



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

**PRÁCTICAS Y PROCESOS PEDAGÓGICOS
EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN
MUNICIPIO AUTÓNOMO REBELDE ZAPATISTA. CHIAPAS,
MÉXICO, 2005-2007**

Tesis que, para obtener el grado de
Maestro en Medicina Social
presenta

EDGAR RODOLFO BAUTISTA JIMÉNEZ

DIRECTORA DE TESIS
MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA

México, D.F., Mayo 2013

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por seguir apoyando a los estudiantes de posgrado, la Universidad Autónoma Metropolitana, por abrir sus puertas a los hijos de obreros y amas de casa.

A Coni por su incansable dedicación a lo que hace, sus ideas, su mundo, su amor, su entrega, su paciencia, su pedagogía y su compañía...

A la Maestría en Medicina Social por continuar abonando al entendimiento de las Determinantes Sociales de la Salud y por su apuesta a la formación de mediadores estratégicos. A su planta docente, especialmente Oliva; Pepe por creer en mí desde un inicio; Arturo por su estructura y rigurosidad; Carolina por su profundidad y espesura; Edgar por las asesorías; Sergio por su obsesividad e incitación constante a hacer preguntas. A Alejandro Cerda quien me acompañó en todo este proceso de principio a fin.

A los(as) Compañeros Emmanuel, Raquel, y Adriana, por el encuentro y por el futuro que nos espera juntos. A sus respectivos compañeros y compañeras.

A Mardonio por su ser, su amor, su amistad, su complicidad (Uampe) en la lucha y por presentarme el mundo indígena.

A los Zapatistas por compartirme su lucha y una forma digna de ver el mundo. A los promotores (as) de salud por su entrega, compañía y enseñanzas. Al Sub Marcos por su decisión de luchar y su perseverancia en sembrar esperanza.

A Diana Damián por sus consejos, en especial el de alejarme de la Selva.

A Catalina Eibenschultz por su mirada incisiva, su acompañamiento, su cobijo y por recordarme el lugar y las personas con las que hay que trabajar.

A Joel Heredia por en su momento adoptarme y enseñarme la vinculación entre medicina, Pobreza y Justicia.

A José Blanco por mostrarme las determinantes sociales, sin saberlo, y por negarse amablemente a ser mi director de tesis.

A los y las compañeras de La Otra Salud, Martha, Javier y Ger que han retroalimentado la praxis de la salud. A Elvira, Rosa y Jaime de Brigada Callejera por su acompañamiento y su coherencia.

A los amigos de siempre a Huicho, al Feo, al compadre Frank, a Erica y a Josafat por estar.

A la Familia Guzmán: Fernando, Mónica, Olivia, Miriam, Fernando Israel por abrirme su casa y corazón.

A la familia Bautista: Francisca, Martha, José Luis y sus respectivas familias. A Fernando.

A la Familia Jiménez: Ricardo, Martha, Lalo. A todos (as) los primos (as); a ellos gracias por el apoyo y por ser los referentes cercanos de las aspiraciones y de las normas de reproducción social. A la abuela Elisa. Al Abuelo Nico.

A Jorge y Andrea

A Georgina y Rodolfo por la vida

A Mari por la vida nueva.

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	9
MARCO TEÓRICO	9
SECCIÓN 1. MEDICINA SOCIAL.....	9
SECCIÓN 2. SOCIEDAD.....	19
SECCIÓN 3. EDUCACIÓN, DIÁLOGO Y CONOCIMIENTO.....	35
SECCIÓN 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	51
CAPÍTULO 2	69
MARCO REFERENCIAL Y POLÍTICO	
CADENA DE AGRAVIOS A INDÍGENAS DE CHIAPAS.....	69
PROMOTORES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHIAPAS.....	88
CHIAPAS: LA CONQUISTA INCONCLUSA Y LA AUTONOMÍA ZAPATISTA.....	100
CAPÍTULO 3	
PRESENTACIÓN DEL CASO	122
EL MUNICIPIO AUTÓNOMO REBELDE ZAPATISTA SAN NICOLÁS.....	122
LA EXPERIENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	131
CAPÍTULO 4	
METODOLOGÍA Y MÉTODO	154
METODOLOGÍA.....	
MÉTODO.....	
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	179
REFLEXIONES METODOLÓGICAS.....	190
CAPÍTULOS DE RESULTADOS Y ANÁLISIS	
CAPÍTULO 5	195
PODER: CAPITAL Y CAMPO	
CAPÍTULO 6	235
EDUCACIÓN, DIÁLOGO Y CONOCIMIENTO	
CAPÍTULO 7	269
SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
CONCLUSIONES	298
REFERENCIAS	310

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE	
Capítulos.....	vi
Tablas.....	xi
Diagramas.....	xii
Figuras.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	
MARCO TEÓRICO.....	9
MEDICINA SOCIAL	9
Medicina social	10
Respuesta social organizada y prácticas en salud.....	11
Prácticas en promoción de la salud	13
Personal de salud y su proceso de formación.....	15
Determinantes sociales de la respuesta social organizada.....	17
SOCIEDAD	19
Sociedad	20
Espacio social	23
Capital	25
Especies de de capital	25
Campo	27
Funcionamiento del campo.....	28
Teoría de la práctica	31
Agentes	31
Habitus	32
Doxa	33
EDUCACIÓN, DIÁLOGO Y CONOCIMIENTO	35
Educación.....	35
Educación indígena.....	38
Diálogo	39
Diálogo Freireano y teoría de la acción cultural.....	43
Teoría de la acción dialógica y antidialógica	44
Conocimiento	47
PROMOCIÓN DE LA SALUD	51
Introducción a conceptos y clasificaciones.....	52
La salud y la promoción de la salud desde una propuesta orientada por una utopía emancipadora.....	60
Las propuestas de salud y cuerpo-territorio de la Promoción de la Salud Emancipadora (PSE)....	60
Características de la PSE	62
Promoción de la salud empoderante vs promoción de la salud emancipadora	62
Sujetos saludables vs Clientes	63
Acciones propuestas por PSE	64
Aspectos a estudiar en la PSE	66
CONCLUSIONES al capítulo	67

CAPÍTULO 2	
MARCO REFERENCIAL Y POLÍTICO	69
CADENA DE AGRAVIOS A INDÍGENAS DE CHIAPAS	70
Chiapas	71
Riqueza y pobreza en Chiapas	72
Chiapas, la “emergencia sanitaria permanente”	73
La estructura de los servicios de atención de la enfermedad en Chiapas	75
La Selva Lacandona	77
La pobreza en la Selva Lacandona y en Chiapas	79
Ocosingo	82
Ocosingo indígena y marginado	86
Indicadores socioeconómicos en Ocosingo y Chiapas	86
PROMOTORES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHIAPAS	88
El promotor de salud	89
La institucionalización de la promoción de la salud.	91
Experiencias en México	92
Experiencias en Chiapas, sectores involucrados	93
Las iglesias	94
El gobierno	95
Las organizaciones no gubernamentales	96
Las universidades	98
CHIAPAS: LA CONQUISTA INCONCLUSA Y LA AUTONOMÍA ZAPATISTA.	100
La conquista inconclusa	101
Independencia (fugaz) y Revolución (institucional)	104
La Revolución Zapatista	108
El diálogo con el gobierno	108
Las declaraciones de la Selva Lacandona	110
La construcción de la autonomía	112
Autonomía y salud	113
CAPÍTULO 3	
PRESENTACIÓN DEL CASO	122
EL MUNICIPIO AUTÓNOMO REBELDE ZAPATISTA SAN NICOLÁS	122
Aspectos físicos	122
Aspectos demográficos	124
Aspectos sociales	125
LA EXPERIENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD (RESUMEN)	131
Etapa de inicio (Agosto de 2005-Enero 2006)	
Antecedentes personales	132
Antecedentes en la zona	134
Momento de llegada	137
Momento de inicio	142
Etapa de salida	145
Momento de expansión	145
Momento de consolidación	148

CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA Y MÉTODO

METODOLOGÍA	154
Planteamiento del problema	154
Antecedentes	155
Pregunta principal y sistema de preguntas	156
Problematización de preguntas y consecuencias metódicas	156
Diseño de estudio	168
MÉTODO	170
Procedimiento General para este estudio	170
Información necesaria	171
Selección de informantes	173
Trabajo de campo	175
Registro de información	175
Elaboración de información y construcción de datos densos	176
Diseño de análisis y diseño de interpretación	176
CONSIDERACIONES ÉTICAS	179
Principios éticos	179
Principios en medicina clínica	179
Principios en medicina social	180
Principios emergentes	180
Dilemas éticos en esta investigación	181
Principios éticos aplicados a dilemas éticos en esta investigación	185
REFLEXIONES METODOLÓGICAS	190

CAPÍTULOS DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

CAPÍTULO 5	195
PODER: CAPITAL Y CAMPO	
EL CAPITAL EN EL CAMPO DE LOS PROMOTORES DE SALUD (PSSN)	197
Composición del capital al inicio	197
Composición del capital al final	202
Variación en la composición del capital en el campo PSSN.	208
CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSSN	212
Objetivos del campo PSSN	213
Límites del campo PSSN	213
Reglas del juego del PSSN	215
Disposición, toma de posición y posición de los agentes en el campo PSSN	218
Toma de posición en el campo PSSN	221
Características del campo de los promotores de salud	222
Posiciones de los agentes en las etapas de inicio y salida en el PSSN	223
Distribución de los agentes en el espacio social PSSN en la etapa de inicio.....	225
CONSIDERACIONES FINALES DE CAPITAL Y CAMPO.....	227
Campo	229
Capital	231

CAPÍTULO 6	235
EDUCACIÓN, DIÁLOGO Y CONOCIMIENTO	
TEORÍA DE LA ACCIÓN CULTURAL	
Acción dialógica.....	236
Acción anti dialógica	244
CONOCIMIENTO	249
Tipos de conocimiento (experto, popular, etc.)	249
Valor validez y validación	255
Noesis	261
Conciencia de identificación de conocimiento institucionalizado y falso	261
Conciencia de sujeto de capacidad cognoscente	262
Desarrollo de sentido común, de saber popular y experto para resolver problemas de la realidad.	264
CAPÍTULO 7	269
SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Prácticas de subordinación y emancipadoras	269
Conciencia de la existencia del doxa	271
Construcción de campos de opinión	272
Interés por conocer	274
Desarrollo de voz.....	276
Cambio de reproducción simple a reproducción emancipadora.	278
Diferencia	284
Características de las inscripciones corporales y espaciales.	290
Corporeizaciones.	293
Situación de salud para cada uno de los agentes.....	294
CONCLUSIONES	298
REFERENCIAS	310

ÍNDICE DE TABLAS

1.	CONCEPCIÓN DE PERSONA DESDE DISTINTOS MARCOS EXPLICATIVOS SOCIOLÓGICOS	16
2.	DOMINIOS UTILIZADOS POR LA MAESTRÍA EN MS PARA EL ESTUDIO DE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA	18
3.	PERSPECTIVAS TEÓRICO-SOCIALES QUE SE OCUPAN DEL ESTUDIO DE LA SALUD CONSIDERADAS POR LA MEDICINA SOCIAL	20
4.	TRES ENFOQUES SOCIOLÓGICOS SOBRE LA EDUCACIÓN	37
5.	ELEMENTOS, CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL DIÁLOGO	40
6.	CARACTERÍSTICAS LA ACCIÓN DIALÓGICA.....	45
7.	CARACTERÍSTICAS DE LA ACCIÓN ANTIDIALÓGICA.....	46
8.	CARÁCTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO: NOEMA Y NOESIS.....	48
9.	CONOCIMIENTO, VALIDEZ VALOR Y VALIDACIÓN.....	48
10.	TAXONOMÍA DEL CONOCIMIENTO.....	50
11.	TRES MODELOS CONCEPTUALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS DIMENSIONES DE CLASIFICACIÓN.....	56
12.	DEFINICIONES DE SALUD Y PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEGÚN SU PARADIGMA	58
13.	PS EMPODERANTE VS PS EMANCIPADORA	63
14.	EJEMPLOS DE ASPECTOS A ESTUDIAR TOMANDO EN CUENTA LAS DIMENSIONES DE PODER DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	66
15.	MÉDICOS, ENFERMERAS Y MATERIALES PARA DISTINTOS PAÍSES, INCLUIDOS EL ESTADO DE CHIAPAS Y EL MUNICIPIO DE OCOSINGO 2005	76
16.	POBLACIÓN DERECHOHABIENTE EN MÉXICO, EL ESTADO DE CHIAPAS Y EL MUNICIPIO DE OCOSINGO, 2005	77
17.	INCIDENCIA DE LA POBREZA EN CHIAPAS Y MÉXICO (2000) PORCENTAJE DE POBRES SEGÚN LÍNEAS DE POBREZA	81
18.	INCIDENCIA DE LA POBREZA REGIONAL EN CHIAPAS SEGÚN LINEAS DE POBREZA.....	82
19.	INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN MÉXICO, CHIAPAS Y OCOSINGO PARA EL AÑO 2000.....	86
20.	DIFERENCIAS ÉTICAS ENTRE EL SSAZ Y EL SSA.....	114
21.	ESTRUCTURAS, ACTORES Y NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN EL SSAZ.....	116
22.	ANTECEDENTES PERSONALES Y DEL MUNICIPIO SAN NICOLÁS.....	132
23.	MOMENTO DE LLEGADA (Mayo-Julio2005)	137
24.	CARACTERÍSTICAS DE MICROCLÍNICAS.....	139
25.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD.....	140
26.	MOMENTO DE INICIO	142
27.	MOMENTO DE EXPANSIÓN.....	146
28.	MOMENTO DE CONSOLIDACIÓN	149
29.	MOMENTO DE SALIDA.....	151
30.	ASPECTOS DEL PARADIGMA EN EL QUE SE INSERTA ESTA INVESTIGACIÓN.....	169
31.	ANALIZADORES.....	177
32a	EJEMPLO DE TABLA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	178
32.	DILEMAS Y PRINCIPIOS CLÍNICOS.....	186
33.	DILEMAS Y PRINCIPIOS POLÍTICOS.....	187
34.	DILEMAS Y PRINCIPIOS EMERGENTES.....	188
35.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE ALEJANDRO. ETAPA DE INICIO.....	198
36.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DEL MÉDICO. ETAPA DE INICIO.....	199
37.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE MISAELE. ETAPA DE INICIO.....	199
38.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE JOSÉ. ETAPA DE INICIO.....	199
39.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE ALEJANDRO. ETAPA DE SALIDA	202
40.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DEL MÉDICO. ETAPA DE SALIDA.....	203
41.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE MISAELE. ETAPA DE SALIDA.....	204
42.	COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE JOSÉ. ETAPA DE SALIDA.....	204
43.	MOVILIDAD DEL CAPITAL EN EL CAMPO PSSN EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA.....	210
44.	COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEL CAPITAL EN EL CAMPO PSSN EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA.....	212
45.	OBJETIVOS DEL CAMPO PSSN.....	213
46.	LÍMITES DEL CAMPO PSSN EN LA ETAPA DE INICIO Y SALIDA.....	214
47.	REGLAS DEL JUEGO EN EL CAMPO PSSN.....	217
48.	DISPOSICIÓN Y TOMA DE POSICIÓN EN EL CAMPO PSSN.....	219
49.	Tabla 49. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO DE LOS PROMOTORES DE SALUD.....	223
50.	TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: COLABORACIÓN.....	237
51.	TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: UNIÓN.....	239
52.	LA TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: ORGANIZACIÓN.....	240
53.	TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: SINTESIS CULTURAL.....	242
54.	TEORÍA DE LA ACCIÓN ANTI-DIALÓGICA.....	247
55.	TIPOS DE CONOCIMIENTO EN ETAPA DE INICIO.....	250
56.	TIPOS DE CONOCIMIENTO EN ETAPA DE SALIDA.....	253

57.	VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA VACUNACIÓN EN EL CAMPO PSSN.....	256
58.	VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y LA MUERTE MATERNA EN EL CAMPO PSSN.....	258
59.	VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN A PERSONAS EN EL CAMPO PSSN.....	259
60.	VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA AUTONOMÍA EN EL CAMPO PSSN.....	260
61.	DESARROLLO DE NOESIS EN EL CAMPO PSSN.....	262
62.	CONCIENCIA DE SUJETOS DE CAPACIDAD COGNOSCENTE.....	263
63.	DESARROLLO DE SENTIDO COMÚN, DE SABER POPULAR Y EXPERTO PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA REALIDAD.....	264
64.	CONCIENCIA DE EXISTENCIA DEL DOXA Y DEL HABITUS.....	271
65.	CONSTRUCCIÓN DE CAMPOS DE OPINIÓN EN ETAPA DE SALIDA.....	273
66.	INTERÉS POR CONOCER EN EL CAMPO PSSN.....	275
67.	DESARROLLO DE VOZ EN EL CAMPO PSSN.....	276
68.	REPRODUCCIÓN EMANCIPADORA.....	280
69.	REPRODUCCIÓN SIMPLE Y REPRODUCCIÓN EMANCIPADORA EN EL MUNICIPIO AUTÓNOMO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	282
70.	CONCIENCIA DE YO Y DEL OTRO, ETAPA DE INICIO.....	285
71.	CONCIENCIA DE YO Y DEL OTRO, ETAPA DE SALIDA.....	287
72.	INSCRIPCIONES CORPORALES, ETAPA DE SALIDA.....	292
73.	SITUACIÓN DE SALUD PARA CADA UNO DE LOS AGENTES.....	294

ÍNDICE DE FIGURAS

1.	REPÚBLICA MEXICANA.....	70
2.	ESTADO DE CHIAPAS Y LAS NUEVE REGIONES SOCIOECONÓMICAS QUE LO COMPONEN.....	71
3.	MUNICIPIO DE OCOSINGO, CHIAPAS.....	83
4.	PIRAMIDE DE POBLACIÓN 2005. MUNICIPIO DE OCOSINGO CHIAPAS.....	84
5.	EL CAMPO PSSN, UN SUBCAMPO DE LOS CAMPOS SCNE, CNE Y AZ.....	196
6.	POSICIONES DE LOS AGENTES EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA EN EL PSSN.....	223
7.	POSICIONES DE LOS AGENTES EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA EN EL PSSN.....	223
8.	DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES EN EL ESPACIO SOCIAL PSSN EN LA ETAPA DE INICIO.....	225
9.	DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES EN EL ESPACIO SOCIAL PSSN EN LA ETAPA DE SALIDA.....	226
10.	MOVILIDAD DE LOS AGENTES EN EL CAMPO PSSN.....	233

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

1.	UBICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO DIMENSIÓN DE UNO DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA SOCIAL.....	14
2.	DIMENSIONES CONSTITUTIVAS DE LA PALABRA.....	42
3.	DISTINTAS PROMOCIONES DE SALUD DE ACUERDO CON DISTINTAS CONCEPCIONES DE PERSONA Y FORMAS DE EJERCICIO DEL PODER.....	57
4.	ETAPAS Y MOMENTOS EN LOS QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA PEDAGÓGICA.....	131

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta comunicación es presentar ante la comunidad de la Medicina Social mis aprendizajes y sustentos en el trabajo de identificar y entender los elementos transformadores de las prácticas pedagógicas en promoción de la salud que realicé durante los años 2005-2007 en un municipio autónomo de Chiapas; elementos cuyo análisis favorezca los procesos emancipadores en los ámbitos de la formación de promotores de salud, de la Promoción de la Salud, de la Medicina Social y en el proceso de construcción de Autonomía Zapatista.

Entre los años de 2005 y 2007 llevé a cabo un conjunto de prácticas pedagógicas con promotores de salud en comunidades autónomas de Chiapas, México, dentro de la conformación de lo que en esas comunidades se reconoce como ‘Sistema de Salud Autónomo Zapatista’. A mi arribo observé, cómo médico contratado por una ONG e invitado por promotores de salud de otra zona, que existía una estructura de promotores de salud en donde un sólo promotor tenía múltiples cargos relativos a la salud y a otros aspectos de la vida en su comunidad, pero, dado su exceso de trabajo y relativo aislamiento, no lograba ejercer todos ellos. Mi llegada desencadenó un proceso pedagógico entre ese promotor y yo. Carecíamos de formación o plan diseñado específicamente para iniciar nuestro trabajo conjunto como promotores de salud; en mi caso, tenía escasa vinculación con el resto de los promotores de la comunidad y de la zona en donde se ubica la misma. En la práctica generamos procesos pedagógicos que provocaron cambios importantes en la magnitud, calidad y distribución de las cargas de trabajo, en particular del trabajo en salud y en los procesos de vinculación con otros promotores. Al finalizar los dos años de trabajo, la organización colectiva alrededor de la salud cambió considerablemente, por lo que me pregunté: ¿qué hicimos, cómo lo hicimos, y cómo podemos utilizar el aprendizaje alrededor de esta experiencia para el beneficio de la promoción de la salud en los municipios autónomos?

Dada la necesidad de formación de recursos humanos en promoción de la salud, considerando la literatura en este campo y el trabajo anterior que han llevado a cabo

distintos grupos de la sociedad organizada en relación con la promoción de la salud, me pareció importante seleccionar como enfoque de mi estudio en la Maestría de Medicina Social, el análisis de esta experiencia para identificar en ella los componentes que pudieran beneficiar el desarrollo de otros procesos pedagógicos críticos cuya finalidad fuera la liberación del conocimiento, el avance hacia la autonomía, y la expresión que estos procesos pudieran tener en las inscripciones en los cuerpos y en los espacios de los sujetos individuales y colectivos.

Es así que en esta comunicación defino y delimito el problema de la realidad elegido para su estudio como: el entendimiento de las prácticas en promoción de la salud realizadas entre los años 2005 y 2007 en un municipio autónomo, y el entendimiento de los cambios en el conocimiento, el capital, las inscripciones y corporeizaciones en los sujetos individuales y colectivos que permitan dilucidar los elementos transformadores y saludables de la experiencia.

El diseño de esta investigación se fue conformando y develando durante el proceso de investigación. Inicie con el planteamiento del problema, del que derivaron los objetivos de investigación.

Al planteamiento del problema y la identificación de objetivos, siguió la identificación de preguntas teóricas y su problematización, misma que me permitió entender que esta investigación sería un estudio de caso cuya unidad de análisis sería el grupo de promotores de salud. La selección de una metodología cualitativa se realizó a partir de la elección del problema a investigar y los referentes teóricos desde donde se interrogaba la realidad. Si hiciera un ejercicio de clasificación de la metodología de este trabajo entre alguno de los paradigmas propuestos por Guba y Lincoln (2005), diría que se encuentra inserto dentro de los “paradigmas alternativos” específicamente el de la teoría crítica, el cual está integrado por una multiplicidad de propuestas de origen marxista, cuya ontología se basa en el realismo histórico con una epistemología de tipo transaccional /subjetivista en donde los hallazgos están mediados por valores; y cuya metodología es dialógica y dialéctica. Esta es

una tradición ligada a la escuela de Frankfurt (*ibid*, 2005) y su objetivo es la transformación, la crítica, la liberación y la emancipación.

El planteamiento del problema expuesto y la observación del mismo a través de conceptos relacionados con el poder, el conocimiento, el diálogo y la salud que se desarrollan en los capítulos de marco teórico, dieron origen al siguiente sistema de preguntas que orientaron el estudio de esta experiencia

1. ¿Cuáles son los cambios en la capitalización/descapitalización de los promotores de salud?
2. ¿Cómo sucedió la transformación del capital en juego en este campo?
3. ¿Cuáles fueron las características de los procesos de apropiación, construcción, reconstrucción y cambio del conocimiento proceso pedagógico al interior del campo?
4. ¿Cuáles fueron los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud?
5. ¿Cómo se corporeizaron e inscribieron los cambios en los cuerpos, subjetivo y material de los PS?
6. ¿Qué aporta este trabajo a la Medicina Social, y desde dónde estoy concibiendo estos aportes?

El sistema de preguntas presentado contempla en su interior los enfoques teóricos desde donde decidí observar la experiencia en promoción de la salud que aquí describo de manera breve: Los conceptos y las teorías que fueron sustento para el análisis e interpretación de las prácticas pedagógicas en promoción de la salud en estudio fueron cuatro: los referentes teóricos de la Medicina Social que me sirvieron para ubicar las prácticas en promoción de la salud dentro de su segundo objeto de estudio que es la práctica médica, específicamente dentro de los ámbitos de la formación de recursos humanos, ubicando además la experiencia pedagógica dentro de los dominios ideológico y político de las determinantes sociales de la salud; el segundo soporte teórico está vinculado a aspectos relacionados con la sociedad, la forma en que se organiza y las relaciones de poder que en ella se desarrollan, para dar cuenta de esto utilicé la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu, específicamente

de los conceptos de capital, campo y *habitus* (Bourdieu, 1977; 1986; 1987;1988;1990; 1999;2000;2007;2009); el tercer referente teórico es el vinculado a aspectos relacionados con la persona, la educación y el diálogo, para ello recurro al Pedagogo Paulo Freire y su teoría de la acción cultural (Freire,1970), así como a una taxonomía del conocimiento de Chapela (2003) y los conceptos de noema y noesis desarrollados por Husserl. Para indagar sobre la promoción de la salud y sus conceptos, de entre distintos modelos retomo el de la Promoción de la Salud orientada por una utopía emancipadora propuesto por Chapela destacando los conceptos de cuerpo -territorio, inscripciones y corporeizaciones (2004; 2007; 2008a; 2008b; 2010; 2010a). Estos soportes teóricos y conceptuales me permitieron definir los analizadores con los que observaría mi experiencia con los promotores en Chiapas.

A partir de un proceso de reflexión y problematización del sistema de preguntas antes descrito y que la o el lector puede consultar en el capítulo 4, se generaron las siguientes consecuencias metódicas:

Construí un relato rico de la experiencia pedagógica a partir la información con la que ya contaba (informes, diarios, memoria, objetos) que alimenté de entrevistas del resto de los promotores (agentes) para con esto lograr densidad y validez a los datos de un relato colectivo que será el insumo para el análisis. Trabajé con cortes de capitales, es decir, etapas en las que se identificaron cambios en los proceso pedagógicos que me permitieran identificar cambios producto de la intervención pedagógica. Tras revisar el relato que construí, identifiqué aquellos elementos que estaban incompletos o que requerían de triangulación con otra información. Con el fin de enriquecer el relato, acudí a los mismos promotores con quienes había trabajado. La selección de los informantes (palabreantes) que debían de dar cuenta del trabajo eran los promotores con quien participé durante mi estancia en Chiapas. Para poder platicar con ellos solicité en Mayo de 2009 a la Junta de Buen Gobierno (JBG) del Caracol Nueva Esperanza su visto bueno para acudir al municipio San Nicolás y platicar con los promotores de salud con los que había trabajado años atrás y que habían participado en la experiencia pedagógica descrita en el capítulo de presentación del caso en esta comunicación.

Esta comunicación de tesis está dividida en los siete capítulos que presento enseguida.

En el capítulo uno presento los referentes mediante los cuales observo, ilumino la experiencia pedagógica en estudio. En este capítulo desarrollo los conceptos referentes a la Medicina Social, específicamente su segundo objeto de estudio que es la práctica médica y las prácticas en salud. Otro referente teórico que utilicé es el de la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu específicamente el concepto de capital que me permitirán identificar las relaciones de poder en la experiencia en estudio. El tercer referente teórico utilizado es el de la teoría de la acción cultural que me permitirá identificar las características dialógicas y antidialógicas de los procesos pedagógicos. El último enfoque de este capítulo es el de la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora de Chapela, y sus conceptos de cuerpo-territorio, de salud y de promoción de la salud que se deslindan de la idea de enfermedad y permiten una aproximación crítica al estudio del fenómeno de la salud.

El capítulo dos contiene el marco referencial y político, el marco contextual donde se desarrolló la experiencia en promoción de la salud. En él se muestran las características del estado de Chiapas, de la Selva Lacandona y de Ocosingo, específicamente las relacionadas con las contradicciones entre riqueza, pobreza y marginación y sus consecuentes inequidades en salud en términos de su perfil de morbilidad y de la carente estructura de atención a la salud. Además describo las experiencias de formación de promotores de salud en Chiapas y el papel de distintos actores involucrados como las iglesias, el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y las universidades. Cierro el capítulo dos con un recuento histórico de los procesos de lucha y rebeliones indígenas en Chiapas que inician con la invasión española, pasan por el movimiento de independencia y revoluciones (armada e institucional) y culminan con la Revolución Zapatista, el diálogo fallido con el gobierno mexicano, las declaraciones de la Selva Lacandona y la construcción de la autonomía en salud de los zapatistas.

En el capítulo tres describo los aspectos físicos, demográficos y sociales del municipio autónomo donde se realizó la intervención en salud. Además se presenta un resumen de la experiencia en el que muestro las etapas y los momentos de la intervención. Se incluyen los

antecedentes de intervenciones en salud previas, los antecedentes en la zona y los antecedentes del investigador. La experiencia se divide en dos etapas, la etapa de inicio y la etapa de salida, esto para poder identificar los cambios producto de las prácticas pedagógicas.

En el capítulo cuatro describo de manera detallada el planteamiento del problema, el diseño del estudio y el método seguido para contestar la pregunta principal y el sistema de preguntas que me guiaron en esta investigación. Incluyo cómo seleccioné a los palabreantes, cómo realicé el trabajo de campo, cómo registré la información, cómo construí los datos, cómo llevé a cabo su análisis e interpretación. En la última sección de este capítulo describo los principios éticos que fueron considerados para esta investigación entre los que se encuentran los de la biomedicina, los de la medicina social, y principios emergentes provenientes de los marcos teóricos utilizados. A esta descripción sigue una puesta sobre la mesa de mis dilemas éticos en esta investigación y cómo se pueden aplicar los principios éticos a esos dilemas.

Los capítulos cinco, seis y siete los dedico a sistematizar el análisis de la investigación. En el capítulo cinco presento los resultados y análisis relacionados con los aspectos relativos a los procesos sociales que ocurrieron, de manera principal los relativos a las relaciones de poder al interior del caso observado. Con este fin se describe el campo de los promotores de salud del municipio autónomo San Nicolás y sus características que incluyen los agentes y la composición y el tipo de capital que se jugó en dos etapas de la experiencia pedagógica, además se muestran de manera detallada las características propias del campo.

En el capítulo seis analizo la experiencia pedagógica desde los presupuestos de la teoría de la acción cultural de Paulo Freire. Específicamente analizo las características dialógicas y antidialógicas de las prácticas y profundizo en distintos aspectos del conocimiento presente en el campo, particularmente en su valor, validez y validación.

En el capítulo siete presento el análisis resultado de observar las prácticas pedagógicas a través de la mirada de la promoción de la salud emancipadora que permite identificar elementos que van más allá del ámbito de la enfermedad como las prácticas pedagógicas de subordinación y emancipadoras, las características de las inscripciones corporales y las capacidades humanas de los agentes en el campo, la identificación de proyectos individuales y colectivos de los promotores y del investigador.

En las conclusiones respondo mis preguntas de investigación, planteo algunos aprendizajes sustentados en el cuerpo de la comunicación, describo algunos aportes de esta investigación a la Promoción de la Salud y a la Medicina Social. Enseguida reflexiono sobre las limitaciones propias de esta investigación.

Cada capítulo cuenta con una introducción y conclusión que permite tener un panorama del contenido en el capítulo. Se recomienda para la lectura de esta comunicación de tesis iniciar por esta introducción y las conclusiones adentrándose en los aspectos que sean de su interés y su campo en estudio.

Por último quiero señalar que una virtud de este trabajo es haber sido sistematizado, a través de la metodología del relato, desde los propios agentes y no desde la visión de ‘expertos’. Esto lo enriquece porque permite entender y comunicar el sentido del juego en la intervención. Tomando en consideración que mi profunda implicación en este estudio podría disminuir la credibilidad de mis datos y del estudio en su conjunto, establecí una relación reflexiva con mi directora de tesis con quien procuramos avanzar con un rigor epistemológico en el que nos auxiliaron los analizadores sustentados en los conceptos y teorías en que se enmarca este estudio. Dejé que los analizadores hicieran su trabajo, hicieran hablar a los palabreantes; estoy consciente de que no siempre lo logré, pero se constituyeron en una guía metódica que me conminaba a no olvidar que yo soy un investigador involucrado. En tanto que las preguntas de investigación y los analizadores me obligaban a formular el relato, no pude “no dejar hablar a los informantes, a los datos”, no podía hacerme de la vista gorda cuando encontraba algo que iba en contra de la investigación, algo antidialógico, algo humano y políticamente incorrecto, simplemente

porque el éxito del análisis de esta investigación lo haría la agudeza de la crítica al trabajo mismo; el escrutinio de la subordinación en el campo en estudio era algo muy valioso que había que identificar, era valioso develar el doxa que me aprisiona como investigador, cómo médico, como zapatista. Así, fue un aliciente verme a mí, a los promotores y a la realidad en su plena humanidad, equivocándonos.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

En este capítulo presento los conceptos y las teorías que fueron sustento para el análisis e interpretación de las prácticas pedagógicas en promoción de la salud en estudio. Este capítulo lo divido en cuatro secciones: en la primera sección describo los objetos de estudio de la Medicina Social, esto me sirve para ubicar las prácticas en promoción de la salud dentro de cada objeto de estudio, ubicándolas dentro del segundo objeto de estudio, es decir, la práctica médica, en el ámbito de la formación de recursos humanos, además ubico a la experiencia pedagógica dentro de los dominios ideológico y político de las determinantes de la salud, que es el primer objeto de estudio de la Medicina Social. En la segunda sección desarrollo aspectos relacionados con la sociedad, la forma en que se organiza y las relaciones de poder que en ella se desenvuelven; para dar cuenta de lo anterior utilizo la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu, específicamente los conceptos de capital, campo y habitus. En la sección tres de este capítulo presento aspectos relacionados con la educación, el diálogo y el conocimiento, para ello recurro al pedagogo Paulo Freire y su teoría de la acción cultural, a una taxonomía del conocimiento de Chapela y los conceptos de noema y noesis desarrollados por Husserl. La última sección está dedicada a indagar sobre la promoción de la salud y sus conceptos; de entre distintos modelos retomo el de la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora propuesto por Chapela destacando los conceptos de cuerpo territorio, inscripciones y corporeizaciones.

SECCIÓN 1. MEDICINA SOCIAL

El objetivo de esta sección es exponer los elementos necesarios que permitan situar esta investigación dentro del campo de la Medicina Social (MS). Para ello describo algunas características generales de la MS y sus objetos de estudio, profundizando en su segundo objeto conocido como respuesta social organizada (RSO) ante el proceso salud enfermedad.

Abordo brevemente nociones incluidas en la RSO tales como prácticas en salud, Estado, Política Social, Política en Salud, hegemonía/contrahegemonía, actores sociales, formación de recursos humanos en salud, entre otras y presento los dominios utilizados por la MS para el estudio de las determinantes sociales de la RSO. Una vez presentados todos estos conceptos que estudia la MS, se argumentarán las razones por las cuales el objeto de estudio de esta investigación se sitúa como un aspecto de las categorías de respuesta social organizada, específicamente en la de prácticas en salud y de la de formación de recursos humanos para la salud. Lo anterior me permitirá en el apartado de conclusiones, dialogar con las prácticas y procesos pedagógicos en estudio desde estos conceptos.

Medicina social

Existen distintas corrientes de pensamiento denominadas medicina social, en este trabajo nos referiremos a la corriente de medicina social dominante en Latinoamérica que adquirió legitimidad en el campo disciplinario en la década de 1970 con la formación de dos programas de posgrado, uno en México y otro en Brasil (García, 2007).

La MS, como campo de conocimiento científico, ha sido desarrollada por investigadores que desde las ciencias sociales han buscado generar un marco explicativo de los procesos colectivos de la salud y la enfermedad, alternativo a la corriente estructural funcionalista en boga en la década de 1970 y aún actualmente en muchos sectores de la atención a la salud y la investigación en salud en México y el mundo. Esta corriente de MS tiene sus bases en el materialismo histórico iniciado por Karl Marx en la segunda mitad del Siglo XIX, y postula que la salud y la enfermedad no son entidades separadas, sino que forman parte de un solo proceso: el Proceso Salud Enfermedad (PSE) (Laurel, 1979). Este PSE de los grupos humanos y las formas de atenderlo, son resultado de complejos procesos de orden económico, político e ideológico característicos de cada sociedad y momento histórico (Granados y Delgado: 2005).

La perspectiva de la MS delimitó su objeto de estudio al proceso salud enfermedad y para desarrollar este campo, conceptualizo dos grandes componentes: la distribución y

determinantes de la salud enfermedad (SE) y la respuesta social organizada (RSO) ante los problemas de salud y enfermedad. El primero busca describir la forma en que las estructuras sociales generan en la población condiciones diferentes de experimentar la enfermedad, mientras el segundo estudia las repuestas sociales a la enfermedad entendidas éstas como prácticas sociales (*Ibid*, 2005). Cabe señalar que algunos autores consideran como una categoría más amplia los determinantes sociales de la salud enfermedad, la cual, abarca a la distribución del proceso salud enfermedad y a la RSO

Respuesta Social Organizada y prácticas en salud

La MS, respecto a su segundo objeto de estudio, tiene como finalidad analizar los procesos sociales que determinan el desarrollo de las prácticas contemporáneas en salud y considera que toda práctica en salud:

...expresa en sus características a la composición de la sociedad en que opera; al mismo tiempo da cuenta del tipo de conocimientos y recursos que un grupo ha desarrollado para resolver los problemas de salud-enfermedad que condicionan su reproducción social (Granados y Tetelboin, 2008:4).

Al utilizar el término “prácticas” reconoce la existencia de diversas formas de intervenir ante problemas de salud, cada una de ellas constituida por “un conjunto de conocimientos y actividades que varían históricamente y que se influyen entre sí” (*Ibid*, 2008:4). La MS plantea que el análisis de las prácticas en salud permite caracterizar las instituciones sociales e identificar las relaciones económicas, políticas e ideológicas que prevalecen en un periodo histórico específico (Granados y Tetelboin *Ibid*: 2008:4, Laurell, 1978). Por otro lado considera a la práctica médica (PM) como:

...un espacio teórico referido al conjunto de respuestas sociales- no sólo médicas- a los procesos de salud enfermedad de una sociedad, espacio diferenciado y a la vez heterogéneo en el cual se establecen relaciones de hegemonía y subordinación entre las prácticas y los modelos que la integran y los sujetos en ellas involucrados. Lo político-ideológico, a su vez determina estas prácticas (Tetelboin, 1997:505).

Desde esta perspectiva, en la que se desarrollan relaciones de dominio y subordinación entre prácticas en salud, el hecho de que sólo la práctica alopática se haya institucionalizado a través del Estado y haya adquirido el estatuto de política sanitaria, supone una relación de dominio con respecto a las distintas prácticas en salud existentes. Una consideración y limitación sobre el uso del concepto de “práctica médica” desde la

perspectiva de la medicina social es que el término tiende a relacionarse de facto con prácticas relacionadas a la medicina alopática, y no al conjunto de respuestas sociales a las que se refiere.

A partir del advenimiento de la modernidad y la consiguiente secularización del poder, la integración de la respuesta social a la salud, a la enfermedad y a la muerte se ha dado a través del Estado. Esta integración se ha expresado en la política social y específicamente en la política sanitaria, la cual es considerada como “la expresión de los cambiantes o contradictorios intereses de la sociedad y la búsqueda de estrategias para modificar las condiciones de la salud enfermedad” (*Ibid*, 2008:4).

Aún cuando la MS privilegie el estudio de la RSO que se genera a través de las instituciones del Estado, no niega la existencia de respuestas de otros actores sociales, que se han generado en parte por la ineficiencia de las políticas sociales establecidas para resolver los problemas de salud enfermedad y muerte de la población. Estas respuestas sociales no institucionalizadas a través del Estado generan prácticas en salud “alternativas”, en sociedades determinadas, ejemplos de ellas pueden ser la acupuntura, la homeopatía, la herbolaria, el chamanismo entre otras, todas ellas subordinadas por la medicina alopática. Es importante señalar que independientemente de la diversidad de prácticas alternativas existentes, también denominadas subalternas, subordinadas, contrahegemónicas o dominadas, todas contienen la influencia insoslayable y común de lo que se ha dado en llamar el modelo médico hegemónico (MMH) (Tetelboin, 1997:509).

En lo que se refiere a los aportes de la medicina social con respecto a la RSO Garduño y colaboradores escribieron recientemente que:

En general, los aportes de la MS al estudio de su segundo objeto han privilegiado los análisis históricos y el nivel macrosocial, mientras que el análisis sistematizado de intervenciones específicas continúa siendo un reto importante (2009:40).

Por lo anterior, esta investigación puede ser considerada como un aporte a la medicina social en tanto sistematización de una “intervención” específica. Para este trabajo se

incluyen en la dimensión de las prácticas en salud dos componentes: el primero, propuesto a partir de esta investigación y relacionado con prácticas en promoción de la salud; y el segundo relativo al personal de salud y a su proceso de formación, cabe señalar que este componente ha sido descrito anteriormente por Jarillo (2008) (Ver diagrama 1).

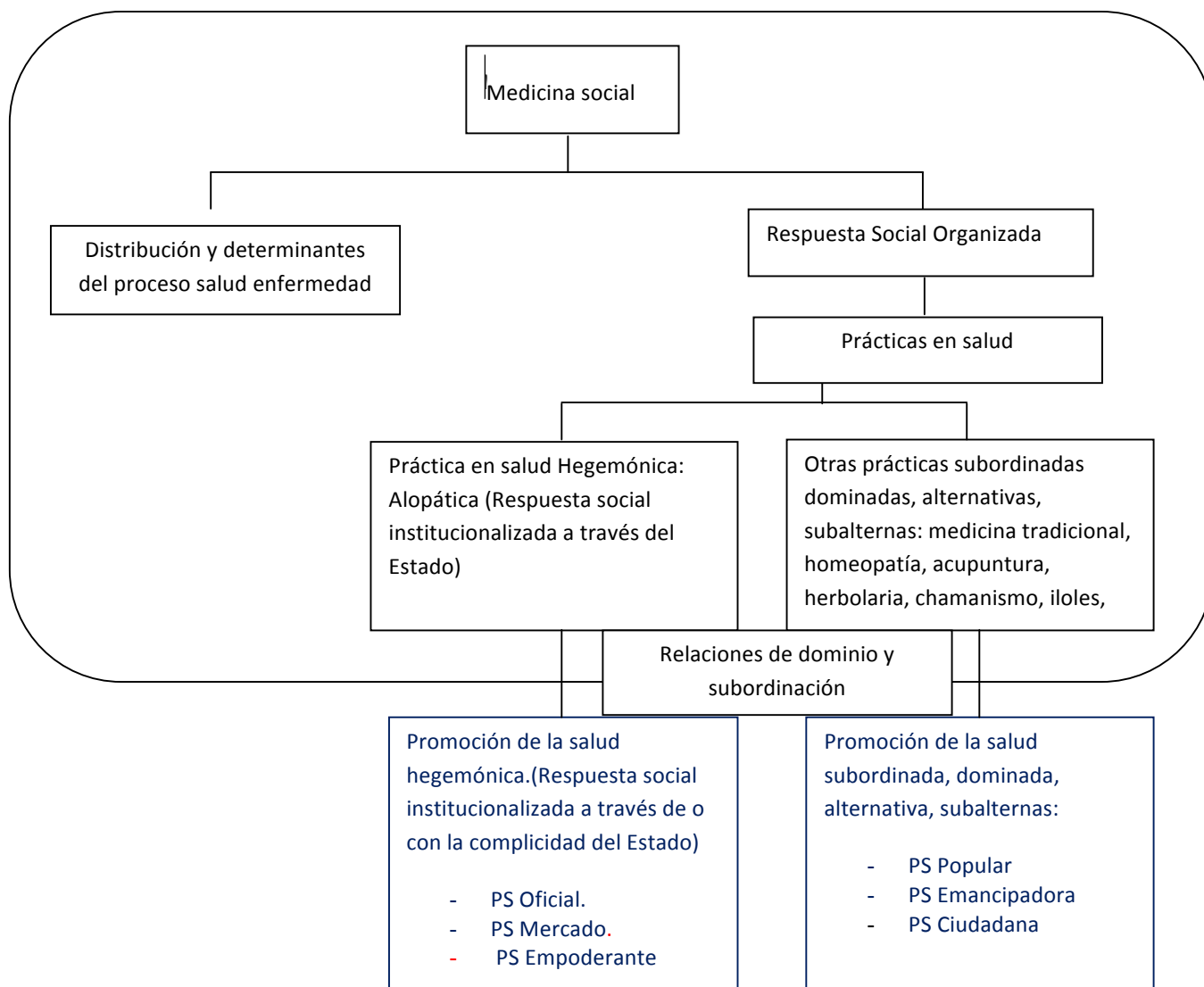
Prácticas en promoción de la salud

En lo que se refiere al primer componente, al reconocer a la promoción de la salud como una práctica que el ser humano ha venido desarrollando a lo largo de su historia y como una respuesta ante problemas de salud enfermedad y muerte de las poblaciones, podemos encontrar el desarrollo de distintas prácticas en promoción de la salud que corresponden a momentos históricos diferentes¹. En este trabajo se propone que las diversas prácticas en promoción de la salud son un componente de la dimensión de lo que la MS denomina RSO, específicamente de las prácticas en salud. Así, la promoción de la salud, en tanto dimensión de la Práctica Médica², tiene determinantes económicas, políticas e ideológicas, y establece relaciones de hegemonía y subordinación entre las prácticas y modelos teóricos que la integran. En el diagrama 1 se presentan como dimensión de la RSO, prácticas de promoción de la salud que establecen relaciones de dominación y subordinación. La clasificación de promoción de la salud del diagrama 1 toma en cuenta distintas concepciones de persona y formas de ejercicio del poder (Chapela: 2007). Aún cuando por motivos didácticos se separen a las prácticas en promoción de la salud en hegemónicas y subordinadas, reconocemos la existencia de una influencia inevitable de las prácticas en promoción de la salud hegemónicas hacia las prácticas subordinadas.

¹ Ver por ejemplo el trabajo de Chapela (2009) en el que describe características y tipos de promoción de la salud en el mundo occidental en distintos momentos históricos que van desde el siglo XIX hasta el año 2009, o el de Castro (1997) que muestra distintos modelos conceptuales en promoción de la salud con sus respectivas prácticas, haciendo referencia al momento histórico en que emergieron.

² Entendidas desde la perspectiva de Tetelboin (1997) previamente citada

Diagrama 1. UBICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO DIMENSIÓN DE UNO DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA SOCIAL



Fuente: elaboración propia a partir de los objetos de estudio de la Medicina Social

En el capítulo correspondiente a promoción de la salud se dará cuenta de manera más profunda de los elementos conceptuales a utilizar en el análisis de las prácticas en promoción de la salud, sirva este apartado para situar dentro de la medicina social a las prácticas en promoción de la salud occidental existentes, ya sean las inmersas dentro de las políticas en salud instituidas por el Estado o las que se generan al margen de sus instituciones.

Personal de salud y su proceso de formación.

En lo que respecta al componente relativo al personal de salud y a su proceso de formación, este ya ha sido descrito por Jarillo (2008). La “formación de recursos humanos en salud” en tanto dimensión de la “práctica médica” está determinada económica, política e ideológicamente; es por estos determinantes que cada sociedad define los procedimientos para formar a sus “curadores”, ya sea mediante la transmisión del saber a través de la tradición y la herencia de dones o mediante la formación institucional y/o universitaria (Granados y Ortiz, 2003). La intervención estatal ha hecho que esta última haya ganado un estatus hegemónico en la formación de personal de salud frente a otras formas de transmisión de conocimiento. A la par del desarrollo del capitalismo y de la medicina liberal el Estado generó instituciones académicas cuya función ha sido la producción y reproducción del conocimiento médico a través de la formación de especialistas en salud. Esta formación de personal en salud incluye a los profesionales (de posgrado y licenciatura) y a técnicos que se consideran como parte de la fuerza de trabajo en salud (Jarillo, 2007a). En el campo específico de la educación médica existe una dominación de la corriente tradicional de la educación como consecuencia de su inserción en un espacio doble: el aula universitaria y la práctica clínica en las instituciones de salud (Jarillo, *et al.* 1999).

El estudio en la formación de recursos humanos en salud que ha realizado la MS en México se ha basado en el análisis de las profesiones de la salud, tanto en la formación como en la práctica, en sus determinantes económicas, políticas e ideológicas; en la peculiaridad de los procesos educativos desde una perspectiva sociológica y su relación con los procesos didácticos; y en la articulación histórica entre la formación de los recursos humanos y las propuestas educativas formuladas (Jarillo, 2008).

La MS, aún cuando ha utilizado el término de Recursos Humanos (RH), ha hecho consideraciones conceptuales que lo distinguen como parte de su objeto de estudio: la primera es que el concepto:

...está compuesto por una red de relaciones, es decir, de espacios de interacción humana en torno al objeto de la práctica médica que contienen la organización del poder, la organización técnico intelectual y la del trabajo (Tetelboin, 1995: 105).

La segunda consideración es la discusión y crítica al término RH en salud por su origen y connotación, vinculada con el ámbito administrativo y la teoría del capital humano (Cuevas, A.; Sánchez, M.; Carrillo, J. y Crocker, R. 2003). De acuerdo con la connotación administrativa y la teoría del capital humano, el capital humano es el responsable de dinamizar el proceso de atención de la salud y es considerado al igual que el resto de los recursos, es decir, “destacable por los atributos de cantidad, tipo y lugar de desempeño, elementos suficientes para definir las políticas respecto de los mismos” (Tetelboin, 1997:106). De esta manera se limita el papel de los RH a aspectos técnicos, con lo que se abstrae de la persona su carácter de actor social e impide el desarrollo de su potencial para la apropiación del campo de la salud (*Ibid*, 1997). Como consecuencia de la aplicación de esta perspectiva en las políticas educativas mundializadas, los centros educativos se conciben como centros de producción de recursos humanos (Chapela y Jarillo, 2006). Aún cuando la utilización del término “formación de recursos humanos” se ha difundido por su practicidad, ya que abarca a todas las personas que realizan actividades en salud, sean o no especializadas, incluyendo en su concepción a la población, a los profesionales técnicos y a los profesionales liberales hay que tener en cuenta las consideraciones conceptuales que le dieron origen (ver tabla 1).

Tabla 1. CONCEPCIÓN DE PERSONA DESDE DISTINTOS MARCOS EXPLICATIVOS SOCIOLÓGICOS

Marco explicativo	Concepción de persona	
	Objeto	Sujeto
Estructural funcionalismo. Incluye teoría de capital humano) (Coleman, 1988)	Formación de recursos humanos	Profesionales de la salud, trabajadores de la salud, personal de salud
Materialismo histórico (Marx.1980)	Fuerza de trabajo en salud	Actores sociales, Sujetos interpretes-mediadores
Teoría del espacio social (Bourdieu, 2000)	Agentes que reproducen esquemas de percepción, pensamiento y acción hegemónicos	Agentes y agencias que construyen conocimiento heterodoxico y campos de opinión

Fuente: Modificado de Jarillo, Mendoza, y Salinas (2009:4).

A nivel de posgrado, la MS toma distancia respecto de la visión del salubrista como “inventor técnico normativo” y plantea su formación como “sujeto intérprete mediador”, es decir,

... intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida (Granda, 2000:16).

López y colaboradores retomaron recientemente esta concepción de sujetos intérpretes-mediadores como una de las estrategias actuales de la academia dentro de su accionar político (López, Blanco, Garduño, Granados, Jarillo, López, Rivera, y Tetelboin, 2008:7). Si bien la formación de profesionales en MS alude fundamentalmente al posgrado, también considera necesario incidir a nivel licenciatura para que los profesionales amplíen su visión sobre el campo de la salud y no sólo se limiten a la acción curativa, ni a la atención individual (Jarillo, 2007).

El objetivo de desarrollar de manera breve las discusiones que se han generado dentro del campo de la MS en torno a las distintas formas de nombrar al personal de salud y a su proceso de formación, es entender, aunque de manera somera, las relaciones de hegemonía que se establecen en torno al proceso de formación de recursos humanos y no considerar de facto que el término recursos humanos es el único, el más validado, o idóneo para nombrar a las personas involucradas con el área de la salud. En este trabajo la concepción de persona que se desarrolla es la perteneciente a la teoría del espacio social de Pierre Bourdieu en donde las “personas” son agentes que detentan capitales “poder” con capacidad de ser intercambiada y en la medida que el volumen total de capital sea abundante este en posibilidad de transformar las estructuras objetivas y subjetivas. Además se incluye para indagar en los procesos dialógicos las nociones del pedagogo Paulo Freire descritas en la siguiente sección de este capítulo.

Determinantes sociales de la respuesta social organizada

La maestría en MS en lo que respecta a su segundo objeto de estudio, ha introducido en el marco de referentes teóricos, una serie de conceptos que de forma didáctica ha separado

en dominios que ayudan a dar cuenta de las determinaciones sociales de la RSO (ver Tabla 2). Estos dominios son la determinación ideológica, política y económica, cada uno de ellos a su vez se dividen en niveles. Dentro de la determinación ideológica son fundamentales los conceptos de bloque histórico, hegemonía, estructura, superestructura, sociedad política y sociedad civil. En lo que respecta a la determinación política son importantes los conceptos de Estado, Régimen político, institución, política social, y actores sociales. Sobre la determinación económica adquiere relevancia la contradicción capital-trabajo como principal determinante de las condiciones de salud en la sociedad capitalista y el papel subsidiario que juegan las políticas sociales entre ellas las de salud y seguridad social (Garduño, Jarillo, López, Granados, Blanco, et al, 2009).

Tabla 2. DOMINIOS UTILIZADOS POR LA MAESTRÍA EN MS PARA EL ESTUDIO DE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

Determinación ideológica	Determinación política	Determinación económica
Bloque histórico	Estado	Contradicción capital-trabajo.
Hegemonía	Régimen político	Formación socio económica
Estructura y superestructura,	Institución	Reproducción social
Sociedad política y sociedad civil	Política social, política de salud Actores sociales	Proceso de producción, circulación y consumo de bienes y servicios

Fuente: elaboración propia con base en Laurell, 1979 y 2009:40

Para esta investigación los conceptos correspondientes a la determinación política se utilizaran en el capítulo de marco referencial más de manera contextual que como conceptos de análisis, ya que el estudio de caso que da pauta a esta investigación se encuentra al “margen”, o “fuera”, de las políticas en salud que se realizan en México. Otros conceptos de los planteados para el estudio de las determinantes sociales de la RSO que retomaremos a lo largo de este trabajo son el de hegemonía desde su concepción Gramsciana³, y el de actores sociales, que desde la perspectiva Bourdeana se les concibe

³ Gramsci considera la hegemonía como la dirección cultural, ideológica y ético-política de la sociedad que confluye en la dirección económica (Porteli, 1978).

como agentes y agencias⁴, la utilización de estos conceptos y la noción de sociedad vista desde la perspectiva del espacio social de Bourdieu nos remite al concepto de poder y a situar este trabajo en el dominio ideológico de determinación social de la RSO.

Conclusiones a la sección

Esta investigación cuyo objeto de estudio son las prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud, está situada en el segundo objeto de la medicina social, la Respuesta Social Organizada, en este trabajo profundizo en dos aspectos de dicha respuesta que son las prácticas en salud y la formación de recursos humanos para la salud. En lo que respecta a la determinación social de la RSO la investigación se sitúa en los dominios ideológicos y políticos como se sustenta en las conclusiones finales. Este trabajo se considera un aporte al campo de la medicina social, en tanto responde a la necesidad planteada recientemente de sistematizar “intervenciones” específicas y lo realizo con la finalidad de colaborar en el campo de la formación de recursos humanos en contextos específicos donde se generan respuestas sociales en promoción de la salud subordinadas a las realizadas por el Estado.

SECCIÓN 2. SOCIEDAD, ORGANIZACIÓN Y PODER

El objetivo de esta sección es dar cuenta de los elementos teóricos planteados por el sociólogo francés Pierre Bourdieu que utilicé para contestar mis preguntas referentes al entendimiento del poder en el campo de los promotores de salud del municipio autónomo San Nicolás. Inicio la sección situando a los conceptos de Pierre Bourdieu dentro de lo que él ha llamado *estructuralismo genético*, planteamiento crítico que le permite tomar

⁴ Los agentes son hombres y mujeres que son elementos de la estructura social y que existen a través de prácticas significantes. Todo individuo es agente del poder, ya que forma parte efectiva o potencial de la cadena del poder y que transmite y reproduce los contenidos del mismo. Cuando varios agentes comparten objetivos para la realización de sus prácticas significantes, al conjunto de agentes, objetivos y prácticas se les puede llamar agencias (Chapela 2004:10).

distancia de diversas corrientes teóricas que buscan la explicación de los fenómenos sociales como son el estructural funcionalismo, el materialismo histórico u otras. Posteriormente desarrollo algunas características de la teoría del espacio social y la teoría de la práctica, en donde incluyo los conceptos de capital, campo, habitus y *doxa*, violencia simbólica y arbitrariedad cultural. Termine la sección describiendo algunas características que se le pueden analizar a un campo y concluyo que los conceptos desarrollados me permiten estudiar y entender las relaciones de poder en la práctica social en estudio.

Sociedad

Dentro de la sociología existen distintas escuelas que se han dado la tarea de describir y analizar los procesos de vida en sociedad. La medicina social considera de manera didáctica la existencia de dos corrientes de pensamiento que se ocupan del estudio de la salud, por un lado, el estructural funcionalismo, y por otro el materialismo histórico, de las que se derivan diversas corrientes y enfoques particulares (Tetelboin, 1997) (ver tabla 3).

Tabla 3. PERSPECTIVAS TEÓRICO-SOCIALES QUE SE OCUPAN DEL ESTUDIO DE LA SALUD CONSIDERADAS POR LA MEDICINA SOCIAL

Corriente de pensamiento	Estructural funcionalismo	Materialismo histórico
Principales Autores	Durkheim, Parsons,	Marx
Concepción de sociedad	Como un sistema de relaciones entre individuos, equilibrado en sus partes, idealizado y deseado por todas las partes	Como una totalidad con múltiples determinaciones y relaciones
Transformación de sociedad	Encaminada al perfeccionamiento del sistema	Encaminada al conflicto y a la transformación social.
Concepción de sujeto	El individuo es una parte del todo, con un rol asignado por la sociedad, individuos se ven como iguales (homogeneidad cultural).	Conglomerados sociales, grupos con intereses encontrados, clases sociales

Fuente: elaboración propia.

Durante el Siglo XX diversos autores han contribuido en el entendimiento del mundo social, algunos con posturas que se adhieren y otros con posiciones distantes de las

corrientes teóricas mencionadas. Entre estos se encuentran Luhmann, Lévi Strauss y Altusser, Husserl, Anthony Giddens, Foucault, y Bourdieu por mencionar algunos.

La medicina social, como campo de conocimiento se adhiere al marco de interpretación proveniente del enfoque histórico social propuesto por Marx (1980) en el Siglo XIX, permeando este pensamiento crítico en salud en distintos ámbitos como la elaboración de sus conceptos, la delimitación de su campo de conocimiento y sus objetos de estudio y transformación (Laurell, 1978; 1994, Garduño 2009) algunos de ellos los describo en la primera sección de este capítulo teórico y que sirven para ubicar esta investigación.

Además de los planteamientos marxistas, en años recientes, la medicina social ha utilizado a autores contemporáneos, para nutrirse y ampliar las formas de entender el fenómeno de la salud y el campo en cuestión, entre ellos Bourdieu ha sido un autor que han retomado para dar cuenta de las determinantes sociales de la salud y la práctica médica (*Ibid*, 2009, Belmartino, 1992; Granados y Tetelboin, 2008, Spinelli, 2010). En esta comunicación considero importante utilizar a este pensador ya que me permite entender las prácticas realizadas y el ejercicio de dominación y subordinación de las mismas en el campo de los promotores de salud, es decir las dinámicas del ejercicio del poder.

Pierre Bourdieu y el estructuralismo genético

Los planteamientos teóricos que Bourdieu desarrolla en su obra, se realizan mediante el uso de conceptos abiertos, como un modo de rechazar el positivismo. Las nociones aquí utilizadas como la de teoría de la práctica, teoría de la acción, espacio social, y las de *hábitus*, capital y campos (por mencionar algunas) sólo pueden ser definidas dentro del sistema teórico que constituyen, es decir, no pueden definirse de manera aislada (*Ibid*, 2005)

En las siguientes líneas y como el pilar de esta sección de marco teórico describiremos la visión de mundo social propuesta por el sociólogo francés Pierre Bourdieu denominada *estructuralismo genético*, que explica de la siguiente manera:

Si me gustase el juego de los rótulos que se práctica mucho en el campo intelectual [...] diría que trato de elaborar un estructuralismo genético: el análisis de las estructuras objetivas –las de los diferentes campos- es inseparable del análisis de la génesis en el seno de los individuos biológicos de las estructuras mentales que son por una parte el producto de la incorporación de las estructuras sociales y de la génesis de estas estructuras sociales mismas: el espacio social, y los grupos que en él se distribuyen, son el producto de luchas históricas (Bourdieu, 2000:26).

Esta corriente no es parte del estructural funcionalismo, ni de la del materialismo histórico mencionadas (dedicadas a captar relaciones objetivas, independientes de las conciencias y de las voluntades individuales), incluso tiene algunas rupturas⁵ con los planteamientos marxistas de Althusser, sin embargo, el materialismo histórico del que ha generado sus propuestas conceptuales la medicina social y el *estructuralismo genético* tienen en común compartir un posicionamiento crítico ante el paradigma dominante.

El *estructuralismo genético* retoma las oposiciones que “dividen artificialmente la ciencia” en teóricos o empiristas, en subjetivistas u objetivistas y en estructuralismo y ciertas clases de fenomenología (por mencionar algunas oposiciones); afirma que ambos modos de conocimiento le son igualmente indispensables a la ciencia del mundo social y supera el antagonismo que opone a estos modos de conocimiento conservando al mismo tiempo los logros de cada uno de ellos (Bourdieu, 2009). Para trascender las dualidades mencionadas convierte lo que funciona como “hipótesis de mundo” de paradigmas aparentemente antagonicos en momentos de una forma de análisis destinada a recapturar la realidad intrínsecamente doble del mundo social.

Es mediante la *praxeología social* resultante que entrelaza un abordaje estructuralista y otro constructivista (*Ibid*, 2005) dando lugar a lo que él llama *constructivist structuralism* o

⁵ “Ruptura con la tendencia a privilegiar las sustancias, en detrimento de las relaciones, ruptura con el economicismo que lleva a reducir el campo social al campo meramente económico y ruptura con el objetivismo que lleva a ignorar las luchas simbólicas y su disputa por la representación misma del mundo social y la jerarquía en el interior de cada uno de los campos y entre los diferentes campos” (Bourdieu, 1990:281).

structuralist constructivism, al utilizar estos términos por estructuralista o estructuralismo el autor quiere decir que:

...existen en el mundo social mismo, y no solamente en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc., estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas y sus representaciones (Bourdieu, 2000:127).

Y por constructivismo quiere decir que:

...hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y acción que son constitutivos de lo que llamo *habitus*, y por otra parte estructuras, y en particular de lo que llamo campos y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales (*Ibid*, 2000:127).

En lo que se refiere a la percepción del mundo social Bourdieu afirma es el producto de una doble estructuración social, una parte objetiva y otra subjetiva que describe de la siguiente manera:

...por la parte objetiva esta percepción está socialmente estructurada porque las propiedades relacionadas con los agentes o las instituciones no se ofrecen a la percepción de manera independiente, sino en combinaciones de muy desigual probabilidad (y así como los animales con plumas tienen mayores probabilidades de tener alas que los animales con pelos, es más probable que visiten un museo quienes posean un gran capital cultural que quienes carezcan de ese capital); por la parte subjetiva está estructurada porque los esquemas de percepción y de apreciación susceptibles de funcionar en un momento dado, y en particular aquellos depositados en el lenguaje, son el producto de luchas simbólicas anteriores y expresan de manera más o menos transformada el estado de las relaciones de fuerza simbólicas (Bourdieu, 1990: 288).

Otra de las características de los objetos del mundo social es que se pueden percibir y decir de diferentes maneras porque comportan siempre una indeterminación y evanescencia. Esta incertidumbre es la que da fundamento a la pluralidad de las visiones del mundo y está vinculada con la pluralidad de los puntos de vista y con todas las luchas simbólicas por la producción e imposición de la visión del mundo legítima (*Ibid*, 1990). De esta manera las clases y otros colectivos sociales antagónicos están continuamente comprometidos en una lucha por imponer la definición de mundo que resulta más congruente con sus intereses particulares (*Ibid*, 2005).

Espacio social

Para Bourdieu la sociología se presenta en un primer momento, objetivista, como una topología social, como un *análisis situs*, es decir, como un análisis de las posiciones

relativas y de las relaciones objetivas entre esas posiciones, en donde el modo de pensamiento relacional es el punto de partida de la construcción del mundo social.

Se puede presentar así al mundo social en forma de espacio (de varias dimensiones) construido sobre la base de principios de diferenciación o distribución constituidos por el conjunto de las propiedades que actúan en el universo social en cuestión, es decir, las propiedades capaces de conferir a quien las posea con fuerza, poder, en ese universo. Los agentes y grupos de agentes se definen entonces por sus posiciones relativas en ese espacio [...]. En la medida en que las propiedades retenidas para construir ese espacio son propiedades actuantes, también podemos describirlo como un campo de fuerzas, es decir, como un conjunto de relaciones de fuerzas objetivas que se imponen a todos los que entran en ese campo y que son irreducibles a las intenciones de los gentes individuales o incluso a las *interacciones* directas entre los agentes (Bourdieu, 1990: 282).

La noción de espacio, contiene por sí misma, el principio de una aprensión relacional del mundo social, en donde los individuos o grupos, existen y subsisten en y por la diferencia, es decir, en tanto que ocupan posiciones relativas en un espacio de relaciones que, aunque invisible y siempre difícil de manifestar empíricamente, es la realidad más real y el principio real de los comportamientos de los individuos y de los grupos (Bourdieu, 2007).

El espacio social es un espacio pluridimensional, un conjunto abierto de campos relativamente autónomos en su funcionamiento y sus transformaciones, en el interior de cada uno de los subespacios, los ocupantes de las posiciones dominantes y los de las posiciones dominadas se comprometen constantemente en luchas de diferentes formas, sin constituirse necesariamente por eso como grupos antagónicos. Esta descripción de la sociedad nos permite observar la dimensión relacional de las posiciones sociales de los agentes, siendo las diferentes especies de poder o de capital vigentes en los diferentes campos las propiedades actuantes retenidas como los principios de construcción del espacio social (*Ibid*, 1990). Un espacio que es posible construir en tres dimensiones fundamentales definidas por “el volumen de capital, la estructura del capital y la evolución en el tiempo de estas dos propiedades”, estas dimensiones dan lugar a diferencias “que distinguen las grandes clases de condiciones de existencia” y que encuentran su principio en el *volumen global de capital*, es decir, del conjunto de recursos y poderes efectivamente utilizables, entre los que distingue las distintas especies de capital: económico, cultural y social (Bourdieu, 1988), dicho de otro modo, el capital y la manera de jugarlo de cada uno de los agentes es lo que sustenta la construcción de clases y posiciones en el espacio social.

Capital

El capital al ser una relación social, es una energía social que ni existe ni produce sus efectos si no es en el campo en la que se produce y se reproduce. “El capital es trabajo acumulado (en su forma materializada o en su forma encarnada), que de resultar apropiado de forma privada, es decir exclusiva por agentes o grupos de agentes, los habilita para apropiarse de la energía social bajo la forma de trabajo reificado o viviente” (Bourdieu, 1986, citado en *Ibid*, 2005:177). El capital representa un poder respecto de un campo en un momento dado (*Ibid*, 1990). El poder específico que los agentes reciben en un campo particular, depende, en primer lugar, del capital específico que puedan movilizar, (*Ibid*,1988).

El capital se presenta bajo tres especies fundamentales, (cada una con sus propios subtipos), es decir, capital económico, capital cultural y capital social. A esto debemos añadir el capital simbólico que es la forma que una u otra de estas especies adapta cuando se la entiende a través de categorías de percepción que reconocen su lógica específica o, si lo prefieren, desconocen la arbitrariedad de su posesión y acumulación (*Ibid*, 2005).

El capital económico está constituido por los diferentes factores de producción (tierras, fábricas, trabajo), y el conjunto de los bienes económicos: ingreso, patrimonio, bienes materiales (Bonnwitz, 2006: 47). El capital cultural, que debería llamarse capital informacional se da en tres formas: *encarnado o incorporado*, es decir bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo; *objetivado*, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos, maquinarias, los cuales son la huella o la realización de teorías o de críticas a dichas teorías y de problemáticas, etc.; o *institucionalizado* que se presenta bajo la forma de títulos escolares (Bourdieu, 1987). El capital social es la suma de los recursos, reales o virtuales, de la que se hace acreedor un individuo o grupo en virtud de poseer una red perdurable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua familiaridad y reconocimiento (*Ibid*, 2005).

Toda especie de capital (económico, cultural, social,) tiende (en diferentes grados) a funcionar como capital simbólico (de modo que tal vez valdría más hablar, en rigor, *de efectos simbólicos del capital*) cuando obtiene un reconocimiento explícito o práctico. El capital simbólico, no es una especie particular de capital, sino aquello en lo que se convierte cualquier especie de capital cuando no es reconocida en tanto que capital, es decir, en tanto que fuerza, poder o capacidad de explotación (actual o potencial), y por lo tanto, reconocida como legítima (*Ibid*, 1999: 319) El capital simbólico está fundado sobre el conocimiento y el reconocimiento (*Ibid*, 2000), es decir, no es otra cosa que el capital económico o cultural cuando es conocido y reconocido (Bourdieu, 2007), tiene una relación con el honor, en el sentido de reputación, de prestigio y tiene una lógica de acumulación (*Ibid*, 2000). El capital simbólico es ese capital negado, reconocido como legítimo, es decir, desconocido como capital que constituye la única forma posible de acumulación, cuando el capital económico no es reconocido (*Ibid*, 2009: 188). De todas las distribuciones una de las más desiguales y, sin duda, en cualquier caso, la más cruel, es la del capital simbólico, es decir, de la importancia social y las razones para vivir. Esta lucha por el capital simbólico no se reduce a un combate para dar una representación favorable de sí mismo: es una competencia por un poder que sólo puede obtenerse de otros rivales que compiten por el mismo poder, un poder sobre los demás que debe su existencia a los demás, a su mirada de percepción y su evaluación, y por lo tanto, un poder sobre un deseo de poder y sobre el objeto de este deseo (*Ibid*, 1999).

Al considerar que las estrategias de reproducción de los agentes dependen, aunque no sólo, del estado (volumen y estructura) del capital a reproducir: “la *reconversión* del capital poseído bajo una particular especie en otra especie distinta, más accesible, más rentable y/o más legítima, tiende a determinar una transformación de la estructura patrimonial” (Bourdieu, 1988:128). En lo que respecta al problema del cambio social, comenta que “las *estrategias de reconversión* no son sino un aspecto de las acciones y reacciones permanentes mediante las cuales cada grupo se esfuerza por mantener o cambiar su posición en la estructura social: o, con mayor exactitud, en un estadio de la evolución de las sociedades divididas en clases en las que no es posible conservar si no es cambiando, cada grupo se *esfuerza por cambiar para conservar*” (*Ibid*, 1988:156). Un claro ejemplo de una

de las estrategias que permiten a una clase social (burguesía industrial y comercial) mantener la posición de una parte o de la totalidad de sus herederos, es la reconversión del capital económico en capital escolar, de esta manera, se les permite, a los herederos, apropiarse de una parte de los beneficios de las empresas industriales y comerciales bajo la forma de los salarios (*Ibid*, 1988)

Campo

Pensar la sociedad en términos de espacio social, en términos campo, es pensar relacionamente, es pensar que *lo real es relacional*, que lo que existe en el mundo son las relaciones objetivas que existen independientemente de la conciencia o la voluntad. Un campo es un espacio de conflicto y competencia, en el cual los participantes rivalizan por el monopolio sobre el tipo de capital que sea eficaz en él y el poder de decretar la jerarquía y las “tasas de conversión” entre todas las formas de autoridad del campo del poder. El principio de la dinámica de un campo yace en la forma de su estructura y, en particular, en la distancia, las brechas, las asimetrías entre las diversas fuerzas específicas que se confrontan entre sí. *Las fuerzas que están activas en el campo* –y por ende son seleccionadas por el analista como pertinentes debido a que producen las diferencias más relevantes- son las que definen el capital. Un capital no existe ni funciona salvo en relación con un campo. Confiere poder al campo (*Ibid*, 2005).

La noción de campo pretende designar un espacio relativamente autónomo, un microcosmos provisto de sus propias leyes, que si bien está sometido como el macrocosmos a leyes sociales, éstas no son las mismas. Si bien nunca escapa del todo a las coacciones del macrocosmos dispone de una autonomía parcial más o menos marcada, con respecto a él (Bourdieu, 2007). El campo es el *locus* de relaciones de fuerza. No sólo de significado- y de luchas que apuntan a transformarlo, y por tanto de cambio ilimitado. El campo es también, al considerarlo como espacio de fuerzas potenciales y activas, un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas. Como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza subyace y guía a las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones buscan, individual o colectivamente,

salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios productos (*Ibid*, 2005). Un campo es un juego desprovisto de inventor y mucho más fluido y complejo que cualquier juego que uno pueda diseñar jamás. Un campo puede ser definido en términos analíticos como:

...una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de la distribución de especies del poder (o capital) cuya posición ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu Loïc Wacquant, 2005:150).

Para dar a conocer el entendimiento de campo, Bourdieu lo compara, con cautela, a un juego, señalando que el campo a diferencia del juego, no es el producto de un acto de creación deliberado, ni sigue reglas o regularidades que no son explícitas ni están codificadas. De esta manera se tiene lo que está en juego (*enjeux*), que en su mayor parte es el producto de la competencia entre los jugadores. Se tiene una *inversión en el juego*, la *illusio* (de *ludus*, el juego): los jugadores son admitidos en el juego, se oponen unos a otros, algunas veces con ferocidad, sólo en la medida en que coinciden con su creencia (*doxa*) en el juego y en lo que se juega, a lo que atribuyen un reconocimiento fuera de todo cuestionamiento. Los jugadores acuerdan, por el mero hecho de jugar y no por medio de un ‘contrato’, que el juego merece ser jugado, que vale la pena jugarlo, y esta *cohesión* es la base misma de la competencia. Se tienen también *cartas de triunfo*, esto es, cartas maestras cuya fuerza varía según el juego: así como el valor relativo de las cartas cambia para cada juego, la jerarquía de las diferentes especies de capital (económico, social, cultural, simbólico) varía en los distintos campos. En otras palabras, hay cartas que son válidas, eficaces en un campo –éstas son la especie fundamental de capital- pero su valor relativo como cartas de triunfo es determinado por cada campo e incluso por los sucesivos estados del mismo campo (*Ibid*, 2005).

En cada momento, es el estado de las relaciones de fuerza entre los jugadores lo que define la estructura del campo. La fuerza relativa en el juego de cada jugador, su posición en el espacio de juego, así como los movimientos que haga dependerá del volumen y estructura de su capital (*Ibid*, 2005:152), Por otro lado, dos individuos dotados de un capital general equivalente pueden diferir en su posición y en sus posturas, es decir en sus “tomas de

posición”. La *estructura de las relaciones objetivas* entre los agentes es quien determina lo que estos pueden hacer y no hacer. O, más precisamente, la posición que ellos ocupan en esa estructura determina u orienta, al menos negativamente sus tomas de posición (*Ibid*, 2000). Las estrategias de un “jugador” y todo aquello que define su “juego”, se da como función no sólo del volumen y estructura de su capital en el momento considerado y las posibilidades de juego que le garanticen, sino también de la evolución en el tiempo del volumen y la estructura de dicho capital. Los jugadores pueden jugar para aumentar o conservar su capital, en conformidad con las reglas tácitas del juego y los prerequisites de la reproducción del juego y sus asuntos en juego, pero también pueden ingresar al juego para transformar, total o parcialmente, las reglas inmanentes del mismo. Pueden por ejemplo, trabajar para cambiar el valor relativo de las distintas especies de capital, a través de estrategias que apunten a desacreditar la forma de capital en la que reposa la fuerza de sus oponentes, y valorizar las especies de capital que poseen en abundancia. Los que dominan un campo dado están en posición de hacerlo funcionar para su conveniencia pero siempre deben enfrentarse a la resistencia, las pretensiones, la discrepancia, “política” o de otro tipo de los dominados (*Ibid*, 2005:156)

En lo que respecta a las fronteras del campo, éstas sólo pueden ser determinadas por una investigación empírica. Los límites del campo están dónde los efectos del campo cesan, por tanto, se puede tratar de medir en cada caso el punto en que estos efectos estadísticamente detectables caen. Sólo estudiando cada uno de los universos empíricos, se pueden sopesar hasta qué punto están constituidos, dónde terminan, quién está adentro y quién no, y si conforman o no un campo. Todo campo constituye un espacio de juego potencialmente abierto cuyas fronteras son *confines dinámicos* que son objeto de luchas dentro del campo mismo (*Ibid*, 2005).

La noción de campo nos recuerda que el verdadero objeto de la ciencia social no es el individuo. Es el campo el que primariamente es y debe ser foco de las operaciones de investigación. Esto no implica que los individuos sean meras “ilusiones”, que no existan; *existen como agentes* – y no como individuos, actores o sujetos- que están socialmente constituidos en tanto que activos y actuantes en el campo en consideración por el hecho de

que poseen las propiedades necesarias para ser efectivos, para producir efectos, en dicho campo. Los participantes de un campo, trabajan constantemente para diferenciarse de sus rivales más cercanos con el fin de reducir la competencia y establecer un monopolio sobre un subsector particular en el campo, aclarando que hay una producción de diferencia que no es de ninguna manera el producto de una *búsqueda* de diferencia. Las estrategias de los agentes dependen de su posición en el campo, esto es, en la distribución del capital específico y de la percepción que tengan del campo según el punto de vista que adopten sobre el campo como una visión desde un punto en el campo. Desde la perspectiva de los campos los participantes, agentes sociales, no son partículas mecánicamente empujadas y tironeadas de aquí para allá por fuerzas externas. Son más bien, detentores de capitales y dependiendo de su trayectoria y de la posición que ocupen en el campo en virtud de su dotación (volumen y estructura) de capital, tienen una propensión a orientarse activamente ya sea hacia la preservación de la distribución de capital o hacia la subversión de dicha distribución. (*Ibid*, 2005). La relación, práctica o reflexiva, que los agentes mantienen con el juego es parte integrante del juego y puede ser la base de su transformación. (*Ibid*, 2005:156)

El campo de posiciones es metodológicamente inseparable de los campos de posturas o tomas de posición, es decir del sistema estructurado de prácticas y expresiones de los agentes. Ambos espacios, el de las posiciones objetivas y el de las posturas, deben analizarse juntos y ser tratados como “dos traducciones de la misma frase”. No deja de ser cierto, sin embargo, que en una situación de equilibrio *el espacio de las posiciones tiende a comandar el espacio de las tomas de posición* (*Ibid*, 2005: 160). La gente es al mismo tiempo fundamentada y legitimada para entrar al campo por su posesión de una determinada configuración de propiedades. Uno de los objetivos de la investigación en general y de está en específico, es identificar estas propiedades activas, estas características eficientes, es decir, estas formas de capital específico. De manera que hay una especie de círculo hermenéutico: para construir el campo, uno debe identificar las formas de capital específico que operan dentro de él, y para construir las formas de capital específico uno debe conocer la lógica específica del campo. De esta manera decir que la estructura del campo es definida por la estructura de distribución de las formas específicas de capital que

están activas, significa que cuando mi conocimiento de las formas de capital es sólido puedo diferenciar todo lo que hay para diferenciar (*Ibid*, 2005).

La práctica

La práctica, en tanto actuar de un agente en un campo, sucede como resultado de esquemas a partir de los cuales un agente percibe la realidad, procesa el resultado de la percepción a partir de esquemas de pensamiento y apreciación y, cuando los sucesos de la realidad lo requieran, actuará en el mundo como resultado de esquemas de actuación que están sustentados en el resultado de percibir, pensar y apreciar. La percepción y actuación de los agentes se lleva a cabo en situaciones sociales históricamente ubicadas que no se repiten, por lo que los agentes requieren de desarrollar estrategias para responder a lo no conocido, a lo inesperado en las situaciones que se vayan construyendo y de las que él de una u otra forma participe, (Chapela, 2004). La práctica al desarrollarse en el tiempo “tiene todas las características correlativas, como es la irreversibilidad, que destruye la sincronización; su estructura temporal, es decir su ritmo, su tempo y sobre todo su orientación, es constitutiva de su sentido” (*Ibid*, 2009:130). La práctica la estudia Bourdieu como el juego que no puede jugar sino quien tiene sentido del juego. Una de las propiedades de la práctica es la urgencia, la cual “es el producto de la participación en el juego y de la presencia en el futuro que ella implica [...] basta ponerse fuera de juego para hacer desaparecer las urgencias, los llamados, las amenazas, los pasos por seguir que hacen al mundo real, es decir, realmente habitado” (*Ibid*, 2009:132). Solamente para aquel que se retira del juego completamente, que rompe totalmente el hechizo, la *illusio*, renunciando a todo lo que hay en juego, es decir a todas las apuestas sobre el futuro, puede la sucesión temporal aparecer como pura discontinuidad, y puede el mundo ofrecerse en el absurdo de un presente desprovisto de por-venir, y por ende de *sentido*. El sentido del juego es el sentido del por-venir del juego, el sentido del sentido de la historia del juego que le da su sentido al juego (*Ibid*, 2009).

La filosofía que acompaña a la teoría de la acción de Bourdieu, es una filosofía *relacional*, en tanto que otorga primacía a las relaciones objetivas que no se pueden mostrar ni tocar

con la mano y que hay que conquistar, elaborar y validar a través de la labor científica, es también una filosofía de la acción o *disposicional* que toma en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que estos actúan o, con mayor exactitud, en su relación. Esta filosofía se condensa en un número reducido de conceptos fundamentales, *habitus*, campo y capital, y su piedra angular es la relación de doble sentido entre las estructuras objetivas (las de los campos sociales) y las estructuras incorporadas (las de los *hábitus*) (*Ibid*, 2007: 8).

Habitus

Es a partir de la construcción de la noción de habitus entendido este como “sistema de esquemas adquiridos que funcionan en estado práctico como categorías de percepción y de apreciación o como principios de clasificación al mismo tiempo que como principios organizadores de la acción”, que se puede considerar al agente social en su verdad de operador práctico de construcción de objetos (Bourdieu, 2000).

En el libro “La Lógica de la Práctica” se describe al *habitus*, como:

...sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares”, sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 2009:86).

Producto de la historia el habitus origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia; es el habitus el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas, que registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (*Ibid*, 2009:89).

Los habitus son generadores de prácticas distintas y distintivas (lo que come un obrero y sobre todo su forma de comerlo, el deporte que practica y su manera de practicarlo, sus opiniones políticas y su manera de expresarlas difieren sistemáticamente de lo que consume

o de las actividades correspondientes del empresario industrial); pero también son esquemas clasificatorios, principios de clasificación, principios de visión, y de división, aficiones, diferentes. Establecen diferencias entre lo que es bueno y lo que es malo, entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo que es distinguido y lo que es vulgar, etc. Pero son las mismas diferencias para unos y otros. El habitus es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada. (*Ibid*,1999:40).

El habitus, se forma en los agentes mediante el trabajo pedagógico, como trabajo de inculcación con una duración suficiente para producir una formación duradera, o sea un habitus. La productividad específica del trabajo pedagógico se mide objetivamente por el grado en que produce su efecto propio de inculcación, o sea, su efecto de reproducción; por el grado en que el habitus que produce es duradero, o sea, capaz de engendrar más duraderamente las prácticas conformes a los principios de la arbitrariedad inculcada; y por el grado en que el habitus que produce es transferible, o sea, capaz de engendrar prácticas conformes a los principios de la arbitrariedad inculcada en el mayor número de campos distintos (Bourdieu y Passeron, 2007).

Trabajo pedagógico, *doxa*, *ortodoxa* y *heterodoxa*

El trabajo pedagógico es la inculcación del *doxa* en los agentes, y tiene una relación inherente con la violencia simbólica ya que:

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza (Bourdieu y Passeron, 2007:45).

El *doxa* es entendido como un punto de vista particular, es el punto de vista de los dominantes que se presenta y se impone como punto de vista universal; es el punto de vista de quienes dominan (Bourdieu, 2007). Es conocimiento invisible, no pensado, incuestionable que participa en la conformación de esquemas cotidianos, no reflexionados, y considerados como ‘naturales’, son arbitrariedades culturales, que van conformando el habitus de los agentes. Opuesto a la *doxa* no reflexionada, hay por un lado la *ortodoxia* y,

por el otro, la *herterodoxia*: la ortodoxia expresa un conocimiento conciente y sistémico, que pretende legitimidad y normatividad; la *heterodoxia* presupone un conocimiento reflexionado y sistemático, pero utiliza este conocimiento para corroborar una interpretación rompiendo la *ortodoxia* y, también la *doxa*, es la voz crítica y divergente, capaz de un juicio con distancia (Adli, A 2003).

Por último, mencionaré algunas consideraciones que hace Bourdieu a los lectores que pretendan realizar un análisis de un campo, para él, este análisis implica tres momentos necesarios e internamente conectados: primero, se debe analizar *la posición del campo frente al campo del poder*; segundo, es necesario trazar un *mapa de la estructura objetivada de las relaciones entre las posiciones ocupadas por los agentes* o instituciones que compiten por la forma legítima de autoridad específica en el campo. Y tercero, hay que *analizar los habitus* de los agentes, los diferentes sistemas de disposiciones que han adquirido al internalizar un determinado tipo de condición social u económica, condición que encuentra en su trayectoria dentro del campo de oportunidades más o menos favorables de actualización” (*Ibid*, 2005).

Conclusión a la sección

Utilizar los conceptos Pierre Bourdieu, de espacio social, capital, campo, teoría de la práctica entre otros, como instrumentos de análisis del poder en la experiencia pedagógica en estudio, me ayudará a entender las fuerzas en pugna, los valores, las reglas del juego, las posiciones y tomas de posiciones de los agentes en el campo de los promotores de salud. Indagar en las características del campo y los capitales en juego en dos etapas distintas me permite mostrar los cambios en las relaciones objetivas y las distintas especies y volumen de capital que detentaban los agentes del campo en cada una de las etapas. Este análisis acompañado del de los otros apartados me permitiría entender los procesos de capitalización y descapitalización en el campo en estudio, cabe señalar que el objeto de estudio no es en sí la intervención por el personal médico, sino la lógica del funcionamiento del campo y la posición, marginal o central, que cada uno de los agentes tenía y jugaba en ambas etapas, es decir, el movimiento en el tiempo del capital en el campo, con el objetivo de observar la dinámica del poder para responderme las siguientes

preguntas: ¿cuáles fueron los procesos de capitalización/descapitalización de los promotores de salud?, ¿cómo sucedió la construcción del capital de los promotores de salud y cómo sucedió la transformación del capital en ese campo?

SECCIÓN 3: EDUCACIÓN, PERSONA, DIÁLOGO.

El propósito de esta sección es dar a conocer la forma en que se entenderán los conceptos de educación, persona y diálogo, al clarificar dichos conceptos estaré en posibilidad de dar cuenta de cambios durante el proceso pedagógico y de elementos críticos en la intervención en estudio. Para ello echaré mano de distintas corrientes de pensamiento dedicadas al estudio de la educación y su vínculo con la sociedad, principalmente de la sociología, la pedagogía y la filosofía. Los conceptos utilizados servirán más adelante para definir los analizadores con los que se observaron las características, los sujetos y las formas en que estos realizaron las prácticas y procesos pedagógicos.

Educación

La educación ha sido objeto de estudio de distintas disciplinas y posturas teóricas que han tratado de definirla y/o explicarla. A través de la historia el término educación encuentra una pluralidad de significados, no hay sentidos equivalentes en todos los tiempos y en todas las situaciones -ha variado según las épocas, según los países y hasta según los grupos sociales-, por ello no podemos adjudicar ningún contenido o significado último y verdadero. Lo anterior no implica negar la aceptación y utilización de las concepciones existentes (Degl', 2002).

Una de las disciplinas que ha tenido como “tema de reflexión privilegiado” a la educación y al entendimiento de la relación que esta establece con la sociedad ha sido la sociología, específicamente la sociología de la educación. La razón de ser de esta disciplina radica en que considera, y por tanto estudia, a la educación como un fenómeno social (Brigido, 2006). La sociología de la educación, ha indagado en el uso que se le da a la escuela y al conocimiento en la sociedad, así como las funciones de socialización y reproducción de

esta última. Desde esta perspectiva Ibarrola (1981) describió a principios de los años 80's tres enfoques sociológicos: el enfoque dominante, el crítico y el emergente que dan cuenta de la función de la escuela en la sociedad cuyas características generales se muestran en la tabla 4. Más tarde Brigido amplía la clasificación anterior al incluir enfoques contemporáneos dedicados al análisis micro de lo social como el interaccionismo simbólico (cercano a la teoría del consenso social), la etnometodología y la “nueva sociología de la educación” (cercanos a la teoría del conflicto marxista). Agrega también dos enfoques que plantean la superación de las dicotomías macro/micro y objetivo/subjetivo cuyos autores son Bourdieu y Berstein (2006). Dentro de las teorías sociológicas es importante mencionar el trabajo de Henry Giroux (1985) sobre la reformulación de conceptos que aspiran a una teoría de la resistencia.

Tabla 4. TRES ENFOQUES SOCIOLÓGICOS SOBRE LA EDUCACIÓN

		Enfoque "sociológico"		
		Dominante	Crítico	Emergente
Tradición		Sociológica (Estructural funcionalista)	Sociológica (Marxista)	Pedagógica (Freire)
Concepción de sociedad		Aceptación implícita. Ausencia de cuestionamiento sobre la sociedad democrática y racional.	Cuestionamiento de la concepción de sociedad. Realidad heterogénea y estratificada (por diversas clases sociales)	Problematización de la realidad, promueve la liberación. A partir de la acción dialógica. Opressor/oprimido Los sujetos empiezan a obtener su conocimiento de la realidad social a partir de las condiciones de vida del oprimido
Fundamento del orden social		Considera la estabilidad como condición normal de la sociedad. Consenso	Conflicto	Transformación del mundo
Educación		Es UNA; para que la sociedad progrese, crezca, sobreviva,	Imprecisa, vinculada al concepto de aparatos ideológicos de Estado de Althusser. Procura la transformación de los grupos sociales explotados.	Encuentro entre dos sujetos para transformar el mundo, es una afirmación de la realidad.
Escuela		Sirve como agente que asigna roles sociales de manera consensual. Control de la situación social y mantenimiento del status quo	Juega un papel sustancial en la reproducción de la ideología dominante de la sociedad, y en la estructura jerárquica de la misma, así como la división del trabajo.	Esta corriente surge a partir del estudio de la educación de aquellos que no tienen acceso a la educación formal
Socialización		Proceso por medio del cual el niño aprende los senderos de un grupo social determinado y es moldeado como un participante efectivo. Es Neutral y formador del consenso social.	Concurre en la reproducción del sistema de explotación sobre el que esta sociedad se asienta, y a la perpetuación de la división de la sociedad en dos clases antagónicas, explotadora, explotada	Una praxis liberadora, de pronunciación y transformación del mundo.

Fuente: elaboración propia, en base a Ibarrola, (1981) y Freire, (2006).

La sociología de la educación propone que la escuela y el conocimiento se han usado con distintas intenciones: en el enfoque dominante se usan para conservar la hegemonía de los grupos dominantes y su *estatus quo*; en el enfoque crítico, se usan para demostrar las falacias teóricas y metodológicas de la sociología dominante y para la transformación de las relaciones sociales; en el enfoque emergente, que su autor ha denominado educación liberadora, se propone el uso de la escuela y el conocimiento para promover el cambio social, la transformación y pronunciación del mundo mediante el encuentro dialógico entre los seres humanos.

La educación indígena

Es necesario salir un momento de esta forma de clasificar la educación para hacer dos anotaciones, la primera es que en México la educación indígena nunca ha sido tal, ha implicado una apreciación externa de sus culturas, no ha sido planeada ni ejercida autónomamente por los interesados y por tanto se refiere a lo que los indígenas deben saber, no a la instrucción o enseñanza que los indios mismos imparten o impartieron. (Ramírez, 2006). La segunda anotación se refiere a las formas de educación indígena y del conocimiento que estos nos aportan desde su cosmovisión, en ese sentido, la educación es vista por los indígenas tzeltales de una manera distinta a las visiones anteriores, por ejemplo, el término más común para decir educar en tzeltal es *p'ijubtesel*, esta es una palabra compuesta por cuatro partículas que articuladas significan “hacer que otro se convierta, o se haga único, germinal”. Además la inteligencia y la educación de alguien son consideradas un hecho exclusivo, irreductible, propio de tal sujeto, en donde la inteligencia supone una concepción profunda de la autonomía individual para desde ella unirse al grupo, y supone también que la autonomía del grupo depende en gran medida de la autonomía de cada uno de sus miembros (Paoli, 2003).

Los tojolabales al igual que los tzeltales tienen raíces mayas, ambos al pronunciar el mundo nos muestran la forma en que lo entienden, en que educan, en ese sentido la cosmovisión tojolabal contiene lo que Lenkersdorf ha llamado intersubjetividad que quiere decir “aprender los unos de los otros” y en ese aprender está implícita una acción “nosótrica” en donde el nosotros “absorbe al individuo y requiere su incorporación al nosotros, sin borrar al individuo, sino dándole espacio para desarrollar todo su potencial”. La educación tojolabal no es unidireccional es bidireccional, desde sus principios reta, al educando y al educador con problemas auténticos y no ficticios, en la relación educando educador hay un ejercicio nosótrico que se va configurando desde el nacimiento, por la influencia comunitaria y la vivencia. Esta forma de realizar la educación, en donde el educador y el educando aprenden a través de la realidad se acerca a la visión planteada por Paulo Freire (Lenkersdorf, 2005).

Sirvan estas dos reflexiones como prueba de la riqueza, la complejidad y otredad en la cosmovisión en que los indígenas mayas (tzeltales, tojolabales) al pronunciar el mundo educan. Cerrando aquí las anotaciones sobre la educación indígena continúo con los conceptos de educación y diálogo, entendido este último como elemento constitutivo de la educación.

Diálogo

Aunque el concepto de diálogo se desarrolla desde la Grecia antigua (ver por ejemplo Platón) es a partir de la década de 1970 que cobra nueva vigencia en el mundo occidental fuertemente vinculada a procesos de educación popular (Freire, 2006) y desarrollo social de base (Bohm, 1996). Las definiciones actuales de diálogo, aunque múltiples, son frecuentemente complementarias, mostrando en su mayoría una preocupación crítica (ver tabla 5). Mientras para algunos autores el diálogo, es entendido como una forma del discurso, un método, un intercambio de experiencias y conocimientos, una herramienta, una técnica, un procedimiento un proceso; para otros, es una filosofía, una formación de un nosotros, un modo de ser, un lugar para crear espacios, un camino y un encuentro entre los seres humanos.

Tabla 5. ELEMENTOS, CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL DIÁLOGO

Objetivos	<p>Escuchar y comprender El aprendizaje Entender mejor Desarrollar el pensamiento y la toma de conciencia de pensamientos y valores Ser consientes y pensar juntos Acercarse, todo lo posible, al otro el punto de vista y el entendimiento “desde adentro” Pronunciar, transformar y humanizar el mundo Busca la verdad Solidarizar la reflexión y la acción de sus sujetos Intercambio de ideas Nadie está tratando de ganar. Resultado de la fusión de horizontes</p>
Características	<p>No sólo es una relación cara a cara, puede ser un intercambio entre grupos sociales y culturas Que los participantes dentro de la conversación estén interesados en entenderse mutuamente. Requiere dos virtudes Socráticas: 1 La vigilancia de la intervención y 2. el tipo de vigilancia. Es una relación horizontal La colaboración (transforman el mundo en colaboración) La unión (de oprimidos) La organización (de masas) La síntesis cultural (liberadora). Honestidad (Abma 2001)</p>
Elementos	<p>Amor al mundo Humildad Fe Esperanza. Pensamiento verdadero</p>

Fuente: elaboración propia.

A continuación se muestran diferentes conceptos de diálogo: Schwandt (2001), al realizar una revisión nos dice que diálogo es una herramienta de la razón por medio de la que podemos intercambiar mensajes con el propósito de obtener información, llegar a acuerdos y arreglar controversias, que el diálogo tiene que ver con nuestra existencia en el espacio ético y moral, con el entendimiento del otro y con encontrarse a uno mismo como persona.

Bohm (Citado en Abma y cols. 2001) define el discurso como un intercambio de opiniones e información en tres formas: conversación, debate y diálogo. Al discurso del diálogo lo considera un intercambio de ideas y significados que desarrolla nuestro pensamiento y nos ayuda a tener conciencia de lo que pensamos y como valoramos las cosas, para él, el objetivo es el aprendizaje, más que el juicio.

Buber (1961, Citado en Abma y Cols 2001) postula tres tipos de diálogo: el técnico, el de debate y el genuino, y asienta que en el “verdadero diálogo” diálogo nadie está tratando de ganar, y si nadie gana todo el mundo gana. En este tipo de diálogo la formación del “yo” y el “usted” se considera como una mutua y recíproca relación. “Yo” en el diálogo voy a adquirir conocimientos y «usted» va a hacer lo mismo, y, por tanto, formamos un "nosotros" (un acompañamiento) que nos puede ayudar a aprender. El diálogo se convierte en una plataforma (en un lugar para crear espacios) donde se intercambian ideas y se da un proceso para entender mejor, también puede ser establecido como un intercambio de experiencias y conocimientos en el tiempo y el espacio entre los diferentes grupos sociales y culturas.

Para Gadamer, el diálogo es como un juego; un juego en el que el jugador llega a conocer y a conocerse, en el que preguntando y esperando respuesta, siendo preguntados y respondiendo se va madurando la comprensión de uno mismo. Por tanto, la comprensión no es una actividad del sujeto sino un acontecer del ser. Así, se concibe al diálogo como un evento de entendimiento, es decir, que en el diálogo no sólo se debate o se muestra un punto de vista sino que existe la posibilidad de que los “jugadores” evolucionen a diferentes entendimientos. (Schwandt, 200:273)

Buber y Gadamer argumentan que los elementos importantes en el diálogo son el escuchar y el comprender. El objetivo es acercarse, todo lo posible, al otro el punto de vista y el entendimiento “desde adentro” (Karlsson, 2001:213)

Freire (2006) comenta que al intentar un adentramiento al diálogo, como fenómeno humano, se nos revela la palabra: de la cual podemos decir que es el diálogo mismo. Y al encontrar en el análisis del diálogo la palabra como algo más que un medio para que este se produzca, se nos impone buscar también sus elementos constitutivos. Esta búsqueda nos lleva a sorprender en ella dos dimensiones- acción y reflexión- en tal forma solidarias, y en una interacción tan radical que, sacrificada, aunque en parte, una de ellas, se resiente inmediatamente la otra. No hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable

entre acción y reflexión, y por ende que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo (diagrama 2).

Diagrama 2. DIMENSIONES CONSTITUTIVAS DE LA PALABRA

a) Acción		a) De la acción: palabrería, verbalismo	
Palabra	Praxis	Sacrificio	
b) Reflexión		b) De la reflexión: Activismo	

Fuente: Freire, 2006.

Desde esta perspectiva, existir, es entre otras cosas, *pronunciar* el mundo, es transformarlo. Decir la palabra referida al mundo que se ha de transformar, implica un encuentro de los hombres para esa transformación. El diálogo es este encuentro de los hombres, mediatizados por el mundo, para pronunciarlo, no agotándose, por lo tanto en la mera relación tu-yo. El diálogo se impone como el camino mediante el cual los hombres ganan significación en cuanto tales. El diálogo es una exigencia existencial. Y siendo el encuentro que solidariza la reflexión y la acción de sus sujetos encausado hacia el mundo que debe ser transformado y humanizado, no puede reducirse a un mero acto de depositar ideas de un sujeto en el otro, ni convertirse tampoco en un simple cambio de ideas consumadas por sus permutantes. El diálogo es un acto creador, es la conquista del mundo por los sujetos dialógicos, conquista del mundo para la liberación de los hombres (*Ibid*, 2006).

Como se puede observar la conceptualización del diálogo se encuentra presente en diversos pensadores de distintas tradiciones, no hay una definición única y universal, pero todas las existentes se complementan entre sí y comparten posturas críticas y transformadoras.

El concepto define el objetivo y el objetivo define el concepto. Al observar los objetivos del diálogo, nos damos cuenta de que cada investigador define sus propios objetivos, dependiendo lo que quiera indagar de la realidad y del para qué utilizará el diálogo, por ejemplo, cuando el objetivo del diálogo es transformar el mundo, el diálogo será el camino por el cual se encontraran los hombres para realizar dicho fin, por su parte si el concepto

esta en el nivel de lo discursivo que es compartir ideas y significados el objetivo será el aprendizaje.

El diálogo freireano y la teoría de la acción cultural

De los conceptos anteriores elegí la visión de Paulo Freire por situarse dentro del ámbito pedagógico, un referente de la educación popular en general y en salud en particular en América Latina, por tener un desarrollo conceptual amplio y claro, por ser vivencial, es decir, por retomar conceptos desde la *praxis* que tiene una relación estrecha con la reflexión y la acción, y por ser una propuesta crítica que me permitirá entender los elementos transformadores de las prácticas pedagógicas. Por lo anterior consideré pertinente adentrarme a su propuesta pedagógica, para estudiar entender las propias prácticas, específicamente el concepto de diálogo, sus elementos, y a la teoría de la acción cultural que adelante desarrollo.

El pedagogo brasileño Paulo Freire considera 5 elementos constitutivos del diálogo: el amor, la esperanza, la fe, la humildad, y el pensar verdadero. Sin estos el diálogo y el encuentro entre los hombres es impensable: *amor*, plantea que no hay diálogo “si no hay un profundo amor al mundo y a los hombres”, sino existe amor que lo infunda, y si no se ama al mundo, la vida y a los hombres; *humildad*, que la autosuficiencia es incompatible con el diálogo, los hombres que carecen de humildad o que la pierden no pueden acercarse al pueblo. Si alguien no es capaz de sentirse tan hombre como los otros, significa que le falta mucho que caminar, para llegar al lugar de encuentro con ellos. En este lugar de encuentro no hay ignorantes absolutos, ni sabios absolutos, hay hombres que, en comunicación, buscan saber más; *fe*, no hay diálogo si no existe una intensa fe en los hombres. Fe en su poder de hacer y rehacer. De crear y recrear, en su vocación de ser más. El hombre dialógico tiene fe en el hombre antes de encontrarse frente a frente con ellos. Sin esta fe en los hombres el diálogo es una farsa; *esperanza*. Tampoco hay diálogo sin esperanza está en la raíz de la inclusión de los hombres, a partir de la cual se mueven estos en permanente búsqueda. La desesperanza es también una forma de silenciar, de negar el mundo, de huir de él. La deshumanización que resulta del orden injusto debe ser motivo de

una mayor esperanza; *pensar verdadero*, pensar crítico que, no aceptando la dicotomía mundo-hombres, reconoce entre ellos una inquebrantable solidaridad. Éste es un pensar que recibe la realidad como un proceso, que la capta como en constante devenir y no como algo estático (*Ibid*,2006).

Teoría de la acción cultural

Como los elementos anteriores: amor, humildad, fe, esperanza y pensar verdadero, tienen mucha dificultad de ser observados en la realidad, profundicé en los conceptos relativos a la teoría de la acción cultural que son más accesibles a ser indagados. Para Freire toda acción cultural:

Es siempre una forma sistematizada y deliberada de acción que incide sobre la estructura social, en el sentido de mantenerla tal como está, de verificar en ella pequeños cambios o transformarla. De ahí que, como forma de acción deliberada y sistemática, toda acción cultural tiene su teoría, la que, determinando sus fines, delimita sus métodos (*Ibid*, 1970:165).

También plantea que la acción cultural -consciente o inconscientemente- o está al servicio de la dominación con su Teoría de la Acción Antidialógica (TAA), o lo está al servicio de la liberación de los hombres con su correspondiente Teoría de la Acción Dialógica (TAD) (*Ibid*, 1970).

Teoría de la Acción Dialógica

Las características de la acción cultural al servicio de la TAD son: *La colaboración*, *la unión* de oprimidos, *la organización* de masas y *la síntesis cultural* liberadora (ver tabla 6).

Tabla 6. CARACTERÍSTICAS LA ACCIÓN DIALÓGICA

	Descripción
Características de la Acción dialógica	El objetivo es la liberación, la humanización, es Biofila, busca la unidad. El mundo se presenta como un problema, los problemas son vistos como dimensiones de la totalidad. Es necesario desideologizar. La Adhesión, adherencia, y confianza.
Diálogo	El diálogo es el encuentro de los hombres en el mundo para transformarlo. Los líderes no pueden admitir que sólo ellos saben, y que sólo ellos pueden saber.
La colaboración (transforman el mundo en...)	La colaboración sólo se da entre sujetos y sólo puede realizarse en comunicación, el diálogo, que siempre es comunicación, sostiene la colaboración. La adhesión verdadera es la coincidencia libre de opciones. La comunión provoca colaboración. La comunión es ser parte de.... Los hombres se liberan en comunión.
La unión (de oprimidos)	El liderazgo se obliga incansablemente a desarrollar un esfuerzo de unión de los oprimidos entre sí y de éstos con él para lograr la liberación. Es necesario un yo que se reconozca <i>siendo</i> , que pueda ver el futuro que debe construir en unión con otros. Unificados y organizados, harán de su debilidad una fuerza transformadora. Que conozcan los oprimidos el por qué y el cómo su adherencia a la realidad les da un conocimiento falso de sí mismos y de ella. El significar, la unión de los oprimidos, la relación solidaria entre sí, implica una conciencia de clase.
La organización (de masas)	Al buscar la unidad, el liderazgo busca también la organización de las masas populares. El líder populista deja de ser populista cuando se entrega al trabajo de organización. La organización implica el testimonio que demostraría que el esfuerzo de liberación es una tarea en común, debe tener un conocimiento claro del momento histórico para elegir el contenido y la forma del testimonio.
La síntesis cultural (liberadora)	En la síntesis cultural (SC), donde no existen espectadores, la realidad que debe transformarse para la liberación de los hombres es la incidencia de la acción de los actores. Esta forma de acción cultural, como acción histórica, se presenta como instrumento de superación de la propia cultura alienada y alienante. La investigación de los "temas generadores" o de la temática significativa del pueblo, se instaura como el punto de partida de acción, entendido como SC. La investigación temática tiene como sujetos de su proceso, no sólo a los investigadores profesionales, sino también a los hombres del pueblo cuyo universo temático se busca encontrar. El saber más elaborado del liderazgo se re-hace en el conocimiento empírico que el pueblo tiene, en tanto el conocimiento de éste adquiere un mayor sentido en el de aquel. La SC no niega las diferencias que existen entre una y otra visión, sino, por el contrario, se sustenta en ellas. Lo que sí niega es la invasión de una por la otra. Lo que afirma es el aporte indiscutible que da una a la otra.

Fuente: Elaboración propia con base en Freire, 2006.

En la teoría de la acción dialógica (TAD), sus actores intersubjetivamente, indician su acción sobre el objeto que es la realidad de la que dependen. Teniendo como objetivo, a través de la transformación de la realidad, la humanización de los hombres. En la TAD los sujetos se encuentran para la transformación del mundo, en colaboración. Se encuentran para la pronunciación del mundo, son coautores de la acción liberadora, no objetos. En la colaboración los sujetos se vuelcan sobre la realidad de la que dependen, que problematizada, los desafía. La respuesta a los desafíos de la realidad problematizada es ya la acción de los sujetos dialógicos sobre ella para transformarla.

Teoría de la acción antidialógica

En la teoría de la acción opresora (TAA), cuya esencia es antidialógica, el esquema se simplifica. Los actores tienen, como objetivos de su acción la realidad y los oprimidos, simultáneamente; y como objetivo general, el mantenimiento de la opresión, por medio del mantenimiento de la realidad opresora (tabla 7).

Tabla 7. CARACTERÍSTICAS DE LA ACCIÓN ANTIDIALÓGICA

	Descripción
Características acción antidialógica	El objetivo es la dominación, la reificación. Es Necrófila, aplasta a oprimidos. Tiene una visión focalista de los problemas. Masas son un mero espectador, conquistado, pasivo, dividido y enajenado
Antidi-diálogo	Roba al oprimido su palabra, su expresividad, su cultura. Mitifica el mundo El mundo es algo dado, algo estático, a lo que los hombres se deben ajustar.
La conquista (de los oprimidos)	El anti-dialógico dominador por excelencia pretende, en sus relaciones con su contrario, conquistarlo. Sujeto que conquista, Objeto conquistado.
La división (para oprimir)	La división es una condición indispensable de las minorías para la continuidad de su poder, para mantener el <i>statu quo</i> , le interesa el máximo debilitamiento de los oprimidos, procediendo para ello a aislarlos, creando y profundizando divisiones a través de una gama variada de métodos y procedimientos.
La manipulación	La Manipulación es otro instrumento de conquista. Manipulan a las masas populares, en función de la cual giran todas las dimensiones de la TAA haciéndoles creer que las ayudan. Se hace a través de mitos. Pretende conseguir un tipo "inauténtico de organización" con la cual llegue a evitar su contrario que es una verdadera organización. Se tiene que anestesiar a las masas con el objetivo que éstas no piensen. Las formas asistencialistas sirven como instrumento de Manipulación, funcionan como anestésico, distraen a las masas populares, desviándolas de las verdaderas causas de sus problemas, así como de la solución concreta de éstos. Fraccionan las masas populares en grupos de individuos cuya única expectativa es recibir más. Se hace a través de liderazgos populistas, mediadores de relaciones elite/masas, son anfibios y ambiguos, que manipulan en vez de luchar por la verdadera organización popular.
La invasión cultural (IC).	Como las anteriores sirve a la conquista, consiste en ignorar las potencialidades de los oprimidos, en la penetración que hacen los invasores en el contexto cultural de los invadidos imponiendo a estos su visión del mundo y sus valores, en la instauración del miedo a la libertad. La IC tiene 2 Fases: Es en sí dominante y es táctica de dominación.

Fuente: Elaboración propia con base en Freire (2006)

Es teoría es necrófila, aplasta a los oprimidos y tiene una visión focalista de la realidad, roba al oprimido su palabra, su expresividad y su cultura, genera liderazgos populistas que manipulan y buscan la división y mitifican el mundo para imponer la visión del mundo de la elite y sus valores, instaurando así el miedo a la libertad en las "masas". Descubrir los mitos y renunciar a ellos es, en el momento, un acto "violento" realizado por los sujetos en contra de sí mismos (*Ibid*, 2006).

En lo que respecta a las nociones de educación, en este trabajo me adhiero a las propuestas pedagógicas de Paulo Freire específicamente a los conceptos de la teoría de la acción dialógica (colaboración, unión, comunión y síntesis cultural) y antidialógica (conquista, manipulación, división, e invasión cultural) que utilizó en el capítulo de análisis y resultados para profundizar en el entendimiento de las prácticas de promoción de la salud en estudio. Al entender el carácter dialógico y antidialógico de las prácticas realizadas y las posibilidades y limitaciones me vi en la necesidad de profundizar en el estudio del conocimiento, de las instituciones o agentes que lo validan, del valor que le dan los agentes a los distintos tipos de conocimiento y la coherencia interna y externa del conocimiento en juego en el campo de los promotores de salud. Adelante explico estas características del conocimiento.

CONOCIMIENTO

Para analizar el conocimiento, lo entendí a este como la relación entre el sujeto cognoscente y los objetos de la realidad y como un capital con capacidad potencial de ser intercambiado en redes de intercambio de capital. Entender al conocimiento como capital permite profundizar en el análisis de las relaciones de poder que se establecen en el campo en estudio ya que identifica el valor que le dan los sujetos al conocimiento, distingue quienes lo validan y cómo los sujetos utilizan distintos tipos de conocimiento para la resolución de problemas de la realidad.

A partir de la consideración de que todo conocimiento sólo es posible gracias a una percepción de la realidad humana inicial, Husserl (1962, citado en Chapela, 2003) realiza una distinción entre el conocimiento que está elaborado y construido por el sujeto de conocimiento en forma de representaciones *-noesis-* y conocimiento que está basado en la percepción *-noema* (ver tabla 8).

Tabla 8. CARÁCTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO: NOEMA Y NOESIS

NOEMA	NOESIS
Se refiere a conocimiento descriptivo reproducido o construido por un sujeto de conocimiento que refleja las características materiales del objeto percibido más que los constructos conceptuales particulares del sujeto.	Se refiere a el conocimiento que está elaborado y construido por el sujeto de conocimiento en forma de representaciones
Se relaciona más con –pero no es lo mismo que– “información”.	Se refiere al conocimiento profundo construido a través de entendimientos particulares del sujeto de conocimiento desarrollados mediante la relación de un objeto específico de la realidad con conocimiento y representaciones previas
Es el objeto o sentido constituido, considerado en su dependencia esencial con <i>Noesis</i> ”	Es la presencia activa del sujeto en la elaboración de una percepción y en la constitución de significado
Está menos impregnado del significado y valor del sujeto que <i>noesis</i> . El conocimiento doxático se interioriza a partir del conocimiento noemático	Se refiere más a los constructos conceptuales del sujeto de conocimiento que al objeto.
El conocimiento sin referencia a su contexto original es más <i>noema</i> que <i>noesis</i> .	Está más relacionado con “sabiduría” que <i>noema</i>
	Para recobrar su dimensión de <i>noesis</i> , el conocimiento extrapolado necesita adaptarse al nuevo contexto cultural al que ha sido importado

Fuente Elaboración propia con base en Chapela 2003.

A partir de estas nociones, se pretende identificar la construcción y reconstrucción de conocimiento utilizado en el campo. Para observar otras características del conocimiento utilicé una taxonomía que involucra al poder, que hace una distinción entre el valor, validez y validación del conocimiento al tomar en cuenta el quién, dónde y cómo el conocimiento tiene significado, y por lo tanto hace referencia a la lucha por los significados en un campo determinado (ver tabla 9).

Tabla 9. CONOCIMIENTO, VALIDEZ VALOR Y VALIDACIÓN

	Validez	Valor	Validación
Definición	Lógica interna y externa y coherencia del conocimiento	Apreciación individual y colectiva de un conocimiento específico como significados y prácticas	Evaluación arbitraria del conocimiento
Origen	Confrontación con la realidad y otras explicaciones	Eficiencia para explicar problemas de la realidad	Impuesto a través de violencia simbólica.
Quién define el significado	Expertos y laicos	Individuos o colectividades	Agentes del poder y agencias
Mediación de iconos y rituales	No	No	Sí

Fuente: Chapela 2003:41. Traducción propia.

Esta taxonomía (2003) describe cinco categorías de conocimiento: sentido común, popular, experto institucionalizado y falso (tabla 10), que emergen a partir de responder las

siguientes preguntas: ¿quién tiene el conocimiento, quién está representado en él, con qué tipo de problemas y con qué realidad está relacionado, cómo se construye y se transmite, cuál es el grado de especialización y organización, mantiene su naturaleza original o ha sido extrapolado y cuál es su utilidad práctica?

A continuación se muestra un resumen de las características de cada categoría de conocimiento: el sentido común (SC) se constituye como reacciones inconscientes y espontáneas de pensamiento que requieren experiencias elementales como antecedente. El sentido común se define a partir de reglas simples, básicas y no explícitas compartidas por grupos sociales específicos; el conocimiento popular se define como conocimiento organizado y manejable, con un grado básico de especialización que se recoge y transmite de varias maneras informales dentro de un grupo social específico para comprender un acto relacionado con realidades específicas. El conocimiento popular es conocimiento consciente que se transmite de generación en generación; el conocimiento experto es considerado, en su taxonomía, como conocimiento especializado que poseen personas o grupos de personas específicos dentro de un grupo social en un orden sistemático para responder a aspectos específicos de los problemas de la vida. Este conocimiento se encuentra en la base de habilidades especializadas, técnicas, prácticas, rituales y herramientas. El conocimiento puede ser experto local y no local, el conocimiento popular y el sentido común pueden ser extraídos para la generación de poder contra-hegemónico; el conocimiento institucionalizado es conocimiento experto extrapolado de su contexto, poseído, enmarcado, conformado y utilizado según los valores, objetivos, estructuras, jerarquías y normas institucionales. Como tal, es reconstruido y organizado desde la lógica y el razonamiento institucional. El conocimiento institucionalizado se utiliza para el control social; por último, el conocimiento falso es conocimiento al que le falta coherencia interna y externa; es conocimiento popular y experto distorsionado. Se presenta como conocimiento experto o institucionalizado cuando no es ninguno de ellos (*Ibid*, 2003).

Tabla 10. TAXONOMÍA DEL CONOCIMIENTO

	Sentido común	Popular	Experto	Institucionalizado	Falso
¿Quién lo tiene?	Todas las personas	Cualquier persona dentro de un grupo social específico	Gente seleccionada dentro o fuera de un grupo social específico	Agentes institucionales y agencias	Individual Personas
¿Quién está representado en él?	Personas individuales	La persona y las personas del grupo social	La de la propia persona y otros grupos sociales	Institución	Nadie
Relación con la realidad	Personal	Personal y colectiva	Grupos y las personas de un grupo social	Institución	Su propia realidad
Relación con los problemas	Conocimiento inexperto	Existencial, la vida cotidiana	Específica, especializada, individual o colectiva	Institucional	Personal
¿Cómo se transmite?	Como intuición	Transmisión informal de generación en generación	Pedagogías más estructuradas, rituales de iniciación guiados por maestros o gente con conocimiento	Rituales, normas, regulaciones, sanciones, códigos bajo la supervisión y control de la institución	Velada en engaños a las prácticas
Grado de especialización	Ninguno	Bajo	Alto	Alto	Bajo o ninguno
Grado de organización	Mínimo, puede mostrar organización a través de la acción	Medio	Alto	Altamente organizado, fronteras fuertes	Mínimo puede mostrarse a través de la acción.
Naturaleza del conocimiento	Mantiene su naturaleza original	Mantiene su naturaleza original	Mantiene su naturaleza original, puede ser extrapolado	Extrapolado de expertos o conocimientos populares, perdiendo su identidad original su naturaleza	NO tiene coherencia interna ni externa, es un falso conocimiento
Uso práctico	Para hacer frente a lo inesperado y desconocido	Representación de valores colectivos. Identidad y pertenencia. Para resolver problemas de la vida cotidiana	El entendimiento y la resolución de problemas específicos	Poder institucional	EL titular del oportunismo
Validación	Personal a través de la eficacia inmediata	Colectivo con una dimensión históricas	Grupos sociales de pares, grupos sociales de las prácticas en relación con cómo estos cuentan la realidad	Institucional	Libre Clientes

Fuente: Chapela 2003:49(traducción propia).

Esta taxonomía considera el conocimiento construido como *noema* y *noesis*, construido y mantenido por los individuos como *doxa*, ortodoxa y heterodoxa. Permite analizar a fondo los procesos y características de la hegemonía/subordinación, su relación-social, individual y colectiva, su representación, las características materiales y simbólicas y los intereses humanos y aspectos culturales de producción y uso del conocimiento, a través del entendimiento de conocimiento local (*Ibid*, 2003). Aunado al análisis del valor, validez y validación del conocimiento en el campo PSSN, se pretende identificar los intereses por conocer planteados por Habermas que se desarrolla en el capítulo de promoción de la salud.

Los conceptos anteriores relacionados con el conocimiento me permitirán observar las características del mismo en las prácticas desarrolladas. Qué conocimientos estaban en juego en el campo PSSN, quiénes eran los agentes y agencias que le daban valor, validez y validación, qué conocimientos eran subordinados, cuáles eran construidos, cuál era la conciencia de los sujetos de su capacidad cognoscente y cómo se utilizó/ desarrollo el sentido común para conjuntar los saberes popular y experto para resolver problemas de la realidad.

SECCIÓN 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta es la última sección del capítulo ‘Marco Teórico’, le preceden tres: en la primera sección situo a la promoción de la salud y sus prácticas dentro del segundo objeto de estudio de la medicina social denominado respuesta social organizada y dentro de la determinación ideológica y política de dicha respuesta, además señalo la importancia de esta investigación para la medicina social en tanto análisis de una intervención específica; en la segunda sección describí principalmente los conceptos de capital y campo del sociólogo Pierre Bourdieu, que me permitirán el entendimiento de las relaciones de poder realizadas durante el proceso pedagógico de formación de promotores; en la tercera sección retomé elementos críticos del campo de la pedagogía y la filosofía para estudiar las características del conocimiento y de la acción cultural de las prácticas pedagógicas.

El objetivo de esta sección última del marco teórico es mostrar un panorama de distintas promociones de salud planteadas por el campo académico y describir las características y razones por las cuales elegí una forma particular de aproximación a la promoción de la salud (PS) para observar y analizar el caso en estudio.

Este apartado lo inicio con una introducción al concepto y consideraciones generadas en torno a la PS, específicamente a lo que se ha planteado desde el movimiento internacional iniciado en Ottawa. Después presento tres clasificaciones académicas de PS y sus dimensiones de análisis, de entre las cuales elegí una como marco de análisis denominada PS emancipadora. Al final del capítulo desarrollo algunas características de la propuesta en PS elegida en donde incluyo sus conceptos de salud, cuerpo-territorio, inscripción, corporeización y sujeto saludable, entre otros. Es importante mencionar que elijo esta forma crítica de promoción de la salud ya que me permitirá el entendimiento de aspectos distintos a los acostumbrados en el campo biomédico y en el de la epidemiología clásica, dándome a mí y al lector un entendimiento más rico del proceso Salud Enfermedad Atención y de las prácticas en promoción de la salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: INTRODUCCIÓN A CONCEPTOS Y CLASIFICACIONES⁶

El origen del término <promoción de la salud> (PS) se le adjudica al médico francés Henry Sigerist, quien al retomar los planteamientos que relacionaban a la salud con las condiciones sociales y de que la salud del pueblo les concernía a todos, planteamientos vertidos en Europa en el siglo XIX por el médico activista Rudolph Virchow. Sigerist afirmó que la salud se promovía “proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, y normas de esparcimiento y descanso” (Terris, 1996: 40), y consideró a la PS en 1946 como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina, entre las que estaban la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. En América latina el antecedente de los términos y significados en PS se encuentra en el proceso de lucha por la salud que se generó en las

⁶ Para un recuento más extenso de la historia de la PS, referirse a Chapela, 2010

décadas de 1970 y de 1980 con los movimientos sociales y políticos. En Centroamérica y en un contexto de guerra la participación en salud se dio de distintas formas en cada país, en Nicaragua por ejemplo, se generó una revolución en materia de salud tras el triunfo de la insurrección sandinista en 1979 con acciones realizadas como las jornadas populares de salud; en el Salvador el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) generó sistemas de salud clandestinos con la participación voluntaria de la población (Barret, 1996). En México surgió uno de los principales movimientos de lucha por la salud llamado Movimiento Nacional de Salud Popular y más tarde una estructura de salud surgida de las denominadas Organizaciones No Gubernamentales, Promoción de Servicios de salud y Educación Popular A.C. (PRODUSSEP), algunas experiencias en participación comunitaria vinculadas al movimiento fueron documentadas por Haro y De Keijzer (1995) entre los que destacan el trabajo de politización en de David Werner en Sinaloa México. En Asia se formaron durante la década de los 60's y 70's organizaciones locales de atención primaria a las enfermedades, (Newell, 1975). De Acuerdo con Newell es del éxito de estos trabajos que surge la idea inicial del sentido de una conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en atención primaria (Chapela, 2010).

El termino de participación se ha utilizado al menos desde finales de la década de los 60's e inicio de los 70's por las Naciones Unidas, específicamente por la Comisión Económica para América Latina, la cual, describía como una de sus líneas de acción para el desarrollo a la participación popular (1973). Otros autores como Arnstein hacían referencia al vínculo entre la participación y su uso como forma de ejercicio del poder (1967). Aún cuando existen estos antecedentes locales, nacionales y regionales en distintos continentes en donde se habían venido utilizando los términos de participación comunitaria, trabajadores de la salud, promotores de salud, promoción de la salud, etc., no es sino hasta la Declaración de Alma Ata en dónde se oficializa a través del consenso entre distintos gobiernos del mundo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención a la salud (Declaración de Alma Ata 1978).

La oficialización de la promoción de la salud a nivel mundial se da en 1986, al realizarse en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud, en ella que se tomó como uno de los puntos de partida los progresos alcanzados en la Declaración

de Alma Ata (1976) de Atención Primaria en Salud. En la conferencia se emitió la Carta de Ottawa en donde se define que la promoción de la salud consiste en:

...proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de la riqueza de la vida cotidiana (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1986:1).

Así mismo, en Ottawa fueron identificadas cinco áreas de acción para la PS: formular políticas públicas sanas, crear ambientes favorables para la salud, desarrollar las aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios sanitarios, mismas que se desarrollarían en conferencias posteriores.

En lo que respecta al fortalecimiento de la acción comunitaria se planteaba que:

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sus propios empeños y destinos (*Ibid*: 3).

De esta manera se definían a nivel internacional las bases de la PS y de la participación comunitaria, bases con antecedentes no sólo en la Europa de los siglos XIX y XX, sino también trabajos realizados en Asia y América durante el Siglo XX.

A partir de Ottawa se han celebrado distintas conferencias nacionales, regionales y mundiales de PS, entre ellas destacan: Ottawa, 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, México 2000, Bangkok 2005, y Vancouver 2007. La carta de Ottawa y sus principios serían considerados la “fuente de orientación e inspiración” de la PS en las distintas conferencias, sin embargo, se generaron discusiones y cambios: en Santa Fe (1992) la discusión se centró básicamente en el empoderamiento y la equidad; en la conferencia de Jakarta (1997) se discutió sobre el poder y la participación, pero se abrió la participación al campo de la PS al sector privado; para el año 2005 en Bangkok, se “consolidó” la tendencia privatizadora al considerar como uno de sus compromisos el lograr que la PS “sea un requisito de las buenas prácticas empresariales” (Sexta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud, 2005:6). De esta manera, se presentaban contradicciones entre los intereses de equidad planteados en Ottawa y los intereses económicos del sector empresarial privado dentro del ámbito de la PS; se delegaba de

manera parcial al sector privado responsabilidades del Estado y se hacía oficial un proceso ya avanzado de privatización de la promoción de la salud.

Este movimiento internacional en promoción de la salud, al institucionalizar sus planteamientos a través de políticas públicas vía el Estado en los países interesados en retomarla, como Canadá o Estados Unidos, ha generado al menos en el “discurso” una relación de hegemonía con respecto a otras prácticas y conceptos de PS existentes, como las naturalistas, esotéricas y religiosas o las iniciadas desde movimientos alternativos como los latinoamericanos o asiáticos de las décadas de 1970 y 1980, por mencionar algunas (ver por ejemplo Chapela, 2010). En países como Cuba o Brasil los principios de Ottawa corresponden con algunas acciones en PS ya se encontraban en marcha antes de la Conferencia de Ottawa.

No obstante la actual hegemonía discursiva y supuesto consenso conceptual presente en los distintos gobiernos nacionales y en las agencias internacionales, en la práctica los conceptos en torno a la promoción de la salud han sido utilizados de distintas formas y con intereses opuestos, como por ejemplo en los discursos del mercado *vis a vis* los de proyectos críticos. Hersch (1992) describe dos formas en las que se ha usado el término participación: la “participación- poder”, en donde se utiliza como un fin, como el acceso al poder de quienes se encuentran marginados del mismo, obteniendo un mayor control de las condiciones que intervienen en su salud-enfermedad; y la “participación- movilización”, que se ha usado como un medio, como un recurso para hacer llegar programas a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos. En el caso del empoderamiento, Cardacci hace referencia a las prácticas en promoción de la salud que se asumen como apoderantes y resultan ser desapoderantes para la población (1998). Para el caso de los objetos de transformación de la PS Castro (2009) refiere que para el modelo tradicional son el individuo, el huésped y su ambiente, mientras para en el modelo crítico son el sujeto social y su entorno. Las distintas conferencias nacionales, regionales y mundiales de PS que se han desarrollado a partir de Ottawa, han sido orientadoras en la definición de las nociones, principios, formas, compromisos, políticas y acciones de la PS a nivel mundial.

Las distintas concepciones detrás de los usos del término <PS> muestran el carácter social e histórico de la promoción de la salud, y de sus determinantes sociales, políticas y económicas; el reconocimiento del carácter político de la PS, de su no neutralidad y de su estrecha relación con el poder, lo podemos observar en el reconocimiento de algunos sectores académicos, de gobierno o de las agencias de que las definiciones en torno a la PS no son únicas, ni definitivas que se encuentran en un proceso de constante construcción y reconstrucción, lo que implica una lucha entre distintos agentes y agencias por ganar el significado y práctica de la promoción de la salud; en la variedad de interpretaciones académicas vinculadas a distintos paradigmas y en las distintas clasificaciones derivadas de esas interpretaciones que promueven, aún cuando no se realicen, prácticas organizadas desde esos distintos entendimientos de la PS; la prevalencia en la literatura, documentos científicos y programas institucionales de una perspectiva positivista y pragmática como forma de acercamiento y evaluación de la PS (Chapela, 2004).

En el ámbito académico occidental existen múltiples modelos y clasificaciones de PS que nos permiten el entendimiento y desarrollo de sus prácticas actuales. En la tabla 11 muestro tres modelos conceptuales y las dimensiones a partir de las cuales se clasifica a la promoción de la salud.

Tabla 11. TRES MODELOS CONCEPTUALES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS DIMENSIONES DE CLASIFICACIÓN

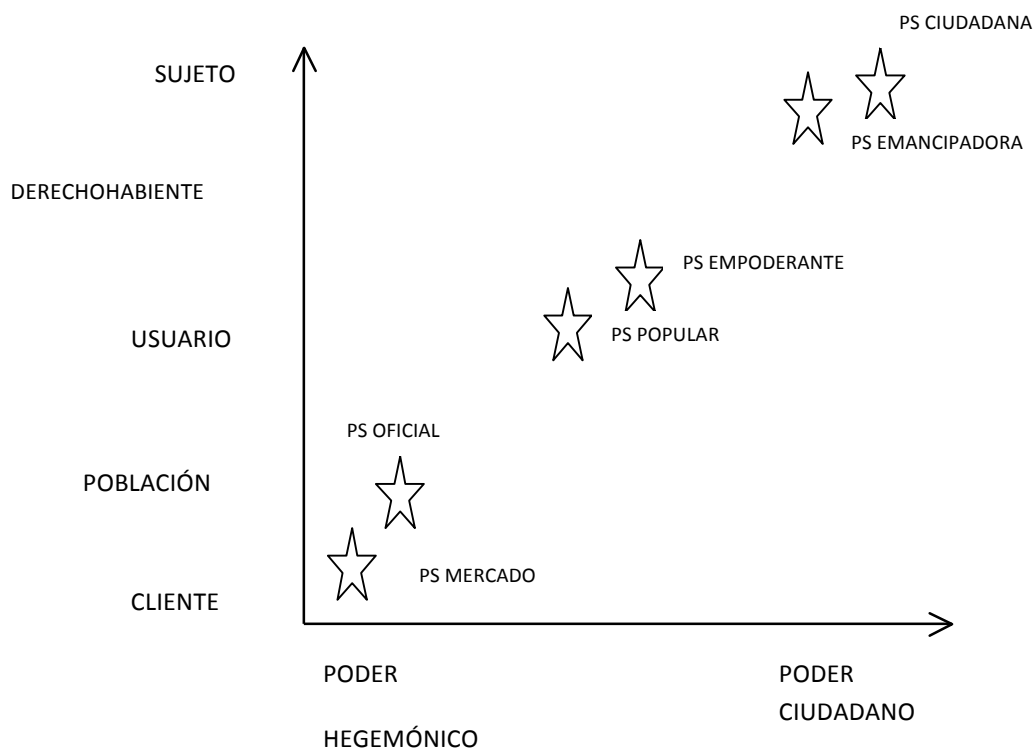
Modelo conceptual			
Autor, Año	Caplan, 1993	Castro, 2009	Chapela, 2009
Dimensiones para clasificar	Naturaleza del conocimiento y de la sociedad	Antecedentes históricos y paradigmas	Formas de ejercicio de poder y concepción de persona
Clasificación	Tradicional, humanista, radical y humanista radical	higienista, higienista-preventivo, epidemiológico-social y socio-sanitario. Transformador	Promoción de la salud de mercado, oficial, empoderante, emancipadora, y ciudadana

Fuente: Elaboración propia.

Caplan realiza un análisis a partir de dos dimensiones: la naturaleza de la sociedad y la naturaleza del conocimiento científico. A partir de su análisis propone cuatro perspectivas: la tradicional, la humanista, la estructuralista radical y la perspectiva humanista radical (1993); Castro, al realizar una búsqueda en los antecedentes históricos de la promoción de

la salud y de la salud pública, plantea la coexistencia y vigencia de cuatro modelos conceptuales: el higienista, el higienista-preventivo, el epidemiológico social y el socio-sanitario, y propone una promoción de la salud transformadora en la que considera las capacidades y el poder de los sujetos para cambiar la realidad (2009), y por último Chapela (2008) al analizar dos dimensiones: las formas de ejercicio del poder, (hegemónico/ciudadano) y concepción de persona (cosa/persona), propone un espectro con cinco modalidades de promociones de salud: promoción de la salud de mercado, oficial, empoderante, emancipadora, y ciudadana, en donde una práctica en promoción de la salud puede pertenecer y desplazarse por las distintas modalidades (ver diagrama 3). Chapela en 2001 llamó a este modelo ‘PS emancipadora’ y en 2010, como respuesta a la reflexión de la imposibilidad de la emancipación, ‘PS orientada por una utopía emancipadora’

Diagrama 3: DISTINTAS PROMOCIONES DE SALUD DE ACUERDO CON DISTINTAS CONCEPCIONES DE PERSONA Y FORMAS DE EJERCICIO DEL PODER



Fuente: Chapela, 2008

Para este trabajo me interesa retomar dos modelos: el de Castro (2009) que permite ubicar a las prácticas en promoción de la salud realizadas según el paradigma al que pertenece y el momento histórico en que emergen; y el de Chapela que propone realizar un análisis a nivel micro (del cuerpo y el espacio de los sujetos individuales y colectivos).

A partir de estas clasificaciones elegidas podemos encontrar que cada modelo conceptual tiene al interior de sus clasificaciones una definición de salud vinculada a un paradigma, por ejemplo, para los casos de los modelos epidemiológico-social e higienista preventivo se retoma la definición de la OMS que plantea a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad” (OMS, 1946); el modelo socio-sanitario que entiende a la salud como un proceso salud-enfermedad, es decir, como un “fenómeno colectivo con su manifestación concreta en el organismo individual” (Laurell, 1978:3), y por último el modelo emancipador de Chapela que plantea a la salud como “la capacidad humana corporeizada de diseñar y decidir futuros viables y alcanzarlos” (Chapela, 2007:), desligando, en este último caso, la idea de salud de la de enfermedad (ver tabla 12).

Tabla 12. DEFINICIONES DE SALUD Y PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEGÚN SU PARADIGMA

Características	Paradigma		
	Estructural funcionalista	Socio-histórico	Crítico
Modelo	Higienista, Higienista-preventivo, Epidemiológico-social	Socio-sanitario	Emancipador
Salud	Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad	Proceso salud/enfermedad. Fenómeno colectivo	Capacidad humana corporeizada de diseñar y decidir futuros viables y alcanzarlos
Promoción de la salud	Prácticas encaminadas a la modificación de estilos de vida, evitar factores de riesgo y promoción de factores protectores	Prácticas conducidas al empoderamiento, la participación, la socialización del conocimiento y la movilización para la construcción social de la salud	Prácticas sociales que conduzcan a la integridad humana de los agentes sociales. ¿

Fuente: elaboración propia con base en Castro (2009), Chapela (2009) y Laurell (1978).

Aún cuando cada modelo conceptual sugiere o promueve una práctica en promoción de la salud (ver tabla 12), en la realidad las prácticas de PS no se desarrollan de manera pura,

es decir, que a un modelo con su respectiva definición de salud no le corresponde de manera unívoca y total la práctica de PS correspondiente a su definición, sino que se pueden encontrar combinaciones, por ejemplo, prácticas que conducen a la integridad de los sujetos y acciones (con un interés emancipador) dentro de acciones con referentes en el paradigma estructuralfuncionalista; y prácticas que reproduzcan acciones relacionadas con la prevención de enfermedad y la promoción de factores protectores (que obedezcan tal vez a los esquemas de percepción, pensamiento y acción que constituyen a los sujetos), con un posicionamiento crítico y transformador. En ambos casos, desde la perspectiva emancipadora, lo importante no sería la acción en sí misma, sino cómo se llega a la realización de la misma, si como un ejercicio de las capacidades reflexivas de los sujetos o como una imposición que obedece a intereses externos a los sujetos.

¿Por qué elijo de entre estos modelos al de PSE?

Dado que uno de los objetivos de esta investigación es el entendimiento de las prácticas pedagógicas realizadas y sus procesos elijo el modelo de la PS orientada por una utopía emancipadora (Chapela, 2010) ya que su definición de salud me permite realizar una búsqueda intencionada e identificar los proyectos individuales y colectivos de los promotores de salud, el desarrollo o no de capacidades que condujeron a la realización de su proyecto de autonomía (por mencionar un proyecto); sus dimensiones de clasificación (poder y persona), me permiten el entendimiento de las relaciones de poder (dominio, subordinación, resistencia y emancipación) generadas durante el proceso pedagógico con y sobre los promotores de salud, y de los procesos de capitalización-descapitalización que sucedieron durante los procesos pedagógicos. Desde su definición de PS, este modelo me permite entender cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos que condujeron a la integridad de los sujetos (individuales y colectivos); e identificar las posibles inscripciones y corporeizaciones producto de las prácticas desarrolladas en el campo en estudio. En el apartado siguiente desarrollaré conceptos de PSE que me serán útiles para contestar la pregunta que guía esta investigación.

LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE UNA PROPUESTA ORIENTADA POR UNA UTOPIA EMANCIPADORA

En la sección anterior mostré tres modelos conceptuales en PS, de entre los cuales elegí como marco de análisis para el caso de una intervención en PS a la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora (PSE). Enseguida se presentan los conceptos que me permitirán de manera general la identificación de los proyectos, el desarrollo de las capacidades, las inscripciones, y corporeizaciones de los promotores de salud, y las formas de ejercicio del poder desarrolladas durante el proceso de formación. En esta sección presentaré parte del marco conceptual del que se nutre la PSE, iniciaré con la definición de salud y su relación con los conceptos de cuerpo-territorio, inscripción, espacio, y corporeización, posteriormente describiré a la PSE, sus características, su noción de sujeto, acciones y las formas de indagación que propone; conceptos y formas de indagación con las que analizaré en capítulos posteriores la experiencia de formación de promotores de salud a la que se refiere este estudio.

Las propuestas de salud y cuerpo-territorio de la PSE

La definición de salud detrás de la propuesta emancipadora parte del análisis del concepto de PS propuesto en Ottawa presentado en el apartado anterior, a la luz de distintas teorías de poder, de ser humano y de sociedad. A partir de la resignificación de conceptos de ser humano y cuerpo, entiende a la salud como “*la capacidad humana corporeizada de decidir y construir futuros viables y alcanzarlos*” y en la que su autora identifica seis dimensiones: filosófica, histórica, social, psicológica, política y económica (Chapela 2008b:18).

Esta definición pretende contribuir desde el ámbito académico al entendimiento no de la enfermedad sino de la salud, al abrir paso al estudio de la salud como capacidad humana y al de la producción social de las enfermedades (Chapela, 2010). Desde esta definición: se desvincula la salud de la enfermedad, ubicando a esta última como una eventualidad de la salud y como “una manera en la que la experiencia de los seres humanos se inscribe en sus

cuerpos” (*Ibid*, 2010:99); se piensa al sujeto como una sola cosa, cuerpo-subjetividad, que sólo es posible en lo colectivo; y se refiere a “sujetos íntegros en sus dos dimensiones: el cuerpo y su entorno material y la subjetividad propia y el entorno subjetivo” (Chapela 2007:363).

En la propuesta de PSE “se considera como territorio al cuerpo en el que el ser está encarnado” (*Ibid*, 2010: 99) y a la práctica del ser humano en el mundo como “experiencia con el poder”. Desde esta perspectiva la autora propone que “la enfermedad es una más de las distintas huellas que la experiencia [de los sujetos] con el poder deja en el cuerpo humano”, y que “la acción del poder de dominación se concreta en los usos que hace de los cuerpos para la producción de espacios favorables para sus propios fines y que por tanto el cuerpo es el territorio irreductible en la mirada del poder de dominación convirtiéndose en cuerpo-territorio” (*Ibid*, 2010:100). Desde esta definición de salud y de cuerpo-territorio se entiende a las inscripciones en el cuerpo como:

las marcas, a las huellas, que suceden en el cuerpo y subjetividad del ser humano y en sus espacios materiales y simbólicos como producto de acciones humanas directas o indirectas en donde esas acciones son prácticas en el mundo que reflejan la acción del poder sobre los individuos y los grupos sociales (*Ibid*, 2010:101).

Estas inscripciones, marcas, escrituras, huellas, cortaduras, raspaduras sobre los cuerpos resultan no sólo del actuar y experiencia del ser humano en los campos y de la acción del poder sino de las prácticas emancipadoras que realizan.

Al retomar elementos de la geografía crítica, la autora plantea dentro de la propuesta emancipadora que el espacio está compuesto “por objetos, prácticas e intenciones organizadas por el sentido que el ser en sociedad otorga a esas prácticas e intenciones” (*Ibid*, 2010: 106) y que se produce “como continuidad, como prolongación del ser humano”, siempre inacabado. Desde esta perspectiva, es la práctica del ser humano la que construye y da sentido al espacio, de tal manera que “al construir su experiencia, construye el espacio y esa construcción de espacio se inscribe a su vez en el cuerpo” (*Ibid*, 2010: 106), por ello, los procesos de inscripción del poder están ligados a la producción de espacio que los agentes realizan en un campo determinado. Pero el efecto del poder en los sujetos no sólo se inscribe en su cuerpo, sino que también afecta los comportamientos y

reacciones automáticas del cuerpo, es decir, se *corporeiza*⁷(*Ibid*, 2008), genera *habitus*, esquemas de percepción, pensamiento y acción, sistemas de disposiciones duraderas (Bourdieu, 2009) que funcionan de manera inconsciente como principios generadores de las prácticas de los sujetos.

Lo anterior nos permite observar de qué manera la experiencia y las prácticas y procesos pedagógicos realizados por y con los promotores de salud, el efecto del poder de dominación ejercido en el espacio social en donde sucedieron esos procesos, y las prácticas emancipadoras realizadas por los promotores de salud permitieron la construcción del espacio y la generación de inscripciones y corporeizaciones en los promotores de salud, elementos que buscaré intencionadamente en la información con la que cuanto y que analizaré en capítulos posteriores.

Características de la PSE

Después de haber considerado las dimensiones de poder y persona desde las que Chapela clasifica y da nombre a la PSE, y a su definición de salud que se desvincula de la idea de enfermedad, así como los conceptos de cuerpo-territorio, espacio, inscripción y corporeización, describiré las características de la PSE, sus diferencias con respecto a la promoción de PS empoderante, su noción de sujeto saludable, sus acciones y las formas de indagación que propone para su estudio.

La PSE es una propuesta política y politizante que propone una nueva forma de indagar el fenómeno de la salud y su promoción, para ello entiende: la realidad como una construcción social, a la sociedad como relaciones de poder, al conocimiento como la relación entre los sujetos y los objetos de la realidad, al sujeto como un sujeto ético, como una sola cosa cuerpo-subjetividad que es posible sólo en lo colectivo, al cuerpo como *cuerpo-territorio*, al espacio como una extensión del ser humano y por tanto una construcción social, a la enfermedad como una manera más en que la experiencia de los

⁷ La autora menciona que lo que ella nombra como corporeización es parte de lo que el sociólogo Pierre Bourdieu llamó en su teoría de la reproducción *habitus*.

seres humanos se inscribe en los cuerpos, a la salud como una capacidad humana *corporeizada* vinculada con el por-venir y proyecto de los sujetos, a los *sujetos saludables* como sujetos íntegros en sus dimensiones subjetiva y material, y a la promoción de la salud como “las prácticas que conduzcan a la integridad de los sujetos” y como un instrumento emancipador.

La PSE resignifica los términos de “*advocacy*”, “*empower*”, “*control*” y “*enable*”, resignificación que da lugar a diferencias entre la PS empoderante y la PSE en tanto a su enfoque, prioridad, meta y medios utilizados para lograrlas, por mencionar algunas (ver tabla 13).

Tabla 13. PS EMPODERANTE VS PS EMANCIPADORA

Características	Empoderante	Emancipadora
Enfoque	La enfermedad (principalmente) y la salud (de manera secundaria)	La salud
Prioridad	La enfermedad	La integridad de los sujetos
Meta	Que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos construidos seleccionados por expertos.	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento
Medios	Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto. Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas.	Reflexión sobre problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos. Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas. Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas

Modificado de Chapela 2007:363

La propuesta emancipadora considera como condición primaria para la salud a la emancipación de los sujetos y que el alivio de la pobreza y de la enfermedad son resultado de la emancipación (Chapela, 2008b); a los sujetos éticos capaces de construir conocimiento, significado, representaciones, e identidad cuando están en relación con los objetos de la realidad, dando significado a su mundo y a su práctica independientemente de los expertos o de las instituciones (*Ibid*, 2007). El sujeto que busca la PSE es un “sujeto saludable”, un sujeto auto-sujetado, íntegro en sus dimensiones subjetiva y material, capaz de plasmar su salud en su cuerpo- territorio y en su entorno material, simbólico y social. Cuando los sujetos se relacionan con los objetos de la realidad a través del ejercicio de sus capacidades humanas reflexivas producto de su interés emancipador en el conocimiento

(entendido este interés como la *apropiación reflexiva de la vida humana*) pueden ser vistos como auto-sujetados (*ibid*, 2007:367 ¿Qué no es 2003?). Contrario a los sujetos saludables, existen los clientes que “son sujetos sujetados desde afuera en la medida en que se relacionan con los objetos [de la realidad] con la mediación de valores y significados impuestos a través de violencia material o simbólica confrontando así su realidad desde afuera de ellos mismos”. Son pasivos y con influencia limitada sobre los mundos práctico y simbólico y por tanto con limitaciones importantes para confrontar las imposiciones de la hegemonía de mercado que al lograr la construcción de clientes asegura la producción y venta de su mercancía (*Ibid*, 2007: 365).

Así la búsqueda intencionada de prácticas correspondientes con sujetos saludables realizadas por y con los promotores de salud en el campo en estudio están dirigidas a: buscar el entendimiento de la realidad como procesos individuales y colectivos continuos, a comparar y contrastar los conocimientos, significados, valores y prácticas a nuestra disposición en la vida cotidiana y desde allí cómo era que se reconstruía y construía conocimiento válido y valioso acerca de los mundos simbólico y práctico en el campo en estudio; el estudio de la combinación entre los intereses técnico, práctico y emancipador⁸ descritos por Habermas para construir el conocimiento como noema y noesis⁹. Al hacer esto, Chapela plantea que los sujetos saludables están desconstruyendo, reconstruyendo y construyendo conocimiento a partir del saber popular y experto utilizando su sentido común y que como resultado se puede esperar que el cuerpo-territorio de un sujeto saludable determinado “muestre inscripciones que cuenten una historia de prácticas emancipadoras y la manera en la que perciben y tienen acceso a la riqueza” (*Ibid*, 2007). Desde esta

⁸ ...desde la comprensión del ser humano como un animal que fabrica herramientas y usa lenguaje: tiene que producir a partir de la naturaleza lo necesario para la existencia material [intereses técnicos]... interés en la creación de conocimiento que le permitiría controlar procesos objetivados y mantener comunicación [interés práctico]... un tercer interés: un interés en la apropiación reflexiva de la vida humana [interés de emancipación] (Held, 1997:255. Contenido de paréntesis añadido, Citado en Chapela, 2007).

⁹ Husserl (1962, citado en Chapela, 2007) propone que existen diferencias perceptuales y representacionales entre las formas de conocimiento “noema” (o *noemática*) y “noesis”(o *noética*). Por *noesis* entiende al conocimiento que es elaborado y construido por el sujeto cognoscente como representaciones y por *noema* al conocimiento que es perceptual. *Noema* se refiere, aunque no es lo mismo, a información. *Noesis* se refiere a conocimiento profundo construido a través del entendimiento particular del sujeto cognoscente desarrollado por la vinculación de objetos específicos de la realidad con conocimientos y representaciones previas. *Noesis* implica la presencia activa del sujeto en la elaboración de lo percibido y en la construcción de significado, se refiere más a las construcciones conceptuales del sujeto que a los objetos, se entiende más cercana a “sabiduría”.

perspectiva de salud, promoción de la salud y sujeto saludable, las acciones de la PSE son más bien acciones con intenciones de, o guiadas por una utopía (lugar que no existe) emancipadora. Por un lado, el ser humano inacabado, difícilmente podrá emanciparse o ser emancipado en su totalidad, y por otro, el cuerpo emancipado será siempre una utopía porque existe en espacios sociales en donde está expuesto a las reglas y contenidos de valor y significado que contienen la acción del poder de dominación (Chapela, 2009:21).

Las acciones que propone analizar la PSE en la construcción de su utopía, están dirigidas al desarrollo de las capacidades saludables de los sujetos para construir futuros y alcanzarlos en la medida en que se dirijan a abrir el cuestionamiento de presupuestos acerca del mundo, presupuestos no hablados, no cuestionados (*doxa*) y al desarrollo de campos de opinión heterodoxáticos¹⁰ entre los grupos sociales; busca además indagar sobre el fortalecimiento de los cuerpos-territorio ante los embates del poder de dominación, el desarrollo de la posibilidad de construir su propio espacio, y la producción de espacios diversos que faciliten y permitan el cambio en las inscripciones en el cuerpo y en los objetos materiales del espacios. En términos bourdeanos, la PS emancipadora busca la modificación del capital y el juego de capital en los campos subordinados con la fuerza necesaria para cambiar el funcionamiento del poder en los campos y con la consecuente modificación en las inscripciones corporales y espaciales de los seres humanos (*ibid*, 2009). Chapela considera que una promoción de la salud eficiente es la que construye ciudadanos y ciudadanía expresada en las condiciones del cuerpo físico, del entorno material y del sufrimiento humano (2008).

Para el estudio de los procesos saludables, la PS emancipadora ha propuesto hasta el momento cuatro dimensiones: corporeización (elementos que corresponden a la acción del poder inscrita en el cuerpo), capacidad humana, diseñar y decidir futuros posibles, y diseño y alcance de los proyectos viables. En la tabla 14 Se muestran ejemplos de aspectos a estudiar de cada una de las dimensiones mencionadas.

¹⁰ Bourdieu (1977) distingue entre tres formas de conocimiento: *ortodoxa* que es conocimiento visible y compartido como real en un campo; *doxático* que es conocimiento invisible, no cuestionado, oculto, velado; y *heterodoxa* que es conocimiento visible pero no compartido como real o verdadero en un campo, conocimiento distinto al que se reconoce como válido en el campo.

Tabla 14. EJEMPLOS DE ASPECTOS A ESTUDIAR TOMANDO EN CUENTA LAS DIMENSIONES DE PODER DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

CONCEPTO	EJEMPLOS DE ASPECTOS A ESTUDIAR
La acción del poder se inscribe en el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - vínculos entre los mundos material y simbólico - formas de inscripción de los procesos saludables y no saludables en el cuerpo-territorio - los aprendizajes y necesidades del cuerpo en las distintas circunstancias y momentos del desarrollo del agente individual o colectivo - las inscripciones de la acción del cuerpo en el mundo material y en el mundo social
CAPACIDAD HUMANA	<ul style="list-style-type: none"> - los procesos de subordinación que obstaculizan la salud - las características del conocimiento y de las apreciaciones que sustentan a los agentes - los procesos de actuación y toma de posición en los campos - los procesos de construcción y elicitación del doxa
DISEÑAR Y DECIDIR FUTUROS POSIBLES	<ul style="list-style-type: none"> - procesos que los agentes llevan a cabo para la evaluación de su realidad de salud y su necesidad - procesos de construcción de proyectos de los agentes y de los campos - procesos políticos, de administración y de gestión en las acciones y los recursos de los agentes
DISEÑAR Y ALCANZAR FUTUROS VIABLES	<ul style="list-style-type: none"> - alternativas para lograr la reapropiación y desarrollo de la salud - modificación de las condiciones de acceso a la riqueza y las inscripciones en el cuerpo como producto de las acciones de promoción de la salud

Fuente: Chapela (2010 presentado por primera vez en 2007).

Respecto de las capacidades humanas Chapela (2004) considera seis: la “capacidad erótica, de pasión, de rabia, de gusto, de ensueño, de enojo y placer. Capacidad sapiens, de memoria, de razonamiento, juicio y raciocinio. Capacidad ludens, de crear, soñar, imaginar, hacer el infinito, lo imposible, los guiones, escenarios y reglas. Capacidad económica, de identificar los límites y las posibilidades en contextos finitos materiales, técnicos y prácticos. Capacidad política, de evaluar, de construir alternativas, de elaborar proyectos, de elegir y decidir. Capacidad faber, de actuar con intención, de modificar a través de la práctica en el mundo material, los mundos objetivo y subjetivo en función de un proyecto, de actuar en la palabra, de inscribir la subjetividad en el mundo objetivo” (2004:27). Al respecto de los aspectos a estudiar, comenta la autora que es importante elegir uno o algunos dada la complejidad de aprender en su totalidad y evaluar todas las dimensiones propuestas, además de que dichos aspectos a estudiar son sólo una guía. Dado que mi interés por documentar las prácticas desde esta mirada es el entendimiento de los elementos críticos, y que no existen intereses externos como los referentes a agencias

financiadoras, que basan su estudio en eficacia y eficiencia de programas de promoción de la salud, me permite imaginar y retomar varios elementos estando en la posibilidad de entender las prácticas en su conjunto desde los presupuestos teóricos desarrollados a lo largo de todo el capítulo.

Conclusión a la sección

Esta última sección de marco teórico la dediqué a mostrar de manera general la influencia a nivel mundial del movimiento internacional en promoción de la salud originado en Ottawa, a mostrar un panorama de distintas promociones de salud con sus dimensiones de clasificación y definiciones. Sustenté los motivos por los cuales elegí a la promoción de la salud emancipadora y sus conceptos para el análisis de aspectos relacionados con la salud entre los que destacan los proyectos individuales y colectivos de los promotores, las capacidades y las inscripciones y corporeizaciones derivadas de las prácticas y procesos pedagógicos realizados, es decir, describir las relaciones de poder, de dominio, de subordinación de los agentes y sus capitales detentados al interior del campo que permitieron el desarrollo o no de sus capacidades saludables.

CONCLUSIÓN DEL CAPÍTULO DE MARCO TEÓRICO

Este capítulo me servirá para entender desde dónde se analiza una práctica en promoción de la salud. Los conceptos de la MS me ayudan a ubicar las prácticas en PS en estudio en relación con el Estado y a identificar el carácter contrahegemónico de las mismas. Los conceptos de capital y campo me permiten delimitar el campo de los promotores de salud (PSSN) y el entendimiento de las dinámicas de poder en las prácticas pedagógicas que incluye procesos de capitalización y descapitalización en los agentes del campo. Para reconocer el carácter dialógico, o no, de la intervención en estudio, echo mano de la teoría de la acción cultural de Paulo Freire y profundizó en la utilización de los distintos tipos de conocimiento que permiten la resolución de problemáticas de la realidad. A partir de la propuesta crítica en promoción de la salud se observarán los cambios en las inscripciones corporales de los promotores de salud, estas inscripciones son producto de las

relaciones de poder, de los intercambios de capital, de conocimiento, que hay al interior y exterior del campo en estudio. De esta manera al analizar la experiencia desde todos estos conceptos me planteo contribuir a la ampliación del estudio de la salud desde sus procesos de construcción y de promoción, y no desde la mirada, también valiosa y necesaria, de sus aspectos patológicos.

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL Y POLÍTICO

*Los conquistadores y los indígenas de la colonia
no son los mismos de ahora, sin embargo,
las relaciones de opresión y despojo
se han mantenido casi intactas.*

El objetivo de este capítulo es mostrar un panorama general e histórico que le de al lector un acercamiento al contexto político del estado de Chiapas y al municipio de Ocosingo, para ello incluyo algunas características de la insurrección zapatista y de su actual proceso de construcción de autonomía. El capítulo lo dividí en tres secciones, la primera se denomina “Cadena de agravios a indígenas de Chiapas” en donde se presento características del municipio de Ocosingo (datos socioeconómicos y demográficos, indicadores de pobreza, marginación, desarrollo humano, salud, enfermedad y muerte) que comparo con la región Selva, el estado de Chiapas y el país, México, argumentando que estos indicadores visibilizan los agravios que el Estado Mexicano ha hecho a los indígenas de Chiapas y de Ocosingo. En la segunda sección denominada “Promotores y promoción de salud en Chiapas” presento el origen de la idea de promoción y promotor de la salud a nivel general, y enuncio algunas experiencias paradigmáticas que se desarrollaron a nivel internacional, nacional y regional, así como los actores involucrados y sus intereses en formar promotores de salud. Esta sección está vinculada con las consideraciones conceptuales sobre promoción de la salud presentadas en el capítulo anterior dentro de esta comunicación. La última sección denominada “Chiapas, la conquista inconclusa y la autonomía zapatista” es la que le da el carácter de marco político a este capítulo. En esta sección hago un breve recorrido histórico que inicia con la idea de que el alzamiento zapatista es parte de un proceso de conquista inconcluso que inició en 1492 y que aún no termina; continúo con la descripción de la independencia (fugaz) de Chiapas ante la Corona Española y algunos elementos de la Revolución Mexicana de 1910 y de la Revolución Institucional que le siguió y que afectaron y afectan el estado de las cosas en Chiapas. Termine la sección describiendo algunos elementos de la Revolución Zapatista de 1994 entre los que se encuentran sus posicionamientos políticos, su relación con los gobiernos en

turno, la construcción de su autonomía y específicamente su lucha por la salud materializada en el Sistema de Salud Autónomo Zapatista. En su conjunto las tres secciones buscan mostrar de manera general el proceso histórico por el que han pasado los indígenas en Chiapas, el contexto social y político, el origen y desarrollo de la idea de los promotores de salud y las condiciones por las que en Chiapas existen dos sistemas de salud, uno sostenido por el Estado Mexicano y otro por los indígenas zapatistas, cada uno con su lógica y con su ética, sin que hayan podido todavía solucionar la demanda de salud de los indígenas de Chiapas; en el primer caso porque tal vez no es su objetivo, y en el segundo porque, aún cuando ya sean visibles los cambios en la salud de la población, no han sido suficientes ya que el tiempo ha sido poco, en comparación con los más de 500 años de dominación, los recursos siguen siendo escasos y su posición marginal ante el poder sigue presente.

SECCIÓN 1. CADENA¹¹ DE AGRAVIOS¹² A INDÍGENAS DE CHIAPAS

Figura 1. República Mexicana



El objetivo de esta sección es acercar al lector a las características del municipio de Ocosingo, para ello comparé algunos datos socioeconómicos y demográficos, indicadores de pobreza, marginación, desarrollo humano, salud, enfermedad y muerte, entre el municipio Ocosingo con la región Selva, el estado de Chiapas y el país, México. Al final de la sección argumento que estos indicadores visibilizan el material del que están compuestos los eslabones que conforman la cadena de agravios a los indígenas de Chiapas y de Ocosingo. Riqueza y pobreza en Chiapas

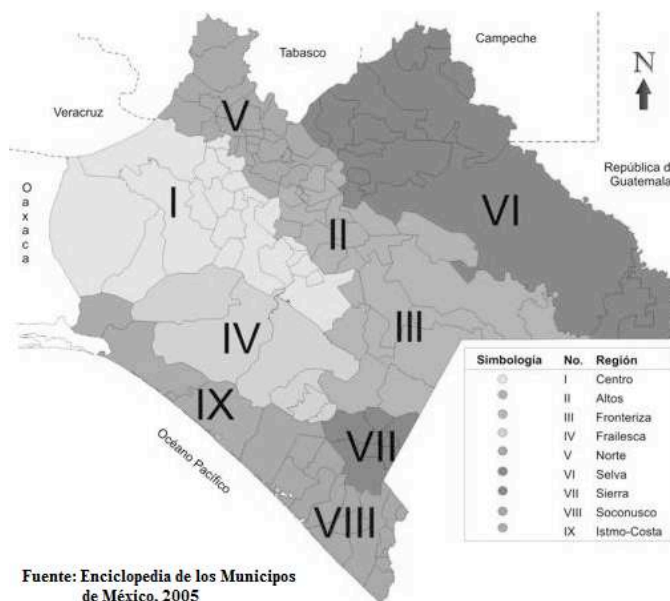
¹¹ Serie de muchos eslabones enlazados entre sí. Se hacen de hierro, plata y otros metales o materias.

¹² Ofensa o perjuicio que se hace a alguien en sus derechos e intereses.

Chiapas es una de los 32 estados que conforman las entidades Federativas de México (ver Figura 1). Se encuentra al sureste de la República Mexicana, colinda al norte con Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico, al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz. Es el octavo estado más grande en la República Mexicana con una superficie territorial de 75,634 km². Está dividido en nueve regiones: Centro, Altos, Fronteriza, Frailesca, Norte, Selva, Sierra, Soconusco e Istmo-Costa (Ver figura 2), en las cuales se distribuyen sus 118 municipios oficiales, y 31 Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) constituidos el 19 de diciembre de 1994. La información que se presenta a continuación, se obtuvo de fuentes oficiales, por lo que no se consideran los datos referentes a los MAREZ. Según el INEGI (2005) el estado tiene una población de 4,293,459 habitantes de los cuales 1,036,903 son indígenas que representan el 13% de la población indígena del país y alrededor de una cuarta parte de la población chiapaneca.

Chiapas, como otros estados del sureste mexicano, tiene una composición pluriétnica y pluricultural, existen los pueblos indígenas Tzeltal, Tsotsil, Ch'ol, Tojolabal, Zoque, Chuj, Kanjobal, Mame, Jacalteco, Mochó, Cakchiquel y Lacandón o Maya Caribe; 12 de los 62 pueblos indios reconocidos oficialmente en México. La Constitución local únicamente reconoce nueve (Enciclopedia de Municipios en México, 2005).

Figura 2. Estado de Chiapas y las nueve regiones socioeconómicas que lo componen.



Fuente: Enciclopedia de los Municipios de México, 2005

Chiapas es el estado con mayor marginación¹³ del país, esta marginación está vinculada con los pueblos indígenas muestra de ello es que 60% de los municipios marginados en Chiapas

13 Marginación: Fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios, a partir de indicadores relacionados con educación, vivienda, ingresos monetarios y distribución de la población. Índice Chiapaneco de Marginación 1990-2000, consejo estatal de población Chiapas

son indígenas, que de todos los municipios del estado con muy alta marginación el 78% son indígenas, y que del total de municipios indígenas marginados de Chiapas el 91.8% corresponden a la categoría de muy alta y alta marginación. Datos que dan cuenta del vínculo entre el ser indio y ser marginado.

Un documento que da cuenta de la contradicción entre la riqueza y pobreza del estado es el llamado *Chiapas el sureste en dos vientos una tormenta y una profecía*. En cuanto a la riqueza que posee y su explotación el documento señala:

...la riqueza sale de estas tierras no sólo por estas tres carreteras. Por miles de caminos se desangra Chiapas: por oleoductos y gasoductos, por tendidos eléctricos, por vagones de ferrocarril, por cuentas bancarias, por camiones y camionetas, por barcos y aviones, por veredas clandestinas, caminos de terracería, brechas y picadas; esta tierra sigue pagando su tributo a los imperios: petróleo, energía eléctrica, ganado, dinero, café, plátano, miel, maíz, cacao, tabaco, azúcar, soya, sorgo, melón, mamey, tamarindo y aguacate, y sangre chiapaneca fluye por los mil y un colmillos del saqueo clavados en la garganta del sureste mexicano. Materias primas, miles de millones de toneladas que fluyen a los puertos mexicanos, a las centrales ferroviarias, aéreas y camioneras, con caminos diversos: Estados Unidos, Canadá, Holanda, Alemania, Italia, Japón; pero con el mismo destino: el imperio. [...] Chiapas posee 75 mil 634.4 kilómetros cuadrados, unos 7.5 millones de hectáreas, ocupa el octavo lugar en extensión y tiene 111 municipios organizados para el saqueo en nueve regiones económicas. Aquí se encuentra, del total nacional, el 40 por ciento de las variedades de plantas, el 36 por ciento de los mamíferos, el 34 por ciento de los anfibios y reptiles, el 66 por ciento de las aves, el 20 por ciento de los peces de agua dulce y el 80 por ciento de las mariposas. El 9.7 por ciento de la lluvia de todo el país cae sobre estas tierras. Pero la mayor riqueza de la entidad son los 3.5 millones de chiapanecos... (EZLN, 1992:52).

En cifras y sólo por mencionar los datos más relevantes que el documento refiere para la década de 1990:

En las tierras chiapanecas hay 86 colmillos de Pemex...Cada día succionan 92 mil barriles de petróleo y 516.7 mil millones de pies cúbicos de gas [...] También por el café se desangra Chiapas. El 35% de la producción nacional cafetalera sale de estas tierras. [...] Más de 100 mil toneladas de café salen del estado para engordar las cuentas bancarias de la bestia. El segundo saqueo en importancia, después del café, es el ganado. Tres millones de vacas esperan a coyotes y un pequeño grupo de introductores para ir a llenar los frigoríficos de Arriaga, Villahermosa y el Distrito Federal [...] El 55 por ciento de la energía nacional de tipo hidroeléctrico proviene de este estado, y aquí se produce el 20 por ciento de la energía eléctrica total de México. Sin embargo, sólo un tercio de viviendas chiapanecas tienen luz eléctrica. ¿A dónde van los 12 mil 907 gigawatts que producen anualmente las hidroeléctricas de Chiapas? (*Ibid*, 1992: 55).

¿Y qué es lo que dejan a cambio de la riqueza que se llevan? Destrucción ecológica, despojo agrario, hiperinflación, alcoholismo, prostitución y pobreza.

Se llevan el gas y el petróleo y dejan, a cambio, el sello capitalista: destrucción ecológica, despojo agrario, hiperinflación, alcoholismo, prostitución y pobreza [...] Pero la mayor riqueza de la entidad son los 3.5 millones de chiapanecos, de los cuales las dos terceras partes viven y mueren en el medio rural. La mitad de los chiapanecos no tienen agua potable y dos tercios no tienen drenaje. El 90 por

ciento de la población en el campo tiene ingresos mínimos o nulos [...] La comunicación [...] Sólo las dos terceras partes de las cabeceras municipales tienen acceso pavimentado, 12 mil comunidades no tienen más comunicación que los centenarios caminos reales. La línea del ferrocarril no sigue las necesidades del pueblo chiapaneco sino las del saqueo capitalista desde el tiempo del porfirismo. [...] ¿Educación? La peor del país. En primaria, de cada 100 niños 72 no terminan el primer grado. Más de la mitad de las escuelas no ofrecen más que al tercer grado y la mitad sólo tiene un maestro para todos los cursos que imparten [...] De 16 mil 58 aulas que había en 1989, sólo mil 96 estaban en zonas indígenas. La salud de los chiapanecos es un claro ejemplo de la huella capitalista: un millón y medio de personas no disponen de servicio médico alguno. Hay 0.2 consultorios por cada mil habitantes, cinco veces menos que el promedio nacional. Hay 0.3 camas de hospital por cada mil chiapanecos, tres veces menos que en el resto de México; hay un quirófano por cada 100 mil habitantes, dos veces menos que en el país; hay 0.5 médicos y 0.4 enfermeras por cada mil personas, dos veces menos que el promedio nacional. [...] El 54 por ciento de la población chiapaneca está desnutrida y en la región de los altos y selva, este porcentaje de hambre supera el 80 por ciento. El alimento promedio de un campesino es: café, pozol, tortilla y frijol (*Ibid*, 1992:53).

A casi dos décadas de la publicación del documento, las condiciones y características del estado de Chiapas continúan con variaciones mínimas y son diferenciadas, las condiciones de miseria y exclusión, se han mantenido o han empeorado en los lugares con presencia indígena, mientras que la población beneficiada ha sido la no indígena (Martínez, 2005). La explotación de sus recursos naturales y enriquecimiento de sectores gubernamentales y empresas privadas han continuado y aumentado. A continuación describo algunas de las características que están relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención de la población chiapaneca.

Chiapas, la “emergencia sanitaria permanente”

En los siguientes párrafos hablaré de las características del estado de Chiapas desde la enfermedad y desde sus sistemas de atención. Existen múltiples reflexiones epistemológicas fuera del campo médico acerca del fenómeno salud, la mayoría de ellas inician una crítica a la visión biomédica en donde al hablar de salud se hace referencia a la enfermedad y proponen desde distintos campos y disciplinas múltiples conceptos (Laurell, 1978; Granda, 2003; Chapela, 2008; Martínez, 2008). Al respecto Granda advierte que más valdría llamar “enfermología pública” a la salud pública y a los servicios de salud como servicios de atención a la enfermedad, lo anterior me lleva a plantear que las siguientes líneas están dedicadas a la salud en Chiapas, sino a datos referentes a morbilidad, mortalidad y servicios de atención a la enfermedad, información que contiene limitaciones tanto en su diseño, recolección y en su representación de la realidad entre otras (Blanco,

Rivera, López, 1996; Laurell, 2011) no obstante estas limitaciones, su utilización es necesaria ya que da cuenta al menos una parte del fenómeno” enfermedad” y sus servicios de atención.

En 1996 Blanco y otros autores consideraban regiones enteras del estado como zonas de “emergencia sanitaria permanente” esto debido a la magnitud de los problemas de salud, a la vulnerabilidad social de la población y a la precariedad de la respuesta institucional para enfrentar la problemática, elementos que continúan 17 años después en las regiones como lo veremos más adelante (Sánchez, 2007).

En el año 2007 en su artículo *La salud enferma de Chiapas: consideraciones a 12 años de iniciado el conflicto armado* Sánchez afirma que el estado presenta los peores indicadores de salud, algunos datos que presenta para sustentar lo anterior son: Chiapas presenta las tasas de mortalidad más altas por enfermedades transmisibles, nutricias y de la reproducción; presenta las peores condiciones de mortalidad por enfermedades relacionadas a condiciones desfavorables socio ambientales, nutricionales y de acceso a los servicios de salud: ejemplo de la desigualdad de la mortalidad entre los estados del país es el relacionado con la mortalidad por enfermedades intestinales para la cual en 2003 Chiapas presentó una tasa de mortalidad de 22.5 por mil mientras, en Tamaulipas fue de sólo 1.7. En Chiapas ocurren al menos uno de cada 10 casos de cólera que se presentan en México, uno de cada tres casos de paludismo y que existen zonas endémicas de enfermedades asociadas a la pobreza como oncocercosis, tracoma, enfermedad de Chagas y tuberculosis pulmonar. En lo que se refiere a la mortalidad materna, considerado un indicador que da cuenta del acceso a los servicios de enfermedad, en el país para el periodo de 1991-2000 fue de 54 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos, mientras en Chiapas fue de 79. Así mismo mientras el número de muertes maternas disminuyó en el país 13% entre 1990 y 2000, en Chiapas aumentó 28.6% al pasar de 4.9 a 6.3 por mil nacimientos registrados. Múltiples autoras (Freyermuth, 2003 y 2010, Damian, 2006; Olivera, 2008) han documentado la alarmante situación de la mortalidad materna, así como las condiciones de rezago, discriminación (de género, de clase y de etnia), inequidad y violencia a la que son sujetas las mujeres indígenas, situaciones que se acompañan de la ineficiencia de los servicios de salud estatales para resolver la situación (Freyermuth, 2004).

La tasa de mortalidad infantil más alta en México durante el año 2000 la registra el estado de Chiapas con 31.9 por mil nacidos vivos; el promedio nacional fue de 24.9, y la menor cifra la obtuvo Nuevo León con 20.4. Por otro lado para el año 2003 una de cada cinco muertes ocurridas en menores de un año en Chiapas se debió a infecciones respiratorias agudas e infecciosas intestinales y cuatro de cada seis de en niños en edad preescolar (de uno a 5 años) tiene este tipo de causas (*ibid*, 2007). En lo que respecta a la desnutrición Chiapas es uno de los estados con más altos índices de desnutrición, junto con Oaxaca y Guerrero; mientras en el país el 44.1% de los niños de áreas rurales tuvo una talla “normal” de acuerdo a su edad, en Chiapas , la tuvieron el 28.4%. Así mismo, en cuanto a desnutrición severa. Chiapas tuvo una prevalencia cinco veces mayor respecto a la de Baja California, estado del país con una de las menores tasas de desnutrición en este indicador (Ávila, Chávez, Shamah, 1997 citado en *Ibid*, 2007).

La estructura de los servicios de atención de la enfermedad en Chiapas.

Aún cuando la respuesta institucional para enfrentar la problemática anterior ha ido en aumento en los últimos años, no ha sido suficiente para darle una solución verdadera. En ese sentido Chiapas continúa teniendo los menores recursos para la salud por habitante en el país y es el estado con el porcentaje más bajo de población que cuenta con derechohabiencia. Su infraestructura para la atención a la enfermedad está integrada por 1,147 unidades médicas de primer nivel y 38 hospitales de segundo nivel. En total suman 1,443 consultorios (lo que significa uno por cada 2,716 habitantes) y 2,229 camas censables (equivale a una cama por cada 1,759 habitantes, lejos del indicador mundial). En este caso, al igual que en la distribución de los médicos, se presenta una concentración de un 45% aproximadamente, de unidades en regiones como el centro y la costa. Sólo hasta el año 2006 se construyó el primer hospital de tercer nivel en Chiapas (Heredia, 2007). La relación de médicos por 10 000 habitantes es una medida que con limitaciones¹⁴ describe la

¹⁴ La medida tiene poca capacidad de identificar la problemática real de un país en cuanto a recursos humanos se refiere, ya que su aproximación dice poco y enmascara además la distribución geográfica del profesional, su inserción real a nivel de la práctica pública o privada y la accesibilidad que tiene la población al servicio

disponibilidad de los servicios de salud. A nivel internacional México se encuentra 5 veces por debajo de países como Cuba y cuenta con la mitad de médicos por habitante con los que cuenta Estados Unidos. México en comparación con Chiapas cuenta con cerca del doble de médicos por habitante, el doble de enfermeras y la misma proporción de camas censables. Chiapas tiene alrededor de 15 veces menos médicos que Cuba (4 vs 63.4 por cada 10000 habitantes). Cifras con proporciones similares se encuentran para los indicadores que contemplan las enfermeras y las camas censables (ver tabla 15).

Así el estado de Chiapas y el municipio de Ocosingo se encuentran lejos de alcanzar indicadores como el de México y más alejados aún de tener indicadores cercanos a países con una cobertura más amplia como el de Cuba.

Tabla 15. MÉDICOS, ENFERMERAS Y MATERIALES PARA DISTINTOS PAÍSES, INCLUIDOS EL ESTADO DE CHIAPAS Y EL MUNICIPIO DE OCOSINGO 2005

Lugar	Recursos humanos por 10,000 habitantes		
	Médicos	Enfermeras	Camas censables por 1000 habitantes
América del Norte ^a (2005)	22.2	78.4	3.2
Cuba ^a (2005)	63.4	83.8	4.9 (2006)
México ^b (2005)	10.4	13	0.6
Estado de Chiapas ^b (2005)	4.0	7	0.3
Municipio Ocosingo ^d (2002)	7.5	9.7	0.4
Promotores de salud Autónomos en Municipio San Nicolás (2007)	33.2	NA	NA

Fuente: Elaboración propia en base a: <http://www.paho.org>; sinais.salud.gob.mx en base a XII Censo General de Población y Vivienda 2005; Eibenschutz (2006).

En lo que se refiere a la seguridad social (medida como derechohabiencia) en México sólo 46.9.2% tiene acceso a ella, en Chiapas sólo una de cada cinco personas (20%) y en el municipio de Ocosingo sólo el 6.6% de la población cuenta con esta condición (ver tabla 16).

que este presta entre otras. A lo anterior se debe agregar las fallas en el registro y en los criterios con que se elabora la información.

Tabla 16. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE EN MÉXICO, EL ESTADO DE CHIAPAS Y EL MUNICIPIO DE OCOSINGO, 2005

Entidad	Población Total	Población no derechohabiente	Población Derechohabiente	% población derechohabiente	No especificado
Estados unidos mexicanos	103 263 388	51 402 597	48 452 418	46.9	3 408 373
Chiapas	4 293 459	3 278 815	861 443	20.0	153201
Ocosingo	170 280	134,188	11 251	6.6	24 814

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda INEGI 2000. México 2005.

En la tabla anterior podemos observar que la población del municipio de Ocosingo que cuenta con seguridad social es prácticamente inexistente. Eibenschütz (2006) comenta que la derechohabiencia actual se deba tal vez a la presencia de funcionarios desplazados para resolver los problemas políticos y sociales del Estado, al traslado del Ejército y de ONG solidarias o a la apertura de más fuentes de trabajo formal en el Municipio. A los problemas de la escases de servicios de salud en el estado, de su distribución inequitativa, de la mínima población que cuenta con seguridad social en Chiapas, se le suman el difícil acceso para la población indígena a los servicios de salud y otro tipo de barreras referentes al personal contratado en unidades de atención, a su tiempo de estancia, a los horarios de atención de unidades, a la disponibilidad de medicamentos, el idioma cultura y cosmovisión diferente (Freyermuth, 2004). Por su parte Lozano y colaboradores (2007) al evaluar el desempeño de los sistemas estatales de salud usando la “cobertura efectiva”, encontraron que el índice de cobertura efectiva¹⁵ para Chiapas era el más bajo de todos los estados con un 54%, mientras el más alto le correspondía al Distrito Federal con un 65%. También se ha reportado que en Chiapas las condiciones de salud/enfermedad son peores en comunidades que se encuentran divididas políticamente - a raíz del levantamiento armado y las políticas de contrainsurgencia desarrolladas por el estado mexicano- que las condiciones de las comunidades en donde la totalidad de la población está en resistencia o pertenece a comunidades definidas como pro gobierno, en estos últimos casos se encontraron condiciones de salud/enfermedad muy similares (Sánchez, Arana y Yamin, 2006). A estos

¹⁵Es la fracción de ganancia en salud que un sistema de salud podría aportar a la población, considerando los servicios que actualmente está ofreciendo

datos se agrega el trabajo de Solaegui (2011) quien ha descrito al sistema de salud estatal como deficiente e ineficaz, y ha documentado la grave discriminación y violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales, (DESC) entre los que se encuentra la violación del derecho a la salud de las comunidades indígenas y las alternativas que se han gestado para resolver la atención a la salud de la población.

LA SELVA LACANDONA

Chiapas es uno de los estados más ricos en cuanto a pluralidad cultural, recursos naturales, materias primas, etc. y es uno de los estados que presenta la mayor marginación, la mayor pobreza del país y el que la vive con mayor laceración, es el estado que presenta el índice de desarrollo más bajo del país junto con Guerrero y Oaxaca. Esas condiciones tienen diferencias al interior del Estado, de sus 9 regiones socioeconómicas la región Selva (ver figura 2) es la que presenta todavía peores condiciones para su población. La región VI Selva, está integrada por 14 municipios oficiales, con una superficie de 19,789 km² equivalente al 26.2% del territorio estatal. La cabecera se localiza en la ciudad de Palenque, la población total es de 564,053 habitantes y representa 14.4% del total estatal. Sobre comunicaciones y transporte la región VI Selva consta de 3,976.0 km. de infraestructura de carretera tanto federal como estatal, el ferrocarril del sureste recorre algunos de los municipios de la región. Dispone de un aeropuerto de servicio internacional ubicado en Palenque. Concentra a 6 de los 28 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano del Estado (Sabines, 2008). El índice de analfabetismo es de 35.3 por ciento. Para satisfacer la demanda educativa en la región se disponen de 3,190 escuelas y 8,391 personas dedicadas a la docencia. La población derechohabiente de las instituciones de seguridad social es menor al 5%, del total regional 43.2% corresponden al IMSS, 50.3% al ISSSTE y 6.5% al ISSTECH¹⁶. Existen 180 clínicas de consulta externa y 6 de hospitalización general. Para el año 2010 Sabines en su cuarto informe de gobierno comenta que se amplió y fortaleció la protección social de las familias chiapanecas al incorporar 110,460 personas al

¹⁶ IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social. ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. ISSTECH Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado de Chiapas.

“Seguro Popular”, que corresponden (al calcular la población antes mencionada con el número de personas afiliadas) al 20 % de la población, aumentando así la cobertura a un 25%, 20 por ciento que ahora tiene seguro popular y 5 % que tiene acceso a otro tipo de seguridad social, sin aumentar la infraestructura en ninguno de los niveles de atención en relación con el año 2008, lo anterior muestra que el acceso a la seguridad social en la región selva se da sólo en el papel y las palabras¹⁷. En cuanto a servicios básicos 25.9% de las viviendas no cuentan con agua entubada, 63.1% no cuentan con drenaje y 23.2% no disponen de energía eléctrica. (Enciclopedia de los Municipios de México, 2005). En cuanto a marginación se refiere según el Consejo Estatal de Población (COESPO) la región selva fue una de las regiones que tuvo un cambio negativo en el periodo de 1990 al periodo 2000, pasando de un grado de marginación Alto a un grado de marginación Muy Alto, siendo una de las regiones en donde se concentra la mayor marginación del estado (Índice chiapaneco de marginación 1990-2000).

Para conocer las características históricas, geográficas, culturales, económicas, sociales y políticas de la Selva Lacandona, y no sólo eso sino la diversidad de paisajes, procesos y proyectos en la región, se refiere al lector a leer al menos la trilogía del historiador Jan de Vos referente a la selva lacandona: *La paz de Dios y del rey. La conquista de la Selva Lacandona por los españoles* (1980), *Oro verde. La conquista de la Selva Lacandona por los madereros tabasqueños* (1988) y *Una tierra para sembrar sueños: historia reciente de la Selva Lacandona* (2002), en la que describe cinco siglos de historias de las distintas Selvas Lacandonas.

La pobreza en México, en Chiapas y en la región Selva

En todas las formas de medición que encontré que sirven para dar cuenta de las condiciones del país y de los estados, Chiapas ocupa de manera recurrente los últimos lugares en los indicadores a nivel nacional, tal es el caso de las mediciones relacionadas con la marginación, el desarrollo humano, la educación, la salud, la enfermedad, la mortalidad e

¹⁷ Una evaluación del papel del seguro popular frente al problema de la maternidad en Chiapas se refiere al lector a la obra de Sergio Meneses (2006).

incluso los indicadores usados después de la muerte. Chiapas es uno de los estados más pobres del país, la pobreza se localiza más en las zonas rurales que en zonas urbanas y los indígenas son los más afectados. De sus nueve regiones la que presenta mayor incidencia de pobreza es la región VI perteneciente a la selva lacandona y al municipio de Ocosingo que cuenta con un número mayor de población indígena. El objetivo de las líneas siguientes es dar cuenta de la distribución y magnitud de la pobreza en Chiapas y en la Selva Lacandona retomando los datos del artículo *Perfiles de la pobreza en Chiapas* y dejando de lado la discusión conceptual acerca del fenómeno de la pobreza, de los métodos utilizados para su medición que subestiman el fenómeno, y de las propuestas ineficientes para el combate a la misma (Boltvinik, 2004 y Cortés, 2003). En este estudio los autores utilizan en su trabajo la propuesta metodológica para la medición de la pobreza propuesta por la Comisión Técnica para la Medición de la Pobreza (CTMP)¹⁸ y se basan en tres definiciones de pobreza, denominadas líneas de pobreza -(LP); LP1 (alimentaria), “califica como pobre a todo hogar cuyo ingreso total no alcanzaría para adquirir la canasta alimentaria”, LP2 (de patrimonio) “considera, además de las necesidades alimentarias las de vivienda vestido y calzado, transporte salud y educación” y el último nivel LP3 (llamada línea de pobreza en este estudio y LP de capacidades en otros estudios) “considera el gasto en la satisfacción de todas las necesidades (gastos, aseo y mantenimiento de la vivienda, aseo personal, entretenimiento, etcétera). En la tabla 17 se presentan la proporción de personas que viven en hogares pobres en Chiapas y México en el año 2000; en la tabla cuatro se presentan datos de la pobreza a nivel regional según las tres líneas de pobreza definidas por el CTMP y por último se presentan algunas conclusiones basados en esta información y en el trabajo de dichos autores.

¹⁸ El CTMP fue creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDECOL) en el año 2001. Este Comité, presidido por un funcionario de dicha secretaría de Estado, se integró con 7 académicos y un representante de cada uno de los siguientes organismos: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y la presidencia de la República. El Comité propuso la metodología y el procedimiento de cálculo de la pobreza y convino en que a la SEDESOL le correspondería decidir el uso de sus resultados y hacer oficial la medición (Cortés, 2003).

Tabla 17. INCIDENCIA DE LA POBREZA EN CHIAPAS Y MÉXICO (2000)
PORCENTAJE DE POBRES SEGÚN LÍNEAS DE POBREZA

	LP1	LP2	LP3
Pobres de Chiapas	68.0	84.3	87.7
Pobres de México	24.2	53.7	64.6

La tabla anterior muestra que en el ingreso del 68% de la población chiapaneca no es suficiente para comprar alimentos cuya ingesta permitiría satisfacer el consumo básico de calorías y nutrientes. En base a lo anterior se puede afirmar que “dos de cada tres chiapanecos no viven sino que sobreviven” y que en “Chiapas existe una masa de pobres tres veces mayor que en el país”. Cuando observamos el porcentaje correspondiente a la LP3, los pobres aumentan, ya que se observa que 9 de cada 10 chiapanecos tienen la condición de pobreza, misma que en otras clasificaciones se le ha denominado pobreza de capacidades (Cortés et al, 2007:25).

Al analizar la distribución regional de la pobreza en la tabla 18 y tomando como criterio cualquiera de las líneas de pobreza (LP1, LP2, LP3) se observa a la región selva como la región más pobre. Encontrando que 8 de cada 10 de los habitantes de la selva no disponen de ingresos suficientes para comprar los alimentos, crudos, de la canasta alimentaria; 9 de cada 10 (91.6) no puede disponer, además de alimentos, de vestido, calzado, vivienda, educación, salud y transporte público, por último al considerar la LP3 se observa que el 93.2% de los chiapanecos de la región selva son pobres. Al considerar estas características y haciendo referencia a la realización de políticas sociales, sean municipales, estatales o federales, que colaboren con la disminución de la pobreza Cortes y colaboradores concluyen que “no tiene sentido pensar siquiera en programas focalizados para combatir la pobreza” (*ibid*:47).

Tabla 18. INCIDENCIA DE LA POBREZA REGIONAL EN CHIAPAS SEGÚN LINEAS DE POBREZA

REGIONES	LÍNEAS DE POBREZA		
	LP1	LP2	LP3
I. Centro	56.8	77.6	82.5
II. Altos	77.7	89.0	91.5
III. Fronteriza	74.0	86.9	89.8
IV. Frailesca	72.2	87.1	89.7
V. Norte	74.6	87.6	90.2
VI. Selva	81.0	91.6	93.2
VII. Sierra	80.3	89.8	91.8
VIII. Soconusco	55.4	78.4	83.5
IX. Istmo-Costa	64.0	84.6	88.1
Total	68	84.3	87.7

Fuente: Cortes, Banegas, Fernández, y Mora 2007:30

Por lo anterior y con base en otros datos que presentan los autores, se concluye que la pobreza en Chiapas se encuentra mucho más extendida que en el país, que en Chiapas son más los habitantes pobres que los que no tienen esta condición y que la pobreza que viven es más lacerante que en el resto de la república mexicana. La región con más pobreza es la región selva, donde se ubica el municipio de Ocosingo que describiremos en los siguientes párrafos.

OCOSINGO

El municipio de Ocosingo pertenece a la región Selva ubicada el noroeste de Chiapas, su extensión territorial es de 9, 415.65 KM² y representa el 46% del territorio de la región y el 12.65 de la superficie estatal, la mayor parte de su territorio es montañoso. Sus coordenadas geográficas son 16° 54' N y 92° 06' W. Su altitud es de 900 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el municipio de Palenque, al este y al sur con la República de Guatemala, al suroeste con las Margaritas y al noroeste con Chilón, Oxchuc, Altamirano y San Juan Cancuc anuales (Ver Figura 3) (Enciclopedia de los municipios de México, 2005).

La red hidrológica es densa, y está integrada básicamente por los ríos: Usumacinta, Lacantún, Jataté, Tzendales, Perlas y Lacanjá entre otros. Por otra parte, el municipio es rico en lagos como El Miramar, Ocotol, Lacanjá, Anaite, Orizaba, Maroma, Suspiro, Ojos

Azules entre otros. El clima del municipio varía con la altitud, predominando el cálido húmedo, en la cabecera municipal la temperatura media anual es de 24.3° C con una precipitación pluvial de 1,804 milímetros anuales (Enciclopedia de los municipios de México, 2005).

En el municipio la vegetación es de selva alta, la flora del municipio está integrada por una gran variedad de especies de las cuales predominan las siguientes: paloma, corozo, roble, cedro, caoba, hormiguillo, chicozapote, hule, pino, ciprés, romerillo, sabino, manzanilla, amate, ceiba, guarumbo y jimba. La fauna del municipio está compuesta por una gran variedad de especies de las que destacan las siguientes: culebra ocotera,

nayuca de frío, gavilán golondrino, picamadero ocotero, ardilla voladora, jabalí, murciélago, venado de campo, zorrillo espalda blanca, puma, dragoncito labios rojos, culebra cincuate, azulejo ocotero, coyote, boa, cocodrilo de río, cocodrilo de pantano, coral, iguana de ribera, nauyaca cornuda, nauyaca saltadora, nauyaca real, tortuga plana, tortuga cocodrilo, águila arpia, guacamayo rojo, ocofaisán, pava, pavo ocelado, tucan cuello amarillo, zopilote rey, armadillo, jaguar manatí, mapache, mico de noche, mono araña, mono saraguato, nutria, ocelote, puerco espín, tamborcillo tigrillo y venado cabrío (Segundo informe de gobierno Chiapas enero de 2006)

Dentro del municipio se encuentran las siguientes áreas naturales: Reserva de la Biosfera Lacan-tun, Area de Protección de Flora y Fauna Chan-kin, Monumento Natural Yaxchilán, Área de protección de Flora y Fauna Silvestre Nahá, Monumento Arqueológico Tonina, y parte de la Zona Sujeta a Conservación Ecológica Metzabok y de la Reserva Integral de la Biosfera Montes Azules (Segundo informe de gobierno Chiapas enero de 2006)

La población en el municipio de Ocosingo habita en 1094 localidades, de las cuales, la cabecera municipal concentra 35,065 habitantes, el resto de personas se distribuyen en localidades de distintos tamaños prevaleciendo comunidades con menos de 2500 personas.

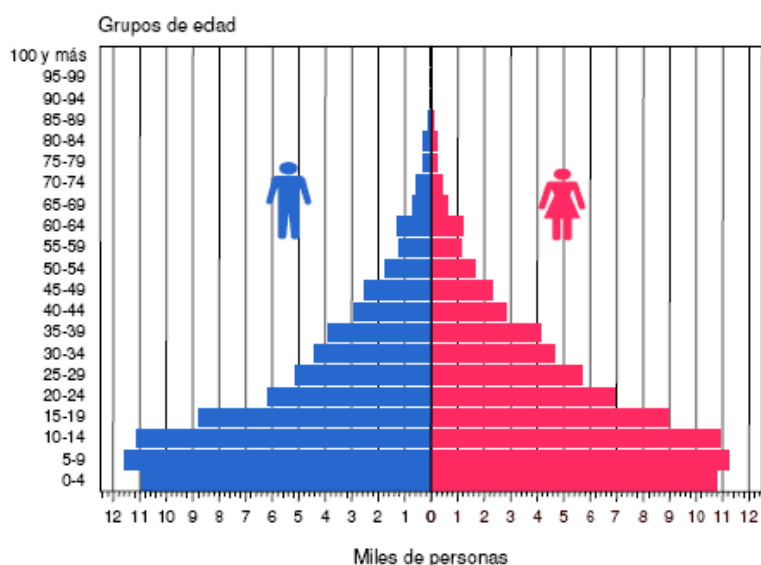
Figura 3. Municipio de Ocosingo, Chiapas



Fuente: Enciclopedia de los municipios de México (2005)

La población total para el año 2005 fue de 170, 280, de los cuales 85,082 eran hombres, y 85,198 mujeres. Su estructura es predominantemente joven. El promedio de edad es de 16 años inferior a la del Estado que es de 20 (ver figura 4).

**Figura 4. Pirámide de población 2005.
Municipio de Ocosingo, Chiapas.**



Fuente: Estimación realizada en COESPO con base al II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI

La tasa de crecimiento media anual de la población es de 2.7% cifra superior a la del estado (1.6%). Las mujeres del municipio de Ocosingo presentaron en 2005 un promedio de 2.8 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo, cifra que se encuentra por encima del promedio estatal. Para la misma fecha se registraron 10.5 % de hogares con jefaturas femeninas (Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008).

La población que habla alguna lengua indígena en el municipio asciende a 101, 617 personas que equivale al 80.7% del total de la población de 5 años y más. Se encuentra población hablante de las siguientes lenguas indígenas, Chol, Chontal, Chuj, Kanjobal, lenguas mixtecas, lenguas zapotecas, Maya, Mixe, Náhuatl, Otomí, tojolabal, Tzeltal, Tsotsil, y Zoque. Dentro de las cuales la etnia tzeltal ocupa el primer lugar con 91, 888 hablantes, que representa el 90.43%, el segundo lugar lo ocupa la etnia Chol que representa un 5.62% (Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008).

En Ocosingo el 31.9 % de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, mientras que a nivel estatal la proporción es de 21.4 %. Más de la mitad (54.2%) de la población de 15 años y más no terminó la primaria completa (Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008). La población económicamente activa (PEA) ocupada fue de 30,482 habitantes, de los cuales el sector primario, que se realiza actividades agropecuarias, ocupaba un 66.25%, a nivel regional 72.66% y estatal 47.25%. El 7.92% laboraba en el sector secundario dedicado a la industria de la transformación, a nivel regional y estatal los porcentajes fueron de 6.03% y 13.24% respectivamente. Por último el 23.49% de la población se emplea en actividades relacionadas con el sector terciario, es decir, actividades relacionadas con el comercio o la oferta de servicios a la comunidad, en los niveles regional y estatal los porcentajes fueron de 19.25% y 37.31% respectivamente (Gobierno de México, 2008).

En el ámbito de la salud un indicador importante, considerando la distribución dispersa de la población, es la relación de comunidades por municipio y las unidades médicas de primer nivel, donde Ocosingo tiene 883 localidades menores de 5,000 habitantes (74.3%) y cuenta con sólo 36 unidades médicas, esto significa en promedio 25 localidades por unidad médica, donde las condiciones de acceso y capacidad de desplazamiento de la población determinan la cobertura real, quedando de esta forma muchas localidades prácticamente desprotegidas (Heredia, 2007). Para el año 2005 la población derechohabiente representaba el 7.7% de la población, cifra tres veces menor que el porcentaje estatal (20.1%). Las instituciones son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR, Seguro popular e instituciones privadas (Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008). La tasa promedio de mortalidad infantil en el estado de Chiapas es de 23.9 y en el municipio de Ocosingo es de 26.6 por cada 1000 habitantes. La tasa bruta de natalidad en el estado es de 33.3 y en Ocosingo es de 73 por cada 1000 habitantes (Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008).

Ocosingo indígena y marginado

El vínculo entre el ser indio y ser marginado está ampliamente documentado, en ese sentido Ocosingo al contar con un 80.7% de población indígena para el año 2005 presentó un grado de marginalidad muy alto según los diagnósticos sociodemográficos municipales del estado de Chiapas (2008) y alto según el Índice Chiapaneco de Marginación 1990-2000. Para medir la marginación en Chiapas y Ocosingo la COESPO, utiliza cuatro dimensiones socioeconómicas (educación, vivienda, ingresos monetarios y distribución de la población) y 9 indicadores que el municipio de Ocosingo para el año 2000 presentó los siguientes valores: El 33 % de su población mayor de 15 años de edad es analfabeta, el 63% no terminó la primaria; uno de cada tres (33 %) habitantes ocupa viviendas sin drenaje ni excusado; 23 de cada cien habitantes reside en viviendas sin energía eléctrica; uno de cada cuatro (24.6%) no dispone de agua entubada; 6 de cada 10 tiene en su vivienda piso de tierra (58%); y tres de cada cuatro ocupa viviendas en condiciones de hacinamiento (74%), el 90% de la población ocupada gana hasta dos salarios mínimos y 76.37 % vive en localidades con menos de cinco mil habitantes (Índice Chiapaneco de Marginación, 1990-2000:24). En la tabla 19 se comparan de manera burda algunos indicadores socioeconómicos que muestran las diferencias entre México, Chiapas y Ocosingo.

Tabla 19. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN MÉXICO, CHIAPAS Y OCOSINGO PARA EL AÑO 2000

Indicador	México ^a	Chiapas ^a	Ocosingo ^b
% de analfabetismo en población de 15 años y más	9.4	22.9	33
% de viviendas con agua entubada	85.2	69.3	75.4
% de viviendas con drenaje	75.4	57.5	66.6
% de viviendas con energía eléctrica	95.4	88.4	77
% piso con recubrimiento: firme o cemento, mosaico, madera u otro	86.7	61.9	42.68
%de viviendas en condiciones de hacinamiento	NA	60.2 ^d	74 ^d
% población que vive en localidades de menos de 5000 habitantes	NA	58.5 ^d	76.37 ^d
% de trabajadores asalariados con ingresos de hasta dos salarios mínimos	37.6	61.9	90

Fuentes: Sánchez, 2007; Índice Chiapaneco de marginación 1990-2000; Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, 2008.

Como se puede observar en el cuadro anterior en el municipio de Ocosingo hay 4 veces más analfabetas que a nivel nacional, alrededor de 10% menos viviendas cuentan con agua entubada y drenaje, 20% menos de viviendas con energía eléctrica, 44% menos viviendas

con un piso firme... y 9 de cada 10 habitantes de Ocosingo ganan menos de dos salarios mínimos, mientras que 4 de cada 10 tiene esta condición en el país. De lo anterior podemos decir que el municipio de Ocosingo está expuesto a una triple marginación territorial, ya que es un municipio marginado de la región selva, que es a su vez la región más marginada de Chiapas, que es a su vez uno de los estados más marginados en el país.

Conclusiones a la sección

El estado de Chiapas se encuentra en una zona estratégica para la explotación de recursos naturales, está caracterizado por una riqueza natural, étnica, ecología, cultural, entre otras, y condiciones de exclusión, pobreza y marginación de la población. Los eslabones de la cadena de agravios del estado mexicano a los indígenas de Chiapas se pueden observar hacia donde se mire, tiene los peores indicadores: En torno a la salud/enfermedad se puede considerar a diversas regiones del estado como zonas de “emergencia sanitaria permanente” ya que presenta los peores indicadores de salud, enfermedad, atención y muerte del país. En Chiapas la pobreza es mayor que en el resto del país y se vive con mayor laceración, en el estado 68% de la población tiene una pobreza alimentaria, situación que empeora en la región selva en donde 6 de cada 10 chiapanecos no tiene para cubrir sus necesidades de alimentación. Al valorar la marginación del municipio de Ocosingo de acuerdo a dimensiones como la vivienda, educación, ingresos monetarios y la distribución dispersa de la población, se encuentra una clara relación entre el ser indio y el ser marginado y analfabeta, vivir en viviendas con pisos de tierra y ganar menos de 120 pesos, al día (9 de cada diez ganan menos de dos salarios mínimos): ser indígena implica tener una probabilidad del 76% de vivir en comunidades con menos de 5000 habitantes situación que disminuye la posibilidad de acceso a servicios básicos. En resumen, Ocosingo es un municipio marginado de la región selva, la cual a su vez es una región marginada del estado de Chiapas el cual a su vez está marginado por el país, México. Por ellos los indígenas de México ha sido considerados como el rincón olvidado de la patria.

Chiapas es entonces un lugar con contradicciones, inequidades, pobreza, marginación, y exclusión. Estos atributos que vienen de formas de aprender la realidad, como el índice de marginación, líneas de pobreza, índice de desarrollo humano, o acceso a los servicios de salud entre otros, son más bien condiciones relacionales, que se recrudecen y se viven con más laceración en la Región Selva y en el municipio de Ocosingo en donde la población es predominantemente indígena. Estas condiciones relacionales denominadas aquí “cadena de agravios a los indígenas de Chiapas” las ha forjado el Estado Mexicano ya que es su responsabilidad generar políticas públicas encaminadas a hacer frente a las necesidades en salud de la población (Laurell, 1994) políticas que en México han excluido a los indígenas de sus derechos más fundamentales, entre ellos el derecho a la salud.

En las siguientes secciones de este capítulo describo el origen del término ‘promotor de salud’ y algunas experiencias de formación desarrolladas en Chiapas, además hago un recuento histórico breve de la situación política en el estado de Chiapas, dichas secciones, junto con la presente, serán de utilidad para la comprensión general del lugar donde desarrollé la experiencia pedagógica en estudio.

SECCIÓN 2. PROMOTORES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHIAPAS

Esta es la segunda de tres secciones del capítulo ‘Marco referencial y político’ de esta comunicación que tiene como objetivo acercar al lector al contexto del lugar en donde se desarrollaron las prácticas pedagógicas en estudio. El marco referencial tiene dos secciones, en la primera y anterior describí las características del municipio Ocosingo, de la región Selva, del estado de Chiapas y de México, y argumenté que los peores indicadores y por tanto las condiciones más adversas las tienen los indígenas que viven en el municipio de Ocosingo y dado que es, en parte, responsabilidad del Estado Mexicano mejorar dichas condiciones, existe una continua violación del derecho a la salud, de ahí el título de “cadena de agravios a los indígenas de Chiapas”. El objetivo de esta segunda sección es presentar el origen de la idea de promoción y promotor de la salud y mostrar algunas experiencias que se han desarrollado a nivel internacional, nacional y regional. Esta sección se complementa con el capítulo teórico en su sección referente a la promoción de la salud.

Para dar cuenta del origen múltiple de la idea de promotor salud presento algunos casos de formación de promotores de salud en algunas partes del mundo durante las décadas de 1960 y hasta la década de 1990, así como una semblanza de distintos grupos de personas que participaron en la formación de promotores de salud, que van desde grupos religiosos con una perspectiva caritativa; pasando por ONGs que promovieron el desarrollo, la liberación, o el asistencialismo; o instituciones de gobierno que buscaban la integración de indígenas al desarrollo de los países como México; hasta grupos guerrilleros que pretendían la transformación de los regímenes políticos en los distintos países, principalmente de Centroamérica. Otra referencia importante en el campo de la formación de promotores es la influencia que tuvieron para Latinoamérica las experiencias educativas desarrolladas por el pedagogo brasileño Paulo Freire y las intervenciones de los médicos descalzos en China. Esta sección permite entender la complejidad de los actores e intereses en juego que están detrás de la formación de promotores de salud en contextos como el estado de Chiapas, México, cuya complejidad se aborda en las dos secciones que complementan este marco referencial y político.

El promotor de salud

La idea de promotor de salud concebida como una persona de la propia comunidad que no se forma como médico alópata ni médico tradicional y se dedica al trabajo de la salud de su comunidad -cuyas características adquiere según su lugar de origen y momento histórico en que emerge como el tener una formación autodidacta o una formación externa hecha por la iglesia o por Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), el ser alfabeto o analfabeta, el recibir un salario o no, el ser voluntario o elegido por la comunidad, entre otras - ha recibido múltiples denominaciones a lo largo de la historia, denominaciones tales como médicos descalzos, trabajador de salud comunitario, agente de salud, promotor de salud, auxiliar de salud, trabajador de salud voluntario, técnicos en salud, activistas de salud, etc., En sus distintas modalidades estas personas desarrollan múltiples actividades que van desde la formación y capacitación en prevención y curación de enfermedades, pasando por acciones técnicas, hasta acciones de organización comunitaria que van desde la

participación en aspectos logísticos de sistemas de salud, hasta la organización y responsabilidad “total” de los servicios relativos a la salud a nivel local y regional.

El nacimiento de esta idea y figura de promotor de salud que se da entre la década de 1960 y la de 1980 en países de economías periféricas “fue un acontecimiento que se dio en numerosos países que compartían condiciones políticas diferentes, revoluciones y dictaduras, pero pueblos excluidos que compartían necesidades y el afán de mejorar sus condiciones de vida” (Albizu, Todosantos y Méndez 2007:62). Con este afán, y como consecuencia de las injusticias e inequidades existentes en los países del “tercer mundo” o “países subdesarrollados”, se gestaron movimientos sociales y políticos que creían que la generación de conciencia y de organización era un medio para la transformación social.

El esfuerzo de estos grupos de personas en el terreno de la “salud” estaba dirigido a brindar atención básica a las enfermedades, a realizar un trabajo de sensibilización con la población acerca de sus condiciones de pobreza, a mostrar las formas particulares de enfermar y morir que estas condiciones producen, y a plantear que mediante la organización de la gente es posible la transformación de esas condiciones de vida. Estos esfuerzos organizativos realizados principalmente en países de economías periféricas, contenían en la mayoría de los casos elementos ideológicos pertenecientes a la teología de la liberación, al marxismo-leninismo, al gramscismo y al maoísmo, por mencionar algunos. Tenían en común su inserción en procesos revolucionarios, en procesos de construcción del socialismo u otros procesos de intención transformadora de las condiciones sociales que pretendían cubrir las necesidades básicas del pueblo, entre ellas la salud.

Experiencias en promoción de la salud y participación

Las experiencias que se realizaron en diferentes partes del mundo fueron muy diversas ya que respondían a necesidades específicas: en China se conformó un “sistema médico cooperativo rural” constituido con los denominados “médicos descalzos” que surgieron como parte de un proceso de liberación nacional y posteriormente fueron incorporados al sistema nacional de salud de la República Popular (Carring *et al*, 1999; Werner, Sanders, Weston, Babb y Rodríguez, 2000). En la India se conformaron

organizaciones locales (*'grassroots'*) de atención a la enfermedad (Newell, 1975); en situación de guerra, en Centroamérica diversos sectores se vieron obligados a formular estrategias de cuidado y atención ante dicha situación; por ejemplo, en El Salvador se formaron sistemas de salud clandestinos contruidos por el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) que fueron sostenidos por promotores de salud. En Nicaragua, tras el triunfo de la revolución sandinista, se realizaron brigadas populares de salud (Barret, 1996; Ulate y De Keijzer, 1985). En Guatemala, en medio también de una guerra civil, se desarrollaron múltiples casos de formación de promotores de salud; el primero con carácter religioso se desarrolló en 1963. En estos casos se consideraba a los promotores como “intermediarios sociales” entre las comunidades y las instituciones. A finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, los promotores guatemaltecos se dedicaron a dar respuesta a la catástrofe producida por el terremoto de 1976; más tarde en medio de una etapa de reorganización social, algunos promotores decidieron participar en esos procesos mientras otros permanecieron al margen (*ibid*, 2007).

La institucionalización de la promoción de la salud.

Ante el “éxito” de las propuestas participativas y concientizadoras en el campo de la salud -algunas inmersas en luchas con demandas sociales más amplias- desarrolladas en diversas regiones del mundo en la década de 1970 por sectores no estatales, y ante el fracaso del modelo médico occidental para atender las necesidades en salud de las poblaciones más vulneradas y marginadas como son los sectores campesinos e indígenas, un grupo de especialistas y planificadores del desarrollo decidió examinar los programas de salud y participación que parecían tener éxito como los casos de China y de los Programas de Salud Basados en la Comunidad (PSBC) de Filipinas, entre otros. Pese a las grandes críticas acerca de la “no profesionalidad” de los promotores de salud comunitarios, los planificadores en salud comenzaron a estudiar la posibilidad de usar los principios de los PSBC en los servicios nacionales de salud, posibilidad que se concretó de manera muy marginal en la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) vertida en la declaración de Alma Ata de la OMS de 1978. Una década después la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud logra independizar a la promoción de la salud como problema y

práctica por la salud que requiere de atención, evaluación, regulación y recursos propios (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1986).¹⁹ En ese momento se consideró a la PS como la ‘nueva Salud Pública’.

La aplicación e implementación de la incipiente propuesta de participación de la población en la atención primaria a la salud, presente en Alma Ata, fue heterogénea, interpretándose la ‘participación’ de maneras convenientes al mantenimiento de los planes políticos de cada Estado Nacional. En algunos países se promovió un estilo de participación sumisa y obediente para hacer llegar los programas gubernamentales a los pobres. Aunque ya politizados desde un inicio, los principios discursivos de Alma Ata se vieron aún más inalcanzables cuando en la década de 1990 el Banco Mundial (BM) tomó el mando en la planificación de las políticas sanitarias internacionales, con injerencia a través de ellas en las políticas nacionales, al condicionar las acciones sociales de gobierno a préstamos y encomiendas financieras. El BM propuso y mantiene desde entonces, una política en el desarrollo y la salud definidos bajo la lógica del mercado, de la focalización de programas para la pobreza (Feo, 2008) y de acciones con bajo costo y alta efectividad discursiva (1993).

Experiencias en México

En México la mayoría de los activistas que promovieron las diversas iniciativas de salud basadas en la comunidad, retomaban y adaptaban al campo de la educación para la salud elementos del programa de alfabetización para adultos desarrollado en Brasil por el pedagogo Paulo Freire, del cual surgió su libro *Pedagogía del Oprimido* (1970) que plantea a la educación como práctica de la libertad. Otra influencia quizás un poco más tardía en México, fueron los planteamientos de la medicina social latinoamericana acerca de los determinantes sociales de la salud y de la posibilidad de que los “actores sociales” tienen la capacidad de organizarse, luchar y transformar esas determinantes sociales; también fueron retomadas las experiencias de los “médicos descalzos” en China y las brigadas populares de

¹⁹ Esto se explica más ampliamente en el capítulo teórico denominado promoción de la salud de esta comunicación.

Nicaragua. Los trabajos de de Keijzer (1980, 1985, 1998) y Chapela (2010) entre otros, relatan y analizan algunos trabajos de PS realizadas en México y Latinoamérica, proporcionando un contexto rico para entender estos movimientos. Algunas de estas experiencias convergieron en la formación de un movimiento llamado Movimiento Popular de Salud cuyos integrantes tenían trabajo con grupos organizados en comunidades urbanas y rurales y de entre los cuales destaca el trabajo pionero de David Werner en la comunidad rural de Piaxtla en la Sierra de Sinaloa. Werner es autor de los libros *Donde no hay Doctor*, (primera edición 1973), considerado “la biblia” de los promotores de salud, y *Aprendiendo a promover la salud*, un libro de conceptos, principios, técnicas y materiales pedagógicos (Werner y Bower, 1986). Para la década de 1980 el Movimiento Popular de Salud, daría pie a la formación de una estructura de salud surgida desde las llamadas Organizaciones No Gubernamentales (ONG’s), Promoción de Servicios y Salud en Educación Popular (PRODUSSEP) que logró que la lucha popular por la salud se fuera extendiendo a nivel nacional, especialmente en cuatro zonas del país, Distrito Federal, Oaxaca, Veracruz y el Sureste (Freyermuth, 1993). Este movimiento permitió en su momento el intercambio de experiencias con países centroamericanos que desarrollaban una lucha por la salud a través de la formación de promotores de salud vinculados a sus organizaciones y a la lucha de sus pueblos (Entrevista, Javier, 2010²⁰).

Experiencias en Chiapas, sectores involucrados

Al igual que en el resto de México, en el estado de Chiapas la formación de promotores de salud obedecía entre otras cosas a la ausencia o presencia insuficiente de servicios de salud del Estado y a la ineficacia de los servicios existentes que pudiera responder a las necesidades de la población, de esta manera se generó cada vez más la movilización por diversos grupos de al menos cuatro sectores, el religioso, el gubernamental, el de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y el de las Universidades.

²⁰ En el capítulo metodológico explicaré la notación de los registros de información empírica para la investigación de la que da cuenta esta comunicación.

Las iglesias

En la década de 1940 la iglesia presbiteriana utilizó como una de sus estrategias de evangelización y conversión al protestantismo el trabajo en salud a través de la atención a enfermos y la capacitación de promotores de salud, trabajo que al paso del tiempo creció hasta contar en la década de 1970 con más de sesenta clínicas equipadas y atendidas por los paramédicos religiosos (Freyermuth, 1993). A diferencia de la iglesia presbiteriana, la iglesia católica desarrolló su trabajo a partir de la denominada Teología de la Liberación; aunque los sustentos de la Teología de la Liberación llegaron a México en la década de 1970, los grupos católicos iniciaron actividades asistenciales desde 1950. En 1988 se conformó el área Diocesana de Salud en Chiapas cuyos integrantes, agentes de pastoral, planeaban y coordinaban las actividades de 739 promotores o “agentes de salud” que eran además catequistas. Las acciones en salud de la diócesis de San Cristóbal tenían como objetivo:

Lograr una salud comunitaria integral, mediante la transformación de la realidad, en correlación con las otras áreas a la manera de Jesús y su proceso liberador, curando las enfermedades que nos oprimen y las opresiones que nos enferman" (Diócesis de San Cristóbal de Las Casas, citado en Freyermuth, 1993:35).

Desde esta perspectiva, la iglesia católica haría un trabajo crítico encaminado a la “concientización” de la gente sobre las condiciones sociales en las que se encontraban los indígenas, la diócesis al mando de Don Samuel Ruiz mantendría esa postura crítica hasta nuestros días, lo anterior se puede consultar en el capítulo referente al marco político de esta comunicación. Otro esfuerzo relacionado con la iglesia es el desarrollado en el Hospital de San Carlos en Altamirano, fue fundado en 1969 por la misión dominicana con el Obispo Don Samuel Ruiz, en 1976 se trasladó el cardo del hospital a la Orden de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paulo, funciona desde 1969, se encuentra en la entrada a la Selva Lacandona. En el hospital se ejecutan diversos programas entre los que se encuentran el control de la tuberculosis, rehabilitación nutricional y el programa de salud comunitaria en el que capacitan promotores de salud indígenas (*Ibid*, 1993).

El gobierno

Desde las instancias de gobierno las primeras muestras del reconocimiento de la salud se generaron en el Congreso Indígena Fray Bartolomé de las Casas en 1974, fue un congreso convocado por el Obispo Samuel Ruiz y en un principio por el gobierno de Chiapas, estaban contemplados para el congreso los temas de tierra, comercio, educación y salud de los pueblos indios, y habían quitado de la agenda los aspectos políticos que pronto salieron en las discusiones como principal problema. El gobierno tuvo que dejar el congreso que se convirtió en un espacio de denuncia, en el ámbito de la salud se refería a la insuficiencia de los médicos, el mal trato y la discriminación de la que eran objeto los indígenas y la falta de reconocimiento a sus saberes curativos (Cabrera, 2008).

El actualmente desaparecido Instituto Nacional Indigenista (INI), desarrolló un trabajo de capacitación de ayudantes para los servicios de salud pública en distintas zonas de Chiapas: en la zona Altos se estableció desde 1951 la sección de Salud Pública en donde trabajaban un médico, una enfermera y tres auxiliares indígenas que aumentarían a dieciseis para el año de 1963. La aceptación de la población a este tipo de trabajos no fue fácil, existiendo comunidades en donde se rechazó la iniciativa, otras en donde se eludía y otras en las que se solicitaba el servicio de atención y capacitación (Freyermuth, 1993); en la región de Marqués de Comillas el trabajo del INI comenzó en 1985, y consistió inicialmente en un trabajo asistencial que posibilitó una respuesta desde la población para identificar y resolver sus necesidades en salud a nivel local y regional que se tradujo en el fortalecimiento de su organización comunitaria (Heredia, 2008, 2010).

Con el apoyo y asesoría del INI, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de programas que cambiaron de nombre y forma al paso de los sexenios presidenciales pero con alcances políticos similares, como el IMSS-Coplamar o el IMSS-Solidaridad, pretendía la extensión de servicios al campo y a zonas marginadas. Para lograr esta extensión el IMSS-Coplamar conformó grupos multidisciplinarios en donde participaban promotores de salud realizando acciones comunitarias como el mejoramiento de la vivienda, letrización, manejo de basura, entre otras (Freyermuth, 1993). Molina y colaboradores al comparar dos

municipios de Chiapas concluyó que la organización democrática de la comunidad y la autogestión favorecen la participación social, mientras que la presencia del Estado fomenta la dependencia y el paternalismo, obstaculizando la participación social amplia en acciones de salud, como es el caso del municipio Las limas perteneciente en donde el IMSS Coplamar realizaba acciones en salud (1992).

Más tarde, en 1994, se generan en Chiapas al menos dos escuelas con la carrera técnica de Salud Comunitaria en donde el perfil de los profesionales técnicos estaba encaminado a que pudieran realizar actividades dentro de empresas o en instituciones públicas o privadas que brindaran servicios dentro del sistema nacional de salud. En este programa de formación la atención primaria de salud es opcional y existen dos materias dedicadas a la ejecución de programas de salud, actividades que serían las que desarrollarían los egresados. En este programa la participación comunitaria estaba reducida a generar grupos para el cuidado de la salud (CONALEP, 2003).

De esta manera el sistema nacional de salud ha retomado la idea del promotor de salud y los ha incorporado de manera marginal dentro de sus programas. Algunos promotores de salud han sido contratados por las diferentes Jurisdicciones del Instituto de Salud en Chiapas, por ejemplo, actualmente la jurisdicción IX de Ocosingo tiene contratados a más de 450 promotores de salud, formados en años anteriores desde el incipiente modelo comunitario (Heredía, 2007:9).

Las organizaciones no gubernamentales

El trabajo de las denominadas organizaciones no gubernamentales (ONGs) en Chiapas se inició desde los años de 1960. En sus inicios, la mayoría de estas organizaciones se conformó para dar respuesta a las necesidades de refugiados guatemaltecos que tendría su punto más álgido a inicios de la década de 1980 (Cabrera, 1995; Alvizu, 2007). Entre los migrantes venían promotores de salud formados por ONGs en Guatemala, estos promotores se incorporaron al trabajo en salud en México actuando como “coordinadores, líderes e

intérpretes” (Freyermuth y Godfrey, 1993:27). Es así que la formación de promotores de salud en Guatemala inicia sus frutos en México.

Más tarde durante la década de 1980, en el marco del Movimiento Nacional por la Salud Popular y en el contexto de la lucha revolucionaria que se dio en Centroamérica, se forma Promoción de Servicio y Salud en Educación y Popular, PRODUSSEP, con la participación de seis o siete grupos. Esta asociación apoyaba a grupos organizados para mejorar la atención de la salud, mediante la adquisición de medicamentos, instrumental, y libros a bajo costo, asesoría y capacitación. Para 1987, PRODUSSEP contaba con 28 programas y socios en cuatro zonas de la República Mexicana, incluido en ellas el estado de Chiapas (Freyermuth, 1993). Así, los esfuerzos pasaron de ser un trabajo con refugiados a un trabajo con población mexicana más amplio que se proponía contribuir a la organización popular y a la modificación de la conciencia y las prácticas en salud de los distintos sectores de la población a partir de problematizar las causas sociales de la enfermedad. Este movimiento también sirvió para realizar redes y vínculos con países de Centroamérica (Ulate, 1986).

Desde la década de 1970 y hasta la década de 1990 continuó la situación de miseria, violencia y autoritarismo en el estado de Chiapas, hechos que generaron la creación de múltiples organizaciones con reivindicaciones que iban más allá del ámbito de la salud, como el género, la producción, la economía, la capacitación, el ámbito jurídico y los derechos humanos, entre otras; muchas de ellas fueron animadas por la figura del obispo católico Don Samuel Ruiz, perteneciente a la diócesis de San Cristóbal y a la teología de la liberación. Dichas organizaciones han tenido un crecimiento después del levantamiento de 1994. Todos estos esfuerzos de formación de promotores de salud fueron sin duda una base de la que se nutrió el EZLN para conformar lo que actualmente se conoce como sistema de salud autónomo Zapatista.

La aparición de ONGs aumentó de manera significativa con el alzamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en 1994. En el trabajo de González (2004) llamado *Organismos civiles en Chiapas, entre el conflicto y la democracia* (2004) se

presenta un contexto acerca de las condiciones políticas que se vivían en el estado de Chiapas en el momento en que surgían las organizaciones, por su parte la investigación coordinada por Lea llamada *Las luchas por los derechos de las mujeres en Chiapas: Directorio de organizaciones sociales que trabajan a favor de las chiapanecas* (2009) presenta datos acerca del trabajo que realizan estas organizaciones. Algunas organizaciones que tienen un trabajo desde la década de los ochentas en el ámbito de la salud y continúan vigentes son: Capacitación, Asesoría, Medio Ambiente y Defensa del Derecho a la Salud (CAMADDS A.C.) que tiene como antecedente el Centro de capacitación en ecología y salud para campesinos fundado en 1983, Equipo de apoyo en Salud y educación comunitaria fundada en 1984 (EAPSEC), Casa de apoyo a la mujer (CAM) Ixim Antsetic fundada en 1989, Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) que inicia su proceso de formación en 1985. Todas ellas en diferentes zonas del Estado y con distintos espacios y campos de acción, al inicio recordemos que estaban vinculadas con la teología de la liberación, a la pedagogía de la liberación, a la guerrilla, y algunas a propuestas de desarrolló y últimamente la pelea es por la defensa del derecho a la salud, ya que se ha descrito la violación a este derecho (Sánchez, 2009) y por la autonomía por parte de las comunidades zapatistas.

Las universidades

Por su parte algunas universidades se vincularon con organizaciones campesinas comunitarias, e hicieron un trabajo de atención médica y de formación de promotores, como el caso del Instituto Politécnico Nacional con su plan Selva que trabajó en la Zona de Posa Rica, o la Universidad Autónoma Metropolitana y su programa desarrollo humano en Chiapas (Heredia, 2009).

Las experiencias previas en formación de promotores de salud se han realizado desde distintos sectores de la población, en diferentes países, todas ellas dan muestra de la multiplicidad de significados que se le han adjudicado a la participación comunitaria y a la función de los promotores de salud a nivel local, regional, nacional e internacional.

Conclusión a la sección

La participación comunitaria y el reconocimiento de los promotores de salud a nivel oficial se han considerado desde 1978 en la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) y con mayor fuerza en 1986 en Canadá en la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud de la que emergió la Carta de Ottawa. Ambos eventos y sus propuestas emergentes tienen como antecedente la formación de promotores de salud formados junto con movimientos sociales y políticos de las décadas de 1960, 1970 y 1980 en diversas partes del mundo. Las experiencias paradigmáticas de formación de promotores de la salud para Latinoamérica fueron los médicos descalzos de China, los presupuestos de la pedagogía liberadora de Paulo Freire, el trabajo pionero de David Werner en el norte de México, y los aportes de la Medicina Social Latinoamericana relacionados con el entendimiento de la determinación social del proceso salud/enfermedad.

La exclusión y marginación en Chiapas la exclusión y marginación se presenta en diversos ámbitos, hay una carencia de servicios de atención en comunidades indígenas aunada a baja calidad e ineficacia de los servicios existentes. El panorama de exclusión generó la movilización social para mejorar las condiciones de miseria y enfermedad de la población indígena, dicha movilización se generó desde distintos sectores con intereses diversos, incluso contradictorios, así nació la idea de formar promotores(as) de salud. Algunos de estos sectores y promotores mantenido cambiado sus prácticas y referentes como la teología de la liberación, la pedagogía de la liberación y la toma del poder del estado, mientras que otros han cambiado a lo largo del tiempo pugnando por acciones encaminadas a la gestión, la defensoría y exigibilidad del derecho a la salud, la autonomía en salud y el autogobierno.

La participación en las experiencias desarrolladas en Chiapas de Atención Primaria en Salud (APS) y de formación de promotores de salud, ha sido entendida desde distintas perspectivas por parte de las instituciones de gobierno, los promotores se han utilizado para implementar programas de salud federales, mientras que hay una tendencia a que las iglesias (presbiteriana y católica), las ONG's, y las Universidades, busquen, a veces sin lograrlo, la transformación de las relaciones de opresión entre el estado y los indígenas.

Hoy en día coexisten para “mejorar” las condiciones de salud el sistema nacional de salubridad del estado y el sistema de salud alterno desarrollado por las comunidades en resistencia que describiré en la siguiente sección del marco político denominado “Chiapas la conquista inconclusa y la autonomía zapatista” y que complementaré en el capítulo de reporte del caso.

SECCIÓN 3. CHIAPAS, LA CONQUISTA INCONCLUSA Y LA AUTONOMÍA ZAPATISTA.

*Y no existe ningún país en América
en donde el indígena no sea
explotado económicamente y oprimido socialmente
por sus hermanos mestizos y blancos
(Jan de Vos, 1996a:12).*

El objetivo de esta sección es mostrar las condiciones históricas y políticas del estado de Chiapas que permitan entender el contexto en el que se encuentran las comunidades autónomas. A esta sección le anteceden las secciones en la primera muestra los eslabones de la cadena de agravios que el estado mexicano y los conquistadores españoles han hecho y continúan haciendo a los indígenas de Chiapas. En la segunda sección describí experiencias de promoción de la salud y de formación de promotores(as) de salud a nivel internacional, nacional y local. Estas tres secciones pertenecientes al capítulo de marco referencial y político se complementan con el capítulo de “Reporte de caso” en el que se describen particularidades del Municipio Autónomo San Nicolás. En su conjunto ambos capítulos tienen como objetivo dar a conocer al lector el contexto en donde se desarrolló esta investigación.

Escribir acerca de Chiapas es una tarea difícil siendo más sencillo omitir que plasmar parte de su historia, debido a la vasta literatura y las diversas perspectivas desde las que se ha contado la historia de los pueblos ahí asentados, que van desde los pueblos mesoamericanos hasta la configuración actual del estado Chiapaneco en el que se desarrolló la última rebelión de los indígenas en 1994, rebelión que permitió se visibilizaran a nivel mundial las

desigualdades sociales de los pueblos indígenas del Sureste Mexicano, mismas que he plasmado en la sección anterior y que continúan, en 2012, 18 años después de la rebelión.

Desarrollo esta sección en cuatro partes que corresponden a un número equivalente de momentos históricos. Empiezo retomando el planteamiento que afirma que el alzamiento zapatista puede ser visto como parte de un proceso de conquista (inconclusa) que inició en 1492, continuo con la descripción de la independencia (fugaz) de Chiapas ante la Corona Española para abrir paso al análisis del desarrollo de algunas características de la Revolución Mexicana (Institucional). Al final, describo algunos elementos de la Revolución Zapatista de 1994 entre los que se encuentra el posicionamiento político zapatista, su relación con los gobiernos en turno, la construcción de su autonomía y específicamente su lucha por la salud que se ha materializado a través del Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

La conquista inconclusa

El levantamiento zapatista ha sido entendido como parte de un proceso que inició en 1492 o 1523 con la Conquista de América, esta rebelión permite dar cuenta de las características actuales del largo proceso de conquista que consisten en “la práctica del encuentro con el otro como destrucción del otro, en la suplantación del otro, es decir, en la eliminación de su identidad, de su cultura, y en la imposición de la propia” (Echeverría, 2002:2).

Las rebeliones indígenas en Chiapas iniciaron en el siglo XVI con “La batalla del Sumidero” librada entre el pueblo Chiapa y el Capitán Luis Marín de España (Pineda, 1986) entre 1524 y 1534, esta batalla daría lugar a la leyenda del “suicidio colectivo” de los chiapanecas ante la posibilidad de la esclavitud. Las primeras sublevaciones de los Chiapa (1527, 1544 y 1712) se consideran una “prolongación tardía de la conquista”. La sublevación realizada en Chamula en 1868 se considera como el resultado del asentamiento de las relaciones entre indios y ladinos (*ibid*, 1986) en un Chiapas mexicano independiente de la corona española. Los relatos de Pineda sobre las sublevaciones que se dieron entre el

siglo XVI y el siglo XIX son valiosos en sí porque dan cuenta de los sucesos, sin embargo, hay que leer con cuidado su texto ya que tiene muchos juicios de valor imperantes en la época.

La mayoría de los colonos españoles, al iniciar la conquista, recibió una encomienda (asignación de indígenas que trabajarían para ellos). El Obispo Bartolomé de las Casas en 1514 devolvió su encomienda a las autoridades Reales y consiguió después de varios planes fallidos de conversión pacífica de los indios a la “verdadera religión” que se firmaron en 1542 las denominadas Nuevas Leyes en las que se prohibía desde ese momento la esclavitud de los indios, se ordenaba a los funcionarios a renunciar a las encomiendas, prohibía la asignación de nuevas encomiendas y prohibía su transferencia por herencia o por otros medios. Los encomenderos se opusieron a las nuevas leyes generando luchas por los privilegios obtenidos (Womack, 2009).

Al final del siglo XVII los soldados españoles de los primeros tiempos se habían convertido en colonos consientes y orgullosos de su estatus de la clase privilegiada que protege y define sus intereses a expensas de los indios quienes han perdido después de siglo y medio de colonización gran parte de su identidad cultural, de sus ilusiones, “la paz de Dios y del Rey” había sido una mentira. Los títulos de Hijos de Dios y Vasallos del Rey no valían nada en realidad. Los indios habían sido bautizados, vivían en un pueblo al estilo español, pagaban tributos y diezmos, veneraban a santos y sacerdotes, obedecían al rey y a los lugarterrientes, pero sufrían todo el peso de la explotación colonial. Los lacandones tras siglo y medio de rebeldía fueron al final del siglo XVII la única nación indígena que había podido resistir a la invasión española, la última resistencia de los lacandones sería ante Fray Pedro de la Concepción quien les anunciaría con una tropa de más de mil soldados “la paz de Dios y del Rey” paz que culminaría con la destrucción de la cultura, la lengua, los hombres, mujeres y niños lacandones (De Vos, 1996a).

Los españoles no trajeron la paz, ni estabilidad a Chiapas, trajeron la guerra, el trabajo agotador, y las enfermedades epidémicas que destruyeron de algún modo a la mayoría de los pueblos. La explotación de los indígenas por el régimen colonial siguió en vigor hasta

entrado el siglo XIX (Womack Jr., 2009). A este sistema de explotación le siguió el de las monterías y de las fincas que se instalaron en la Revolución.

La independencia fugaz

La reconstrucción de la historia moderna inicia en 1822 cuando la provincia colonial de la “Las Chiapas” se independiza totalmente de España. Ante la independencia del Imperio mexicano en 1821, la élite de Chiapas conformada por hacendados y comerciantes favorece la incorporación de la provincia a México en 1824, durando poco su independencia ante España y México (Zebadúa, 2003). Se promulga la primera constitución en dónde se prohíbe la esclavitud que poco sería respetada. Se gesta la cuarta rebelión Chamula de 1868. Inicia en 1870 la Conquista de la Selva lacandona por los madereros tabasqueños que trae como consecuencia una nueva forma de enfrentamientos entre conquistadores y pobladores autóctonos, aunque para ese momento hubiera sólo cuatro centenares de indios caribes que apenas se percibían, entre 1880 y 1895 entran en escena tres poderosas compañías madereras que exportan la caoba lacandona a Londres Liverpool y Nueva York a precios de oro bajo el nombre de “madera de Tabasco”. Se desata un conflicto internacional que casi lleva a México a declarar la guerra a Guatemala. A partir de 1885 se da una nueva etapa que termina con la revolución. Época de oro de la caoba lacandona en donde el Régimen de Porfirio Díaz pone las condiciones ideales para que los capitalistas extranjeros inviertan en el país grandes cantidades de dinero (De Vos, 1996b:11) La selva es repartida en su totalidad a los latifundistas y se cubre de monterías (campamentos de explotación maderera) en donde los métodos de trabajo son primitivos y las condiciones de los trabajadores son duras: los monteros viven en semi-esclavitud, amarrados al campamento por deudas impagables y por más de 100 kilómetros de vegetación tropical casi imposible de cruzar sin ser capturados por los capataces que los regresaban al trabajo en las monterías (*Ibid*, 1996b). Bruno Traven (2003) también describió en sus novelas la vida en las monterías, los métodos de reclutamiento así como el mal trato dado a indígenas.

Además de las monterías, las fincas y haciendas representaban el sistema económico y de dominación y servidumbre de la región de la selva lacandona, las fincas y los ranchos que estaban dedicadas a la cría de ganado y a la producción de panela, maíz, café, cacao y frijol, estuvieron vigentes desde la época de oro de la caoba lacandona, 1885, hasta mediados y finales del siglo XX (Leyva y Ascencio, 2002). Las actividades anteriores permitieron el enriquecimiento de un grupo de hacendados locales y extranjeros y un “progreso material” del Estado en áreas de infraestructura y comunicaciones que repercutían más en la comercialización que en el cambio en las condiciones de sobrevivencia de la mayoría de la población.

Revolución Institucional

La revolución llega en 1913 y los trabajadores esperan de ella la liberación definitiva de los malos pagos y tratos, los empresarios por su parte prevén el hundimiento total de sus negocios. Ni una, ni otra cosa suceden (*Ibid*, 1996b). Los contrarrevolucionarios desatan revueltas y conforman guerrillas solidas con líderes finqueros y hacenderos que consiguen el triunfo de la revolución Mapache en el estado de Chiapas al momento en que sus miembros negocian su unión al nuevo ejército revolucionario y celebrarían en 1920 la elección de su primer jefe como gobernador de la Revolución mexicana.

La Revolución Mexicana significó poco a los indígenas, ya que la Constitución de 1917 no hace referencia a ellos ni como *indígenas*, ni como *indios*. La Revolución Mexicana llegó a Chiapas al mismo tiempo, de la misma manera y con los mismos resultados que en otros estados, sin embargo:

No instituyó ningún tipo de democracia en el estado. Tampoco estableció la libertad, la igualdad ni la fraternidad. Mucho menos trastocó el mundo chiapaneco de pies a cabeza: no socializó los medios de producción, tampoco detuvo el mercado laboral ni la pobreza, ni detuvo el racismo blanco y ladino. Pero la Revolución Mexicana tampoco hizo estos cambios en ninguna parte de México (Womack Jr., 2009: 38).

En la década de 1930 los caudillos perdieron poder en beneficio de la segunda generación revolucionaria que reunió un frente popular para gobernar el país. Lázaro cárdenas

valiéndose de la constitución ejerció un nacionalismo y un progresismo mayor que cualquier otro presidente. Cárdenas apoyó un nuevo movimiento laboral socialista a nivel nacional, distribuyó más ejidos a los pueblos que todos los presidentes que le antecedieron, inauguró el departamento federal de asuntos indígenas, patrocinó la formación de una Confederación Nacional Campesina y nacionalizó los ferrocarriles y la industria petrolera. En Chiapas estas reformas entraron en vigor de inmediato, se cancelaron los sindicatos indígenas anteriores (obedienciales) y se organizó un sindicato de trabajadores indígenas en el estado con alta presencia en Los Altos. El gobernador cardenista que asumió el cargo en 1936 ayudó a los trabajadores a organizar la nueva confederación estatal del trabajo y concedió más ejidos a más pueblos que todos los gobernadores que le antecedieron (*Ibid*, 2003). Durante la crisis y nacionalización petrolera reformó el Partido Nacional Revolucionario fundado por Calles y lo transformó en el Partido de la Revolución Mexicana (PRM) que se convirtió en una organización funcional y sectorial: obrero, agraria militar y popular. Cárdenas fijó por 40 años la vida política mexicana, al terminar su mandato prometió elecciones libres y al elegir a su sucesor eligió el apaciguamiento al darle su apoyo como candidato a la presidencia al general Ávila Camacho (por sobre la de su fiel compañero Múgica, demasiado a la izquierda que significaba una guerra civil y la de su colega Almazán demasiado a la derecha). La candidatura de Almazán levantó un entusiasmo popular y fue necesario regresar a la práctica tradicional, lo que condujo a una tragedia electoral en el mes de Julio, la sangre corrió, los resultados fueron trucados. Ávila Camacho fue declarado vencedor. “A partir de ahí el partido ya nunca tomó el riesgo de las elecciones libres”, en 1946 Camacho fundaría el Partido Revolucionario Institucional que estaría en la presidencia hasta inicios del siglo XX (Meyer, 2004:242).

A partir de las políticas sociales de Cárdenas se mantuvo una Revolución Institucional con un crecimiento y “modernización” de México, en donde Chiapas no sería un rincón aislado y desempeñaría un papel importante, siendo el estado que ha producido más plátano y café, ocupando el segundo lugar en producción de cacao y ganado, sus presas proporcionan la mitad de la energía hidroeléctrica del país, sus depósitos de gas producen una cuarta parte del gas natural del país y políticamente sus caciques tradicionales han contribuido con enormes mayorías priístas a las elecciones nacionales y del estado. Aunque más segura

rentable, productiva y tranquila que la Revolución anterior, la Revolución institucional ha dado muchos giros y vueltas que pasan por una guerra fría que culminó en 1968, por auges de explotación petrolera, por crisis financieras, por una nacionalización de la banca, por una inflación hasta la década de los ochenta, una recuperación económica, la privatización, el libre comercio, el liberalismo social a principios de los noventa, hasta caer en 1995-1996 en una nueva crisis económica y política (*Ibid*, 2009).

La Revolución Institucional ha sido tortuosa y traicionera, geográficamente ha sido tan desigual como la Revolución anterior, ha favorecido a algunos sectores del país más que a otros, ha arruinado menos a unos sectores que a otros. Los estados del sur, entre ellos Chiapas, han prosperado menos y sufrido más. Al interior del Estado hay regiones tan ricas como el Soconusco y Tuxtla, y tan pobres como Los Altos, las cañadas y la Lacandona (*Ibid*, 2009). La revolución, salvo excepciones, ha tratado de integrar a los indígenas la nación mexicana a partir de su desindianización (en la década de los cincuenta se intentó hacer a través del Instituto Nacional Indigenista) los ha excluido de la tierra, de la democracia, del poder político y de la vida. Comparada con la revolución previa este proceso institucional ha sido mucho menos violento, mucho más protector y hasta sustentador de la empresa privada. En el ámbito de la salud, el Sistema de Salud Mexicano se desarrolló desde la década de los 40s a partir de dos amplios subsectores, uno basado en un “régimen previsionista” de “seguridad social” (que incluía atención a la enfermedad en los tres niveles, seguro de enfermedad, seguro de vejez, cesantía, invalidez, muerte, maternidad, accidentes de trabajo, servicios de abasto, alimentario, recreativo y culturales) y el “Régimen asistencialista” que atendía a la “población abierta” (que sólo incluye Atención a la enfermedad en servicios de primer y segundo nivel) (Granados, Tetelboin y Torres 2008). Así los indígenas han sido atendidos en el subsector público correspondiente al régimen asistencialista, teniendo menores beneficios que el resto de la población a través de los programas realizados a partir de la conceptualización de la pobreza entre los que se encuentran el programa IMSS-Coplamar, después IMSS-solidaridad, ahora llamado Oportunidades, estos programas eran administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los servicios que incluían eran de primer y segundo nivel y se orientaron a la población abierta, sin que esta gozara de los beneficios del régimen previsionista.

Para la década de 1970 la iglesia, teniendo al frente al Obispo Samuel Ruiz, da un giro pedagógico y conceptual en la evangelización que basada en una pedagogía pasiva que suprimía los saberes de las culturas indígenas había formado ya 10 años antes más de 1000 catequistas que transmitían la palabra de Dios. El cambio de Samuel consistió en pasar de la instrucción a la reflexión, el método de “hacer entender al otro” fue remplazado por uno dialógico que consistía en reflexionar y recoger todas las opiniones. Los catequistas ya no fueron instruidos para tomar y entregar la palabra de Dios a las comunidades, tenían que encarnar la palabra de Dios en sus tradiciones culturales y en su vida cotidiana (Harvey, 2000). Este proceso reflexivo llegó al Congreso Nacional Indígena de 1974, convocado demagógicamente por el gobierno y la iglesia, el congreso se les salió de las manos y los indígenas plantearon sus necesidades (*Ibid*, 2009). El proceso ‘de encarnación de Dios en las comunidades’ incluyó el preocuparse no sólo por la salvación de las almas, sino también la salvación de los cuerpos. Don Samuel y su iglesia entendieron ante las palabras de un indígena tzeltal que lo que tenían que hacer era entregar a los indígenas el Espíritu Santo, para que cuando los sacerdotes se fueran no se muriera la palabra de Dios (De Vos, 2003). Indígenas cuestionando el mundo y decidiendo sus vidas, construyendo una iglesia propia con el poder del espíritu Santo en sus manos fueron tal vez las mayores aportaciones del Obispo Samuel Ruiz a los indígenas, a su iglesia y a la fe católica. Sin duda el trabajo de don Samuel Ruiz basado en la teología de la liberación ha sido fundamental para entender y explicar la historia reciente de Chiapas y la conformación del movimiento armado (Meyer, 2000; Tello, 2000).

Para la década de 1990, en la antesala de la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) el presidente Salinas, dentro del marco del desarrollo de la política neoliberal iniciada por el presidente de la Madrid, intentó aliviar la situación de conflicto en Chiapas a través de su programa nacional contra la pobreza llamado Solidaridad invirtiendo entre 1989 y 1993 más de 450 millones de dólares “para los que menos tienen”. En Agosto de 1993 entregó otros 50 millones de dólares para proyectos sociales en las cañadas (*Ibid*, 2009), lugar donde se habían repartido el mayor la mayor extensión de tierras entre 1910 y 1990, lugar

que había triunfado de manera avasallante el PRI en las elecciones, lugar entre otros, donde surgió la revuelta zapatista.

La Revolución Zapatista

El primero de enero de 1994, cuando México ‘pasaría a ser una nación de primer mundo’, cuando el presidente Salinas celebraba el año nuevo en el Distrito Federal y brindaba por la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) un ejército predominantemente indígena, se levantaba en armas y le declaraba la guerra al gobierno mexicano, al mismo que celebraba horas antes, y le recordaba que en México había millones de pobres que morían como consecuencia de sus políticas económicas y sociales, esos que morían en vida anunciaban en su Primera Declaración de la Selva Lacandona que lucharían por 11 demandas y que no dejarían de luchar hasta lograrlas, tenía como objetivo llegar a la ciudad de México, hecho que sucedería 7 años más tarde en otro contexto y con otras intenciones.

El diálogo con el gobierno

A partir del levantamiento armado, el EZLN y el gobierno han tenido múltiples y fallidas instancias y momentos de diálogo como los diálogos de “la Catedral” en San Cristóbal en 1994. Un año después se conformaría la Comisión de Concordia y pacificación (COCOPA) que daría lugar a la firma de los acuerdos de San Andrés en Febrero de 1996, dicha firma era una señal de que la paz estaba cerca, pero el gobierno mexicano se negó a aceptar una propuesta de reforma constitucional basada en los Acuerdos firmados, hecho que los zapatistas verían como una traición, a partir de ese momento el proceso de paz entraría en una profunda crisis que en aquella época tendría su punto más álgido con la Masacre de Acteal, el 22 de diciembre de 1997, con la cual tuvo que dejar la gobernatura de Chiapas Roberto Albores (priísta), quien además habría lanzado una ofensiva contra los municipios autónomos declarándolos “inconstitucionales”; apresó autoridades autónomas por usurpación de poderes y destruyó instalaciones, conjugando esta política agresiva con una “ofensiva desarrollista” (Van der Haar, 2005:4). Otras traiciones

por parte del Gobierno se dieron en 1997 cuando Zedillo expidió ordenes de aprensión contra Rafael Sebastián Guillen alias ‘Marcos’, y una más en junio de 1998 con un operativo policíaco militar en el municipio del Bosque, enfrentamiento que provocó 8 muertes y 53 detenciones (Frayba, 2007). Otro momento prometedor de paz y negociación en Chiapas fue cuando el PRI, que había gobernado al país de manera autoritaria durante 70 años, fue derrotado en las urnas en el año 2000 por Vicente Fox, candidato del Partido Acción Nacional (PAN) quien ganó la presidencia de la República y prometió resolver el conflicto en Chiapas en “15 minutos”. Ya electo, envió una propuesta de reforma constitucional al Congreso Mexicano que culminaría en 2001 con la aprobación de una ley indígena que distaba mucho de lo pactado en San Andrés y que significaba un retroceso para algunos derechos indígenas. En el estado la alternancia política que se dio en el año 2000 con el triunfo electoral de Pablo Salazar representante de la alianza histórica de 8 partidos políticos de diversas ideologías, y que actualmente se encuentra preso. La alternancia continuó con el triunfo en el año 2006 del ex priísta Juan Sabines quien obtuvo la gubernatura como miembro del partido de “izquierda”, el PRD. Con la alternancia se lograron algunos cambios en el hostigamiento a las comunidades indígenas. A nivel Federal, Felipe Calderón último presidente de México panista (del Partido Acción Nacional) tampoco ha conseguido solucionar el conflicto, ni dialogar con los zapatistas. En 2005 planteó que anunciaría en su momento las medidas que pensaba tomar al respecto de la situación zapatista, sin que estas hayan sido aún expresadas, sobre el diálogo ha aseverado que quienes están cerrados son los zapatistas, específicamente Marcos (Calderón, 2005). En una visita a los Altos de Chiapas en 2008 conminado por dirigentes indígenas no zapatistas a reconocer los Acuerdos de San Andrés, les exhortó a que presentaran ‘peticiones concretas’:

Si hubiera cosas concretas, específicas, más directamente relacionadas con los problemas de la gente que más allá de las palabras, como bien señalaba Isabel, más allá del rollo, a veces muy elaborado, con mucha ideología, a veces con mucha política, yo lo que veo es que los indígenas, más allá de todas las palabras, lo que necesitan es agua, es drenaje, es médico, es proyectos productivos, y eso es lo que yo quiero platicar con ustedes (Calderón, 2008:1).

El gobierno se ha acercado a dialogar con los zapatistas en múltiples ocasiones, el gobierno ha traicionado una y otra vez a los indígenas, ha formado grupos paramilitares, la

militarización continua, así como las actividades propias de una guerra de baja intensidad²¹ (Pineda, F. 1996; Castro, I. 1999; López, M. 1996) ha inyectado recursos al estado para diluir y disociar la organización comunitaria en la población en general, y promover la división y desgaste de la población en resistencia (Bautista, 2008). Ni la alternancia política en el país y en el estado han podido restablecer la paz en Chiapas, ni los nuevos gobiernos panistas y perredistas han dejado de hostigar a las comunidades indígenas. Por ello, entre otras cosas, hoy no existe un diálogo y una paz entre el gobierno y los zapatistas.

Las declaraciones de la Selva Lacandona

El origen del EZLN son las Fuerzas de Liberación Nacional (FLN), que llegan a la selva en 1984. Sabidas son las transformaciones tácticas, estratégicas y las más importantes, las transformaciones éticas de sus integrantes que sufrieron al tener contacto con en el mundo indígena. El EZLN ha planteado desde 1994 sus propuestas políticas a través de seis declaraciones, en todas ellas se ha diferenciado de las guerrillas latinoamericanas por no plantearse como objetivo la toma del poder. Sobre las declaraciones que el EZLN ha emitido Gloria Caudillo (2006) afirma que en las primeras cinco los zapatistas apelaban a la “Constitución y a los poderes de la Nación para restaurar la legalidad y democratizar al país” mientras que en la sexta y hasta ahora última declaración, 2006, “hay una abierta confrontación con el gobierno y los partidos políticos”.

Haciendo un recorrido sobre las declaraciones describe que en la Segunda Declaración el EZLN muestra desaliento ante la falta de respuesta del Estado, y hace un llamado a la sociedad civil para que organice el “tránsito a la democracia”. En la Tercera Declaración hay una fuerte confrontación con el partido de Estado, el PRI y convocan a un Movimiento

²¹ La guerra de baja intensidad es el recurso de naciones y organizaciones para el uso limitado de la fuerza o la amenaza de su uso, para conseguir objetivos políticos sin el involucramiento pleno de recursos y voluntad que caracteriza las guerras de Estado-nación de supervivencia o conquista. Típicamente la guerra de baja intensidad involucra relativamente pocos participantes, en relación con la importancia de los objetivos políticos en riesgo. La GBI puede incluir diplomacia coercitiva, guerra de guerrillas, actividades contraterroristas y despliegues miliares-paramilitares con objetivos limitados. En tanto que la intensidad puede ser baja, la duración puede ser muy larga [...] frecuentemente el triunfo es medido sólo para evitar ciertos resultados o por cambios de comportamiento en un grupo que es el objetivo [...] la GBI es un tipo de guerra antirrevolucionaria, de carácter prolongado que se aplica con tres ejes: el de contrainsurgencia, frente a una amenaza potencial y el último para revertir las revoluciones triunfantes (López, 1996:27).

para la Liberación Nacional (MLN) con la idea de instaurar un gobierno de transición y elaborar una nueva constitución, apelando, a la izquierda partidaria y a una figura de ella, Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, a encabezarlo. Ante el fracaso del MLN, la Cuarta Declaración propone la creación del Frente Zapatista de Liberación Nacional (FZLN) representante directo del zapatismo en la esfera de la sociedad civil, en un contexto de confrontación directa y permanente contra el “mal gobierno”. En la Quinta Declaración se critica fuertemente al neoliberalismo y se ubica al EZLN como parte de los movimientos de resistencia mundiales a este sistema, pero aún haciendo un llamado al Congreso para que se reconozcan constitucionalmente los derechos indígenas, así como a “...los partidos políticos honestos y comprometidos con las causas populares”. En todas esas Declaraciones se espera una respuesta por parte del Estado y de los partidos políticos, pero luego del repliegue a las comunidades ante la “traición” del Congreso de la Unión al no aprobar en 2001 la Iniciativa de Reformas Constitucionales en materia de Derechos y Cultura Indígena presentada por la Comisión de Concordia y Pacificación en 1996, denominada “Ley COCOPA”, el zapatismo decide tomar en sus manos la aplicación de la autonomía y el autogobierno creando en 2003 las Juntas de Buen Gobierno (JBG) y los Caracoles, espacios de encuentro del movimiento zapatista y la sociedad civil nacional e internacional. En la hasta ahora última Sexta Declaración de la Selva Lacandona, hace un llamado a la gente sencilla y humilde a participar en una campaña nacional para la construcción de otra forma de hacer política, de un programa nacional de lucha y de una nueva constitución, este esfuerzo denominado La Otra Campaña se suspendería en Mayo de 2006 cuando la policía agredió con brutalidad a los pobladores de San Salvador Atenco en el estado de México (quienes años antes habían resistido a la expropiación de sus tierras para la construcción de un aeropuerto) y encarcelara a decenas de simpatizantes. Públicamente se conoce poco de lo que hasta ahora ha realizado La Otra Campaña. La última movilización zapatista se realizó en Mayo de 2011, en el marco de la Marcha convocada por el poeta Javier Sicilia acudiendo 25 mil indígenas al llamado de paz.

La construcción de la autonomía

En diciembre de 1994 el EZLN declara a los territorios ocupados por población civil que apoyaba su causa como territorios en rebeldía, en 1996 serían declarados además de rebeldes, Municipios Autónomos (Burguete, 1998), tardándose todavía un tiempo más para concretarse como tales. Los zapatistas plantean que sus municipios autónomos están dentro del marco de la legalidad, hacen referencia al artículo 39 de la constitución de México que dice que “el pueblo tiene en todo tiempo el derecho a elegir la forma de su gobierno”. Cuando el presidente Zedillo desconoció los Acuerdos de San Andrés, los indígenas se dedicaron a construir la autonomía en los municipios rebeldes, nombraron a sus autoridades locales y a sus delegados para que cumplieran sus mandatos en los distintos niveles a sabiendas que si no los cumplían serían revocados (Casanova, 2003). Si bien los indígenas zapatistas no fueron los únicos, ni los primeros que plantearon la autonomía dentro de su lenguaje, hoy en día son un referente a nivel nacional e internacional. Otras organizaciones en Chiapas han pugnado por la autonomía desde distintos ámbitos, Cerda, Paz y Larrea. (2004) hacen una distinción en la forma en que tres experiencias, incluida la zapatista, en Chiapas desarrollan la autonomía. Por su parte Muñoz da cuenta de algunas características de la autonomía zapatista:

La organización autónoma de las comunidades indígenas no es nueva. Los zapatistas no la descubrieron, pero son ellos los que le han otorgado un carácter emancipador y rebelde, independiente y autogestivo. Es, pues, una forma de lucha con horizontes claros y precisos (2009:1).

En Agosto de 2003 con la creación de los cinco Caracoles Zapatistas, sedes de las juntas del Buen Gobierno, el EZLN haría uno de los actos más democráticos de su historia y tal vez de la Historia de México al devolverle “el oído, la voz y la mirada” es decir, el gobierno a las autoridades indígenas. Se hacía oficial que el EZLN estaría en las comunidades para defenderlos y no para gobernarlos, gobernar sería ahora tarea de las autoridades indígenas, todo lo referente a los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) se haría a partir de autoridades municipales y de las Juntas de Buen Gobierno conformándose así la “estructura que construiría la autonomía zapatista en los hechos” (Muñoz, 2006). Esta etapa marcó un cambio en su forma de organización pasaron de lo

militar a lo civil y con esta propuesta pacífica los autogobiernos pondrían en práctica el “mandar obedeciendo”. Esta estructura de control político zapatista abarca un área de unos 30 mil kilómetros, que comprenden 35 municipios constitucionales de los Altos la Selva y el Norte de Chiapas (Fazio, 2004). Desde entonces la construcción de la autonomía no ha sido tarea fácil y se reconoce como una tendencia en los municipios autónomos que además la forma de llevarla a cabo varía entre municipios, regiones y caracoles.

Para nosotros pues, así los campesinos, los indígenas, tzeltales, tojolabales, choles, zoques, mames, no entendíamos qué significa, qué quiere decir la palabra “autonomía. Poco a poco fuimos entendiendo que la autonomía era de por sí lo que estábamos haciendo. Que nos preguntábamos lo que vamos a hacer. Que discutíamos en las reuniones y en las asambleas y, luego, decidimos pues los pueblos [...] Para hablar de la autonomía parece muy sencillo, pero no es cierto. Los discursos se escuchan muy bonito, en la práctica es otra cosa. Es como, por ejemplo, hay muchos escritores, intelectuales, como dicen —o se dicen—; hay libros que tiene escrito pues sobre autonomía. Quién sabe, a lo mejor tiene el 2 o el 5 por ciento de lo que más o menos se toca ahí sobre autonomía. El 95 por ciento le falta. Para poder hablar de autonomía, hay que vivir en donde se está haciendo. Para descubrir, para ver y conocer más cómo es esto. Porque, por ejemplo, van a ver cómo es que va y viene de la forma de cómo se hace en práctica lo que es la democracia, la decisión que se toma (Moisés, 2008:sp).

Las áreas en la que ha tenido avances la construcción de autonomía son la salud, la educación, la producción, las mujeres, y otros trabajos colectivos (*Ibid*, 2008). Esta “rebeldía autonómica” ha sido considerada como “la más prolongada y efectiva de la era moderna en el mundo” (Bellinghausen, 2010).

Autonomía y salud

Dado que este trabajo se desarrolló en torno a la demanda salud se considera importante describir algunas consideraciones del proceso autonómico. La primera es que la salud zapatista nunca se ha encontrado aislada, el hecho de que este acompañada de otras demandas como la educación, la tierra, la democracia, la justicia y la paz hacen que la lucha por la salud tenga un sentido más amplio (*Ibid*, 2010). La segunda se refiere a las diferencias entre el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) y el del sistema de salud del gobierno mexicano (SSA), los zapatistas han planteado que:

Este trabajo que estamos tratando de avanzar es muy diferente porque son los mismos pueblos que se organizan para avanzarlo. Además, los compañeros y compañeras que están dando servicio de la otra salud, no reciben ninguna paga, sino que están dando sus servicios para el pueblo (Comandante Rafael, 2007).

Al respecto Alcalá y González (200), al hacer un análisis de la dimensión ética de distintos sistemas de salud, identifican diferencias en las dimensiones de equidad, justicia, democracia, dignidad y libertad entre el SSA y el SSAZ (ver tabla 20).

Tabla 20. DIFERENCIAS ÉTICAS ENTRE EL SSAZ Y EL SSA

Dimensiones éticas	SSM	SSAZ
Equidad y justicia	Neoliberal individualista "Igualdad de oportunidades"	Para todos, todo, universalidad, gratuidad. Proyecto global que transforma las relaciones de propiedad y de poder y la división social del trabajo en una dirección en donde es posible superar la inequidad de clase, etnia y género. Atención a zapatistas y no zapatistas por igual.
Democracia	Actúa bajo la coerción del mercado	Para tener viabilidad el SSAZ necesita de la participación comunitaria y exige democracia. La organización comunitaria sostiene el proyecto en salud
Dignidad	Trato médico discriminatorio a indígenas, se condiciona la ayuda económica de los programas sociales. No contempla la dignidad	Se incluye en el trato médico, que incluye el idioma, respeto a la cultura y la participación voluntaria
Libertad	Libertad para elegir el médico con quien atenderse (Se reivindica como una forma de mejorar la calidad). Paternalista	Es una de las 11 demandas, tiene una connotación amplia. Es Individual y colectiva. Libertad de decidir qué tipo de sistema y servicio se quiere construir para el beneficio colectivo, y libertad para decidir quién dentro de la comunidad ha de formarse como promotor.

Fuente elaboración propia con base en Alcalá y González, 2011.

Para estos autores las diferencias radican en que el SSA funciona bajo una ética neoliberal, mientras el SSAZ ha empezado a desarrollar una ética propia con un mayor nivel de equidad y justicia, con una democracia inherente, con un componente de dignidad amplio que incluye el idioma, el respeto a la cultura y la participación voluntaria, y con una perspectiva de libertad individual y colectiva (Alcalá y González, 2008).

Otras autoras (Eibenschultz, Tamez y Camacho, 2011) al revisar distintas experiencias y clasificar a los modelos de atención a la salud desde dos perspectivas: hegemónicos²² y contrahegemónicos. Sitúan al modelo imperante en México como un modelo hegemónico que se basa en la contención del gasto público, en la relación costo beneficio de las medidas, en la privatización y que encamina sus acciones en el "modelo médico

²² Entendiendo como hegemónicos los supuestamente innovadores, generados por los organismos multilaterales y aceptados por los gobiernos nacionales de América Latina (*Ibid*: 217).

hegemónico”, que ignora la riqueza de la participación popular en salud, que plantea necesidades desde la epidemiología tradicional, biologicista y fenomenológica sin tomar en cuenta los aspectos culturales. Tiene como características dominantes la tendencia a desaparecer la seguridad social como un modelo más amplio y solidario y sustituirlo por un modelo homogéneo, focalizado, incompleto, de bajo costo (seguro popular), elementos que hacen más difícil la generación de modelos alternativos a gran escala. Mientras que sitúan al SSAZ como un modelo de atención contrahegemónico²³ y alternativo ya que este tipo de modelos “modifican totalmente el esquema anterior: modelo de políticas sociales de bienestar por otro basado en la contención del gasto público, en la relación costo-beneficio de las medidas y en la privatización” (*Ibid:216*). Al revisar tres experiencias concretas (la medicina comunitaria, la atención primaria y la indígena) plantean, siendo críticos y considerando sus limitaciones, que la de mayor potencial como modelo alternativo es la indígena:

Pues ha sido construida dentro del marco de un proyecto político de grandes alcances, aunque aún no haya cristalizado. Por otra parte, no se deja de reconocer que la influencia del modelo médico hegemónico afecta también al modelo indígena, sin embargo, conserva algunos aspectos de la cosmovisión indígena y se integra a una visión amplia de lo que ellos consideran “vivir con dignidad” y no sólo atender las enfermedades (*Ibid: sp*).

Sobre las características del Sistema de Salud Zapatista está compuesto según la fuente por entre 600 y 1000 promotores de salud, entre 200 y 250 casas de salud, entre 25 y 36 microclínicas, 9 clínicas, 1 hospital y 3 centros de atención a la mujer. Sobre la estructura del SSAZ y retomando la idea anterior de democracia Heredia (2006:sp) menciona que el SSAZ se construye y mantiene por los promotores de salud:

Consta de Casas de Salud Comunitarias que son construidas por las mismas comunidades y atendidas por personal de las mismas, que ha sido formado como promotores(as) de salud, vacunadores(as) y promotoras de salud reproductiva.

Clinicas Regionales Autónomas Son unidades médicas de referencia, apoyadas en algunos casos por personal médico, y cuya función es resolver lo posible o bien derivar a un segundo nivel, que de momento no existe en el SSAZ.

²³ Los modelos que se consideran contrahegemónicos son los generados por acuerdos interpaíses orientados hacia el acercamiento de los servicios de salud en la población (APS) y otros generados directamente por grupos organizados de la sociedad civil como son la medida comunitaria y el modelo del EZLN (*Ibid, 217*).

Por su parte Chávez (2008) describe las estructuras autónomas, los actores y el nivel de participación de cada uno que reproduzco en la tabla 21. Esta descripción permitirá entender el nivel al que se desarrolló la experiencia en estudio.

Tabla 21. ESTRUCTURAS, ACTORES Y NIVEL DE PARTICIPACIÓN EN EL SSAZ

Estructuras autónomas	Actores	Nivel de participación
Comité de Salud Local	Asamblea popular local Trabajadores de la salud (promotores de salud, vacunadores, promotoras de salud reproductiva) Servidores sociales o asesores en salud	Vigila, ratifica, sanciona o suspende la confianza den los promotores de salud y las intervenciones o propuestas de acción a nivel local. Vigila, ratifica, sanciona o suspende la colaboración entre actores externos como servidores sociales o asesores en salud. Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud locales
Coordinación Municipal de Salud	Representantes de trabajadores de la salud. Representantes de los comités de salud locales de cada comunidad del municipio. Servidores sociales o asesores en salud.	Vigila, ratifica sanciona o suspende la confianza en los promotores de salud y las intervenciones o propuestas de acción a nivel municipal. Vigila ratifica sanciona o suspende la colaboración de actores externos como servidores sociales o asesores en salud a nivel municipal. Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud locales.
Comisión de Salud Regional	Responsables en cuestiones de Salud de la Junta de Buen Gobierno, conformada por delegados (1 o 2) de cada municipio (consejo autónomo) Servidores sociales o asesores en salud.	Apoya y coordina el –mandar obedeciendo buen funcionamiento. De las cuestiones en salud de los municipios autónomos, buscando su desarrollo en forma equitativa. Resolución y medicación de conflictos que involucren a varias regiones o municipios. Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud Regionales
Caracol	Sede de las Juntas de Buen Gobierno. Instancia político-territorial Expresión de-pensamientos, voluntades y acciones. Una cultura de resistencia y organización anti sistémica.	Marco regional de la política de desarrollo equitativa y de la organización colectiva del territorio. Espacio de diálogo entre municipios para compartir experiencias y trabajos distintos. Enlace para entrar a las comunidades indígenas zapatista y para que estas salgan.

Fuente: Chávez, 2008.

Es importante señalar que aunque los 5 caracoles tienen la misma estructura organizativa, cada uno de ellos tiene una forma particular de organizarse y distintas condiciones sociales, territoriales, grados de organización y participación, lo anterior hace que cada sistema de salud sea distinto para cada Caracol. En el trabajo de Muñoz (2004) podemos encontrar una caracterización de algunas de estas diferencias. Una de las críticas más profundas que se le ha hecho al SSAZ es la viabilidad a largo plazo, principalmente en términos financieros,

Es necesario señalar que todas las actividades en salud tienen como eje la autonomía, misma que se concreta en la realización de actividades organizativas, de atención, prevención, saneamiento ambiental, educación, reconocimiento de saberes propios, etc. Sin dejar del lado la exigibilidad del derecho a la atención a la salud al gobierno.

Entonces, siempre estamos listos para canalizar a pacientes en estructuras hospitalarias. Pero esto se hace siempre acompañando el enfermo con los promotores, porque es la única manera para que nuestros enfermos puedan recibir atención médica, ya que en los hospitales no existe el trato digno para los enfermos. Son discriminados, se les niega el derecho a ser atendido. Hay racismo, negligencia médica. Todo esto pasa más por ser indígena. Porque la mayoría de los enfermos no habla la lengua español y, por lo tanto, se aprovechan de esta carencia de comunicación para eso. Entonces, el trabajo del promotor es ayudar a que sea atendido y a defender sus derechos como personas. Además, porque estas estructuras de salud del estado son del pueblo. Entonces, exigimos que estas estructuras del gobierno atiendan a nuestros pacientes, porque es el derecho de todos (II Encuentro entre los Pueblos Zapatistas y los Pueblos del Mundo, 2007: sp).

Así como han cambiado a lo largo del tiempo las características del SSAZ, también han cambiado sus posicionamientos políticos, estrategias y formas de entender y construir la salud:

De ser una demanda que resolviera necesidades básicas, no confundir con limosna o migajas, paso a ser un proceso de construcción de autonomía, de ser un demanda que resolviera la atención a la enfermedad, a una lucha por resolver la atención a la enfermedad de una manera digna, respetando su identidad y cosmovisión, de ser proyectos realizados por sujetos externos, a ser proyectos en dónde el manejo de los recursos, las decisiones, y los rumbos del sistema de salud se realizaran cada vez más desde los zapatistas. Desde esta perspectiva, hoy en día los zapatistas pretenden la integración del conocimiento científico y el propio de los indígenas. La salud ha pasado de entenderse como algo relacionado con la enfermedad, a una lucha por la vida, por la dignidad, por la autodeterminación, como algo no estático que se construye y reconstruye y cuya responsabilidad recae en la población y su autogobierno. También podemos observar que en los distintos momentos el proceso de atención a las mujeres ha sido prioritario (Bautista, 2010:10).

Es a partir de la construcción del SSAZ basado en un proyecto político- ético de resistencia y dignidad (Bautista, 2008) que “el zapatismo y quienes lo construyen han incidido en el proceso salud-enfermedad-atención de las comunidades, cambiando los perfiles de morbilidad, mortalidad y las instancias de atención y sus relaciones de poder al interior y al exterior”. Además el zapatismo y quienes lo construyen han posibilitado la construcción del proyecto colectivo denominado Sistema de Salud Autónomo Zapatista y la conformación de sujetos capaces de imaginar y decidir futuros individuales y colectivos y alcanzarlos (Bautista, 2011).

El hostigamiento a esfuerzos organizativos en salud.

Los esfuerzos organizativos relacionados con los promotores de salud (incluido el zapatista) han representado para el estado mexicano una amenaza ya que implica una pérdida real de cobertura, de ejercicio de poder y de gobernabilidad. No es gratuito que desde 1994, los promotores de salud en Chiapas hayan tenido ordenes de aprehensión, o que en 1995 se hayan realizado acciones en contra de instituciones gubernamentales como el Instituto Nacional Indigenista (INI) y su Programa de Salud Comunitaria Márquez de Comillas (PSCMC), el cual dejó de recibir apoyos gubernamentales, hecho que fue percibido por sus integrantes como un intento de desarticulación. Otras acciones en contra del programa fueron generar división entre promotores de salud, la suspensión por aparte de la secretaría de salud de las plazas de servicio social de la UAM Xochimilco, el condicionamiento de la atención otorgada por SSA e IMSS en comunidades a cambio de que las comunidades no participaran en el PSCMC (Heredia, 2007). Formas más recientes en donde la organización de la salud autónoma ha querido ser contrarrestada se expresan en la frase “donde nace una clínica zapatista al poco tiempo aparece una del gobierno”. Muestra de ello es la construcción en San Andrés Larráinzar de un hospital en 2007 Al respecto Explica el promotor de salud Anastasio:

Esto lo hacen para presionarnos, para que la gente se vaya con ellos, pero la gente no va porque en sus clínicas los tratan mal, no los respetan y no les dan la medicina, además de que construyen las clínicas pero siempre están cerradas. Nosotros, en cambio, trabajamos las 24 horas del día y atendemos a todos por igual (Muñoz, 2004; sp).

En ese sentido, en el 2011 se inauguró una Casa Materna en el municipio San Andrés Larrainzar, donde se encuentra “uno de los proyectos de salud más ambiciosos de todo el territorio zapatista” y del cual podemos encontrar características de la atención y de las actividades en los trabajos de Muñoz (2004) y Bautista (2004).

El fideicomiso financiado por empresarios durante el gobierno de Vicente Fox, creado para aumentar sueldos a promotores de salud y profesores de comunidades indígenas (Fox, 2001), está encaminado, como se señaló anteriormente, a generar divisiones y debilitar esfuerzos organizativos no sólo en Chiapas sino en la sociedad civil en general. Otras

formas de hostigamiento han sido el encarcelamiento de Diego Arcos Meneses, catequista y promotor de salud de la zona selva o el encarcelamiento del Profesor Alberto Patishtan actualmente promotor de salud. Además Fini (2010) describe otras acciones como la cancelación de cuentas bancarias a OSIMECH, organización civil dedicada a la salud de comunidades indígenas que recibe apoyos económicos de organizaciones nacionales e internacionales para el mejoramiento de las condiciones de salud de la zona Altos y Selva en Chiapas.

Planteadas las características anteriores se puede concluir que la salud ha sido utilizada por el Estado como un instrumento de división, control y coerción, es decir, como un elemento más para debilitar la organización comunitaria, por su parte el EZLN y la salud autónoma con todo y sus limitantes, promueve la organización comunitaria sustentada en principios éticos como la democracia, equidad, igualdad, dignidad y libertad.

Conclusión de la sección y al capítulo

Las rebeliones indígenas de Chiapas iniciaron en el siglo XVI con “La batalla del Sumidero” librada entre el pueblo Chiapa y el Capitán Luis Marín de España. Las siguientes sublevaciones libradas en 1544 y 1712 son consideradas como una prolongación del proceso de conquista, que consiste en “la práctica del encuentro con el otro como destrucción del otro, en la suplantación del otro, es decir, en la eliminación de su identidad, de su cultura, y en la imposición de la propia”. Los españoles decían traer la paz del Dios y el Rey, esa paz nunca llegó, trajeron la guerra, el trabajo agotador y las enfermedades epidémicas. Al independizarse Chiapas de la corona española, se prohíben la esclavitud y las encomiendas, ello no impidió que se siguieran practicando. La sublevación del siglo XIX, realizada por los Chamulas fue resultado del asentamiento de las relaciones entre indios y ladinos, estos últimos pertenecientes a la clase privilegiada que mantenían el régimen colonial. Con la Revolución Mexicana de 1910 los trabajadores esperaban la liberación definitiva de malos pagos y tratos, los empresarios el hundimiento de sus negocios. Ni una, ni otra cosas suceden.

El primer gobernador de la Revolución Mexicana era un finquero, la selva fue repartida en su totalidad a los latifundistas y fue cubierta de campamentos de explotación maderera en donde los métodos de trabajo eran primitivos y las condiciones de los trabajadores eran duras, vivían en semi-esclavitud. Al sistema de explotación colonial le siguió el de las monterías y de las fincas, cambian los conquistadores de la Selva lacandona, primero los españoles, luego los madereros tabasqueños, ello genera nuevos enfrentamientos entre conquistadores y pobladores. Este nuevo sistema de explotación desempeñaría un papel importante en el crecimiento y modernización de México y poco beneficiaría a los indígenas, así la Revolución mexicana que culminaba en 1920 y tenía su continuidad con la revolución institucional significó poco para los indígenas, a lo mucho se les intentó integrar a la nación mexicana, y los mexicanos darían continuidad al proceso de conquista. Para la década de 1950 los indígenas habían sido excluidos en la nación mexicana de la tierra, de la democratización, del poder político y de la vida. En el ámbito de la salud, se construyeron dos subsectores que prestaban atención, un régimen de aseguramiento y un régimen asistencialista, los indígenas eran atendidos en el segundo teniendo acceso sólo a servicios de primer y segundo nivel y ningún acceso a los beneficios de la seguridad social del régimen previsionista. Para la década de 1970 existía un auge a nivel internacional de la Atención Primaria en Salud, y en Centroamérica los movimientos guerrilleros de Nicaragua y el Salvador echan mano de la gente para organizar y atender sus necesidades en salud. Mientras esto sucedía al exterior en México los servicios de salud eran escasos e ineficaces, lo anterior promovió que múltiples sectores como la iglesia, universidades, ONGs, e instituciones gubernamentales, realizaran acciones encaminadas a aminorar el sufrimiento de la población, en el ámbito de la salud se dan a la tarea de formar promotores de salud, cada uno desde distintas visiones y con distintos intereses. En México se genera un Movimiento Nacional de Salud Popular con influencias de la pedagogía de la liberación, de experiencias como las de China y de la medicina social que aportaban al entendimiento de las determinantes sociales del proceso salud enfermedad. En la década de 1980, cuando México adquiriría un proyecto de nación y civilizatorio neoliberal, los indígenas volvían a ser despreciados, la última rebelión realizada en 1994 dio cuenta de las condiciones de miseria en las que se encontraban los indígenas de Chiapas, desde hacía 500 años la paz no llegaba a Chiapas.

Los primeros conquistadores fueron los españoles y la iglesia, luego los ladinos latifundistas, hacendados y los dueños de las monterías, ahora es el Estado y sus instituciones “democráticas” los que mantienen un proyecto neoliberal donde los indígenas no caben. En efecto los conquistadores y los indígenas de la colonia no son los mismos de ahora, sin embargo las relaciones de opresión y despojo se han mantenido casi intactas. Para que los indios no mueran de hambre y para que los indios no vuelvan a tener la necesidad de sublevarse, hay programas focalizados y políticas sociales plasmadas en los programas contra la pobreza como el Oportunidades y el del Seguro Popular que ofrece apenas los “servicios esenciales de salud” y que han sido utilizados como un instrumento de control, división y coerción. Para mantener la paz en Chiapas el estado aplica una política represiva contra los alzados mediante una guerra de baja intensidad que apuesta a la desmovilización y desgaste de los indígenas organizados.

La cadena de agravios es larga, los indígenas zapatistas continúan resistiendo al proceso de conquista iniciado hace más de 500 años en contra de sus ancestros, hoy pugnan por el reconocimiento de sus derechos ante el Estado, aunque cada dicha relación está cada vez más desgastada, y practican una política de resistencia que consiste en no aceptar los programas gubernamentales como Oportunidades, apuestan a construir un proyecto autonómico, aspiran sin separarse de la nación mexicana a gobernarse ellos mismos, a tomar sus propias decisiones, a crear sus propios sistemas de justicia, educación y salud. Esta investigación se inserta en el último ámbito, en el de crear un sistema de salud autónomo en donde sean los indígenas los que decidan sus propias formas de atenderse y de morir, ello, bajo principios éticos como la democracia, equidad, igualdad, dignidad y libertad. El objetivo de este trabajo, además de obtener el título de maestro en medicina social, es identificar y entender los elementos transformadores las prácticas pedagógicas realizadas que permitan colaborar en el campo de la medicina social, en el ámbito de la formación de promotores de salud y en descubrimiento de los elementos que contribuyeron al proceso de construcción de autonomía zapatista, sabiendo que este trabajo poco aportará a dicho proceso.

CAPÍTULO 3

PRESENTACIÓN DEL CASO

El presente capítulo tiene como objetivos relatar la experiencia en promoción de la salud motivo de esta investigación, presentar a los agentes que participaron en la experiencia y las características del lugar en dónde se desarrolló. Para ello, el capítulo lo dividió en dos secciones, en la primera presento aspectos físicos, demográficos y sociales del municipio San Nicolás, Chiapas, aclarando que tuve acceso limitado a datos del municipio ya que en las comunidades zapatistas en resistencia²⁴ ellos mismos realizan sus propios censos y el acceso a ellos es restringido, por ello mucha de la información que aquí presento corresponde al municipio oficial de Ocosingo, Chiapas, el cual no incluye información sobre los MAREZ. En la segunda sección presento un resumen de la experiencia pedagógica reconstruida a través de tres relatos que recogen la voz de diversos palabreantes involucrados en los procesos pedagógicos, presento también características de los agentes y de las etapas en que se dividieron los relatos con el objetivo de identificar los cambios ocurridos a partir de la experiencia pedagógica.

EL MUNICIPIO AUTÓNOMO REBELDE ZAPATISTA SAN NICOLÁS

Aspectos físicos

Al transitar por los caminos de las cañadas de Ocosingo, se observan letreros al pie del camino que señalan, “Esta usted en territorio zapatista en rebeldía, aquí manda el pueblo, el gobierno obedece.” En diciembre de 1994 se crearon 31 Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ), San Nicolás pertenece, junto con otros tres municipios, al Caracol Nueva Esperanza. En donde antes existían haciendas hoy existen espacios en donde los indígenas gobiernan. Ubicado en la región Selva del estado de Chiapas, en las

²⁴ Se denominan comunidades en resistencia ya que tienen como política no aceptar apoyos del gobierno como programas de asistencia social (Segunda Declaración de la Selva Lacandona).

llamadas cañadas de Ocosingo se encuentra el Municipio Autónomo de San Nicolás, el cual comparte características hidrográficas, orográficas, climatológicas, de flora y fauna con el municipio de Ocosingo las cuales se describen en el capítulo de Marco referencial y político antes descrito. Es aquí en las cañadas de Ocosingo, donde los indígenas junto con la sociedad civil han hecho un esfuerzo por construir su propio sistema de salud. En 2005, en San Nicolás había había tres microclínicas en funcionamiento. El tiempo de traslado desde la cabecera municipal de Ocosingo a cada una de ellas era de una hora para la de San Fernando, dos para la de Guadalupe y tres para la de Santa Lucía. El camino era de terracería. En estas microclínicas era donde brindábamos atención los promotores y yo de manera conjunta una semana al mes, y tres semanas al mes la atención la daban ellos. El llevar a una persona a un hospital suponía dificultades como el camino de terracería en malas condiciones, la distancia y el tiempo de recorrido. Para acceder a atención hospitalaria de segundo nivel, teníamos que llegar a Ocosingo donde existe sólo un hospital denominado IMSS Oportunidades, que es a donde atienden a la gente que no tiene acceso a la seguridad social en su mayoría indígenas (que reciben malos tratos y discriminación) que corresponde según cifras oficiales al 78% de la población sin contar un 14% que seguramente tiene esta condición y que aparece como no especificado. Otro hospital al que los indígenas preferían ir era uno más lejano, ubicado en Altamirano a 26 km de Ocosingo, perteneciente a la iglesia. A los hospitales de San Cristóbal se acudía sólo cuando había urgencias quirúrgicas, que no eran atendidas, ya sea por falta de médicos, o por falta de infra estructura en los Hospitales antes mencionados. En escasas ocasiones, casi nulas, se trasladaban a Palenque que estaba a 156 km, por un lado porque estaba más alejado que San Cristóbal y por otro porque tenía menos hospitales. Para acceder a un hospital de tercer nivel teníamos que viajar de Ocosingo a Tuxtla 156 km en carretera de asfalto, y en menos ocasiones se tenía que plantear la posibilidad de ir al estado vecino de Tabasco.

En una ocasión en una campaña de vacunación, en la tarde noche, nos avisaron por radio que un joven de 17 años se había caído con su carga de maíz, y que al caer su abdomen se había golpeado con un tubo de metal grueso que abastecía de agua potable a varias comunidades. Fuimos a revisarlo, estaba retorciéndose del dolor, lloraba, y no se le podía ni siquiera tocar el abdomen con la mano, se rompió, al golpearse, un órgano abdominal

llamado Bazo, el joven hacía esfuerzos por no atormentar a sus familiares con su dolor que era insoportable, así nos fuimos en la camioneta del Caracol padeciendo cada bache de la terracería, cada movimiento, cada piedra, cada tope, cada uno de los 120 minutos de camino de terracería hasta llegar a Ocosingo, al llegar al Hospital de IMSS Coplamar, nos dijeron que no lo podían recibir porque no había médico, y que no tenían ambulancia para trasladarlo a otro Hospital. Así que decidimos ir a San Cristóbal y ahí lo atendieron. Si hubiese sido un indígena que no perteneciera a la organización zapatista y que no tuviese los medios para llegar a un hospital tan alejado como el de San Cristóbal y ser intervenido quirúrgicamente, el joven se hubiera muerto en Ocosingo en el mejor de los casos, y en el peor, su familia lo hubiese visto morir en su pueblo. Así es la ubicación de las comunidades del municipio San Nicolás y son las características del acceso a la atención hospitalaria en las cañadas de Ocosingo.

Aspectos demográficos

San Nicolás está compuesto por alrededor de 50 comunidades distribuidas de manera dispersa a lo largo de las cañadas, la comunidad más cercana a la ciudad de Ocosingo está a 20 minutos en transporte público y la más lejana a 4 horas y media de transporte público más 3 horas caminando por veredas. Habitan entre 20 y 150 familias en cada comunidad del municipio siendo aproximadamente 6000 habitantes. El municipio cuenta con una cabecera municipal denominada “Las Flores” en donde se arreglan los problemas que van desde el robo de ganado hasta problemas con gente de otras comunidades afilados a distintos partidos políticos como el Partido Revolucionario Institucional (PRI) o el Partido de la Revolución Democrática (PRD) que han querido entrar y ocupar las tierras “recuperadas” por los zapatistas en 1994. Además de los problemas, en la cabecera municipal se atienden necesidades como la creación de escuelas, abastecimiento de medicinas a microclínicas, mantenimiento y abastecimiento de tiendas y bodegas de abarrotes, hasta la colaboración en la creación de sistemas de agua potable y organización de eventos políticos con la sociedad civil.

La población es predominantemente indígena, hablan el idioma tzeltal y en menor proporción el tsotsil, los tzeltales poblaron la selva lacandona desde la década de 1950 en búsqueda de tierras y de mejores condiciones que las padecidas en las haciendas de la zona, mientras que los escasos hablantes de la lengua Tsotsil provienen en su mayoría de la región de los altos que migraron a las haciendas y en épocas más recientes tras la masacre de Acteal en 1997 ante la escasez de tierras para cultivar en la región Altos, algunos tsotsiles decidieron migrar a las cañadas por el acceso a tierras cultivables, recuperadas por el EZLN en 1994. Tsotsiles y los tzeltales conviven en las mismas comunidades.

Las condiciones demográficas actuales del municipio Autónomo de San Nicolás son semejantes a las del municipio de Ocosingo. Viven con altos índices de natalidad, altas tasas de mortalidad y morbilidad en general y en particular de enfermedades curables. Existe una población indígena mayoritariamente joven y tzeltal en condiciones de marginación, exclusión y pobreza (Ver capítulo de marco referencial y situacional de esta comunicación).

Aspectos sociales

La organización social en Ocosingo fue desde el siglo XVIII la hacienda y su servidumbre concomitante, permaneció y se multiplicó durante el siglo XIX y mantuvo un dominio más amplio durante el siglo XX. En la década de los 30 a los 50 la repartición de tierras promovida por el presidente Cárdenas en México fracasó en la región, los indígenas salieron a colonizar la selva sin afectar las estructuras de las haciendas. Para los años setentas se abre una coyuntura en la que se promueve la formación del Sindicato de trabajadores Agrícolas Campesinos del municipio de Ocosingo, que logra que a partir de 1972 por primera vez se paguen salarios oficiales a los trabajadores de las haciendas y Ranchos, y se forma la organización Unión de Uniones, las cuales constituyen una fuerza regional capaz de contrarrestar la fuerza de los hacendados (Legorreta, 2006). En 1984 de manera paralela se instala en la selva un movimiento guerrillero, conformado mayoritariamente por indígenas el EZLN sale a la luz pública en Enero de 1994 declarándole la guerra al estado Mexicano y enarbolando 11 demandas: Trabajo, tierra,

techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz. Así la eliminación definitiva del orden señorial hacendario se dio hasta principios de los ochenta (según algunos autores) con la aparición de las organizaciones mencionadas y hasta principios de los noventa (según otros) con la insurrección zapatista. La salida de algunos hacendados y rancheros de la zona es inminente, así como la apropiación de la tierra por parte de los indígenas.

Hoy en día en todos los poblados autónomos la instancia máxima de gobierno es la asamblea, es la primera instancia de resolución de conflictos comunitarios, de ahí siguen a nivel municipal los consejos autónomos que son los que resuelven problemas que no se pudieron resolver al interior de las comunidades o con otras comunidades pertenecientes a la organización, a nivel municipal se encuentran comités para cada una de las áreas de trabajo como la salud, educación, producción, comercialización, tenencia de la tierra. Las Juntas de Buen Gobierno (JBG) se constituyeron en el año 2003 están encargadas “*de cuidar que en territorio rebelde zapatista, el que mande, mande obedeciendo*” La JBG del Caracol Nueva Esperanza está formada por uno o dos delegados de los consejos autónomos del municipio, estos delegados realizan su trabajo de manera rotativa y se coordinan con delegados de consejos autónomos de otros municipios pertenecientes al caracol. La JBG es complementaria a las instancias de impartición de justicia y resolución de conflictos, atendiendo sólo los que no se pudieron resolver a nivel local o municipal. Cada municipio y cada Caracol tiene características particulares en su estructura y en el grado de consolidación de sus procesos organizativos (Van der Haar, 2005). Estos cambios en la forma de organización social dieron a partir no del levantamiento armado de 1994, sino a partir de que la tierra pasó a ser de los campesinos, siendo esta última lo que les permitió generar procesos de autogobierno, educación, justicia, y salud por mencionar los más relevantes (Marcos, 2007).

En el municipio los poblados se comunican a través de radios que tienen todas las comunidades, utilizan códigos especiales y hablan siempre en tzeltal, tienen además automóviles colectivos para transportarse entre comunidades o ir a la ciudad y resolver necesidades del municipio.

Cada pueblo del municipio de San Nicolás tiene una economía solidaria (Santiago, 2010) y una economía de autoconsumo, los productos que más se siembran son maíz, frijol, café, plátano y hortalizas como el tomate y el chile, también existen cooperativas en la mayoría de las comunidades. La siembra de drogas está prohibida. Otra actividad fundamental en el municipio es la cría de ganado bovino que la llevan a cabo los hombres de manera individual para resolver necesidades propias y de manera colectiva para resolver necesidades de la comunidad. En las comunidades que tienen cerca algún río, los hombres, cuando es temporada, se dedican a pescar y a recolectar caracol para el consumo familiar, está prohibido vender lo recolectado. Se realiza también la crianza de ganado porcino y de aves como gallinas, estas últimas actividades las realizan las mujeres en colectivos y de manera particular en sus casas.

La base de la alimentación es el maíz en sus diversas modalidades, xilote (cuando está tierno el elote) elote, y el maíz, este último se puede preparar en tortilla, atole, tamal, pinol y pozol. Se acostumbra también comer frijol hervido con chile y sal. También se consumen cultivos de la región como calabaza, jitomate, Chile, tomate, papa, chayote, zanahoria. Cuando hay fiestas religiosas preparan pan, *wakax* (caldo de res), caldo de pollo o gallina con verduras y caritas de *chitam* (puerco). También se come pescado frito, en caldo y caracol de río en caldo.

Las artesanías las realizan las mujeres, entre las que destacan las blusas, y tejidos, con bordados alusivos a sus culturas (tsotsil y tzeltal) y desde hace algunos años con contenido que hace referencia a las demandas zapatistas.

Existen diversas religiones en el municipio, la que más se practica es la católica, en estos casos todos los domingos por las mañanas en las comunidades offician misa diáconos indígenas formados con una fuerte influencia de la teología de la liberación promovida en ese entonces por el obispo de San Cristóbal de las Casas Don Samuel Ruiz.

Los niños de las comunidades reciben educación multinivel en las escuelas autónomas, conviven niños pequeños y grandes y los que están en un nivel más avanzado van aportando al proceso de aprendizaje de los más pequeños, las clases se imparten de 3 a 5 días a la semana, siempre por las mañanas. La educación impartida es equivalente a los 6 grados (años) de nivel primaria oficial (educación multigrado) que se dan en las escuelas del gobierno (Baronet, 2009). Las diferencias entre estas escuelas las plantea el comandante Javier en 2003 a través del Sistema Zapatista de televisión intergaláctica:

La educación autónoma que llevamos es muy diferente como la escuela oficial del gobierno, porque allí aprenden a conocer su vida, su cultura, su raíz, su historia, y toma conciencia de su realidad. Es una educación en resistencia, porque no recibe dinero del mal gobierno, ni planes ni programas de educación que da el gobierno, porque son los mismos pueblos los han empezado a llevar adelante esta educación. [...] La educación deben ser para formar a los jóvenes, para que sean servidores del pueblo y de la patria y no para defender las ideas y los intereses de los ricos y poderosos. Queremos que estudien, que entiendan la verdadera historia de nuestros pueblos (pp.1).

Cada comunidad tiene su promotor(a) de educación, el proceso enseñanza aprendizaje se realiza en base al respeto de los saberes de todos los miembros de la comunidad y parten de las demandas zapatistas. Por su parte las escuelas secundarias son centros de formación de los promotores que posteriormente impartirán clases en las escuelas “primarias” multinivel. Estas experiencias educativas tienen un valor para los habitantes del municipio porque contribuyen a la formación de sus niños desde sus propios saberes. Los certificados expedidos por las escuelas autónomas carecen de valor para las instituciones del estado mexicano, limitando el acceso a la educación de bachillerato por parte de los egresados de escuelas autónomas.

En el territorio de las cañadas de Ocosingo existe población con distinta filiación política, además de zapatistas, existen comunidades en donde hay una filiación a los partidos políticos como el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y el Partido de la Revolución Democrática (PRD). En el municipio autónomo San Nicolás muchas comunidades tienen una filiación zapatista, en escasos poblados conviven zapatistas con personas pro gobierno, el territorio en el que tienen influencia las autoridades del municipio no es continuo, pudiendo encontrar en el territorio una comunidad priista y en seguida una comunidad zapatista.

En el Caracol se observan algunas estrategias particulares de la denominada guerra de baja intensidad (Castro,1999) como, asesinatos selectivos de autoridades municipales, la presencia de grupos paramilitares, el fortalecimiento del ejercito el cual tiene presencia de campamentos militares en el municipio y cuyo objetivo es enfrentar, acorralar y/o vigilar al EZLN y realizar una labor social como vacunar a la población pro gobierno o los que no se identifican con los zapatistas con el objetivo de mostrar que el ejercito es amigo garante de la seguridad de la población y promotor de la paz.

Hay dos políticas zapatistas que llevan a cabo los habitantes del municipio San Nicolás y que son importantes señalar; la primera es la política de “resistencia” que consiste en no recibir apoyos de los gobiernos estatal ni federal como el Programa Oportunidades que incluye aspectos de salud, alimentación y educación, y que consiste en otorgar apoyos económicos condicionados a la participación en los programas de salud con el enunciado de corresponsabilidad (Heredia,2007) Estos programas los indígenas en resistencia los han llegado a considerar como “migajas” del gobierno, con las que pretenden comprar su resistencia y dignidad (David, 2003). Por su parte el gobierno considera que el programa Oportunidades contribuirá a “la superación de la pobreza, mediante el desarrollo de las capacidades básicas de las personas y su acceso a mejores oportunidades de desarrollo económico y social” (Oportunidades, 2010), mientras que académicos sustentan que programas focalizados como este son ineficientes para combatir la pobreza (Boltvinik, 2004; Cortés, 2003). La segunda política en el municipio, expresión también de la resistencia, es la política de la autonomía que incluye distintos ámbitos entre los que se encuentran el autogobierno, la identidad multicultural, y formas de organización del poder en torno a aspectos como la educación, la justicia y la salud.

Los habitantes del municipio de San Nicolás han vivido desde 1994 en un contexto de guerra de baja intensidad, militarizado, con un sinfín de recursos y programas gubernamentales que promueven la división de las comunidades y pretenden la deserción de las bases de apoyo zapatistas, han vivido con acciones de contrainsurgencia que promueven la ocupación de tierras del EZLN por parte de organizaciones pro gobierno. También han vivido con una política resistencia ante el gobierno y sus programas sociales,

han vivido construyendo su autonomía desde distintos ámbitos como la educación y la salud, y han consolidado formas de gobierno y de impartición de justicia paralelas a las del estado mexicano, a nivel municipal y regional en el Caracol Nueva Esperanza, que obedecen a prácticas indígenas ancestrales.

Es en este contexto en donde se desarrolló la experiencia motivo de este estudio, para una explicación más amplia de la situacional política y de las características sociodemográficas se refiere al lector al capítulo de marco situacional y político de esta comunicación).

LA EXPERIENCIA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD (resumen)

El objetivo de este apartado es presentar un resumen de la experiencia pedagógica realizada en el municipio autónomo San Nicolás durante los años 2005-2007, misma que se encuentra descrita de manera detallada en tres relatos: el relato uno o individual de 86 páginas que realicé a partir de informes médicos y documentos y donde se describen las actividades realizadas durante los dos años de la experiencia; el relato dos, de 81 páginas, que tiene como base el primer relato y se denomina colectivo porque se agregó la voz de los de diversos promotores de salud entrevistados; el tercer relato, también colectivo, denominado Relato Relaciones, de 108 páginas, tiene un formato temático y da cuenta de algunas relaciones que se desarrollaron durante la experiencia entre distintos promotores de salud. Dado que uno de los objetivos de este trabajo era encontrar los cambios ocurridos producto de los procesos pedagógicos, dividí los relatos individual y colectivo²⁵ en 6 etapas: antecedentes, llegada, inicio, expansión, consolidación y salida. Al realizar el análisis se eligieron sólo dos etapas para dar cuenta de los cambios ocurridos, la etapa de inicio (que incluye las etapas de antecedentes, llegada e inicio) y la etapa de salida (que incluye la etapa de expansión y consolidación y salida). Estos tres relatos y las entrevistas a los promotores de salud fueron las fuentes de información que nutrieron los capítulos de análisis. En el diagrama 4 se muestran las etapas y los momentos en que se desarrolló la experiencia pedagógica.

Diagrama 4. ETAPAS Y MOMENTOS EN LOS QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA PEDAGÓGICA

Etapas	Momentos
Inicio	Antecedentes
	Llegada
	Inicio del trabajo
Salida	Expansión
	Consolidación
	salida

²⁵ Para conocer los criterios para dividir los relatos, así como para una explicación con respecto a la manera de referir los testimonios, refiérase el lector al capítulo metodológico.

A continuación se realiza un resumen de todas las etapas del Relato dos o Relato Colectivo con reflexiones y citas del Relato Relaciones.

ETAPA DE INICIO

La etapa de inicio incluyó tres momentos que, con fines del análisis que aquí haré, llamo: el de antecedentes, el de llegada, y el de inicio del trabajo.

Antecedentes

Este momento está conformado por antecedentes personales de quien suscribe esta comunicación de tesis y por una síntesis de los proyectos y trabajos en salud que se habían realizado en el municipio Autónomo San Nicolás (tabla 22).

Tabla 22. ANTECEDENTES PERSONALES Y DEL MUNICIPIO SAN NICOLÁS

	PERSONALES (MÉDICO)	MUNICIPIO SAN NICOLÁS
CARACTERÍSTICAS	Médico pasante UAM-X, laborando por un año en un municipio autónomo en la zona Altos	Lucha por autonomía. Creación de proyecto de fortalecimiento de salud del Caracol Nueva esperanza en la zona Selva
AGENTES QUE PARTICIPAN	Coordinador de Pasantes de la UAM-X, Pasantes de Distintas profesiones, ONG's, Clínica autónoma en zona Altos	ONG's, Promotores de salud coordinadores, autoridades municipales, Junta de Buen Gobierno
OBJETIVOS O LOGROS	Culminación de carrera de Medicina Proceso de politización, la salud como parte de un proyecto político más amplio	Fortalecer la autonomía y la salud del municipio. Realización del proyecto entre diversos sujetos, incluidos los sujetos comunitarios
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA	Invitación por parte de ONG's y promotores de salud a participar en el proyecto de la zona Selva	Necesidad de contratación de un médico para cada uno de los municipios
PROGRAMAS	Sólo participaba en la atención médica. No participé en otros programas como el vacunación o herbolaria	Salida de ONG's de la zona Inicio de proyecto que incluía actividades de prevención y atención
TRANSICIÓN	Inicio vida laboral	Espacio en donde requieren personal médico con experiencia en comunidades rurales

Fuente: Elaboración propia

Antecedentes personales

Durante el año 2003 a 2004, interesado en conocer el proceso indígena autonómico en curso y en terminar mi licenciatura en medicina, realicé mi servicio social en Chiapas por parte Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco en una comunidad autónoma

de los Altos de Chiapas. En ese periodo trabajaba 20 días en la comunidad y descansaba 10 fuera de ella, en los días de descanso los pasantes acudíamos a reuniones mensuales en la ciudad de Palenque con el coordinador de Servicio Social en Chiapas y un médico llamado Juan. Ellos impartían talleres muy pertinentes relacionados con las enfermedades más comunes de las comunidades y con el contexto político de la zona. Estos los hacían porque la mayoría de médicos que llegábamos a Chiapas proveníamos de la ciudad, por lo tanto nuestro contacto y acercamiento con la “medicina” había sido predominantemente clínico y hospitalario, con escasa relación a espacios rurales, políticos y/o movimientos sociales (RelUno:10). Fue durante esta etapa que entendí que la salud está ligada sin excepción a un proyecto político más amplio que la incluye o excluye, y que está vinculada a las condiciones sociales, es decir, aprendí que la gente como vivía moría.

En el año 2005, al terminar el servicio social, recibí una invitación por parte de promotores de salud y de una ONG denominada Médicos Organizados Por la Salud (MOPS) para trabajar en un proyecto amplio que pretendía contribuir al proceso de construcción de autonomía de los indígenas en Resistencia en el estado de Chiapas, específicamente del Sistema de Salud del Caracol Nueva Esperanza ubicado en la zona selva. El proyecto incluía acciones de prevención y de atención, consideraba como una piedra angular la capacitación de promotores de salud e incluía la contratación de médicos. Las actividades a desarrollar por el personal médico contratado incluían la atención médica, el traslado de pacientes a un medio hospitalario, la coordinación de actividades de vacunación y la capacitación de promotores de salud. Acepté dicha invitación y el primero de mayo de 2011 acudí a una reunión para presentarme con los coordinadores y las personas de las ONG's. Cada uno de los doctores había pasado por un proceso de recomendación, por parte de promotores de salud o de alguna ONG del tipo: ese doctor “se relaciona bien con la gente”, “se porta como una persona de la organización, o sea, suelta todo su confianza con la gente”, “sabemos que aguanta la chinga y aguanta el hambre y también está acostumbrado a vivir en las comunidades, y a comer aunque sea pozolito, pero también ha trabajado y no ha tenido problemas” (RelUno:20). Además los doctores pasaron por un proceso de aceptación, en mi caso para poder trabajar en la zona, tuve que pasar por el visto bueno de

los coordinadores, de la Junta de Buen Gobierno y avisar y presentarme con los consejos del municipio San Nicolás.

Antecedentes en la zona

En el ámbito de la salud, desde la década de los cincuenta distintas iglesias, y de los setentas organizaciones de la sociedad civil como el Movimiento Nacional de Salud Popular, iniciaron un trabajo de atención en las comunidades de las cañadas, conformando una plataforma de promotores de salud que se insertarían en el proceso del EZLN de manera paulatina. Para 1994 el EZLN tenía formados promotores de salud indígenas como Alejandro y Misael, mientras que personas como Alfredo y José se adhirieron primero al movimiento zapatista y después se capacitaron como promotores de salud, siendo estos promotores los que sostendrían la estrategia de resolver las necesidades de salud de las comunidades a partir de los militantes indígenas. Algunos promotores como Alejandro les tocó un proceso de reflexión entre diversos promotores de salud del Estado de Chiapas que se dio en el año de 1997 en la comunidad de Moisés Gandhi la cuál fue un parteaguas para el entendimiento de la salud que condensó el pensamiento y prácticas que se habían venido desarrollando tiempo atrás en Chiapas y en otros lugares de México y Centroamérica.

Ante el contexto de guerra que se dio después de 1994 varias organizaciones iniciaron un trabajo no sólo en el municipio sino en toda la región de las cañadas. La Organización de Salud Internacional (OSI) tenía un centro de atención de primer nivel, y medios para atender y trasladar pacientes que requirieran alguna urgencia. Vacunaban algunas comunidades del municipio San Nicolás específicamente las que se encontraban a pie de carretera, y comunidades alejadas en las que se tenía que caminar no las vacunaban. Tenían cursos de capacitación que impartían a promotores de salud, más de una decena de promotores que participó en la experiencia en estudio se capacitó en temas relacionados con la atención médica y el saneamiento ambiental. En 2004 tras diez años de trabajar en la zona la OSI valoró que la situación de emergencia por la que pasó la población había terminado y por lo tanto la ayuda de la organización se trasladaría a países más necesitados.

Otra organización que contribuyó en la capacitación fue Médicos Por la Salud (MPS), ellos construyeron 5 microclínicas y se dedicaron a recorrerlas y a dar atención médica en cada una de ellas, así como a capacitar a los promotores de salud. Hay tres experiencias importantes al proceso organizativo de los promotores de salud que dejó esta organización: primero; que los promotores no estuvieron de acuerdo con la atención que daba un médico y decidieron en coordinación con comunidades y autoridades que el médico no trabajaría más en la zona porque hacía malos tratos a la gente. El otro aspecto es que MPS se dedicaba a dar temas con contenido político y los promotores querían capacitaciones que les permitiera resolver cosas prácticas, esto generó un desarrollo de voz al interior del grupo de promotores de salud del municipio que hizo que las organizaciones negociaran los temas que los promotores querían y necesitaban. El último es que cuando los doctores rotaban por las microclínicas, los promotores de salud los acompañaban y aprendían o al menos, veían el trabajo que realizaban los médicos. Es con la salida de MPS que algunos promotores empiezan a dar consulta en las microclínicas sin la presencia de los médicos.

La Organización de Salud Sexual y Reproductiva (OSSR) era la encargada de formar promotoras de salud, también daban consultas médicas en las microclínicas, atendía patologías propias de las mujeres y realizaba estudios de Papanicolaou que sirven para detectar el cáncer cervicouterino, esta organización salió del municipio en el año 2005.

Otro agente presente en el municipio es la Universidad Autónoma Metropolitana, quien ha mandado pasantes de medicina, como parte de su servicio social²⁶ al Estado de Chiapas y al municipio de Ocosingo, desde antes que se conformaran los municipios autónomos. Uno de los objetivos que se busca al enviar pasantes de servicio social desde 1995 ha sido consolidar las estructuras en salud popular existentes en la zona, manteniendo abiertos espacios de atención médica que se han convertido en centros de referencia oportuna a hospitales de segundo nivel y en algunas ocasiones de formación de promotores de salud

²⁶ En México el servicio social es un trámite administrativo obligatorio que tienen que realizar los estudiantes de diversas carreras, entre ellos(as) los(as) de medicina de la UAM-Xochimilco para poder titularse. En medicina tiene una duración de un año, y es una forma en que el estudiante retribuía a la sociedad por haber financiado, vía el estado, los costos que generó para realizar sus estudios.

(Heredia, 2010). Este trabajo continúa en el municipio, lleva más de tres décadas y ha tenido un reconocimiento y aceptación importantes de parte de la población.

En el año 2004 diversas organizaciones hacen un proyecto que buscaba el fortalecimiento de la autonomía en general y en particular del sistema de salud autónomo zapatista en la zona selva. Cuenta Alejandro que este proyecto a diferencia de las propuestas que habían ejecutado las ONG's antes citadas, fue realizado con la colaboración de los coordinadores de salud, de autoridades municipales, de la junta del buen Gobierno, y de las comunidades.

[Alejandro] en los municipios se empezaron a ver las necesidades, qué necesitamos, necesitamos un proyecto para fortalecernos, y ahí surgió en una reunión de la zona que necesitamos meter un médico a cada municipio, ya cuando se tomó esa decisión, entonces los coordinadores de municipio, tienen que ir a sus consejos para dar a informar que se va a hacer un proyecto para fortalecer más la asistencia médica y el sistema de salud autónomo, porque no hay de otra manera, porque está la necesidad de los talleres, de medicamentos, entonces todo eso necesita un proyecto (EntAleMay09:8).

Cuenta Alejandro que otra necesidad fue incluir campañas de vacunación en el proyecto, porque la OSI iba a dejar de trabajar en la zona. Esto promovió que platicaran los coordinadores con las autoridades

[Alejandro] ¿Qué vamos a hacer?, sino vacunamos puede venir una epidemia peligrosa, y de ahí empezamos a planear como conseguir la vacuna y con qué personas tenemos buena relación para conseguir el biológico, y que los promotores queden bien capacitados, para que ellos pudieran aplicar solitos las vacunas y ya después no se necesitara de los doctores (RelCol:18).

El proyecto era amplio e incluía acciones preventivas y curativas, entre las que se encontraba la vacunación de todos los niños del municipio, y la atención médica, y el traslado oportuno de pacientes graves, proyectos de hortalizas, de letrinas, entre otros, Para todas las actividades se consideró como una de sus piedras angulares a la red de promotores de salud y su capacitación durante los dos años que duraría el proyecto.

La transición de esta etapa de antecedentes a la etapa de llegada está dada por la necesidad en la zona selva de fortalecer la autonomía en el municipio, la contratación de médicos para colaborar con dicho fin y por el interés personal en trabajar y conocer el proceso en salud y autonomía desarrollado en la zona.

Momento de llegada

En esta etapa se hace un segundo acercamiento al proyecto de fortalecimiento del SSAZ, en ella se incluyó el mecanismo de contratación de los médicos, la calendarización del trabajo de los dos años que duraría el proyecto, las actividades a desarrollar, las características de las microclínicas del municipio y de algunos promotores de promotores de salud. A partir de esta etapa de llegada los criterios que definieron la división entre una y otra se hicieron considerando las actividades que los agentes realizaban en el ámbito de las capacitaciones²⁷ como los cambios en quién elegía los temas, los contenidos y quién impartía capacitaciones a los promotores de salud de primer nivel. Un resumen de las actividades se presenta en la tabla 23.

Tabla 23. MOMENTO DE LLEGADA (Mayo-Julio2005)

CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA	El trabajo del proyecto en el municipio está en una etapa inicial. Se realiza calendarización de actividades. El médico se coordina con Alejandro y se integra de manera activa en la atención médica y planeación de campañas de vacunación, y de manera escasa en actividades de capacitación.
AGENTES QUE PARTICIPAN	Coordinador Médico de ONG, Médico. Promotor de salud: Alejandro, Genaro, más otros 55 promotores de salud.
OBJETIVOS O LOGROS	Proceso de adaptación del médico y de su integración a las actividades planeadas previamente. Primer encuentro y diálogo entre coordinador Alejandro y Médico. Se realiza la planeación de la primer campaña de vacunación, entre coordinador de médicos, de promotores y médico del municipio, se acuerda que se realizaran de manera colectiva.
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA PROGRAMAS	El médico del municipio iniciaría el proceso de capacitación en coordinación con Alejandro. El coordinador de médicos participa de manera marginal. Participaba en la atención médica en 3 microclínicas.
TRANSICIÓN	Se realizó la planeación de la primera campaña de vacunación. Impartición de talleres por el médico. Llegada de medicamentos. Inicio de campañas de vacunación. Muertes maternas e infantiles
Esta etapa tuvo una duración de tres meses (de Mayo a Julio de 2005)	

Fuente: elaboración propia

Al llegar al municipio, las actividades ya tenían 4 meses de retraso, mi contratación fue en Mayo y el proyecto en el Caracol inició y tenía contempladas las contrataciones para el mes

²⁷ Para conocer la forma en que se eligieron los momentos de cambio ver el capítulo metodológico de esta comunicación.

de Enero. Uno de mis objetivos al iniciar el trabajo era que a mi salida hubiera promotores que realizaran las actividades que yo hacía, dichas actividades fueron, coordinar campañas de vacunación, aplicar biológicos, vacunar, llenar censos, dar atención médica, detectar urgencias médicas y trasladarlas a hospitales, realizar informes mensuales, planear las capacitaciones definiendo los temas, contenidos, materiales y métodos pedagógicos, capacitar promotores de primer y segundo nivel.

El calendario de trabajo se definió cada mes entre el coordinador Alejandro, los coordinadores de las microrregiones Lupillo y Facundo, y el médico. Acordando que el Médico estaría 20 días en las comunidades, seis días en cada microclínica, dos en las reuniones de coordinación mensual al Caracol, y 10 fuera de las comunidades. Sobre el lugar en donde comería el Médico y lo que comería, se decidió que se utilizaría una despensa dispuesta para la casa de salud, y que una familia de la comunidad se haría cargo de prepararle la comida, en cada comunidad era distinta la forma en que se hacía el ritual de comer. En San Fernando se rotaban las familias que le daban de comer al médico, mientras en Guadalupe y Santa Lucía lo hacían las familias de los promotores de salud responsables de las microclínicas.

De los 20 días que estaba en comunidades, rotaba por tres microclínicas, la de Santa Lucía, la de Guadalupe, y San Fernando, las tres que tenían condiciones semejantes: piso de cemento, techo de lámina, paredes de madera, agua entubada, contenedores de desechos biológicos, libros *Dónde no hay doctor*, y diccionarios de especialidades farmacéuticas, medicamentos que había dejado la organización MPS, consultorios equipados con estuches de diagnóstico, termómetros, mesa de exploración, sillas, libretas, básculas, estantes para medicamentos, escritorios, estuches de diagnósticos, baumanómetros, estetoscopios, por mencionar algunos materiales. Ninguna tenía luz eléctrica. En San Fernando y en Santa Lucía tenían letrinas, en Guadalupe había sanitario con fosa séptica y regadera, además de tener el libro *Donde no hay dentista*. En las que no tenían regadera tocaba bañarse en el río (ver tabla 24).

Tabla 24. CARACTERÍSTICAS DE MICROCLÍNICAS

CARACTERÍSTICAS	MICROCLÍNICA		
	SAN FERNANDO	GUADALUPE	SANTA LUCÍA
Responsable de la microclínica	Lupillo	Alejandro/ Alberto, Misael	Facundo/Marcos
Libros	Sí	Sí	Sí
Piso	Cemento	Cemento	Cemento
Techo	Lámina	Lámina	Lámina
Paredes	Madera	Madera	Madera
Cuartos	Dos	Cuatro	Tres
Cocina propia	Sí	Sí	No
Baños	Letrina	Baño y fosa séptica	Letrina
Regaderas	No	Sí	No
Luz eléctrica	No	No	No
Tiempo a Ocosingo	1 hora	2 horas	3 horas

Fuente: elaboración propia

Los responsables Lupillo, Alejandro, Misael, Alberto, Facundo y Marcos eran los que tenían las llaves de las microclínicas y acceso a todos los recursos que había dentro de ellas. La comunidad de San Fernando estaba a una hora de la Ciudad de Ocosingo, era la más cercana, le seguía la comunidad de Guadalupe que estaba a dos horas y entre San Fernando y Santa Lucía, esta última era la más alejada y estaba a tres horas de Ocosingo. En los tres casos el camino para llegar era de terracería. El centro de atención más importante era el de Guadalupe por ser el de mejor ubicación, el que atendían más pacientes y el que tenía a tres promotores de segundo nivel, entre ellos el coordinador general; le seguía del de Santa Lucía en donde estaba Facundo que ya llevaba tres años como promotor de salud; por último se encontraba la de San Fernando ya que en esa microclínica Lupillo apenas iniciaba su trabajo como responsable de la microclínica.

En esta etapa se realizó la primera caracterización de algunos promotores de salud, misma que se amplió para la etapa final (ver tabla 25).

Tabla 25. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD

AGENTE	Edad	Estado civil	Núm. Hijos	Escolaridad	Idioma*	Ocupación	Da consulta en su comunidad**	1	2	Cargos importantes
Médico	27	Soltero	0	Universidad	Español/ Tsotsil	Médico	Sí	Poco		Inicio y al final: capacitador, coordinador de vacunación, responsable de atención médica
Alejandro	50	Casado	4	Primaria completa	Tzeltal/ Español	Campesino	Sí/Responsable de Microclínica	Sí	2do (24)	Inicio y al Final: Coordinador general de promotores. Múltiples cargos
Alberto	27	Casado	2	Primaria completa	Tzeltal/ Español	Campesino	Al inicio No, al final sí	Poco	2do (6)	Inicio: Ninguno Final: Coordinador de microrregión, y de vacunación
Misael	29	Casado	2	Primaria completa	Tzeltal/ Español	Campesino	Sí Resp. de Microclínica	Sí	2do (15)	Inicio: PS 2do nivel Final: Capacitador y coordinador de vacunación
Facundo	50	Casado	5	Primaria incompleta	Tsotsil/ Español	Campesino	Al inicio poco al final sí. Resp. de Microclínica	Sí	2do (4)	Inicio y final: Responsable de microclínica Final: coordinador de Microrregión.
Lupillo	28	Casado	2	Secundaria completa	Tzeltal/ Español	Campesino	Al inicio poco al final sí. Resp. de Microclínica		2do (4)	Inicio: PS 2do nivel Final: Coordinador de microrregión. Y Responsable de microclínica.
José	35	Casado	2	Primaria	Tzeltal/ Español	Campesino	Al inicio No, al final, poco.	Poco	1ro (2)	Inicio: PS 1er nivel Final: PS 2do nivel, marginal en toma de decisiones
Tulio	33	Casado	2	Secundaria incompleta	Tzeltal/ Español	Campesino	Sí. Resp.e de Microclínica	Poco	2do (15)	Inicio: PS 2do nivel Final: Capacitador
Gerardo	35	Casado	2	Primaria	Tzeltal/ Español	Campesino	Al inicio poco, al final poco	Poco	2do (15)	Inicio: PS 2do Nivel Final. Capacitador, luego se salió un tiempo de promotor.

1. Conoce de Herbolaria: 2. Nivel de instrucción 1ro=promotor de primer nivel, 2do= Promotor de segundo nivel (años como promotor). * Idioma originario/ segundo idioma, en el caso del médico sabe poco tsotsil. PS= Promotor de salud. ** Los que contestaron que sí es porque antes de la intervención podían dar una consulta.

Fuente: Elaboración propia

Cabe señalar que de los 57 promotores, se entrevistaron a Alejandro, Alberto, Misael, y Facundo y Lupillo con el objetivo de realizar el relato colectivo, ellos cumplían con los criterios definidos en el capítulo metodológico y además estuvieron disponibles para realizarles las entrevistas, hecho que no sucedió con Gerardo, en los casos de Tulio y José y Jaj hubo pláticas informales, más que entrevistas.

En la llegada, las actividades fueron escasas, el coordinador de médicos y los coordinadores del municipio (Alejandro, Facundo y Lupillo) y el médico del municipio (a partir de ahora médico) realizaron la planeación de la primer campaña de vacunación y decidieron realizarla de manera colectiva, es decir, que de inicio y mientras no se consiguiera que cada promotor vacunara su comunidad, todos los promotores asistirían todos los días de la campaña de vacunación, aún cuando no les tocara vacunar a su pueblo o microrregión, así los promotores avanzados aplicarían el biológico y serían los responsables de llenar el censo, mientras que los promotores de primer nivel se encargarían de llenar la hoja de

paloteo²⁸. Uno de los objetivos fue que los promotores nuevos tuvieran cada vez más responsabilidades. Cabe señalar que no todos los municipios del caracol decidieron adoptar esta forma de vacunación colectiva, otros optaron por vacunar sólo las comunidades de los promotores que asistían a las campañas. Otra actividad que realizaron el Médico, Gerardo y Alejandro fue una solicitud de medicamentos para el municipio. Estos medicamentos se venderían, por acuerdo de las autoridades municipales, haciendo así un fondo revolvente que les permitiera seguir abasteciendo a las microclínicas de medicinas. El médico realizó rotaciones de una semana por cada microclínicas, a las que asistía el responsable de la misma y en ocasiones otros promotores de salud para platicar sobre sus necesidades en salud, cuando llegaban pacientes a las microclínicas se daban consultas con medicamentos donados. Lupillo y yo tuvimos una discusión sobre a dónde se iría una bolsa de medicamentos recién donados: el proponía que se quedaran en microclínica de su comunidad, yo pugnaba porque se repartiera en las tres microclínicas, al final se quedó con los medicamentos que sabía utilizar y el resto me los lleve a las otras microclínicas, esta decisión tomada por mí, tendría consecuencias como fricciones entre Lupillo y yo que se resolverían a la postre y que mermarían el trabajo entre él y yo.

En el momento de la llegada sucedió un hecho importante que modificó la normalidad de las actividades en salud y retrasó las actividades a realizar, en el mes de junio el EZLN decreto una alerta roja²⁹ con el objetivo de realizar una consulta con bases de apoyo para definir una táctica política que culminaría en la propuesta denominada “La otra campaña”. A toda la población civil se le desalojó de los municipios autónomos zapatistas pudiéndose quedar en los denominados caracoles y “bajo su propio riesgo” las personas que así lo desearan. A los médicos se les permitió continuar con el trabajo de atención en las microclínicas y de vacunación en caso que estuviese programada, no pasó lo mismo para las actividades de capacitación en salud y educación, las cuales se suspendieron durante el periodo de la alerta roja (InfMed0705). Debido a que la Alerta Roja se levantó en el mes de julio, para el mes de Agosto se suponía que el contexto social y político sería propicio para reanudar el trabajo según lo planeado en el proyecto de salud.

²⁸ Hoja donde se anotaban las vacunas aplicadas

²⁹ La alerta roja permaneció del 19 de junio al 11 de julio de 2005

Momento de inicio (Agosto de 2005-Enero 2006)

Este ‘momento’ tuvo una duración de seis meses, para agosto de 2005 se llevaban seis meses de “retraso” en la actividades programadas en el proyecto del municipio. Después de seis meses ya me había acoplado a las actividades. La coordinación entre el médico y Alejandro fue mayor, ya que en el municipio se iniciaron las campañas de vacunación, las capacitaciones y se continuaron las actividades de atención médica, ahora con los medicamentos disponibles (ver tabla 26). El trabajo previo y el realizado durante esta etapa, es considerado en el análisis como etapa de inicio, el trabajo posterior es contemplado como etapa de salida, ya que a partir de la etapa de expansión se empiezan a desarrollar y observar cambios en los procesos pedagógicos en estudio.

Tabla 26.MOMENTO DE INICIO (Agosto 2005 – Enero 2006)

MOMENTO DE INICIO	
CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA	El trabajo del proyecto en el municipio continúa con escasas actividades y con seis meses de retraso. El médico se integra al trabajo de manera completa. Continúa la coordinación con Alejandro, inician las campañas de vacunación, se realizan 2, inician capacitaciones en base a necesidades y problemas de la realidad identificados por el Médico y Alejandro, se continúa atención médica, ahora con múltiples medicamentos disponibles.
AGENTES QUE PARTICIPAN	Médico. Coordinador Médico de ONG (cada vez con menor participación), Promotor de salud: Alejandro y Gerardo, más otros 55 promotores de salud.
OBJETIVOS O LOGROS	Continuó el diálogo entre coordinador Alejandro y Médico. Hubo un proceso de reflexión sobre los temas impartir en los talleres. Se impartieron 4 talleres. Se realizaron dos campañas de vacunación de manera colectiva, la base del trabajo son los promotores de salud, ellos llenan los censos, aplican vacunas y entregan informe. El Caracol aporta dos camionetas para transportar a los promotores a las campañas de vacunación y las autoridades del municipio aportan un camión. Se nombran sobre la marcha y de manera informal las primeras comisiones que ayudarían que se desarrollaran las campañas de vacunación.
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA	El médico del municipio iniciaría el proceso de reflexión con los promotores traductores en los cursos y dadas las múltiples actividades del médico los promotores empezaron a impartir capacitaciones. La demanda de trabajo y de actividades es mucha y la coordinación entre promotores de distintas microrregiones es poca. Las comisiones de logística de vacunación inician un proceso de reconocimiento y consolidación
PROGRAMAS	El coordinador de médicos continúa participando de manera marginal en el campo PSSN. Atención médica en 3 microclínicas con medicamentos donados. Campañas de vacunación.
TRANSICIÓN	Impartición de talleres por el médico, y necesidad de participación de promotores, y de coordinación entre coordinadores de distintas microrregiones. En puerta consolidación de de campañas de vacunación, continúan las Muertes maternas e infantiles en el municipio.
Esta etapa tuvo una duración de seis meses (de Agosto de 2005 a Enero de 2006)	

Fuente: Elaboración propia

En el ámbito de las capacitaciones se realizaron 4 talleres, en el taller 2 el tema y los contenidos los eligió el médico, *Las causas sociales de la enfermedad* este taller fue fundamental para empezar a pensar estrategias en donde los promotores participaran de manera más activa en los talleres.

[Médico] *Después de esta primera experiencia me quede con la idea de que si no les preguntaba a los promotores que querían aprender y cómo lo querían aprender los cursos no iban a servir de mucho a pesar de que estuvieran bien estructurados en sus contenidos y sus métodos. Este fue el taller que sembró en mí la intención de realizar los talleres con los promotores, de que no sólo hicieran un papel de traductores (RelCol:32).*

El taller 3 lo planeamos entre Alejandro y yo, dado que iban a llegar los medicamentos al municipio consideramos que el tema tenía que estar encaminado a que los promotores utilizaran bien los medicamentos, el taller se denominó *Uso y abuso de medicamentos*, en donde se trataron desde temas sociales relacionados con el uso excesivo de medicamentos hasta indicaciones y dosis de los mismos. El taller 4 nuevamente lo planeé solo, en él los promotores participaron únicamente como traductores. El título fue *Enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios*, en este taller un promotor me externó el siguiente cuestionamiento ¿por qué enseñaba exploración abdominal y no les daba herramientas necesarias para llevarla a cabo?. El taller 5 se denominó *Derechos de la mujer y control prenatal* y se impartió a promotores de primer y segundo nivel, el tema lo elegimos Alejandro y yo por las muertes que se habían presentado en el municipio, para realizar el contenido solicité asesoría a una coordinadora de salud sexual y reproductiva de la zona Altos, el taller incluía una reflexión sobre la ley revolucionaria de las mujeres y su relación con la salud, además de que se promovía el control prenatal en las comunidades previo acuerdo y consulta con las mismas.

Informe Médico: *Se dejó como tarea entre los promotores, el preguntar en sus comunidades si querían comprometerse, colaborar y recibir las pacientes embarazadas un control prenatal, coordinado por promotores de salud, parteras y médico. Dado que las pacientes embarazadas llevan su control prenatal con parteras y algunas de ellas desconocen las señas de alarma, y los promotores de salud tienen poca experiencia con mujeres embarazadas, se busca realizar el trabajo de manera coordinada. Por ello es importante preguntar en qué comunidades sí quieren participar y trabajar de manera conjunta, mujeres, partera, promotor y médico, en las que así lo decidan se utilizará como herramienta la cartilla de vacunación y se dará seguimiento a la capacitación relacionada con la salud sexual y reproductiva (RelCol:39).*

Con este taller se iniciaban las primeras acciones colectivas encaminadas a la prevención de la mortalidad materna e infantil en el municipio. A la par del curso de capacitación se presentó una muerte infantil en el municipio (RelCol:77).

También hubo cambios en el acceso a los materiales necesarios para los talleres, ya que se le tenían que pedir con anticipación al Coordinador de Médicos y a partir de este taller me autorizó comprar materiales con la condición de entregar las facturas correspondientes.

Como no había luz eléctrica en las comunidades, el horario de un día común en las capacitaciones era definido por la luz del sol, las actividades se iniciaban a las 6:30 de la mañana tomando café, algunos promotores se bañaban antes de empezar, yo no. El trabajo iniciaba a las 7 am, de 9-10 se desayunaba, se regresaba al trabajo de 10-12 y se descansaba media hora para tomar pozol, luego regresábamos al trabajo hasta las cuatro de la tarde, tomábamos 2 horas de comida y descanso, para trabajar las dos últimas horas, a las 8 de la noche terminábamos el trabajo e íbamos a tomar café, veíamos alguna película, nos dormíamos entre las 10 y 12 de la noche (RelCol:36).

Se realizaron la primera y segunda campañas de vacunación, ambas se hicieron de manera colectiva, la primera duró 5 días, la segunda 4, El primero se dedicó a la llegada de los promotores y a la realización de la logística de la campaña. Se conformaron los primeros grupos de trabajo informales que posteriormente serían parte de las comisiones de trabajo. El resto de los días se utilizaron para recorrer las comunidades, generalmente se vacunaba primero la microrregión de Santa Lucia, la más alejada, luego la de San Fernando y al final la de Guadalupe. Para transportar a los promotores a las comunidades se utilizaban dos camionetas que prestaban en el Caracol y un camión que facilitaban las autoridades del municipio, el encargado, aunque no sabía manejar, de cuidar las camionetas era Alejandro y los choferes durante todas las campañas de vacunación fueron Jaj y el Médico. La alimentación, vacunas y materiales los traía el coordinador de médicos desde la ciudad.

La rutina de las campañas era levantarse a las 5:30 am a repartir vacunas, desayunar café a las 7 am, trasladarse a las comunidades, convocar a la gente mediante los comités de salud,

vacunar a los niños, recoger los desechos, y esperar a que pasara la camioneta de la zona para regresar a la clínica de la comunidad de Guadalupe, revisar los censos, mientras se veían películas. Las actividades en estas primeras campañas de vacunación terminaron entre la una y las tres de la mañana. Al otro día las actividades iniciaban a las 5 de la mañana por lo que los promotores dormían poco. El mayor trabajo lo realizaban los promotores de salud, ellos se encargan de la logística, de entregar materiales, de aplicar vacunas, de llenar censos, y papelería que da cuenta de las vacunas aplicadas. Influyó en la conformación de los grupos de trabajo el papel cuestionador y organizador de Misael, el interés por aprender y realizar las actividades de promotores como Alberto, Facundo, Lupillo y Tulio por mencionar algunos y la carga de trabajo que conlleva realizar una campaña de vacunación.

La atención médica continuó, ahora había medicamentos que se vendían al costo para que la microclínicas no se quedaran un día sin medicamentos, a eso le llamaban fondo revolvente. Algunos promotores asistían a las microclínicas cuando el médico rotaba por ellas, ahí se atendían personas, se identificaban necesidades y se daban clases a los promotores.

ETAPA DE SALIDA

Considero como etapa de salida tres momentos: el de expansión, el de consolidación y el de salida.

Momento de expansión

El momento de expansión tuvo una duración de nueve meses, en este tiempo el trabajo empezó a tomar forma, el Médico se integró totalmente al trabajo en el municipio y continuo en la coordinación general con Alejandro. El coordinador de médicos del municipio tenía un papel marginal en el municipio y central en el Caracol. Continúan las campañas de vacunación colectivas, de Febrero a Octubre de 2006 se llevaron a cabo cinco campañas en las que se consolidó el trabajo con otros promotores de salud. Se realizaron

cuatro talleres de capacitación y los promotores de salud impartieron su primer taller e iniciaron actividades de control prenatal en coordinación con parteras. Se realizó la planeación y evaluación del sistema de salud del municipio. Se continuó la atención médica y capacitación a promotores de salud cuando el médico hacía sus rotaciones por las microclínicas (ver tabla 27).

Tabla 27. MOMENTO DE EXPANSIÓN

MOMENTO DE EXPANSIÓN	
CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA	El trabajo del proyecto en el municipio empieza a tomar forma. El médico está integrado al trabajo de manera completa. Continúa la coordinación con Alejandro, se consolida coordinación con otros promotores para realizar actividades de vacunación. Continúan las campañas de vacunación colectivas Continúan capacitaciones en base a necesidades y problemas de la realidad identificados por el Médico y Alejandro, se integran promotores que inician impartición de talleres. Se continúa atención médica y capacitación a promotores en rotaciones a microclínicas.
AGENTES QUE PARTICIPAN	Médico del municipio. Coordinador Médico de ONG (con escasa participación dentro del municipio), Promotor de salud: Alejandro y Gerardo, 3 capacitadores (Gerardo, Misael y Tomas) más los otros 53 promotores de salud.
OBJETIVOS O LOGROS	Continuó el diálogo y el proceso de reflexión entre coordinador Alejandro y Médico. Se impartieron 7 talleres: cuatro el médico, dos promotores y médico, y uno sólo los promotores. Se realizaron 5 campañas de vacunación de manera colectiva, el trabajo, los grupos y comisiones de logística y revisión de censos se consolidaron. El Médico participa de manera marginal en las campañas. Se formalizó el nombramiento de responsables ante asamblea de promotores. Se evaluó el trabajo del municipio. Se continuó con el control prenatal, se entregaron materiales a todos los promotores.
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA	Se inicia la planeación e impartición de talleres por los capacitadores, Alejandro queda excluido de las decisiones en este ámbito.
PROGRAMAS	Los promotores de salud realizan la mayor parte de las actividades de las campañas de vacunación. Vacunación, control prenatal, atención médica en 3 microclínicas con medicamentos propios, capacitación de promotores y formación de capacitadores.
TRANSICIÓN	Consolidación de vacunación, expansión del trabajo de capacitación y control prenatal. Con la formalización de responsables se iniciará una nueva forma de trabajar en la que se planeaban las actividades y en donde los promotores se comprometían ante la asamblea a cumplir sus cargos.
Este momento tuvo una duración de nueve meses (de Febrero a Octubre de 2006)	

Fuente: elaboración propia

En el ámbito de la vacunación, el médico cada vez hacía menos actividades, prácticamente los promotores podían hacer el trabajo sin la intervención del médico, de ahí que se afirme que el trabajo estaba consolidado, los promotores ya organizaban las campañas, aplicaban vacunas, llenaban los censos y verificaban su llenado adecuado, hacían el pedido de los biológicos “vacunas” para la siguiente campaña y capacitaban a los promotores de primer nivel en los temas de la vacunación de acuerdo a las necesidades de los promotores como llenar censos, conocer el efecto de las vacunas o practicar las vías de administración.

En tres de los cinco talleres impartidos en esta etapa el tema fue la vacunación, los talleres con este tema duraban un día y se realizaban el día de llegada a las campañas, en cada taller se abordaron contenidos distintos que iban desde la aplicación de biológicos y la explicación de las enfermedades que previenen las vacunas hasta aspectos como el llenado del censo de vacunación. Para elegir los contenidos se valoraban las necesidades de los promotores de primer nivel para lograr pudieran vacunar a su comunidad de manera independiente. En los otros talleres los temas fueron *Enfermedades por falta de ropa y vivienda adecuada* y *control prenatal*, este último se realizó para reforzar las actividades de prevención de mortalidad materna e infantil.

El control prenatal empezó a tener un peso importante en la organización de las actividades del municipio siempre en colaboración con las parteras ya que ellas eran las que le daban un seguimiento a las mujeres embarazadas. Ante la crítica de un promotor de que en los cursos sólo se le daba información y no los materiales para hacer un diagnóstico, Alejandro y el Médico tuvieron que gestionar la adquisición de materiales en las reuniones de zona para poder realizar actividades de control prenatal en las comunidades que lo solicitaron. De esta manera las mujeres embarazadas se atendían en primera instancia con las parteras, que se coordinaban con los promotores quienes llevaban a cabo un control prenatal que consistía en pesar a la mujer, revisar el crecimiento del útero, tomar la presión arterial, medir los signos vitales y descartar señas de alarma durante el embarazo principalmente. Cuando los promotores identificaban algún problema, acudían al Médico y si ponía en riesgo la vida de la madre o del feto se trasladaban a un Hospital

Se formalizó ante la asamblea la figura de capacitadores, es decir, de promotores de salud encargados de planear, elegir temas y contenidos e impartir capacitaciones a promotores de primer nivel. Alejandro quedó excluido de este ámbito mientras que Misael, Gerardo, Jonás y el médico coordinaron estas actividades, logrando que los promotores impartieran su primer curso ellos solos, y dos más con la colaboración del Médico, así se inició el trabajo de formación de capacitadores.

Se nombraron formalmente a los capacitadores y coordinadores de salud del municipio, se planeó el trabajo de los siguientes tres meses, de esta manera se iniciaría la consolidación del trabajo, ya que a partir de ahora los promotores y sus respectivas comisiones planearían las actividades en salud.

Momento de consolidación

Este momento tuvo una duración de 5 meses, en ella se consolidaron las actividades de vacunación y se ampliaron las actividades de los capacitadores en el momento en que planearon los temas y contenidos de futuros talleres, además, los capacitadores continuaron impartiendo talleres a promotores de primer nivel, pero ahora no sólo con el tema de la vacunación sino con otros temas. También se fortaleció la atención a la enfermedad en las tres microclínicas del municipio, en San Fernando y Santa Lucía Lupillo y Facundo lograron mantener de manera independiente los espacios de atención. Por lo anterior y dado que la mayoría de las actividades las podían mantener los promotores se denominó etapa como etapa de consolidación (ver tabla 28).

A seis meses de que terminara el proyecto es cuando desde mi perspectiva se dio el proceso de consolidación con los promotores de salud, para ese momento se habían conformado grupos de trabajo en los cuales los promotores planeaban las actividades a realizar, mi participación era substancial porque daba seguimiento a las actividades de coordinación de las tres microrregiones del municipio, sin embargo, también era marginal porque el trabajo que realicé durante el tiempo anterior, ya lo podían hacer los promotores y las comisiones conformadas. Además las promotoras de salud se integran al trabajo del municipio y tienen un desarrollo paralelo al realizar actividades y capacitarse con promotoras de otros municipios en el Caracol Nueva Esperanza.

Tabla 28. MOMENTO DE CONSOLIDACIÓN

MOMENTO DE CONSOLIDACIÓN	
CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA	Las actividades contempladas en el proyecto de salud toman forma y se consolidan grupos de trabajo. El Médico tiene mucha actividad con distintos grupos. Continúan las campañas de vacunación colectivas y las capacitaciones, estas las hacen los capacitadores en coordinación con el médico, Alejandro interviene poco en esta actividad. Continúa la atención médica y capacitación de promotores que asisten a rotaciones del médico en microclínicas. Continúa el control prenatal, se genera de manera paralela la coordinación de Promotoras de salud las cuales también se adhieren a las actividades del municipio.
AGENTES QUE PARTICIPAN	Médico del municipio. Coordinador Médico de ONG (con escasa participación dentro del municipio), Promotor de salud: Coordinadores Alejandro, Lupillo y Facundo, Capacitadores (Gerardo, Misael, Tomas y Tulio), Revisores de Censos, Alberto, Abdiel, Rambo, Tulio, Logística, 2 promotores, más los otros 46 promotores de salud.
OBJETIVOS O LOGROS	Se consolidan grupos de trabajo, los promotores toman más decisiones y tienen más responsabilidades. Se realizaron 4 reuniones de planeación de actividades con coordinadores y capacitadores. Se realizan 2 campañas de vacunación, en las que los promotores de salud hacen la mayor parte de actividades. El 60 % de las comunidades tenía un promotor que podía vacunar su comunidad de manera autónoma. Se realizó el control prenatal de manera coordinada entre parteras, promotores y el Médico. No se presentaron muertes maternas en las comunidades que cuentan con promotor de salud. Los promotores conocieron y realizaron todo el proceso que conlleva hacer un taller de capacitación como la planeación de temas, contenidos, metodologías, materiales, tiempo, e impartición. Se realizaron seis talleres de capacitación.
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA PROGRAMAS	Próxima terminación del proyecto de fortalecimiento de salud en el municipio y la salida del Médico del municipio. Vacunación Control, prenatal, Atención de 3 microclínicas por promotores de salud, Capacitación de promotores, Formación de capacitadores.
TRANSICIÓN	Quedaba un mes de actividades
Este momento etapa tuvo una duración de cinco meses (de Noviembre de 2006 a Marzo de 2007)	

Fuente: Elaboración propia

En el ámbito de la vacunación las comisiones creadas hicieron posible que ellos capacitaran a los nuevos promotores, que hicieran la logística de las campañas, la lista de necesidades en comida, la revisión del adecuado llenado de los censos, la verificación de la aplicación de vacunas y el pedido de biológicos para la siguiente campaña.

En esta etapa los capacitadores impartieron cinco talleres a promotores de primer nivel con los títulos *Enfermedades de la piel, Vacunación, Enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios y Reconocimiento de urgencias*, el médico impartió dos talleres a los promotores de segundo nivel que fueron *Uso adecuado de medicamentos, y reconocimiento de urgencias*. Todos los talleres los planearon entre los capacitadores y el Médico, para armar los contenidos se contemplaron los conocimientos de estos y se consultaron los libros: *Donde no hay doctor, Un libro para parteras y Aprendiendo a promover la salud de David Werner, Buscando remedio*, libro realizado en Nicaragua que es una guía de

atención básica y uso de medicamentos para el primer nivel de atención y Construyendo la salud, realizado en Chiapas, México, que tiene un enfoque modular en donde se relacionan las enfermedades más comunes con las condiciones sociales.

Las microclínicas ya funcionaban ahora sin el médico, los promotores Facundo, Lupillo, Misael, Alejandro y Alberto daban consultas en las tardes después de ir a trabajar a su milpa. Realizaban informes de cada microclínica que incluían perfil de morbilidad, mortalidad, traslados, actividades de capacitación, de vacunación, de control prenatal, pláticas en algunas comunidades e informes de medicamentos.

En los momentos de consolidación y de salida fueron importantes las reuniones de planeación del trabajo pues se realizaron cinco de un total de siete, siendo una actividad que le hizo sentido al grupo de promotores, hecho que no sucedía al inicio de la intervención pedagógica.

Momento de salida.

Fue el último mes de la intervención de dos años, sirvió de punto de corte para definir la etapa de salida que se diluye con la de consolidación. En esta, los promotores ya hacían las campañas de vacunación a partir de las comisiones de trabajo, la participación del Médico era menor ya que empezó a retirarse, los promotores continuaron apoyándose entre ellos para vacunar a todas las comunidades del municipio, continuaron las actividades de control prenatal de manera coordinada con parteras. Las tres microclínicas eran atendidas por su responsable correspondiente, Facundo, Lupillo y Misael, Leandro y Alberto. Los promotores tomaban más decisiones al interior del municipio y fuera de él, se empezó a crear en la etapa de consolidación un nuevo proyecto que traería recursos económicos al municipio en las reuniones de formulación de proyectos ya no sólo participó el coordinador Alejandro, sino que se sumaron Lupillo y Alfredo para identificar las necesidades del municipio.

Tabla 29. MOMENTO DE SALIDA

MOMENTO DE SALIDA	
CARACTERÍSTICAS	El proyecto está por terminar. El médico participa en su última campaña de vacunación, los promotores continuaron sin médico. El médico realiza su última rotación por las microclínicas que posteriormente quedarían a cargo de los promotores.
AGENTES QUE PARTICIPAN	Las actividades de Promotoras de salud empiezan a entrar en una fase de expansión Médico del municipio. Coordinador Médico de ONG (con escasa participación dentro del municipio y mucha en las reuniones de zona). Promotor de salud: Coordinadores Alejandro, Lupillo y Facundo, Capacitadores (Gerardo, Misael, Tomas y Tulio), Revisores de Censos, Alberto, Rambo, Tulio, Logística, 2 promotores, más los otros 46 promotores de salud.
OBJETIVOS O LOGROS	Los promotores toman más decisiones y tienen más responsabilidades. Se realizó última reunión de planeación y despedida del médico Las coberturas de vacunación llegaron en dos años hasta un 77.8% en niños menores de 5 años, el 60 % de las comunidades tenía un promotor que podía vacunar su comunidad de manera autónoma, el 95% de las comunidades que tenían promotor podía vacunar a su comunidad. Los promotores se dieron cuenta de que podían realizar campañas de vacunación de manera autónoma, atender personas enfermas y capacitar a otros promotores Los promotores se mantuvieron coordinados con las parteras para atender mujeres embarazadas y promotores y el Médico. No se presentaron muertes maternas en las comunidades que cuentan con promotor de salud. Un grupo de promotores conocieron y realizaron todo el proceso que conlleva hacer un taller de capacitación como la planeación de temas, contenidos, metodologías, materiales, tiempo, e impartición.
RAZONES DE CAMBIO DE ETAPA	Próxima terminación del proyecto de fortalecimiento de salud en el municipio. Salida del Médico del municipio por interés en continuar con estudios de Maestría.
PROGRAMAS	Vacunación, control prenatal, atención médica en 3 microclínicas, capacitación de promotores, Formación de capacitadores
TRANSICIÓN	Se trabajó el último de mes
Este momento tuvo una duración de un mes (Marzo a Abril de 2007)	

Fuente: Elaboración propia

Al final se cumplió mi objetivo inicial, que los promotores de salud supieran hacer lo que yo hacía. Además se cumplieron objetivos que no eran los míos sino de los promotores de salud, del grupo de promotores y del EZLN, algunos promotores aprendieron a atender personas, a dar medicamentos, a vacunar, a capacitar, y lo más importante es que se habían dado cuenta de que podían hacer las cosas, que podían mantener en funcionamiento su sistema de salud, que era realidad el Sistema de Salud Autónomo Zapatista, ahora podíamos decir que habían trabajado hacia la autonomía, que habían aprendido a trabajar en grupos, que habían perdido el miedo a vacunar, capacitar, a hablar. Fuimos el municipio que tenía el mayor porcentaje de cobertura de vacunación, sin afán de competir y contemplando que si a otros municipios les iba mal eran parte de nuestro esfuerzo y trabajo ya que éramos integrantes del mismo Caracol, fuimos un municipio que instauró el programa de control prenatal de manera conjunta con las parteras, el que no tuvo ni una muerte materna en los lugares donde tenía sus promotores de salud, el que formó

capacitadores, el municipio en dónde más del 90% de los promotores podía vacunar de manera autónoma su pueblo, en el que se tuvieron pugnas por el poder y que al final el objetivo del grupo, la autonomía, era el que terminaba guiando el trabajo, en donde las comunidades mantenían y alimentaban al médico. La experiencia se consideró positiva para todos, todos aprendimos, transformamos la realidad y nos transformamos con ella. En el momento de mi salida, ellos tenían que continuar con la construcción de su autonomía, en mi caso sentía que era el momento de partir pues mi estancia en el municipio no tenía ya razón de ser.

Conclusiones de la sección

Las prácticas pedagógicas en salud se consideraron positivas a nivel individual y colectivo. Se muestra como al interior del grupo de promotores las actividades eran organizadas por el promotor Alejandro y por el Médico, al final se realizaron grupos de trabajo con distintas tareas como la de vacunar, capacitar otros promotores(as), y coordinación de actividades en el municipio. Además se consolidaron los espacios de atención a la enfermedad llamados microclínicas y algunas casas de salud, lo anterior permitió el fortalecimiento de la identidad y del proceso de autonomía a nivel local, municipal y regional.

Las condiciones identificadas como facilitadoras del trabajo anterior fueron: Primera, la cada vez menor participación de ONG's permitía una sola coordinación del trabajo en el municipio; segunda, el trabajo de formación que habían hecho previamente otras organizaciones con los promotores de salud, aun cuando siempre estuvieron relegados de las tomas de decisión y de los recursos que dominaban las ONGs y la experiencia que tenían los viejos promotores; tercero, el proyecto en el que estuvieron inmersas las prácticas pedagógicas se realizó en coordinación con autoridades y coordinadores de salud del municipio y cuarto, el proyecto de fortalecimiento del SSAZ se realizó en un contexto de militarización y guerra de baja intensidad ante esto se generaron políticas de Resistencia y autonomía por parte de los pueblos indígenas, siendo la autonomía el eje articulador de la salud y de todas las actividades.

Las páginas anteriores relativas a la descripción de la experiencia son un resumen realizado a partir de los relatos y de las entrevistas a los palabreantes que tienen como objetivo ubicar y entender los sucesos considerados importantes durante las prácticas pedagógicas. No es a partir de este resumen que se construyeron los datos que fueron utilizados en los capítulos de análisis de esta comunicación.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA Y MÉTODO

En este capítulo muestro la metodología con que respondí a la pregunta guía de esta investigación: ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007? Divido el capítulo en tres secciones. En la primera sección incluyo el planteamiento del problema, seguido de un ejercicio metodológico que consistió en realizar un sistema de preguntas desde los conceptos vertidos en el capítulo teórico que me sirvió para plantear el método a seguir y el diseño de este trabajo. En la segunda sección presento el procedimiento general de este estudio, incluyendo la forma en que se seleccionaron los palabreantes, cómo identifiqué la información necesaria para este estudio, los métodos de registro y la manera de construir, analizar e interpretar los datos. En la última sección presento algunos dilemas éticos que tuve que resolver, la manera en que los analicé y resolví. Por último, y a manera de conclusión, presento algunas reflexiones sobre esta metodología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los años de 2005 y 2007 llevé a cabo un conjunto de prácticas pedagógicas con promotores de salud en comunidades autónomas de Chiapas, México, dentro de la conformación de lo que en esas comunidades se reconoce como ‘Sistema de Salud Autónomo Zapatista’. A mi arribo observé cómo médico contratado por una ONG e invitado por promotores de salud de otra zona que existía una estructura de promotores de salud (PS), en donde un sólo promotor tenía múltiples cargos relativos a la salud y a otros aspectos de la vida en su comunidad, pero, dado su exceso de trabajo y relativo aislamiento, no lograba ejercer todos ellos. Con mi llegada se desencadena un proceso pedagógico entre ese PS y yo. Carecíamos de formación o plan diseñado específicamente para iniciar nuestro trabajo conjunto como promotores de salud; en mi caso, tenía escasa vinculación con el resto de los promotores de la comunidad y de la zona en donde se ubica la misma. En la

práctica generamos procesos pedagógicos que provocaron cambios importantes en la magnitud, calidad y distribución de las cargas de trabajo, en particular del trabajo en salud y en los procesos de vinculación con otros promotores. Al finalizar los dos años de trabajo, la organización colectiva alrededor de la salud cambia considerablemente, por lo que me pregunto: ¿qué hicimos, cómo lo hicimos, y cómo podemos utilizar el aprendizaje alrededor de esta experiencia para el beneficio de la promoción de la salud en los municipios autónomos?

Dada la necesidad de formación de recursos humanos en promoción de la salud, considerando la literatura en este campo y el trabajo anterior que han llevado a cabo distintos grupos de la sociedad organizada en relación con la promoción de la salud, me pareció importante seleccionar como enfoque de mi estudio el análisis de esta experiencia para identificar en ella los componentes que pudieran beneficiar el desarrollo de otros procesos pedagógicos críticos cuya finalidad sea la liberación del conocimiento, el avance hacia la autonomía, y la expresión que estos procesos puedan tener en las inscripciones en los cuerpos y en los espacios de los sujetos individuales y colectivos. Haciendo una primera reflexión sobre esta experiencia a la luz de distintas teorías y propuestas, que la o el lector puede revisar en los capítulos anteriores en esta comunicación de tesis, identifiqué tres aspectos a estudiar en el proceso que llevamos a cabo los promotores de salud y yo: las características de los contenidos de conocimiento, significado y valor presentes antes y al final de esta experiencia, y los procesos que mediaron entre la primera y la segunda situación; las características del campo de los promotores de salud en distintos momentos clave donde se observan cambios de ampliación del campo, así como los procesos de capitalización/descapitalización de los agentes participantes; y, por último, las inscripciones, corporeizaciones, proyectos y desarrollo de capacidades humanas identificadas en los promotores de salud, entre los cuales me incluyo, al inicio y al final de las prácticas y los procesos pedagógicos que mediaron entre esas dos situaciones. De esta manera, defino y delimito el problema de la realidad elegido para su estudio como: el entendimiento de las prácticas en promoción de la salud realizadas entre los años 2005 y 2007 en un municipio autónomo, y el entendimiento de los cambios en el conocimiento, el

capital, las inscripciones y corporeizaciones en los sujetos individuales y colectivos que permitan dilucidar los elementos transformadores y saludables de la experiencia.

Pregunta Principal y sistema de preguntas

El planteamiento del problema expuesto y la observación del mismo a través de conceptos relacionados con el poder, el conocimiento, el diálogo y la salud que se desarrollan en los capítulos de marco teórico previos dieron origen al siguiente sistema de preguntas que orientaron el estudio de esta experiencia:

Pregunta principal

¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007?

Sistema de preguntas

¿Cómo sucedió la capitalización/descapitalización de los promotores de salud?

¿Cómo sucedió la transformación del capital en juego en este campo?

¿Cuáles fueron las características de los procesos de apropiación, construcción, reconstrucción y cambio del conocimiento en el proceso pedagógico al interior del campo?

¿Cuáles fueron los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud?

¿Cómo se corporeizaron e inscribieron los cambios en los cuerpos, subjetivo y material de los PS?

¿Qué aporta este trabajo a la medicina social?

¿Desde dónde se realizan estos aportes?

Problematización, reflexión de preguntas y consecuencias metódicas

Dado que el objetivo de este apartado es dar cuenta del proceso de problematización, reflexión realizada para cada una de las preguntas y de las consecuencias metódicas derivadas de dicha reflexión y problematización, el tiempo gramatical en el que

se describe, futuro, se mantuvo intacto, salvo las preguntas de la medicina social que se agregaron al final de la comunicación.

PREGUNTA 1

¿Cómo sucedió la capitalización/descapitalización de los promotores de salud?

Análisis del Problema 1

Preguntar por “cómo sucedió” implica adentrarme al proceso pedagógico por lo que esta parte la tendré que problematizar junto con las preguntas relativas a proceso pedagógico. De esta manera la pregunta queda como ¿cuáles son los cambios en la capitalización/descapitalización de los agentes (promotores de salud y el médico)? Para responder esta pregunta tendría que saber primero cuál es el capital que se intercambia en el campo entre 2005 y 2007, quiénes han sido los agentes que lo intercambian, de qué capital y en qué volumen está dotado cada uno de los agentes. Al problema metodológico que representa el estudio del capital en un momento determinado, se le agrega la necesidad de observar la transformación de ese capital a lo largo de dos años.

Reflexión 1

El propósito de conocer los procesos de capitalización y descapitalización de los promotores es comprender la acción del proceso pedagógico sobre los contenidos de conocimiento y significado detrás de sus prácticas. Entendiendo que estos procesos pedagógicos dentro del campo no se dan aislados de los procesos en otros campos de pertenencia de los promotores, lo primero que tengo que hacer es ubicar el campo de los promotores al interior de otros campos. En tanto que estoy buscando cambio, y entiendo que los cambios en el juego en el campo son usualmente progresivos y en muchas ocasiones imperceptibles, necesito identificar algunos momentos del proceso en donde los cambios ya son identificables por los distintos agentes. Es por esto que el análisis del proceso tendrá que, por un lado, depender de la información que pueda generar en cada uno de esos momentos y por otro lado, vincularse al análisis de los procesos pedagógicos y de apropiación y desarrollo de las capacidades saludables. Dado que este trabajo se hace desde

una mirada retrospectiva, la información que lo alimente tendrá que depender de la visión retrospectiva de los distintos agentes involucrados en el proceso. Algunos de los momentos de visibilidad de los cambios pueden ser definidos desde el inicio del estudio, como es el inicio de la intervención, el momento en que se toma la decisión de expandir la intervención a otros agentes, y el momento de mi salida.

El hecho de que la información dependa de la visión retrospectiva de los agentes que participaron en el proceso presenta algunas limitaciones prácticas como por ejemplo: es probable que a los agentes no los pueda localizar, que la reconstrucción del proceso depende de la memoria de los agentes, lo sucedido puede ser recordado a través de las modificaciones simbólicas ocurridas en su práctica posterior y se pueden combinar características del periodo de observación (2005-2007) con características posteriores, así como presentar versiones en donde los palabreantes tiendan a concebirse como centrales en los procesos pedagógicos. Es por esto que requiero trabajar solamente a partir de datos densos contruidos mediante información obtenida a partir de distintas observaciones relativas exclusivamente a los procesos pedagógicos del campo de los promotores de salud PSSN.

La identificación de momentos clave me puede brindar elementos que permitan la comparación y contrastación de los capitales. Sin embargo, estudiar la capitalización/descapitalización a partir de la identificación de los momentos tiene ciertas limitaciones ya que, por un lado, no muestran el proceso como tal sino solamente el resultado del mismo, lo que me lleva a depender de la observación de los cambios solamente. Esta pregunta apunta a la identificación de capitales más que a proceso de construcción, se necesita vincular las tres dimensiones (capital, proceso pedagógico, capacidad saludable) para dar cuenta del proceso.

Es necesario hacer la distinción que existe entre el caso de los promotores de salud y el campo de los promotores de salud. El referirnos a caso nos lleva a tomar en cuenta el contexto y las situaciones, mientras que el referirnos a campo nos habla de capitales y sus características.

El Campo de los Promotores de Salud del Municipio San Nicolás (a partir de ahora PSSN) se ubica dentro de campos más amplios que son el Campo de Salud del Caracol Nueva Esperanza SCNE, el campo del Municipio Autónomo San Nicolás (MASN) que a su vez son subcampos del Caracol Nueva Esperanza (CNE) que a su vez es un subcampo de la autonomía zapatista, por lo que tiene una relación estrecha con campos de promotores de salud de otros municipios y con campos distintos al de la salud, como el campo de las comunidades, y el campo de las autoridades municipales, regionales y de zona por mencionar algunos. Realizar una caracterización de estos campos no es el objetivo de esta investigación además de que el acceso a palabreantes distintos a los del campo de los PSSN es restringido. Sin embargo, se considerarán de esos otros campos aquéllos elementos que me ayuden a comprender el proceso pedagógico en el campo de los promotores de salud.

Consecuencias ³⁰1

- Responder a lo relativo a proceso de capitalización/descapitalización junto con las respuestas relativas a proceso pedagógico y desarrollo de las capacidades humanas.
- Cambio en la pregunta 1 vista desde Bourdieu, de ¿cómo sucedió? a ¿cuáles son los cambios?
- Estudiar esta experiencia como estudio de caso en donde el caso tiene una unidad única: los promotores y el médico (PSSN).
- Estudiar el caso desde la perspectiva de los campos.
- Caracterizar de forma general a los campos contextuales al campo PSSN y avanzar esta caracterización de acuerdo a como se presente la necesidad de construcción de datos.
- Recolectar información necesaria para caracterizar el campo PSSN.
- Caracterizar el campo PSSN a partir de datos densos³¹.
- Trabajar solamente con datos densos.

³⁰ Las ‘consecuencias’ se refieren a las consecuencias de la problematización sobre lo que habrá que tomar en consideración a la hora de diseñar el método de obtención, ordenamiento, elaboración, análisis e interpretación de la información.

³¹ Para construir un dato denso observé “algo” de la información con la que contaba, relacioné distintos elementos que hablaran de ese “algo” en distintas fuentes de información que al relacionarlos entre sí me dijeran “algo” de eso que observaba.

- Hacer uso de la información con la que ya cuento (informes, diarios, memoria, objetos) para construir un relato rico de la experiencia que será el Relato Uno (RU).
- Retomar el relato uno y recolectar información para re-construirlo a partir de la visión del resto de los agentes (promotores) y con esto lograr densidad y validez de los datos del nuevo Relato Colectivo (RC).
- Trabajar desde “cortes de capitales”.
- Identificar en el relato uno los “momentos clave” para hacer el “corte de capitales”.
- Identificar y recolectar información que me permita caracterizar los capitales de PSSN en cada corte.
- A partir de la construcción de datos mediante la información obtenida en el análisis de capital, construir datos densos que me permitan identificar en cada corte de capital los contenidos de valor y significado ligados a los capitales en juego.
- Recolectar información del relato colectivo que me permita identificar en cada corte quiénes son los agentes que intercambian el capital.
- Recolectar información del relato colectivo que me permita identificar en cada corte de qué capital está dotado cada uno de los agentes.
- Recolectar información del relato colectivo que me permita identificar en cada corte cuál es el volumen de capital del que está dotado cada uno de los agentes, así como quién define las reglas de juego en el campo de los PSSN.
- Recolectar información del relato colectivo que me permita identificar en cada corte las fuentes externas del capital y la salida de capital del campo.
- Comparar y contrastar los resultados de 12 a 17 para lograr un entendimiento de los cambios de la capitalización/descapitalización en su conjunto.
- Relacionar los aprendizajes logrados en 18 con los aprendizajes logrados al responder las preguntas referentes a proceso pedagógico y ejercicio de las capacidades humanas.

PREGUNTA 2

¿Cómo sucedió la transformación del capital en juego en este campo?

Problema 2

En esta pregunta estoy dando por hecho que hubo transformaciones en el capital y que existe un campo con características particulares. Al preguntarme ¿cómo sucedió esa transformación y considerando R1 me pregunto ¿a qué me refiero?

Reflexión 2

Las transformaciones en la especie, el volumen, la distribución y el juego de capital identificadas como respuesta a P1 me permitirán identificar el valor que se le ha asignado a cada uno de esos capitales. Partiendo de que el capital se conforma como resultado de las disposiciones de los agentes en el campo y que el interés de esta investigación es estudiar cómo fue que sin tener una agenda preparada con anterioridad al respecto los resultados del proceso pedagógico, de acuerdo con sus participantes fueron positivos, en tanto el cambio en el ‘entendimiento de las cosas’, por lo tanto en conocimiento, significados y apreciación, necesito interpretar cuáles fueron los cambios de los contenidos de valor y significado que caracterizaban al capital identificado en P1 para poder completar la comprensión del capital y su transformación. De esta manera, al preguntar ¿cómo sucedió? Estoy preguntando sobre los cambios en contenidos de significado y valor del capital estudiado.

Consecuencias 2

- A partir de la construcción de datos mediante la información obtenida en el análisis de capital, construir datos densos que me permitan identificar en cada ‘corte de capital’ los contenidos de valor y significado ligados a los capitales en juego.

PREGUNTA 3

¿Cuáles fueron las características del proceso pedagógico al interior del campo?

Problema 3

Para resolver esta pregunta parto de que habrá un relato del proceso pedagógico, y una caracterización del campo de los PSSN y de las características del capital en juego como producto de de P1 R1 y P2 R2 de Bourdieu. Posterior a esto tengo que saber de qué

manera puedo conocer las características del proceso pedagógico para el entendimiento de la capitalización/descapitalización de los Promotores de salud.

Reflexión 3. Una parte interesante de este caso es que a pesar de que no existía un proyecto pedagógico previamente desarrollado los agentes que participaron en el distinguen como producto un trabajo positivo como tal.

El estudio de las características del proceso pedagógico me permitirá observar y entender su proceso de elaboración y construcción.

El reconocimiento de las características del proceso pedagógico en el campo PSSN requiere de la re-construcción del relato uno, que pasará a ser un relato formulado por diversos agentes (promotores), de este nuevo relato obtendré la información que me dará las características del proceso pedagógico que habré de interpretar en cada uno de los cortes de capital seleccionados previamente (a partir de ahora cortes). Ya identificadas estas características en los distintos “cortes” las ubicaré intencionadamente dentro de la visión de distintos postulados teóricos. Desde la visión de freireana retomaré la teoría de la acción cultural y sus dos matices: la teoría de la acción anti-dialógica y teoría de la acción dialógica que nos dará cuenta de algunas de las intenciones de las prácticas pedagógicas realizadas. Para complementar esta visión freireana y tener una mayor comprensión del proceso pedagógico analizaré en cada punto de corte las características del conocimiento valiéndome de la taxonomía del conocimiento de Chapela y del correspondiente análisis del valor, la validez y la validación del conocimiento lo que me permitirá lograr una visión y análisis en conjunto de las características del proceso pedagógico.

Consecuencias 3.

- Retomar el relato uno y re-construirlo a partir de la visión del resto de los agentes del campos PSSN (promotores) y con esto darle validez y densidad a los datos del nuevo relato colectivo.
- Identificar en cada corte las características del relato colectivo que desde mi interpretación y la de otros agentes del campo PSSN son representativas de los procesos pedagógicos que sucedieron para llegar a la situación de

capitalización/descapitalización previamente identificada en el campo en cada uno de los cortes.

- Recolectar información que me permita identificar los elementos de la acción cultural en las prácticas pedagógicas realizadas en los distintos cortes.
- Recolectar información que me permita caracterizar el conocimiento en los distintos cortes.
- Identificar las características del conocimiento con que contaban los agentes en los distintos “cortes”.
- Identificar cambios en el conocimiento de los agentes entre corte y corte y en el proceso como totalidad.
- Recolectar información que me permita identificar y caracterizar las prácticas pedagógicas (objetos, acciones, agentes, espacios, intenciones, conocimientos, significados y valores) que favorecieron la capitalización de los agentes en el campo PSSN.

PREGUNTA 4

¿Cuáles son las características de los procesos de apropiación, construcción, reconstrucción y cambio del conocimiento?

Problema, reflexión y consecuencias 4. La reflexión y consecuencias de problematizar esta pregunta están contenidas en la pregunta 3.

PREGUNTA 5

¿Cuáles fueron los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud?

Problema 5

Para contestar esta pregunta necesito saber ¿Cuáles eran las características del ejercicio de las capacidades humanas y el proyecto de los promotores de salud en cada

corte? ¿Cómo se relacionan estas características con la capitalización/descapitalización y con los procesos pedagógicos entre corte y corte?

Reflexión 5

El propósito de reconocer los cambios en las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud es identificar la relación entre estos elementos y los procesos de capitalización/descapitalización de los agentes y del campo PSSN en su conjunto.

Algunas características que me permiten comprender la acción del proceso y prácticas pedagógicas sobre las capacidades y proyectos de los promotores de salud son: subordinación (reconocimiento de la subordinación, conciencia de *hábitus*, construcción de campos de opinión, desarrollo de los intereses técnico práctico y emancipador por conocer la salud, desarrollo de voz, conciencia de yo y el otro); diferencia (identidad de promotores de salud expresada en campos distintos al campo PSSN, desarrollo de otras redes de intercambio de capital distintas al campo PSSN, construcción de significado y valores específicos del campo); conocimiento sometido (desarrollo de conocimiento noético, valor y validez del conocimiento asignado por los promotores del campo PSSN, conciencia e identificación del conocimiento institucionalizado y falso, conciencia de los agentes de su capacidad cognoscente, desarrollo y uso de sentido común, de saber popular y experto para resolver problemas de su realidad). En términos de proyecto de los promotores identificaré características de su proyecto colectivo en torno a identificación de necesidades, evaluación de la realidad, acceso a la riqueza y apropiación del proyecto colectivo de los promotores de salud, en términos de la recuperación/construcción de su autonomía. Dado que estoy buscando cambios y procesos de cambio las características anteriores se buscarán intencionadamente en los distintos cortes.

Consecuencias 5

- Recolectar información que me permita identificar las prácticas de subordinación y emancipadoras de los agentes en el campo PSSN en los cortes
- Recolectar información que me permita identificar tomas de posición de los agentes en el campo PSSN en los distintos cortes.

- Recolectar información relativa a subordinación, diferencia y conocimiento sometido para cada uno de los cortes.
- Recolectar información sobre las evaluaciones de la realidad que realizaban los promotores de salud en los cortes.
- Recolectar información relativa a las necesidades generadas por los promotores de salud en los distintos cortes.
- Recolectar información relativa a las características del proyecto de los promotores de salud en los cortes.
- Recolectar información relativa al acceso y formas de acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto en cada uno de los cortes.
- Con la información recolectada en los puntos 1 a 7 construir datos densos a partir de los cuales se puedan identificar los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud.

PREGUNTA 6

¿Cómo se corporeizaron e inscribieron los cambios en los cuerpos, subjetivo y material de los PS?

Reflexión 6

Para responder esta pregunta consideraré las inscripciones y corporeizaciones en los espacios y cuerpos de los agentes que los mismos agentes atribuyan a los cambios en la capitalización/descapitalización logrados como resultado del proceso pedagógico. Ejemplos de estas posibles inscripciones y corporeizaciones son: cambios en las características de la piel, dolores de cabeza, cobertura de vacunación, equipamiento de las casas de salud, disposiciones en el campo, u otros.

Consecuencias 6

- Búsqueda de información gráfica, en dónde se muestre el hexis corporal de los agentes del campo PSSN en distintos cortes.

- Inclusión en los relatos uno y colectivo de experiencias relativas al cuerpo y equipamiento de los espacios de los agentes en los distintos cortes.
- Identificación de necesidades de información que se requiera coleccionar además de la presente en los relatos uno y colectivo, y recolección de la misma.
- Construcción de datos densos a partir de 1-3.

PREGUNTAS 7 y 8

Las preguntas referentes a la medicina social, se realizaron en la etapa final de la investigación al momento en que se realizaron las conclusiones que describían las preguntas descritas de manera particular

¿Qué aporta este trabajo a la medicina social?

¿Desde dónde estoy concibiendo estos aportes?

Problematización

Para contestar esta pregunta, necesito tener el entendimiento de las prácticas y procesos pedagógicos, derivado de dar respuesta al sistema de preguntas relativas a procesos de capitalización, diálogo, de conocimiento y de salud. Al entender los elementos críticos de las prácticas y procesos pedagógicos que posibilitaron cambios en el campo de los promotores de salud y en las capacidades saludables de los agentes en el campo estaré en posibilidad de construir datos a partir de las tesis y conclusiones derivados de cada pregunta y del sistema de preguntas en su conjunto que me orienten a generar las conclusiones y tesis con respecto a los planteamientos conceptuales de la medicina social. Al plantear desde dónde estoy entendiendo estos aportes está implícito que cada aporte puede ser ubicado dentro de una categoría o concepto utilizado en la medicina social, además de estos aportes, me interesa señalar los posibles aportes realizados desde lugares relativos a los ámbitos ontológico, epistemológico y metodológico. Por lo que las respuestas a estas preguntas están dirigidas no sólo a los aportes sí es que los hay para la medicina social en el ámbito de sus conceptos, sino en el ámbito metodológico y

epistemológico. Estos aportes se incluyen en la reflexión metodológica final que se refiere a la forma en que se abordó esta investigación.

Consecuencias 7

- Hacer conclusiones y postular tesis para cada apartado teórico relacionado con capital, campos, conocimiento, diálogo, salud y promoción de la salud
- Hacer conclusiones y postular tesis a partir de un análisis en conjunto de los elementos de C1.
- Considerar las conclusiones y tesis de C1 y 2 como datos y observarlos a partir de las categorías de la medicina social entre las que se encuentran por mencionar algunas las de determinantes sociales, específicamente la determinación relacionada con el poder que es la determinación ideológica del proceso salud enfermedad y las de práctica médica, entendida como la respuesta social organizada al margen del estado.
- Identificar el espacio ontológico, epistemológico y metodológico en el que se encuentra esta investigación y dialogar con los que ha indagado la medicina social.
- Replanteamiento y cambios en su caso en preguntas iniciales.

A partir de la problematización y reflexión del sistema de preguntas anteriores decidí que la pregunta de investigación se mantiene intacta ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007?; realizar un cambio en la pregunta 1 de ¿cómo sucedió? a ¿cuáles son los cambios?; juntar las preguntas 5 y 6; mantener sin cambios el resto de preguntas problematizadas (2-4); juntar la pregunta 7 y 8 correspondientes a la Medicina Social. Lo anterior dio como resultado el siguiente sistema de preguntas que me ayudarán a contestar mi pregunta de investigación:

¿Cuáles son los cambios en la capitalización/descapitalización de los promotores de salud?

¿Cómo sucedió la transformación del capital en juego en este campo?

¿Cuáles fueron las características de los procesos de apropiación, construcción, reconstrucción y cambio del conocimiento proceso pedagógico al interior del campo?

¿Cuáles fueron los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud?

¿Cómo se corporeizaron e inscribieron los cambios en los cuerpos, subjetivo y material de los PS?

¿Qué aporta este trabajo a la medicina social, y desde dónde estoy concibiendo estos aportes?

Diseño del estudio

El diseño de esta investigación no se elaboró al inicio, ni siguió una manera lineal, sino que se fue conformando y develando durante el proceso de investigación. Para plantear el diseño inicié con el planteamiento del problema, del que derivaron los objetivos de investigación entre los que destacan conocer los elementos críticos de las prácticas pedagógicas realizadas. El planteamiento del problema y la identificación de preguntas teóricas y su problematización me permitieron entender que éste sería un estudio de caso cuya unidad de análisis sería el grupo de promotores de salud. De la problematización de las preguntas se derivaron consecuencias metódicas y el método. La manera de seleccionar el método de esta investigación corresponde a lo propuesto por Trow (1957), citado por Martínez (1996), “lo que dicta cuál es el método de investigación adecuado es el problema de investigación”. Lo anterior se relaciona con la consideración de que la selección de una metodología cualitativa o cuantitativa no es una cuestión de método sino de paradigma (*Ibid*, 2010).

Guba y Lincoln (2005) proponen como clasificación de paradigmas a los positivista, pospositivista, constructivismo, teoría crítica y participativo. Si es necesario ubicar este trabajo entre alguno de los paradigmas propuestos por Guba y Lincoln, diré que se encuentra inserto dentro de los “paradigmas alternativos” específicamente el de la teoría crítica, el cual está integrado por una multiplicidad de origen marxista, cuya ontología se basa en el realismo histórico (la realidad virtual en forma social, política, cultural, económica, étnica, de género y los valores cristalizados en el tiempo) con una epistemología de tipo Transaccional /subjetivista en donde los hallazgos están mediados

por valores; y cuya metodología es dialógica y dialéctica. Esta es una tradición ligada a la escuela de Frankfurt y su objetivo es la transformación, la crítica, la liberación y la emancipación (ver tabla 30).

Tabla 30. ASPECTOS DEL PARADIGMA EN EL QUE SE INSERTA ESTA INVESTIGACIÓN.

PARADIGMA	Paradigmas alternativos, específicamente el de la Teoría crítica, integrado por una multiplicidad de origen marxista
Ontología	Realismo histórico (la realidad virtual en forma social, política, cultural, económica, étnica, de género y los valores cristalizados en el tiempo)
Epistemología	Transaccional /subjetivista en donde los hallazgos están mediados por valores
Metodológico	Dialógica y dialéctica

Fuente: Elaboración propia en Base a Guba y Lincoln, 2005.

Al considerar el pensamiento crítico como aquel que nos proporciona a la vez los medios para pensar el mundo tal y como es y tal y como podría ser (Wacquant,2001) y a la investigación cualitativa crítica como una ruta distinta a la positivista para construir conocimiento que nos permita exponer la lógica y las cualidades de los eventos de la realidad que permitan identificar un potencial de cambio en la sociedad, es necesario tomar distancia del pensamiento positivista y sus métodos de validación para entender desde este otro paradigma el fenómeno de la salud.

El posicionar esta investigación en el paradigma de la teoría crítica, me hizo alejarme de los principios básicos bajo los que operan los paradigmas positivista y postpositivista (validez interna, validez externa, confiabilidad y objetividad) y acercarme a otros principios entre los que se encuentran la coherencia ontológica epistemológica y metodológica de la investigación en su conjunto, así como qué tan fidedignos, auténticos y coherentes son los resultados obtenidos, y cuál es su utilidad y capacidad de persuadir a aquellos a quienes se les presenta, esto último considerando que las preguntas y respuestas en las investigaciones son construcciones humanas y estas no pueden ser incontrovertiblemente correctas y que el valor de los resultados no puede lograr su fundamento sólo en la prueba empírica (Martínez, 1996).

MÉTODO

La problematización del sistema de preguntas y de la identificación de la información necesaria para lograr el procedimiento general de la investigación contribuyó a determinar que el trabajo se realizaría en siete fases que describo a continuación:

Primera (Recolección de información y construcción de datos densos):

Redacción de capítulo teórico y metodológico

Realizar un relato rico de la experiencia (relato uno).

Identificar momentos clave y realizar cortes de capitales

Primera recolección de información en campo (construcción e datos densos)

Realizar relato colectivo a partir de reconstruir relato uno.

Caracterizar el campo PSSN en cada corte

Caracterizar los capitales de PSSN en cada corte

Identificar en cada corte de capital los contenidos de valor y significado ligados a los capitales en juego

Segunda (análisis e interpretación de información y de datos densos):

Comparar y contrastar los resultados obtenidos para lograr un entendimiento de los cambios de la capitalización/descapitalización en su conjunto.

Tercera (construcción de datos densos):

Identificar características de los procesos pedagógicos

Identificar elementos de la acción cultural en las prácticas pedagógicas.

Caracterizar el conocimiento en los distintos cortes

Identificar y caracterizar las prácticas pedagógicas que favorecieron o no la capitalización/descapitalización de los agentes en el campo PSSN

Identificar características de las capacidades humanas y proyectos de los promotores de salud

Identificar información gráfica en dónde se muestre el hexis de los agentes del campo PSSN en los distintos cortes (*No fue posible obtener información gráfica*)

Identificar cambios en inscripciones y corporeizaciones en los promotores de salud.

Cuarta (Segundo análisis e interpretación de información y datos densos):

Identificación y recolección de necesidades de información que se requiera coleccionar además de la presente en los relatos uno y colectivo, y recolección de la misma (*En este caso no fue posible una segunda visita a campo*).

Quinta:

Relacionar los aprendizajes logrados en torno al campo y capitalización/descapitalización con los aprendizajes logrados al responder las preguntas referentes al proceso pedagógico y ejercicio de las capacidades humanas, redacción de conclusiones.

Sexta:

Redacción de comunicación

Séptima

Presentación y defensa de comunicación

Información necesaria para lograr procedimiento general para este estudio

La problematización del sistema de preguntas referido anteriormente me permitió construir los pasos a seguir en este trabajo de investigación, entre ellos se encuentran la información necesaria para lograr el procedimiento general de este estudio que mantiene la redacción gramatical en que lo escribí. Agregué al final de cada punto, entre paréntesis y en cursiva, algunas anotaciones cuando las consideré pertinentes.

- Trabajar solamente con datos densos.
- Hacer uso de la información con la que ya cuento (informes, diarios, memoria, objetos) para construir un relato rico de la experiencia (relato uno).
- Estudiar el caso desde la perspectiva de los campos.

- Caracterizar de forma general a los campos contextuales al campo PSSN y avanzar esta caracterización de acuerdo a como se presente la necesidad de construcción de datos.
- Retomar el relato uno y recolectar información para re-construirlo a partir de la visión del resto de los agentes (promotores) y con esto lograr densidad y validez de los datos del nuevo relato colectivo.
- Trabajar desde “cortes de capitales”.
- Caracterizar el campo PSSN a partir de datos densos.
- Caracterizar los capitales de PSSN en cada corte.
- Comparar y contrastar los resultados de 12 a 17 de las consecuencias de la pregunta 1 para lograr un entendimiento de los cambios de la capitalización/descapitalización en su conjunto.
- Relacionar los aprendizajes logrados en 18 de la pregunta 1 con los aprendizajes logrados al responder las preguntas referentes a proceso pedagógico y ejercicio de las capacidades humanas.
- A partir de la construcción de datos mediante la información obtenida en el análisis de capital, construir datos densos que me permitan identificar en cada ‘corte de capital’ los contenidos de valor y significado ligados a los capitales en juego.
- Identificar en cada corte las características del relato colectivo que desde mi interpretación y la de otros agentes del campo PSSN son representativas de los procesos pedagógicos que sucedieron para llegar a la situación de capitalización/descapitalización previamente identificada en el campo en cada uno de los cortes.
- Identificar los elementos de la acción cultural en las prácticas pedagógicas realizadas en los distintos cortes.
- Identificar las características del conocimiento con que contaban los agentes en los distintos “cortes”.
- Identificar cambios en el conocimiento de los agentes entre corte y corte y en el proceso como totalidad.

- Identificar y caracterizar las prácticas pedagógicas (objetos, acciones, agentes, espacios, intenciones, conocimientos, significados y valores) que favorecieron la capitalización de los agentes en el campo PSSN.
- Recolectar información relativa a subordinación, diferencia y conocimiento sometido para cada uno de los cortes.
- Identificar y caracterizar información relativa capacidades humanas y proyecto de los promotores de salud en cada uno de los cortes.
- Con la información recolectada en los puntos 1 a 7 de la pregunta 5 construir datos densos a partir de los cuales se puedan identificar los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud.
- Búsqueda de información gráfica, en dónde se muestre el *hexis* corporal de los agentes del campo PSSN en distintos cortes (*este punto no se llevó a cabo ya que no se tuvo acceso a información gráfica*).
- Inclusión en los relatos uno y colectivo de experiencias relativas al cuerpo y equipamiento de los espacios de los agentes en los distintos cortes.
- Identificación de necesidades de información que se requiera coleccionar además de la presente en los relatos uno y colectivo, y recolección de la misma.
- Construcción de datos densos a partir de 1-3 de la pregunta 6.
- Identificación de los cambios en inscripciones y corporeizaciones.

Selección de los informantes (Palabreantes).

Los informantes (palabreantes) que debían de dar cuenta del trabajo eran los promotores que participaron en la experiencia descrita, para poder platicar con ellos se solicitó en Mayo de 2009 a la Junta de Buen Gobierno del Caracol Nueva Esperanza su visto bueno para acudir al municipio San Nicolás y platicar con los promotores de salud con los que había trabajado años atrás y que habían participado en la experiencia pedagógica descrita en el capítulo anterior. Así me permitieron ir a la clínica central del municipio, platicar con los promotores y traer a la escuela lo observado en la visita. Al llegar a la clínica central entregué al responsable del municipio el permiso de la JBG y me

permitieron quedarme 10 días en la clínica, en los cuales realizaría las notas de campo, pláticas y entrevistas que serían el material con el que construiría el relato colectivo con distintas voces. Con algunos promotores tuve entrevistas y pláticas en la clínica como José, Tulio y JAJ. Los promotores que no tuvieron turno en la clínica me permitieron visitarlos en su casa por lo que tuve que trasladarme a las comunidades donde vivían Alejandro, Alberto, Misael y Lupillo. Por su parte Facundo fue tan amable de acudir a la clínica exclusivamente para platicar sobre la experiencia que habíamos tenido. En algunos casos llevamos a cabo pláticas y en otros entrevistas, previa explicación del porqué de mi visita. Los promotores entrevistados tenían en común las siguientes características: habían adquirido un cargo dentro de la red de promotores en el tiempo que duró la intervención; lo anterior hizo que el vínculo entre los promotores y yo fuera a partir del trabajo; los promotores entrevistados fueron con los que tuve más contacto, laboral y afectivo, ya que viví en su comunidad; por último, haber encontrado al promotor en la visita a campo fue fundamental, ya que a otros promotores no los pude entrevistar.

Con la información que recibí de las pláticas y entrevistas con los promotores fue que conformé el relato colectivo. Dado que la participación de cada uno de ellos en cada espacio fue distinta, cada promotor aportó ideas respecto al trabajo que más había realizado. Por ejemplo, Misael y Tulio me ayudaron a desarrollar el trabajo de capacitación ya que ellos fueron quienes participaron de manera más activa en la planeación e impartición de talleres; Alejandro fue el que aportó elementos de la coordinación al interior del grupo de promotores ya que él era el coordinador de los promotores de salud del municipio; para el tema de vacunación se eligió a Alberto ya que él estuvo presente en todo el proceso de las campañas de vacunación y coordinó algunas actividades; por último, se seleccionó a Facundo en el área de atención médica por haber presentado cambios en su formación como promotor, además, cada promotor iba aportando desde su perspectiva elementos para conformar el relato colectivo.

Trabajo de campo

El objetivo del trabajo de campo era recolectar información que me permitiera hacer un relato rico y colectivo de la experiencia, para cumplirlo preparé las entrevistas a realizar y los palabreantes interrogando al primer relato hecho en base a los informes, cartas descriptivas, papelógrafos, acuerdos, y relatorías de reuniones. Al hacerle una serie de preguntas al primer relato realizado solamente por mí y con todos estos materiales obtuve una lista de 695 preguntas a contestar por los promotores, algunas muy generales y otras más particulares, por la magnitud tuve que depurarlas por temas, por etapa y por promotor de salud quedando 286 preguntas. El trabajo de campo tuvo una duración de 17 días (del 19 de Mayo al 5 de Junio de 2009) se inició el trabajo de campo pidiendo permiso a las autoridades para trabajar con los promotores de salud en responder tres preguntas, qué hicimos, cómo lo hicimos y cómo podemos mejorar nuestro trabajo?, se me otorgó el permiso y después las condiciones hicieron que se cambiara el plan inicial de trabajar las entrevistas en grupos de trabajo. Realicé 5 entrevistas individuales, cuento con las transcripciones y el audio, a promotores de salud que habían tenido una participación importante durante proceso pedagógico y que son las que forman parte del sustento del Relato Colectivo, además realicé nueve pláticas informales con los promotores entrevistados y otros promotores que de manera circunstancial se encontraban en los lugares a dónde tenía que localizar a los promotores seleccionados. Al finalizar el trabajo de campo me quedé satisfecho ya que las entrevistas y pláticas que realicé fueron más un seguimiento y evaluación del trabajo que habíamos venido realizando, entre sujetos, que propiamente el trabajo de mi la tesis (RepTrabCam:5). En el anexo 1 describo un reporte de la visita a campo en la que se describe cómo fue el difícil proceso de localizar y entrevistar a los promotores de salud.

El registro de la información se realizó a partir de una grabadora de audio, se transcribieron las entrevistas. De las pláticas informales se tienen apuntes y citas textuales.

Elaboración de información y construcción de datos

Con la información del trabajo de campo se reconstruyó el relato uno conformándose el relato colectivo, y se escribió el Relato Tres, denominado Relato Relaciones en las que se describe en forma de entrevista y ordenada por temas el proceso con cada uno de los promotores. Una vez escrito el Relato uno, identifiqué las etapas del proceso pedagógico. El criterio para seleccionar los cortes entre una y otra etapa fueron los momentos en dónde se detectaron cambios en los procesos pedagógicos, cabe señalar que el punto de corte es sólo eso, un punto en dónde se observó un cambio, sin embargo, son los antecedentes y el contexto los que hicieron posibles esos momentos de cambio. Los cambios fueron observados en tres dimensiones relacionadas con las prácticas de los sujetos involucrados y fueron: la elección del tema a impartir, que respondía a la pregunta ¿quién eligió el tema?, la designación de los contenidos que respondía a la pregunta ¿quién eligió los contenidos? y la impartición del taller que respondía a la pregunta ¿quién impartió el taller? Al contestar las preguntas anteriores, se identificaron cinco etapas: llegada, inicio, expansión, consolidación y salida las cuales se muestran en el cuadro uno. La etapa de antecedentes corresponde para mí (el médico) al periodo de un año en el cual realicé mi servicio social de la carrera de medicina, y para los promotores momentos del periodo de 1994 a 2004. Por último y para realizar el análisis se tomaron dos etapas de las cinco definidas previamente, a las que se les denominó etapa de inicio y etapa de salida, ya que fue en estos momentos en dónde se identificaron algunos cambios. Quedando la etapa de inicio (Marzo a Agosto de 2005) como la situación inicial a observar en el campo, y la etapa de salida (Mayo de 2007) en la que se observan prácticas y formas de organización distinta a las iniciales. Respecto a la información gráfica que se pretendía recolectar no hubo la posibilidad de hacerlo.

Diseño de análisis e interpretación.

Para realizar el análisis de la información, primero identifiqué algunos conceptos contenidos en el marco teórico que posteriormente, aunque no sólo, denominé “analizadores” (ver los analizadores identificados en la tabla 31).

Tabla 31. ANALIZADORES

Ámbito	Conceptos	Analizadores
SOCIEDAD, SUJETO, PODER	Campo	Objetivos, reglas del juego, límites, fundamentos de asignación de capital, disposición, posición, toma de posición
	Capital	Volumen de capital, tipo de capital Desarrollo de redes de intercambio de capital Conciencia de capital y control de las reglas del juego Reglas para el valor del capital.
EDUCACIÓN, PERSONA DIÁLOGO	Diálogo	Acción dialógica (colaboración, unión, organización, síntesis cultural) Acción antidialógica (Conquista, división, manipulación, invasión cultural)
	Conocimiento	Conocimiento Valores Desarrollo de noesis, Valor, validez, validación del conocimiento, Conciencia de identificación de Conocimiento institucionalizado y falso. Conciencia de sujetos de capacidad cognoscente. Desarrollo de sentido común, de saber popular, y experto para resolver problemas de realidad.
SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	Conocimiento, subordinado	Reconocimiento de la subordinación Conciencia de existencia de <i>doxa</i> y el <i>habitus</i> . Construcción de campos de opinión Interés por conocer (técnico práctico, emancipador) Desarrollo de voz Cambio de reproducción simple a reproducción emancipadora.
	Prácticas de subordinación y emancipadoras de los agentes del campo	Conciencia de yo y del otro. Id de PS expresada en distinto campo "Amarres" de diferencia, reconstrucción y construcción de valores significados propios (Construcción de significado y valores específicos del campo)
	Diferencia	Inscripciones Corporeizaciones
	Características de las inscripciones corporales	Capacidad humana Corporeizada Diseñar, decidir y lograr futuros
MEDICINA SOCIAL (Respuesta social organizada)	Situación de salud para cada uno de los agentes	Intervención específica en Promoción de la salud de una práctica subordinada (a las prácticas hegemónicas del estado)
	Práctica médica	Análisis de Intervención específica en formación de promotores de salud que contempla para ello nociones de persona, sociedad, educación, salud
	Formación de recursos humanos	

Fuente: Elaboración propia

Los analizadores los utilicé en cada una de las etapas en las que se dividí el relato colectivo, en el primer intento de análisis realicé dos columnas, en la columna izquierda coloqué el texto del relato dos y en la derecha le pregunté al texto ¿de qué me habla? de capital, de diálogo, etc. Este primer paso me ayudo para realizar algunos cuadros de vaciamiento de los analizadores y a identificar que ese relato no sería suficiente para buscar analizadores, sino que tendría que utilizar el Relato Tres, y que a partir de ese se haría el mismo ejercicio

de preguntarle al texto de qué me está hablando y contestando con algún analizador. El paso anterior me llevó a tomar las entrevistas como otra fuente de información primordial para el llenado de los cuadros de analizadores, quedando, como principales fuentes de información, el Relato Colectivo, el Relato Relaciones y las entrevistas a los promotores de salud. Abajo muestro un ejemplo de los cuadros de salida en dónde ubiqué la información correspondiente a los analizadores relacionados con la teoría de la acción cultural de Paulo Freire. Cuadros como este se realizaron para cada analizador. Los espacios en blanco son en realidad mucho más amplios ya que cada elemento del cuadro contenía información distinta con la cual se construyeron los datos a partir de los que realicé el análisis. Todos los analizadores se conjuntaron en cuadros semejantes, sin embargo, la manera de presentar las conclusiones variaba, entre un analizador y otro, como en el capítulo donde utilicé como analizadores al capital y campo en donde la información y análisis se presenta de manera gráfica.

Tabla 32. EJEMPLO DE TABLA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

FREIRE: TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA		
	Etapas de inicio	Etapas de final
COLABORACIÓN		
UNION		
ORGANIZACIÓN		
SINTESIS CULTURAL		

Fuente: Elaboración propia

Los datos densos y la interpretación

A partir de identificar información para cada analizador en las etapas de inicio y final, procedí a lo que sería la construcción de datos densos, siguiendo la tabla anterior, para poder construir un dato busqué en el relato y entrevistas la información que me hablara de los elementos del diálogo mencionados en la tabla (colaboración unión organización, síntesis cultural). Al conjuntar información bajo el hilo conductor del analizador en turno, el diálogo por ejemplo, estaría en condiciones de afirmar que conformé un dato denso, es decir, que construí un dato que me permitiera sustentar que las prácticas fueron dialógicas. Siendo dato denso distinto a un mero ejemplo de tal o cual situación. A la construcción de

datos densos le siguió la interpretación correspondiente para cada uno de los analizadores antes descritos, primero la realicé en cada capítulo de análisis y luego en su conjunto todos los capítulos. Después de interpretar realicé las conclusiones que me ayudarían a plantear las tesis de esta comunicación. Por último revisé que las tesis estuvieran sustentadas tanto en el marco teórico como en los referentes empíricos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El objetivo de esta sección es mostrar las consideraciones éticas que estuvieron presentes a lo largo de esta investigación. Para ello identifiqué los dilemas que había tenido en algún momento de la investigación, identifiqué los principios éticos de la medicina clínica y de la medicina social, así como principios emergentes extraídos del marco teórico utilizado en esta investigación, e hice una observación de los dilemas que se presentaron al realizar esta investigación bajo los principios antes señalados, misma que me sirvió para identificar y describir las consideraciones éticas de esta investigación.

Principios éticos

La ética en general se propone orientar, justificar o cuestionar las actuaciones y decisiones humanas (Hortal, 2002:104). La ética médica es la forma en que la filosofía moral ha sido aplicada a la práctica médica en las últimas décadas, esta se ha enseñado en general como deontología médica, la cual se ha enfrentado a dilemas que requieren su fortalecimiento como disciplina filosófica. (López, 2011). Los principios³² de la ética aplicada a la medicina clínica descritos por Beauchamp y Childress (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) son los que dan cuerpo y han guiado a la ética médica, estos principios han tenido limitaciones al momento de intentar utilizarlos en investigaciones relacionadas con la medicina social, por un lado, porque el objeto de

³² “Los principios éticos son aquellos imperativos de tipo general que nos orientan acerca de qué hay de bueno y realizable en unas acciones y de malo y evitable en otras [...] Los principios morales no prescriben actuaciones concretas de forma directa e inmediata, más bien apuntan a los temas y metas que no hay que perder de vista a la hora de actuar y sobre todo a la hora de formular cualesquiera normas o prescripciones morales ” (Hortal, 2002:92).

estudio no es el individuo, sino las colectividades y por otro porque las intervenciones en la medicina social tienen un carácter esencialmente político ya que están dirigidas a modificar las condiciones de apropiación de los beneficios sociales, y a su vez están determinadas por la posición de cada grupo social respecto al ejercicio del poder político y económico. A estos cuestionamientos y dilemas presentes en la salud colectiva se les ha argumentado de manera insuficiente un principio bioético y no biopolítico. Por lo anterior algunos autores proponen que los principios de la medicina social y de la salud colectiva debieran obedecer menos al campo de la bioética y más a principios biopolíticos, tomando como base principios de análisis de la ética política como la solidaridad, la responsabilidad, la precaución, la protección y la participación (López y Tetelboin, 2010).

Al intentar utilizar estos principios para dar cuenta de las consideraciones éticas de esta investigación me surgieron las siguientes preguntas: hay un principio de solidaridad, cómo se manifiesta y ante quién soy solidario, me interesa utilizar este principio, lo puedo utilizar, o me pasará lo mismo que a la investigación en medicina social cuando utiliza los principios de la medicina clínica. Ante los principios de responsabilidad y precaución me pregunté ante quién, ante mí, ante mi profesión, ante los zapatistas, ante los promotores, ante el conocimiento o ante todos, ante quién. Sobre el principio de precaución, me pregunté ante qué o quién. Sobre el último principio, el de la participación, cómo la entiendo, cómo debería ser este principio, como debiera ser la participación si la escritura de esta investigación es de mi autoría y los otros fueron sujetos que colaboraron con su palabra a esta reflexión, cómo medir este principio. El nivel de reflexión de estos principios se encuentra en las acciones de la salud pública y de la medicina social o salud colectiva. Al imaginar principios (con la ayuda de mi directora de tesis) a partir de los conceptos o analizadores utilizados en esta comunicación, propusimos los siguientes: capitalización, ethos, dialogicidad, reflexividad, poiesis. Para desarrollar las consideraciones éticas desde todas las perspectivas, fue necesario identificar los momentos en los que se presentaron dilemas, y observarlos mediante los principios antes expuestos (ver tablas, cuatro y cinco y seis).

Dilemas éticos

Los dilemas de esta investigación se identificaron en diferentes momentos: al seleccionar el tema a investigar; al recolectar la “información”, al solicitar el consentimiento informado a las autoridades comunitarias y a los promotores de salud; al decidir utilizar la “información” recolectada, al momento de mantener la confidencialidad de los participantes, organizaciones y lugares, y al momento de publicar la tesis.

Seleccionar el tema a investigar

Seleccionar como tema de tesis las prácticas en promoción de la salud realizadas en comunidades zapatistas fue un dilema para mí, porque mi intención al trabajar en dichas comunidades durante el periodo en estudio era la de apoyar un proyecto político y no la de obtener un beneficio personal con dicha experiencia como es realizar estudios de posgrado, es decir esta investigación. Esto cambia la forma de entenderme a mí, primero como “compa”, es decir alguien que hace su trabajo por conciencia y con un interés colectivo, y no con un interés individual, como podría ser mi actual interés como estudiante de maestría que es titularme. Esto me llevó a plantearme en algún momento cambiar mi tema de investigación, imaginando como fenómeno de la realidad a estudiar a la medicina social. Lo que hizo que me inclinara por el estudio de la experiencia en promoción de la salud realizada fue la necesidad de entendimiento de mi propia práctica y del entendimiento de las prácticas y procesos pedagógicos en su conjunto para identificar sus elementos críticos y saludables, con el objetivo de contribuir con ello en la formación de promotores de salud en general y en particular de los promotores de salud de comunidades autónomas. Esta decisión tuvo otras consecuencias a lo largo de la investigación como la recolección de la información que abordaré enseguida.

La proceso de recolección de información (Historias)

El proceso de recolección de “historias” tuvo dos momentos el primero relacionado con el acceso restringido a los informantes (palabreantes) y a la información (historias), y

con el consentimiento informado de las autoridades comunitarias y de los promotores de salud para realizar este trabajo. Ante las autoridades comunitarias: En las comunidades zapatistas, han decidido por momentos, no permitir la realización de tesis, esto debido tal vez a la recopilación y utilización de la información generada en la zona por parte del gobierno mexicano para aplicar la estrategia de guerra de baja intensidad (Heredia, 2010), o tal vez por las múltiples experiencias en las que los estudiantes, sean estos de pregrado o posgrado sólo consideran al otro, al indígena, al zapatista, a la comunidad, como un informante del que hay que obtener información para el beneficio propio. Al solicitar el consentimiento informado sobre esta investigación expliqué qué es lo que estaba haciendo y el por qué de mi visita a las comunidades, palabras más palabras menos el consentimiento fue el siguiente: Vengo por diez días, he trabajado con ustedes antes y lo que quiero hacer ahora es una evaluación con los promotores de salud del trabajo que hicimos durante dos años para saber que hicimos bien y qué hicimos mal, y quiero llevar lo que encuentre a la escuela en la que estudio. Me autorizaron a acudir a la clínica del municipio y trabajar como médico, platicar con los promotores y llevar lo que viera a la escuela. De ahí me trasladé al Municipio San Nicolás y le enseñé la hoja que expidieron las autoridades comunitarias al responsable del municipio. Ante los promotores de salud antes de iniciar las pláticas les decía: me interesa saber qué hicimos, cómo trabajamos, y cómo podemos mejorar el trabajo como grupo de promotores de salud con las comunidades, esto yo lo hago porque estoy haciendo mis estudios en la escuela, maestría en Medicina Social, y decidí escribir sobre nuestra experiencia, me gustaría que platicáramos sobre el trabajo que hicimos, hacer como una evaluación de los dos años de trabajo. Algunos me preguntaban si tenía permiso de las autoridades, les comenté lo antes descrito ellos decidían si aceptaban o no, de acuerdo con sus tiempos.

El segundo aspecto es que al escribir estas consideraciones éticas sentí que no era “correcto” llamar informantes a los promotores de salud con los que trabajé durante dos años y con los que tuve y tengo relaciones como compañeros, en llamar entrevistas a las pláticas que tuvimos en el trabajo de evaluación que realicé en durante el trabajo de campo, ni en llamar información a la voz e historia de cada una de las personas con las que trabajé. En ese sentido he preferido utilizar otras palabras de manera arbitraria, para referirme al

proceso anterior, no es en vez de información, historias, sino que considero que la palabra es más correcta, y de eso se trata la ética, de cómo al utilizar la razón en base a lo que creemos que el mundo debería ser, y ser nombrado, por lo tanto no hubo entrevistas sino encuentros, con características dialógicas, no hubo informantes sino “palabreantes”, quienes decían su palabra, y no hubo información sino voz e historias. He tenido una dificultad para nombrar al proceso de condensación de voces e historias que en su conjunto me dicen algo sobre la realidad en estudio, sin utilizar la palabra “dato” o “dato denso”, que es cómo se les conoce, desde mi perspectiva incipiente e intuitiva habría que nombrar esa condensación de historias y voces de otra forma, la imagen que tengo sobre la condensación que en humanidades se le ha llamado dato y en estadística información, es la de una gota de rocío. En tanto continúo con la búsqueda de la palabra precisa continuó utilizando el término como se hace en las ciencias sociales y en investigación cualitativa.

Utilización de “información”

Tiene dos aspectos: el primero en decidir qué hago con las historias recopiladas sobre todo con las historias que pueden causar algún daño a los involucrados, específicamente a los promotores de salud y a su organización. El reconocimiento de las muertes infantiles es un ejemplo de ello, es necesario enunciarlo en este trabajo, para qué, con qué objetivo, o sólo es indispensable hablar de que se han evitado muertes maternas. El entendimiento de las relaciones de poder al interior de las prácticas en salud de los promotores puede ser utilizado para su beneficio por la organización zapatista o puede ser utilizado en su contra por el gobierno mexicano para debilitar sus estructuras organizativas.

Confidencialidad

Otro dilema, que puede parecer obvio, es el de mantener el anonimato, por lo anterior decidí cambiar el nombre casi desde el inicio de la investigación de los “promotores de salud”, de los lugares en los que habitan y de las organizaciones involucradas y de otras personas como médicos que participaron.

Al momento de publicar la tesis

El último dilema es el que está relacionado con la publicación de este trabajo. Hasta ahora lo entiendo como un proceso reflexivo cuya responsabilidad es individual, y cuya autoría es diversa. Así como coautores (as), están todas las voces y entre las que distingo dos, la primera es la asesora de este trabajo que es Coni Chapela y quien ha aceptado, me ha autorizado y ha validado que he utilizado de manera adecuada sus reflexiones y conceptos en promoción de la salud, por lo tanto no hay ningún dilema. El segundo es que la historia de la experiencia en promoción de la salud en estudio se realizó con los promotores de salud, quien desde mi perspectiva dieron la autorización de su coautoría al momento de realizar las pláticas. Sin embargo, el último coautor, es el que está relacionado a la identidad zapatista y a sus procedimientos. Si bien desde un inicio me planteé importante contar esta historia, también desde el inicio me preguntaba si era necesario que yo la publicara, al final decidí contar la historia, y dado que en ella están involucrados los zapatistas como organización, decidí que antes de hacerla pública tenía que hacer un resumen en el que explicara este último dilema, publico este trabajo con su consentimiento y validación o lo hago sin él, y si ellos no desean que se publique esta historia cómo resuelvo esta parte, ya que considero que los resultados son favorables no sólo para su proceso autónomo, sino para otros campos como el de la promoción de la salud emancipadora, el de la medicina social y para mí. Por lo anterior, cuando tenga la tesis final iré con las autoridades y en un escrito diré. “Compañeros, esta es mi palabra, es mi reflexión sobre el trabajo que hice con ustedes durante dos años, con ella concluiré mis estudios de maestría. Como ustedes son también autores me interesa que escuchen esta historia, que le den el visto bueno o no según consideren, que si creen que haya que cambiar algo en lo que no estén de acuerdo que me lo digan y lo haré. Les entrego un resumen para que lo revisen y la historia completa. Espero su respuesta”. En caso de que no les interese o validen este trabajo se resolverá hablando de pueblos indígenas, de autonomía, en otro estado de lo que queda de la República Mexicana, los resultados y la experiencia se quedan igual, sólo que no diré que fue en Chiapas ni en comunidades autónomas zapatistas, aunque parezca obvio.

Cabe aclarar que los dilemas fueron descritos a posteriori, por lo tanto esta una reflexión sobre lo que realicé y sucedió posterior a las decisiones tomadas, excepto el último dilema relacionado con la publicación de la comunicación de tesis que reflexioné antes de escribirla.

En contraposición a la idea de la ética como ejercicio de la razón, la aplicación de principios éticos utilizados las entiendo en este trabajo más como *ethos* que con la idea de ética, sin embargo, esta reflexión no pretende decir si las prácticas fueron buenas o malas, puras o impuras sino desde dónde se pueden analizar. La idea de *ethos* está relacionada a la de habitus (esquema de percepción, pensamiento y acción, como estructura estructurada y estructurante de los agentes, ver capítulo teórico de esta comunicación) de Pierre Bourdieu, y con la idea de morada, “que es el ser, en donde el ser se reconstruye, revalora y resignifica” (Chapela, 2011). Desde estas perspectivas la práctica del investigador se hace desde dentro, desde la morada, desde de su *ethos*, es decir, desde donde el agente se plantea de manera más o menos consciente qué es el mundo. Hay una variedad de *ethos*, como *ethos* de clase, género, entre otros, así los *ethos* identificados en el investigador son el de “compa” (persona que tiene un interés en apoyar la causa zapatista) el *ethos* de maestrante en medicina social, afirmando con esto que la ética no es sólo una práctica meramente racional. Este ejercicio de reflexiones éticas está también atravesado por la morada y *habitus* del investigador que cree que es necesario escribir este capítulo.

Principios y dilemas éticos

A continuación describo de manera superficial las dificultades y posibilidades de observar los dilemas desde los principios de la medicina clínica, de la medicina social, y emergentes propuestos a partir del marco teórico desde el que estoy analizando la experiencia.

Estos principios son utilizados para observar los dilemas de quien suscribe esta tesis con respecto a la elección del tema de investigación, a los promotores y a las autoridades comunitarias. Y se realizó el análisis después y no antes de decidir sobre cada dilema,

excepto el de la publicación de la tesis. Para identificar la utilización de cada principio se utilizaron como respuestas. Sí, en donde se aplicó el principio, No, en donde no se aplicó y NA en donde el principio no aplica a ese caso y no hay una correlación, por ejemplo, en la selección del tema de investigación, los promotores y las autoridades no tienen ninguna competencia de autonomía pero sí sobre el consentimiento informado (Tablas 32, 33 y 34).

Tabla 32. DILEMAS Y PRINCIPIOS CLÍNICOS

DILEMAS	Beneficencia	No maleficencia	Autonomía	Justicia
Selección de tema de investigación.	Sí	NA	NA	NA
Recolección de Historias	Permiso Autoridades C.I. Palabreantes	Sí	Sí	NA
Utilización de "historias"	No	NA	No	No
Confidencialidad anonimato	Sí	Sí	Sí	Sí
Publicación de la investigación	Sí	Sí y No	Sí	Sí

*C.I. Consentimiento informado

Fuente: elaboración propia

Sin hacerlo de manera consiente se cumplieron de manera general los principios de la medicina clínica en cada uno de los momentos donde se identificó un dilema en el proceso de investigación. Excepto cuando el autor de esta investigación decide cómo utilizar la información (historias) y no toma en cuenta a los otros, a los promotores de salud ni a las autoridades comunitarias. Y en el aspecto de No maleficencia y la publicación de esta tesis, en donde debido a la situación de guerra de baja intensidad, la información sobre el movimiento zapatista siempre se puede utilizar en su contra, para desarticular su esfuerzo organizativo. Este principio de no maleficencia, identificado de manera intuitiva primero y de manera racional después, se intentará corregir a la hora de presentar a las autoridades este trabajo y preguntarles si lo aceptan y les interesa que se publique. Pudiendo aplicarse un principio de No maleficencia intencionada. Otra aclaración es que al menos en tres momentos como a autorización de entrar a las comunidades, aceptar platicar sobre el trabajo y la validación de esta investigación, son ellos los que tienen la última palabra.

Tabla 33. DILEMAS Y PRINCIPIOS POLÍTICOS

DILEMAS		Solidaridad	Responsabilidad	Precaución	Protección	Participación
Selección de tema de investigación.		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Recolección de Historias	Permiso de Autoridades C.I. Palabreantes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Utilización de "historias"		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Confidencialidad anonimato		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Publicación de la investigación		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
*C.I. Consentimiento informado						

Fuente: Elaboración propia

La primera dificultad para interpretar esta tabla es que estos principios tienen un desarrollo incipiente en el campo de la medicina social, por lo que el entendimiento de cada uno de ellos puede variar, como es el caso del principio de participación, la cual se puede entender como el llenado de una encuesta, hasta la realización de la misma. La segunda es que al preguntar sobre la aplicación del principio se hace visible la pregunta ¿ante quién o quiénes?, respondiendo en este trabajo ante "los investigados", entre los que se me encuentra quien suscribe este trabajo.

El hecho de haber contestado de manera afirmativa a los principios ético políticos, obedece desde mi perspectiva al "*ethos* de compa" es decir, que hay una solidaridad con su lucha, una responsabilidad y precaución con lo que se dice, una protección de los otros, y una participación, a la hora de pedir autorización y validación para la publicación de esta investigación. Sin idealizar que es el único *ethos* en el investigador, como mostré en los principios clínicos y muestro más adelante.

Tabla 34. DILEMAS Y PRINCIPIOS EMERGENTES.

DILEMAS		Capitalización	Diálogo	Reflexividad	Poiesis	Ethos
Selección del tema de tesis.		Sí	Sí	Sí	Sí	Maestrante Compa
Recolección de Historias	Permiso a autoridades	No	Sí	No	No	Maestrante Compa
	C.I.* palabreantes	No	Sí	Sí	Sí	Compa Maestrante
Utilización de información		Sí	No	Sí	NA	Maestrante Compa
Confidencialidad		NA	NA	NA	NA	Maestrante
En la publicación de la tesis		Sí	Sí	Sí	Sí	Maestrante Compa
* C.I. Consentimiento informado						

Fuente: Elaboración propia

En general el proceso de realización de esta investigación ha obedecido a estos principios, en distintos momentos. Para el que escribe esta tesis ha significado un proceso de capitalización (de capital material y social principalmente), llevado a cabo mediante un proceso de diálogo con los autores utilizados para esta tesis, sus conceptos y con los promotores de salud que participaron en la experiencia, con otros maestrantes en medicina social (Bautista, Covarrubias, Meléndez, y Santos, 2008; Bautista, Lozano, Ramírez, y Santos, 2010). El diálogo con los autores, con la metodología cualitativa crítica, con los maestrantes en medicina social y con el tema a investigar, con los promotores de salud potenció mi interés emancipador, es decir, la apropiación reflexiva de la vida que se puede observar en los trabajos realizados durante el proceso de escritura de esta comunicación de tesis en donde los temas desarrollados estuvieron relacionados con mi *ser y estar* en el mundo (*Ibid*, 2010; Bautista, 2008, 2010 y 2011; Bautista, Lozano, Ramírez, Santos, y Gutiérrez, 2009), Bautista 2011, salud, Bautista, 2011) en donde al trabajar y encontrarme con otros se realicé un ejercicio de poiesis (poiesis es algo que se construye a partir de la reflexión, poiesis es contrario a eyección que es un proceso mediante el cual se le saca al información al otro), es decir, un ejercicio en donde el otro va construyendo conocimiento a partir de la reflexión generada al encontrarse con el otro y decir su palabra, al momento de contar y recrear su historia. El interés emancipador y los procesos metodológicos que se desarrollaron durante la escritura de esta comunicación pueden considerarse como

elementos con potencial restaurador de la salud en el que suscribe esta comunicación, develando el elemento sanador de la investigación cualitativa crítica planteado por Chapela (2010).

Respecto a estos principios en relación con los promotores de salud y las autoridades comunitarias, el proceso de capitalización que fue realizar las visitas de campo con los promotores de salud y hacer una reflexión del trabajo realizado entre 2005 y 2007, en donde las pláticas comprendían el entendimiento de la autonomía desde antes de 1994 hasta dos años después de la intervención, cubriendo las expectativas no sólo del periodo en el que me interesaba indagar, sino las expectativas del proceso de autonomía en salud en su conjunto, posibilitándonos, a los promotores y a mí, darnos cuenta del proceso pedagógico y de nuestros aciertos y errores. Este ejercicio reflexivo, poético, permitió la generación de conocimiento en ese momento, al momento de las pláticas realizadas durante el trabajo de campo.

La resolución del dilema de la publicación de la comunicación idealmente tendría que ser un ejercicio que capitalice a los promotores zapatistas en su conjunto, al dar a conocer parte de su experiencia, en base a un proceso dialógico al pedir su autorización. Así los que tendrían la última palabra serían ellos no el investigador.

Conclusiones de sección

Existen diferentes principios éticos que sirven de referencia para las investigaciones en salud, entre ellos se distinguen en esta investigación los de la medicina clínica y los de la medicina social, que obedecen más aun carácter político. Elegir observar desde unos u otros principios, implica entender las limitaciones y posibilidades que cada visión tiene dado su objeto de estudio, la medicina clínica y el individuo y la medicina social y la salud pública, la sociedad. Al relacionar los dilemas que se me presentaron al realizar esta investigación con los principios expuestos, pude generar unos principios emergentes, que me permitieron y permiten mirar desde los conceptos utilizados en el marco teórico de esta investigación las prácticas en cada uno de los dilemas, esos principios son el principio de capitalización, diálogo, reflexividad, poiesis, y *ethos*. Los primeros cuatro me permitieron

entender las características dentro del proceso de investigación vistas desde mi propia manera de observar el fenómeno de la salud, y contestar preguntas como ¿fue dialógico el proceso con los palabreantes, se llevó a cabo un proceso de capitalización al recoger las historias de cada uno de los promotores, se llevó a cabo un proceso reflexivo durante las “entrevistas” que generó conocimiento durante el proceso?, mientras el concepto de *ethos* me permite entender desde qué esquemas de percepción pensamiento y acción, tomé decisiones cuando se me presentaron los dilemas en esta investigación en salud. Cuatro dilemas fueron decididos desde el *ethos* (Selección del tema a investigar, recolección de historias, utilización de información y confidencialidad) mientras el último dilema relativo a la publicación de la tesis se refiere a una reflexión desde lo considerado debe ser. Al identificar el dilema, los principios y los argumentos necesarios para sustentar la decisión de pedir permiso a las autoridades comunitarias para la publicación de los resultados de esta investigación.

REFLEXIONES METODOLÓGICAS

En esta investigación la realidad es una experiencia de dos años en la que se conformó un grupo de promotores de salud, en el que yo, el médico, estaba incluido, dicha experiencia se desarrolló en un contexto de guerra de baja intensidad instruida por parte del Estado Mexicano y de resistencia y construcción de autonomía por parte de un grupo de la sociedad civil. El interés por estudiar esta experiencia de promoción de la salud como un caso a analizar desde conceptos de distintas teorías y escuelas es una necesidad personal que suponía me permitiría entender, identificar el potencial de cambio y transformar mis propias prácticas y las de otros sujetos inmersos en procesos de formación de promotores de salud y en prácticas de promoción de la salud, situando así este trabajo dentro del paradigma de la teoría crítica.

Mirar desde un marco conceptual esta práctica específica requiere de un proceso complejo de abstracción, en este proceso es fundamental señalar qué elementos de la realidad se pueden conocer, he aquí la importancia del marco teórico utilizado en esta y en cualquier investigación, ya que es a partir de conceptos y clasificaciones que se describe y se da

cuenta de la realidad. Así, al elegir lo que se puede conocer estamos expresando, de manera consciente, en el mejor de los casos, o inconsciente, las clasificaciones del mundo, es decir, el paradigma al que pertenece nuestra realidad. Enseguida presento tres ejemplos de cómo la realidad y el mundo se transforman según lo interroguemos y nos acerquemos a él. En la experiencia en estudio se pudo sacar un perfil de morbilidad y mortalidad y describir de qué enferma y vive la gente con la que participé y agregarle algunas variables como edad, sexo, clase social, género, generación etc. Este planteamiento reduce la realidad a la enfermedad y mortalidad de las personas y es característico de la epidemiología clásica. Estos aspectos pueden ampliarse y ahora entender a la salud y a la enfermedad como un proceso social e indagar en la determinación social del proceso salud-enfermedad y en las formas de atención del grupo en estudio, así como en las relaciones de hegemonía por parte del estado a dicha población. Esta otra manera de interrogar la realidad nos lleva a pronunciarla de otro modo y por ende a actuar en ella según la determinación social del Proceso Salud Enfermedad-Atención (PSEA). Otra forma, que complementa a las anteriores por mostrar otra cara de la realidad, indaga sobre el fenómeno de la salud y vuelca su entendimiento sobre cuestiones relacionadas con las capacidades humanas de los agentes y la posibilidad de imaginar y construir proyectos individuales y colectivos. Las tres formas de indagar sobre el fenómeno de la salud tienen su propia dificultad, ninguna la considero como la única verdadera, cada una tiene sus propias clasificaciones y por ende acercarnos desde una u otra perspectiva nos lleva a conclusiones distintas.

Entender estas diferencias y que nuestras prácticas en salud y promoción de la salud provienen de la forma en que pensamos, miramos, y cuestionamos el mundo y a nosotros mismos, el acercamiento a los conceptos y a la investigación cualitativa crítica me permitió elegir de entre estos modelos al de la promoción de la salud emancipadora y al de la medicina social, cambiando con esto mi forma inicial de entender la realidad en salud.

Interrogar las prácticas pedagógicas realizadas desde distintitos lugares y niveles me permitió entender particularidades desde cada una de las visiones seleccionadas y entender las prácticas en su conjunto. A partir de generar una pregunta principal, realicé una pregunta guía y un sistema de preguntas utilizando conceptos de distintos ámbitos como la

sociología, la filosofía, la medicina social, la pedagogía y de planteamientos como el de la promoción de la salud que se encuentra en la frontera de estos y otros ámbitos. Elegir estas implicó abandonar el abordaje de otras clasificaciones y categorías por lo que ningún trabajo dará cuenta de la realidad tal y como es, sino que permite entender una parte de ese fenómeno de la realidad.

Indagar desde conceptos de la medicina social me permitió ubicar esta investigación como un caso de prácticas de promoción de la salud subordinado en relación con las prácticas hegemónicas institucionalizadas a través del Estado; indagar desde la sociología de Pierre Bourdieu me permitió entender que la sociedad es relacional y que los sujetos son agentes que todo el tiempo realizan intercambios de capital, de poder, en redes de intercambio de capital denominadas campos. Conocer el volumen de capital que detentaban los agentes en el campo en estudio, los intercambios que hacían, sus posiciones al interior del campo y su toma de posición me permitió entender la lógica del funcionamiento del campo de los promotores de salud, y por consecuencia la lógica del funcionamiento del poder así como los valores y reglas del juego del mismo; indagar con los conceptos de la teoría de la acción cultural que plantea el pedagogo Paulo Freire me permitió conocer los elementos dialógicos y antidialógicos de las prácticas de los promotores de salud y del médico, es decir, elementos favorables a la autonomía, a la liberación o dominación del conocimiento; por su parte los conceptos de la promoción de la salud emancipadora me permitió entender de qué manera los cambios en las estructuras de poder (campos) produjeron cambios en las inscripciones y corporeizaciones de los sujetos individuales y colectivos, así como el desarrollo de sus capacidades humanas que les permite el desarrollo entre otros de su salud y de la apropiación de la vida.

Interrogar la realidad desde las perspectivas antes descritas me llevó a problematizar la pregunta principal de esta investigación y a realizar un sistema de preguntas sobre cómo y qué conocer de las prácticas en estudio. Esta problematización me permitió generar para cada pregunta reflexiones y consecuencias metódicas que serían el punto de partida para la realización del método. Se reconoce que esta forma de problematizar esta está marcada por valores, sociales, políticos, culturales, económicos y de género.

La forma en que identifiqué la información necesaria para responder al sistema de preguntas, los palabreantes y los métodos de recolección de información se describe en líneas previas de este capítulo. Dado que esta investigación es un estudio de caso en el que se da cuenta de las prácticas pedagógicas realizadas, los palabreantes seleccionados fueron los que habían participado en la experiencia y que pude contactar para realizar pláticas y entrevistas, recordemos que para acceder a los palabreantes tuve que pedir permiso a las autoridades comunitarias, lo cual tiene consideraciones éticas que están desarrolladas en una sección de este capítulo.

Elegir contar la experiencia a partir de distintas personas y de distintas fuentes como informes médicos, evaluaciones, bitácoras, entrevistas, pláticas y plasmar en dos relatos colectivos en donde se condensaría la experiencia y a partir de la cual se realizaría el análisis como estudio de caso fueron las primeras decisiones relacionadas con el análisis e interpretación, otro aspecto crucial fue la creación y elección de analizadores que al alternarnos con los datos densos construidos darían lugar a la interpretación de este de la realidad en estudio. Lo anterior me lleva a nombrar la metodología de esta tesis como un estudio de caso, por lo que no es posible generalizar los resultados para otros espacios y tiempos, pero sí posibilita un entendimiento de semejanzas o divergencias con otras realidades. Otro aspecto es que en la investigación cualitativa crítica es imposible distinguir una relación entre causas y efectos de las prácticas y procesos pedagógicos, sin embargo, sí se pudo establecer una relación interactiva que permitió identificar los cambios durante el proceso y a partir de ahí hacer una interpretación de los mismos.

Para escribir las consideraciones éticas de esta investigación se retomaron los principios de la medicina clínica, algunos planteados por la medicina social y se propusieron algunos principios emergentes como capitalización, diálogo, poiesis, reflexividad, *ethos* provenientes del marco teórico utilizado para observar los dilemas éticos que se presentaron durante la realización de esta comunicación de tesis.

Este ejercicio de reflexividad metodológica busca mostrar la coherencia ontológica, epistemológica y metodológica que se buscó durante todo el trabajo de investigación.

Reafirmando los postulados de distintas disciplinas y campos de conocimiento entre los que se encuentra la medicina social y la epidemiología crítica, la promoción de la salud que afirman que la metodología de una investigación requiere una vigilancia ontológica y epistemológica y que la elección de una metodología cuantitativa o cualitativa no es una cuestión de método sino de paradigma que el investigador define al momento de elegir el fenómeno de la realidad a estudiar y al momento de interrogar e interrogarse en esa realidad.

Descubrir mi interés emancipador al realizar esta investigación, involucrarme en procesos dialógicos al realizar la escritura de esta comunicación de tesis y elegir a la investigación cualitativa como forma de aproximación a la realidad me posibilitaron identificar el elemento sanador de la investigación cualitativa crítica y a encontrar sentidos en mi *ser* y *estar* en el mundo.

CAPÍTULO 5

SOCIEDAD, ORGANIZACIÓN Y PODER

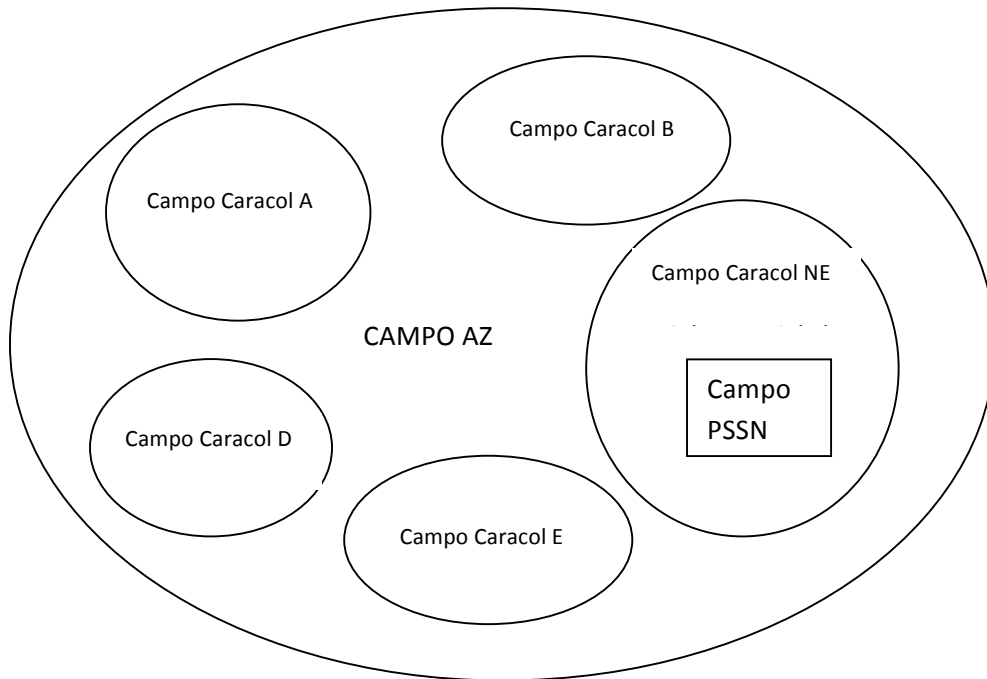
El propósito de este capítulo es, con base en la información recolectada, analizar las relaciones de poder en distintos momentos de la intervención pedagógica a la que se refiere esta comunicación. Este análisis lo haré con la ayuda de los analizadores de los campos y el capital como propone Pierre Bourdieu³³. Los momentos seleccionados para analizar las prácticas en la intervención, fueron las etapas de inicio y de salida por las razones y como se explica en el capítulo metodológico de esta comunicación. Este análisis aportará elementos para responder la pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en Salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007?

Como se muestra en la figura 1, el Campo de los Promotores de Salud del Municipio San Nicolás (PSSN), en donde se enfoca este análisis, es también un subcampo del Campo de Salud del Caracol Nueva Esperanza (SCNE) y del campo del Municipio Autónomo San Nicolás (MASN), que a su vez son subcampos del Caracol Nueva Esperanza (CNE), que a su vez es un subcampo de la autonomía zapatista³⁴ (AZ). Al enfocarse el análisis en la intervención pedagógica, el PSSN será estudiado como el campo de referencia.

³³ En el capítulo 2 de esta comunicación se exponen los elementos de la teoría de la reproducción y la práctica de P. Bourdieu que ayudarán en este capítulo a lograr lo que se propone.

³⁴ En este trabajo el campo de la Autonomía Zapatistas se refiere a un proceso de construcción de autogobiernos de facto, donde se tiene como principio mandar obedeciendo, que tienen jurisdicción territorial en los denominados municipios autónomos zapatistas de Chiapas, México, que plantean un “desarrollo autogestivo” en distintos ámbitos de la vida cotidiana, entre ellos la salud y reivindica el carácter de identidad multicultural sin menoscabo de la soberanía nacional (Cerdeza, Paz y Larrea, 2004:22)

Figura 5. EL CAMPO PSSN,
UN SUBCAMPO DE LOS CAMPOS SCNE, CNE Y AZ.



Este capítulo inicia describiendo las características y movilidad del capital de cuatro palabreantes seleccionados como se explica en el capítulo metodológico. Posteriormente llevo a cabo el análisis de las características del campo PSSN que incluyen sus objetivos, reglas del juego y límites, así como su disposición, posición, y toma de posición. Finalmente se retoma este análisis en las conclusiones sobre las relaciones de poder en el campo.

Los datos que presento en el interior de las tablas provienen de diversas fuentes, entre ellas las más utilizadas fueron las entrevistas a los palabreantes y los relatos colectivo y de relaciones cuya explicación se hace en el capítulo metodológico. Cada dato está acompañado de una información entre paréntesis la cual señala su origen, fecha y la página en donde se localiza, por ejemplo, en el siguiente dato:

Desde el 81 que se hizo la casa de salud y daba yo la atención a la gente (EntAleMay09:50).

Las letras “EntAle” son abreviaturas para saber que el dato se obtuvo de la entrevista al informante Alejandro, mientras que “May09” se refiere a la fecha en que se recabó la

información, es decir en Mayo del 2009, por “último se encuentran dos puntos y un número “:50” que ubican el número de página de la transcripción de la entrevista en donde se ubica el dato.

Para el análisis de la información, la interpretación y la construcción de datos, leí las entrevistas y los relatos párrafo por párrafo; a partir de la lectura decidía a qué analizador o analizadores pertenecía sin interpretar el sentido de la información; a partir de esta primera selección realicé los primeros cuadros de salida, que contemplaban los analizadores seleccionados. Estos cuadros los complementé con una segunda búsqueda directa de datos en las fuentes de información. Una vez elaborada la información procedí a la interpretación de acuerdo con los analizadores en que se ubicaba cada párrafo. Para conocer el significado de todas las abreviaturas utilizadas y una explicación más amplia sobre el método realizado se refiere al lector al capítulo metodológico de esta comunicación.

EL CAPITAL EN EL CAMPO PSSN

En este apartado presento las características del capital en juego en el campo PSSN en dos momentos de la intervención pedagógica. Describo los tipos de capital para cada uno de los agentes en estudio y la movilidad del capital en el campo.

Composición del capital. Inicio

En las tablas 35 a 38 muestro las características del capital detentado por los agentes del PSSN en las etapas de inicio.

Tabla 35. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE ALEJANDRO. ETAPA DE INICIO

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Bienes materiales	<i>Desde el 81 que se hizo la casa de salud (EntAleMay09:50) En el mes de Agosto llegaron al municipio San Nicolás los medicamentos contemplados en el proyecto de salud del caracol (InfMun0805).</i>
	Accesibilidad	<i>Las llaves y el acceso a la casa de salud, la Red Fría, lo tenían el promotor Alejandro y Misael. Tenían acceso a materiales que existían dentro de la microclínica, a la red fría y a los materiales de la vacunación (RelCol:25-24).</i>
	Transporte	<i>Alejandro era el responsable de los vehículos y como él no sabía manejar, Jaj y yo íbamos como choferes (RelCol:39) El medio de transporte en las campañas eran dos camionetas, una pertenecía a la zona y otra estaba dedicada a exclusivamente para el traslado de las mujeres (RelCol:33).</i>
Cultural	Incorporado	<i>Habla tzeltal, sabe leer y escribir español, fue nombrado como promotor desde 1981... sabe de herbolaria y de alopatía que aprendió en la comunidad y en capacitaciones (RelCol:27)</i>
	Conocimiento	<i>...pero nadie sabía la mera verdad, Alejandro dice que sí ya sabía pero la mera verdad yo creo que no, pero dice él que sí ya sabía, bueno pero digamos que sí, pero sólo él, pero el resto, no era puros nuevos (EntAlb,09:8)</i>
Social	Identidad	<i>Un grupo de promotores, pero puros zapatistas (RelCol:14).</i>
	Cargos	<i>Dentro de la red de promotores de salud tenía (y desempeñaba) múltiples cargos: coordinador de proyecto de salud del Caracol, coordinador general de salud del municipio, promotor de salud comunitario, responsable de la microclínica [...] Además atendíamos juntos la coordinación de las campañas de vacunación y de las capacitaciones. (RelRel:5). ...ha participado en el Sistema de Salud Autónomo Zapatista desde su fundación (RelCol:27)</i>
	Cumplimiento	<i>Ale: de por sí que siempre cumplo y por tu cumplimiento que te responsabilizaste del trabajo, te preocupas te de los promotores, de cómo capacitarlos, y también de ver las necesidades que hacían falta dentro del municipio entonces ahí en todo eso fue el reconocimiento (que me dio OSI) (RelRel:28). ...eso habla de la constancia y de lo bien que ha venido desarrollando su papel como coordinador, ya que según Lupe, "si una persona no cumple con su cargo de manera adecuada ¡Va para afuera!" (EntLupMay09:M).</i>
	Relacionado a otros campos	<i>Tenemos, por ejemplo, el Médicos Para Todos, es una organización internacional, ese podría ser que nos echa buen vistazo, que ellos sacan la vacuna (EntAleMay09:53) ...y han discutido aquí en la reunión de las autoridades y de los locales de cada pueblo, hay que dejar libre a los compas, porque están haciendo un trabajo de la salud (PlatAleMay09:3).</i>
	Reconocimiento	<i>Yo te digo que he aguantado porque en mi pueblo me han dejado[...] Tampoco pasamos en turno en radio cada 15 días, ahí me han dejado libre, ya no paso en el radio ya no trabajo colectivo en la comunidad, si hay trabajo colectivo aunque esté ahí, yo hago mi trabajo. Por ejemplo si hay trabajo, se avisa a las bases, va a venir a trabajar, pero a nosotros ya no nos toca ir (PlaAleMay09:3). Para desarrollar el cargo de promotor de salud, tuvo que ser elegido por la comunidad, para desarrollar el cargo de coordinador de proyecto lo eligieron los Promotores de Salud de otros municipios, y para desarrollar el cargo de Coordinador General de Municipio, lo designaron los promotores de salud del municipio San Nicolás.</i>
	Decisiones	<i>La toma de decisiones del municipio recaía en su figura y de manera secundaria en Gerardo (RelRel:29). En cuestiones logísticas quien tomaba las decisiones era Alejandro, [...] pues ellos valoraban las capacidades de los promotores (RelCol:37).</i>
	Composición general	<i>Detenta las tres especies de capital, el volumen total es muy abundante, principalmente a expensas de capital social</i>

Fuente: elaboración propia

Tabla 36. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DEL MÉDICO. ETAPA DE INICIO

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Accesibilidad	<i>Acceso a las microclínicas y los materiales existentes [...] a la red fría y a los materiales de la vacunación (RelCol:24).</i>
Cultural	Incorporado	<i>Mi formación era la medicina y sabía hablar poco y entender más el idioma tsotsil (RelCol:26)</i>
Social	Relacionado a otros campos	<i>...El papeleo, ¿eso cómo fue pues, al inicio quién lo hacía todo el papeleo, yo lo hacía todo? (EntAlbMay09:). Recibí una invitación de promotores de salud pertenecientes a una ONG para trabajar como médico en la zona selva durante dos años (RelCol:10)</i> <i>Un Médico y nos lo recomendó Javier de MOPS y nos dijo ese trabaja en comunidad y también tiene buena relación con la gente y sabemos que aguanta la chinga y aguanta el hambre y también está acostumbrado de vivir en las comunidades, y a comer aunque sea pozolito, y frijolito pero también ha trabajado y no ha tenido problemas (RelCol:20)</i>
	Cargos	<i>Desempeñé actividades de coordinación, atención médica y capacitación en el municipio autónomo (RelRel:21), El hecho de que yo fungiera como Chofer ... (RelCol:39).</i>
	Decisiones	<i>El tema era elegido por el médico y el coordinador Alejandro o ambos, algunos de ellos se formularon a partir de la reflexión de los problemas existentes en el municipio (RelCol:30).</i>
Composición general		<i>Detenta las tres especies de capital. Volumen total es abundante a expensas de capital social</i>

Fuente: elaboración propia

Tabla 37. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE MISAEL. ETAPA DE INICIO

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Acceso	<i>Las llaves y el acceso a la casa de salud y a los materiales lo tenían el promotor Alejandro y Misael (RelCol:24,25).</i>
Cultural	Incorporado	<i>Estudio hasta la primaria, sabe leer y escribir, habla bien el español y el tseltal... como promotor de salud tiene alrededor de 15 años (RelCol:27)</i>
Social	Identidad,	<i>Un grupo de promotores, pero puros zapatistas (RelCol:14)</i>
	Cargos	<i>Dentro de la comunidad no tenía más cargo que el de promotor de salud y dentro de la red de promotores de salud era el segundo encargado después de Alejandro de la microclínica (RelCol:27).</i> <i>La gente reconocía su trabajo para atender pacientes (RelCol:27).</i>
Composición general		<i>Detenta poco capital de las tres especies. El volumen total es escaso..</i>

Fuente: elaboración propia

Tabla 38. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE JOSÉ. ETAPA DE INICIO

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Acceso	<i>A las vacunas y a los censos (RelRelA:1).</i>
Cultural	Incorporado	<i>José, tenía unos 30 años [...] estudio hasta la primaria, hablaba español y tzeltal, sabía leer y escribir. Fue nombrado como promotor en 2005, por lo que su formación como promotor la realizó durante los dos años que estuvimos juntos. (RelRelA:1).</i>
Social	Cargos	<i>Era promotor de primer nivel (PlaJosMay09:3) del grupo de promotores, pero puros zapatistas (RelCol:14).</i>
Composición general		<i>Detenta muy poco capital de las tres especies. El volumen total es muy escaso..</i>

Fuente: elaboración propia

En las tablas 35 a 38 muestro las características del capital de cuatro agentes del campo PSSN en la etapa de inicio, en ellas se observa que el capital material en juego en el campo consiste en microclínicas, casas de salud, equipos de red fría, medicamentos, vacunas, materiales de vacunación, alimentos, medios de transporte como vehículos, llaves y por

tanto acceso a los espacios y materiales que se encuentran en el interior de las microclínicas; que los agentes que detentaban mayor acceso al capital material eran Alejandro y el médico, y los que detentaban menor capital material eran Misael y José.

En este punto cabe mencionar que el capital material en juego no tiene un dueño como tal, no vale en tanto propiedad, su posesión por un agente u otro es producto del cuidado o consignación del capital, por ejemplo, la microclínica y los materiales que se encuentran en su interior no son propiedad del agente Alejandro, son de la “comunidad” (campo Municipio Autónomo San Nicolás). El agente, al ser el responsable de la microclínica y tener las llaves, detenta el capital en cuestión; otro ejemplo es el que se refiere a los vehículos, Alejandro es el responsable de los vehículos y Jaj y el médico son los choferes nombrados y autorizados por autoridades, dándoles a los tres agentes un acceso a capital material que no tienen otros promotores como Misael o José quienes sólo tienen acceso a las vacunas y los materiales destinados para la vacunación y por tanto detentan un capital material más limitado. Lo anterior indica que la posibilidad de poseer capital económico estaba relacionada con los capitales cultural y social detentados en el campo PSSN.

En cuanto al capital cultural que está en juego en el campo en la etapa de inicio encuentro el saber leer y escribir en español, el hablar, o entender el idioma tzeltal y/o tsotsil, los conocimientos para atender a una persona enferma, sean estos de herbolaria o de medicina alópata, el tiempo y el tipo de formación como promotor de salud o como médico y la habilidad para vacunar a los niños. Los agentes que sustentaban mayor capital cultural en esta etapa eran Alejandro y el médico: Alejandro tenía mucho tiempo como promotor de salud, sus conocimientos para atender pacientes estaban relacionados con medicina alópata y con medicina herbolaria, sabía hablar bien el español y el tzeltal, sabía aplicar vacunas y su formación como promotor había sido amplia; el médico, sabía leer y escribir español, entendía el tsotsil, sabía vacunar, atender pacientes con medicamentos alópatas y con herbolaria, y capacitaba a los promotores de salud. Por su parte el capital que detentaban Misael y José era menor, ambos eran alfabetos, y dado que sólo tenían el cargo de promotor de salud, uno de primero y otro de segundo nivel, su capital cultural a intercambiar en el campo era escaso. El tiempo de formación de cada uno de los agentes fue un capital con

valor en el campo PSSN, el médico, seis años en la Universidad, Alejandro 25 años como promotor de salud, Misael con 15 años y José tenía sólo un mes de haber iniciado su formación como promotor de salud.

En cuanto al capital social en juego se encontraban los cargos dentro de la red de promotores como: promotor de salud, de primer o segundo nivel, médico, capacitador, chofer, responsable de microclínica, de logística en las campañas de vacunación, de censos, de atención “médica”; coordinador de zona, de municipio, de microrregión, de proyecto, de vacunación; atención de enfermos, y ser o no ser zapatista. El capital social en juego estaba concentrado en la figura de Alejandro, ya que tenía relación con otros campos distintos al campo PSSN, por ejemplo, tenía contacto y hacía por tanto parte del campo de salud del caracol, del campo de formación de proyectos de salud; acceso al campo de las autoridades comunitarias a nivel local, regional y de zona; por último, tenía la capacidad de movilizar la red de promotores de salud del campo PSSN ya que era el coordinador de dicha red. En cuanto a los agentes Misael y José, sólo intercambiaban sus capitales al interior de la red de promotores y no podían movilizar a los promotores de la red de salud, por lo tanto su capital social era escaso. El médico participaba en el campo PSSN y en el campo de salud del Caracol, su capital social era menor que el de Alejandro y mayor que el detentado por Misael y José en esta etapa de inicio de la intervención pedagógica.

Por último, lo que hacía que los agentes tuvieran un reconocimiento, y por tanto mayor capital social, al interior del campo eran ser zapatista, haber participado en 1994 en el levantamiento armado, tener un cargo (ya que la comunidad te elegía para realizarlo), haber permanecido mucho tiempo en el cargo (ya que eso era muestra de cumplimiento), ver las necesidades de los promotores o del municipio, atender bien a los pacientes que solicitaban una consulta, cumplir en el trabajo. En el caso del médico, tener un título universitario, conocer el idioma tsotsil, haber trabajado en comunidades rurales indígenas zapatistas, tener buena relación con la gente, aguantar ‘la chinga’³⁵ y el hambre, estar acostumbrado de vivir en las comunidades y no haber tenido problemas en las mismas.

³⁵ La expresión “aguantar la chinga” se refiere a tolerar y por tanto realizar un trabajo que se considera excesivo y extenuante en donde las condiciones laborales no son las deseables.

Composición del capital. Salida

En las tablas 39 a 42 describo la composición del capital de los agentes del campo PSSN en la etapa de la salida, esto es, un año y siete meses posteriores a la etapa de inicio.

TABLA 39. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE ALEJANDRO. ETAPA DE SALIDA.

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Bienes materiales	El mismo que al inicio más: <i>Los medicamentos que llegaron a su microclínica</i> (RelRel:68,92).
Cultural	Transporte	<i>Al acuerdo que llegaron es que la camioneta Nissan se le quedaría en el municipio de San Nicolás, que el responsable de su uso sería Alejandro</i> (RelCol:53).
	Conocimiento	<i>A nosotros nos sirvió mucho esa idea de lo que hicimos durante el tiempo que trabajamos, que fuimos este repartiendo trabajo, porque es una enseñanza para nosotros</i> (EntAleMay09:43)
Social	Pedagógico	<i>Y aunque no es bueno formar así (que nos vienen aplicar una cosa), sino que mejor así como lo estamos haciendo ahorita de sentarnos y corregir los fallos para que después no haya mal entendido</i> (EntAleMay09:43).
	Identidad	<i>Ale: yo siempre les digo el trabajo no es mío tampoco, el trabajo es de la organización, deberíamos cumplir nuestro compromiso cada uno de las áreas, porque sino cumplimos cómo vamos a, cómo va a funcionar la autonomía</i> (EntTulAleMay09:6).
		<i>Alejandro: porque de por sí no lo estamos pagando porque todos estamos trabajando por conciencia</i> (EntAleMay09:3).
	Cargos	<i>Y mi papel era y es ver cómo se resuelven necesidades, y que los promotores sepan que estoy para resolver necesidades para que funcione el sistema de salud y que ellos están también para resolverlas, de manera conjunta</i> (RelRel:9).
	Relaciones	<i>...cada dos meses, había coordinación en las campañas, Informábamos en las asambleas a los promotores de salud, se generaron grupos de trabajo</i> (RelRel:9).
		<i>Como que nos vamos a olvidar como que, de un buen tiempo caminamos hoy, estuvo muy buena la relación, estuvo muy buena el objetivo de trabajo</i> (EntAleMay09:4)
		<i>Médico: "y te dije ya nos parecemos al mal gobierno, porque esa era la vacuna, pero si llegaban cien mil pesos de medicamento, quien iba a tomar la decisión ibas a ser tú también, y los otros los demás no iban a tomar decisión sobre eso, si llegaban cien mil baumanómetros, quien iba a tomar la decisión, no era, para ti no era el problema de la vacuna,(para mi) era el problema de cómo se distribuye lo que llega"</i> (EntAleMay09:15)
	Capital devuelto	<i>Dejó el cargo de coordinador de municipio</i> (MemPP05.07), <i>ya no era el responsable de los cursos de capacitación, ni de la logística de las campañas de vacunación</i> (RelRel:6).
	Composición general	Detenta capital de las tres especies. El volumen es muy abundante a expensas de capital social.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DEL MÉDICO. ETAPA DE SALIDA

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Bienes materiales Transporte	El inicial más: <i>Los medicamentos que llegaron a las microclínicas (RelRel:68)</i> <i>La camioneta Nissan que se quedaría en el municipio de San Nicolás (RelCol:53).</i> <i>Automóvil particular (RelRel:16).</i>
Cultural	Conocimiento	<i>Aprendí a hacer memorias, cartas descriptivas, ¡todo yo lo aprendí aquí, lo aprendí a hacer, no sabía organizar, no sabía de autonomía, de hacer informe, de nada sabía, aquí lo tuve que aprender a fuerza, de enseñar y de aprender de ser maestro no sabía porque nunca lo había hecho así como tú dices, lo aprendes cuando lo haces (EntAlbMay09:61).</i> <i>Yo aprendí con Alfredo eso (que hay que luchar hasta la última gota de sangre), él me lo dijo y creo que le creí, le creí porque de por sí el que ha luchado ¿no? Y porque en el ajedrez también ha luchado ¿no? Y porque quiere otro hijo y a luchado porque le salen puras hijas, ja, ja, ¿no? (EntAlbMay09:45)</i> <i>Facundo me platicaba de la lucha y me decía que Zapata vive eso siempre me contaba, que no estaba muerto porque sigue aquí entre nosotros, eso yo lo aprendí aquí me daba clases de política (RelRel:95)</i>
Social	Identidad	<i>Médico: Cada uno este, todos estos grupos que hicimos, eso también era como generar autonomía Alejandro: Exactamente (EntAleMay09:44; RelCol:75).</i>
	Relaciones	<i>Memoria de promotores: Se planteo propuestas de que el doctor se hiciera responsable de dar capacitación de segundo nivel y los promotores capacitadores, de los cursos de primer nivel. Todos los cursos los planean juntos los 4 (capacitadores y el médico), si no llega ningún capacitador no se dará (curso) a menos que haya avisado, (EntAlbMay09:74)</i> <i>Médico: tú tomaste la decisión solito de formar un grupo, y yo entendí que me hiciste a un lado porque no sé hacer el trabajo. Así entendí en ese tiempo, como que querías venir a mandar [...] y lo que está en mi mente, ya no viene a mandar personas de afuera, sino que lo que viene a mandar es el grupo (EntAleMay09:16).</i>
	Autonomía	<i>Tulio: no porque tú siempre, siempre hablas de todo toda el área y de la autonomía, pero el Memo, nomás vino a hacer su trabajo, no vino a enseñar más de así como se está formando [...] pero con otros promotores y coordinadores no hubo su palabra de eso, su opinión (EntTulMay90:1)</i> <i>El médico: ¿Tú cuál crees qué fue el trabajo que más hice aquí cuando vine?</i> <i>Alberto: Yo creo que es desde la coordinación ¡cabrón!, y por eso, yo digo que si porque, si estábamos mal pues, estábamos mal coordinanos pero estábamos bien o sea que, pero estábamos empezando también, pero es que yo digo que todo está mal (ahora) porque ya no conocemos quien es nuestro coordinador, por lo menos (antes) nos coordinábamos (PlaAlbMay09:2)</i>
	Pedagógico	<i>Alberto: Ahorita Lupe siempre dice no pus Doctor Santiago no se siente que trabajo bien y yo le digo, tal vez nadie trabajo bien [...] yo le digo yo siempre que sí, porque yo aprendí muchas cosas y no aprendí con otros más que con él [...] cada quien con su burra apendejada le digo siempre digo así a Lupillo (EntAlbMay09:66).</i> <i>Alejandro: como tú tomaste la decisión, como llegaste a hacer, tú vas a hacer esto, oye tú vas a hacer esto, oye tú vas a hacer esto así lo jalaste y está bien, está muy bien y los promotores como que sí, como que sí se sentían jalados. (EntAleMay09:43).</i> <i>José: pero Dios quiere que viniste otra vez, es mucho mejor que das tú tiempo para enseñar cómo aplicar la vacuna, [...] pero no hay otro que nos daba mucho tiempo para enseñar, así dicen pues los promotores, el Dr. Santiago es más bueno dicen (PlatJoséMay09:1). los promotores, porque lo vio que enseñaste bien, cuando todavía no sabemos tenemos miedo o vergüenza y cuando tiene ganas usted de enseñar, aprendemos, ...también el censo, todo ya sabemos ya, pero usted lo enseñaste, pero antes no sabemos nada (PlatJoséMay09:2).</i> <i>Misael: entonces aprendí más a hacer censo y dosificar medicamento dos cosas me diste a aprender pero chingón, y es lo que vale (RelRel:81)</i> <i>Alejandro: Nosotros como que, como tú decías que nos sirvió mucho esa idea lo que hicimos durante el tiempo que trabajamos, que fuimos este repartiendo trabajo, porque es una enseñanza para nosotros (EntAleMay09:43)</i>
Composición general		Detenta capital de las tres especies. El volumen es muy abundante a expensas de capital social

Fuente: Elaboración propia

Tabla 41. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE MISAEL. ETAPA DE SALIDA

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Bienes materiales	El mismo que al inicio, más: <i>Los medicamentos que llegaron a su microclínica (RelRel:68,92)</i>
Cultural	Conocimiento	<i>Entonces estuvo bueno el trabajo porque si aprendí mucho ahí porque ya sé vacunar, ya sé llenar el censo[...] aprendí muchas cosas, a dar medicamento, todo de ver parto, ya me avisan las parteras (EntMisMay09:2)</i> <i>Aprendí mucho más o menos aprendí como dosificar el medicamento ya tengo más o menos en la cabeza ya (EntMisMay09:2,18:10)</i>
Social	Identidad	El mismo que al inicio mas:
	Cargos	<i>Al final él (Misael) fue junto con Tulio el que hizo posible el trabajo de capacitación, era el responsable de capacitadores, y el que inició junto con Alberto la comisión de revisión de censos de vacunación (RelRel:6)</i> <i>Lo nombraron coordinador de capacitadores no había realizado trabajo de capacitación con otras organizaciones (RelCol:18).</i>
	Relaciones	<i>Ya me avisan las parteras y tengo que ir y me gusta (EntMismay09:2)</i> <i>Médico: Se planteo propuestas de que el doctor se hiciera responsable de dar capacitación de segundo nivel y los promotores capacitadores, de los cursos de primer nivel. Todos los cursos los planean juntos los 4 (capacitadores y el médico), si no llega ningún capacitador no se dará (curso) a menos que haya avisado (EntAlbMay09:74)</i> <i>Médico: primero eras mentiroso con la gente y después eras trabajador, fuiste el único que cumplió en todos los cursos (RelRel:64). ...no faltaste y entonces digo, esos sí son huevos, pues, eso sí es cumplir, eso sí es responsabilidad, a ni una capacitación faltaste (RelRel:72).</i> <i>Misael: lo que no me gustó es que nomás hay palabras lo que dicen y nunca cumplen (RelRel:67)</i> <i>Misael: Ya contratamos otro (médico) en un proyecto va a entrar otro, ya como que no nos tomó en cuenta él (Alejandro), entonces ya nos hizo a un lado, ya empecé a buscar otro trabajo (EntMisMay09:4)</i> <i>Alberto: sí, sí claro, sí porque antes se desconfiaba decían no pues será que sí ya sabe, pero ya después ya si llega otro dicen, no pues es que dale tú (RelRel:48).</i>
Composición general		Detenta capital de las tres especies. El volumen es abundante, falta capital material, las especies social y cultural se han incrementado

Fuente: Elaboración propia

Tabla 42. COMPOSICIÓN DE CAPITAL DE JOSÉ. ETAPA DE SALIDA

Tipo de capital	Características	DATOS
Material	Bienes materiales	Acceso a las vacunas y medicamentos
Cultural	Conocimiento	El mismo más: <i>Aprendió un poco sobre medicinas, de enfermos, de vacunación, de llenado de censos, a atender cortaduras, y a referir enfermos graves (RelRelA:1*)</i>
Social	Cargos	El mismo más: <i>Médico: A mi salida ya era promotor de salud de segundo nivel (PlaJosMay09:3)</i> <i>...cuando ya sabemos un poco sobre de las medicinas, de enfermos, y de la vacunación, si todo, de la aplicación, de las edades del niño, y de ese como se llama, las hojas, si ya sabemos todo, ya eres de segundo (nivel) [...] Sí, así dijo los coordinadores y todos los promotores que ya tiene tiempo que empezaron (PlatJoséMay09:3)</i>
Composición general		Detenta capital de las tres especies. El volumen total es escaso, los volúmenes de capital cultural y social son considerablemente mayores.

Fuente: Elaboración propia

El capital material en juego aumentó para la etapa de salida: había un automóvil para el uso exclusivo del campo PSSN, y más medicamentos. El automóvil lo controlaba Alejandro y en menor grado el chofer que lo manejaba, generalmente Jaj o el médico. En cuanto a los medicamentos, se distribuyó en cada una de las tres microclínicas teniendo acceso a dicho capital los agentes responsables de las mismas. En cuanto a la distribución de los materiales para la vacunación, eran las comisiones generadas las que tenían acceso a su distribución. De esta manera los agentes que detentaban capital económico eran: Alejandro, los responsables de microclínicas, las personas pertenecientes a comisiones en las campañas de vacunación y el médico.

El capital cultural que se intercambiaba en el campo en la etapa de salida correspondía a los aprendizajes como: aprender a leer y escribir, llenar de manera adecuada los censos de vacunación, el aprender a vacunar, a hacer cartas descriptivas, preparar e impartir talleres, el realizar informes de las microclínicas, de morbilidad, de mortalidad, de traslados, de medicamentos entre otros, realizar memorias de reuniones o talleres, dar medicamento (consulta) a la gente, ver asuntos relacionados con el parto, resolver necesidades de promotores y del municipio, hacer la logística de las campañas de vacunación y platicar y dar a conocer de la autonomía y de la lucha zapatista.

Como se puede observar en la información contenida en las tablas X a Y, el campo PSSN tenía en la etapa de salida mayor capital material, quienes tenían acceso a ese capital eran los que mayor capital social y cultural tenían. Todos los agentes se capitalizaron a expensas de las especies cultural y social. Alejandro aprendió la forma de “*cómo repartir el trabajo*” y de cómo organizar y resolver necesidades en el municipio. El médico aprendió a hacer memorias, informes, cartas descriptivas, a entender el idioma tzeltal y hablarlo un poco, a ser maestro, a capacitar y otros aprendizajes de política referentes a las historias de la lucha zapatista y a las formas de realizar y entender la autonomía. Misael por su parte refiere haber aprendido a dosificar medicamentos, a atender cuestiones del parto, a vacunar, a llenar los censos. José aprendió a dar medicamentos, a vacunar, a llenar censos de

vacunación, a atender cortaduras y a referir enfermos graves. Otro promotor que recién ingresó aprendió a leer y escribir.

En la etapa de salida, el capital social en juego en el campo estaba relacionado con la posibilidad de movilizar agentes y con ejercer un cargo en el PSSN. José era un caso “típico” cuyo capital social se reducía al cargo de promotor de salud de segundo nivel. Misael, un caso que tuvo acceso a mayor capital por ser responsable de los capacitadores. Alejandro y el médico detentaron mayor capital social a partir de la creación de comisiones que involucraban más agentes en la centralidad del campo. En Alejandro y en el médico se identificó una pérdida de capital social que consistió en devolver Alejandro los cargos de coordinador de municipio, de responsable de capacitación, y de logística de las campañas de vacunación. El médico también devolvió el cargo de responsable de logística y de capacitación en las campañas de vacunación, dichos cargos que fueron asumidos por otros agentes, como Misael, o Alberto.

El capital era intercambiado en el PSSN, en el campo de la comunidad (CAZ) que incluía los agentes que acudían a consulta, los niños vacunados y sus padres, el campo de las parteras (CP) y de autoridades municipales (CAM) y en el campo de la salud del caracol en donde se informaba sobre las actividades realizadas.

Identifiqué elementos de capital simbólico relacionados con el desprestigio: en el caso del médico. Alejandro criticaba las formas en que enseñaba y la posición de centralidad en el campo que tenía el médico, de mandar, esa posición la debía tener el grupo de promotores no el médico:

“Y aunque no es bueno formar así (que nos vienes a aplicar una cosa), sino que mejor así como lo estamos haciendo ahorita de sentarnos y corregir los fallos para que después no haya mal entendido (EntAleMay09:43)”.

“tú tomaste la decisión solito de formar un grupo, y yo entendí que me hiciste a un lado porque no sé hacer el trabajo. Así entendí en ese tiempo, como que querías venir a mandar [...] y lo que está en mi mente, ya no viene a mandar personas de afuera, sino que lo que viene a mandar es el grupo (EntAleMay09:16).”

La concepción de mentiroso que el médico tenía acerca de Misael cambió en la etapa de salida a partir del trabajo y cumplimiento en todos los talleres

“primero eras mentiroso con la gente y después eras trabajador, fuiste el único que cumplió en todos los cursos (RelRel:64)”.

Los comentarios ligados al desprestigio en el agente Alejandro referidos por Misael estuvieron relacionados con el hacer propuestas a los promotores que el coordinador no cumplía y con la llegada de nuevo personal médico, Alejandro hizo a un lado a los capacitadores, descapitalizándolos ante el nuevo médico:

“lo que no me gustó es que nomás hay palabras lo que dicen y nunca cumplen (RelRel:67)”

“Ya contratamos otro en un proyecto va a entrar otro, ya como que no nos tomó en cuenta él, entonces ya nos hizo a un lado, ya empecé a buscar otro trabajo (EntMisMay09:4)”.

Otro comentario de desprestigio está relacionado con la forma en que Alejandro decidía la distribución de las vacunas y de las cosas que llegaban al municipio, excluyendo a los otros de beneficios y de la posibilidad de participar.

Médico: “y te dije ya nos parecemos al mal gobierno, porque esa era la vacuna, pero si llegaban cien mil pesos de medicamento, quien iba a tomar la decisión ibas a ser tú también, y los otros los demás no iban a tomar decisión sobre eso, si llegaban cien mil baumanómetros, quien iba a tomar la decisión, no era, para t i no era el problema de la vacuna, (para mí) era el problema de cómo se distribuye lo que llega” (EntAleMay09:15)

En José no identifiqué comentarios que implicaran desprestigio para su persona. Si acaso el ser un promotor de primer nivel, lo hacía un agente con escaso capital a intercambiar y lo situaba en una posición subordinada en relación al resto de los promotores, a las comunidades y al médico.

Por lo anterior concluyo que los agentes con una posición de centralidad en el campo, tenían una mayor exposición a comentarios ligados al desprestigio. Alejandro crítica las prácticas pedagógicas del médico *“aunque no es bueno formar así”*, o *“como que querías venir a mandar”*; Misael crítica a Alejandro por hablar y no cumplir su palabra y por excluirlo del área de capacitación. El Médico crítica a Alejandro por tener prácticas como las del mal gobierno cuando no reparte la vacuna de manera equitativa en todas las

comunidades. En la etapa de salida no se observaron cambios en las posiciones de centralidad de cada uno de los agentes como producto del efecto del capital simbólico ligado al desprestigio. Estos comentarios los situó dentro de la pugna por la toma de decisión y valores dentro del campo PSSN, en donde los agentes desacreditan (de manera inconsciente o consiente) la forma de capital que poseen sus oponentes, ya sea para conservar su posición en relación al otro o mejorarla

A continuación presento la composición del capital en el campo PSSN que produjo cambios en las posiciones de los agentes al terminar la intervención pedagógica.

Variación en la composición del capital en el campo PSSN

Los capitales que más se jugaban en el campo en la etapa de inicio y de salida fueron cultural y social. En la medida que un agente detentaba estas especies de capital, podía tener acceso y movilizar capital material.

La pugna por el capital material referente a alimentos, materiales de vacunación y de capacitación se dio para que más agentes decidieran sobre la distribución de estos materiales. En el caso de los alimentos, un grupo de agentes decidieron organizarse para elegir la comida que se compraría y prepararía en los talleres, en el caso de la vacunación, la pugna era por definir la forma de distribuir las vacunas y los materiales a todas las comunidades de manera equitativa, por último, agentes con características similares a Misael junto con el médico decidían los temas, contenidos, la repartición equitativa de materiales y quién impartiría cada taller. Otra pugna por la adquisición de los materiales arriba mencionados, era la que llevaban a cabo Alejandro principalmente y el médico de manera secundaria en el campo CSNE, material que posteriormente trasladarían y distribuirían en el municipio de San Nicolás.

Además de la capitalización observada, en los agentes Alejandro y el médico identifiqué una descapitalización, ya que disminuyeron el número de cargos y de actividades realizadas (capital social).

Los agentes que tenían un mayor capital al inicio de la intervención fueron el médico y Alejandro. Estos agentes lograron controlar el valor de su capital en el campo como forma de continua recapitalización. Por ello el capital valorizado al inicio de la intervención en el campo fue el capital cultural, capital que detentaba el médico en mayor cantidad, y el capital social que detentaba Alejandro. Al final continuaban vigentes el capital cultural y el capital social en juego, la diferencia fue la capitalización cultural de todos los agentes en el campo, y que el capital social fue detentado por más agentes, hecho que le dio una mayor valorización en el campo. Se observa que todos los agentes del campo se capitalizaron. La transformación del capital cultural en capital social se daba en la medida en la que los agentes aceptaban y cumplían cargos que hacían que se reprodujera el capital cultural en juego mediante el capital social detentado en el PSSN. Tener centralidad en el campo dependía de la acumulación de capital cultural y de la movilización de ese tipo de capital para transformarlo en social.

A partir de datos relacionados con el capital social en juego, en la tabla 43 se realiza una caracterización de la movilidad del capital en las etapas de inicio y salida.

Tabla 43. MOVILIDAD DEL CAPITAL EN EL CAMPO PSSN EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA

Características de la movilidad del capital en la etapa de inicio (Octubre de 2005)	Características de la movilidad del capital en la etapa de salida (Mayo de 2007)
<p>Coordinación: Comisión 1. <i>De coordinación (cuatro agentes)</i> <i>Dos coordinadores asistían a las reuniones de zona (Gerardo y Alejandro) realizadas en el Caracol (RelRel:3).</i> <i>Fue con Alejandro con quien más me relacioné en la coordinación del trabajo del municipio (RelRel:5).</i> <i>Las decisiones de coordinación de los promotores las tomaba Alejandro (RelCol:37).</i> <i>Facundo, Lupillo y Alejandro eran coordinadores que realizaban escasas acciones de organización y coordinación entre promotores y autoridades municipales (RelRel:3).</i></p> <p>Tema vacunación: Comisión 2. <i>De aplicación de vacunas: (54 Agentes)</i></p> <p><i>Alfredo: No se ha cambiado pues ni una cosa como se va a vacunar, sino que se va a vacunar colectivo, cuándo somos un chingo, se van tres a cada comunidad, pero si somos pocos de dos en dos, pero casi así seguimos haciendo eso, mientras no haya otras cosas, así se sigue haciendo, y cada promotor va a su pueblo (RelRel:34)</i></p> <p>Tema capacitación: Médico: <i>Además (Alejandro y yo) atendíamos juntos [...] las capacitaciones (RelRel:5).</i></p> <p><i>Gerardo que también había colaborado mucho en el fortalecimiento del sistema de salud, primero en la coordinación en la zona y después en las actividades de capacitación (RelCol:59,73).</i></p> <p>Tema de capacitación:</p> <p><i>Al inicio del trabajo no existía un grupo de promotores que se encargara de capacitar a los promotores de recién ingreso (RelRel:18)</i></p> <p>Tema atención médica: Comisión 3. <i>De microclínica de DH. Como promotor de salud comunitario (Alejandro) acudía en las tardes a la microclínica de su comunidad a dar consulta (RelRel:4)</i> <i>Misael era el segundo encargado después de Alejandro (RelRel:6)</i> Comisión 4. <i>De microclínica de San Fernando.</i> <i>El trabajo con él (Lupillo) iniciaba en esta etapa [...] era responsable de la microclínica de su comunidad y de la atención médica de la misma (RelRel:7;RelCol92).</i> Comisión 5. <i>De microclínica de Santa Lucía.</i> <i>Facundo era al inicio del proyecto el responsable de la microclínica de Santa Lucía y de la atención (RelRel:6).</i> <i>En las microclínicas se daba muy poca consulta y el medicamento que había, como era donado se regalaba (RelCol:92).</i></p>	<p>Coordinación: Comisión 1. <i>Coordinación externa (Tres agentes) Al finalizar el trabajo del proyecto de salud, Lupillo (también Alberto) era el que acompañaba a Alejandro a las reuniones de zona, era coordinador de municipio, responsable de la clínica (RelRel:7).</i> Comisión 2. <i>Coordinación interna: Alejandro: Ya después cuando entraste a trabajar, hubo mucho trabajo de coordinación. Cada dos meses, había coordinación en las campañas. Informábamos en las asambleas a los promotores de salud, se generaron grupos de trabajo (RelRel:9;RelCol:75).</i> <i>Enero del 2007 primera reunión de coordinación de los coordinadores de salud del municipio autónomo San Nicolás (RelRel:6;RelCol:75)</i> <i>Así me lo dijo Alfredo, yo veía que lo hacíamos pero no sabía que lo hacíamos bien, que estábamos bien coordinados (RelRel:13).</i></p> <p>Tema vacunación: Comisión 3. <i>Planeación de actividades de vacunación. (2). La comisión de logística se encargaba de designar qué comunidad se vacunaba cada día, de registrar a los promotores que asistían, de nombrar qué promotor iría a qué comunidad y cuántos promotores requería cada comunidad [...] Lupillo y Facundo organizaban al final la logística de las campañas (RelRel:18 RelCol:75)</i> Comisión 4. <i>Entrega de vacunas y materiales (5).Médico: Después de este suceso se creó la comisión de repartición, Alejandro y el médico se “se pelean” y a partir de ahí se genera una unidad organizativa, [...]Alejandro: si eso estuvo más o menos pero tú decidías la creación de comisiones (RelRel:14;RelCol:75)</i> Comisión 5. <i>Aplicación de vacunas. No se ha cambiado pues ni una cosa como se va a vacunar, sino que se va a vacunar colectivo, cuándo somos un chingo, se van tres a cada comunidad, pero si somos pocos de dos en dos, pero casi así seguimos haciendo eso, mientras no haya otras cosas, así se sigue haciendo, y cada promotor va a su pueblo (RelRel:34)</i> Comisión 6. <i>Revisores de censos (6). Quien decidía al principio éramos Alejandro y yo, y luego se formo y grupo de tres [...] luego ya era un grupo de 6 para los censos (RelRel:82;RelCol:75).</i></p> <p>Tema capacitación: Comisión 7. <i>Capacitadores. Misael: Ahí en ese equipo, Tulio y Rambo, éramos tres, creo que éramos tres que siempre hablamos más y proponemos más palabras, opinamos más[...]casi nos llevábamos bien (RelRel:68;RelCol:75).</i> Comisión 8. <i>Planeación de capacitación. En Noviembre de 2006, se llevó a cabo una reunión/taller denominado “planeación de talleres de capacitación”, asistieron 6 de los 9 promotores capacitadores elegidos en el mes de Octubre y un coordinador, el objetivo era realizar la planeación de los temas, contenidos y responsables de la impartición de los cursos de capacitación de los siguientes 6 meses (RelCol:48;RelCol:75).</i></p> <p>Tema atención médica Comisión 9. <i>De microclínica de DH. Alberto: Aprendí directamente en la práctica porque directamente hicimos de lo que es la microclínica (RelRel:45).</i> Comisión 10. <i>De microclínica de San Fernando (1). Se calendarizó el turno de los promotores a las microclínicas, para que tuvieran una práctica de los talleres con el médico del municipio (RelRel:63).</i> Comisión 11 <i>De microclínica de Santa Lucía. Al finalizar el proyecto 2007 tenía el cargo de coordinador de microrregión y responsable de microclínica (RelRel:7)</i> <i>Facundo: porque aprendí un poquito como manejar el medicamento, cómo darlo, aprendí un poquito de diagnosticar, de cómo dar consulta, cuál es la enfermedad (FacMay09:9).</i> Médico: <i>Además del contacto con los promotores en mis rotaciones a las microclínicas de las comunidades surgieron los temas para el taller (RelRel:32)</i></p>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 44 el lector(a) puede observar los cambios en la forma de movilizar el capital social en juego en las etapas de inicio y salida. Los cambios generales consisten en que en la etapa de salida existían más comisiones y más agentes participando en la movilidad del capital. La comisión de coordinación, permitió una articulación de las actividades en salud del municipio, aún cuando esta comisión no funcionaba a la perfección. La actividad en la que los cincuenta y seis agentes del campo, es decir la totalidad de agentes, podían intercambiar el capital cultural en juego, era en la de aplicación de vacunas; ésta permitía el intercambio de capital al interior y al exterior del campo. Al interior del campo los agentes ocupaban y ejercían sus cargos, mientras que al exterior, los agentes vacunaban de manera independiente a los niños de su comunidad. Estos cambios en la forma de movilizar el capital permitieron que disminuyera el tiempo en que se realizaba una campaña de vacunación pasando de cinco a cuatro días, laborando menos horas al día.

En la comisión de capacitación, los agentes capacitadores fueron los más beneficiados en lo que se refiere a capital cultural y social, ya que pasaron de ser acompañantes y traductores del médico a tener y ejercer el cargo de capacitadores, convirtiéndose así en reproductores del capital cultural.

Por otro lado, se consolidó el trabajo de atención médica en tres microclínicas, aquí tres agentes tuvieron una capitalización tal que les permitió acceder y desarrollar el cargo de responsables de microclínica o de atención médica, hecho que se traducía en una centralidad total en la atención a pacientes, y en la acumulación de capital social frente al campo PSSN y frente al campo de la AZ.

El agente médico y Alejandro adquieren una posición marginal en algunas comisiones en la etapa de salida, dicha posición permite que Misael y agentes con características semejantes como Alberto, Lupillo, Facundo y Tulio, entre otros, aparezcan en el centro de la toma de decisiones del PSSN.

Tabla 44. COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEL CAPITAL EN EL CAMPO PSSN EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA

ETAPA	INICIO			SALIDA			
Volumen de capital (Ver tablas 1a 9*).	Muy Escaso	Escaso	Abundante	Muy Abundante	Escaso	Abundante	Muy abundante
	José (32*)	Misael (23*)	Médico	Alejandro	José (45*)	Misael (9*)	Alejandro y el médico
Tipo de capital en juego (Ver tablas 1 a 9).	Social y cultural en mayor cantidad, material en menor cantidad.				Social, cultural en mayor cantidad, material en menor cantidad		
Movilidad del capital (Ver Tabla 9)	En cinco comisiones existentes en la etapa de inicio y 3 agentes con centralidad en el campo Una comisión de coordinación de todas las actividades (tres agentes). Una comisión de aplicación de vacunas (54Agentes). Tres comisiones de Atención Médica.				Capital social: 11 comisiones en la etapa de salida y 12 agentes con centralidad en el campo Dos comisiones de coordinación Cuatro comisiones de Vacunación Dos comisiones de capacitación. Se conservan las tres redes de atención Médica (Dos se consolidan vía capitalización y otra se amplía).		
* Misael y José fueron agentes representativos, ya que detentaban un capital semejante al de otros promotores. El agente Misael tenía un capital semejante a 23 promotores de salud en la etapa de inicio y 9 en la etapa de salida, mientras el capital detentado por José es representativo de 32 promotores en la etapa de inicio y de 45 en la etapa de salida.. Alejandro se distingue del resto de agentes por detentar un capital Muy Abundante, por lo tanto sólo, se representa a sí mismo al interior del campo, aunque en otros campos como el CSNE convivía con Agentes con capitales semejantes.							

Fuente: elaboración propia

Los cambios en las formas de movilización del capital se tradujeron en una mayor coordinación de las actividades en salud al interior del campo realizadas por un mayor número de agentes constituidos alrededor de distintos subcampos; en una redistribución y re-valorización del capital cultural y social en juego en donde más agentes se acercaron a la centralidad del campo y por tanto a la toma de decisiones; en una distribución equitativa del capital material, como medicamentos, baumanómetros y vacunas; en una mayor cobertura de vacunación y mayor capacidad de atención de enfermos en las microclínicas; en un reconocimiento hacia los agentes promotores de salud al interior del grupo y por parte de las comunidades en donde tenían cobertura; en un desarrollo de voz y de proyecto en los agentes que tenían la función de capacitar a otros promotores; y en la consolidación de la identidad y proyecto del grupo de promotores de salud del municipio. En seguida presento los resultados interpretación y análisis referentes al campo PSSN.

CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSSN

El objetivo de esta sección es continuar con el análisis de las características campo en estudio, específicamente de los objetivos, reglas del juego, límites, disposiciones, posiciones, y toma de posición de los agentes en el campo PSSN.

Objetivos del campo PSSN

El objetivo general del campo PSSN no cambió con el tiempo. Tanto en la etapa de inicio como en la de salida, el objetivo consistía en ser autónomos en todas las cosas, es decir, manejar su sistema de salud autónomo y construir una mejor salud en las comunidades. De manera más específica se pretendía tener un espacio en donde atender a los enfermos, que los promotores se organizaran, vacunaran, se capacitaran, aprendieran, ‘agarraran’ práctica, hicieran bien su trabajo, y que enseñaran mutuamente lo que aprendían, además de resolver necesidades y problemas del municipio. En la tabla 45 se muestran los objetivos involucrados en el campo PSSN.

Tabla 45. OBJETIVOS DEL CAMPO PSSN

DATOS: ETAPA DE INICIO	DATOS: ETAPA DE SALIDA
<p>Objetivo del campo:</p> <p>Alejandro: <i>El objetivo de la lucha era ser autónomos en todas las cosas [...] poder manejar nuestro sistema de salud autónomo [...], no queremos depender de otras personas de afuera, ni de instituciones de gobierno [...] y queremos que llegue el tiempo en que cada promotor pueda hacer bien su trabajo</i> (RelCol:13,46).</p>	<p>Objetivo del campo y objetivo pedagógico:</p> <p>Misael: <i>pues lo que más me gustaba, o sea que pues organizar más compañeros, y lo que quería yo más es que todos aprendemos, todos los promotores que aprendan dentro de la comunidad también de la prevención, así aprender todos juntos para construir una mejor salud en la comunidad así nomás</i> (EntMisMay09:3).</p>
<p>Objetivos específicos:</p> <p>Médico: <i>Tener a todos los niños vacunados, esquemas de vacunación completos, de todas las comunidades y que cada promotor vacunara su comunidad</i> (RelCol:18).</p> <p>Médico: <i>yo quería que se hiciera el trabajo, que ustedes aprendieran, que se hiciera bien, que se repartiera a todos por igual, que fuera pareja la cosa</i> (EntMisMay09:19)</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Alejandro: <i>El objetivo era resolver las necesidades y resolver los problemas del municipio</i> (RelRel:1)</p> <p>Objetivo pedagógico:</p> <p>Él (Alejandro) <i>creía que yo quería venir a mandar y no, yo quería venir a enseñar</i> (EntMisMay09:19)</p>
<p>Objetivos pedagógicos:</p> <p>Médico: <i>Entonces sí, tiene claro el objetivo: era yo enseñarles y ustedes aprender y entonces ahí sería yo tengo mi corazón bueno para enseñar, pero ustedes tienen su corazón bueno también para aprender porque si no se va chingar la cosa</i> (EntAleMay09:20).</p>	<p>Alejandro: <i>El objetivo, lo que siempre tú quieres es que ellos queden dando ya la capacitación, que se acostumbren a practicar, porque si no se sueltan siempre van a estar todavía dependiendo de otra persona</i> (RelRel:20,21). <i>El objetivo es que querías que agarren ya la práctica los promotores, que ellos lo hagan solos</i> (RelRel:21).</p>

Fuente: elaboración propia

Límites del campo PSSN

Los límites del campo cambiaron dado que hubo una ampliación en el campo, es decir, un mayor espacio en donde el capital en juego tenía sus efectos. Identificar los límites de efecto del capital requiere retomar la figura 5 que explica los campos en los que se encuentra inmerso el campo en estudio. Ejemplos de la ampliación se observan en: el

Campo del Municipio Autónomo San Nicolás (MASN) en donde el número de comunidades donde se aplicaban vacunas aumentó de 14 a 35, y el número de niños con esquemas de vacunación completos, el efecto del capital en juego estaba confinado a la población infantil y a las mujeres registradas en los censos del municipio. En tanto que el PSSN pertenecía y realizaba evaluaciones de las actividades del Campo de Salud del Caracol (SCNE), el capital en juego tenía efectos en este campo y no los tenía en los campos y subcampos de otros Caracoles. Por su parte el de las acciones realizadas por los agentes en el campo PSSN y en el campo CSNE tenían un efecto en el campo de la autonomía zapatista (ver tabla 46).

Tabla 46. LÍMITES DEL CAMPO PSSN EN LA ETAPA DE INICIO Y SALIDA

DATOS: ETAPA DE INICIO	DATOS: ETAPA DE SALIDA
Atención:	Campo PSSN y MASN:
Alejandro: <i>Trabaja en su comunidad, dando consulta (RelRe:2).</i>	Facundo: <i>al inicio tú como Doctor dabas la atención y al final la daba yo solito, y los promotores, como ya no había doctor (RelRel:88)</i>
<i>que los promotores queden bien capacitados, para que ellos pudieran aplicar solitos las vacunas y ya después no se necesitara de los doctores (RelCol:18)</i>	<i>La vacunación se seguirá realizando de manera colectiva, es decir todos los promotores participaran en la vacunación de todas las comunidades (RelCol:41)</i>
	Campo MASN: Alejandro: <i>pedían vacuna para niños que no estaban registrados en los censos, para niños recién nacidos (RelRel:2)</i>
	<i>Creo que si es bueno hacer este ejercicio de ver de qué se enferma la gente que pide consulta cada mes (RelCol:60)</i>
	<i>Coincidimos que eran un problema las muertes de las mujeres y de los niños, y los dos tratábamos de resolverlo con el control prenatal, con la coordinación de las parteras, hicimos equipo y se planearon cursos con los temas de control de embarazo, muerte materna, derechos de la mujer (RelRel:11)</i>
	<i>...ya tenían ambulancia y había promotores muy capacitados como Alejandro, Misael, y Facundo que podían valorar si un promotor estaba grave y tenía que ir a un hospital o si lo podían entender ellos (RelCol:69)</i>
	<i>Así aprender todos juntos para construir una mejor salud en la comunidad (RelRel:67)</i>
	<i>Porque como responsables debemos de tratar de cumplir en todas las comunidades (RelRel:27).</i>
	<i>ya es la hora que el coordinador que reporte a los consejos que comunidad que promotores no están, no cumplen, hay que avisar cada uno de los concejales (RelRel:86)</i>
	Campo CSNE y AZ
	<i>Estas reuniones se llevaban a cabo en el Caracol Nueva Esperanza y participaban coordinadores de los cuatro municipios pertenecientes al Caracol, autoridades de zona, ONG's y médicos (RelRel:4)</i>
	<i>Alejandro y yo coincidíamos en el sentir que aquí en el municipio nos peleábamos y en el caracol nos contentábamos por los avances que teníamos, compartíamos esa sensación, de que nos poníamos contentos cuando íbamos a las reuniones de la zona de ver que el trabajo que hacíamos tenía resultados positivos y nos daban la sensación de que se avanzaba (RelRel:25)</i>

Fuente: elaboración propia

Por su parte la atención médica también amplió sus efectos ya que los promotores estaban capacitados para mantener abiertas y funcionando las tres microclínicas existentes, llegando sus efectos en la población que compartía el territorio y que solicitaba la atención, fuese

zapatista o pro-gobierno dato que se desconocía ya que no se preguntaba filiación política en las consultas.

El efecto de la reproducción del capital cultural en juego, como capacitar, se circunscribía a los campos PSSN y MASN.

Se vacunaron más niños de más comunidades, más mujeres, se atendieron más personas de más microrregiones, se inició el intercambio de capital con agentes de otros campos como parteras y autoridades del campo MASN, y se continuó el intercambio de capital con el campo SCNE a su consolidación y por tanto a la del campo de la autonomía zapatista (ver tabla 46).

Reglas del juego del PSSN

Antes de la intervención pedagógica en estudio, había una clara centralidad del personal médico previo en la definición del valor y de las reglas del juego en el campo previamente constituido.

Después de algunos meses de haber iniciado la intervención pedagógica en estudio Alejandro y el médico tenían una posición privilegiada, haciendo un equipo que podía definir las reglas del juego en el campo PSSN. El volumen abundante de capital global constituido por capital cultural y social le permitió al médico tener acceso al control de las reglas del juego en una etapa temprana de la intervención, mientras que Alejandro tenía en la etapa de inicio un volumen muy abundante de capital global constituido por capital social que le permitía definir las reglas en el campo. El resto de agentes con un volumen de capital escaso y muy escaso, descapitalizados, con escasa fuerza para tener posiciones privilegiadas, se mantenían en posiciones marginales (Referirse a tabla 47 y a la figura 6).

Es a partir de este análisis que puedo afirmar que el campo PSSN, como todo campo, es un espacio de conflicto y de competencia, en el cual los oponentes rivalizaban por el monopolio sobre el tipo de capital que es eficaz en él.

Así la definición de las reglas del juego tiene una relación estrecha con el volumen de capital global que poseen cada uno de los agentes y con las pugnas por valorizar o desprestigiar el capital del oponente. En la etapa de inicio dado que Alejandro y el médico tenían el control de las reglas del juego, la pugna era prácticamente invisible, inexistente, porque ellos eran los únicos con capital suficiente para definir las reglas del juego, sin embargo, al transcurrir el tiempo las pugnas por el poder entre estos agentes se hicieron evidentes. Una se refiere al cuestionamiento del médico sobre quien decidía la distribución, inequitativa, del capital material como las vacunas y los materiales que llegaban al municipio, para el médico era necesario que no sólo Alejandro y él tomaran esas decisiones, sino que eran necesarias comisiones compuestas por promotores de cada microrregión que decidieran la distribución del capital material; otra pugna se refería a la impartición y planeación de talleres de capacitación en donde el médico planteaba que la realizaran los promotores y Alejandro porque las hiciera el médico.

Las diferencias entre Alejandro y el médico y la intención de este último por cambiar las reglas del juego hizo que la pugna por el control de las mismas se desatara. Su objetivo era que no sólo dos personas definieran las reglas del juego, para ello la estrategia, no consultada con Alejandro, fue valorizar su capital y capitalizar a más agentes para que pudieran entrar a la toma de decisiones. Esta estrategia afectaría descapitalizando, al médico y Alejandro, ya que tuvieron que ceder capital social a agentes en el campo, sin que esto afectara su posición de centralidad.

El exceso de trabajo y la falta de tiempo de Alejandro de estar presente en todas las actividades, y la presencia continua del médico hizo viable la creación de comisiones de trabajo en donde los promotores recién capitalizados empezaban a tener una toma de posición con tendencia a la centralidad y a la definición de reglas (Ver tablas 44,47 y figura 7).

Tabla 47. REGLAS DEL JUEGO EN EL CAMPO PSSN.

DATOS: ETAPA DE INICIO	DATOS: ETAPA DE SALIDA
<p>Definidas por el médico y Alejandro: <i>Estaba mal esa distribución de las cosas porque nosotros en ese entonces no tomamos en cuenta a los coordinadores de cada municipio (EntAleMay09:15).</i></p> <p>Médico: <i>al principio las decisiones las tomábamos tú y yo</i> Alejandro: <i>sí... los promotores, ellos no tomaban decisiones (EntTulAleMay09:3).</i></p> <p>Definidas por Alejandro: <i>ahí empezó, como que yo te ordenaba ir a , tú te vas acá, tú te vas acá (EntAleMay09:11).</i></p> <p>Definidas por el médico: <i>Si ustedes me hubiesen dicho cuando llegué, doctor es que nosotros trabajamos así, Alberto: No es que en ese tiempo no estábamos así, estábamos así como tiernos (EntAlbMay09:74)</i></p> <p>Alejandro: <i>como tú tomaste la decisión, como llegaste a hacer, tú vas a hacer esto, oye tú vas a hacer esto, oye tú vas a hacer esto así lo jalaste y está bien, está muy bien y los promotores como que sí se sentían jalados de por sí, pero antes que nada, antes de jalar, es como tú dices discutir primero (EntAleMay09:15)</i></p> <p>Médico: <i>Lupillo dijo el medicamento donado se tiene que quedar porque es de esta casa de salud y yo le dije me lo voy a llevar, te voy a dejar el que tú sepas utilizar y el que no sepas utilizar me lo llevo para las otras casas [...] pero esa decisión creo que el problema es que esa decisión a mí no me correspondía (EntAleMay09:56).</i></p> <p><i>A ver tengo enseñar, llegué yo con mi conciencia bien levantada, primera comunidad, y empiezo, puta y todo mal, le digo está mal vete otra vez y le digo, estás mal en esto, en esto, en esto y ya se iba, creo que ni me entendían en qué estaba mal, pero ay se iba (EntAlbMay09:14)</i></p>	<p>Espacio de lucha: <i>Porque haces una cosa y yo hago otra cosa, quien estará en razón (EntAleMay09:39).</i></p> <p>Alejandro: <i>por eso lo extraño pues que dijiste que no ya no quiero dar esa capacitación, sí lo tienes que dar porque para eso estamos pagando la comunidad, ese es tu trabajo (EntAleMay09:27)</i></p> <p>Médico: <i>y yo le dije, no yo no lo voy a dar porque quede con los capacitadores[...] porque hicimos un acuerdo, ese acuerdo era los capacitadores van a dar curso de primer nivel (EntMisMay09:18;16)</i></p> <p><i>La única cosa es retomarlo de nuevo, pero se necesita alguien como se dice en las películas "que tiene huevos" ¡cabrón!, no pues es que sí es "peliar" entre nosotros o entre nuestras autoridades ¡cabrón!, ¡es que no sé puede, cabrón, no sé puede a la buena! (PlatAlbMay09:3).</i></p> <p>Definidas por más agentes: <i>Cuando yo me salgo, eran los promotores, pero ya no eres tú solo. Ale: sí. Sant: ya son cinco los que lo toman decisiones. Ale, sí sí sí, Eso para mí fue el gran avance (EntTulAleMay09:3).</i></p> <p>Alejandro: <i>bueno yo voy en Tajaltic, y Julio se queda aquí ah bueno como ustedes decidan, ya dijeron, no pude enojar más porque ellos decidieron así. Total que se cubre todas las comunidades (EntAleMay09:21)</i></p> <p>Alberto: <i>seguimos esa misma idea, ahorita sigue haciendo Lupillo, sigue haciendo las listas, pero como ya se acostumbro como se hace, entonces hasta ahorita sigue haciendo eso, sí cada promotor se va en su pueblo (EntAlbMay09:12).</i></p> <p><i>Se planteo propuestas de que el doctor se hiciera responsable de dar capacitación de segundo nivel y promotores capacitadores se responsabilizan de primer nivel, planean juntos los 4, si no llega ningún capacitador no se dará a menos que haya avisado (EntAlbMay09:74)</i></p>

Fuente: elaboración propia

Otra pugna por el capital material, se llevó a cabo entre Lupillo y el médico, en donde el médico le decía a Lupillo, convencido de que era lo mejor, que los medicamentos donados, recién llegados se debían repartir en la diferentes microclínicas, Lupillo argumentaba que eran de la microclínica y que ahí se tenían que quedar, el Médico haciendo uso de su capital cultural se llevó los medicamentos a otras microclínicas dejando en la microclínica de Lupillo los medicamentos que le demostrara sabía utilizar, el caso llegó a la asamblea de promotores . A la distancia pude entender que el que debía de tomar la decisión de “repartir” o compartir el medicamento, era Lupillo o en su caso la asamblea.

Al inicio de la intervención estaba claro que quien debía capacitar a los promotores de salud era el médico, con el tiempo, en Asamblea se acordó que *“el doctor se hiciera responsable de dar capacitación de segundo nivel y promotores capacitadores se responsabilizan de primer nivel, planean juntos los 4, si no llega ningún capacitador no se dará a menos que haya avisado”* (EntAlbMay09:74). Se Cambiaban las reglas del juego, hizo que entre Alejandro y el médico se diera una disputa. El problema se llevó a la Asamblea de promotores y culminó en un acuerdo entre los agentes involucrados. En la etapa de bastaba la palabra de Alejandro y el médico para decidir. En la etapa final se tenía que considerar a las comisiones involucradas.

En la etapa de salida, Alejandro y el médico seguían definiendo las reglas del juego, se hacen evidentes las pugnas por el control de las reglas entre ellos. El médico generó grupos de trabajo que empezaron a definir las reglas, con la autorización de Alejandro. Al inicio los planteamientos de Alejandro y el médico eran considerados como decisiones por el resto de los agentes, al final se transformaron en propuestas, ya que eran cuestionadas, negociadas y confrontadas algunas veces por los agentes recién capitalizados.

Disposición, toma de posición y posición de los agentes en el campo PSSN

El análisis de las disposiciones es de entrada una tarea difícil, ya que un análisis tal requiere de la interpretación de lo no visible, puesto que las disposiciones son la manifestación del hábitus³⁶ en el campo que se estudia. Describo sólo aquellas que lograron traslucir en la práctica el resto de sus componentes de manera tal que se pudieran convertir en ‘dato’ a interpretar (ver tabla 48).

No puedo afirmar que las disposiciones en la etapa de salida son producto de la intervención pedagógica, sin embargo, si se pueden identificar regularidades o cambios en las disposiciones de los agentes del campo.

³⁶ Hábitus: Esquemas de percepción, pensamiento, apreciación y práctica. Sistema de esquemas adquiridos que funcionan en estado práctico como categorías de percepción y de apreciación o como principios de clasificación al mismo tiempo que como principios organizadores de la acción (Bourdieu, 2000).

Tabla 48. DISPOSICIÓN Y TOMA DE POSICIÓN EN EL CAMPO PSSN

AGENTE	ETAPA DE INICIO	ETAPA DE SALIDA
Alejandro	<p>Disposición: Alejandro: <i>lo que está en mi mente, ya no viene a mandar personas de afuera, sino que lo que viene a mandar es el grupo</i> (EntAleMay09:16).</p> <p>Toma de posición <i>Todos los cargos eran voluntarios en tanto tenía la opción de rechazarlos.</i> (EntAleMay09).</p> <p><i>Se planteó y acordó que las campañas serían colectivas</i> (RelCol:33).</p>	<p>Disposición Alejandro: <i>tú tomaste la decisión solito de formar un grupo, y yo entendí que me hiciste a un lado porque no sé hacer el trabajo</i> (RelRel:102)</p> <p>Alejandro: <i>aunque me digan que soy metiche, pero no es porque soy metiche, quiero ver que funcionen las cosas, que se mejoren las cosas, no es mi interés personal tampoco, no sé por qué soy así, me interesa que se mejore la situación en el municipio</i> (EntTulAleMay09:).</p> <p>Ale: <i>Si nosotros sí podemos, podemos hacer todo el trabajo pero hay que cumplir</i> (RelRel:?).</p> <p>Toma de posición. Alejandro: <i>Claro, exactamente aunque tú habías tomado la decisión, necesitábamos discutirlo entre los dos, ¿verdad?, y decir no ps esta muy bien para mí, y para mí está bien también, entonces hasta yo echaba la mano, esa era como la idea, pero nunca lo hicimos</i> (RelRel:15).</p> <p>Posición ante los de adentro: Alejandro: <i>el fallo que tuve fue que nunca participe, nunca fui durante los talleres que estuvieron dando, entonces, tenía yo como entendido que a lo mejor no lo saben dar o no lo van a saber capacitar</i> (EntAleMay09:27).</p>
Médico	<p>Disposiciones <i>A ver tengo enseñar, llegué yo con mi conciencia bien levantada</i> (EntAlbMay09:14).</p> <p><i>Le decía que te parece si el dinero o en lugar de dárselo en las campañas de vacunación, se lo damos en los talleres de capacitación [...] o sea yo daba propuestas malas</i> (RelRel:82)</p> <p>Toma de posición. Médico: <i>Lupillo dijo el medicamento donado se tiene que quedar porque es de esta casa de salud y yo le dije me lo voy a llevar, le digo te voy a dejar el que tú sepas utilizar y el que no sepas utilizar me lo llevo para las otras casas [...] pero esa decisión creo que el problema es que esa decisión a mí no me correspondía</i> (EntAleMay09:56).</p> <p>Médico: <i>Al inicio ¿yo hacía todo el papeleo?</i> Alberto: <i>pues sí casi, realmente ahí estábamos pegados pero realmente no lo hacíamos, nomás estábamos viendo pues</i> (RelRel:34). Médico: <i>Hicimos eso una vez o dos veces, al otro día dije necesito alguien quien me ayude y los que me lo entregaron bien les dije ayúdame tú a revisarle el censo a él, así creo que fue Alberto: Sí, sí</i> (EntAlbMay09:15).</p>	<p>Disposiciones Alejandro: <i>Así entendí en ese tiempo, como que querías venir a mandar, pero eso que estabas también en la razón, porque te dabas cuenta que no estaba bien la repartición</i> (RelRel:102)</p> <p><i>Porque a mí para lo que me pagaban era para dar cursos, no para formar capacitadores, no para enseñarte a ser capacitador [...] Bueno a mí me importaba que tú aprendieras y a mí me importaba aprender</i> (RelCol:80;84).</p> <p>Médico: <i>si van a llegar (a los talleres) van a llegar por su conciencia no va a ser por el dinero[...] además ese dinero ya se estipuló que es para la vacuna, además de por sí que es su derecho de los promotores, es su dinero, entonces no lo podemos condicionar, él (Alejandro) me enseñaba todas esas cosas</i> (RelRel:82)</p> <p>Toma de posición <i>yo decido fácil salirme de la toma de decisiones... porque si yo quisiera seguir estando yo agarro el lápiz yo agarro el papelógrafo y yo sigo parándome enfrente y les digo quién vino, quien de primer nivel, quien de segundo, es mi decisión salirme también</i> (EntAleMay09:24)</p> <p><i>Yo lo único que decía era: si ustedes toman el acuerdo de que lo vamos a hacer colectivo, ni modo</i> (EntJos:may09:11)</p>
Alberto	<p>Disposiciones <i>Todas esas cosas no hacíamos pues enseñaban poquito, pero poquito, hasta yo llegué a pensar de que no se entendía, pues es que tienes que diluir con esto, está muy duro, no voy a llegar a aprender, está muy complicado, se mira difícil porque te dicen se tiene que diluir con esto y tiene que ser un poco rápido y con mañas y con formas y no, no</i> (RelRel:30).</p> <p>Alberto: <i>No, si yo que me sentía bueno, que decía sí soy chingón, pero nomás que no mostraba que tenía yo miedo, ni una vez cabrón. Cuando nos dijeron no pues van a vacunar los de segundo nivel, ¡chinguej, y yo no me voy a echar para atrás, dije no, pues sí la mera verdad ya tenía yo esa capacitación, teóricamente, pero como yo siempre digo en la práctica no es igual, no es igual tonces dije, pues ya ni modo vamos a intentarlo y pues</i> (RelRel:32).</p>	<p>Disposiciones Alberto: <i>yo siempre con Leandro, me quedaba yo así, cuando una cosa que está mal como dices, yo no le contesto más pues y me quedo así, por si algo sale mal ahí están los responsables</i> (EntAlbMay09:65).</p> <p>Posturas <i>después de más de un año de trabajo los promotores dejaron de ser traductores y pasaron a ser capacitadores en la realidad</i> (RelCol:49)</p> <p>Alberto: <i>los doctores van a salir y entonces quién lo va a hacer, y de todas maneras el que se iba a chingar era nosotros, sino le echamos ganas nos íbamos a chingar y quién va a decir no pues que hagan ellos y si no estamos bien tons por eso también empezamos a planear todo eso</i> (EntAlbMay09:21)</p> <p><i>La siguiente campaña se seguirá realizando de manera colectiva, es decir todos los promotores participaran en la vacunación de todas las comunidades</i> (RelCol:41).</p>

Fuente: Elaboración propia

En la etapa de inicio identifiqué las disposiciones del médico de enseñar y a decir y organizar las actividades desde su saber médico. En la etapa de salida identifiqué además la disposición del aprendizaje y de decidir a partir de la discusión y acuerdo realizado con otros, en dónde el saber médico era un elemento importante en las discusiones pero secundario. Este cambio en las disposiciones se traduce, por ejemplo, en preparar e impartir los talleres de capacitación ya no de manera individual, sino de manera colectiva con otros agentes del campo.

Por otro lado observo en las propuestas del médico una práctica de condicionamiento de los recursos, *“Le decía que te parece si el dinero en lugar de dárselo en las campañas de vacunación, se lo damos en los talleres”* la cual no observé en la etapa de salida, hecho que no quiere decir que no existió. La respuesta de Alejandro a este condicionamiento busca ubicar al médico al contexto, al responderle que no se le puede condicionar el dinero de sus pasajes a un promotor, porque de entrada ese recurso se está destinado para el promotor, es su derecho y por lo tanto le pertenece.

Alejandro mantuvo la disposición ante el médico y el grupo de promotores de que los que pueden mandar no son las personas de afuera sino el grupo. Mantiene su disposición de mando sustentada en que no tiene un interés personal, sino un interés por mejorar las cosas del municipio. Identifiqué una disposición de subordinación de Alejandro ante el médico, *“yo entendí que me hiciste a un lado porque no sé hacer el trabajo”*, la cual se reproduce al subordinar a los promotores de salud al tener entendido que los promotores no sabrían dar un taller. Contrario a esa subordinación la disposición de saberse capaz él y otros promotores como Alfredo de realizar el trabajo en salud.

En la etapa de inicio identifiqué que Alejandro, ante los agentes externos, tenía una disposición de mando sustentada en los agentes que le habían conferido un cargo. Al interior del campo PSSN su disposición era de coordinación y organización; las del médico eran de organización, de enseñanza, las de Alberto y José de interés por aprender, y las de Misael de organización.

Toma de posición en el PSSN

Es importante señalar que las posturas de los agentes en el campo dependen, al menos de manera negativa, de sus posiciones y de su capital detentado.

La primera toma de posición de los agentes en el campo es la de aceptar estar en el campo, ya que permanecer era un decisión libre para los agentes promotores y médico. Otra toma de posición de todos los agentes era el aceptar realizar el trabajo de vacunación de manera colectiva, esto les permitía reproducir y capacitar a los nuevos promotores, la posición del médico respecto a esta medida era de aceptación.

Al indagar en la motivación de los agentes para realizar las actividades en el campo Alejandro aseveró que todos los agentes en el campo realizaban el trabajo por conciencia y no por dinero. Alberto refirió que él se movilizó en el campo porque si no lo hace, *‘el que se va a chingar era nosotros’* (sic) (EntAlbMay09:21), observando así dos elementos relacionados que motivaban a los promotores a realizar su trabajo, uno relacionado a la “conciencia” política y otro a la de “sobrevivir” (Ver Tabla 14).

El médico tomó la decisión de generar grupos de trabajo que tuvieran autonomía, es decir, que pudieran tomar sus propias decisiones sin consultarlas con Alejandro, en las cuales este último sólo daba el visto bueno de las decisiones acordadas. Los espacios generados a partir de esta toma de decisión fueron las comisiones de logística de campañas de vacunación, de aplicación de vacuna, de capacitación, incluida la planeación e impartición, y la de alimentación. Por su parte, el médico también decidió tomar distancia de las decisiones que se llevaban a cabo en las actividades relacionadas con la vacunación durante la etapa de salida hecho que hizo que los promotores lograran realizar campañas de vacunación sin la ayuda del médico.

Alejandro refiere que su toma de posición ante la decisión del médico de organizar grupos de trabajo era de dejar hacer, ya que al observar los resultados en las reuniones del CSNE, evaluaba el trabajo como positivo, aclarando que si se hubieran comunicado médico y

Alejandro hasta “hubiera echado la mano”. En la etapa de salida continuó coordinando actividades, excepto en algunos espacios como el de vacunación y capacitación, en este último consideró un error no haber participado en la planeación e impartición de talleres, hecho que el médico valoraba como acierto por la autonomía generada en dicho espacio con otros agentes antes descapitalizados.

Por su parte la toma de posición de Alfredo respecto a la participación, cambió de ser observador a agente activo. Lo anterior fue fundamental para conseguir el objetivo en el campo PSSN, es decir, el hacer ellos mismos las actividades de salud del municipio. En este sentido de la participación Alejandro y Alberto identificaron que quienes deben de hacer actividades o cosas para mejorar su situación son ellos mismos y no personas de afuera y que para lograrlo, lo que tienen que hacer es cumplir con el trabajo.

En cuanto a la toma de posición referente al cuestionamiento de la autoridad detentada por el médico y Alejandro, había distintas de acuerdo a cada agente, Alberto asumía la aceptación, mientras Misael confrontaba a ambas figuras. Por su parte el médico aceptaba cada vez más como autoridad al grupo de promotores de salud y a sus decisiones. Respeto la toma de posición de Alejandro ante la autoridad del grupo era de respeto, no obstante que al término de la intervención pedagógica en estudio marginó al grupo de capacitadores del centro de la toma de decisiones (Ver tabla 14).

En torno a la postura de compartir lo aprendido se conservó en los agentes, Misael, Alejandro y el médico mientras que Alberto pasó de una actitud pasiva a una activa.

Por último, el médico tuvo una toma de posición encaminada a mantener la centralidad en el campo y por tanto estar en la pugna por la definición de las reglas del juego durante el tiempo que duró la intervención, el decidir salir del campo por motivos personales, hizo que algunos elementos en la estructura del campo cambiaran.

Un resumen de algunas de las características del campo, incluidos los objetivos, reglas del juego, límites, disposición, posición y toma de posición de los agentes se encuentra en la tabla 49.

Tabla 49. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO DE LOS PROMOTORES DE SALUD

ETAPA	INICIO	SALIDA
Objetivos	La autonomía en salud.	La autonomía en salud, construir una mejor salud en las comunidades, resolver necesidades y problemas, organizar promotores, vacunar a todos los niños, la enseñanza y el aprendizaje, entre otros.
Reglas del juego	Las definía Alejandro y el médico (Ver figuras 2 y 3)	Las definían mayoritariamente Alejandro y el médico, más 12 promotores (Ver figuras 2 y 3)
Límites	Estaban en los campos PSSN, en MASN y en el CSNE.	Se mantuvieron en el campos PSSN, y se ampliaron en los campos MASN, y CSNE.
Disposición	Ver tabla 14	Ver tabla 14.
Posición	De centralidad Alejandro y el médico. De marginalidad Misael y José (Figura dos)	De centralidad Alejandro, el médico y Misael. De marginalidad José (Figura tres).
Toma de posición	Las referidas por la tabla 6.	Las referidas en la tabla 6.

Fuente: Elaboración propia

En las figuras dos y tres se presentan las posiciones de los agentes en el campo designadas a partir de la observación del tipo y volumen de capital que detentaba cada uno de los agentes en las etapas de inicio y de salida, así como las formas de movilización de capital descritas en párrafos anteriores.

Figuras 6 y 7. POSICIONES DE LOS AGENTES EN LAS ETAPAS DE INICIO Y SALIDA EN EL PSSN

Figura 6. Posiciones de los agentes, en la etapa de inicio, en el campo PSMSN

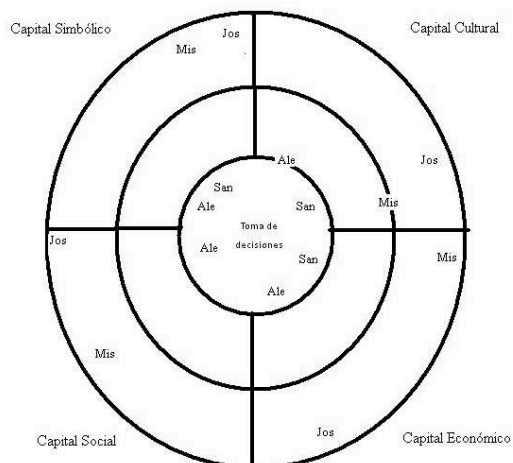
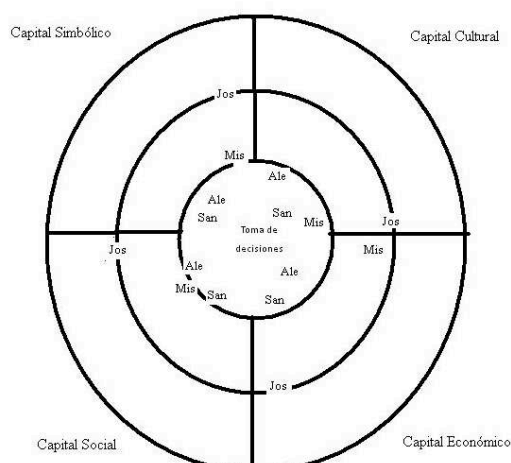


Figura 7. Posiciones de los agentes, en la etapa de salida, en el campo PSMSN

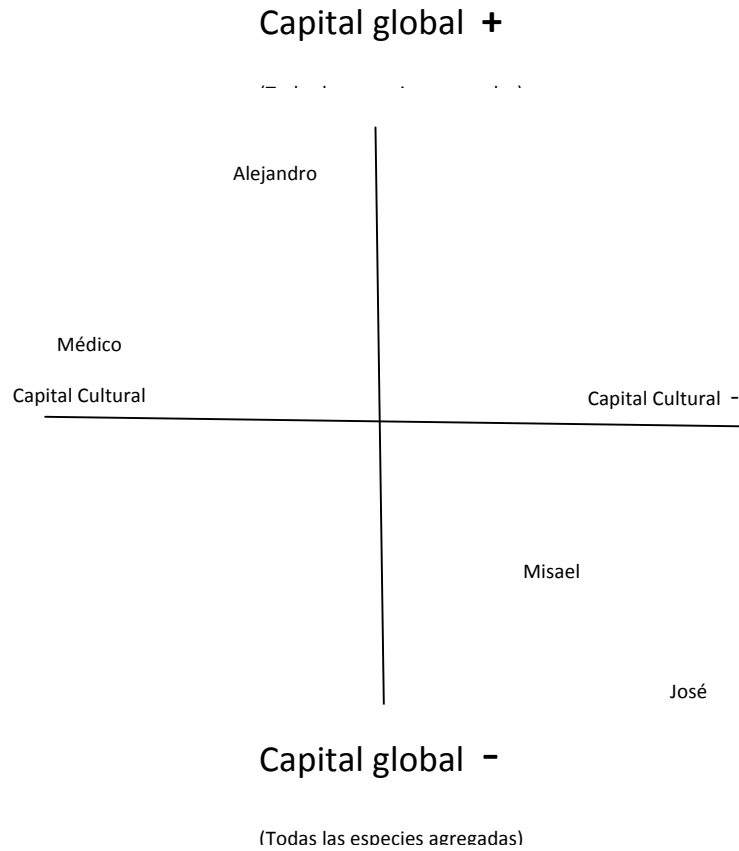


Fuente: Elaboración propia

En las figuras 6 y 7 el lector(a) puede observar un proceso de capitalización en todos los agentes. El agente José, caso típico que representó a 32 promotores en la etapa de inicio y 45 en la de salida, se hizo de un capital cultural que le permitió acercarse al centro del campo, pero no lo suficiente como para estar dentro de la toma de decisiones en el campo; el agente Misael representa en la etapa de inicio a un grupo de 23 agentes, y en la de salida a un grupo de 12 que logró una capitalización, principalmente de capital cultural, por medio de la cual pudo acercarse a la toma de decisiones, hecho que hizo que cambiaran las estructuras en el campo en la etapa de salida. Por su parte el médico y Alejandro se mantuvieron en ambos momentos de la intervención con una posición central dada la alta valorización de su capital detentado.

Por último dibujo el espacio social del PSSN en las etapas de inicio y salida, tomando como puntos de referencia el capital cultural y el volumen global de capital de los agentes del campo PSSN (ver figuras 8 y 9).

Figura 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES EN EL ESPACIO SOCIAL PSSN EN LA ETAPA DE INICIO



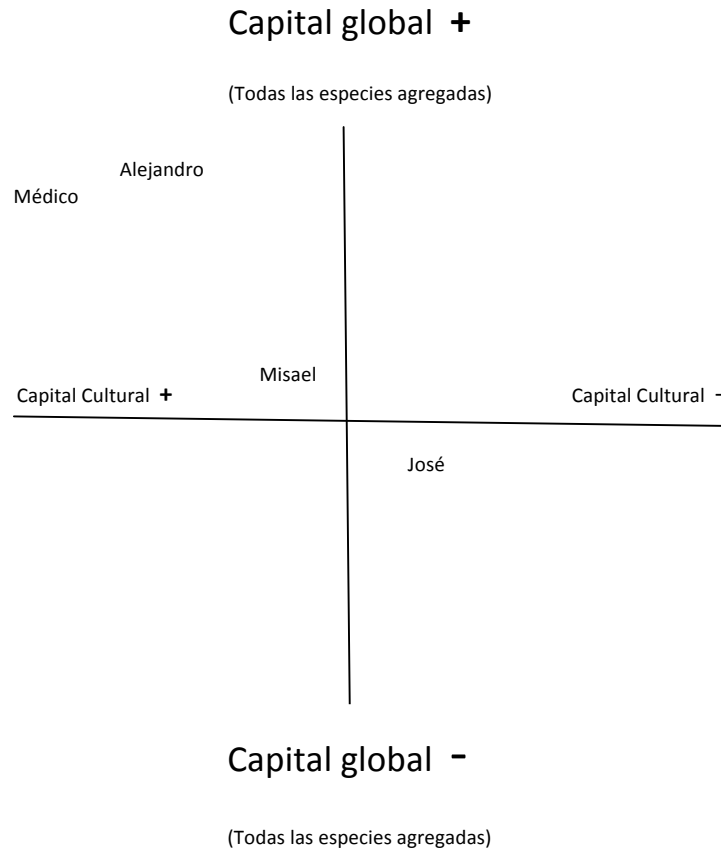
Fuente: Elaboración propia

En la parte superior izquierda se observan los dos casos atípicos que detentan el mayor volumen de capital global: Alejandro detenta las tres especies de capital, su volumen total es el más abundante, principalmente a expensas de capital social. El médico detenta las tres especies de capital, su volumen total es abundante, a expensas de capital cultural y social.

En la parte inferior derecha se encuentran Misael, quien representa alrededor de 23 agentes y detenta poco capital de las tres especies, y un volumen total escaso. José, quien representa alrededor de 32 agentes, detenta muy poco capital de las tres especies y su volumen global es muy escaso.

En la figura 9 muestro la distribución de los agentes en el espacio social, a partir de la observación del capital cultural y global de los agentes del campo PSSN

Figura 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES EN EL ESPACIO SOCIAL PSSN EN LA ETAPA DE SALIDA



Fuente: Elaboración propia

Al comparar esta figura con la figura 8, se observa que el volumen global de capital de todos los agentes aumentó. Alejandro continuó detentado capital cultural de las tres especies, aumentó su capital cultural, y su volumen global era muy abundante a expensas de capital social. El médico detentó capital de las tres especies, su volumen global aumentó y era abundante a expensas de capital social y cultural, manteniendo siempre un volumen global de capital menor a Alejandro y una centralidad similar. Por otro lado Misael (representando en esta etapa de salida el movimiento de 9 agentes en el campo) aumentó su capital en las tres especies, tenía escaso capital material, y las especies social y cultural se aumentaron, su volumen global pasó a ser abundante permitiéndole estar en el centro del

campo y por tanto en la definición de las reglas del juego. Por último, José detenta capital de las tres especies, su volumen de capital material es escaso, su capital social y cultural, son considerablemente mayores, y cuenta en la etapa de salida con un volumen global escaso quedando fuera de la toma de decisiones en el campo PSSN.

CONCLUSIONES CAPITAL Y CAMPO

A partir del análisis anterior del campo PSSN en estudio y de las características que lo constituyen puedo concluir lo siguiente:

Espacio social

Pensar el mundo desde la perspectiva del espacio social implica la aprensión relacional del mundo social, en donde los individuos o grupos, en este caso los agentes en el campo PSSN, existen y subsisten por la diferencia. Es decir que cada uno de los agentes ocupábamos posiciones relativas en un espacio de relaciones, en donde la diferencia entre capitales, marcaba la posición de uno u otro, siempre en relación con el otro. Aún cuando los objetos del mundo social pueden percibirse y decirse de diferentes maneras, queda claro que en el campo en estudio los promotores de salud zapatistas han ganado en el espacio las luchas simbólicas por la producción e imposición de la visión del mundo legítima, la autonomía en salud era la forma de ver el mundo, legítima e incuestionable para los que entrábamos al campo.

El espacio social es un espacio pluridimensional y es un conjunto abierto de campos relativamente autónomos en su funcionamiento y sus transformaciones. En el interior de cada uno de los subespacios (el campo de los promotores de salud, el campo del Municipio Autónomo San Nicolás, el campo de salud del caracol, el campo de la autonomía zapatista) los ocupantes de las posiciones dominantes y los de las posiciones dominadas se comprometen constantemente en luchas de diferentes formas, sin constituirse necesariamente como grupos antagónicos. Siendo las diferentes especies de poder o de capital vigentes en los diferentes campos las propiedades actuantes retenidas como los

principios de construcción del espacio social. Es a partir de la política de resistencia que en todos los subespacios mencionados incluido el campo del Estado y sus instituciones es nulo y por tanto no le es posible jugar e intercambiar capital y poder en los campos. De esta manera también el campo PSSN es parte del campo de la salud en México.

Al considerar que “El espacio social y los grupos que en él se distribuyen, son el producto de luchas históricas”, que en el municipio autónomo la gente decida los médicos a contratar y su permanencia o despido, así como la manera de laborar, 20 días en la comunidad y rotando por distintas microclínicas son una señal de que los promotores hoy en día como producto de una lucha histórica pueden decidir sobre estos aspectos de sus sistema de salud. Así las reglas y valores en este campo están siendo definidas cada vez más por los agentes pertenecientes a las comunidades y no por agentes externos.

El campo de los promotores de salud permite estudiarlo como un espacio relativamente autónomo, como un microcosmos con sus propias leyes con una autonomía parcial más o menos marcada con respecto a las leyes del macro cosmos a las que está sometido, que en este caso serían las de autonomía zapatista. La posición del campo PSSN ante el campo CSNE fue privilegiada ya que Alejandro tenía un volumen global de capital abundante en relación con otros agentes similares a él en el campo mencionado. Además las leyes del macro cosmos (campo AZ) como realizar el trabajo de manera colectiva, enseñar lo aprendido, o construir un SSAZ propio, estaban vigentes y se reproducían en el campo PSSN. Así las prácticas en el campo PSSN reforzaban su identidad como sujeto colectivo y la identidad del campo de la AZ.

Aún cuando la experiencia pedagógica descrita es realizada por un médico, en donde el promotor de salud Alejandro tenía un papel central, no son los individuos el verdadero objeto a investigar, sino es el campo el que primariamente es y fue el foco de las operaciones de esta investigación. Los individuos en cuestión existen como agentes en tanto que activos y actuantes en el campo por el hecho de tener las propiedades necesarias para ser efectivos y para producir efectos en dicho campo.

Campo

Los campos identificados con los que el PSSN intercambia capital, son: el CSNE, MASN, y el CNE. A partir de la intervención pedagógica se observa una consolidación del campo PSSN, una ampliación de sus límites, una capitalización, de distintas especies, en todos los agentes del campo que promueve el cambio en las estructuras objetivas y que se observa gráficamente como un acercamiento de los agentes marginados al centro del campo.

La posición de centralidad de los agentes Alejandro y el médico, producto del capital global detentado y de su toma de posición, les permite a ambos agentes valorizar sus capitales (cultural y social) en el campo. Aún cuando se identificó en ambos una descapitalización, su centralidad se mantuvo intacta. En los agentes que cambiaron su posición, de marginal a central en el campo, se observa la capitalización de las especies cultural y social, y la toma de posición activa que incluía el intercambio del capital.

En cuanto a los cambios, no absolutos, que esta intervención produjo en el investigador se encuentran, el cambio en la disposición de enseñar (el médico es el que sabe luego entonces el que enseña) a la de enseñar aprender, de decidir desde el saber médico a decidir a partir de la discusión y acuerdo realizado con otros en donde el saber médico era un elemento importante que se podía considerar incluso secundario a la hora de tomar una decisión. La disposición de condicionar el capital material, hecho que frecuentemente se observa en las acciones de gobierno y que el médico reproducía, no se observó en la etapa de salida, hecho que no quiere decir que desapareció de sus prácticas. El promotor Alejandro aleccionaba al médico al indicarle que uno no puede condicionarle algo a alguien que de entrada le pertenece. Como las vacunas, el medicamento, el apoyo para pasajes por mencionar algunos ejemplos.

En algunos se observó un cambio en la forma de pararse frente al conocimiento, pasando de ser sujetos incapaces a saberse capaces y realizar cualquier actividad. Alejandro continúa asumiendo en todos los momentos que él puede mandar, su poder está sustentado en el

interés colectivo, en mejorar las cosas del municipio, sin embargo el se capitaliza por ello. Saber utilizar ese poder es algo que le da el pulso la comunidad. Alejandro se capitaliza, en tano capitaliza a los agentes del municipio. Otros promotores como Alberto cambian sus prácticas de observador y acompañante del médico al inicio de la intervención, a prácticas de participación, discusión y planeación de actividades en la etapa de salida.

Las prácticas de los agentes en el campo PSSN estaban relacionadas con la coordinación, organización, enseñanza, y el interés por aprender. Agentes como el médico y Alejandro decidieron salir de la centralidad en algunos espacios, sin que ello implicara perder la centralidad en el campo. En el cuestionamiento de la autoridad detentada por el médico y Alejandro, había distintas posturas, Alberto asumía la aceptación, mientras Misael confrontaba a ambas figuras. Por su parte el médico aceptaba cada vez más como autoridad al grupo de promotores de salud y a sus decisiones. Respeto Alejandro su posición ante la autoridad del grupo era de respeto, no obstante que al término de la intervención pedagógica, marginó al grupo de capacitadores del centro de la toma de decisiones. La última toma de posición del médico fue salir del campo PSSN al final de la intervención pedagógica. Alejandro siguió conservando su centralidad.

La pugna sobre quiénes son los que deben mandar y hacer el trabajo, así como los esquemas de percepción pensamiento y acción, se refleja cuando el médico llega queriendo enseñar, y cuando al final su esquema de pensamiento es de enseñar y aprender, mientras que en Alejandro mantuvo la disposición ante el médico y el grupo de promotores de que los que pueden mandar no son las personas de afuera y un esquema de percepción de sí mismo en relación con el médico de subordinación cuando dice *“yo entendí que me hiciste a un lado porque no sé hacer el trabajo”*, frase en que se observa la subordinación y que se reproduce con los promotores de salud al pensar que los promotores no podrían o sabrían impartir un taller. Contrario a esa subordinación la disposición de saberse capaz él y otros promotores como Alfredo de realizar el trabajo en salud.

Capital

El capital en juego en la etapa de inicio fue predominantemente capital social, la conformación de un grupo de promotores interesados por la salud sostenido por las comunidades, el volumen global de los agentes cambió mediante la intervención pedagógica, permitiendo la consolidación del campo PSSN.

La transformación del capital cultural (conocimiento experto en torno a la salud) en capital social se daba en la medida en que los agentes reproducían el capital cultural en juego mediante el ejercicio del capital social detentado. El capital simbólico relacionado con el desprestigio se pudo observar en sólo tres agentes, Alejandro, el médico y Misael, aún con ese tipo de capital tenían acceso a la toma de decisiones en el campo.

Por su parte el capital material en juego (microclínicas, medicamentos, vacunas, materiales) al no tener un dueño único como tal, no valía en tanto propiedad, el detentarlo era producto del cuidado o consignación del capital, de tal manera que el acceso al capital material estaba relacionado con los capitales cultural y social detentados. En el campo PSSN el saber implicaba tener acceso a capital material. La pugna por el capital económico referente a alimentos, medicinas, materiales de vacunación y de capacitación se dio por la forma de decidir la distribución equitativa de este capital a todos los agentes en el campo. La pugna por este capital se desarrollaba y era mayor en otros campos en dónde se conseguía dicho capital como en el campo CSNE.

Lo que hacía que los agentes tuvieran un reconocimiento, y por tanto mayor capital social, al interior del campo eran ser zapatista, haber participado en 1994 en el levantamiento armado, tener un cargo (ya que la comunidad te elegía para realizarlo), haber permanecido mucho tiempo en el cargo (ya que eso era muestra de cumplimiento), ver las necesidades de los promotores o del municipio, atender bien a los pacientes que solicitaban una consulta, cumplir en el trabajo. En el caso del médico, tener un título universitario, conocer el idioma tsotsil, haber trabajado en comunidades rurales indígenas zapatistas, tener buena relación

con la gente, aguantar ‘la chinga’³⁷ y el hambre, estar acostumbrado a vivir en las comunidades y no haber tenido problemas.

La ampliación del capital social en el campo trajo consigo el cambio en la movilidad del capital en juego, que se tradujo en una mayor coordinación de las actividades en salud, en una distribución equitativa del capital material, en una mayor cobertura y capacidad de vacunación y atención de enfermos en el campo del municipio autónomo zapatista (MAZ), en un reconocimiento de otros campos hacia el campo de los promotores, en una redistribución del capital en juego y de agentes cada vez más cercanos a la centralidad en la toma de decisiones y con un mayor desarrollo de voz. Por último el objetivo del campo y los procesos de capitalización posibilitaron la consolidación de una identidad y proyecto colectivos que eran conseguir una mejor salud en las comunidades y que los agentes manejaran su sistema de salud autónomo. Aún cuando el proceso de capitalización se acompañó de un trabajo pedagógico arduo y constante en diversos espacios durante toda la intervención, los agentes que continuaron en el campo, no sólo no perdieron sino que aumentó la *illusio*, que era lo que hacía que dejaran sus actividades como campesinos, que dejaran la milpa y los animales, que dejaran momentáneamente sus actividades con su familia, que hacía que se durmieran tarde y se levantaran temprano a realizar actividades de vacunación a talleres... lo que hacía que llegaran era la *illusio* de mejorar las condiciones de salud propias y de a gente de su comunidad, de construir un sistema de salud propio y de consolidar su autonomía como pueblos indígenas zapatistas.

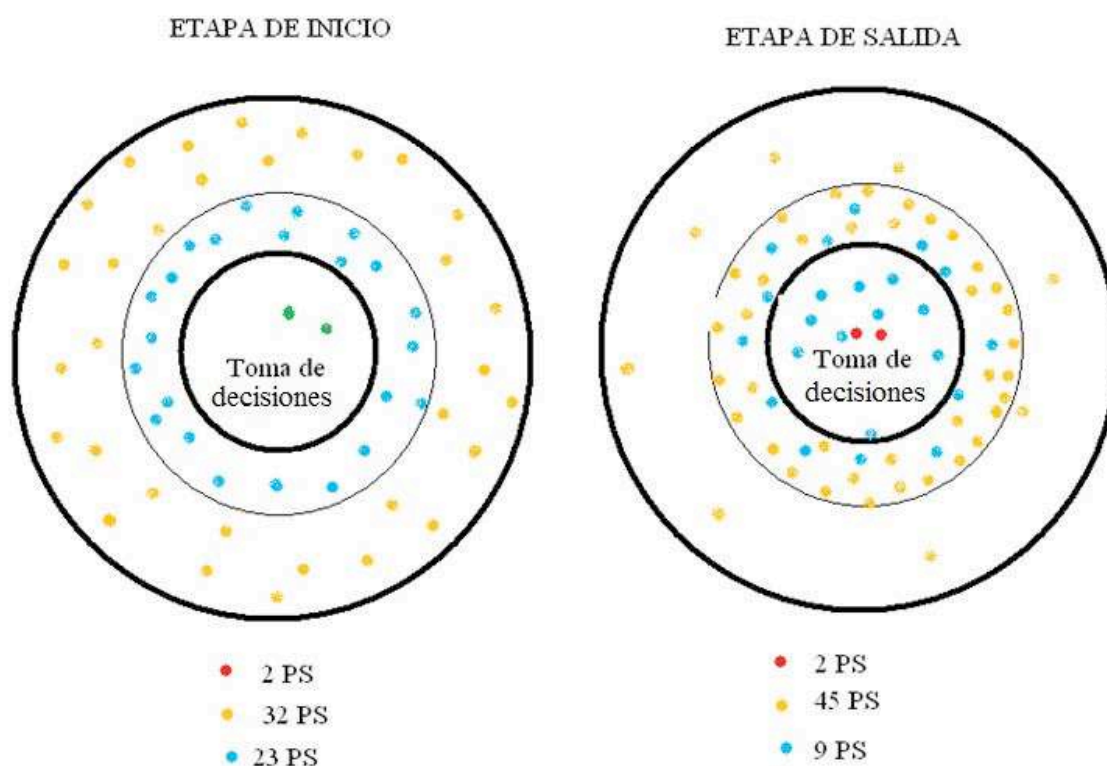
De manera gráfica, al hacer un balance del capital en juego, del volumen global de los agentes en el campo, de su toma de posición y de su posición, encontré lo siguiente:

El proceso de capitalización permitió un cambio en la configuración del espacio social, caracterizado por un acercamiento de todos los agentes al centro de la toma de decisiones. Este acercamiento fue diferencial siendo mayor para algunos promotores y mayor para otros. El número de agentes que accedieron a la toma de decisiones y que decidían las

³⁷ La expresión “aguantar la chinga” se refiere a tolerar y por tanto realizar un trabajo que se considera excesivo y extenuante en donde las condiciones laborales no son las deseables.

reglas del juego aumentó de dos a doce agentes (están representados por los puntos de color morado en la figura 10). En este espacio se mantuvieron Alejandro y el médico y se agregaron agentes con experiencia. Los promotores que en la etapa de inicio estaban en posibilidades de acceder a la definición de las reglas del juego eran 23, mientras que en la etapa de salida eran 32 agentes. Los promotores que estaban muy marginados pasaron de ser 32 a ser 10 aproximadamente, disminuyendo la distancia que los marginaba, esto debido a que al final de la intervención tenían capital valioso para intercambiar en el campo.

Figura 10. MOVILIDAD DE LOS AGENTES EN EL CAMPO PSSN



Fuente: Elaboración propia

A partir de lo anterior se observa que en la etapa final 10 agentes entraron a la definición de las reglas del juego, que 32 agentes (9 más que en la etapa inicio) estuvieran en posibilidad de tener una centralidad en el campo PSSN y que disminuyera el número de agentes 10 (al inicio eran 32) que se encontraban muy marginados de la definición de los valores y reglas del juego. El cambio en la distribución de los agentes en el espacio social fue posible, entre

otras cosas, por las prácticas y procesos pedagógicos desarrollados y a los procesos de capitalización que estas generaron.

CAPÍTULO 6

EDUCACIÓN, DIÁLOGO Y CONOCIMIENTO

*Pasa que nunca nos habían volteado a mirar.
Pasa que tuvieron que ser las armas y la corrida de sangre.
Pasa que siempre piensan que no sabemos nada y que nos van a ir a enseñar,
pasa que estamos como sociedad aprendiendo y enseñando,
lo que yo sé a ti te hace falta y al revés, así pues (Carballo, 2012:54)*

En este capítulo presento, a partir de la información recolectada, el análisis de las relaciones pedagógicas en distintos momentos de la intervención motivo de este estudio. Este análisis lo hice con la ayuda de los analizadores que dan cuenta de las características dialógicas o antidialógicas que propone el pedagogo P. Freire³⁸, y de analizadores que relacionan el conocimiento y el poder planteados por Chapela que toman en cuenta el valor, validez y validación del conocimiento. Observando cuatro conocimientos relacionados con la vacunación, la muerte materna, la atención médica y la autonomía. A partir de estos analizadores correspondientes a educación, persona y diálogo, se pretende dar respuesta a dos preguntas particulares de esta investigación ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007 y cuáles fueron las características de los procesos de apropiación, construcción, re-construcción y cambio del conocimiento en el proceso pedagógico al interior del campo? Al contestar estas preguntas estaré en condiciones de describir los procesos pedagógicos desarrollados.

Para conocer acerca de las fuentes de información, las formas de recolección, la selección de palabreantes, la construcción de analizadores, de datos y del procedimiento de interpretación y análisis, así como el significado de las abreviaturas utilizadas y una explicación más amplia sobre el método realizado se refiere al lector al capítulo metodológico de esta comunicación.

³⁸ En el capítulo 2 de esta comunicación se exponen elementos de diálogo, persona y educación propuestos por P. Freire referentes a los analizadores aquí presentados.

LA ACCIÓN DIALÓGICA

Muestro las características de la teoría de la acción dialógica en las tablas 50 a 53, que incluyen la colaboración, la unión, la organización, y la síntesis cultural en dos momentos de la intervención.

Colaboración

Los elementos planteados de la colaboración propuestos por Freire y observados en la experiencia son la comunión (ser parte de), la comunicación (diálogo), la adhesión y la adhesión verdadera (como un encuentro libre de opciones) mismos que se describen adelante.

Comunión

En la etapa de inicio se ve al médico, autor de este trabajo, como alguien externo al campo PSSN, por el mismo, al hacer una distinción entre el yo y ellos *“lo que yo sé hacer, ellos lo tienen que saber hacer”*, por parte de Alejandro que no lo incluye en el nosotros *“que nosotros mismos hagamos”*, a la hora de pensar quién debe realizar el trabajo. También se observa un elemento de “comunión” cuando el médico afirma *“estas muertes y sus dolores”* refiriéndose a como las muertes de los niños y las mujeres influyeron en la forma que veía su quehacer. Yo sentí esa comunión con Alejandro cuando me quedé a dormir en la sala de urgencias de un hospital, llevamos a su hija embarazada porque se le subió la presión durante el parto, su nieta murió. Me sentí como hermanado con su dolor y era una responsabilidad mutua y humana el estar con él en la sala de espera toda la noche, noche en la que murió su nieta, recién nacida (ver tabla 50).

Tabla 50. TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: COLABORACIÓN

ETAPA DE INICIO (Datos)	ETAPA DE SALIDA (Datos)
<p>Comunión (es ser parte de) Médico: desde que llegue tú me decías, autonomía es que nosotros mismos hagamos las cosas en salud, así entendí yo que tú me dijiste, y yo entendí, entonces lo que yo sé hacer ellos lo tienen que saber hacer cuando yo me vaya (EntAleMay09:45)</p> <p>Médico: así, estas muertes y sus dolores correspondientes influyeron en la planeación de contenidos que debían tener las capacitaciones posteriores en el municipio (ReRel:5)</p> <p>Comunicación (diálogo) Médico: la muerte materna, ¿para ti era un problema? Alejandro: Sí claro Médico: Y para mí era un problema, entonces los dos tratábamos de resolverlo con el control prenatal, con la coordinación con los parteras, e hicimos cinco cursos de eso (EntAleMay09:40).</p> <p>Adhesión verdadera (encuentro de opciones libres) Médico: Después hicimos eso una vez o dos veces, al otro día dije necesito alguien quien me ayude y los que me lo entregaron bien les dije ayúdame tú a revisarle el censo a él, así creo que fue Alberto: Sí, sí (EntALbMAy09: 15).</p> <p>Alberto: por eso yo este... empecé a acercar más pues, porque cuando realmente veo porque es como dice usted, si no se muestra que enseña realmente con el corazón, no pus no, porque se ve realmente así, así a simple vista se ve, se ve porque, porque este... no sé cómo pero sí se ve (EntAlbMay09:52)</p>	<p>Comunión (es ser parte de) Médico: y luego de ahí cómo le hicieron para aprender, cómo le hicimos para aprenderlo Alberto: No pues estuvo cabrón pero sí aprendimos, no pues sí tardamos un chingo como yo digo que hasta las tres de la mañana ahí estábamos, tenía que salir (EntALbMa09:14).</p> <p>José: hay unos que no dormimos, hay unas noches que no dormimos, son muy duros pues el trabajo, sí y usted también no durmió, por el caso de que quiere usted de que vamos a aprender. Pero hay algunos que si no tienen ganas de enseñar ya está durmiendo el que no quiere, pero usted no dormiste también, usted tiene el corazón de enseñar bien, si por eso nos acordamos todavía (PlatJospeMay09:3)</p> <p>Comunicación (diálogo) Migue: porque yo más o menos lo que explicabas lo entendía yo y lo que explicamos nos entendíamos y nos compartíamos, por eso este como qué hablas y hablo y yo tengo que traducir más o menos, doy primero. Más o menos das la plática también y si no pasas paso también a dar, entonces como que llevamos un buen camino ya, paso por paso estamos dando pero chingón (EntMisMay09:4).</p> <p>Alberto: es cómo por ejemplo si estamos platicando pus a veces que hay cosas que yo ni lo he pensado que ni siquiera, pero después de que platicamos, después sí hace que salga otras cosas que podemos hacer o cómo podemos hacerle más (EntAlbMay09:43).</p>

Fuente: elaboración propia

Ya en la etapa de salida, se puede observar elementos de comunión (*ser parte de*) entre distintos agentes: por ejemplo el médico pregunta, *¿cómo le hicimos para aprenderlo?* asume que no sólo enseña sino que también aprende. Por su parte un promotor de salud comenta acerca del trabajo y del médico: *“hay unas noches que no dormimos, son muy duros pues el trabajo, sí y usted también no durmió”*. Aquí hace parte al médico de ese esfuerzo realizado por todos, el de no dormir.

Comunicación

Respecto a la comunicación, vemos que en la etapa de inicio era sólo entre el agente Alejandro y el médico, ambos trataban de resolver problemas. En la etapa de salida este tipo de comunicación dialógica se desarrolla con otros agentes: en el caso de Misael y el médico, ambos eran participantes activos en las capacitaciones e iban construyendo un camino *“y lo que explicamos nos entendíamos y nos compartíamos, por eso este como qué hablas y hablo y yo tengo que traducir más o menos, doy primero.”*. Alberto da cuenta

como a través de las pláticas podíamos pensar “otras cosas” que uno sólo no habría pensado sin el otro, cosas que ayudaban a saber que más podíamos hacer como grupo de trabajo.

Adhesión verdadera

Respecto a la “adhesión verdadera” (entendida como el encuentro de opciones libres entre promotores y entre el médico y estos) se observa desde la etapa de inicio, el médico invita a promotores que realizan “bien el trabajo” a organizarse y Alberto se acerca al médico por la forma en que enseña, nadie los obligó, ni los convenció de hacer el trabajo, fueron decisiones libres y tenían la opción de no hacerlo (ver tabla 50).

Unión

En la tabla 51 se observan los elementos de la teoría de la acción cultural relativos a la unión, al inicio de la intervención un grupo de coordinadores realizaban la mayoría de las actividades. En la etapa de salida había varios grupos o equipos de trabajo, algunos consolidados, todos unidos, esto fue posible por lo que los responsables “se pusieron a trabajar”, porque el equipo de capacitadores recién formado hablaba, proponía, opinaba y participaba más. Las acciones de los agentes Alejandro, el médico, Alberto, Misael, tendían a organizar, a enseñar y a hacer el trabajo en colectivo.

Tabla 51. TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: UNIÓN

ETAPA DE INICIO (Datos)	ETAPA DE SALIDA (Datos)
<p>Alberto: <i>En ese tiempo eran los coordinadores los que veían todo, y pues como no había esos grupos de personas entonces dije, ah bueno pues si lo hago, vamos a aprender, porque es lo que veía, entramos Lupillo y Facundo, somos los que empezamos a hacer eso, entonces por el mismo de que también pensamos de que teníamos que aprender nosotros (RelRel:35).</i></p>	<p>Misael: <i>si yo fui primero, éramos cuatro con el Julio de ahí le dije a Alfredo de ahí lo organizamos más compañeros para que aprenda, de ahí éramos como 20 ,30, entonces ya era como un colectivo grande entonces estuvo bueno el trabajo porque si aprendí mucho ahí porque ya sé vacunar, ya sé llenar el censo, todo lo que se puede hacer ya lo enseñé a mis compañeros (EtnMisMay09:2).</i></p> <p>Ale: <i>entonces eso fue como tú decías, es importante que hicimos aquella vez nos pusimos a trabajar todos los responsables, estaba muy bien porque muchos entendieron (EntTulAleMay09:4)</i></p> <p>Alberto: <i>porque, porque es lo que a mí a, es lo que a mí me pasa cuando yo le enseñé a alguien, yo como que a veces me quiero aventar, no pus es que tienes que aprender, pero es porque lo quiero que lo aprenda... (EntAlbMay09:56)</i></p>
<p>Alberto: <i>por eso yo este... empecé a acercar más pues (PlatAlbMay09:6).</i></p>	<p>Médico: <i>si te sentías seguro, te sentías capacitado, o te sentías que no</i></p> <p>Misael: <i>no, me sentía yo bien, porque ya más o menos ya con el Tulio, y no sé quién con el Aldo, con otro quién, casi nos llevábamos bien, es que ahí en ese equipo, Tulio y Aldo, éramos tres, creo que éramos tres que siempre hablamos más y proponemos más palabras, opinamos más. (EntMisMay09:4)</i></p> <p>Misael: <i>Más o menos das la plática también y si no pasas paso también a dar, entonces como que llevamos un buen camino ya, paso por paso estamos dando pero chingón (EntMisMay09:4).</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Organización

La tabla 52 da cuenta de lo importante que fue la organización durante la intervención en estudio, el cambio radicó en considerar en la etapa de salida a la organización como lo que hacía funcionar y avanzar el trabajo. La participación del número de agentes que decidieron organizar a otros fue mayor en la etapa de salida. Fue considerada como una experiencia que puede ser retomada y realizada en menos tiempo. Por su parte, el médico y Alejandro concuerdan en que lo importante además de las vacunas aplicadas era la capacidad de organización para resolver un problema específico. Además se mantuvo la idea de la autonomía como el elemento movilizador, como una tarea común, que hacía a los agentes organizarse.

Tabla 52. LA TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: ORGANIZACIÓN

ETAPA DE INICIO (Datos)	ETAPA DE SALIDA (Datos)
<p>Al: yo siempre les digo el trabajo no es mío tampoco, el trabajo es de la organización, deberíamos cumplir nuestro compromiso cada uno de las áreas, porque si no cumplimos cómo vamos a, cómo va a funcionar la autonomía (EntTulAleMay09:6)</p> <p>Tulio: no porque tú siempre, siempre hablas de todo toda el área y de la autonomía, pero el Memo, nomás vino a hacer su trabajo, no vino a enseñar más de así como se está formando, sí, tal vez si lo enseñó más al Miguel pero de chofer, de ser chofer, y el Miguel también ahí estuvo, del medicamento no sé cómo le hicieron absolutamente, nomás en los traslados, sí nomás con el Miguel pero con otros promotores y coordinadores no hubo su palabra de eso su opinión (EntTulMay90:1)</p> <p>Médico: que cuando llegué no había ningún trabajo organizado cuando salí había mucha organización, no es por mí, sino es porque todos quisieron apoyar y ese trabajo (PlatAleMay09:4)</p>	<p>Alberto: pero si ellos (los coordinadores) llegan a juntarse, llegan a organizarse muy bien, va a funcionar, Va a volver a funcionar, es que ya hay esa idea pues, ya hay esa experiencia... pero si eso no lo hacen de plano se ¿se va acabar, se va a acabar!.... Aunque no se va a acabar totalmente pero va a bajar (PlatAlbMay09:)</p> <p>Alberto: hasta ahorita me estoy dando cuenta que era la única que sí, era la organización, por eso digo que no fue cada mes, pero por lo menos una hicimos, o hasta cada seis meses, pero por lo menos hicimos y vimos cual era la problema que estaba mal [...] por eso digo, la única cosa que nos hace avanzar bien es la organización (PlatAlbMay09:6).</p> <p>Alberto: Yo creo que (la coordinación) es lo más importante que avanzó mucho, pues yo dije un día, lo pensé también, yo valió la pena, en ese momento yo no me di cuenta si estaba bien, hasta ahorita me estoy dando cuenta [...] en ese momento o sea que yo no pensaba si estaba bien, hasta yo no quería yo también, porque yo digo pa qué (PlatAlbMay09:3).</p> <p>Alberto: Tons por eso también empezamos a planear todo eso, todo o sea porque también había usted dicho que en cada grupo de trabajo era más seguro o sea que era más fácil porque yo no me encargaba yo de otra cosa más que de una cosa (EntAlbMay09:21)</p> <p>Médico: ¿y por qué después ellos [otros promotores] entraron?. Alberto: ...bueno realmente porque ellos se ve que eran muy chingones, así como decía usted que venía todo bien, entonces ya dije que me ayude el cabrón, entonces ya cuando quedamos , ya le dije no pues véanlo, y yo ya no me metía yo también ya nomás echaba yo su checada, porque sí casi lo entendía yo bien todo, ya nomas checaba yo, sí está bien, y sí salió bien (EntAlbMay09:22)</p> <p>Médico: Otro aprendizaje que estamos viendo ahorita es que no importa, si vacunaste 100 o 200 o 300 niños, sino la organización que se da en torno a eso. Todo lo que se podía organizar y cómo nos organizamos para resolver un problema eso es lo más importante Al: Sí (EntTulAleMay09:4)</p> <p>Misael: pues lo que más me gustaba, o sea que pues organizar más compañeros (EntMisMay09:3).</p> <p>Misael: bueno entonces le explicamos, le explicamos bien, entonces yo le expliqué y cuando lo voy viendo que si está bueno entonces a organizar a otro uno y llegamos seis, bueno ahora sí ya tenemos fuerza ya (EntMisMay09:7)</p>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 53 se observan elementos relativos a la síntesis cultural. Al inicio de las capacitaciones quien decidió los temas a impartir fue el médico, sin embargo, su primera experiencia lo llevó a buscar en las siguientes capacitaciones el diálogo con otros agentes, a cambiar la forma de mirarse y mirarlos, al inicio fue con Alejandro, después Misael, Alberto y los equipos de capacitadores y vacunadores. Se inició un proceso de elección de temas generadores en donde promotores y médico consideraban a la realidad como el elemento que guiaba su acción, ejemplos de ello fueron los temas generadores relacionados con la prevención de muertes maternas e infantiles, el uso adecuado de los medicamentos, y el traslado adecuado y a tiempo de urgencias tema generado por la llegada de un automóvil al municipio que serviría para trasladar pacientes graves. Ese diálogo hizo que se dieran 5 talleres relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, a dos

asistieron parteras, y se trasladaron pacientes embarazadas con algún riesgo de complicaciones y que requerían de atención en un hospital.

Tabla 53. TEORÍA DE LA ACCIÓN DIALÓGICA: SINTESIS CULTURAL

ETAPA DE INICIO (Datos)	ETAPA DE SALIDA (Datos)
<p>Investigación de temas generadores, punto de partida Médico: Después de esta primera experiencia me quedé con la idea de que si no les preguntaba a los promotores qué querían aprender, y cómo lo querían aprender, los cursos no iban a servir de mucho a pesar de que estuvieran bien estructurados en sus contenidos y sus métodos. Éste fue el taller que sembró en mí la intención de realizar los talleres con los promotores, de que no sólo hicieran un papel de traductores (RelCol:30). Médico: A la llegada de ambulancia entonces dimos dos cursos de reconocimiento de urgencias, esas eran las cosas que se crearon a partir del que tú y yo platicáramos, reflexionáramos, no es que no lo hiciéramos creo que sí, esto nos permitió elegir los temas Alejandro: Si hm eso está bien (EntAleMay09:41) Médico: entonces platicábamos muy bien cuál era la necesidad y cómo podíamos resolver esa necesidad y entonces dábamos el curso (EntMisMay09:20)</p> <p>Realidad –acción de agentes Médico: De muerte, para mí era un problema la mortalidad, para tí creo que también era un problema, Alejandro: aja, Médico: entonces los dos tratábamos de resolverlo, lo que te decía se dieron cinco cursos de eso. Alejandro: Sí. Médico: la muerte materna, ¿para tí era un problema? Alejandro: Sí claro Médico: Y para mí era un problema, y lo que tratamos de hacerlo fue resolverlo con el control prenatal, con la coordinación con los parteras (EntAleMay09:40) Médico: una coincidencia que tuvimos fue lo de cuándo iban a llegar los medicamentos, si te acuerdas que me dijiste, vamos a necesitar un curso de medicamentos, porque va a llegar Alejandro: Sí Médico: Eso fue uno que, una necesidad pues que tú viste y la tratamos de resolver entre los dos, hicimos equipo (EntAleMay09:41)</p> <p>Investigadores y hombres del pueblo. Médico: ¿cómo me mirabas a mí, cómo cambio por qué cambio? Alberto: sí porque este... bueno porque al principio pos sí, porque al principio este también porque no nos conocíamos bien ni estaba realmente este cómo nos entendíamos, si bien. Pero ya después como fuimos agarrando más conocimientos tons empezamos a este... a platicar más y, y pus realmente a enseñar pues (RelRel:53).</p>	<p>Investigación de temas generadores, punto de partida Ale: todavía sigue más o menos esa idea que es lo que queremos, que los promotores, que los capacitadores, que ellos lo hagan sus temas o también sus talleres. El modo que ellos quieren o el modo que entienden más, como para que a la hora que lo den quede bien claro cómo es que es su taller que quiere dar a los promotores, y los temas como dice Tulio... ahí si serían los promotores toman la decisión que tema quieren los promotores nuevos, qué es lo que más quieren aprender, o qué es lo más importante que debería aprender un promotor nuevo (EntTulAleMay09:1). Médico: Durante los dos años de los 17 talleres impartidos 5 tenían una relación con el tema de la salud sexual y reproductiva, de los cuales tres estuvieron dedicados exclusivamente al tema. Es importante recordar que dentro de las capacitaciones contempladas en el proyecto de salud de la zona sólo se había planteado impartir un taller con estos contenidos durante los dos años (RelCol:65).</p> <p>Investigadores y hombres del pueblo. Médico: y con nosotros cómo era el trabajo? Misael: en cambio contigo no, o sea que tiene otros componentes, entonces ya uno habla también, entonces como que es más rápido, más claro, más colectivamente sí. Se habla más así porque habla también esos coordinadores hay unos que aunque no es coordinador pero lo entiende más, puede participar. Este no, que de repente, como tal hay un punto, no nos va guiando uno, eso es yo lo veo, bueno así estuvo. (EntMisMay09:). Misael: Porque yo más o menos lo que explicabas lo entendía yo y lo que explicamos nos entendíamos y nos compartíamos, por eso este como qué hablas y hablo y yo tengo que traducir más o menos, doy primero, más o menos das la plática también y si no pasas paso también a dar, entonces como que llevamos un buen camino ya, paso por paso estamos dando pero chingón (EntMisMay09:). Médico: Y este... ok, qué te estaba diciendo, de todo esto de las memorias, yo ahorita ya aprendí a hacer memorias pero en orden ¿no? Eh... cartas descriptiva aquí aprendí ¿todo yo lo aprendí igual aquí lo aprendí a hacer, no sabía, de organizar no sabía, de autonomía no sabía, de hacer memoria no sabía, de nada sabía, de hacer informe no sabía lo, lo aquí lo tuve que aprender a fuerza, de enseñar y de aprender, de ser maestro no sabía porque nunca lo había hecho así como tú dices, lo aprendes cuando lo haces (EntAlbMay09:60). Misael: Sí nosotros participábamos ya, si ya estamos viendo que sí nosotros le estamos entrando yo le estamos entrando, yo me gustaba su idea porque todo lo que no sabíamos antes ya supimos (EntMisMay09:4). Misael: lo que quería yo más, más es que todos aprendemos, todos los promotores que aprendan dentro de la comunidad también de la prevención, así aprender todos juntos para construir una mejor salud en la comunidad así nomás (EntMisMay09:3).</p> <p>La Síntesis Cultural se sustenta en diferencias, en aporte de una a la otra. Alberto: entre los dos agarramos la idea ¿no? Entre los dos agarramos la idea... Edgar: mh, mh. Alberto: sí podemos entendernos pues, porque aunque haya en las palabras una diferencia, pero tiene que haber razón por qué piensa uno así, por qué piensan otros, y de cualquier forma quedamos en un acuerdo pues (EntAlbMay09:56) Alberto: porque siempre cuando yo digo una cosa es que estoy pensando por qué, pero si quien dice otra, bueno es porque lo está pensando por qué, entonces si decimos por qué lo pienso así pos lo va a entender el otro y el otro lo va a entender entons quedamos en uno...(EntAlbMay09:56) Alberto: pero si eso no discutimos, y uno no pues lo que yo digo es esto y eso es y ya no pregunta por qué, entonces pues se queda que se haga lo que uno quiera, pero eso no (EntAlbMay09:57).</p>

Fuente: Elaboración propia

Interpretaciones conclusiones de la acción dialógica

A partir de las tablas anteriores y su análisis puedo afirmar que la intervención en estudio tuvo características dialógicas. Encontré elementos de *colaboración* entre los que destacan la comunión (*ser parte de*) entre el médico y los promotores de salud y entre los mismos promotores de salud, de comunicación dialógica que aumentó ya que primero se dio entre el médico y Alejandro y posteriormente se generaron condiciones para que entre los promotores se realizaran espacios de diálogo. Respecto a la *adhesión*, observé que las adhesiones al campo fueron libres, que nadie obligó, ni condicionó a algún promotor o agente a permanecer en el campo ni a realizar algún cargo o actividad.

Dentro de los esfuerzos por hacer que el grupo se mantuviera *unido*, se logró que todos los responsables realizaran de manera coordinada el trabajo, y que el deseo de unir, de organizar se reprodujera en agentes que recién se capitalizaban.

Considero que la *organización* en la etapa de salida fue un elemento que hacía funcionar y avanzar el trabajo y como algo importante, como un medio para resolver cualquier problema o necesidad, además de que en la etapa de salida, aumentó el número de agentes que organizaban actividades.

Observé acciones de *síntesis cultural*: el punto de partida de los “temas generadores” eran decididos al inicio por el médico, mientras que al final lo decidían médico y promotores de salud con la realidad de por medio. La síntesis cultural estaba sustentada en las diferencias, en el aporte de una visión a la otra, en la escucha de las razones de los agentes que intercambiaban capital en el campo, y en la posibilidad de llegar a un acuerdo que las incluyera a ambas, en donde la realidad era el elemento a investigar y transformar utilizando los conocimiento de todos.

LA ACCIÓN ANTIDIALÓGICA

En la tabla 54 muestro elementos de la acción anti dialógica y sus características: la conquista, división, manipulación e invasión cultural, elementos que se muestran con el objetivo de dar cuenta de qué prácticas anti dialógicas realizadas obstaculizaron el objetivo principal, la autonomía. Estos datos se deben leer con precaución, ya que como resulta del análisis anterior, se realizan en un contexto de autonomía y rodeados de prácticas dialógicas.

Conquista

No identifiqué prácticas de conquista sobre los agentes, sino en torno al capital material, específicamente los medicamentos. Esta relación se desarrolló de manera marcada entre el médico y Lupillo y entre el médico y Alejandro en la etapa de inicio. En la etapa de salida la disputa por los medicamentos se dio entre los agentes promotores de salud que ya sabían utilizar medicamentos, en esa etapa el médico se retiró de la pugna por el capital material.

División

Los elementos de división estaban relacionados con el capital material en juego y su distribución, con las formas de organizar y decidir, con la pedagogía empleada por el médico y por su forma de tomar decisiones: La pugna por los medicamentos, la consideró el médico como una ruptura, mientras el promotor Lupillo como un suceso que no tenía mayor trascendencia. Hecho que se contrasta con la opinión de Lupillo acerca del médico en donde argumentaba que éste no había trabajado bien; la distribución de los materiales de la vacunación a todas las comunidades fue un elemento de división. En la etapa de inicio Alejandro decidía qué vacunas enviar y a dónde, hecho que hizo que el médico, sin consultar a Alejandro, propusiera comisiones de repartición que permitiera su repartición equitativa, mismas que aceptó Alejandro. Sobre las formas de organizar y de resolver problemas de coordinación había distintas posturas el médico, proponía que los problemas

se discutieran en las asambleas con todos los promotores, mientras que Alejandro planteaba que eso “suena mal” que era mejor intentar primero con coordinadores y si no podían entre ellos ir a la asamblea de promotores. La forma que se privilegió la mayoría de las veces durante la intervención era la planteada por el médico, mientras que la forma que proponía Alejandro obtuvo un reconocimiento y aprobación por otros promotores a la salida del médico, combinando ambas formas de organizar y resolver problemas después de la intervención; un último elemento de división fue cuando el médico se negó a dar un curso de capacitación a promotores de primer nivel en la etapa de salida, según Alejandro el médico tenía que dar el curso, según el médico no debía darlo porque tenía un acuerdo con los capacitadores de que ellos darían los cursos a promotores de salud de primer nivel. El problema se resolvió al ir con los capacitadores y decidir con ellos quien daría y cómo se realizaría la capacitación; respecto a la pugna que se dio en torno a la forma de decidir cosas Alejandro planteaba que el médico quería “aplicar” o “mandar”, hecho que era cierto, ya que algunas decisiones vinculadas con la formación de comisiones no pasaron por un proceso de reflexión con el coordinador Alejandro, sino que se generaron con la ayuda de otros promotores. Estas formas “impositivas” de generar comisiones eran aceptadas en el momento que se planteaban por Alejandro y por el resto de promotores, la validación de las propuestas del médico se daba cuando los promotores veían que los resultados del trabajo en el municipio eran “positivos” al compararlos con los resultados de otros municipios del Caracol NE. Sobre la forma de realizar críticas a las prácticas de los agentes Alejandro y el Médico, se observó que Alejandro le echaba “grilla³⁹” al médico, mientras el médico al hacerle críticas a Alejandro utilizaba un lenguaje más fuerte cuando estaba detrás y otro más suave cuando estaba enfrente de Alejandro.

Manipulación

No identifiqué elementos de manipulación, ni por parte del médico ni por parte de Alejandro, durante el tiempo de la intervención. Es posterior a la intervención que ubico una práctica, sólo una, en la que Alejandro, en vez de promover la participación de Misael

³⁹ Es hablar de las personas en su ausencia, realzando características “negativas” o cuestionando actitudes o decisiones.

en el ámbito de la capacitación, le dio una centralidad al médico recién contratado. Encontrando en esa decisión una contradicción, ya que no se correspondía con el objetivo en el campo que era la autonomía.

Invasión Cultural

Identifiqué invasión cultural (IC) en las relaciones pedagógicas del médico con respecto al grupo y su forma de organizar, Alejandro lo veía como una invasión ya que sentía que el médico “llegaba a aplicar cosas” y que “quería mandar” en un lugar donde se suponía los que debían mandar eran los promotores de salud (ver tabla 54).

Tabla 54. TEORÍA DE LA ACCIÓN ANTI-DIALÓGICA.

ELEMENTOS A OBSERVAR	ETAPA DE INICIO (Datos)	ETAPA DE SALIDA (Datos)
Conquista	Médico: <i>Lupillo dijo el medicamento donado se tiene que quedar porque es de esta casa de salud y yo le dije me lo voy a llevar, le digo te voy a dejar el que tú sepas utilizar y el que no sepas utilizar me lo llevo para las otras casas [...] pero esa decisión creo que el problema es que esa decisión a mí no me correspondía</i> (EntAleMay09:56).	Médico: <i>Contigo también me empecé a pelear por lo de los medicamentos hasta que yo dije pues ese es su problema a la final</i> (EntAleMay:09).
División	Médico: <i>yo para mí el punto en el que él y yo rompimos fue en los medicamentos</i> (EntAlbMay09:66)	Lupillo: <i>No, es como los niños chiquillos que se enojan pero al rato ya se contentaron otra vez</i> (MPLupMay09).
	Médico: <i>estaba mal esa distribución de las cosas, por qué, porque no se tomaba en cuenta, nosotros en ese entonces no tomamos en cuenta a los coordinadores de cada municipio</i> (EntAleMay09:15)	Alberto: <i>hasta ahorita Lupillo siempre dice no pus doctor Santiago no se siente que trabajo bien y yo le digo, tal vez nadie trabajo bien [...] yo siempre sí porque yo aprendí muchas cosas... cada quien con su burra apendejada le digo siempre digo así a Lupe</i> (EntAlbMay09:64).
	A Alejandro le enojaba que, que yo le dijera enfrente de todos ¿no? que había cosas que él hacía mal a él le enojaba eso (EntAlbMay09:66)	Ale: <i>Sí, así le dicen algunos promotores, pero si es que hay problema entre coordinadores y organizador, todo eso suena mal cuando me viene a explicar cosas aquí, porque la verdad no sabemos cuál fue, cuál fue el problema, necesitan que corrijen entre ellos, y si no lo corrijen allá tendrán que ver, de explicar aquí</i> (EntAleMay09:38).
	Alejandro: <i>Ya estaban haciendo divisiones</i> Médico: <i>Ya estábamos haciendo divisiones, aunque queríamos organizar ya estábamos dividiendo, pero si te diste cuenta o es mi imaginación no más</i> Alejandro: <i>Sí</i> (EntAleMay:09).	Médico: <i>No se si coincidías tú con eso, si te pasaba a veces, que aquí chocábamos pero veías los resultados y te ponías contento también</i> Alejandro: <i>Sí, así me paso</i> (EntAleMay09:42)
	Médico: <i>Ese fue un gran problema que, que se empezó a dividir el grupo porque uno dice una cosa y otro dice otra</i> Alberto: <i>sí</i> (EntAlbMay09:64)	Ale: <i>qué les parece el doctor ese, a veces ya yo como que ya le entre a echarle ya este, grilla pues, jajaja</i> (EntAleMay09:15)
Manipulación		Ale: <i>por eso lo extraño pues que dijiste que no ya no quiero dar la capacitación, si lo tienes que dar porque para eso estamos pagando la comunidad, ese es tu trabajo</i> (EntAleMay09:28).
		Misael: <i>ya cuando terminó el proyecto de ese, siempre decía el compa Alejandro, se acabó este ¿y qué pasó con los capacitadores? Ah pues lo dejamos, ya contratamos otro en un proyecto va a entrar otro. Ya como que no nos tomó en cuenta él, entonces ya nos hizo a un lado, ya empecé a buscar otro trabajo y quien va a quedar, que el Gerardo</i> (EntMisMay09:4)
		Misael: <i>no nos tomó en cuenta que somos capacitador, ay, los capacitadores de antes y le dio baja, empezó otro, el Alberto entró de capacitador</i> (EntMisMay09:14)
Invasión cultural -	Médico: <i>En agosto 2005 se impartió el taller 2 "Las causas sociales de la enfermedad" [...] los objetivos, método y contenidos fueron elegidos por el médico del municipio</i> (RelCol:30).	Alejandro: <i>tampoco nos, no nos sentamos a discutir [...] sino que tú también tomaste la decisión solito, que voy a formar un grupo, que este que se vaya como a la, como quien dice que se vaya, que se hace a un lado, porque no sabe hacer el trabajo, algo así como que lo entendí, ese tiempo pues, porque por eso, ah bueno, ta bien sí es que lo quiere, él viene como que ya a mandar, él viene a mandar ya, pero no es que estabas también en la razón, estabas en la razón, porque se estaba dando cuenta que no estaba bien la repartición</i> (EntAleMay09:14).
		Alejandro: <i>como que una parte, este, sentimos, sentimos mal que nos vienes a aplicar una cosa, pero es una parte que es una razón que estás viendo, que, que no es bueno formar así</i> (EntAleMay09:43)

Fuente: Elaboración propia

Interpretaciones y conclusiones de la prácticas antidialógicas.

La posibilidad de identificar elementos antidialógicos es el ejercicio crítico de este trabajo, ya que posibilita no dar por sentado que las prácticas fueron puramente dialógicas.

Sin embargo es importante señalar que en el campo PSSN hubo una tendencia a la realización de prácticas dialógicas (PD) como sustenté en la sección anterior. Además, al hacer el análisis de las PAD se encontró que algunas fueron como momentos de crisis que posibilitaron cambios en las relaciones pedagógicas.

La división fue la práctica de la teoría de la acción antidialógica que más identifiqué, este tipo de prácticas tenían una relación con el capital material en juego y su distribución, con las formas de organizar y decidir al interior del campo PSSN, con la pedagogía empleada por el médico y por su centralidad y la forma de tomar decisiones desde su conocimiento médico. El hecho de que al interior del campo, los coordinadores, no tuvieran definidas las formas, sean estas públicas o privadas, de darle solución a problemas generaba la sensación de división al interior del grupo.

Las prácticas antidialógicas de conquista, estuvieron encaminadas no a conquistar a otros agentes, sino a obtener capital material, como medicamentos, ya que la posesión y manejo de estos era un capital con mucho valor en el campo que les daba una posición privilegiada ante la comunidad, es decir en el campo MASN.

Observé prácticas antidialógicas de invasión cultural en la etapa de inicio, cuando el médico no consideraba al resto de los agentes para la elección de temas, la selección de contenidos, al organizar el trabajo desde su visión y con sus formas, y al entender a los promotores como traductores. No considerar al resto de los agentes fue una práctica antidialógica realizada por el Médico y Alejandro ya que estos tomaban decisiones cuando debían incluir a los otros promotores.

Las prácticas entre agentes que luchaban por una centralidad en el campo como Alejandro y el médico eran las más antidialógicas, ya que hablaban mal del otro, para desprestigiar el capital del oponente y valorizar el capital propio, (ver sección capital y campos),

El médico, al adjudicarse la capacidad de tomar decisiones y hacerlo a partir de su saber en situaciones que no le correspondían, generó tensiones al interior del campo PSSN, ya que debían ser los promotores quienes mandarían en el interior del campo, y no el médico.

A continuación y con el objetivo de profundizar en el entendimiento de las relaciones dialógicas y antidialógicas, ahora, no entre los sujetos, sino en su relación con el conocimiento, es decir, en la forma como se relacionaron los sujetos cognoscentes con los objetos de la realidad, presento el análisis e interpretación de las características del conocimiento en juego en el campo, su valor, validez y validación en las etapas de inicio y salida.

CONOCIMIENTO

Este apartado contiene una caracterización del conocimiento utilizado en dos etapas de la intervención, describo los cambios en el valor, validez y validación del conocimiento en juego en el campo e identifico la construcción y elaboración de conocimiento noético por parte de los agentes.

Tipos de conocimiento

Las características del conocimiento en juego en el campo PSSN en la etapa de inicio y de salida se muestran en las tablas 55 y 56 respectivamente. En ambas se describen los distintos tipos de conocimiento como el sentido común, el conocimiento popular, el experto, el institucional y el falso.

Tabla 55. TIPOS DE CONOCIMIENTO EN ETAPA DE INICIO.

Conocimiento	Datos
Sentido común	<p><i>Según Alejandro se decidió incluir campañas de vacunación en el proyecto, porque la Organización Internacional por la salud iba a dejar de trabajar en la zona, hecho que promovió que platicaran los coordinadores con las autoridades y les dijeron, qué vamos a hacer, si no vacunamos puede venir una epidemia peligrosa, y de ahí empezamos a planear cómo conseguir la vacuna y con qué personas tenemos buenas relación para conseguir el biológico, y que los promotores queden bien capacitados, para que ellos pudieran aplicar solitos las vacunas y ya después no se necesitara de los doctores (EntAlejMay09).</i></p> <p><i>Médico: los talleres que planeábamos antes de que ustedes estuvieran fue porque se nos estaban muriendo niños y mujeres (EntMisMay09:20)</i></p> <p><i>El curso de medicamentos fue porque iba a llegar el proyecto de medicamentos (EntMisMay09:20)</i></p> <p><i>Médico: entonces pero, ahí está pero lo que estoy diciendo es lo mismo que hace rato, hay una necesidad para mí de que todos vienen y hacen el mismo error y entonces digo saben qué, que se lo voy a decir a todos. (EntAlbMay09:23)</i></p>
Popular	<p><i>Porque no se ha cambiado pues ni una cosa como se va a vacunar, sino que se va a vacunar colectivo (EntAlbMay09:12).</i></p> <p><i>Alejandro Habla tzeltal, sabe leer y escribir español, fue nombrado como promotor desde 1981 (RelCol:27)</i></p>
Experto	<p><i>Misael: Yo cuando me dijeron cuando yo entré en la organización es que si uno sabe tienes que enseñar a otro, te tienes que enseñar así, cómo hacer en colectivo no (EntMisMay09:15)</i></p> <p><i>Misael: Entonces hay promotores que entraron en ese momento, de 94, 95, 96, así se fue formando, porque en cada pueblo necesita su promotor, así se fue formando, y los que son viejos promotores que estaban con el gobierno todos salieron, así fue (EntMisMay09:10)</i></p> <p><i>Alberto: Pero dice él que sí ya sabía (vacunar) , bueno pero digamos que sí, pero sólo él, pero el resto no, no era puros nuevos (EntAlbMay09:8)</i></p> <p><i>Alberto: Es lo que había enseñado el doctor Juan, es una palabra muy nuevo que lo aprendí ahí cuando fuimos a capacitación de tuberculosis, que tener buena salud es nomás un camino que se llega, pero de llegar a tener realmente la buena salud nunca vas a llegar, y yo creo que es la verdad, eso es...Porque o sea que es disminuir todas las cosas pero realmente tener la buena salud pues nunca, porque ni los ricos tienen esa buena salud, en ese entonces era yo muy nuevo, y eso que nunca se me olvidó yo siempre le digo a los demás que es así, así como dices de la autonomía falta mucho (PlatAlbMay09:6).</i></p> <p><i>Médico: A ver tengo que enseñar [a hacer censos], llegué yo con mi conciencia bien levantada, primera comunidad, y empiezo, puta y todo mal, le digo está mal vete otra vez y le digo, estás mal en esto, en esto, en esto y ya se iba, creo que ni me entendían en qué estaba mal, pero ay se iba [a corregir los censos] (EntAlbMay09:14)</i></p> <p><i>Ha recibido capacitaciones para diagnosticar, tratar enfermedades y prescribir medicamentos de farmacia por distintas organizaciones, sabe de herbolaria que aprendió en la comunidad y en capacitaciones (EntAleMay09:27).</i></p> <p><i>Médico: Lupillo dijo el medicamento donado se tiene que quedar porque es de esta casa de salud y yo le dije me lo voy a llevar, te voy a dejar el que tú sepas utilizar y el que no sepas utilizar me lo llevo para las otras casas [...] pero esa decisión creo que el problema es que esa decisión a mí no me correspondía (EntAleMay09:56).</i></p>
Falso	<p><i>Alejandro sabe de herbolaria y de alopatía que aprendió en la comunidad y en capacitaciones (RelCol:27)</i></p> <p><i>Alberto: sí porque el miedo es que si llegan unos a hablar de que no pus de vacunar sí que es peligroso (EntAlbMay09:41)</i></p> <p><i>Médico: Lupillo dijo el medicamento donado se tiene que quedar porque es de esta casa de salud u yo le dije, me lo voy a llevar, te voy a dejar el que tú sepas utilizar y el que no sepas utilizar me lo llevo para las otras casas (EntAleMay09:56).</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Sentido común

La tabla 55 muestra la utilización del sentido común en la etapa de inicio por parte del médico y Alejandro al momento de decidir temas, contenidos y pedagogías en las capacitaciones, que buscaban dar solución a los problemas y necesidades presentes como:

la presencia de muertes maternas, en donde la estrategia fue capacitar a los promotores para que identifiquen mujeres embarazadas con riesgo; o ante la llegada de medicamentos al municipio, la estrategia fue capacitar a los promotores para que hagan un uso adecuado de los mismos.

Conocimiento popular

El conocimiento popular que identifiqué consistía en realizar las actividades en el campo de manera colectiva, la transmisión de este tipo de conocimiento se daba de manera informal y de generación en generación, esta transmisión incluía el principio de enseñar a otros lo aprendido.

Conocimiento experto

Dadas las características de la conformación del campo PSSN relacionado con la salud, el conocimiento experto fue uno de los conocimientos que más se jugaron durante la intervención. Sólo la gente seleccionada podía ser promotor de salud, accediendo a un conocimiento con un alto grado de especialización que se transmitía en la etapa de inicio por el médico mediante pedagogías estructuradas. Conocimiento experto relacionado con la aplicación de vacunas, con diagnosticar y tratar enfermedades, prescribir medicamentos de farmacia, tener conocimientos de herbolaria.

Conocimiento institucional

Identifiqué desde la etapa de inicio la utilización de conocimiento institucionalizado, en donde el médico y “su título” eran los elementos de autoridad para realizar actividades como aplicar vacunas o distribuir o recetar medicamentos. Actividades que realizarían posteriormente los promotores, generando el proceso de capitalización una pérdida del miedo a realizar actividades peligrosas propias de agentes pertenecientes a la institución médica.

En la etapa de salida cambiaron el número de agentes con los cuáles se definían que elegía los temas, los contenidos, y la impartición de los talleres, al inicio era con Alejandro, al final era con un grupo de promotores capacitadores con los que me reunía para mediante el sentido común elegir los problemas y necesidades que serían la base para la planeación de las capacitaciones. Esto se puede constatar en la tabla que resume las capacitaciones realizadas durante la intervención, en donde se observa que se impartieron cinco talleres relacionados con temas como la muerte materna e infantil y la salud sexual y reproductiva, cinco relacionados con la vacunación, tres relacionados con el uso adecuado de los medicamentos y dos con la identificación y tratamiento de urgencias (TabCap09:1) (ver tabla 56).

Saber popular

La forma colectiva de hacer los trabajos y observada en prácticas espacios distintos al campo PSSN como la realización de milpas comunitarias, la cría de ganado comunitario, la instalación de tiendas cooperativas a partir de las cuales la comunidad obtendría un beneficio común, se observó durante toda la intervención al momento de organizar las campañas de vacunación de manera colectiva que es posible en tanto saber popular.

Otros elementos de conocimiento popular son “el luchar” para conseguir algo deseado como la autonomía, la autonomía fue un conocimiento popular valioso en el campo que la todos los agentes poseían y aumentaron en el entendimiento de la misma, así como el entendimiento por parte de algunos agentes de las propias formas de trabajo como aprender las cosas en la práctica.

Relacionado con la autonomía, al terminar la intervención el promotor Misael le comentó al coordinador que no estaba de acuerdo con el nuevo médico que se paraba en frente y daba el curso él solito, sino que tenían que participar los promotores.

Tabla 56. TIPOS DE CONOCIMIENTO EN ETAPA DE SALIDA

CONOCIMIENTO	DATOS
SENTIDO COMÚN	<p><i>El curso de las urgencias fue porque iba a llegar la camioneta y tenían que aprender los promotores a identificar urgencias (EntMisMay09:20)</i></p> <p><i>Alejandro. Todavía sigue más o menos esa idea que es lo que queremos, que los promotores que los capacitadores que ellos lo hagan sus tema o también sus talleres, el modo que ellos quieren o el modo que entienden más como para que a la hora que lo den quede bien claro cómo es que es su taller que quiere dar a los promotores, y los temas como dice Tulio. Ahí si serían los promotores toman la decisión qué tema quieren los promotores nuevos, qué es lo que más quieren aprender, o qué es lo más importante que debería aprender un promotor nuevo (EntTulAleMay09:1)</i></p> <p><i>Alejandro: porque tú Jaj eres chofer y eres promotor, sabes vacunar, te vas con un nuevo, aunque no está muy de acuerdo, pero así le hicimos, sigue pasando entonces, es que no porque quiere uno que los mande así, sino que dependiendo la necesidad (EntAleMay09:20)</i></p> <p><i>Alejandro: es que la manera en que lo está haciendo él [médico] namás lo está decidiendo cómo, él no nos está preguntando (EntAlbMay09:32)</i></p> <p><i>Alberto: Y eso es lo que yo no quiero porque ni modo que le voy a enseñarle mal a, tengo que prepararme bien y yo le entro pero necesito prepararme bien chingón para que entonces si ya cualquier cosa con la gente, pues puedo resolverlo (EntAlbMay09:17)</i></p> <p><i>Alberto: o sea que depende que es la misma cosa que te va diciendo este así es, sí porque si se venían con el mismo error todos, pues tenía que enseñar a todos, sí, porque te digo pues ya casi hay promotores que ya casi saben todo, no se podía hacer así [...] ya se tenía que agarrar ya casi uno por uno (EntAlbMay09:23)</i></p>
POPULAR	<p><i>Facundo me platicaba de la lucha y me decía que Zapata vive eso siempre me contaba, que no estaba muerto porque sigue aquí entre nosotros, eso yo lo aprendí aquí me daba clases de política (RelRel:95)</i></p> <p><i>Yo aprendí con Alfredo eso (que hay que luchar hasta la última gota de sangre), él me lo dijo y creo que le creí, le creí porque de por sí el que ha luchado ¿no? (EntAlbMay09:45)</i></p> <p><i>Médico: De la autonomía tú crees que yo sabía, yo no sabía nada de autonomía, tampoco, aquí lo aprendí.</i> <i>Alberto: De hecho sí, todo ahí se aprende...</i></p> <p>Capacitación <i>Misael: es lo que no me gusta, es lo que no me gusta porque mira ese doc que está aquí ahorita, nada más sólo está, bueno sí, para eso se pagó para eso entró ahí, que va a capacitar y que va a tener todo en sus manos, que nosotros así, yo le digo a Tulio y yo no yo no estoy de acuerdo así compa Alejandro verdad (EntMisMay09:3)</i></p>
EXPERTO	<p><i>Médico: Aprendí a hacer memorias, cartas descriptivas, ¡todo yo lo aprendí aquí, lo aprendí a hacer, no sabía organizar, no sabía de autonomía, de hacer informe, de nada sabía, aquí lo tuve que aprender a fuerza, de enseñar y de aprender de ser maestro no sabía porque nunca lo había hecho así como tú dices, lo aprendes cuando lo haces (EntAlbMay09:61).</i></p> <p><i>Misael: Entonces estuvo bueno el trabajo porque sí aprendí mucho ahí porque ya sé vacunar, ya sé llenar el censo[...] aprendí muchas cosas, a dar medicamento, todo de ver parto, ya me avisan las parteras (EntMisMay09:2)</i></p> <p><i>Alberto: todo lo que aprendimos pus si ya sabemos, ¿no? De, de cosas de toda la vacunación pus ya sabemos, algo valió la pena (EntAlbMay09:41)</i></p> <p><i>Facundo: Aprendí control prenatal, poquito atención médica, de vacunación, a hacer informe de morbilidad, de enfermedades de pacientes, informe de atención y de medicamento (EntFacMay09:2).</i></p> <p><i>Médico: yo así entiendo la política, el hecho de que tú hayas pensado un día que no ibas a poder vacunar y que había organizaciones y que tú nada más ibas de acompañante, y que fueron construyendo la autonomía. Y ahora nosotros estamos en este punto y podemos vacunar y podemos vacunar porque tenemos tierra, y porque la tierra nos la ganamos y porque creemos que somos capaces de aprender, ese discurso, que me están diciendo aquí que me estás diciendo aquí ese discurso de la autonomía (EntAlbMay09:23).</i></p>
FALSO INSTITUCIONAL	<p><i>Misael: yo para mi aprendí mucho cuando fui, más o menos como dosificar el medicamento, más o menos, ya tengo más o menos en la cabeza ya porque no es igual como antes, pues nomás lo tenía anotado Médicos por la salud que 7.5, a veces no es así es más el medicamento y es menor el peso del niño [...] pero que no era cierto, es un calculo que dan, [...], pero ya cuando usted nos, ahí nos agarramos, más bien claro que ya tenemos una idea de cómo dar un medicamento (EntMisMay09:2).</i></p> <p><i>Alberto: Que nos hace más este... es lo único que yo he sentido de todo esto, se hace de de perder todo el miedo cabrón... sí porque el miedo es que si llegan unos a hablar de que no pus de vacunar sí que es peligroso [...] pero lo haces y sí, sí es peligroso pero nosotros estamos seguros, porque ya no nos da ese miedo (EntAlbMay09:41)</i> <i>Alberto: porque bueno ya ni modos ellos hagan lo que hacen, pero lo único que sé es que no se dan cuenta por donde está su error (EntAlbMay09:43)</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Conocimiento experto

El conocimiento experto intercambiado en el campo PSSN en la etapa de inicio fue: los promotores de salud utilizaban plantas para curar, procuraban enseñar al otro lo aprendido, hacían reflexiones acerca de la salud y cosas de forma colectiva. El conocimiento experto del médico estaba relacionado con la vacunación, conocer las vacunas, saber aplicarlas y a quién aplicarlas, etc. y con la utilización de medicamentos alópatas y de herbolaria. En la etapa de salida el médico adquirió conocimientos relacionados con pedagogía, aprender y enseñar a ser maestro, con el registro de actividades y su organización, y de política incluida la construcción de autonomía. Mientras que los promotores de salud aprendieron a vacunar y aspectos relacionados con la vacunación como llenar censos, conservar la red fría, u otros como dar medicamentos a niños, a adultos, a llevar el control prenatal, a ver partos, a hacer informes de morbilidad, mortalidad, atención y medicamentos, también aspectos relacionados con la organización del trabajo en salud y la construcción de la autonomía.

El reconocimiento de la necesidad de conocimiento experto por parte de los promotores para resolver necesidades y problemáticas de la gente se hace visible cuando un promotor refiere que necesita “prepararse bien chingón, para que entonces si ya cualquier cosa con la gente, pues puedo resolverlo” (EntAlbMay09:45).

Un cambio en el campo en la etapa de salida consintió en colocar en el centro del campo PSSN el conocimiento experto, como vacunar, dosificar medicamentos, identificar y trasladar urgencias, atender mujeres embarazadas, sin desvalorizar el conocimiento popular como la autonomía, lo colectivo y la lucha zapatista que eran conocimientos con mayor valor en el campo al inicio de la intervención. Lo anterior permitió considerar el sentido común, el conocimiento experto y el saber popular como conocimientos valiosos para resolver los problemas y necesidades del campo PSSN.

Conocimiento falso

Dos aspectos que dan cuenta de la identificación de conocimiento falso son cuando Alberto, y considero que otros promotores, pierde el miedo a vacunar, al inicio de la intervención pensaba que vacunar era peligroso mientras que en la etapa de salida Alberto se prepara y se da cuenta de que vacunar es peligroso, pero también de que está seguro que lo puede hacer aún cuando sea peligroso; y cuando Misael al aprender a “dosificar” medicamentos a los niños de acuerdo a su peso, refiere respecto a anotaciones de médicos anteriores, que son sólo cálculos que dan y que no son ciertos. Lo anterior devela que el conocimiento experto como vacunar o dar medicamentos a niños pequeños no es exclusivo de los médicos, y que los promotores pueden acceder a ese conocimiento. Otro aspecto detectado por el promotor Alberto fue identificar en la hoja diaria de consulta que los promotores experimentados cometían errores y que ellos no se se daban cuenta de esos errores, asumiendo la posibilidad de equivocación en promotores experimentados a la hora de dar atención a personas enfermas o en el ámbito de la vacunación.

Por su parte el médico identifica que en un espacio donde las decisiones se toman, o al menos a eso se aspira, desde perspectivas como la autonomía y el beneficio colectivo, el tomar decisiones desde su saber médico es un ejercicio de poder, el reconocimiento de este ejercicio de subordinación de saber popular es el cambio observado en el médico (ver tabla 56).

A continuación presento los cambios en el valor, validez y validación de conocimiento experto y popular, identificados en el apartado anterior.

Valor, validez y validación del conocimiento en juego en el campo PSSN

En las tablas 57 a 60 analizo el valor validez y validación del conocimiento en juego en el campo PSSN. Las características analizadas están relacionadas a cuatro conocimientos: la vacunación, la muerte materna, la atención médica, y la autonomía.

Vacunación

El valor que tenía el conocimiento experto relacionado con la vacunación era medio al inicio de la intervención tanto para promotores como para el médico, ya que podían imaginar que el conocimiento era útil pero no lo utilizaban, en la etapa de salida el valor era alto, ya que los promotores y médico utilizaron el conocimiento y por tanto le dieron un mayor valor en relación con otras prácticas. La validez, pasa de ser baja, para los promotores, y media para el médico, a tener una validez alta para ambos, esto debido a que en la etapa de salida la vacunación respondió a los cuestionamientos de los promotores y el médico. Hubo una apropiación de este tipo de conocimiento en el campo por los distintos agentes. La validación por los agentes paso de media a alta para promotores y médico. En la etapa de inicio los promotores consideran ese conocimiento como una verdad externa propiedad de los médicos y el médico como un conocimiento que está en los libros y que se puede construir escaso conocimiento a partir de la práctica. En la etapa de salida los promotores reconocen que pueden acceder al conocimiento que les era negado y la capacidad colectiva del médico, mientras el médico reconoce en ellos su capacidad cognoscente y la capacidad de construir conocimiento. Lo anterior hizo que se apropiaran y validaran al conocimiento relacionado con la vacunación en el campo PSSN (ver tabla 57).

Tabla 57. VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA VACUNACIÓN EN EL CAMPO PSSN.

DIMENSIÓN	PROMOTORES (Inicio)	MÉDICO (Inicio)	PROMOTORES Y MÉDICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN
VALOR	MEDIO Es a partir de este conocimiento que los promotores pueden imaginar medidas preventivas	MEDIO Es a partir de este conocimiento que el médico puede imaginar medidas preventivas	ALTO En una relación dialógica, los promotores y el médico pueden ver el valor del conocimiento y la práctica de vacunación en relación con otras prácticas.
VALIDEZ	BAJA Esta responde poco a los cuestionamientos, organización representación y experiencia de los promotores.	MEDIA Este no corresponde a los cuestionamientos del médico. Corresponde con el conocimiento organización, representación y paradigmas propios de su profesión.	ALTA Responde a los cuestionamientos de los promotores y del médico. Tiene lógica interna y externa
VALIDACIÓN	EXTERNA Es una verdad externa, propiedad de médicos, sólo ellos pueden poseer ese conocimiento	EXTERNA Esta aparece en los libros de texto, él posee el conocimiento validado por instituciones y sus rituales y por lo tanto es poco el conocimiento que se puede construir desde la práctica.	PROPIA Los promotores reconocen que pueden acceder y poseer el conocimiento que les era negado. El médico reconoce a los promotores como sujetos con capacidad cognoscente. Los promotores reconocen que el médico tiene capacidad colectiva

Fuente: elaboración propia

Embarazo y muerte materna

El valor del conocimiento relacionado con la muerte materna cambia de bajo a medio en los promotores de salud ya que al inicio estos pueden imaginar pocas medidas preventivas y al final pueden ver el valor de los conocimientos expertos de parteras, médico y promotores para prevenir muertes. En el médico cambia de alto a medio ya que al inicio sobrevalorizaba su conocimiento en las acciones de prevención y al final pudo reconocer el valor del conocimiento de parteras y promotores al respecto y valorar en su dimensión su conocimiento experto.

La validez de este tipo de conocimiento pasó en los promotores y el médico de baja a media, ya que al inicio respondía poco a sus cuestionamientos, organización, representación y experiencia. Al final los promotores, médico valoraron la coherencia del conocimiento experto de parteras y médico, el cual ayudaba a prevenir muertes maternas, el hecho de que la validez sea media es que las acciones no llegaron a realizarlas todos los promotores de manera sistematizada como la vacunación. La validación paso de ser baja a alta en los promotores y de media a alta en el médico. Los agentes (médico y promotores) validaron dos conocimientos expertos con origen distinto. En donde los promotores pueden reconocer que pueden acceder y poseer el conocimiento experto de parteras y médico que les era negado, el médico reconoce a los promotores y parteras y a sus conocimientos con la capacidad de transformar la muerte de mujeres embarazadas, y las parteras reconocen el trabajo del promotor y el médico al llamarlos y asistir a los cursos que convocan (ver tabla 58).

Tabla 58. VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y LA MUERTE MATERNA EN EL CAMPO PSSN

DIMENSIÓN	ETAPA DE INICIO		ETAPA DE SALIDA
	PROMOTORES	MÉDICO	PROMOTORES Y MÉDICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN
VALOR	MEDIO Los promotores pueden imaginar algunas medidas preventivas.	ALTO Es a partir de este conocimiento que el médico puede imaginar medidas preventivas	ALTO En una relación dialógica, los promotores, las parteras y el médico pueden ver el valor del conocimiento experto, del médico y de las parteras, y la posibilidad de prevenir muertes a partir de sus conocimientos, coordinación y acciones.
VALIDEZ	MEDIA Esta no corresponde con los cuestionamientos, organización representación y experiencia de los promotores. ALTA. Cuando el conocimiento lo posee un miembro de su comunidad	BAJA Este no corresponde a los cuestionamientos del médico. Aunque corresponde con el conocimiento organización, representación y paradigmas.	MEDIA/ALTA Responde a los cuestionamientos de los promotores, del médico, y de las parteras. Se da a partir de la mediación de la realidad
VALIDACIÓN	EXTERNA Es una verdad externa, propiedad del médico PROPIA. Cuando es una verdad local en donde las parteras o promotores poseen ese conocimiento	EXTRANA Esta aparece en los libros de texto, el médico posee el conocimiento que está validado por instituciones.	PROPIA Los promotores reconocen que pueden acceder y poseer el conocimiento experto, de parteras y médico, que les era negado para realizar acciones. El médico reconoce a los promotores como sujetos con capacidad cognoscente y al conocimiento de las parteras como válido. Los promotores reconocen en el médico un diálogo y no una imposición de su saber.

Fuente: Elaboración propia

Atención a personas

El valor de la atención a personas en el campo PSSN fue alto para los agentes en las etapas de inicio y salida. Para el médico pasa de medio a alto el valor que le da al conocimiento local, a pesar de que lo valora más, privilegia su propio conocimiento. La validez de los conocimientos experto local y externo utilizados fue alta debido a la coherencia interna y externa de ambos. La validación del conocimiento en el campo se hace desde los promotores de salud y desde el médico. Para los promotores hay una apropiación del conocimiento externo, mientras que para el médico hay una apropiación del conocimiento local y experto. Es a partir del reconocimiento de los promotores en el conocimiento local y de la apropiación de conocimiento externo que validan la atención a personas en el campo, es a partir de que el médico valida su propio conocimiento y de reconocer el potencial del saber local que valida junto con los demás agentes la atención a las personas desde distintos tipos de conocimientos (ver tabla 59).

Tabla 59. VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN A PERSONAS EN EL CAMPO PSSN

DIMENSIÓN	ETAPA DE INICIO		ETAPA DE SALIDA
	PROMOTORES	MÉDICO	PROMOTORES Y MÉDICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN
VALOR	ALTO Los promotores pueden imaginar medidas de atención a partir del conocimiento popular (local) y experto (externo)	ALTO El médico puede imaginar medidas de atención a partir de conocimiento local y propio.	ALTO Los promotores y el médico pueden ver el valor del conocimiento local y externo, y su eficiencia para resolver problemas de la realidad.
VALIDEZ	ALTA De conocimientos popular y experto Corresponde con cuestionamientos, organización representación y experiencia de los promotores y el médico.	MEDIO. Por conocer poco del conocimiento local. ALTA Este corresponde a los cuestionamientos del médico Conocimientos popular y experto. El popular corresponde poco al conocimiento del médico. El experto corresponde a su conocimiento organización, representación y paradigmas.	Aún cuando el médico se lo haya apropiado de manera parcial. ALTA El conocimiento local y externo responde a los cuestionamientos de los promotores y del médico.
VALIDACIÓN	EXTERNA Y PROPIA Conocimiento externo: Es una verdad externa, propiedad del médico y de promotores expertos. Conocimiento Local: Es una verdad local, propiedad de los promotores expertos.	EXTERNA Conocimiento externo. El conocimiento aparece en los libros de texto, es validado por iconos y rituales de instituciones externas. Conocimiento local, no aparece en libros de texto, validado por instituciones internas y por colectividad.	PROPIA Los promotores reconocen que pueden poseer y ampliar su conocimiento experto, local y externo para realizar acciones de atención. El médico se reconoce junto a los promotores como sujetos con capacidad cognoscente y al conocimiento experto local como una posibilidad de atención.

Fuente: Elaboración propia

La autonomía

El valor que los agentes le dieron al conocimiento relacionado con la autonomía en el campo PSSN fue alto en la etapa de inicio y en la etapa de salida, es a partir de este conocimiento y de una relación dialógica que médico y promotores pueden imaginar medidas de prevención y atención. La validez de la autonomía para los promotores de salud es alta ya que encuentran en ella una coherencia interna y externa, para el médico es media ya que responde de manera regular con su conocimiento, organización, representación y paradigmas. Para todos los agentes el grado de validez es alto en la etapa de salida ya que responde a los cuestionamientos de los promotores y del médico. Los promotores son quienes validan el conocimiento vinculado a la autonomía y la consideran una verdad local en ambas etapas de la intervención, el médico considera en la etapa de inicio a la autonomía como un conocimiento externo, en la etapa final se apropia de el conocimiento local, y junto con los promotores validan a la autonomía que muestra una coherencia interna y externa y que responde sus cuestionamientos de la realidad (ver tabla 60).

Tabla 60. VALOR, VALIDEZ Y VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA AUTONOMÍA EN EL CAMPO PSSN

DIMENSIÓN	ETAPA DE INICIO		ETAPA DE SALIDA
	PROMOTORES	MÉDICO	PROMOTORES Y MÉDICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN
VALOR	ALTO Es a partir de este conocimiento que los promotores pueden imaginar medidas de prevención y atención	ALTO Es a partir de este conocimiento que el médico puede imaginar medidas de prevención y atención	ALTO En una relación dialógica, los promotores y el médico pueden ver el valor del conocimiento y su eficiencia para resolver problemas de la realidad.
VALIDEZ	ALTA Esta responde los cuestionamientos, organización representación y experiencia de los promotores.	BAJA Esta responde de poco a los cuestionamientos del médico, con su conocimiento, organización, representación y paradigmas	ALTA Responde a los cuestionamientos de los promotores y del médico.
VALIDACIÓN	PROPIA Con verdad local	EXTERNA Con intuiciones de que la verdad local puede cambiar condiciones de salud enfermedad de la gente	PROPIA Los promotores reconocen en la autonomía formas de promover y atender la salud que no conocían. El médico reconoce el valor de la autonomía en las acciones en salud.

Fuente: Elaboración propia

La autonomía es considerada un saber popular, dado que es un saber que lo puede poseer y está representado en él cualquier persona dentro del grupo social, tiene una relación personal y colectiva con la realidad, se transmite de manera informal, tiene un grado de especialización bajo y un grado medio de organización, y mantiene su naturaleza original y se usa para representar valores colectivos, identidad y pertenencia, así como para resolver problemas de la vida cotidiana. La autonomía tenía un valor alto y era transversal a conocimiento experto en juego en el campo, su validación era propia y tenía una fuerte lógica interna y externa. Los valores, la validez y la validación del conocimiento en juego en el campo fueron definidos de manera dialógica, como expliqué anteriormente, en el campo PSSN, a diferencia de otros espacios en dónde lo definen agentes o instituciones expertos.

El hecho de que se hayan apropiado de conocimientos relacionados con la vacunación, la muerte materna, la atención médica y estos atravesados por la autonomía permitió la construcción de conocimiento noético como nuestro adelante.

Conocimiento subordinado

En las prácticas en estudio observé un aprendizaje reflexivo y procesos de reflexión correspondientes al desarrollo de conocimiento noético⁴⁰ vinculados a los conocimientos arriba descritos. Dentro de las capacitaciones en la etapa de inicio la mayor parte de las actividades las realizaba el médico y Alejandro, en la etapa de salida fue recurrente encontrar un proceso de diálogo entre el médico y otros promotores que permitió ir definiendo los temas y contenidos de talleres, lo que permitió no sólo reproducir contenidos y conocimientos de libros o manuales sino, elegir y construir el conocimiento necesario que se impartiría a partir de identificar y reflexionar sobre las necesidades y problemas a resolver. Misael refiere de la dinámica del equipo de capacitadores *“Me sentía yo bien, porque [...]ahí en ese equipo, éramos tres que siempre hablamos más y proponemos más palabras, opinamos más”*. Hecho que hacía que el trabajo fuera más *“rápido, más claro, más colectivamente”*

Se generaban procesos reflexivos no sólo en la capacitación sino también en el ámbito de la vacunación y en general al respecto Alberto plantea que conforme se conocían, agarraban más conocimientos y podían enseñar, y que al escuchar al otro podían imaginar cosas que uno sólo no hubiera podido hacer, lo anterior con el objetivo de ver qué más podían hacer en el trabajo de la salud. Referente la elaboración de conocimiento, en la etapa de salida se veía que la organización era lo *“único que hacía que aguantaran los promotores”* que no eran las capacitaciones porque eso lo entienden rápido *“que si de la medicina, y que cómo se inyecta, ¡no hombre! si entro hoy mañana ya sabe inyectar ¡cabrón!, sabe echar vacuna, eso es más fácil, pero la gente se acaba con eso”*, sino que era la organización lo único que iban a mantener el trabajo de los promotores. También al final de la intervención

⁴⁰ Noesis se refiere al conocimiento que está elaborado y construido por el sujeto de conocimiento en forma de representaciones. Es conocimiento profundo construido a través de entendimientos particulares del sujeto de conocimiento desarrollados mediante la relación de un objeto específico de la realidad con conocimientos y representaciones previas. Es la presencia activa del sujeto en la elaboración de una percepción y en la constitución de significado. Se refiere más a los constructos conceptuales del sujeto de conocimiento que al objeto. Está más relacionado con “sabiduría” que *noema*. Para recobrar su dimensión de *noesis*, el conocimiento extrapolado necesita adaptarse al nuevo contexto cultural al que ha sido importado (Ver capítulo teórico de esta comunicación)

Alejandro concluía que “*el seguir tomando decisiones por una persona o por otras personas que eso no es ser autónomo*” (tabla 61).

Tabla 61. DESARROLLO DE NOESIS EN EL CAMPO PSSN

ETAPA DE INICIO	ETAPA DE SALIDA
<p>En agosto 2005 se impartió el taller 2 “Las causas sociales de la enfermedad”, se llevó a cabo en la comunidad de San Fernando los días 20 y 21 de agosto del 2005, asistieron 22 promotores de primer nivel, los objetivos, método y contenidos fueron elegidos por el médico del municipio (RelCol:30)</p> <p>Alberto: <i>al principio este también porque no nos conocíamos bien ni estaba realmente este cómo nos entendíamos, si bien</i> (EntAlbMay09:52).</p>	<p>Capacitaciones</p> <p>Médico: <i>Entonces platicábamos muy bien cuál era la necesidad y cómo podíamos resolver esa necesidad y entonces dábamos el curso</i> (EntMisMay09:20)</p> <p>Misael: <i>en cambio con usted no, o sea que tiene otros componentes, entonces uno que habla también, entonces como que es más rápido, más claro, más colectivamente sí, se habla más así porque hablan también esos coordinadores hay unos que aunque no es coordinador pero lo entiende más, puede participar</i> (EntMisMay09:4).</p> <p>Misael: <i>Me sentía yo bien, porque [...] ahí en ese equipo, Tulio y Rambo, éramos tres, creo que éramos tres que siempre hablamos más y proponemos más palabras, opinamos más</i> (EntMisMay09:4)</p> <p>Vacunación</p> <p>Alberto: <i>Pero ya después como fuimos agarrando más conocimientos tons empezamos a este... a platicar más y, y pus realmente a enseñar pues... por eso yo este... empecé a acercar más pues</i> (EntAlbMay09:52).</p> <p>Médico: <i>¿tú crees que nosotros pudimos construir un conocimiento... a la hora que nos juntamos, a la hora que tuvimos contacto, si pudimos generar otra cosa nueva? Alberto: no pus sí, yo digo que sí porque, porque este, se ven cosas pues que salen del que sabe, es como por ejemplo, si estamos hablando hay cosas salen, que nos da a entender otra cosa que podemos hacer, es cómo por ejemplo, si estamos platicando pus a veces hay cosas que yo ni lo he pensado ni siquiera, pero después de que platicamos, si hace que salga otras cosas que podemos hacer o cómo podemos hacerle más...</i>(EntAlbMay09:44)</p> <p>Coordinación</p> <p>Alberto: <i>pero ahorita que me doy cuenta que la coordinación pues si era lo único que hacía que aguantaran los promotores de salud no, no es tanto en la capacitación porque la gente si lo entiende tan rápido en la capacitación, qué si de la medicina, y qué cómo se inyecta, ¡no hombre! si entro hoy mañana ya sabe inyectar ¡cabrón!, sabe echar vacuna, eso es más fácil, pero la gente se acaba con eso, o sea que termina con eso [...] ya nadie toma en serio realmente, ya nadie se responsabiliza por eso dije que hasta ahorita me estoy dando cuenta que era la única que sí, era la organización</i> (PlatAlbMay09:3).</p> <p>Autonomía</p> <p>Alejandro: <i>pero debe quedarnos bien claro qué quiere decir autónomo verdad, porque si seguimos dando, tomando la decisión de una persona o de otra persona ¿eso no es autónomo verdad?</i> (EntAleMay09:45).</p>

Fuente: Elaboración propia

Conciencia de los sujetos de su capacidad cognoscente

En la etapa de inicio y en la etapa de salida los sujetos tenían conciencia de su capacidad cognoscente, sin embargo había conocimiento experto como el de la vacunación o la medicación en donde pensaban que no iban “*a llegar a aprender*”. Al realizar la intervención los promotores pasaron de creer que tenían esa conciencia, a aplicar esa conciencia, es decir, lo que creían que podían aprender lo aprendieron, lo que creían que podían aplicar, lo aplicaron, lo que creían que podían enseñar, lo enseñaron. También se potenció su capacidad cognoscente ya que después de la intervención decían que “*eso que*

se hizo, hace fácil entender todas las cosas”, en donde la autonomía fue determinante para desarrollar y potenciar la capacidad cognoscente de los agentes en el campo (tabla 62).

Tabla 62. CONCIENCIA DE SUJETOS DE CAPACIDAD COGNOSCENTE

ETAPA DE INICIO	ETAPA DE SALIDA
<p>General Ale: <i>siempre yo les digo así, no va a venir gente del gobierno, no van a venir personas de afuera a hacer el trabajo si nosotros no nos organizamos bien, si nosotros sí podemos, podemos, hacer todo el trabajo, pero hay que cumplir</i> (EntTulAleMay09:6).</p> <p>Vacunación Todas esas cosas no hacíamos pues, enseñaban poquito, pero poquito, hasta yo llegué a pensar de que no se entendía, pues es que tienes que diluir con esto, está muy duro, no voy a llegar a aprender, está muy complicado (EntAlbMay09:3)</p> <p>Se entraba una capacitación ya más duro, más seguido, nos daba pues el Doctor Josué, casi entrábamos así como realmente, él traía todo lo que es el frasco y todos los manuales entonces ya empecé a entender, sí se puede, sí se puede. Sí se puede pero ahora falta la práctica (EntAlbMay09:9)</p> <p>Pues sí la mera verdad ya tenía yo esa capacitación, teóricamente, pero como yo siempre digo en la práctica no es igual, no es igual tonces dije, pues ya ni modo vamos a intentarlo y pues, pero nadie sabía la mera verdad yo creo que, Alejandro dice que si ya sabía pero la mera verdad yo creo que no. (EntAlbMay09:8).</p>	<p>General Misael: <i>lo que quería yo más, más es que todos aprendemos, todos los promotores que aprendan dentro de la comunidad también de la prevención, así aprender todos juntos para construir una mejor salud en la comunidad así nomás</i> (EntMisMay09:3).</p> <p>Alberto: <i>sí aprendimos, aprendimos muchas cosas, muchas cosas [...], también este es este o sea que es como si alguien preguntara una cosa, sí, ya pudimos decirlo porque ya sabemos</i> (EntALbMay09:04).</p> <p>Alberto: <i>y es lo más importante para mí, es que eso que se hizo, hace fácil entender todas las cosas</i> (EntALbMay09:42).</p> <p>Alberto: <i>pero necesito yo capacitarme bien, bien, ya cuando me siento bien chingón entonces ya si ahora voy a prácticas con mis alumnos [...] y eso es lo que yo no quiero, porque ni modo que le voy a enseñarle mal a..., tengo que prepararme bien y yo le entro, pero necesito prepararme bien chingón para que entonces sí ya cualquier cosa con la gente, pues puedo resolverlo</i> (EntAlbMay09:17).</p> <p>Vacunación Alberto: <i>No siempre es lo que les decía a todos, no pues ¿cómo vamos a poder nosotros?, va a estar cabrón, bueno pues ya ni modo la hora, es lo único que nos quedaba, es lo que decíamos, vamos a hacerlo nosotros</i> (EntALbMay09:25)</p> <p>Alberto: <i>No pues estuvo cabrón pero sí aprendimos, no pues sí tardamos un chingo como yo digo que hasta las tres de la mañana ahí estábamos, tenía que salir</i> (EntAlbMay09:14)</p> <p>Alberto: <i>yo lo único, porque yo les digo que en vacunación, yo les digo que soy bien chingón, yo les doy argumentos les digo, yo le digo por qué, porque lo aprendí en práctica</i> (PlaAlbMay09:1).</p> <p>Alberto: <i>yo creo que lo único es así uno que tenga huevos ¡cabrón!, porque ese realmente es peliar, entre nosotros y entre nuestras autoridades de ahí, porque peliar duro va ser cabrón, pero creo que si lo van a entender, nomás que necesita este que también le entre en la política de salud</i> (PlaAlbMay09:4).</p>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 63 y con base en la información presentada en las tablas anteriores relativas al valor validez y validación del conocimiento se muestra de manera más detallada el desarrollo de sentido común, de saber popular y experto para resolver los problemas de la realidad como la falta de vacunación a los niños, las muertes infantiles, maternas, y la falta de atención médica entre otros. Para el problema de la realidad de que los niños no estaban vacunados, se echó mano del conocimiento experto externo y del sentido común, capacitando a los promotores para vacunar y no depender de médicos, no sólo en la aplicación de vacunas sino en la organización de las campañas de vacunación.

Otro problema identificado fue el de las muertes de mujeres embarazadas y niños por problemas durante el parto. Se utilizó el conocimiento experto de parteras y médico, al utilizar el sentido común se reconoció el valor de la coordinación entre agentes, y el conocimiento y capacidades de cada uno de ellos, así, las parteras daban seguimiento a los embarazos, a la par que los promotores y el médico, cada uno desde sus saberes, algunas veces cuando la partera lo solicitaba se realizaba en coordinación.

Tabla 63. DESARROLLO DE SENTIDO COMÚN, DE SABER POPULAR Y EXPERTO PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA REALIDAD

PROBLEMAS DE LA REALIDAD	DESARROLLO DE SENTIDO COMÚN	
	INICIO	SALIDA
NIÑOS SIN VACUNAR	Vacunar colectivamente Capacitar promotores para vacunar	Vacunar colectivamente Promotores capacitados para vacunar
MUERTE DE NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS	Capacitar para hacer control prenatal	Promotores de salud hacen control prenatal y se Coordinan con parteras
ATENCIÓN DE ENFERMOS Y USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS	El médico y dos promotores Capacitación de promotores sobre uso de medicamentos	Cinco promotores "expertos" que dan consulta y tres que capacitan a sus compañeros
TRASLADO DE URGENCIAS	Los promotores y el médico	Promotores capacitados para identificar, atender y trasladar urgencias
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD	Participan sólo coordinadores	Se involucran a más promotores (Ver capítulo 1 capital y campos)
COMUNICACIÓN Y ENTENDIMIENTO ENTRE PROMOTORES Y MÉDICO	Escasa El médico prepara e imparte capacitaciones	Médico y promotores preparan e imparten capacitaciones. Se traducen al tzeltal las enfermedades y se indaga sobre los tratamientos locales.

Fuente: Elaboración propia

La falta de médicos en los lugares de atención (microclínicas) y el interés por desarrollar su propio sistema de salud propició que los promotores continuaran capacitándose en aspectos relacionados con el conocimiento experto externo como el manejo de medicamentos, y que asumieran la responsabilidad de los espacios en el municipio. Por otra parte en dos de las tres microclínicas el promotor utilizaba conocimientos locales para atender a las personas que acudían a consulta.

Al conocer que se tendría un automóvil que serviría para trasladar a pacientes graves a un hospital y darnos cuenta, el coordinador, los capacitadores y el médico que los criterios de gravedad no eran los mismos, se decidió capacitar a los promotores respecto al tema. Las

necesidades y los problemas que se iban presentando a la hora de organizar el trabajo aunado a la idea de autonomía como objetivo del campo y de los agentes, permitió que más agentes decidieran involucrarse en la organización del trabajo y en la toma de decisiones. Al final el número de promotores involucrados era mayor.

En la etapa de inicio de la intervención el médico al dar el primer taller, identifica una no comunicación, ya que él había elegido los temas y contenidos, por lo que al hacer uso del sentido común, propuso que alguien le ayudara a realizarlo hecho que se consolidó en la etapa de salida, pero no visto como una ayuda sino como una responsabilidad mutua entre el grupo de capacitadores y el médico, de esta manera eran valorados y utilizados en los talleres los conocimientos expertos locales y externos (Ver tabla 63).

Los objetivos de este apartado fueron conocer algunas características de las prácticas pedagógicas, entre ellas los procesos de apropiación, construcción y reconstrucción y cambio del conocimiento en el proceso pedagógico al interior del campo PSSN.

Teoría de acción cultural

Al observar las prácticas pedagógicas desde algunos analizadores correspondientes a la teoría de la acción cultural de Paulo Freire puedo concluir que las prácticas tuvieron un predominio dialógico. Identifiqué la consolidación de una identidad, *ser parte de* la autonomía, las problemáticas, las necesidades eran ejes articuladores de las prácticas. La ampliación del campo y de los procesos de comunicación dialógicos entre distintos agentes y la unión entre estos permitió la conformación de grupos de trabajo, con opción, propositivos participativos, todo ello gracias a la “adhesión verdadera” ya que ser promotor y tener un cargo dentro del campo implicaba el encuentro de decisiones libres de los agentes, ya que estos tenían la posibilidad de renunciar a su cargo en cualquier momento. Esta unión produjo organización que fue considerada como un elemento que hacía funcionar el trabajo, por encima de los conocimientos técnicos como vacunar o recetar medicamentos. Para Freire otro elemento del diálogo es la síntesis cultural que en este caso estuvo sustentada en las diferencias, en el aporte de una visión (del conocimiento experto) a

la otra (saber popular) y viceversa, posibilitaron llegar a acuerdos que las incluyera a ambas en donde la realidad era el elemento a investigar y transformar. Este encuentro entre los hombres, agentes y sus conocimientos, trajo consigo la transformación de la realidad que describo en el capítulo de análisis correspondiente a la promoción de la salud.

Dado que en el campo había luchas por la centralidad en el campo, la definición de las reglas y pugnas por el capital en juego, identifiqué prácticas antidialógicas, especialmente de los agentes que detentaban mayor capital en el campo como el promotor de salud Alejandro y el Médico. Las prácticas de división estaban relacionadas con el capital material en juego y su distribución, con las decisiones sobre las formas de organizar, con la pedagogía empleada por el médico y por su forma de tomar decisiones. Uno de los aportes más importantes de este trabajo es poner la mirada en quién hace, quién decide, quién organiza, bajo que principios, conscientes o inconscientes, ya que en ocasiones es desde el saber médico que se tomaron decisiones que correspondían a los promotores y desde principios autonómicos; hacer visible para no reproducir este tipo de prácticas es el objetivo de estas líneas.

Conocimiento

La identificación de distintos tipos de conocimientos a partir de la taxonomía que toma en cuenta el valor validez y validación del mismo me permitió identificar lo siguiente: en el ámbito de las capacitaciones, desde el inicio de la intervención hasta el final se utilizó el sentido común y el saber popular y experto para resolver los problemas y necesidades de la realidad; el cambio en la etapa de salida consistió en que un mayor número de promotores utilizaban estos conocimientos, por lo anterior estos promotores promovían cada vez más que las actividades las hicieran los promotores y cada vez menos, él o médicos externos.

Aspectos relacionados con el conocimiento institucionalizado y falso los observo cuando un promotor menciona que perdió el miedo a vacunar, ya que le habían inculcado en el pasado que vacunar era peligroso, además de que identificó al hacer informes de salud que

otros promotores de salud avanzados cometían errores al momento de dar consulta y en la vacunación, hecho que antes no hubiera imaginado. Otro caso es el de Misael que se dio cuenta de que las tablas que utilizaban los médicos de otras organizaciones eran sólo cálculos y que él podía hacer los cálculos exactos para darle medicamento a un niño. Por último el médico identifica el ejercicio de subordinación de saber popular, ya que en un espacio en donde las decisiones se toman, o al menos eso se aspira desde saberes relacionados con la autonomía y el beneficio colectivo, tomar decisiones desde su saber médico era un ejercicio de subordinación del otro.

Al identificar el valor, la validez y la validación del conocimiento en juego encontré que en la vacunación, los agentes identificaron su coherencia interna y externa, además hubo una apropiación de ese conocimiento por parte del médico y de los promotores, lo que los llevo a aumentar el valor de ese conocimiento en el campo. El embarazo y la muerte materna fueron conocimientos expertos uno externo (del médico) y otro local (de las parteras) que los promotores y el médico revalorizaron, al inicio su validez era baja dado que esta no correspondía con los cuestionamientos organización representación, experiencia de los promotores, al final respondió a los cuestionamientos de los promotores, del médico y de las parteras. El valor del conocimiento relacionado con la atención de personas, ya sea por promotores o por el médico con saberes locales o externos, siempre fue alto. El cambio consistió en la apropiación del conocimiento del otro, dándole así una validación propia. El valor de la autonomía como saber popular, es alto al inicio y al final de la intervención para el médico y promotores, tiene una validez alta para los promotores ya que responde a sus cuestionamientos, organización, representación y experiencia, no así para el médico el que al inicio de la intervención tiene una validez baja. El cambio consistió en que los promotores reconocen en la autonomía formas de promover y atender la salud que no conocían y el médico reconoce el valor de la autonomía en las acciones en salud.

En general en la intervención se observa un predominio de conocimiento experto (externo y local) en juego en el campo PSSN. La apropiación por parte de los promotores de salud de este tipo de conocimiento está relacionada con el valor que adquirió en el campo ya que lo encontraron útil para resolver problemas de la realidad y respondió a sus cuestionamientos

vinculados con su papel como promotores, como sujetos con conciencia de su capacidad cognoscente y como constructores de la autonomía zapatista, dándole una validación propia al conocimiento externo. El valor de la autonomía en el campo aumentó y se consolidó ya que los promotores identificaron en ella formas de promover y atender la salud y el médico y los promotores reconocieron su valor, que incluye al trabajo colectivo y a la organización en salud como un conocimiento más valioso que las actividades biomédicas.

Entender las prácticas, el valor, validez y validación del conocimiento en juego y su contexto más allá de enjuiciarlas, me permitió ver los avances y las posibilidades de transformar las relaciones de subordinación y la manera de construcción de conocimiento que posibilite la transformación de sus propias realidades.

CAPÍTULO 7

SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una vez hecho el análisis de capital y campos y de educación y diálogo, en este capítulo presento el de salud y promoción de la salud. El objetivo de este capítulo es analizar desde una perspectiva crítica de promoción de la salud (PSC o PSE) la información recolectada en dos momentos de la intervención pedagógica a la que se refiere esta comunicación. El análisis se realiza a partir de analizadores de la salud, de las capacidades humanas y de las inscripciones en el cuerpo-territorio que propone la perspectiva emancipadora de PS⁴¹. Los momentos que seleccioné para analizar las prácticas en la intervención fueron las etapas de inicio y salida, las razones y la forma de la selección de los momentos los detallo en el capítulo metodológico de esta comunicación. El análisis de los aspectos señalados me aportan elementos para responder a preguntas relacionadas con cambios y procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas, en el proyecto de los promotores de salud, y en las corporeizaciones e inscripciones en los cuerpos, subjetivo y material de los promotores de salud, con lo que estaré en condiciones de responder a la pregunta central de mi investigación ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en Salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007? El análisis que aquí hago es desde el entendimiento de los agentes que intercambiaron capital en el campo de los Promotores de Salud del Municipio San Nicolás (PSSN) presentado y descrito en capítulos anteriores.

Al igual que en los dos capítulos de análisis anteriores los datos que presento en las tablas de este capítulo, provienen de diferentes fuentes. Para conocer el origen de los datos, coloqué entre paréntesis la información que ayuda a saber su procedencia, ejemplo: (EntAleMay09:50), en este caso las primeras letras se refieren a la manera en que se llevó a cabo la observación (entrevista), las letras ‘Ale’ se refieren al informante, las siguientes ‘May09’ el mes y el año de la entrevista y el número que sigue a los dos puntos se refiere al números de página de la transcripción de la información de donde se tomó el dato. Para

⁴¹ En el capítulo primero de esta comunicación se exponen los elementos conceptuales de la propuesta de promoción de salud emancipadora de C. Chapela que ayudarán en este capítulo a lograr lo que se propone.

conocer el significado de todas las abreviaturas utilizadas y una explicación más amplia sobre el método con el que obtuve, elaboré, analicé e interpreté la información se refiere al lector(a) al capítulo metodológico de esta comunicación. En esta sección, al igual que las anteriores secciones de análisis, selecciono solamente algunos datos ilustrativos del análisis realizado. Estructuro el capítulo a partir de los analizadores⁴²: prácticas de subordinación y emancipación; diferencia, características de las inscripciones corporales, corporeizaciones y la situación de la salud de los agentes. En cada apartado considero los momentos de entrada y salida a los que se hizo referencia anteriormente.

PRÁCTICAS DE SUBORDINACIÓN Y EMANCIPACIÓN

Las prácticas de subordinación y emancipación las pude observar a través de los analizadores: conciencia de existencia del Doxa y el hábitus, construcción de campos de opinión, interés por conocer, desarrollo de voz y cambio de reproducción simple a reproducción emancipadora. Como ejemplo de la manera en la que estos cinco analizadores me permitieron hacer el análisis de las prácticas de subordinación presento enseguida el siguiente testimonio del promotor José que se refiere al momento de entrada en que el Médico hace visible que un promotor aplicó de forma inadecuada una vacuna en frente del grupo de promotores y las consecuencias que esto tuvo:

[Médico]... me dijo doctor es que si le tengo confianza a Gerardo pero no tanto uno, porque se la pasa jugando como capacitador y otro porque un día se equivocó en la campaña de vacunación y aplicó mal la vacuna y por eso tampoco no le tengo tanta confianza a Gerardo (EntAleMay09:38).

Aún cuando la intención del comentario del Médico era corregir el error al aplicar las vacunas y que no se reprodujese más, este comentario tuvo consecuencias negativas ya que significó la disminución de la confianza que algunos promotores tenían para con el promotor Gerardo. En tanto a la conciencia de existencia del Doxa y el hábitus, puedo observar que al momento de entrada el Médico no reflexionaba sobre el efecto de sus palabras, sino que utilizaba su conocimiento experto institucional sin invitar a la reflexión

⁴² El andamiaje teórico para la definición de estos analizadores lo puede encontrar el lector(a) en los primeros capítulos de esta comunicación. En el capítulo metodológico se indica cómo se utilizaron los analizadores.

al grupo de promotores. Esto disminuyó la posibilidad de construcción de campos de opinión, de interés por conocer y de desarrollo de voz, reforzando la tendencia a la reproducción simple cuando los promotores se encontraban frente al Médico. Enseguida presento el análisis de las prácticas de subordinación y emancipación.

Conciencia de la existencia del doxa

En la tabla 64 presento un dato en el que puedo analizar cambios entre la etapa de inicio y la de salida, en la conciencia de la existencia del Doxa.

Tabla 64. CONCIENCIA DE EXISTENCIA DEL DOXA Y DEL HABITUS

Etapa de Inicio	Etapa de salida
<p>[Médico] <i>A ver tengo enseñar, llegué yo con mi conciencia bien levantada, primera comunidad, y empiezo, puta y todo mal, le digo está mal vete otra vez y le digo, estás mal en esto, en esto, en esto y ya se iba, creo que ni me entendían en qué estaba mal, pero ay se iba</i> (EntALbMay09:14)</p>	<p>[Alberto] <i>Que nos hace más este... es lo único que yo he sentido de todo esto, se hace de de perder todo el miedo cabrón... si porque el miedo es que si llegan unos a hablar de que no pus de vacunar si que es peligroso [...] pero lo haces y si, si es peligroso pero nosotros estamos seguros, porque ya no nos da ese miedo</i> (EntALbMay09:41).</p> <p>[Alberto]: <i>ese es el problema que hasta ahorita tengo que no, o sea que entre los dos tenemos ese mismo problema... porque yo tengo problemas porque no puedo dar muy bien la consulta pues, ellos si pueden dar pero tampoco ellos se dan cuenta por dónde andan... para pues para que vean qué error tienen porque si tienen error aunque dicen que no... pero tienen</i> (EntALbMay09:50).</p> <p>[Médico]: <i>...Era lo que le decía a Alejandro, yo cuando llegue aquí no sabía vacunar...</i> [Alberto]: <i>¿No? ¡pasu! Ja, ja, ja</i> [Médico]: <i>¿Qué? Ja, ja, ja... ¡puta madre, no te hubiera dicho!</i> [Alberto]: <i>¡ah no!</i> [Médico]: <i>¿Tú pensabas que yo sabía?</i> [Alberto]: <i>Me imaginé que el doctor debe de saberlo ¿no?</i> [Médico]: <i>Bueno así el promotor nuevo piensa que tú sabes</i> Alberto: <i>¡Ah claro! ¡Claro!</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Develar el doxa es darse cuenta de lo que se ha hecho pasar como normal, de lo que se ha naturalizado, en el dato anterior se muestra el paso del entendimiento del Médico como el que posee el conocimiento y los promotores como los que no saben y a los que hay que enseñar, al médico que reconoce las limitaciones de su conocimiento. De la relación sobre quién enseña y quién aprende, durante el proceso pedagógico hubo un cambio en donde el Médico al inicio tenía la idea de enseñar y en la etapa final identificó estar en un espacio de aprendizaje, por su parte algunos promotores se visualizaron con la capacidad de transmitir su experiencia y conocimiento al resto de los promotores de salud.

Los roles sobre quién puede o no puede hacer determinada actividad, también se vieron transformados en el ámbito de la vacunación. Alberto consideraba peligroso aplicar una

vacuna y se excluía de la posibilidad de realizar dicha actividad, dando por hecho que quienes pueden desarrollarla son los profesionales como los médicos o las enfermeras; posteriormente Alberto se siente más seguro, pierde el miedo al peligro que implica vacunar y reconoce el peligro que ello implica, que ha perdido miedo y que se siente seguro para realizar la actividad. Una característica importante dentro del proceso pedagógico analizado es que, dado el escaso capital para jugar en el campo, difícilmente se pueden observar en la etapa de entrada los errores que los otros cometen. Como se desprende del dato anterior, Alberto al capitalizarse y realizar los informes de salud de su microclínica y hacer un ejercicio de reflexividad individual, comenta que identificó que los promotores experimentados cometían errores que incluso ellos no identificaban.

La identificación de que algunos problemas para la operación de los programas se sustentan en Doxa por parte de los agentes que constituyen el campo de la comunidad en la que los promotores llevan a cabo su práctica de PS la puedo observar a partir de este testimonio de Alberto en la etapa final:

...sea en vez de que yo les diga a las autoridades, que necesitamos el apoyo, y dicen que no, no tenemos dinero, no es lo que necesito yo pues, necesito que me apoyen pues a decirlo a la gente o los compañeros, a convencerlo pues a la gente (PlaAlbMay09:2).

En este caso Alberto se da cuenta y plantea que realizar o no actividades en salud del municipio va más allá de conseguir recursos económicos, identificando como un elemento importante frente a las autoridades el convencer a la gente de hacer y mantener el trabajo en salud. De esta manera Alberto identifica las preconcepciones doxáticas de los agentes a los que sirve, adelante se muestra la construcción de campos de opinión, producto del cuestionamiento de distintos agentes en el campo.

Construcción de campos de opinión

En la etapa de inicio la definición de las reglas del juego en el campo PSSN estaban dadas por Alejandro y el Médico principalmente, para la etapa de salida se conformaron campos de opinión que lograron acercarse a la centralidad del campo (ver tabla 65).

Tabla 65. CONSTRUCCIÓN DE CAMPOS DE OPINIÓN EN ETAPA DE SALIDA

Misael: *Decía el compa Alejandro tienen otras formas, por ejemplo si dices una cosa, como que no muy le agrada, no muy le gusta también no, así como que ya tenía forma de cómo caminar también él, para que lo puedas enderezar, pues ya no se puede, pues ya tiene su canción, su línea, los que quisieron aprender aprendieron, los que no, pues no, hasta ahorita al llenar del censo no le entra (EntMisMay09:5).*

Médico: *...de la toma de decisiones ahí lo que le digo el problema Alejandro es que dividimos al grupo... la cagamos. Ese fue un gran problema que, que se empezó a dividir el grupo porque uno dice una cosa y otro dice otra*
Alberto: *sí (EntALbMay09:64).*

Cuál fue la ventaja que después de que sólo Alejandro y yo, dábamos como la orden o decidíamos qué hacer después eso fue en capacitación, después lo hice yo con ustedes entonces de dos que éramos pasamos a ser cuatro (EntMisMay09:20).

Alberto: *es que a veces también las autoridades como dicen, que han pasado, que tiene experiencia, que ya saben mucho, pues yo les digo, esa experiencia que tienen, ya me vale ¡cabrón! ¡ya son viejas!... es que yo les digo, no pues sí tiene experiencia de medicina, que si esto, que si el otro, pues sí o sea que si vale pues, pero ahora lo que vale pa' ustedes vale más mis opiniones, que discutimos realmente, aunque no tengamos muchas medicinas pero si realmente estemos coordinados (PlaAlbMay09:2).*

Fuente: Elaboración propia

El hecho de que otros agentes tuvieron acceso a la centralidad del campo, cuestionaba el poder y la capacidad de decidir de los agentes Alejandro y el Médico en el campo PSSN. En el momento en que por iniciativa del Médico y de promotores de salud se crearon grupos de trabajo al margen de Alejandro, se empezaron a generar campos de opinión que cuestionaban la toma de posición de Alejandro y del médico. Ejemplo de ello son los datos que se muestran en la tabla 65, en donde se observa: que el Médico y Alejandro en algún momento de la intervención empiezan a tener formas distintas de llevar a cabo la organización en salud, en dónde Misael asienta que a Alejandro no ‘muy le gustan las formas del Médico’ (EntMisMay09:5), dando como resultado la ‘división del grupo’ entendida como construcción de un campo de opinión que hacía contrapeso a las decisiones de Alejandro. En el ámbito de la capacitación observo que se generó un campo de opinión en donde cuatro promotores de salud tenían voz y podían decidir sobre qué temas, qué contenidos, qué metodología, qué materiales y quién impartiría los talleres a los promotores, campo en que en algún momento Alejandro quedó relegado o fuera de la toma de decisiones.

Por otro lado en la etapa de salida, había promotores que entendían que el apoyo de las autoridades a los promotores no sólo tenía que ser económico o relacionado con los medicamentos, sino que tenía una relación con la coordinación y con la organización, elementos que les permitiría a los promotores discutir, identificar y resolver los problemas que tenían para realizar sus actividades en salud. Otro campo de opinión es el que se

conformó ante el campo de las autoridades municipales, en donde el desarrollo de voz de Alberto le permite plantearse que la experiencia de las autoridades es valiosa, pero que lo que vale ahora es también su palabra, porque él sabe y conoce como hacer y coordinar los trabajos en salud, mientras que las autoridades tienen experiencia en otros temas o asuntos.

Al integrar los resultados de las tablas 64 y 65 el lector(a) puede observar la relación entre la develación del doxa y la construcción de campos de opinión, relacionados con el cuestionamiento de la autoridad que detentaban diversos agentes como: el Médico con respecto a la autoridad de Alejandro, de algunos promotores con respecto a la autoridad del Médico y Alejandro juntos, de algunos promotores respecto a la autoridad del Médico y de Alberto y algunos promotores respecto a las autoridades municipales. Aunado al análisis en el que identifiqué la construcción de campos de oposición agrego la identificación de los intereses por conocer de los agentes en el campo con el objetivo de profundizar en el entendimiento de los procesos pedagógicos.

Interés por conocer

Construir la autonomía, la conciencia de la lucha zapatista y la sobrevivencia eran intereses del campo. Con base en todo o expuesto hasta aquí, considero que el campo tenía intereses emancipadores, prácticos y técnicos y que el interés emancipador, al menos como discurso, era el interés principal. Sin embargo, los agentes individuales mostraban los tres intereses pero la composición de los mismos, en relación con el conocimiento disponible o por construir en el campo, difería de agente a agente y en relación con el campo. Los agentes tenían interés por pertenecer al campo, como tal todos requerían de interés práctico para lograr esa pertenencia. En este contexto, el interés por conocer en la etapa de inicio fue difícil identificarla. En la tabla 66 doy cuenta de los intereses de algunos de los agentes y la diferencia entre ellos en el momento de salida.

Tabla 66. INTERÉS POR CONOCER EN EL CAMPO PSSN

<p>Técnico</p> <p>Alberto: <i>Y eso es lo que yo no quiero porque ni modo que le voy a enseñarle mal a..., tengo que prepararme bien y yo le entro pero necesito prepararme bien chingón para que entonces si ya cualquier cosa con la gente, pues puedo resolverlo (EntAlbMay09:17).</i></p> <p>Alberto: <i>y es lo... lo más importante para mí es que... eso que hizo es este fácil entender todas las cosas. Ya las cosas se entienden más con más... poquito más fácil (EntAlbMay09:42).</i></p> <p>Práctico</p> <p>Médico: <i>qué era lo que a mí me preocupaba y que yo te dije, que estamos como el mal gobierno, que si llegan 30 vacunas [...] el problema, creo es, desde donde yo entiendo era que tú, que Alejandro, tomabas la decisión de a quién sí y a quién no, eso yo lo veía como un problema (EntAleMay09:13).</i></p> <p>Médico: <i>pero tu objetivo era el mismo que el mío que era la autonomía. ALE: Si claro Médico: entonces, eso fue lo que nos hizo trabajar, que mi objetivo era igual que el tuyo ALE: aja Médico: Porque aunque teníamos diferencias, pero pudimos trabajar, y aunque al final ya estábamos más chuecos que derechos, pero seguimos trabajando, porque lo que estábamos haciendo era el trabajo que era la autonomía ALE, sí creo, exacto. Sí así es (EntTulAleMay09:5).</i></p> <p>[Alejandro]: <i>...necesitamos un día sentarnos para que lo analicemos bien las cosas, hasta, hasta dónde queremos llegar y hasta dónde vamos, qué errores hemos tenido y cómo vamos a corregir esos errores y cómo vamos a fortalecer los promotores.</i></p> <p>Emancipador</p> <p>Alberto: <i>no pus sí, yo digo que sí porque se ven cosas pues que salen. Es como por ejemplo si estamos hablando hay cosas que pus si salen este que nos da a entender otras cosas que podemos hacer [...] es como por ejemplo si estamos platicando pus a veces que hay cosas que yo ni lo he pensado que ni siquiera, pero después de que platicamos, después sí hace que salga otras cosas que podemos hacer o cómo podemos hacerle más... (EntAlbMay09:43).</i></p> <p>[Misael]: <i>... pues lo que más me gustaba, o sea que, pues, organizar más compañeros, o sea, y lo que quería yo más, más, es que todos aprendamos, todos los promotores que aprendan dentro de la comunidad también de la prevención, así aprender todos juntos para construir una mejor salud en la comunidad... así no más (EntMisMay09:3).</i></p>
--

Fuente: Elaboración propia

Las propuestas emergentes contenían prácticas incluyentes del ‘otro’, así como un entendimiento “más fácil” de las cosas relacionadas con la salud y de aspectos de la realidad relacionados con otros espacios comunitarios. En la tabla 66 se observa un equilibrio de datos relacionados con cada interés por conocer, lo que sugiere que las acciones e intereses emancipadores de los agentes, necesitan o se complementan con sus intereses técnicos y prácticos. A pesar de no contar con información suficiente para lograr datos que me permitan interpretar los intereses por conocer al inicio de la intervención pedagógica, la relación entre los distintos analizadores me permite sugerir que se operaron cambios en cuanto a la composición de los intereses humanos por conocer.

Desarrollo de voz

Otro de los aspectos a analizar que nos permite entender la acción del proceso pedagógico sobre la subordinación y la emancipación de los promotores de salud es el desarrollo de su voz y el vínculo que éste tiene con el desarrollo de campos de opinión y con el acceso a la toma de decisiones, en la tabla 67 se muestran ejemplos de desarrollo de voz en la etapa de inicio y salida.

Tabla 67. DESARROLLO DE VOZ EN EL CAMPO PSSN

ETAPA DE INICIO	ETAPA DE SALIDA
<p>Médico: <i>Si ustedes me hubiesen dicho cuando llegué, doctor es que nosotros trabajamos así, digo bueno está bien podemos hacer propuesta o no, se puede cambiar o no, no</i></p> <p>Alberto: <i>No es que en ese tiempo no estábamos así, estábamos así como tiernos (EntAlbMay09:74).</i></p>	<p>Misael: <i>En cambio con usted no, o sea que tiene otros componentes, entonces uno que habla también, entonces como que es más rápido, más claro, más colectivamente sí, se habla más así porque habla también esos coordinadores hay unos que aunque no es coordinador pero lo entiende más, puede participar (EntMisMay09:)</i></p> <p>Alberto: <i>...es como si alguien preguntara una cosa, sí, ya pudimos decirlo porque ya sabemos (EntAlbMay09:40) Pero antes no (yo decía), No, no, por mí está bien, por mí... Pero ahora sí está mal no pus yo digo, porque realmente es lo que puedo decir lo que realmente ya es, lo que realmente pienso ya puedo decirlo, porque te digo pues como que la mente ya está más abierta, ya puedo yo decirlo ¡pero antes no! [...] y lo más importante ahí es que eso me hizo fácil entender todas las cosas (EntAlbMay09:42).</i></p>
<p>Médico: <i>desde que llegue tú me decías, autonomía es que nosotros mismos hagamos las cosas en salud, así entendí yo que tú me dijiste, y yo entendí, entonces lo que yo sé hacer ellos lo tienen que saber hacer cuando yo me vaya (EntAleMay09:45).</i></p>	<p>Alejandro: <i>pero debe quedarnos bien claro que quiere decir autónomo verdad?, porque si seguimos dando, tomando la decisión de una persona o de otra persona ¿eso no es autónomo verdad? (EntAleMay09:43)</i></p> <p>Alejandro: <i>bueno yo voy en Tajaltic, y Julio se queda aquí ah bueno como ustedes decidan, ya dijeron, no pude enojar más porque ellos decidieron así. Total que se cubre, total que se cubre, porque el malo que no fueran a cubrir la vacuna, ahí si me enoja, así dije claro, tampoco es mío de trabajo, pero es que, deberíamos este como responsables deberíamos cumplir todas las comunidades (EntAleMay09:21)</i></p> <p>Alejandro: <i>porque nosotros si ponemos las cosas, eso ya también lo tengo en mi mente que no es bueno, que yo tampoco como estoy viendo ahora, los promotores como que, como que cambiar un poco la idea de cómo organizar la toma de decisión no es bueno tomar solamente coordinadores, aunque también todos tienen el derecho aja para ser la autonomía (EntAleMay09:29).</i></p> <p>Tulio: <i>no porque tú siempre, siempre hablas de todo toda el área y de la autonomía, pero el Memo, nomás vino a hacer su trabajo, no vino a enseñar más de así como se está formando, sí, tal vez sí lo enseñó más al Miguel pero de chofer, de ser chofer, y el Miguel también ahí estuvo, del medicamento no sé cómo le hicieron absolutamente, nomás en los traslados, sí nomás con el Miguel pero con otros promotores y coordinadores no hubo su palabra de eso su opinión (EntTulMay90:1)</i></p>

Fuente: Elaboración propia

El proceso de capitalización posibilitó el desarrollo de voz en cada uno de los agentes en el campo PSSN. En el caso de Alfredo, pasó de considerarse ‘tierno’ a hacer propuestas, a poder decir lo que piensa y al entender las cosas en general de una manera más fácil. Dicho de otra forma, la intervención fue un proceso que provocó que ‘se abra más mi mente’. En el Médico el desarrollo de voz tiene una relación con el capital cultural adquirido, en

donde, a decir de Tulio, el Médico en la etapa de salida habla de todas las áreas y de la autonomía, hecho que no sucedía al inicio de la intervención.

Misael: *En cambio con usted no, o sea que tiene otros componentes, entonces uno que habla también, entonces como que es más rápido, más claro, más colectivamente sí, se habla más así porque habla también esos coordinadores hay unos que aunque no es coordinador pero lo entiende más, puede participar (EntMisMay09:)*

El capacitador Misael refiere que las prácticas pedagógicas promovieron el acceso igualitario al desarrollo de voz, ya que eran procesos pedagógicos incluyentes en donde se promovía que el otro participara, hablara, lo anterior lo permitía que el trabajo fuera más claro y colectivo. Esta inclusión permitió el acceso igualitario al desarrollo de voz a otros agentes que así como una mayor rapidez y claridad en los procesos pedagógicos. En Alejandro, coordinador general, el desarrollo de voz está ligado a la construcción de conocimiento relacionado con la idea de autonomía, y es en la comunicación de ese entendimiento en donde pregunta y afirma a su vez que no es bueno tomar decisiones por otros, que eso no es la autonomía, y que promotores que no son coordinadores tienen también el derecho a hacerla.

Los promotores de primer nivel, tuvieron en la etapa de salida un desarrollo de voz al cuestionar la opinión y tener posturas distintas e incluso encontradas a las de Alejandro o del Médico, mismas que al inicio aceptaban sin cuestionar o sin externar sus diferencias. Por su parte Alejandro y el Médico aceptaban los comentarios y cuestionamientos ya que estaban encaminadas a promover o mejorar el trabajo comunitario

Los datos anteriores me permiten afirmar que los procesos pedagógicos promovieron el desarrollo de voz de distintos agentes, en donde los PS pudieron cuestionar las reglas definidas, expresar lo que pensaban y opinaban “verdaderamente”, realizar propuestas y generar condiciones en las que se promovía un acceso igualitario al desarrollo de la voz. Enseguida continúo con el análisis de las prácticas de subordinación al identificar las prácticas que reproducían la subordinación o que estaban encaminadas a su transformación.

Cambio de reproducción simple a reproducción emancipadora

El entendimiento de relaciones de dominio y subordinación existentes entre los distintos agentes del campo PSSN descritos en el capítulo de capital y campos de esta comunicación, la develación del conocimiento doxático en el campo, el contexto de construcción de autonomía arriba mencionados y otros datos como los contenidos en la tabla anterior y en la siguiente, relacionados con plantear y responder desde el “nosotros” preguntas sobre quién realiza la autonomía, quién planea, quién organiza, quién hace, quién enseña, quién decide quién participa y quién no, me permite la identificación de prácticas que posibilitan la construcción de un proyecto colectivo con intenciones y prácticas emancipadoras. En la tabla 68 se presentan datos referentes a la construcción del proyecto de los PS como reproducción emancipadora mientras que en la tabla 69 se presenta un análisis de cambio entre las prácticas previas de reproducción simple desarrolladas con otras organizaciones y las prácticas realizadas durante la intervención en la etapa final y posterior a ella.

La reproducción simple se caracteriza por el mantenimiento de prácticas de dominio y subordinación, mientras que la reproducción emancipadora está relacionada con el cambio no sólo en las prácticas sino en los esquemas de percepción, pensamiento y con el cambio en las características del campo como los límites, objetivos, valor del capital, toma de posición, posición y disposición de los agentes. El siguiente análisis en el que busco de manera intencionada prácticas de reproducción simple y emancipadora contenidos en las tablas 68 y 69, me permite mostrar el valor crítico de las prácticas y procesos pedagógicos. Cabe señalar que existe una diferencia entre el entendimiento de las prácticas de reproducción emancipadora y la intención emancipadora planteada en este capítulo en páginas previas. Por intención emancipadora me refiero a la apropiación reflexiva de la vida, a lo que hace que el individuo se movilice y actúe, mientras que las prácticas de reproducción emancipadora se refieren al entendimiento de los esquemas de percepción pensamiento y acción, al descubrimiento de los valores en el campo, a develación del doxa, que trae consigo el entendimiento de los mecanismos de reproducción de la dominación, en este caso del saber médico sobre el saber de los promotores; se refiere también a la

capitalización y el cambio en las estructuras objetivas que permite a los agentes tener una posición privilegiada en la toma de decisiones, denominada como autonomía que es uno de los objetivos del campo.

Tabla 68. REPRODUCCIÓN EMANCIPADORA

Datos	
Autonomía	<p>Alejandro: <i>nada, no lo podemos, ni le vas a poder exigir a la fuerza, porque de por sí no lo estamos pagando porque todos estamos trabajando por conciencia. Así estamos trabajando si queremos que hacer nuestra autonomía que nadie otra persona va a venir a hacer el trabajo, nosotros vamos a dar a funcionar, por eso cada área de trabajo tenemos que cumplir, tenemos que hacer</i> (PlatAlbMay09:3).</p> <p>Alejandro: <i>Como que no, quiero ver otro promotor que participe con los promotores, más a menos hay otro nuevo Mariano no lo conocías todavía, más o menos participa y apoya cuando hacemos la reunión, nos dice compañeros hay que animarse en el trabajo, porque realmente si no hacemos el trabajo quién lo va a hacer, nadie, quién lo va a construir la autonomía</i> (EntTulAleMay09:6).</p> <p>Alberto: <i>pero si ellos llegan a juntarse, llegan a organizarse muy bien, va a funcionar, va a volver a funcionar, es que ya hay esa idea pues, ya hay esa experiencia, pero si eso no lo hacen de plano se jse va acabar, se va a acabar!.... Aunque no se va a acabar totalmente pero va a bajar</i> (PlatAlbMay09:5).</p> <p>Alberto: <i>Porque no se ha cambiado pues ni una cosa como se va a vacunar, sino que se va a vacunar colectivo</i> (EntAlbMay09:12).</p> <p>Alejandro: <i>Necesitamos un día sentarnos para que lo analicemos bien las cosas, hasta, hasta dónde queremos llegar y hasta dónde vamos, qué errores hemos tenido y cómo vamos a corregir esos errores y cómo vamos a fortalecer los promotores</i> (EntAleMay09:43).</p>
Organizar	<p>Alberto: <i>pero necesito yo capacitarme bien, bien, ya cuando me siento bien chingón entonces ya si ahora voy a prácticas con mis alumnos</i> (EntALbMay09:17)</p> <p>Alberto: <i>No, de por sí, porque si no se iba a hacer eso, nadie lo iba a hacer, de hecho nadie se encargaba de hacerlo[la coordinación de actividades] ... por eso pensó de que no se busca quién va a hacer la lista de promotores, la lista de quién va a revisar los censos, hasta incluso comisión de alimentos empezó a formarse Médico: ah sí es cierto Alberto: entonces se empezó a hacer todo eso, y eso es lo que se sigue esa misma cosa</i> (EntAlbMay09:22).</p> <p><i>Pues es que la mera verdad es que seguimos esa misma idea, ahorita sigue haciendo Lupillo, sigue haciendo las listas, pero como ya se acostumbró cómo se hace, entonces hasta ahorita sigue haciendo eso</i> (EntAlbMay09:12).</p>
Hacer Aprender	<p>Médico: <i>fue necesario que me saliera, para que ellos dijeran, creo que ahora sí tenemos que hacer eso [las capacitaciones]</i> (EntTulAleMay09:3).</p> <p>Misael: <i>bueno también decía el compa Alejandro, no pues el doctor Edgar dice, nos dormimos a las 11, 12 y salimos a las 7 y nosotros no estamos acostumbrados así, bueno pues sí es muy cierto, por qué no nos enseña aparte un día, una clase un día, de las 8 hasta las 2 de la tarde como clase de los niños dice, pues, este, como que nos apretó pero bien y no hay dónde, pues si porque hay que aprovechar porque no todos los días va a estar aquí, no todo el año va a estar aquí, siempre nos va a dejar solos pues hay que aprender</i> (RelRel:105).</p> <p>Alejandro: <i>Nosotros como que, como tú decías que nos sirvió mucho esa idea lo que hicimos durante el tiempo que trabajamos que fuimos, este, repartiendo trabajo, porque es una enseñanza para nosotros</i> (EntAleMay09:43).</p> <p>Alberto: <i>porque, porque es lo que a mí a, es lo que a mí me pasa cuando yo le enseño a alguien, yo como que a veces me quiero aventar, no pues es que tienes que aprender, pero es porque lo quiero que lo aprenda si...</i>(EntAlbMay09:56).</p> <p>Alberto: <i>es como por ejemplo si en cada pueblo yo le digo es lo que tienen hacer porque es él el que tiene que trabajar ahí no soy yo, yo tengo mi pueblo también, por eso yo le digo no pues hazlo, si algo no sabes pues entonces pregunta. O lo veo que no, entonces le digo, porque él quiero que sí que lo aprenda, porque si no toda la vida voy a estar yo ahí, pues no, tengo que mantenerme yo también, por eso le digo que no pues hazlo, aunque se sienta un poquito mal, pero lo que yo quiero es que aprendan y que el haga pues...</i>(PlaAlbMay09:6).</p> <p>Alejandro: <i>Eso todavía sigue, cada campaña se tiene que ver un día de taller para que entiendan, los promotores viejos dan la capacitación a los nuevos, porque hay muchos fallos en el llenado de censo, y vacunas nuevas que ya se está aplicando como que no nos queda muy claro, entonces, también por eso se tiene que dar un día antes el taller cada vacunación, así hemos hecho de por sí cuando necesita</i> (EntTulAleMay09:).</p> <p><i>No pues ya se me olvidó, cómo, porque es la que a veces nos pasa todavía, aunque decimos ya sabemos los papeles, pero luego se nos va y qué dices que no pues eso está mal es lo que me dijo Chusito, me dice, ya no te voy a checar el tuyo (censo) porque yo sé que si está bien, no pero chécalo, que tal que no, porque no sabemos todo, dice, ah, sí, está mal esto</i> (EntAlbMay09:15).</p> <p>Alberto: <i>Cuando es cuando quedamos solitos le explicábamos bien a los compas pues, se repetía mucho error porque era el único que venía más en el papel, de la vacuna casi no hay, el error que venía más es en los papeles pero íbamos directamente con los que venían más errores íbamos así, nosotros íbamos de hecho lo llenábamos ahí de frente de él y lo corregíamos y entonces ya a la otra y a veces viene bien, o viene mal, pero ya es otro error</i> (EntAlbMay09:21).</p>
Enseñar	<p>Médico: <i>¿Y por qué entraron ellos (los nuevos promotores a revisar censos)?</i></p> <p>Alberto: <i>...bueno realmente porque ellos se ve que eran muy chingones, así como decía usted que venía todo bien, entonces ya dije que me ayude el cabrón, entonces ya cuando quedamos, ya le dije no pues véanlo, y yo ya no me metía yo también ya nomás echaba yo su checada, porque sí casi lo entendía yo bien todo, ya nomás checaba yo, sí está bien, y sí salió bien</i> (EntAlbMay09:22).</p>

Fuente: Elaboración propia

El análisis que aquí realizo de la tabla 68 sobre la reproducción emancipadora, entendida como el logro o cumplimiento de la autonomía, pone la mirada en la pregunta quién y la respuesta en los promotores como los responsables de la realización de la autonomía que incluye las actividades de enseñanza, aprendizaje, planeación y organización. Así los promotores decidieron realizar durante los dos años de la intervención la vacunación colectiva. Se vacunaban todas las comunidades del municipio, los promotores experimentados vacunaban y enseñaban a vacunar a nuevos promotores, en las comisiones que organizaban las campañas de vacunación se continuó contemplando el punto de vista de promotores de distintas microrregiones. La vacunación llevada a cabo de esa manera, permitió la cohesión y apoyo entre promotores, una unión, colaboración, organización y síntesis cultural diría Freire. En la coordinación general había la necesidad de ‘sentarse un día, analizar bien las cosas, preguntarse hasta dónde quieren llegar, en qué punto van, qué errores han tenido y cómo van a corregir esos errores’ además de cómo se fortalecería a los promotores. La experiencia se vivió como una etapa de mucho trabajo, de ideas y de realización de esas ideas, entre ellas las de enseñar y aprender a otros, valores promovidos por la organización zapatista, además de que se identificó el valor del trabajo organizativo en el mantenimiento de la autonomía. Como se infiere del espacio de capacitación en donde el o los médicos siempre están en el centro de la toma de decisiones de respecto a los temas, contenidos y la responsabilidad de capacitar, hubo un momento en la etapa final en que la presencia del Médico obstaculizaba que los promotores hicieran estas actividades de manera autónoma; la salida del Médico promovió que los promotores realizaran actividades por sí mismos, continuando los procesos reflexivos característicos de la intervención.

Las prácticas mostradas se consideran reproductoras de lo emancipador ya que es a partir de un proceso práctico reflexivo que los promotores imaginan y encuentran posibles formas de resolución a necesidades emergentes, se ubican con derecho y como los responsables de construir con su trabajo la autonomía. Encuentro un vínculo muy grande entre las nociones de reproducción emancipadora y de autonomía zapatista planteada desde 1994. Este vínculo entre ideas ha tenido distintas características al momento de ponerse en práctica con las distintas organizaciones en salud que han trabajado en la zona. En lo que se refiere a la

función y formación de los promotores de salud, el análisis proveniente de los datos mostrados en este y en capítulos anteriores muestran características de reproducción simple que habían venido marginando de la toma de decisiones a los que se suponía eran quienes debían de estar en el centro, decidiendo, y planeando su autonomía. Enseguida muestro un análisis de los cambios observados antes y después de la intervención en estudio (tabla 69).

Tabla 69. REPRODUCCIÓN SIMPLE Y REPRODUCCIÓN EMANCIPADORA EN EL MUNICIPIO AUTÓNOMO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

CONCEPTO	CONCEPTOS RELACIONADOS	EXEMPLOS DE REPRODUCCIÓN SIMPLE	EXEMPLOS DE REPRODUCCIÓN EMANCIPADORA
HABITUS	Doxa	El promotor considera normal no poder realizar el trabajo “hasta yo llegué a pensar de que no se entendía, pues es que tienes que diluir con esto, está muy duro, no voy a llegar a aprender, está muy complicado”	El promotor identifica riesgo y actúa “vacunar sí que es peligroso” [Ortodoxa] “pero lo haces y sí sí es peligroso, pero nosotros estamos seguros, porque ya no nos da ese miedo” [heterodoxa]
	Trabajo pedagógico	Violencia simbólica Los promotores cuestionan poco el poder y conocimiento de médicos “te dejaba uno, cuando [el médico] veía que no puedes ya, ya se acabó [tu oportunidad], porque, esa es sus formas pues”	Creación de opinión Los promotores cuestionan más el poder del médico y el de los coordinadores de salud
	Esquema de percepción	Los que tienen el conocimiento son los médicos “Se vacunó a los niños, pero ellos lo hicieron no nosotros, nomás que estamos de acompañantes”	Se desarrolla la conciencia de capacidad cognoscente en los promotores de salud
	Esquema de pensamiento	Promotores se piensan así mismos como traductores, acompañantes de médicos.	El promotor se piensa como un agente activo en las cuestiones de salud, ante médico y ante autoridades comunitarias
	Esquema de acción	Nosotros casi no [dábamos consulta], o sea como traductor nada más. [los médicos] No nos tomaban en cuenta si sabíamos pues	El promotor da consulta, vacuna, organiza actividades, capacita a otros promotores, acompaña a parteras en control prenatal.
CAMPO	Valor del capital	Definido por los médicos	Definida promotores y médico
	Distinción	Dependencia de los médicos	Solicitan médicos, pero se tienen conciencia de que el trabajo lo van a sostener los promotores
	Límites, objetivos, roles y valores	Definidos por organizaciones no gubernamentales y personal médico	Definido por promotores y médico, creación de campos de opinión
	Posición	Marginal	Central
	Disposición	Acompañante, traductor	Promotor de salud, vacunador, capacitador
	Toma de posición	Pasiva	activa

Fuente: Elaboración propia

La primera consideración de la tabla anterior es no descontextualizar las intervenciones previas, haciendo un reconocimiento al trabajo que habían realizado años antes distintos agentes descritos en el capítulo de marco referencial y político, incluidos los promotores de salud del municipio y organizaciones no gubernamentales. Estos trabajos los considero un punto de partida para identificar los elementos que obstaculizan y aportan elementos facilitadores para el proceso de autonomía.

Los elementos identificados con la reproducción simple (entendida como la naturalización del orden de las cosas y el ejercicio de subordinación que hace el médico, y el coordinador de promotores en algunas ocasiones) derivados del análisis de los conceptos de habitus y campo, fueron los siguientes: los promotores tienen una toma de posición pasiva, se piensan y actúan como acompañantes de médico o traductores, consideran y dan por sentado que quienes tienen el conocimiento son los médicos, y por tanto no cuestionan o cuestionan poco el poder y las decisiones que este toma, realizan pocas actividades, su posición dentro del campo es marginal, los objetivos, roles y valores del campo están definidos por la persona externo o médico, quien detenta una posición central en el campo. Desde el conjunto de análisis de los datos densos que he venido haciendo hasta aquí, sostengo que se generaron prácticas de reproducción emancipadora durante la intervención. Entre los elementos críticos identificados como sustento de esta idea, están: que los promotores tienen una toma de posición más activa; por tanto y gracias al proceso de capitalización tienen una posición de centralidad en el campo; dejan de ser traductores y pasan a ser promotores, vacunadores, capacitadores; en el campo se identifica la presencia de los médicos como necesaria para la consolidación del trabajo en salud, teniendo en cuenta que quienes son los responsables de realizarlo son ellos, los promotores; se desarrolla la capacidad cognoscente en los promotores, el promotor identifica en el ámbito de la vacunación los riesgos y actúa en base al conocimiento adquirido; se generan campos de opinión al interior del campo y los promotores cuestionan al médico y a los coordinadores de salud que también son promotores indígenas. Los límites objetivos, valores y roles en el campo PSSN pasan de ser solamente definidos por ONG's a ser definidos por las ONG's pero con una mayor decisión por parte de promotores.

Como se puede observar, los agentes al interior del campo son distintos no sólo por el volumen de capital a intercambiar, sino por sus diferencias. Enseguida abundo en el análisis de estas diferencias y de las coincidencias entre los distintos agentes; ambas posibilitan entender las prácticas pedagógicas.

DIFERENCIA

Como mostré en el capítulo teórico, un agente en el campo existe sólo en relación con otros, es decir existen de manera relacional y diferencial de acuerdo al volumen de capital detentado. Para continuar con el análisis de las diferencias entre los agentes, utilizo aquí analizadores que incluyen la otredad, que me ayudará a observar y entender cómo había diferencias en el campo y cómo esas diferencias marcaron una identidad.

Identificar quién soy ‘yo’, quién es el ‘otro’ y quién ‘nosotros’ es posible a partir de la forma en que se nombran los agentes, en ese momento hacen explícita su existencia, es decir quiénes son ellos y quienes los otros. En la tabla 70 presento elementos de las diferencias entre los agentes al interior y al exterior del campo en la etapa de inicio, en donde se identifican promotores de primero y segundo nivel. Recuerdo al lector o lectora que ser promotor de primero o segundo nivel era una decisión de los mismos promotores y estaba referida al grado de capacitación y de actividades que podían realizar. En la etapa de inicio se está contemplando para este apartado la existencia de un médico que trabajó antes de la intervención en estudio. En la etapa de salida, algunos promotores de primer nivel pasaron a ser de segundo nivel y el médico del que se habla es el que suscribe estas líneas. En la tabla 71 se presentan los datos respectivos a la etapa de salida. El análisis de esta sección se complementa con el descrito en el este capítulo relativo a aspectos de la sociedad, su organización y las relaciones de poder que en ella se llevan a cabo.

Tabla 70. CONCIENCIA DE YO Y DEL OTRO, ETAPA DE INICIO

DATOS	
Al interior del campo	<p>Promotores-promotores Alberto: <i>Según éramos segundo nivel y que éramos responsables para ver a los más nuevos (EntAlbMay09:9).</i></p> <p>Médico: <i>ahí preguntábamos, me acuerdo que decíamos oiga será que si sabe o no sabe, y decían si ya sabe, y le preguntábamos inclusive al promotor, ya sabes vacunar, y dice si ya sé hacer eso, me acuerdo cómo hacíamos eso (EntAleMay09:25).</i></p> <p>Promotores-Médicos Médico: <i>¿Ustedes no daban la atención?</i> Alejandro: <i>Nosotros casi no, o sea como traductor nada más [...]: No tomaban en cuenta como quien dice si, o sea que no nos tomaban en cuenta si sabíamos pues [...] y fue cuando se salieron ellos[los médicos anteriores] quien quedó dando la atención nosotros (EntAleMay09:50).</i></p> <p>Médico: <i>Entonces platicábamos muy bien cuál era la necesidad y cómo podíamos resolver esa necesidad y entonces dábamos el curso (EntMisMay09:20).</i></p>
Al exterior del campo	<p>Promotores Zapatistas-mal gobierno Médico: <i>qué era lo que a mí me preocupaba y que yo te dije, que estamos como el mal gobierno, que si llegan 30 vacunas [...] el problema, creo es, desde donde yo entiendo era que tú, que Alejandro, tomabas la decisión de a quien sí y a quien no, eso yo lo veía como un problema (EntAleMay09:13).</i></p> <p>Promotores v PSSN- promotores de otros campos <i>La siguiente campaña se seguirá realizando de manera colectiva, es decir todos los promotores participaran en la vacunación de todas las comunidades (RelCol:41).</i></p> <p><i>Cabe señalar que no todos los municipios decidieron adoptar la modalidad de vacunación colectiva, había otros en los que decidieron vacunar sólo las comunidades de los promotores que asistían (RelCol:19).</i></p> <p><i>No importa que seamos los más altos o más avanzados de los 4 municipios, si se cae otro municipio nos caemos nosotros también y afectamos a los demás compañeros (RelCol:47).</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias entre los agentes en el campo en estudio dependen del tipo, volumen, distribución y capital global detentado por cada uno de los agentes. Al interior del campo el yo y el otro existen siempre de forma relacional, los promotores de salud (PS) de primer nivel lo son en relación con los de segundo nivel y el coordinador, su distinción consiste en que los PS de primer nivel no detentan el capital suficiente para definir las reglas del juego en el campo. Los promotores de primer y segundo nivel son distintos al Médico, este último tiene un capital global abundante, semejante al coordinador Alejandro que también es promotor de salud, mientras que el volumen de capital de la mayoría de los promotores es escaso. Ser promotor de segundo nivel implica mayores responsabilidades. La diferencia entre los promotores y los médicos radica en su capacidad de dar atención, consulta a enfermos, en coordinar actividades. Los elementos que hacían que esas diferencias tuvieran una razón de ser eran como se explicó anteriormente la autonomía, y la resolución de necesidades.

Además los promotores se diferenciaban del mal gobierno, quienes no podían dar atención ni vacunaban, ellos sólo colaboraban en los programas institucionales mientras que los promotores zapatistas hacían otras actividades, las cuales buscaban ser siempre distintas a las del mal gobierno como es el caso de la distribución de los recursos materiales y de las actividades realizadas.

Aún entre promotores zapatistas de distintos municipios había diferencias, en el campo de salud del caracol (CSNE) los PS de Municipio San Nicolás se diferencian de promotores de otros municipios por las formas de trabajar, cómo realizar la vacunación colectiva, mientras que promotores de otros municipios realizaban la vacunación de manera individual, es decir, cada promotor vacunaba su pueblo y no colaboraba con vacunar niños de otras comunidades. Aún cuando los promotores del campo PSSN se demarcaban de los promotores de otros municipios, consideraban que todos los promotores de todos los municipios hacían un sólo trabajo, que era el mejorar la salud del Caracol Nueva Esperanza ya que decían que si fallaba algún municipio perteneciente al Caracol, esa falla afectaría el trabajo de todos. En la siguiente tabla se describen las diferencias en relación con los agentes involucrados al interior y al exterior del campo PSSN. En la etapa de salida y al final se hace la interpretación y análisis correspondiente.

Tabla 71. CONCIENCIA DE YO Y DEL OTRO, ETAPA DE SALIDA

DATOS		
Al interior del campo	<p>Promotores-promotores</p> <p>Alejandro: <i>porque si nosotros las cosas, eso ya también lo tengo en mi mente que no es bueno, estoy viendo ahora, (que) los promotores como que quieren cambiar un poco la idea de cómo organizar. La toma de decisión no es bueno tomar solamente coordinadores, aunque también todos tienen el derecho, aja, para ser la autónomo (EntAleMay09:29).</i></p> <p>Alberto: <i>Somos el responsable de salud, ese es nuestro trabajo de que si estamos viendo (EntALbMay09:5).</i></p> <p>Ale: <i>siempre yo les digo así, no va a venir gente del gobierno, no van a venir personas de afuera a hacer el trabajo si nosotros no nos organizamos bien, si nosotros si podemos, podemos, hacer todo el trabajo, pero hay que cumplir (EntTulAleMay09:6).</i></p> <p>Misael: <i>entonces estoy bien y estoy de acuerdo, pero lo que va a pasar este, que demos nuestra opinión los viejos promotores, qué es lo que va a pasar, ya platicamos, vamos a platicar sale, haciendo vamos a revisar los puntos, quién va a tener la memoria no (EntMisMay09:22).</i></p> <p>Ale: <i>los promotores viejos dan la capacitación a los nuevos, porque hay muchos fallos en el llenado de censo, y vacunas nuevas que ya se está aplicando como que no nos queda muy claro, entonces, también por eso se tiene que dar un día antes del taller cada vacunación, así hemos hecho de por sí cuando necesita (EntTulAleMay09:).</i></p> <p>Alberto: <i>Me dijo Chusito (otro promotor de salud más nuevo), me dice, ya no te voy a checar el tuyo porque yo creo que si está bien. No pero chécalo, que tal que no, porque no sabemos todo y dice, ah si está mal esto (EntAlbMay09:15).</i></p> <p>Ale: <i>ni le vas a poder exigir a la fuerza, por que de por si no lo estamos pagando porque todos estamos trabajando por conciencia. Así estamos trabajando si queremos hacer nuestra autonomía que nadie otra persona va a venir a hacer el trabajo, nosotros vamos a dar a funcionar, por eso cada área de trabajo tenemos que cumplir, tenemos que hacer (PlatAlbMay09:3).</i></p> <p>Promotores-Médico</p> <p>Que nos hace más, este... es lo único que yo he sentido de todo esto, se hace de de perder todo el miedo cabrón... si porque el miedo es que si llegan unos a hablar de que no pus de vacunar sí que es peligroso [...] pero lo haces y sí, si es peligroso pero nosotros estamos seguros, porque ya no nos da ese miedo (EntAlbMay09:41).</p> <p>Médico: <i>¿Cuál era la diferencia entre el Doctor Memo y el Doctor Médico, de las diferencias en qué trabajaban?</i></p> <p>Tulio: <i>no porque tú siempre, siempre hablas de todo toda el área y de la autonomía, pero el Memo, nomás vino a hacer su trabajo, no vino a enseñar más de así como se está formando, sí, tal vez sí lo enseñó más al Miguel pero de chofer, de ser chofer, y el Miguel también ahí estuvo, del medicamento no sé cómo le hicieron absolutamente, nomás en los traslados, si nomás con el Miguel pero con otros promotores y coordinadores no hubo su palabra de eso su opinión (EntTulMay90:1).</i></p> <p>José: <i>si por eso así dicen toda la gente, porque no viene otro doctor para acompañarlos a ustedes, dicen pues, porque no viene de todo el tiempo aquí en la clínica, si hay un, si es mucho mejor que vienen doctores (PlatAlbMay09:3).</i></p>	
	Al exterior del campo	<p>Promotores- buen gobierno</p> <p>Alberto: <i>es como por ejemplo de la política de la salud, no sé pues, pero es algo de que se tiene que entender pues, porque también nuestras autoridades están más jodidas que yo ¡cabrón! sí, es que no, realmente no han entendido, o sea que si han entendido, pero sólo de nuestra lucha, pero sólo de todo, pero de cada uno no lo ha entendido, no porque si no apoya, es que si no ha entendido por qué lucha ¡cabrón!, si está luchando uno (por) la salud entonces tiene que estar (PlaAlbMay09:4).</i></p> <p>Promotores -mal gobierno</p> <p>Alejandro: <i>no podemos dejar sin vacunar esa comunidad porque después viene el problema que no estamos llevando bien la cobertura de vacuna, es lo que no me gusta que después te viene el problema que el coordinador no lo ve. No debería ser, no deberían ser como el sistema del gobierno (EntAleMay09:21).</i></p> <p>Médico: <i>si viene la influenza aquí en algún día, ustedes tienen todo esto que estamos viendo, todas estas organizaciones que dijeron, todas estas capacidades que desarrollaron que tienen, van a permitir que su gente no se muera, no van a necesitar de diez médicos a lo mejor de uno, no van a necesitar de cincuenta enfermeras a lo mejor de una, de un capacitador, pero esto en la comunidades que no son zapatistas, si viene la influenza va a arrasar con la gente. Alejandro: Sí. Médico: Porque no tiene una infraestructura, no están bien organizados (EntAleMay09:44).</i></p>

Al interior del campo, en la etapa de salida, las diferencias entre promotores de salud de primer y segundo nivel aumentan; los *viejos promotores* (sic) se asumen como los responsables de la salud del municipio y de las políticas en salud, su opinión y

conocimiento tienen un valor en el campo que les permite ocupar cargos no de traductores o choferes, sino como capacitadores y coordinadores incidiendo así en las formas de organizar las actividades. Por su parte, el coordinador Alejandro plantea que todos los promotores tienen derecho a construir la autonomía, posición que no se observó al inicio de la intervención pedagógica. Aún cuando en agentes como Alberto quien se capitalizó y pudo estar en el centro de las tomas de decisión, se observa el reconocimiento de que no lo sabe todo al tener la necesidad de ser revisado por otros promotores cuando realiza las actividades de vacunación.

Al inicio es el Médico el que decide qué actividades pueden realizar los promotores. Al final, producto de los procesos de capitalización y el desarrollo de voz, son los promotores los que deciden qué pueden aprender o hacer, pierden el miedo y realizan actividades como vacunar o enseñar a otros promotores. Por otro lado, los promotores de primer nivel se convierten en revisores del trabajo de vacunación. Otra distinción es la que se refiere a los médicos que habían trabajado en el municipio antes y después de la intervención ubicando los siguientes: al que dice que enseña pero sólo da pocas oportunidades para aprender, al que viene y nada más hace su trabajo y no enseña, al que habla de todas las áreas y de la autonomía, al que está acostumbrado a trabajar con la gente y a los que no han tenido problemas. Aún cuando el objetivo en el campo es la autonomía al final de la intervención, los PS reconocen la necesidad del trabajo con médicos.

Al exterior del campo PSSN Alfredo identifica que él conoce más la política de salud que sus autoridades. Alejandro refiere que ellos a diferencia del sistema de gobierno no dejan de vacunar a las comunidades. A diferencia del sistema de gobierno que tiene presencia en comunidades indígenas de la zona, los promotores del campo PSSN tienen una infraestructura y están bien capacitados para controlar una epidemia. El trabajo de los promotores se hace ya sea por conciencia o por necesidad sin recibir una remuneración económica, mientras que los promotores del mal gobierno sí reciben un salario. Otras diferencias se observaron con promotores ‘del mal gobierno’, lo distinto entre estos y los promotores zapatistas, era entre otras, la toma de decisiones a la hora de repartir recursos. En ese sentido se posibilitó un papel más activo y democrático en los promotores del

campo PSSN. Además se diferenciaban porque tenían una infraestructura y un sistema de salud propio gestionado por ellos mismos.

Conclusiones de sección

Los promotores de salud se diferencian al interior del grupo por las actividades que pueden realizar y las capacidades desarrolladas, que son mayores en la etapa de salida, dividiéndose en promotores de primer nivel, de segundo nivel, coordinadores, revisores o capacitadores. Los médicos al interior del campo también son distintos, respecto a aspectos como la disponibilidad de enseñar, y de dar la palabra a los promotores, así como de hablar no sólo de temas médicos sino de temas como la organización y la autonomía. También se diferencian por haber tenido o no problemas con las comunidades. Así los médicos valiosos para el proceso de construcción de autonomía son los que no han tenido problemas con las comunidades, los que aguantan el hambre, los que enseñan, los que dan la palabra y consideran a los promotores como su igual, los que tratan bien a la gente, los que hablan de todos los temas como la autonomía y los que promueven la organización.

Al exterior del campo se diferencian de otros promotores zapatistas por hacer el trabajo en colectivo, de apoyarse entre ellos, de entender que la lucha zapatista incluye realizar el trabajo en salud y que para ello es necesario convencer a las autoridades y a la gente. Respecto a los promotores zapatistas pro-gobierno se consideran diferentes porque ellos hacen el trabajo por conciencia, sin recibir una remuneración económica, por responsabilizarse ellos mismos del trabajo de atención, vacunación y capacitación de sus propios promotores y no están esperando que lo hagan personas de afuera, como personas del gobierno, por último, es de señalar que el coordinador identifica posterior a la intervención que todos los promotores tiene derecho a decidir en el trabajo en salud, a hacer la autonomía. Lo anterior es lo que determina la identidad de los promotores, zapatistas, coordinadores, capacitadores, revisores, creadores y constructores de la autonomía.

Si como se muestra en este capítulo de análisis, hubo cambios en las estructuras objetivas (campos), hubo procesos de capitalización en diversos agentes, cambió la toma de

decisiones producto del dichos proceso, los promotores tienen una identidad en base a su municipio, a su pertenencia política, a su forma de entenderse a ellos mismos y sus formas de organizaron, entonces la experiencia en estudio fue exitosa. Se hace necesario entonces identificar los cambios que produjo en ellos y en la gente, para ello hago enseguida un análisis con los conceptos de inscripción y corporeización.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INSCRIPCIONES CORPORALES Y ESPACIALES

Al considerar que las relaciones de poder en el campo PSSN cambiaron a partir de los procesos de capitalización previamente analizados la primera sección de este capítulo y que las inscripciones y corporeizaciones son las huellas o marcas que producen las formas en que los agentes se relacionan con el poder, en este apartado se presentan algunas de las formas en que se inscribieron y corporeizaron en el cuerpo y espacio de los agentes los cambios en las relaciones de poder producto de los procesos pedagógicos en el campo estudiado (ver tabla 72). Dado que las inscripciones y corporeizaciones que aquí se describen son producto de la intervención pedagógica, no presento análisis de inscripciones en la etapa de inicio.

Un punto de partida para entender las diferencias entre las intervenciones en salud previas realizadas en el municipio por la secretaría de salud del estado de Chiapas y por ONG's, es la cobertura de vacunación. Al inicio de la intervención era de 34% en 14 comunidades, (RelCol:27). Los niños vacunados tendrían inscripciones, para el caso de la vacuna BCG, como la inmunidad obtenida y la marca en su brazo derecho. Uno de cada tres niños era vacunado en 2004 al inicio de la intervención y la percepción de los promotores y del médico era que los niños vacunados era menor, uno de cada 10.

Médico: *Había niños vacunados, no?*

Alberto: *había algunos, pero todos estaban incompletos*

Médico: *había pocos niños, 14 comunidades de 43, al principio estaban coberturas creo que del 5%, ni el cinco.*

Alberto: *menos.* (EntAlbMAy09:1).

Que hubiera esa cobertura de vacunación obedece en parte a la falta de personal médico y de enfermería en el municipio de Ocosingo (7.5 médicos y 9.7 enfermeras por 10,000

habitantes (Eibenshultz, 2006). Después del levantamiento armado también el ejército mexicano se ha dedicado a realizar dicha actividad. Las actividades de vacunación en el año 2004 generarían inscripciones en los cuerpos de niños de 14 comunidades, teniendo una cobertura en estas del 34 por ciento, cifra que cambiaría posterior a la intervención pedagógica. En la tabla 72 muestro las inscripciones identificadas en la etapa de salida en el campo PSSN.

Tabla 72. INSCRIPCIONES CORPORALES, ETAPA DE SALIDA

ELEMENTOS A OBSERVAR (salida)	
Inscripciones	<p>Sujeto colectivo Había 35 comunidades vacunadas, coberturas del 83% (EntAlbMay09:)</p> <p><i>El 95 % de las comunidades que cuentan con su promotor de salud pueden vacunar su comunidad de manera autónoma (para el mes de abril de 2007) (Inf05-07Abr:30)</i></p> <p><i>De las 26 comunidades de las que asistieron promotores de salud 22 están en condiciones de hacerlo de manera autónoma, es decir que el 85% de las comunidades tiene esta condición, sin embargo, las 22 comunidades que han logrado que su promotor tenga la capacidad de vacunar de manera autónoma corresponde al 63 % del total de las comunidades (InfSep06:2).</i></p> <p>Microclínicas con atención médica <i>En 8 capacitaciones de 17 que hicimos el contenido estaba relacionado con la prescripción de medicamentos alópatas, y en dos de ellas el tema específico era la reflexión sobre el uso, abuso y manejo adecuado de los medicamentos (TabCarDes05-07:2)</i> Médico: <i>cuándo yo salí él (Facundo) ya daba consulta sin ningún problema (RelRel:84)</i></p> <p>Prevención de muertes maternas <i>A partir establecer al control prenatal como estrategia para prevenir la muerte materna e infantil se aumentó el número de consultas a mujeres embarazadas: en el primer semestre se dieron 5 consultas, en el segundo 37, en el tercero y cuarto semestre 53 y 80 respectivamente.</i></p> <p><i>Falleció una de las tres mujeres con problemas durante el embarazo que se trasladaron a un hospital durante el primer año. El segundo año se trasladaron 17 mujeres a un hospital y ninguna falleció (RelRel: 102).</i></p> <p>Misael: <i>sí, hay hermanas y compañeras que nos confían, nos avisan si tienen dolor. Ayer tuve un llamado, agarré mi caballo y me fui a la última salida, me hablaron para que atendiera a una mujer que estaba sufriendo, por fin que atendimos a la señora y bajó, éramos tres ahí, dos parteras y un promotor, chingón, porque las parteras saben mover, el problema es que no respiró el niño, como que está muy aguadito, de ahí lo embrocamos así, le sacamos las flameas y ya empezó a respirar, y lloró (EntMisMay09:1).</i></p>
Corporeizaciones	<p>Alberto: <i>pero también, este, nos hizo, este, como abrir más la mente ¿no? porque te digo como es, es mucha cabeza entonces haces de que, que, que la mente se abre más, se desarrolla más, hace entender más cosas, porque, porque antes yo muchas cosas no las entendía y yo pus ¡ah sí!, pero realmente no entendía, pero ya después de todo esto como es muchas cosas que se tienen que pensar y entonces pus ya, ya cualquier cosita pus ya se entiende más rápido, porque pus ya la mente ya está más este... ta más abierta, más suave cómo se le puede decir. o sea que se, se entiende más pero por esos mismos... esas cosas que hicimos (EntAlbMay09:40).</i></p> <p>Alberto: <i>Que nos hace más. este... es lo único que yo he sentido de todo esto, se hace de de perder todo el miedo cabrón... sí porque el miedo es que si llegan unos a hablar de que no pus de vacunar sí que es peligroso [...] pero lo haces y sí, sí es peligroso pero nosotros estamos seguros, porque ya no nos da ese miedo pues (EntAlbMay09:41).</i></p> <p>Alberto: <i>Sí, te digo, pues es que se necesita mucha cabeza y también necesitaba tiempo porque era un chingo de cosas las que se tenían que pensar ahí, si se aburre la mera verdad y sale uno encabronado de ahí, hasta uno puede pensar de qué, pero es que a veces se nos va todo, yo a veces si lo entendía, pero de repente al rato que ya no sé porque tengo que sacar estas y otras cosas, entonces se hace bolas todo, pero si siempre, este, lo íbamos entendiendo (RelRel:37).</i></p> <p>Alberto: <i>si no quieren pues lo dejamos que siga como está, de hecho yo tengo trabajo, yo tengo trabajo, yo ya estaba acostumbrado de salir, de ir una semana, salir cada día, ya después de que estuve aquí (en su comunidad) ya estaba aburrido (PlatAlbMay09:4).</i></p> <p>José: <i>hay unos que no dormimos, hay unas noches que no dormimos, son muy duros pues el trabajo, sí y usted también no durmió, por el caso de que quiere usted de que vamos a aprender. Pero hay algunos que si no tienen ganas de enseñar ya está durmiendo el que no quiere, pero usted no dormiste también, usted tiene el corazón de enseñar bien, si por eso nos acordamos todavía (PlatJospeMay09:3).</i></p> <p>José: <i>si porque esta duro todavía el trabajo, pero ahora si ponemos de acuerdo si a las ocho vamos a salir de vacunación pues a las ocho, pero cuando empezamos hasta café, tomamos rápido y vámonos, pero ahora, si queremos tarde vamos ya en cada pueblo con sol ya vamos a ir [...] pero antes no, porque está duro todavía (PlatJoséMay09:5).</i></p>

Fuente: Elaboración propia

Las inscripciones en los cuerpos de las personas en las comunidades se desprenden de los efectos de las prácticas de los promotores. Entre otras: el número de niños que tenía

aplicadas todas sus vacunas aumentó, la cobertura pasó de un 34.5 a un 76%, y de 14 a 35 las comunidades en donde había vacunación. De las comunidades que tenían un promotor de salud el 95% podía vacunar de manera independiente a su comunidad. Algunos promotores de salud como Facundo, Alberto, Lupillo, entre otros, adquirieron la capacidad de dar consultas y de recetar medicamentos alópatas mientras otros promotores como Alejandro o Misael fortalecieron esta capacidad. Otra inscripción fue que se previnieron las muertes maternas en los lugares que se contaba con un promotor de salud, esto debido a que había mayor coordinación entre médicos, parteras y promotores de salud capacitados para detectar señas de emergencia durante el embarazo, así como acceso a medio de transporte propiedad del grupo de promotores de salud del municipio. En la etapa de salida se trasladaron diecisiete mujeres con problemas relacionados con el embarazo y ninguna de ellas falleció. Misael y otros tres promotores se volvieron capacitadores de promotores, otros promotores se volvieron coordinadores y así decidían cada vez más sobre cómo construir su sistema de salud autónomo.

Corporeizaciones:

En Alberto una corporeización es que a partir de las prácticas pedagógicas tiene la sensación de que ‘su mente se abrió’, se desarrolló y de que entiende las cosas más rápidas y más fáciles, tanto las que estaban relacionadas con aspectos de salud como las relacionadas con otros espacios como las asambleas comunitarias. Otra corporeización es la que se refiere a perder el miedo y realizar las actividades con seguridad, como el vacunar un niño, entrevistar un paciente, recetar un medicamento. Al realizar las prácticas pedagógicas refiere un estado de “aburrimiento” y “encabronamiento” al llenar censos de vacunación, al aprender a dosificar medicamentos, al realizar informes de morbilidad, de mortalidad, de medicamentos. Al final comenta que después del trabajo que se hizo, se acostumbró a salir, cada semana, cada día, y después cuando dejó el trabajo de coordinación se aburría en su casa.

El promotor José refiere que durante la realización de actividades como la vacunación hubo promotores que no durmieron, es decir que se dormían tarde por hacer informes y censos de

vacunación y se levantaban temprano para ir a vacunar otras comunidades durante las prácticas pedagógicas. Esta situación cambió pues en la etapa final refiere que revisaban de manera más tranquila con un cafecito y un pan los censos de vacunación y que el horario de salida para vacunar el resto de comunidades era cuando salía el sol.

Si bien se pueden observar cambios en los niños de las comunidades, en las mujeres embarazadas, en la atención de pacientes, también hay cambios respecto a cada uno de los agentes que participaron. Muestro a continuación algunos de esos cambios.

SITUACIÓN DE SALUD PARA CADA UNO DE LOS AGENTES

En este apartado analizo la situación de salud para cada uno de los agentes, para ellos se observa la capacidad humana desarrollada y visible en la etapa de salida, y cómo esta capacidad permite alcanzar los futuros diseñados y decididos por los agentes al ingresar al campo PSSN.

Tabla 73. SITUACIÓN DE SALUD PARA CADA UNO DE LOS AGENTES

Agente	Inicio	Salida (Diseñar, decidir y lograr futuros)	Capacidad humana corporeizada
Misael	Promotor segundo nivel	Capacitador	Al inicio realiza escasas actividades, En la etapa de salida aprende a vacunar, a coordinar actividades de vacunación, y es el coordinador de capacitadores quienes dan talleres a los promotores de primer nivel, tiene un desarrollo de voz y una conciencia de su capacidad cognoscente, promueve la construcción de conocimiento colectivo y la participación de otros promotores para capacitar a nuevos integrantes. Mantiene en funcionamiento la microclínica de su comunidad.
Alejandro	Coordinador	Coordinador	Es el coordinador del sistema de salud autónomo al inicio realizaba múltiples actividades, al final considera que todos los promotores tienen derecho a construir la autonomía y lo hacen de manera conjunta. Resuelve necesidades y problemas, de preparar y enseñar a los nuevos promotores a hacer el trabajo. Mantiene en funcionamiento la microclínica de su comunidad.
Alberto	Acompañante	Coordinador, segundo nivel	Al inicio realiza pocas actividades, al final Pierde el miedo, vacuna niños y mujeres, atiende pacientes, hace informes de su microclínica, tiene más seguridad, desarrollo de voz, conciencia de su capacidad cognoscente y de construcción de conocimiento.
Facundo	Primer nivel	Coordinador Segundo nivel	Al inicio realiza escasas actividades, en la etapa de salida aprender a atender pacientes, a manejar medicamentos, a vacunar, a hacer informe mensual y es el responsable de su microclínica.
Lupillo	Primer nivel	Segundo nivel coordinador	Al inicio realiza escasas actividades, al final es el coordinador de su microrregión y de su microclínica, aprende a dar consulta y a vacunar.
Médico	Coordinador	Retiro	Lograr que promotores hicieran actividades que él realizaba, aprende a organizar el trabajo, a construir y fortalecer el proceso de autonomía, a realizar prácticas dialógicas e incluyentes con respecto del otro.
José	Primer nivel	Segundo nivel	Al inicio casi no realiza actividades, en la etapa de salida aprende a vacunar y a manejar algunos medicamentos.

Fuente: Elaboración propia

Identifiqué a lo largo de la intervención el desarrollo de capacidades, como: la capacidad *sapiens* por parte de todos los promotores, el desarrollo de voz, de seguridad y la capacidad reflexiva de los agentes como Misael, Facundo y Alberto entre otros. La utilización de conocimientos popular y experto para solucionar problemas de la realidad como la mortalidad materna, la baja cobertura de vacunación y la falta de espacios y personal preparado para la atención a enfermos y su traslado oportuno a hospitales, por parte de Alejandro y el Médico. El desarrollo de la capacidad *ludens* por parte de Alejandro y otros promotores que implica la capacidad de imaginar y soñar hasta dónde quiere llegar como promotores de salud, como capacitadores, como coordinadores. La capacidad económica que permitió identificar en cada uno de los agentes sus límites y posibilidades materiales y organizativas al interior del campo para construir su sistema de salud. La capacidad *política* que consistió en que los promotores de salud construyeran y tomaban decisiones sobre sus prácticas y sobre los proyectos individuales y colectivos utilizando formas de trabajo comunitarias aprendidas en otros espacios, y por último la capacidad *faber* entendida como el ejercicio de una práctica intencionada y significada que buscaba la transformación de los problemas de la realidad antes descritos y que buscaba además la consolidación de su sistema de salud autónomo zapatista.

CONCLUSIONES DE LA SECCIÓN

El análisis de este apartado permite identificar los procesos pedagógicos críticos, transformadores y los procesos pedagógicos que promovían la subordinación del conocimiento, de los agentes y las inscripciones y corporeizaciones de dichos procesos pedagógicos.

Entre las prácticas que promovían la emancipación se encuentran por ejemplo, los interés técnico, práctico y emancipatorio de los agentes en el campo, como son la autonomía en salud, enseñar, resolver problemas y dudas de la gente así como analizar hasta donde quieren llegar como grupo de promotores de salud. Otros analizadores que dan cuenta del ejercicio emancipador son como principio identificar prácticas debeladoras del doxa, como que la vacunación es peligrosa pero si la pueden realizar los promotores y no sólo los

médicos. Además de reconocerse y valorar sus conocimientos en salud, al identificar que tienen más experiencia en salud que las autoridades municipales, este reconocimiento de su capacidad cognoscente va de la mano con prácticas que promueven el desarrollo de voz en los promotores y permiten la construcción de campos de opinión frente a las formas de ejercicio de poder de quienes lo detentan al interior del campo PSSN, en este caso, Alejandro el médico y las autoridades municipales. Los procesos de capitalización de los promotores (de capital cultural, conocimiento sobre la salud y social, sobre la autonomía en la red de promotores), hacen que tengan capital valioso a intercambiar en el campo y que sus tomas de posición y por lo tanto sus posiciones cambien en el campo permitiendo una democratización de las tomas de decisión en el campo. En donde ya no sólo el médico ni Alejandro son los que pueden hablar sobre vacunación, enfermedades tratamiento a enfermedades, prescripción de medicamentos, autonomía organización en salud sino los promotores que tenían el sentido del juego y que se habían capitalizado. La autoridad pedagógica, ahora eran los promotores y el Médico y Alejandro se daban cuenta de su descapitalización parcial, ya que seguían en el centro de la toma de decisiones.

El trabajo pedagógico, lo incuestionable en el campo era la autonomía y esta tenía sus efectos incluso en promotores de recién ingreso ya que en todos los campos del caracol era el discurso dominante. En el ámbito de la salud el hacer el trabajo por conciencia era la arbitrariedad cultural, hay que aquel que lucrara y se enriqueciera con la salud o la enfermedad, sería mal visto y castigado sería desprestigiado y expulsado de su cargo como promotor, así había sucedido en otros caracoles.

Respecto a los cambios de reproducción simple a reproducción emancipadora es necesario señalar que se realiza en distintos niveles constituyentes del *habitus* como la develación del doxa, la creación de campos de opinión, y la identificación de los esquemas de percepción pensamiento y acción que promueven prácticas de reproducción simple o dominadora Otro elemento en donde se pueden observar cambios es en las características del campo, del capital en juego, y en los agentes que le dan significado y valor al capital. Quienes definen las reglas del juego, quienes definen los objetivos, los límites, los valores del campo, cuál es la posición de los agentes y la toma de posición de los promotores, las prácticas

pedagógicas promueven la capitalización o descapitalizan a los agentes. Qué hace que los agentes sean distintos y puedan desarrollar sus capacidades o limitarse a un papel pasivo y marginal en el campo. Así la reproducción emancipadora se encuentra en las estructuras objetivas y subjetivas de los agentes. Existiendo pequeños márgenes de libertad en distintos ámbitos que necesariamente pasan por tener el significado de la salud en el campo. Que permiten el desarrollo de las capacidades de los agentes y cambios en las inscripciones en los agentes y en la población como es el caso de la cobertura de vacunación, de la disminución de la muerte materna, de la consolidación de un sujeto con identidad, cuyo proyecto individual y colectivo es la construcción de salud y autonomía.

CONCLUSIONES

Echase tierra y flores a uno mismo al momento de morir, aceptar la tierra del otro que contenga fundamentos, para que nuestras prácticas y modos de entender el mundo perezcan en tierra fértil y no se conviertan en conceptos duros e inamovibles, en lápidas históricas. Sólo así nuestra tierra y nuestro nicho serán lugares donde otros puedan venir a sembrar.

Introducción

Dentro de los objetivos de la investigación en general y de los investigadores en particular se encuentra el tratar de entender, describir, explicar y transformar el mundo. Para ello los investigadores generan preguntas que están históricamente determinadas, siendo las preguntas los ejes que orientan cualquier proceso de investigación. Los investigadores para contestar preguntas buscamos información, palabras, sujetos, documentos, marcos teóricos, marcos referenciales, marcos éticos, y cosas. En mi caso he descrito ya los agentes y los referentes teórico-metodológicos desde dónde he mirado a las prácticas en promoción de la salud en estudio. Ahora para concluir este trabajo debo responder la pregunta guía de esta investigación ¿Cuáles fueron las prácticas y procesos pedagógicos en promoción de la salud que se desarrollaron en un municipio autónomo de Chiapas en el periodo de 2005 a 2007? Y el Sistema de preguntas derivado de esta:

¿Cómo sucedió la capitalización/descapitalización de los promotores de salud?

Para contestar esta pregunta primero identifique los capitales en juego en el campo de los promotores de salud en la etapa de inicio y en la etapa final de la intervención en salud, los capitales en juego fueron capital cultural (detentando principalmente por él médico) y capital social (detentado por el coordinador y los promotores de salud). Así los capitales que detentaban estos dos agentes eran los que tenían mayor valor en el campo y los que posibilitaban el acceso a capital económico como medicamentos, vacunas entre otros. Los promotores o los agentes que se capitalizaron y que tuvieron una centralidad en el campo en la etapa final fue gracias a la adquisición y valoración del capital cultural y social poseído inicialmente por el médico y el coordinador Alejandro.

Esta capitalización de los promotores trajo como consecuencia la descapitalización del médico y Alejandro sin que estos perdieran su posición de centralidad en el campo. Tenían capital valioso que jugar en el campo lo que les permitió tener posiciones de centralidad en el campo.

¿Cómo sucedió la transformación del capital en juego en este campo?

La transformación del capital cultural o se transformaba en capital social, es decir la adquisición de conocimientos en salud relacionados con el parto, la vacunación, la atención médica, el manejo de medicamentos alópatas o de herbolaria, posibilitaba tener cargos en la red de promotores entre los que se incluyen el cargo de capacitador, de coordinador de microrregión, de revisor de censos, de repartidor de vacuna, de vacunador, de coordinador general de promotores o de responsable de microclínica. La posesión de los agentes de capital cultural y social permitía el acceso al capital económico dándole a quien lo detentara posiciones privilegiadas en el campo PSSN.

¿Cuáles fueron las características de los procesos de apropiación, construcción, reconstrucción y cambio del conocimiento en el proceso pedagógico al interior del campo?

El análisis de los procesos de apropiación, reconstrucción y cambio del conocimiento están relacionados con 4 temas. El primero es la apropiación del conocimiento relacionado con la vacunación que al inicio de la intervención tiene un valor medio para los promotores y el médico y al final de la intervención tiene un valor alto, la validez de este conocimiento es baja al inicio de la intervención y alta al final ya que responde a los cuestionamientos de los promotores y del médico quiénes se apropian del conocimiento al identificar la lógica interna y externa del mismo, la validación de este conocimiento en la etapa de inicio es externa y en la etapa final es propia ya que los promotores reconocen que pueden acceder y poseer el conocimiento que les era negado y reconocen que el médico tiene la capacidad de realizar acciones colectivas. Mientras el médico reconoce a los promotores como sujetos con capacidad cognoscente mientras

El segundo tema, atención del embarazo y la muerte materna tuvo un mayor valor y validez en la etapa de salida y una validación propia ya que los promotores reconocen que pueden acceder y poseer el conocimiento experto de parteras y médico que les era negado para realizar acciones de atención del embarazo y prevención de la muerte materna. El médico reconoce a los promotores como sujetos con capacidad cognoscente y al conocimiento de las parteras como válido. Los promotores reconocen en el médico una actitud y prácticas dialógicas y no una imposición de su saber; el conocimiento relacionado con la atención a personas tuvo en las etapas de inicio y de salida un valor y validez altas, mientras que la validación paso de ser externa a propia en los promotores donde amplían y utilizan conocimiento biomédico y conocimiento en salud local para realizar la atención a personas enfermas; por último el conocimiento relacionado con la autonomía tiene un valor alto en los promotores y el médico, una validez alta para los promotores y baja para el médico en la etapa de inicio ya que esta responde poco a los conocimientos del médico a sus cuestionamientos y sus paradigmas, al final de la intervención, la validez de la autonomía para el médico es alta ya que responde a sus cuestionamientos dándole así una apropiación de la autonomía para todos los agentes del campo.

Los procesos pedagógicos que intervinieron en la construcción y apropiación del conocimiento fueron las practicas dialógicas como la unión, la organización, la colaboración, la comunión (ser parte de), y las prácticas en salud de reproducción emancipadora que incluyen la develación del *doxa*, la identificación de la capacidad cognoscente de los promotores, la identificación del conocimiento subordinado por el médico y por los promotores y los cambios en los esquemas de percepción (ser traductor a ser promotor en el amplio sentido de la palabra) pensamiento y acción (que incluye una variedad de prácticas) así como el desarrollo de diversas capacidades humanas.

¿Cuáles fueron los cambios y los procesos de cambio en el ejercicio de las capacidades humanas y en el proyecto de los promotores de salud?

Los cambios en el ejercicio de las capacidades humanas permitieron la identificación de tres proyectos de los promotores de salud: 1) el mejoramiento de la salud de las comunidades indígenas a partir de la 2) construcción de un sistema de salud

autónomo, y que les permita 3) consolidar su identidad como promotores de salud como indígenas y como zapatistas cuyo proyecto general es la búsqueda de la autonomía de sus pueblos indígenas. Estos proyectos y su identificación fueron posibles por el desarrollo y ejercicio de las capacidades humanas.

¿Cómo se corporeizaron e inscribieron los cambios en los cuerpos, subjetivo y material de los PS?

Las inscripciones y corporizaciones se dieron en el sujeto colectivo y en el espacio: primero se consiguió pasar de 14 a 35 comunidades vacunadas con una cobertura de vacunación del 83%, se logró que el 95% de las comunidades que contaban con promotor de salud pudieran vacunar de manera autónoma por su parte. Se puso especial interés sobre el uso de medicamentos 8 de las 17 capacitaciones realizadas durante los dos años contenían conocimientos relacionados con la prescripción de medicamentos alópatas y de herbolaria consiguiendo la apertura de 3 microclínicas atendidas por promotores en el municipio. En torno a la prevención de la muerte materna se estableció al control prenatal como estrategia primordial en el municipio, se aumentó el número de consultas a mujeres embarazadas (en el primer semestre se dieron 5 consultas, en el segundo 37, en el tercero y cuarto semestre 53 y 80 respectivamente). En el primer año falleció una de las 3 mujeres con problemas durante el embarazo que se trasladaron al hospital de segundo nivel. El segundo año de la intervención se trasladaron 17 mujeres con complicaciones durante el embarazo y ninguna falleció. Se logró la colaboración y trabajo conjunto entre parteras y promotores en la atención de partos.

Las corporizaciones identificadas están relacionadas con la “apertura de la mente” de los promotores, con el entendimiento más rápido de las cosas, con la pérdida del miedo a vacunar, a dar consulta, con el reconocimiento de la capacidad de aprender. En el momento de los talleres y de las prácticas inscripciones negativas como el aburrimiento, las cefaleas por la complejidad de llenar documentos, papeles, censos, de aprender matemáticas, el insomnio por dormirse tarde y levantarse muy temprano, estas situaciones se presentaron en la etapa inicial producto de las prácticas pedagógicas y que desaparecieron al final.

Otros cambios de las capacidades están vinculadas para el capital cultural y social vinculados al reconocimiento y otorgamiento de cargos por los trabajos realizados entre los que se encuentran los cargos de capacitador, promotor de segundo nivel, responsable de micro clínica, coordinador de microrregión y coordinador general del municipio, estos cargos estaban relacionados con la capacidad de los promotores de vacunar de coordinar actividades de vacunación, de coordinar al grupo de promotores capacitadores, de hacer funcionar la microclínica de su comunidad, de atender con medicina alópata y herbolaria a enfermos y de realizar el control prenatal a mujeres embarazadas e identificar y trasladar embarazos de alto riesgo y pacientes graves al hospital de segundo nivel.

¿Cuáles son los aportes de este trabajo de investigación a distintos campos de conocimiento?

Los aportes que da este trabajo al campo de la **medicina social** se dan en diversos ámbitos: en el relacionado con la práctica médica, con la formación de recursos humanos para la salud con la determinación ideológica y política de la práctica médica y con el papel de los indígenas en las políticas en salud y con el estudio del fenómeno de la salud.

Respecto a la práctica médica, entendida⁴³ aporta elementos para el análisis de intervenciones específicas en salud, ya sean intervenciones realizadas desde el Estado o desde lugares subordinados al poder hegemónico. En este trabajo se retoma y sistematiza la voz de una experiencia que por sí misma no se considera contra hegemónica, sin embargo tiene elementos de contra hegemonía por la dirección cultural, ideológico y política que se plantean los zapatistas a la hora de generar un sistema de salud autónomo.

Otro aporte al campo de la medicina social es el relacionado con el campo de la formación de recursos humanos para la salud, no profesionales, este campo se ha generado desde la década de los 50's, pero tuvo su auge en México en la década de los 70's, el aporte a este campo de conocimiento consiste en sistematizar las relaciones de poder al interior de un grupo de promotores de salud y su relación con las instituciones en juego como la

⁴³ Espacio teórico referido al conjunto de respuestas sociales -no sólo médicas- a los procesos de salud enfermedad de una sociedad, espacio diferenciado y a la vez heterogéneo en el cual se establecen relaciones de dominio y subordinación entre las prácticas y modelos que la integran y los sujetos en ellas involucrados (Tetelboin, 1997:505)

universidad y la medicina alópata, así como la institución comunitaria indígena y la zapatista. Aporta a este campo de conocimiento porque en escasos estudios se toman en cuenta estas relaciones de poder, estas relaciones de dominio y subordinación que se dan al interior de los procesos pedagógicos de formación de promotores de salud. Además de identificar estas relaciones de dominio y subordinación es que profundizo en elementos que permiten la identificación de prácticas emancipatorias o con intenciones emancipatorias y cuáles permiten avanzar en el proceso de formación de recursos humanos para la salud desde perspectivas críticas.

El análisis de la investigación en salud desde la perspectiva de campos, es un abordaje relativamente nuevo en el ámbito académico, estudios pioneros se encuentran en Argentina con Susana Belmartino y Hogo Spinelli y en México con MC Chapela. Este trabajo contribuye a profundizar en el análisis sociológico desde esta mirada conceptual que permite observar el capital en juego, los valores y los agentes involucrados en el campo de la salud.

Aportes al campo de **conocimiento relacionado a la metodología** se identifican en varios lugares: Dichos elementos tienen que ver por un lado con la manera de formular preguntas teóricas y cómo a través de un ejercicio de reflexión se obtienen consecuencias metódicas que le dan cierta coherencia interna a esas preguntas provenientes de distintos referentes conceptuales, de distintos referentes teóricos como el filosófico, pedagógico, el sociológico, y otros definidos en la frontera entre unos y otros, etc. Esta forma de aproximarme a la realidad metodología la considero un aporte metodológico, porque más allá de alinearse a una corriente metódica, se hace un camino y un recorrido de preguntas y de consecuencias metódicas para contestar esas preguntas a la luz de teorías, el producto es un trabajo consolidado con una coherencia interna metodológica.

Una particularidad al respecto de esta metodología tiene que ver con contemplar consideraciones éticas que van más allá de las planteadas por la biomedicina o la medicina social. Para ello hago una propuesta muy concreta de ver cuáles son los elementos éticos que se le podrían estudiar a una investigación a partir de los referentes teóricos que utilicé para el análisis de la información, por ejemplo, para el caso de Pierre Bourdieu una cuestión ética que se debería contemplar en una investigación sería que por sí misma

tendría que generar un proceso de capitalización de los agentes en estudio y el agente que investiga, otro elemento identificado son los elementos dialógicos y anti dialógicos de la investigación misma, por otro lado tenemos elementos de la promoción de la salud emancipadora y ahí los elementos éticos a desarrollarse tendrían que ver con dos cosas: con *ethos* de clase, el *ethos* de género, con el *ethos* desde dónde como investigador estoy generando mis preguntas. Esta forma de aproximarse a las consideraciones éticas busca lograr una coherencia en todos los aspectos de la investigación a partir del entendimiento y creación de indicadores propios desde los paradigmas desde los que se está estudiando el fenómeno de la salud.

Otro aporte metodológico se refiere a la generación de analizadores comúnmente llamados “indicadores” que permitieron identificar elementos críticos, elementos de reproducción de la subordinación o elementos transformadores, analizadores “indicadores” diferentes a las tasas de mortalidad y morbilidad, que puedan aproximarse aproximarnos al fenómeno de la salud. Estos analizadores-indicadores tienen una relación con el marco teórico y la metodología planteada, y son los procesos de capitalización descapitalización y qué tipo de valores, capitales y conocimiento se están promoviendo otro analizador es el referente a la conciencia de los sujetos de su capacidad cognoscente, la develación del doxa, la identificación de arbitrarios y arbitrariedades culturales, las practicas dialógicas como la organización, la unión, la síntesis cultural, la comunión como un elemento de identidad, de ser parte de... o antidialógicas elementos que dan cuenta de procesos pedagógicos de reproducción de la subordinación y de prácticas emancipatorias que son las que de alguna manera generan inscripciones de liberación o de dominación en el cuerpo-territorio.

Ese es uno de los aportes más importantes de esta investigación al campo de la salud, es retomar y alimentar los aspectos a estudiar de distintas corrientes conceptuales y metodológicas que aportan elementos para el entendimiento de la salud y que permiten ir más allá del conocimiento y descripción de la enfermedad.

Las aportaciones al campo de la **pedagogía** se dan en torno a la pedagogía y la salud, generalmente es en este campo donde la mayor parte de experiencias en formación de promotores de la salud se han desarrollado, sin embargo, las experiencias previas están encaminadas a describir el éxito o fracaso de la aplicación de programas de formación que

cambian pautas de comportamiento o estilos de vida. Esta investigación es un aporte porque profundizo justo en dos aspectos de la pedagogía: uno que tiene que ver con los agentes que toman las decisiones: quién capacita, quién elige los temas, quién las metodologías, cómo capacita, quién tiene el uso y otorga la palabra a los otros, quien es el arbitrario cultural, es decir, a quién tiene la centralidad en el campo, cuáles son los valores en juego, quién le da valor y validez al conocimiento en las capacitaciones, entonces el aporte para la pedagogía es identificar y profundizar en las prácticas de reproducción cultural, dialógicas o antidialógicas, practicas de liberación o dominación, ir más allá de la pedagogía popular y poner en el centro los elementos dialógicos y anti dialógicos así como quienes definen los valores, la validez del conocimiento es una gran aportación que permite ir más allá de la idealización de prácticas exitosas o fracasos pedagógicos cuando las practicas en la realidad no suelen presentarse de manera pura

El **campo zapatista**, como campo intelectual y de practica ha aportado nuevas formas de ver la realidad, entre las que destacan sus principios de mandar obedeciendo, de autonomía, de dignidad, el “para todos todo, para nosotros nada”, por mencionar algunas frases muy conocidas que guían la práctica de las comunidades indígenas. En este punto el aporte consiste en lograr un entendimiento de la relación entre el conocimiento entre los de afuera y los de adentro, entre los Médicos que hemos ido a trabajar, algunos con buena voluntad, otros con conciencia política, otros con más ganas que conciencia, otros con el alma, con caridad, y los indígenas zapatistas, a quienes hemos hecho a veces sin conciencia y sin quererlo, a veces con alevosía y ventaja, más daño que beneficio. Aquí el aporte es mirarse e ir más allá de contar la experiencia del médico con los indígenas, con los zapatistas, como si fuera este un acto de heroísmo, un acto de enseñanza a los indígenas y de curación a sus males un acto de salvación y adiestramiento. Cuando los que terminan, aunque no siempre, salvando la existencia, son ellos a nosotros los de afuera. Independientemente de las intenciones algunas veces ha habido un encuentro, una complicidad y en este encuentro y en esta complicidad, en esta unión, creo que hay algunos elementos que rescatar que permiten entender cómo se han relacionado los médicos y los indígenas, qué hemos hecho para promover la salud, qué hemos hecho para invadir culturalmente a las comunidades indígenas, para subordinar su conocimiento. Estos elementos de análisis de subordinación y emancipación pretender aportar no sólo a este

campo de la formación de promotores de salud zapatista sino a la formación de en distintos ámbitos, en distintos niveles donde el personal de salud hace intervenciones en “salud”.

Otro de los aportes es el relacionado con el campo de las políticas en salud para pueblos indígenas, este tema lo aborda con maestría y amplitud Jaime Page, en síntesis considera que hay políticas en salud para los pueblos indígenas no políticas de salud indígenas. Y cuando se han desarrollado algunas experiencias al respecto han sido marginales y marginadas del sistema de salud federal, estatal y municipal. Desde esta lógica poco se ha considerado a los pueblos indígenas y esta experiencia más por su contexto y forma organizativa permite afirmar que quienes están al frente de dichas políticas en salud son los mismos indígenas que conjuga cada vez más los elementos organizativos con los saberes en salud de iloles, parteras, hueseros, curanderos, rezanderos, yerberos, etc quienes últimamente se han integrado al Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Son los indígenas quienes deciden quién trabaja y quién no. Ya sea como médico o como promotor(a) de salud, donde se instalan los centros de salud, las microclínicas, así como las formas de trabajo y de reconocimiento a ese trabajo. entonces esta experiencia es una forma de mostrar que puede ser viable y funcional un sistema de salud sostenido por la participación comunitaria, esta experiencia podría ser un referente sobre cómo crear políticas públicas participativas que consideren a los sujetos como ciudadanos capaces, característica que se les ha negado a los indígenas desde siempre. Eh aquí una muestra tal vez de una política de salud intercultural donde la última palabra la tienen los indígenas, qué preguntas se abren ,

Aportes de este **trabajo al campo de la salud** son: que permite identificar los actores, capitales e intereses en juego en el campo, des-idealizando de entrada los intereses altruistas que se le han adjudicado al campo de la salud, ya que existen otros intereses que no son la salud de la población sino intereses económicos y de conocimiento en pugna como lo han mencionado anteriormente Hugo spineli, Susana Belmartino, Chapela en décadas recientes. En donde el campo, es un campo en donde está en juego capital económico, cultural social y donde quienes tienen el mayor volumen de capital global definen las reglas del juego e imponen el significado de la salud como la OMS o el banco mundial.

Aportes para **el campo de la promoción de la salud** están vinculados con salir del enfoque que la ha entendido como la prevención de la enfermedad, como la promoción de hábitos estilos saludables pero no se ha entendido desde posesiones críticas como la retomada en este trabajo desarrollada por Chapela, entonces, este es el principal aporte para la promoción para el campo de la promoción de la salud en donde se un análisis y sistematización sobre cómo observar cambios en la salud más que en la enfermedad, y cómo indagar sobre las inscripciones y corporizaciones en los agentes que participaron en la intervención incluido el que suscribe esta tesis.

Aportes vinculados con el quehacer profesional como médico, los voy a contestar de manera personal, son el cambio de paradigma en el espacio de la atención médica en mi práctica privada, pasar de la prescripción de la medicina, al derecho a decidir, al derecho a la información, a que el paciente tenga la posibilidad de imaginar y de decidir opciones para sí mismo en términos individuales respecto a su vida y a su padecimiento. Otro aspecto en el que ha cambiado mi practica como especialista y maestrante en medicina social es la participación en la creación y ejecución del Programa de Formación de Promotoras Comunitarias Indígenas en salud Sexual y Reproductiva en donde se retoman esta perspectiva de promoción de la salud y se hace evidente de entrada que cualquier intervención en salud es una intervención al cuerpo territorio, que dichas intervenciones buscan modificar el estado del cuerpo, buscan vacunarlos, inmunizarlos ya sea de la muerte, inmunizarlos de la pobreza, inmunizarlos de la tuberculosis, inmunizarlos, tener clara la idea de intervención en salud hace al profesional y a sus intervenciones un hecho consiente que responde a la pregunta desde dónde queremos intervenir al otro(a).

Limitaciones de este trabajo

*“En el campo de futbol se gana metiendo goles, no criticando al adversario”
Spinelli (2010)*

Las limitaciones de esta investigación son el profundizar en entendimiento de las prácticas de salud en otros campos vinculados con la salud en México, vinculados con el campo de los municipios autónomos, de los indígenas y con el campo del debate sobre el zapatismo.

Se quedan en el aire preguntas éticas en torno a la publicación de esta tesis, sobre quienes tendrían que dar la última palabra para su publicación, los profesores o los indígenas zapatistas que participaron en su realización, aun cuando ellos dieron consentimiento informado.

Se queda en el aire qué paso con esos(as) promotores (as) aun cuando las entrevistas se hicieron dos años después, qué paso en términos de cómo se devuelve esto a ellos los protagonistas, Aun cuando planteo anteriormente que las entrevistas fueron dialógicas centradas en la reflexión de que aprendimos, qué hicimos bien, que hicimos mal, cómo tomábamos las decisiones, cuáles eran nuestras diferencias, nuestras similitudes, por supuesto que esta es una reflexión propia, tal vez autocomplaciente, para mí y para el lector(a), que rebasa la intención de que los promotores se apropien de estas visiones. Pero sí queda la duda qué deja este trabajo como tal a los promotores en concreto. A mí me capitalizará, me permitirá intentar al menos no cometer los mismos errores, saber dónde mirar y donde hacer para poder realizar prácticas pedagógicas, prácticas en salud, intervenciones en salud y en promoción de la salud que vayan más allá de la enfermedad y que estén encaminadas en el desarrollo de capacidades y en la realización de proyectos en contextos específicos, en este sentido el que termina capitalizado es uno y supone que los otros también por lo que dicen, pero sólo Dios, sus pares y ellos pueden dar cuenta de ello si el trabajo pedagógico fue efectivo o no.

Otra limitación de este trabajo es la “ausencia” de la perspectiva de género, las reflexiones al respecto se realizaban en torno al papel de los hombres, las mujeres, así como de la comunidad en la construcción o atención a la salud y la enfermedad de las mujeres. Aún

cuando había otros espacios en donde se formaban promotoras en el campo en estudio la salud de las mujeres estaba presente primero porque las mujeres y los niños eran una prioridad y segundo porque los temas eran relevantes como el embarazo, el parto, el puerperio y sus complicaciones, como los derechos de las mujeres, como la ley revolucionaria de las mujeres indígenas, además en los talleres estaban presentes parteras y promotoras y su palabra y experiencia tenía un valor cada vez más alto.

Espero que esta tesis haya permitido objetivar los presentimientos de buenas prácticas en salud, sistematizarlos y que no sean más que anécdotas en la biografía de un privilegiado médico, quien en algún momento fue a trabajar a la selva. Por mi parte me critico la tardanza en realizar esta tesis, sin dejar de señalar que me sorprende terminarla por la complejidad que esta implicaba al contemplar aspectos de la medicina social, de la pedagogía, de la promoción de la salud, de la sociología, siendo médico y saliendo de la selva después de casi cuatro años fue toda una hazaña y travesía que hoy llega su fin abriendo preguntas para caminar en otros campos del conocimiento y de la práctica en salud. Que la palabra, la resistencia y la rebeldía sigan floreciendo en el campo de la salud.

REFERENCIAS

- Abma, T.; Greene, J.; Karlsson, O.; Ryan, K.; Schwandt T y Widdershoven, G (2001). Dialogue on Dialogue. *Evaluación*. Vol. 7(2); 164-180.
- Adli, A. (2003). *El habitus incorporado y la variación gramatical*. Obtenida el 1 de Junio de 2008, de http://www.sfb441.uni-tuebingen.de/~sam/papers/Adli_paper2003b.pdf
- Albizu, J., Todosantos G. y Méndez, M. (2005). *El efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida*. Guatemala: Oxfam Internacional.
- Alcalá, J. y González, R. (2008). *La dimensión ética en políticas actuales de salud en México y América Latina*, Tesis de maestría en medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *JAIP*. 216-224.
- Ávila, C., Chavez, A. y Shamah, A. (1997). *Encuesta Nacional de Alimentación y nutrición en el Medio Rural 1996*. México. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de Salud (SSA). Gobiernos de los Estados.
- Banco Mundial (1993). *Invirtiendo en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- Barrett, B. (1996) Integrated local health systems in Central America. *Social Science & Medicine*. 43 (1) 71-82.
- Bautista, E. (2004). *El gusto de estar en Oventic. (Poesía, casos clínicos, guía bilingüe español-tsotsil para la consulta médica, servicios de salud zapatistas en la zona altos. Marginalidad y morbilidad en Larráinzar y San Andrés Sakamch'en de los pobres)*. Reporte de Servicio social para obtener el título de licenciatura en Medicina. UAM-X, México.
- Bautista, E. (2008). *La salud en la Resistencia: el sistema de salud zapatista*. Ponencia presentada en el Foro Otra ética otra salud, en el auditorio "Román Piña Chán" de la Escuela Nacional de Antropología e Historia ENAH. 18 de abril del 2008. Consultado el 28 de Septiembre de 2010, Disponible en <http://laotrasalud.wordpress.com/>
- Bautista, E. (2010). El camino de la salud zapatista: Una síntesis. En *Revolución. Periódico de análisis combativo. La otra Salud*. Año, 1 Vol 1, Mayo. Talleres Gráficos Cultura Libre, México. Disponible en <http://laotrasalud.wordpress.com/revolucion/>
- Bautista, E. (2011). El camino de la salud zapatista: y el sueño del joven Antonio. En *Revolución. Periódico de análisis combativo. La otra Salud*. Año, 1 No 3, Marzo. Talleres Gráficos Cultura Libre, México. Disponible en <http://laotrasalud.wordpress.com/revolucion/>
- Bautista, E., Covarrubias, E., Melendez, L., y Santos, E. (2008). *La investigación cualitativa como recurso de entendimiento y diálogo entre estudiantes del postgrado en medicina social y sus problemas de investigación*. Ponencia presentada en el congreso *A day in Spanish* en del 4th. Internacional Center for Qualitative Inquiri. University of Illinois at Urbana-Champaign. Mayo 2008
- Bautista, E., Lozano, A., Ramírez, R. y Santos, E. (2010). Formación de actores político-académicos en el campo de la medicina social: La experiencia como posibilidad de mediadores estratégicos. En: Peña, F y León, B (Compiladoras). *La medicina social en México II, Globalización neoliberal*. ALAMES, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Bautista, E., Lozano, A., Ramírez, R., Santos, E. y Gutiérrez, C. (2009). *Prácticas de salud anticapitalistas en México. Limitaciones y posibilidades de construcción del derecho a la salud al margen del Estado*. Ponencia presentada en el XI congreso latinoamericano de medicina social y colectiva. La salud en la agenda política y social de América Latina ALAMES 25 años. Bogotá, Noviembre 2009.
- Bellinghausen, H. (2010). México: Tras 17 años de la parición del EZLN, el gobierno mantiene una guerra encubierta. La jornada 31 de diciembre de 2010.
- Belmartino, S. (1992). Políticas de salud. ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema a investigar? En *Estado y políticas sociales en América Latina*. México: FIOCRUZ/UAM-X, 1992.
- Blanco, G.; Rivera, J. y López, O. (1996). Chiapas La emergencia Sanitaria permanente en *Revista Chiapas*, Número 2. Ed. ERA. México.
- Boltvinik, J. y Damian, A. (2004), *La pobreza en México y el mundo. Realidades y*

- Bonnewitz, P. (2006). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Primera Edición. Traducido por Pons, H. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. En: Richardson, J. *Handbook of theory and research for the sociology of education*, Nueva York, Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*. N° 5, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, Traducción de Landesmann M. Tomado de Actes de la Reecherche en Sciences sociales en Francés en 1979.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción, criterios y bases sociales del gusto*. Traducido por M.C. Carmen. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Editorial Anagrama. España.
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona, Gedisa.
- Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama. España.
- Bourdieu, P. (2009). *El sentido práctico*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (2007). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L., (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Breilh, J. (2002). *Técnicas intensivas en la investigación en salud: debate sobre sus usos y distorsiones*. En Mercado, F. Gastaldo, D. y Calderón, C. (2002). Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Universidad de Guadalajara: Guadalajara, México.
- Burguete, A. (1998). Poder local y autonomía indígena en Chiapas; rebeliones comunitarias y luchas municipalistas, en Reyes, M; Moguel, R y Van der Haar, G. *Espacios disputados: transformaciones rurales en Chiapas*. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, El colegio de la Frontera Sur.
- Cabrera, A. (2008) La medicina Social y la salud colectiva desde le experiencia de trabajo en salud en Chiapas, Ponencia presentada en el XV Congreso Nacional y X Congreso Científico Gremial del 27 al 29 de Noviembre de 2011 en Valdivia, Chile.
- Cabrera, L. (1995) Otra historia por contar Promotores de salud en Guatemala Asociación de Servicios Comunitarios en Salud ASECSA, Guatemala.
- Calderón, F. (2005). Disponible en periódico La jornada 20 de septiembre de 2005
- Calderón, F. (2008). Discurso de Felipe Calderón el 6 de abril en Chiapas, México.
- Caplan, R. (1993). The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International*. 8 (2) 147-157. UK
- Carballo, M. (2012). *Las plumas de la serpiente*. Amoch libros. México
- Cardacci, (1998). Educación para la participación en promoción de la salud. En: González, J. *et al* (coord) ¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad, herramientas para la promoción de la salud. México . CIESS/OPS, pp. 186-194
- Carrin, G., Rona, A., Huib, Y., Hongb, W., Tuohongb, Z., Licheng, Z., Shuob, Z., Yidec, Y., Jiaying C., Qicheng, J., Zhaoyange, Z., June, Y. y Xuesheng, L. (1999). The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Countries. *Social Science & Medicine* 48 (7): pp. 961-972.
- Casanova, P. (2003). Los caracoles zapatistas: Redes de resistencia y autonomía. Ensayo de interpretación consultado el 23 de Agosto de 2011 en <http://www.jornada.unam.mx/2003/09/26/per-texto.html>
- Castro, I. (1999) Quitarle el agua al pez: La guerra de Baja intensidad en Chiapas (1994-1998). Revista *Chiapas* 8. 123-141. Ediciones Era. México
- Castro, J. (1997). Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud-mercancía o derecho social?. *Salud Problema. Nueva época*, 2(2): 55-59.
- Caudillo, G. (2006). Consultado el 12 de agosto de 2011 en <http://www.lahaine.org/b2-img/otramp.pdf>
- Cerda, A., Paz, M. y Larrea, C. (2004). Para comprender las autonomías. Una aproximación desde tres experiencias indígenas en Chiapas. México: Enlace, Comunicación y capacitación A.C.
- Chapela M.C. (2003). *The construction of critical knowledge for the development of human health*. Thesis submitted for the degree of doctor of philosophy. Institute of Education University of London.
- Chapela, MC (2004). La universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. Reencuentro, Núm. 4, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, D.F. México.

- Chapela, MC (2008a). Una definición de salud para promover la salud. En Martínez, C. (Coordinadora) *Seis miradas sobre la salud y su relación con el mundo social*. Académicos de CBS, México: UAM-X/Área Salud y Sociedad. Pp. 13-33.
- Chapela, MC (2010) Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud, Chapela, En el debate: diabetes en México Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la salud.
- Chapela, MC y Alejandro Cerda (2009). Promoción de la salud. En Chapela y Mozqueda *De la clínica a lo social luces y sombras a 35 años*. UAM-Xochimilco. Mexico.
- Chapela, MC. (2004). *Educación en la teoría de la reproducción de Pierre Bourdieu*. Diplomado en Promoción de la salud, México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Documento para circulación interna.
- Chapela, MC. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En Guinsberg, E. y Jarillo, E: *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial.
- Chapela, MC. (2008b). ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En: Chapela, MC. (coordinadora) *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 87, 91-116.
- Chapela, MC. (2010). “Investigación cualitativa sanadora” en *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. Serie Académicos de CBS, UAM-X, México.
- Chapela, MC. (2010). Contenidos de Poder en Promoción de la Salud. En MC. Chapela y A. Cerda. *Promoción de la salud y poder*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 94, 21-69 .
- Chapela, MC.y Jarillo, E. (2006). Políticas educativas: fuerzas y resistencias en el campo de la educación. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 45:17-24.
- Chávez, V. (2007). El sistema de salud autónomo Zapatista. Un acercamiento a su política de salud. *Gaceta Urbana*. No 6-7 (83-92). UAM Xochimilco. México, D.F.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1973).
- CONALEP (2003). *Plan de estudios de la Carrera de profesional técnico-Bachiller en Salud comunitaria*.
- Cortes, F. (2003). Acerca de la medición oficial de la pobreza en México en el año 2000, *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, Vol. XXI, núm. 62, mayo-agosto de 2003.pp463,-470
- Cortes, F., Banegas, I. Fernández, T. y Mora, M. (2007). Perfiles de la pobreza en Chiapas. *Sociológica*. Año 22 Número 63. Pp 19-50
- Cortez, C. y Heredia J. (2007). Movimientos sociales y derecho a la salud en Chiapas. En Miranda, R. y Espinoza, L. (Editores). *Chiapas: la paz en la guerra*. UNAM, ECOSUR, Editorial comuna. México.
- Cuevas, A.; Sánchez, M.; Carrillo, J.; Crocker, R.. (2003). *Programa colaborativo de Recursos Humanos en Salud México. Antecedentes, organización, líneas de trabajo y perspectivas*. Washington: OPS. Consultado el 10 de noviembre de 2009 en la página: <http://www.procorhus.udg.mx>
- Damián, D. (2006) Un aporte desde Chiapas, Mortalidad Materna en Chiapas. *En Monitoreo ciudadano de la política pública federal para reducir la mortalidad materna en México*. Foro Nacional de Mujeres y políticas de población.
- De Keijzer, B. y Ulate, J. (1980). “Educación, participación en salud e ideología: Nicaragua pasado y presente”. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 17: 143-157.
- De Vos, J --- (2004). *Una tierra para sembrar sueños: historia reciente de la Selva Lacandona*, CIESAS - FCE, México, Primera impresión 2002.
- De Vos, J. (1996b). *Oro verde. La conquista de la Selva Lacandona por los madereros tabasqueños (1822-1949)*. Fondo de Cultura económica, Instituto de Cultura de Tabasco. México. Primera edición 1988.
- De Vos, J. (1996a) *La paz de Dios y del rey. La conquista de la Selva Lacandona (1525-1821)*. Fondo de Cultura económica. Secretaría de Educación y Cultura de Chiapas, México. Primera edición 1980.
- Degl', M. (2002). Educación escuela y Pedagogía. La educación como práctica social. Cátedra de Pedagogía, Facultad de Ciencias Sociales UNLZ. Consultado el Junio de 2011. Disponible en <http://www.unlz.edu.ar/catedras/s-pedagogia/artic1.htm>
- Diagnósticos sociodemográficos Municipales del Estado de Chiapas, (2008).
- Echeverría, B. (2002). *Chiapas y la conquista inconclusa*. Entrevista a Bolívar Echeverría por Aguirre Rojas, Consultado el 29 de Julio de 2011, en <http://www.bolivare.unam.mx/entrevistas/Chiapas%20y%20la%20conquista%20inconclusa.pdf>
- Eibenschutz, C (2006), Consideraciones para una política sanitaria dirigida a los pueblos indios. OPS.

- Eibenschutz, C., Tamez, S. y Camacho I. (2011). Atención a la salud. Modelos institucionales y alternativos. En: Chapela, M y Contreras, Ma. (Coord.). *La salud en México. Pensar el futuro de México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias y Humanidades, México.
- Enciclopedia de los municipios de México. Estado de Chiapas 2005, disponible en <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/pres.htm#est>, consultado el 12 de Mayo de 2010.
- EZLN, Documentos y comunicados (1992). *Chiapas el sureste en dos vientos una tormenta y una profecía*. Ed. ERA
- Fazio, C. (2004). *México Resistencia y autonomía. Una década de zapatismo* Centro de Documentación sobre Zapatismo CEDOZ. Consultado el 30 de Agosto de 2011, disponible en <http://www.cedoz.org/site/content.php?doc=759&cat=80>
- Feo, O. (2008) Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana. *Medicina social* Vol3.Núm4. Disponible en www.medicinasocial.info. Consultado el 12 de septiembre de 2009
- Fini, D. (2010). *Il sistema sanitario zapatista Analisi storico-politica della salute autonoma in Chiapas*. Universidad de Siena. Facultad de filosofía y letras. Italia.
- Fox, V. (2001). Entrevista *Este Gobierno Federal sí tiene palabra y sí cumple*. Disponible en <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/entrevistas/?contenido=780> Consultado en Mayo de 2009.
- Frayba (2007). Balance anual sobre la situación de los derechos humanos en Chiapas, Informe anual del Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de las Casas, A.C., San Cristóbal de las Casas México.
- Freire, P (1970) *Pedagogía del oprimido*. México: siglo XXI Editores S.A de C.V.
- Freire, P. (2006). *Pedagogía del oprimido*. Ed. Siglo XXI. México. Primera edición. 1970.
- Freyermuth, G --- (2004). *Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los Altos de Chiapas*. CIESAS-INDESOL. Chiapas, México.
- Freyermuth, G --- (2010). Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. En: *Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas Documento de Trabajo 2010 / I*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México.
- Freyermuth, G. (1993). *Médicos tradicionales y Médicos Alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Serie Nuestros pueblos. Chiapas. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en antropología Social del Sureste (CIESAS-Sureste), Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, AC (OMIECH, AC), Instituto Chiapaneco de Cultura. México.
- Freyermuth, G. (2003), *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia, generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, Porrúa-CIESAS- Instituto Nacional de las Mujeres- Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, México.
- García, J. (1984). Entrevista a Juan César García. En: Nunes, E. (editor) *Tendencias y perspectivas: ciencias sociales y salud en América Latina*. Uruguay: OPS. y CIESU, 21-29.
- Garduño, M.; Jarillo, E.; López, O., Granados, J. Blanco., et al, (2009). La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM Xochimilco. En Chapela, MC, y Mosqueda, A.(Editores). *De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años*. México, UAM-Xochimilco, Departamento de Atención a la salud.
- Garduño, MA.; Jarillo, E.; López-Arrellano, O.; Granados, A.; Blanco, J.; Casatro, JM.; Tetelboin, C.; Rivera, JA. y López-Moreno, S. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco. En Chapela, MC. y Mosqueda, A. (editores) *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Capítulo 1: 25-52.
- Giroux, H. (1985). *Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico*. Cuadernos Políticos. Ed. ERA, México, pp. 35-65.
- Gobierno municipal Ocosingo (2008), disponible en: <http://www.ocosingo.gob.mx/2011032430/municipio/economia>, consultado el 4 de Septiembre de 2011
- González, G. (2004). *Organismos civiles en Chiapas entre el conflicto y la democracia*. Documentos de discusión sobre el tercer sector, Número 30. El colegio Mexiquense. Programa Interdisciplinario de estudios del tercer sector. México.
- Granados, J. y Delgado, G. (2005). La medicina social en la Universidad Autónoma Metropolitana. Análisis de tesis de la Maestría en Medicina Social. *Salud Problema. Nueva Época*, 10(18-19):43-54.
- Granados, J. y Ortiz, L. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista Mexicana de sociología*. México. 65(3):591-627.

- Granados, J. y Tetelboin, C. (2008). Módulo III: *Práctica Médica y Política de Salud*. Maestría en Medicina Social, México: UAM-Xochimilco.
- Granados, J., Tetelboin, C. y Torres, A. (2008). Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios
- Granados, JA. y Delgado, G. (2006). Temas médico sociales en México. La Maestría en Medicina Social y la revista *Salud Problema. Perfiles Educativos*, 28, 113
- Granda, E. (2001). La Salud Pública y las Metáforas sobre la Vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 18(2):83-100.
- Granda, E. 2004. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, La Habana. 30(2).
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En Denzin, N. y Lincoln, Y. *The sage handbook of qualitative research* (third edition), Thousand Oaks, , London, New Delhi: SAGE publications.
- Haro, J. y De Keijzer, B. (1998). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. El colegio de Sonora, PRODUSSEP, A.C., Organización Mexicana para la salud; Hermosillo, México.
- Harvey, N. (2000). La Rebelión en Chiapas. La lucha por la tierra y la democracia. Ediciones Era, México.
- Heredia, J. (2008). Impacto de un proyecto de salud no gubernamental en dos microrregiones de Chiapas. En *Gaceta Urbana*, No. 6-7. Mortalidad Materna en Chiapas, México. UAM, Xochimilco.
- Heredia, J. (2007). *Salud y autonomía el caso de Chiapas*. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Consultado el 4 mayo 2010, Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf.
- Heredia, J. (2007). *Salud y desarrollo comunitario. Estudio de caso: Marqués de Comillas. Chiapas*. Tesis que para obtener el grado de maestro en desarrollo rural. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Heredia, J. (2009), La UAM-X, el servicio social y la atención a la salud en Chiapas. En Chapela, MC. y Mosqueda, A. (editores) *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Capítulo 12: 291-318.
- Hersch, (1992)
- Hortal, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Centros universitarios de la Compañía de Jesús. Ed. Desclée, Bilbao, España.
- <http://sinais.salud.gob.mx>
- Ibarrola, M. (1981). *Enfoques sociológicos para el estudio de la educación*. En González R y Torres. Sociología de la educación: corrientes contemporáneas. Centro de estudios educativos, México.
- II Encuentro entre los Pueblos Zapatistas y los Pueblos del Mundo (2007). Mesa 1: Salud - La manera en que estamos estructurados y organizados. Disponible en <http://www.radiozapatista.org/IIEncuentroOventik.htm> consultado el 10 de Noviembre de 2010.
- Índice Chiapaneco de Marginación 1990-2000, Consejo Estatal de Población. Chiapas
- INEGI (2005). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México.
- Jarillo, E. (2008) Seminario de formación docente. Maestría en Medicina social, 1 a 12 de Diciembre, México: UAM-Xochimilco.
- Jarillo, E. y López, O. (2007a). Salud Pública: Objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Revista de Salud Pública*. Bogotá, Colombia. 9(1):140-154.
- Jarillo, E.; Chapela M.C.; Arroyave, G.; y Granados J.(1999). La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Salud problema. Nueva época*, (7):45-54.
- Jarillo, E.; Mendoza, J. y Salinas, A. (2009). *La formación de recursos humanos para la salud*. Documento presentado para su discusión en el XIX Curso monográfico de medicina social. Debates y problemas actuales en Medicina Social, 23 al 27 de Noviembre, México, UAM-Xochimilco.
- Karlsson, O. (2001) Critical Dialogue: its Value and meaning Evaluatón 2001 (7) 211-227.
- Laurell, AC. (1978). Investigación en sociología médica, 1ª parte, *Salud Problema. Primera época* (1): 5-9
- Laurell, AC. (1994), La salud: de derecho social a mercancía, en Laurel, C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México: UAMX, Fundación Friedrich Ebert.
- Laurell, AC. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En Rodríguez, MI. (Coordinadora) *Lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. OPS/OMS, No 101: 216-258.
- Laurell, AC. (2011). *La importancia del dato en Salud Pública*. La jornada, 6 de Julio de 2011.

- Lea, J. (2009). *Las luchas por los derechos de las mujeres en Chiapas: Un directorio de organizaciones sociales que trabajan a favor de las chiapanecas*, Red Internacional de Mujeres: Lilla, México.
- Legorreta, M.C. (2006). Organización política de las haciendas de los valles de Ocosingo Chiapas en el siglo XX. *Estudios sociológicos*, septiembre-diciembre, año/vol. XXIV, número 3, El colegio de México, Distrito Federal, pp.601-635.
- Lenkersdorf, C. (2005). *Filosofar en clave tojolabal*. Filosofía de nuestra América. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México. Primera edición 2002.
- Leyva, X. y Asencio, G. (2002). *Lacandonia al filo del agua*. Fondo de Cultura Económica México. Primera Edición 1996.
- López, S. (2011). *Ética de la salud*, mimeo, Seminario Ética de la salud, Maestría en Medicina social, doctorado en Salud Colectiva, realizado del 14 al 18 de Marzo de 2011 en le UAM-Xochimilco. México.
- López, M. (1996). *La guerra de Baja intensidad en México*. Editores Plaza y Valdez. México.
- López, O.; Blanco, J.; Garduño, M.; Granados, J.; Jarillo, E.; López, S.; Rivera, J. y Tetelboin, C. (2008). Documento presentado para su discusión en el Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, Ciudad de México, Rectoría General de la UAM, 29 de Septiembre a 2 de Octubre:7
- López, S. y Tetelboin, C. (2010). Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud. En: *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos?*. Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. Ed. UAM-x, UNAM, FES-Zaragoza, IPN, ISSSTE. México, D.F.
- Lozano, R., Soliz, P., Gakidou, E., Abbott-Klafter, J., Feehan, D., Vidal, C., Ortiz, J. y Murray, C. (2007). Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Publica México*, 49 suplemento 1:53-69.
- Marcos, S.C.I. (2007). *Parte IV.- Gustar un Café, el calendario de la geografía y de la tierra*. Consultado el día 26 de Julio de 2011 en <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2007/12/15/parte-iv-gustar-el-cafe-el-calendario-y-la-geografia-de-la-tierra/>.
- Marcos, SCI. (2003). Chiapas la treceava estela. Siete partes, disponibles en www.ezln.org.mx
- Martínez, C. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación". En Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad*, México, Colmex.
- Martínez, C. (2008). Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem. En: Martínez C (comp.), *Seis Miradas sobre la salud y su relación con el mundo social*. Académicos de CBS, UAM-X. México: UAM-X.
- Martínez, G. (2005). Dinámica de la Marginación en Chiapas, 1990, 2000: contrastes a partir de un ajuste metodológico. En: Ángeles, h.; Huicochea, L.; Saldívar, A. y Tuñón, E. *Actores y realidades en la frontera sur de México*. COESPO Chiapas, ECOSUR.
- Marx, C. (1980). *El método en la economía política*. México: Editorial Juan Grijalbo.
- Meneses, S. (2007). ¿Acceso universal a la atención obstétrica?. El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los altos de Chiapas, en Díaz, D. *Muerte Materna y seguro popular*. Fundar. Centro de análisis e investigación. A.C. México.
- Meyer, J. (2000). *Samuel Ruiz en San Cristóbal*. Tusquets. Editores, México.
- Meyer, J. (2004). *La Revolución Mexicana*. Tusquets Editores, México.
- Moisés, TC. (2008). Plática del Teniente Coronel Insurgente Moisés con los miembros de la Caravana que llegaron al Caracol de La Garrucha. Consultado el 29 de Agosto de 2011 en <http://enlacezapatista.ezln.org.mx>
- Molina, F., Daquilema, M. y Gómez, C. (1992). Participación social en Salud, Una experiencia en Simojovel Chiapas. *Salud pública de México*. Vol. 34, 660-669.
- Muñoz, G. (2004). Chiapas la resistencia. Suplemento especial de aniversario. La Jornada, 20 aniversario.
- Muñoz, G. (2006). *A tres años de los Caracoles Zapatistas. Se consolida la autonomía*. Consultado el 30 Agosto 2011. Disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2006/08/21/oja112-caracoles.html>
- Muñoz, G. (2009). Autonomía zapatista: contra viento y marea. En Ojarasca 150. Suplemento del periódico La Jornada Consultado el 29 de Agosto de 2011 disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2009/10/12/oja150-autonomiazapa.html>
- Newell, K. (1975). *Health by the people*. Geneva: World Health Organisation
- Olivera, M. y Ortiz, G. (2008). Exclusión de las mujeres de la propiedad en Chiapas', en Olivera, M.(coordinadora) *Violencia feminicida en Chiapas: Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencias y rebeldías*. UNICACH-CDMCH, México.
- Paoli, A. (2003). Educación, autonomía y lekil Kuxlejal : Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los tzeltales. UAM Xochimilco. México.

- Pineda, F. (1996) La guerra de Baja intensidad. Revista *Chiapas2*. Ediciones Era. México
- Pineda, V. (1986). Sublevaciones indígenas en Chiapas. Gramática y diccionario tzeltal. Instituto Nacional Indigenista. México. Primera edición 1888
- Porteli, H. (1978) *Gramsci y el bloque histórico*. 4ta Edición, México, Siglo XXI.
- Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario, Canadá.
- Programa Oportunidades (2010). Misión y visión del programa Oportunidades, consultado el día 26 de Julio de 2011 en http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/mision_y_vision
- Ramírez, E. (2006). *Educación indígena en México*. Programa Nación Multicultural, UNAM, México. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, vol. 6, núm. 11, junio-noviembre, pp. 8-37
- Sabines, J. (2006). Segundo informe de gobierno Chiapas, disponible en http://www.finanzaschiapas.gob.mx/Contenido/InformesdeGobierno/Informacion/2do.Informe/PDF/Anejo%201/PDF_Indicadores%20del%20PDCHS2007-2012.pdf, consultado el 12 de mayo de 2009
- Sabines, J. (2008) Tercer informe de gobierno. <http://www.informe.chiapas.gob.mx/tercer-informe>
- Sabines, J. (2010). Cuarto informe de gobierno, disponible en <http://www.informe.chiapas.gob.mx/doc/cuarto/d-informes-regionales/Region-VI/region-VI-Selva.pdf>. Consultado el 25 de Octubre de 2011.
- Sánchez, H. (2007). La salud enferma de Chiapas: consideraciones a 12 años de iniciado el conflicto armado, en Miranda, R. y Espinoza, C. (Editores), *Chiapas: la paz en la guerra*, Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de la Frontera Sur, Comuna, México.
- Sánchez, H. (2009). *El inalienable derecho a la salud*. En: ECOSUR (36): 10-11, Mayo/Agosto, EZLN, Balance a 15 años del levantamiento.
- Sánchez, H., Arana, M. y Yamin, A. (2006). *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México*, Physicians for Human Rights, El Colegio de la Frontera Sur, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud. Boston, Massachussets, San Cristóbal de Las Casas. México.
- Santiago, J. (2010). La práctica de la economía solidaria en las comunidades autónomas de Chiapas, México. *Revue, Vie Economique*, Volumen 1 número 3. Consultado el 26 de Julio de 2011 en http://www.eve.coop/mw-contenu/revues/4/28/RVE_vol1_no3_ChiapasES.pdf
- Schwandt, A. (2001) A Postscript on Thinking about Dialogue. *Evaluation*, 2001, VOL 7 (2), 264-276.
- Solaegui, A. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas.
- Spinelli, H. (2010) . Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, vol 6. núm 3. Universidad Nacional de Lanús.
- Tello, C. (2000). *La rebelión de las Cañadas Origen y ascenso del EZLN* .Ediciones Cal y Arena. Primera edición 1995.
- Terris, M. (1996) Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *Promoción de la salud: Una Antología*. OPS. PC 557, 37-44.
- Tetelboin, C. (1995) El problema de los recursos humanos en salud, en Laurell, A.C., *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco, México. 89-128.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica, en *Estudios en Antropología Biológica*, México, Vol. VIII: 487-510.
- Traven, B. (2003). La Rebelión de los colgados. México Ed. Selector, Primera edición 1950.
- Ulate, J. (1986). *El trabajo popular en salud y la generación de contrahegemonía*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social, en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Ulate, J. y De Keijzer, B. (1985). Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México. *Nueva Antropología*, Vol VII, No. 28. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- Van der Haar, G. (2005). El movimiento zapatista de Chiapas: Dimensiones de su lucha. Labour Again Publications. Consultado el 30 de Mayo de 2011 disponible en: <http://www.iisg.nl/labouragain/documents/vanderhaar.pdf>
- Wacquant, L. (2001), *Pensamiento crítico y disolución del doxa*, Entrevista, Traducción de Julia Varela, Consultado el 15 de enero de 2010 en <http://transform.eiecp.net/transversal/0806/wacquant/es>
- Werner, D. (1973). *Donde no hay doctor*. México. Editorial Pax.
- Werner, D. y Bower, B. (1994). *Apreniendo a promover la salud*. Libros del rincón Secretaría de Educación Pública. Centro de Estudios Educativos. Fundación Hesperian. Primera edición 1984.

- Werner, Sanders, Weston, Babb y Rodriguez, (2000). *Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud*, HealthWrights.
- Womack Jr., J. (2009). *Rebelión en Chiapas. Una antología Histórica*. Editorial. Debate. México.
- Zebadua, E. (2003). *Breve historia de Chiapas*. Fideicomiso de la historia de las Américas, Fondo de cultura Económica. México, D.F.

Conferencias

- Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986), *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario Canadá.
- Segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1988), *The Adelaide recommendations*. 5-9 abril. Adelaida, South Australia.
- Tercera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud (1991), *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Junio de 1991*. Sundsvall, Suiza.
- Cuarta Conferencia Internacional en Promoción de la Salud. (1997). *New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st century. The Jakarta Declaration on Health Promotions in the 21st Century*. Jakarta, Tailandia, Julio de 1997
- Quinta Conferencia Mundial (Global) en Promoción de la Salud (2000), *Declaración de México para la promoción de la salud*. Ciudad de México. Julio de 2000, Puerto Rico, 1998.
- Sexta Conferencia Global en Promoción de la Salud (2005), *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Agosto 7-11. Bangkok, Tailandia.
- Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la salud y equidad (1992) *Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*,. 9-12 de noviembre de 1992, Santa Fe Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitution*. Ginebra: WHO
- (1978) *Report on the Alma Ata Conference in Primary Health Care*. Ginebra.