro de Morbilidad del Centro de Salud Comunitario "Zapotitla". S.S.A., 1993.

33. Registro de mortalidad infantil en el D.F. INEGI 1990.
34. Ríos, Victor. en: En defensa de la salud en el Trabajo. Coordinador: Mariano Noriega. SITUAM. México. 1989.
35. Robles, Sylvia. Desarrollos Metodológicos en el análisis de Situación de Salud según condiciones de vida. OPS/OMS. 1994.
36. Rodríguez, Luis. Investigación Participativa en América Latina: Sus Principios Básicos. Tomado de "Metodología Participativa: Infancia Callejera y Programas de Atención". Fundación Latinoamericana de Consultores FULCO A.C.
37. San Martín, Hernán., Breilh, J., y otros. Salud, sociedad y enfermedad. Estudios de epidemiología social. Editorial Ciencia 3. España. 1986.
38. Schmelkes, Sylvia. Fundamentos teóricos de la investigación participativa. En: Investigación participativa: algunos aspectos críticos y problemáticos. Cuadernos del CREFAL 18. Pátzcuaro, Michoacán, México. 1991.
39. Schmidt, Alfred. El concepto de naturaleza en Marx. Siglo XXI Editores, México. 1976.
40. Sirvent, María Teresa. Participación de la Comunidad. Primer Taller: Liderazgo, Gerencia y Planificación Educativa y de Servicios de Salud. Rio de Janeiro. 1992.
41. UAM-X/SSA/WK Kellogg Foundation. Proyecto UNI -UAM-X / Sistema Local de Salud Tláhuac. Propuesta presentada por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, 1992.101 Registro de Morbilidad de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac 1993.
42. Valla, Victor. Participação Popular e os Serviços de Saude: O Controle Social como Exercício da Cidadania. Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ, 1993.
43. Yopo, Boris. Metodología de investigación participativa. Cuadernos del CREFAL. Pátzcuaro, Michoacán, México. 1989.