



Licenciatura en Promoción de la Salud

**Sistematización de Experiencias en salud con
comunidades autónomas del Estado de Chiapas**

TRABAJO RECEPCIONAL

Que para obtener el título de Licenciado en Promoción de la Salud

Presenta

Ernesto Guerrero Ruiz

Director de trabajo recepcional: Fernando F. Cruz Zamora

México D. F. Julio de 2009

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. PROBLEMATIZACIÓN	
2.1 Planteamiento.....	7
2.2 Justificación.....	8
2.3 Objetivo general.....	10
2.3.1 Objetivos específicos.....	10
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 La Educación Popular una forma de Promover la Salud.....	12
3.1.1 La Educación Popular: conceptualización general.....	13
3.1.2 El empoderamiento.....	16
3.1.3 La realidad social y su transformación.....	17
3.1.4 La cultura como escenario básico.....	18
3.1.5 El proceso pedagógico en la Educación Popular.....	20
3.1.6 Vida cotidiana.....	24
3.1.7 El ser humano complejo.....	25
3.2 La sistematización.....	25

3.2.1	Las experiencias y la sistematización.....	27
3.2.2	Las modalidades o enfoques de la sistematización.....	30
3.2.3	El proceso metodológico, las técnicas y los procedimientos.....	31
3.2.4	Ámbito y alcance de la sistematización.....	32
3.2.5	La relación entre “los campesinos” y “los profesionales”.....	36
3.2.6	Lo participativo.....	38

4. MARCO REFERENCIAL

4.1	Chiapas y las regiones participantes.....	40
4.2	Chiapas y su situación de salud.....	42
4.3	Antecedentes históricos.....	43

5. METODOLOGÍA

5.1	El enfoque cualitativo.....	46
5.2	Los participantes.....	48
5.3	El escenario.....	49
5.4	El instrumento.....	50
5.5	El procedimiento.....	52

6. MANUAL DE REPRESENTANTES DE SALUD INDÍGENAS.....	58
7. REFLEXIONES.....	144
8. BIBLIOGRAFÍA.....	155
9. ANEXOS.....	161

1. INTRODUCCIÓN

Hace dos años llegué al Estado de Chiapas con el propósito de hacer mis prácticas profesionales. Tuve experiencias buenas y malas que transformaron mi vida. Trabajar en comunidades autónomas me hizo valorar y aprender más sobre la vida misma. Aprendí a respetar a la gente indígena, así como a su cosmovisión y su cultura.

Estas experiencias determinaron para trabajar en conjunto con la gente de estas comunidades un manual de salud que les fuera útil; primero, como una herramienta que les sirviera en su quehacer diario, ya que al ver plasmadas sus ideas les permite reconocerse y valorar su conocimiento y su saber. Y segundo, como una forma de empoderamiento, ya que ellos mismos asumen la responsabilidad en la construcción de sus propios materiales didácticos para mejorar sus capacitaciones.

El presente trabajo de investigación tiene una postura ética, de respeto, a partir de una demanda por parte de los representantes de salud indígenas, autoridades y comunidades autónomas. A partir de esto, no se mencionaran los nombres de los representantes, las comunidades y el lugar específico de los puntos de reunión.

Esta investigación posee un carácter distinto a una metodología ortodoxa, tradicional, en la que el investigador es sólo un observador externo, sigue una serie de pasos y hace un análisis interpretativo. No es un apego puntual a un catecismo científico, es regresarle la palabra a la gente de las comunidades, es mirar a la gente como sujetos capaces de construir su propia historia y no solo como objetos, es la participación, el lugar donde la comunidad diseña su propia práctica, es su conocimiento, su saber. Es otra forma de hacer investigación.

Es un esfuerzo colectivo, tiene sus raíces en las ideas, ilusiones y sueños de los representantes de salud indígenas de diversas comunidades autónomas de Chiapas. El cuerpo central de este trabajo es un manual que es un texto de salud pública, elaborado con las palabras de la propia gente. No es un cúmulo de teorías y conocimientos que lejos de ayudar a una comunidad, muchas veces la dividen más. Es el relato de vida, en las propias palabras de los sujetos que dan forma a sus sueños, esperanzas, problemas y triunfos en busca de su propia salud. Es una forma de que se escuche su voz, esto significa exigir sus derechos y sobre todo el derecho a ser escuchados y a hablar de su propia salud.

El presente trabajo se divide en los siguientes apartados:

- El marco teórico; donde se analizan las principales dimensiones de la educación popular mirada como una propuesta alternativa de acciones en

Promoción de la Salud, así como las principales características de la sistematización de experiencias, desde este enfoque.

- El marco referencial; donde se muestra un panorama general del Estado de Chiapas, su situación de salud y el contexto histórico de las comunidades autónomas.
- La metodología; donde se describe el método cualitativo, que fue el que se utilizó para este trabajo y las metodologías utilizadas para el intercambio de saberes.
- El manual de salud para representantes indígenas; donde se sistematizan las principales ideas de los representantes de salud, correspondientes a los temas de: ¿Qué es salud?, ¿Qué es un sistema de salud?, ¿Hasta donde queremos que llegue nuestro sistema de salud autónomo? y ¿Qué sistema de salud queremos nosotros?
- Las reflexiones donde describo cual es el significado de este trabajo, así como los principales obstáculos a los que me enfrente.

2. PROBLEMATIZACIÓN

2.1 Planteamiento

La precaria situación de las comunidades en Chiapas, aunada a una serie de factores sociales, ha propiciado el surgimiento de varias comunidades autónomas. Para responder a sus problemas de salud y problemas sociales, las comunidades autónomas hicieron una reestructuración de sus elementos, entre ellos se encuentra la creación de sistemas de salud autónomos. Estos sistemas de salud se encuentran dirigidos por los mismos miembros de la comunidad, apoyados por las capacitaciones de algunas organizaciones no gubernamentales.

La mayor parte de los trabajos que se realizan a favor de las comunidades autónomas vienen impuestos por alguna organización, ya sea gubernamental o no, esto conlleva que las personas de las comunidades no se sientan identificadas con dicha propuesta. Por tal motivo, uno de los principales problemas que existen en las capacitaciones con los representantes de salud indígenas es que no se reconoce, y mucho menos se respeta su conocimiento y su saber. No obstante, esta situación genera un intercambio cultural, que permite la posibilidad del reconocimiento de su identidad y el fortalecimiento de su autonomía.

La inexistente o nula reflexión sobre el trabajo pedagógico en dichas intervenciones, debida a una visión limitada que enfoca toda la atención en seleccionar los temas de las capacitaciones, que en su mayoría son temas

clínicos, en los que no se toma en cuenta la cultura y el conocimiento del grupo con el que se trabaja, y mucho menos las técnicas y estrategias de aprendizaje; por ello es fundamental comenzar a aceptar y reconocer otros tipos de saberes y aprender de nuestras experiencias.

En este trabajo se lleva a cabo una sistematización de experiencias en salud con comunidades autónomas del Estado de Chiapas, en el que se privilegia la palabra del otro, dándole su espacio, así como el respeto por sus formas de aprendizaje.

2.2 Justificación

Esta investigación tiene relevancia para los representantes de salud indígenas de diferentes comunidades autónomas del Estado de Chiapas, ya que por los temas abordados les brinda herramientas para reflexionar y mejorar la práctica cotidiana de su sistema de salud autónomo. Además de que tiene relevancia para la sociedad en general ya que es un acercamiento a la cultura indígena autónoma y a su forma de concebir la salud.

Existen muchas publicaciones de salud, la mayoría de ellas son realizadas para y por profesionales (médicos, enfermeras o licenciados) casi siempre el lenguaje que se utiliza es técnico, lo que obstaculiza el aprendizaje de la gente común, que trabaja en las comunidades (promotores de salud comunitarios, parteras,

representantes de salud, curanderos) por lo que los conocimientos en salud quedan restringidos a solo una élite de la población.

La sistematización propuesta y elaborada desde los mismos actores sociales puede mirarse como una forma de apoyo al mismo proceso de enseñanza-aprendizaje de la comunidad (en este caso de los representantes de salud indígenas), además de que rescata sus conocimientos y los revalora, es decir la sistematización nos sirve para aprender de la propia experiencia.

El manual de salud recoge las experiencias y el trabajo que se realizó, a lo largo de dos años de capacitación (abril 2007 –abril 2009) sobre temas de salud, con representantes de salud indígenas de diferentes comunidades autónomas del Estado de Chiapas. Es un trabajo cercano a las propias palabras y la forma de ver el mundo de las comunidades con las que se trabajaron. Algunas de las razones dichas por las mismas comunidades sobre la importancia de este manual de salud se mencionan a continuación.

“Nos interesa un manual de los temas que hemos trabajado en los talleres:

- Porque es nuestro derecho que se escuche nuestra palabra.
- Porque nosotros también tenemos un conocimiento y cosas que decir sobre nuestra salud.
- Porque queremos que la gente se de cuenta de nuestra vida, y nuestra forma de trabajar.

- Porque es una herramienta que nos servirá de guía para continuar con la lucha por la salud de nuestras comunidades.
- Para que los que nos siguen, tengan una base sobre la que trabajar.
- Porque es un conocimiento que servirá de utilidad para guiar el camino en la resolución y búsqueda de algunas soluciones a los problemas de salud de las comunidades”.

2.3 Objetivo general

Sistematizar de forma conjunta con los representantes de salud indígenas de diferentes comunidades autónomas del Estado de Chiapas, una herramienta de aprendizaje (un manual de salud) que recopile las experiencias vividas a lo largo de dos años de trabajo (abril 2007 –abril 2009), con la finalidad de apoyar al desarrollo de su sistema de salud autónomo.

2.3.1 Objetivos específicos

- Identificar, de manera conjunta con los representantes de salud indígenas, los puntos principales que consideren que apoyarían al desarrollo de su sistema de salud autónomo y elegir los temas que les gustaría abordar en la sistematización.

- Realizar talleres participativos en diferentes puntos de reunión del Estado de Chiapas de forma conjunta con los representantes de salud indígenas.
- Recopilar la información más importante mediante una memoria de cada taller.
- Elaborar de forma conjunta con los representantes de salud indígenas una herramienta de aprendizaje (un manual de salud) que recopile las ideas principales de los talleres participativos, de una forma dinámica, respetando sus ideas y su cultura. Así como reflexionar sobre las experiencias de enseñanza-aprendizaje durante el desarrollo de los talleres.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La Educación Popular una forma de promover la salud.

La Educación Popular se puede entender como un proceso de conocimiento y encuentro desde la perspectiva del compromiso con la gente (obreros, campesinos, indígenas, estudiantes, maestros, profesionistas, etc.) para que éste, a través de su acción organizada, logre romper los esquemas de dominación con el objetivo de construir una sociedad más justa, de acuerdo a los propios intereses de la gente. Este proceso implica momentos de constante reflexión y estudio sobre la práctica, basada en elementos de interpretación e información que pretende llevar dicha práctica consciente a nuevos niveles de comprensión. (Bustillos, 2001)

Hablar de un proceso educativo popular es hablar de una nueva forma de adquirir conocimientos (Bustillos, 2001), con técnicas y enseñanzas novedosas y alternativas basadas en la propia mirada de la gente que tiene como finalidad recuperar la autonomía personal en cualquier aspecto de la vida, incluyendo su salud. Estas prácticas están basadas en una metodología no escrita, es decir en la apertura de la creatividad y reconocimiento de que cada grupo y cada persona tienen una forma diferente de aprender y por lo tanto nuestra tarea sería explorar estas formas, teniendo como punto de partida lo que el grupo hace, sabe, vive y siente; es decir su mirada, su contexto, su realidad.

La educación popular es una propuesta alternativa, orientada a la generación de espacios y acciones pedagógicas y por ende políticas protagonizadas por los sectores populares, considerada como una herramienta en promoción de la salud ya que sus prácticas implican procesos de reflexión, diálogo y acción colectiva alrededor de problemas construidos por los sujetos individuales y colectivos donde están imbuidos valores, representaciones y significados específicos de cada uno de los sujetos. En la Promoción de la Salud, la definición de los problemas a partir de los cuales se desarrollan los procesos educativos, la hace el sujeto individual o colectivo con o sin el promotor de la salud. (Chapela, 2004)

3.1.1 La educación popular: conceptualización general.

La educación popular es reconocida como una propuesta alternativa, e incluso como una tendencia pedagógica en América Latina. Se comparta o no sus postulados, no se puede negar la importancia e influencias cultural y política de los discursos y prácticas educativas orientadas hacia la generación de espacios y acciones emancipadoras protagonizadas por los sectores populares. (Dussan, 2004)

No obstante, los significativos esfuerzos por construir un cuerpo y coherencia entre lo teórico y lo práctico de la educación popular aun existen dificultades que se originan en el entendimiento mismo de lo “educativo” hasta las fuertes

contradicciones en el concepto de lo “popular”, profundizadas por los efectos de la globalización y la crisis del campo socialista. (Dam, A; Martinic, S; Meter. P., 1992)

Contrario a lo que se puede creer, la multiplicidad de entendimientos y la variedad de prácticas han enriquecido el debate y proporcionado elementos para la confrontación y el análisis. Se puede afirmar, incluso, que gracias a esas diferencias no se tiene hoy un cuerpo monolítico y acabado sino un camino abierto a la búsqueda y a la permanente transformación, un campo en construcción para múltiples entradas y con múltiples perfiles. (Torres, 1994)

Para una mejor aproximación al concepto de educación popular es necesario explorar algunas definiciones de distintos pensadores de América Latina:

- Se entiende por educación popular un proceso colectivo mediante el cual los sectores populares llegan a convertirse en sujeto histórico gestor y protagonista de un proyecto liberador que encarne sus propios intereses de clase. (Peresson, 1986)
- La educación popular es una modalidad de la educación que procura que los sectores sociales tomen conciencia de la realidad y fomenten la organización y la participación popular. (García, 1989)
- La educación popular se define como una práctica social que trabaja, principalmente, en el ámbito del conocimiento, con intencionalidad, con objetivos políticos, que son construir una sociedad nueva. (Osorio, 1990)

- La especificidad de la educación popular radica en ser una intervención intencionada con instrumentos dentro del mundo del saber y del conocimiento, que busca el empoderamiento de sujetos y grupos excluidos, segregados, desiguales, quienes, en el proceso, se construyen en actores sociales que transforman su realidad en forma organizada. (Mejía, Awad, 2003)

Estas definiciones nos remiten a distintos momentos y a diferentes miradas entre los agentes educativos. No obstante de ellas se pueden derivar características comunes:

- Una postura crítica del orden social dominante y un cuestionamiento a la educación institucional.
- Una intencionalidad política emancipadora frente a las estructuras de dominación.
- Un propósito de contribuir a la construcción o fortalecimiento de los sectores oprimidos como sujeto histórico capaz de realizar un cambio social.
- Una convicción que desde la educación se es posible avanzar hacia la liberación, llámese conciencia, cultura o saber popular.

Estas características incorporan la dimensión política y la educativa realizando una unidad. En primer lugar, se habla de procesos que se dan dentro de un universo claro: el de la acción humana, y específicamente el del saber y el conocimiento

practico-teórico. En segundo lugar, que a ese universo, se llega a través de intervenciones que tienen una intencionalidad precisa: la transformación social. Y en tercer lugar, que esas intervenciones no son acontecimientos espontáneos ni sueltos sino procesos planeados y organizados para los cuales se eligen y diseñan instrumentos que hacen posible esa incursión en el universo de la acción humana inmediata y cotidiana. (Mejía, Awad, 2003)

3.1.2 El empoderamiento.

El empoderamiento en educación popular se refiere al desarrollo, en cada persona, de potencialidades y de niveles de autonomía que de manera consiente son colocados en función de la construcción de un proyecto social fundado en la vida y en la solidaridad. (Mejía, Awad, 2003)

Al reducir la educación popular a la educación política, en muchas ocasiones se realizó una educación de baja calidad para los sectores populares sin reflexionar sobre los fines, los contenidos, los métodos más idóneos o sus procedimientos. Se ha demostrado que no basta la opción política, que ésta, también, empodera a quienes utilizan esa nueva condición para generar nuevas exclusiones y, finalmente, que la validez de la educación popular no está garantizada únicamente por su vinculación a procesos políticos. (Dussan, 2004)

En toda relación entre sujetos y, particularmente, en las relaciones pedagógicas, está presente el poder, reproduciendo la dominación-exclusión. Por esta razón se busca a través del trabajo de los educadores populares visibilizar el poder en sus múltiples manifestaciones para descubrirlo como opresión en los procesos de saber y conocimiento y en la vida social, de tal suerte que sea posible construir un poder diferente.

Al establecer rupturas con las relaciones de poder que se configuran y se consolidan desde el saber y en las relaciones sociales, se niegan el autoritarismo, y toda forma de dominación evidente o subterránea desde un supuesto “mayor saber” para aportarle, en cambio, a la posibilidad de una construcción colectiva, razón por la cual la educación popular debe de confrontar toda pretensión de verdades únicas debido a que allí reside el poder como dominación y generar la búsqueda colectiva de caminos diversos y múltiples para el conocimiento y a la negociación, dando cabida a la diferencia pero negando la desigualdad. (Alem, 1987)

3.1.3 La realidad social y su transformación.

El punto de partida para la educación popular es la realidad, asumiendo que ésta es siempre diversa, como diversos son los sujetos, los medios, las interpretaciones, las circunstancias. Por esta razón, niega las prácticas únicas o

de modelos estáticos de operación que se aplican indistintamente de una situación a otra, y se realizan esfuerzos para que las prácticas sean recontextualizadas de acuerdo con los sujetos, grupos y lugares. (Centrulo, 1995)

Al trabajar sobre la realidad, la educación popular avanza hacia una comprensión totalizadora del medio, erosionando las miradas que fragmentan y atomizan la realidad, reconociendo que se opera cada vez más en realidades complejas y difíciles de leer desde centros o teorías únicas y ajustando la acción a las condiciones específicas de los grupos humanos con quienes se relacionan. (Dussan, 2004)

3.1.4 La cultura como escenario básico.

La educación popular reconoce en la cultura su espacio de referencia. Desde ella visualiza y hace prácticas las diferencias tanto entre los seres humanos como entre los grupos. Así la cultura es un espacio sin el cual no es posible desarrollar iniciativas de educación popular, sólo que ahora se trata de culturas fragmentadas y resignificadas.

Desde la cultura nos aproximamos a la vida cotidiana, a los procesos de socialización y a las interacciones comunicativas, tratando de precisar las realidades y las relaciones entre política y conocimiento. (García, 1995)

La existencia del poder en todos los espacios y relaciones entre los seres humanos y, particularmente, en la educación popular, hace del diálogo una necesidad que posibilite la confrontación de saberes, ya que la construcción colectiva de prácticas, saberes, conocimientos y acciones ocurre, en medio de situaciones de conflicto lo que ha conducido a desarrollar una pedagogía del conflicto. Cada sujeto llega a la educación popular con su propia imagen del mundo (subjetiva-colectiva), con su estructura previa, como punto de partida para confrontar lo que sabe con lo que saben los demás. En esa tensión ocurre un proceso de identificación de visiones compartidas, construyendo la diferencia a través de una clara negociación cultural, que, por supuesto, no está exenta de resistencias individuales a lo nuevo. (Mejía, 1995)

Los sectores populares de América Latina reconocen que uno de los más importantes aportes que le han hecho a la educación popular es la recuperación, el reconocimiento, afirmación y valoración de su identidad. Este proceso permite las bases para el empoderamiento como construcción propia de los grupos y los sujetos y no como capacidad dada por otros. Los educadores populares buscan el reencuentro del sujeto consigo mismo, con su quehacer individual y social, con sus prácticas y experiencias, con su medio y sus posibilidades, con su entorno y su cultura, ya que las transformaciones solo son posibles con hombres y mujeres que se conocen, se asumen, se valoran, creen en sí mismos y en lo que son capaces de hacer. (Martinić, García, Ortiz, 1989)

3.1.5 El proceso pedagógico en la educación popular

El proceso pedagógico propuesto por la educación popular se centra en el diseño y desarrollo de un acto educativo que hace posible un diálogo de saberes o negociación cultural a partir del encuentro de esas diversas lógicas, percepciones y visiones, de tal manera que los productos colectivos resultantes tengan sentido y unidad práctica para cada sujeto. La experiencia educativa pretende que los actores se puedan movilizar en acciones concretas dentro del horizonte de un proyecto que todos y cada uno hayan ayudado a construir, tiene significación para cada persona y su entorno, y cada cual esta en capacidad de controlar. Estas condiciones generan conflictos que son recuperados como dispositivos que hacen posible una pedagogía del conflicto, reconstruyendo sentidos y permitiendo el empoderamiento de los actores sociales. (Dussan, 2004)

Desde este punto de vista la experiencia educativa debe de recuperar algunos aspectos que permitan ese logro de sentido y de unidad práctica:

- El respeto a la diferencia cultural y a la complejidad humana.
- La actividad desarrollada debe de trabajar desde las inclinaciones y habilidades del sujeto, de tal manera que pueda desarrollar posteriormente un hacer permanente y más cualificado de su realidad.
- La acción por la que se opta debe de tener sentido en el contexto de cada sujeto.

- La continuidad del aprendizaje debe de ser significativa para cada sujeto, permitiéndole sentir que esa experiencia le significa a él autoconstrucción.(Luria, 1980)
- El reconocimiento en el proceso educativo de otras habilidades además y más allá de lo lingüístico y lo lógico. El aprendizaje no sólo se manifiesta en procesos verbales y de construcción lógica sino también en otras formas de organización y de representación que, al encontrar espacio en la actividad educativa, hacen que el proceso de negociación tenga menos resistencia. (Gardner, 1995)
- La valoración de las teorías, explicaciones e interpretaciones de los sujetos como punto de partida desde y con el cual se reprocesa críticamente la mirada y la postura sobre los procesos sociales.
- La flexibilidad debe erigirse como un criterio básico de construcción no solo del momento educativo, que permite nueva información y nuevas habilidades, sino también para que estas sean recontextualizadas por la vía de la acción en su medio y en su experiencia cotidiana. (Vigotsky, 1934)

El intercambio de saberes busca crear nexos entre las formas de conocimiento formalizado y las de saber común y las actuaciones derivadas de éstos. Por eso es tan importante para los trabajadores populares construir las condiciones previas más propicias para que los actores sociales organicen sus interacciones básicas haciendo del acto educativo un acto global de recontextualización, ello por cuanto

los saberes, metodologías, concepciones pedagógicas y procesos de aprendizaje son recogidos desde el lugar social y cultural del otro. (Bustillos, 2001)

El intercambio de saberes ocurre en un lugar intermedio entre el aprendizaje clásico y un tipo de aprendizaje construido de vivencias a partir de la realidad y que genera acciones que propician nuevos intereses, construye una motivación con capacidad de acción y permite necesidades de formación-autoformación, para hacer posible la transformación. Por eso, el intercambio de saberes no es un cambio solo de contenidos, sino también de estilos de aprendizaje. (Mejía, Awad, 2003)

El encuentro entre saberes y estilos de aprendizaje exige cambiar la mirada entorno a la actividad educativa teniendo en cuenta criterios necesarios para que dicho intercambio sea posible como una estrategia pedagógica. En este sentido, la educación popular requiere, por un lado, de una pedagogía coherente con los procesos de aprendizaje que agencia, y por otro, de la capacidad para establecer esa reflexión diferenciándose de otras perspectivas, intencionalidades y propuestas. No obstante, la educación popular debe de exigirse a sí misma una negociación para conocer y reconocer otras pedagogías, sobre todo aquellas que se desarrollen en el ámbito de la escolaridad y del conocimiento académico acumulado.

La educación popular debe de abrirse a comprensiones variadas. Este es tal vez el criterio más difícil de asumir, ya que se debe de romper con la tradición de un pensamiento político hegemónico que solo acepta comprensiones únicas. Por el contrario, la negociación exige capacidad de interlocución con muchas formas de acción y muchas facetas del conocimiento y sus posibilidades de realización. Aprender del conflicto.

La propuesta pedagógica de la educación popular tiene la capacidad de construir nuevas nociones. El acto educativo entendido como un intercambio de saberes infiere que, si cambian las condiciones del contexto, las nociones con las cuales los sujetos interpretan sus realidades (material, simbólica, cultural, ideológica) también se transforman. Esto significa una gran capacidad para construir nuevas teorías derivadas de las nuevas realidades. Aprender a cambiar en medio del cambio.

El acto educativo desplegado desde la educación popular implica no solo la vida cotidiana de los actores sino también una lógica del conocimiento ligada a procesos de praxis. De allí la importancia de velar por las condiciones educativas, revisar los procesos metodológicos, ajustar los dispositivos y ser más responsables con los resultados, de tal manera que efectivamente se trabaje en la construcción de una praxis emancipadora. Aprender a empoderarse produciendo conocimiento y saber. (Bustillos, 2001)

3.1.6 Vida cotidiana.

La vida cotidiana es el lugar donde se hacen concretos los fenómenos culturales y contextuales. Es también el lugar donde se inician los procesos educativos populares y, desde luego, el lugar a donde se regresa después, a través de una práctica con sentido y con opción transformadora. (Heller, 1994)

La vida cotidiana no puede ser reducida a verdad o a práctica. Al igual que la práctica, la realidad es también múltiple, es la experiencia humana quien la interpreta y enuncia. Este entendimiento es clave para abordar el intercambio de saberes.

La concepción metodológica de la educación popular parte de las condiciones específicas de cada grupo, no de la práctica o de la realidad a secas. Sin duda, su fundamento es la práctica o la realidad, pero pensadas y entendidas en contextos específicos. La vida cotidiana de los sujetos no solo es un concepto más rico y complejo, es también un fenómeno diverso: diversa su práctica social, su realidad inmediata, sus relaciones sociales y sus relaciones con el saber y el conocimiento.

La vida cotidiana es el punto de partida pero no es la única ni generalizable a todos los individuos (por el contrario, es variada); analizarla en profundidad permite superar la mirada en blanco y negro con que a menudo observamos el mundo. Tener claridad a este respecto, permite construir una propuesta

pedagógica amplia y no cerrada en lo popular, en cuanto disputa un proyecto político que impugna éticamente a toda la sociedad, ni reducida a los destinatarios de la acción. (Dussan, 2004)

3.1.7 El ser humano complejo.

La educación popular recupera la complejidad del ser humano, con su cultura, historia, saberes, vivencias, experiencias, necesidades, intereses y aspiraciones. A la educación popular le interesa un individuo que se autoafirma, se reconoce y reconstruye, un individuo capaz de recuperar su huella, su historia personal y su escenario específico para proyectarse en la historia social con una identidad forjada de cara a la construcción de un mundo más digno.

Reconocer al otro como “otro diferente”, esto es, reconocerlo por la diferencia como parte constitutiva de su identidad, permite iniciar los procesos de formación política en tanto que la construcción de la diferencia es uno de sus aspectos centrales. (Dussan, 2004)

3.2 La sistematización.

La educación popular no tiene una concepción metodológica propia. Existen múltiples metodologías y prácticas, que se basan en la sistematización, podemos

entender a la sistematización como, un primer paso que construye un acumulado de saber a partir de la revisión y el análisis de muy diversas prácticas para producir unas primeras elaboraciones sobre lo concreto. (Osorio, 1993) La sistematización es una primera herramienta hacia la producción de teoría. (Maya, 1991)

La sistematización trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte. Sistematizar experiencias significa entonces entender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso.

Por lo tanto, en la sistematización de experiencias, partimos de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica. El dilema está en no quedarnos sólo en la reconstrucción de lo que sucede sino pasar a realizar una interpretación crítica. El eje principal de preocupación se traslada de la reconstrucción de lo sucedido y el ordenamiento de la información, a una interpretación crítica de lo acontecido para poder extraer aprendizajes que tengan

una utilidad para el futuro. En ese sentido, sistematizamos nuestras experiencias para aprender críticamente de ellas y así poder:

- Mejorar nuestra propia práctica
- Compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias similares
- Para contribuir al enriquecimiento de la teoría. (Jara, 2008)

3.2.1 Las experiencias y la sistematización.

Las experiencias son procesos socio-históricos, dinámicos y complejos, individuales y colectivos. No son solamente hechos o acontecimientos puntuales. Las experiencias están en permanente movimiento y abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social. Por ejemplo:

- Condiciones del contexto: Toda experiencia se hace siempre en determinadas condiciones de un contexto, económico, político y social, a nivel local, regional, nacional o mundial. El momento histórico es la condición de posibilidad de cada experiencia, fuera de la cual no es posible entenderla, pues es parte integrante de su realización. En este sentido el contexto no es algo totalmente exterior a la experiencia, sino una dimensión de la misma, ya que ella no sería, no estaría siendo o no habría sido, sino es, en este contexto y por el contexto.
- Situaciones particulares: Ninguna experiencia se puede llevar a cabo fuera de una determinada conjunción de situaciones específicas, que pueden ser

institucionales, organizacionales, grupales o personales; es decir, una circunstancia, y un lugar en el cual se vive una experiencia y le da su dimensión propia, única e irrepetible.

- La experiencia siempre está constituida por acciones, es decir, por las cosas que hacemos o dejamos de hacer las personas. De forma intencionada o inintencionada; planificada o imprevista; dándonos cuenta de su realización o sin reconocerla mientras la realizamos.
- Pero también en toda experiencia se manifiestan las percepciones, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada una de las personas que viven esas experiencias, es decir de los sujetos de las mismas.
- Además, las experiencias incluyen, al realizarse, determinados resultados o efectos, existentes anteriormente. Esto significa que se generan reacciones en las personas que intervienen, las cuales expresan relaciones entre ellas, las cuales por una parte han sido mediadas por los elementos anteriores y por otra son factores desencadenantes de lo que aconteció en la experiencia. Entonces en ese entramado complejo, multidimensional y pluridimensional de factores objetivos y subjetivos que constituyen lo que llamamos experiencia, no hay simplemente hechos o cosas que sucedan, hay personas que piensan, que sienten, que viven, que hacen que esos hechos acontezcan en situaciones determinadas que al hacerlo construyen nuevos contextos, situaciones, emociones y relaciones.

- Una experiencia esta marcada fundamentalmente por las características de los sujetos, hombres y mujeres que la viven. Así las personas vivimos las experiencias con expectativas, sueños, temores, esperanzas, ilusiones, ideas e intuiciones. Las personas somos las que hacemos que ocurran esos procesos complejos y dinámicos, y esos procesos a su vez nos marcan, nos implican, nos impactan, nos condicionan, nos exigen, nos hacen ser. Las experiencias son individuales y colectivas a la vez; las vivimos y nos hacen vivir; somos seres humanos en cuanto vivimos cotidiana y socialmente las experiencias.
- Por todo ello cuando hablamos de sistematización de experiencias, estamos hablando de procesos históricos en los que se van concatenando todos esos diferentes elementos, en un movimiento de interrelación. Por eso como recalca Paulo Freire: “El mundo no es. El mundo esta siendo. Como subjetividad curiosa, inteligente, intervienen en la objetividad con la que dialécticamente me relaciono, mi papel en el mundo no es sólo de quien constata lo que ocurre, sino también de quien interviene como sujeto de lo que va ocurriendo, no soy un mero objeto de la historia, sino igualmente su sujeto”. (Freire, 1999)
- La historia, pues, no está predeterminada; la historia está siendo y nosotros estamos siendo en la medida que hacemos la historia pero en la medida en que nos asumimos como hombres y mujeres, como sujetos creadores y

transformadores de la historia, no como objetos pasivos y resignados ante ella, que nos dejamos arrastrar por los acontecimientos.

- En síntesis, las experiencias son siempre experiencia, cargadas de una enorme riqueza por explorar; cada experiencia constituye un proceso inédito e irrepetible y por eso en cada una de ellas tenemos una fuente de aprendizaje que debemos aprovechar precisamente por su originalidad; por eso necesitamos comprender esas experiencias, por eso es fundamental extraer sus enseñanzas y por eso es también importante comunicarlas, compartirlas. Sistematizar nuestras experiencias en definitiva es un instrumento privilegiado para que podamos realizar todo esto.

3.2.2 Las modalidades o enfoques de sistematización.

No hay una sola manera de hacer sistematización de experiencias. No obstante, se pueden mencionar cuatro posibilidades:

- Desde los actores, en forma participativa.
- Sistematización formal al concluir la experiencia.
- Una sistematización que se hace sobre la marcha.
- Una sistematización con miras al mercado.

Sin embargo, no podríamos usar estas categorías como el único criterio de clasificación, porque hay modalidades que combinarían varios de ellos y hay,

seguramente, muchas otras posibilidades más: regular o irregularmente, una sola experiencia o varias a la vez, en función de crear una nueva estrategia o para mejorar la existente. La sistematización sólo puede ser enfrentada con una gran capacidad creadora y no esperando ninguna receta: significa que tenemos que tomar opciones ante una gran variedad de modalidades posibles. La única “receta” es que la modalidad depende de las circunstancias, el tipo de institución, el objetivo específico que queremos alcanzar, el tipo de experiencia que queremos sistematizar, el nivel de participación de los diferentes actores involucrados. Se trata, pues, de tomar opciones y de impulsar un estilo propio de sistematizar adecuado a las condiciones reales.

3.2.3 El proceso metodológico, las técnicas y los procedimientos.

Este dilema de qué metodología utilizar, qué pasos dar, cuáles técnicas usar, etc., es semejante al anterior: no hay recetas y hay una multiplicidad grande de posibilidades. Lo que si tenemos que tener claro son los criterios por los cuales vamos a escoger una determinada metodología o una técnica específica para aplicarla con un particular procedimiento. Estos criterios debemos tomarlos en cuenta en dos sentidos:

- La secuencia global del proceso que debe cuidar que tenga coherencia global en conjunto.

- Las herramientas, que pueden ser casi infinitas y para cada momento del proceso. (Para hacer registros, recuperación histórica, hacer análisis, síntesis, para comunicar, para socializar, etc.)

En cualquier caso, no debemos perder de vista la integralidad del proceso; que cada herramienta utilizada sirva para alcanzar la visión y el objetivo de conjunto. No debemos engolosinarnos con las técnicas de moda o con una que nos gusta más, sino ser capaces de utilizar las que mejor se adecúen a las circunstancias. Sobre la base de estos dilemas hay una serie de desafíos que quisiera plantearles como una provocación a la reflexión crítica durante la presentación de experiencias que vamos a realizar en estos días.

3.2.4 Ámbito y alcance de la sistematización.

Para sistematizar de manera más fructífera una experiencia tenemos que tomar en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- La delimitación clara del objeto a sistematizar, es decir, qué experiencia, realizada en qué período y lugar. Además, la precisión de algún o algunos ejes de sistematización, es decir, qué aspectos principales de esa experiencia nos van a interesar más. (no se tiene que sistematizar toda la experiencia, ni todos los aspectos).

- El identificar prácticas significativas y no sólo las llamadas “mejores” prácticas. Porque sistematizar una experiencia “fracasada” también podría darnos muchas lecciones.

Este desafío es clave; hay que crear condiciones para llevar a cabo la sistematización de experiencias. Y condiciones en dos terrenos:

- Personales: como por ejemplo disposición a aprender de la propia práctica, sensibilidad para dejarla hablar por sí misma y no hacerle decir sólo lo que nos interesa o nos conviene, tener capacidad de análisis y síntesis, etc.
- Institucionales: como por ejemplo el interés por impulsar una dinámica de equipo y no sólo preocuparse por la estructura organizativa, tener un sistema de funcionamiento institucional, impulsar un proceso acumulativo de la práctica institucional, etc. Es decir, sin ellas, la institución no priorizaría la sistematización y la hace inviable. Es necesario que la institución este dispuesta a destinar recursos y tiempo para ello, así como lo hace para la planificación y la evaluación.

Si la sistematización realiza realmente una interpretación crítica del proceso de la experiencia vivida y extrae aprendizajes, quiere decir que genera un nuevo conocimiento. Ahora bien, aquí el desafío es realmente garantizar que se produzca un nuevo conocimiento a partir de los conocimientos existentes.

- No hay transferencia, transmisión unilateral de conocimientos. El conocimiento siempre supone un proceso activo en la que se relaciona el conocimiento existente con nuevas informaciones, para producir un nuevo conocimiento. La producción de conocimientos realmente nuevos supone desarrollar nuestra capacidad creativa de pensar y no sólo de repetir lo que nos dicen. La sistematización de experiencias, en la medida que tiene por objeto de conocimiento a la propia experiencia, es un factor importantísimo para producir nuevos conocimientos.
- Hay que resolver dialécticamente la relación entre saber empírico y saber científico. Lamentablemente sufrimos un paradigma de ciencia que no valora el conocimiento empírico, el saber local y solo pone énfasis en el conocimiento acumulado, en el saber constituido académicamente. Es un error. La sistematización de experiencias es una gran posibilidad para que se expresen y se desarrollen y divulguen los conocimientos y saberes locales, que tienen mucho que aportar al enriquecimiento del pensamiento científico. Esto también permitirá asumir más creativamente nuestros proyectos, pues no tendremos una actitud pasiva que se reduce a aplicar los conocimientos y verdades que ya existen, sino que impulsaremos nuestra capacidad de crear conocimientos adecuados a la realidad que vivimos y sus particularidades.
- En este campo debemos reconocer que no hablamos sólo de un proceso limitadamente racional. Debemos tomar en cuenta los conocimientos, los

raciocinios, pero también las creencias, mitos, valores, emociones, todas las expresiones de nuestra subjetividad con las que impulsamos nuestras prácticas. Muchas veces esto se pretende obviar, como si fuéramos puramente razón aplicada y no seres humanos que sentimos y somos capaces de hacer cosas porque nos involucramos totalmente en las situaciones que vivimos. Esta dimensión vital e integral es decisiva para generar capacidad transformadora.

- Aquí entramos en un punto clave de carácter epistemológico y que habría que desarrollar con mucho más detalle en otro momento: la relación entre objetividad y subjetividad. El paradigma positivista y patriarcal con el que nos hemos formado, pretende que no valoremos las dimensiones subjetivas, lo cual lleva a que se pretenda tener una neutralidad ante lo que sucede o ante lo que vivimos, lo cual es imposible. Lo que si debemos buscar es objetivar lo vivido y objetivizar nuestra práctica, explicitando y mirando críticamente lo que hacemos, pero no pretendiendo ser neutrales ante ello. De ahí la riqueza de la sistematización hecha por nosotros mismos sobre nuestra propia práctica, porque tenemos todos los elementos con la que nos hemos comprometido en dicha práctica, y lo que necesitamos es un proceso riguroso y claro que nos permita, sin desvalorizar lo subjetivo, objetivizar lo vivido para críticamente poderlo transformar y mejorar en el futuro.

3.2.5 La relación entre “los campesinos y el profesional”.

Este desafío está relacionado estrechamente con el anterior y tiene que ver con varios aspectos:

- La actitud con la que un profesional se acerca a las personas en el campo. Si están dispuestos a aprender también de ellas o no.
- El contexto teórico; esta es una noción que nos parece más útil que el tradicional marco teórico. Tiene que ver con las referencias con las cuales nos hemos aproximado a la experiencia. Tiene que ver con nuestra formación, pero no sólo explícitamente académica o conceptual, sino también con los valores, normas, conceptos de moda, etc., que están presentes en el momento en que llevamos a cabo la experiencia.
- El contexto institucional; de qué manera se concibe o impulsa la relación campesino-profesional. Lo que se valora como positivo o negativo, lo que se aprende de las otras personas del equipo, etc.
- Es útil ver esta relación, siempre, como un proceso de co-aprendizaje, con todas las implicaciones que ello tiene. Igual que en los puntos anteriores, sería importante ver cómo se ha enfrentado esto en las experiencias que se vayan a presentar.

El desafío principal de la sistematización, es el que seamos capaces de pasar de lo descriptivo y narrativo a lo interpretativo crítico. Esto no es fácil, pues no tenemos la costumbre de teorizar, no hemos desarrollado suficientemente nuestra

capacidad analítica y muchas veces nuestra formación nos ha empujado a simplemente ser consumidores pasivos de los conocimientos que otras personas nos querían transmitir. Por ello, muchas veces se confunde sistematización con narración, descripción, relato de lo ocurrido. En el mejor de los casos, se piensa que se trata de reconstruir históricamente la experiencia vivida. Si bien estos aspectos son importantes, en realidad son sólo el punto de partida para la clave de la sistematización, que es el interrogar a la experiencia para entender por qué pasó lo que pasó. No sólo ver las etapas de lo que aconteció en la experiencia, sino, fundamentalmente, entender por qué se pudo pasar de una etapa a la otra y qué es lo que explica las continuidades y las discontinuidades, para poder aprender de lo sucedido.

Aquí es importantísimo entender la dialéctica entre cambios y resistencias. Normalmente se da esta tensión y hay que ver cómo fue que en cada experiencia se la enfrentó. De allí quizás podremos aprender a saber qué es necesario cambiar y qué es más fácil o difícil de cambiar. La interpretación crítica en la sistematización no es una mera explicación de lo que sucedió, para justificarlo. Al contrario, es una comprensión de cómo se pusieron en juego los diferentes componentes y factores presentes en la experiencia, para poder enfrentarla ahora con una visión de transformación.

Por ello, la interpretación no se puede reducir solo a la particularidad de lo que hicimos directamente, sino que deberá relacionar nuestra práctica concreta con el contexto, los desafíos vigentes, las otras fuerzas en juego, para entonces, pretender comprender más profundamente los aspectos relevantes de nuestra experiencia.

3.2.6 Lo participativo.

Este desafío supone ver la forma como los diferentes actores de la experiencia se involucran en el proceso de sistematización. Ahora bien, aunque también las posibilidades son múltiples, quizás un criterio común sería el considerar que los actores no son meros informantes. Que los sujetos de la experiencia, todos ellos pueden participar en su sistematización aportando en la interpretación crítica y no sólo dando informaciones para que otra persona las interprete. Por supuesto, hay que encontrar modalidades que permitan trabajar eficientemente lo participativo y eso supone también una división del trabajo entre diferentes actores, donde incluso puede haber aportes externos que ayuden metodológicamente.

Lo importante es garantizar que quienes vivieron la experiencia tengan un rol importante en su sistematización y no dejarlo en manos de una persona “experta”, que sistematiza a nombre de los demás. Recordemos que la participación no es solo ejecución, implica niveles de involucramiento en las decisiones. Entre las

modalidades posibles, de todos modos, debemos considerar experiencias en las que sistematiza la institución, otras en las que lo hacen los actores locales y otras en las que participan ambos.

La sistematización de experiencias, de la manera que se haga, siempre tendrá que poner acento en la interpretación crítica del proceso vivido. No se fijará tanto en los resultados como la evaluación, ni pretenderá abordar cualquier temática o problemática como la investigación. Si bien ayudará a dar seguimiento a la experiencia, no es en sí misma un mecanismo de monitoreo, sino un aporte crítico al mismo. No sistematizamos para informarnos de lo que sucede y seguir haciendo lo mismo, sino para mejorar, enriquecer, transformar nuestras prácticas. (Construyendo saberes, 2003)

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Chiapas y las zonas participantes.

El Estado de Chiapas se sitúa en el sureste de México. Ocupa una extensión territorial de 75, 634 kilómetros cuadrados. Su población según el último censo realizado por el INEGI en el 2000, asciende a 3, 920, 892 habitantes, distribuidos en 19, 453 comunidades ubicadas en 118 municipios (siete de lo cuales fueron creados por el gobierno estatal, después del conflicto armado de 1994). Administrativamente, el estado se divide en nueve regiones, tres de las cuales – Altos, Selva y Norte- fueron las más afectadas directamente por el conflicto armado.

La región Altos, se sitúa en el centro del estado y su nombre obedece a que su territorio se ubica a altitudes mayores a los 1, 600 metros sobre el nivel del mar. Esta región es la de mayor concentración de población indígena de Chiapas y ha sido un enclave administrativo y comercial desde la época de la colonia. Su principal ciudad, San Cristóbal de las Casas, fue fundada en 1528 y, de alguna manera, continua siendo el símbolo de dominio español y después del ladino, en una región predominantemente indígena. Los Altos también, posee, en términos relativos, el mayor número de municipios en condiciones de extrema pobreza de Chiapas. La combinación de fuertes presiones demográficas, de problemas políticos y religiosos y de un sistema de cultivos de subsistencia, han provocado la existencia de conflictos inter e intra comunitarios, migraciones y expulsiones en las

regiones, desde la segunda mitad del siglo veinte. (CCESC, ECOSUR, PHR, 2006)

La región Selva fue durante varios siglos, la menos conocida y poblada de Chiapas. Denominada por los españoles como “el gran desierto poblado por indios lacandones” fue, hasta la década de los sesenta una vasta región de selva tropical en las que existían unas cuantas localidades indígenas (Ballinas, 1995). Por más de un siglo, la presencia de la población no indígena se limitó a representantes de compañías madereras extranjeras. Sin embargo, como resultado de la gran presión demográfica en los Altos, en la década de los sesenta, el gobierno promovió activamente la colonización de esta región selvática, con la intención de aliviar la presión de los conflictos agrarios, no sólo de los Altos, sino inclusive de otras regiones de Chiapas y del país, para lo cual ofreció tierras en esta región. (Arana, 1990)

Esta región también fue el lugar de destino de la población no católica expulsada de sus comunidades de la región de los Altos, sin embargo, así como había menos conflictos por la tenencia de la tierra, también hubo menos niveles de conflicto entre los miembros de diferentes religiones. En esta región se formaron y se desarrollaron poderosas organizaciones independientes de los campesinos durante las dos décadas previas al levantamiento Zapatista, que resultaron decisivas en la expansión del EZLN.

Por su parte, la región Norte es una zona que se extiende desde las partes altas de Chiapas, hasta las llanuras del estado de Tabasco. Está compuesta por municipios que habían estado cubiertos por una densa vegetación (originalmente de selva tropical), que posteriormente dio paso a actividades agrícolas y ganaderas. También sitio de destino de migraciones provenientes de los Altos, fue forzada a convertirse en un lugar de encuentro, confluencia y convivencia de diversas etnias (las que arribaban y las que habitaban originalmente el lugar de la población Chol), lo cual no siempre ocurrió de manera pacífica.

Chiapas además de ser un estado predominantemente rural es una entidad con una acentuada desigualdad social, en la que su gran riqueza natural contrasta con la pobreza de la mayoría de sus habitantes, lo que impacta en gran medida sus precarias condiciones de salud. Grandes grupos de población no tienen acceso a los servicios de salud mínimos indispensables. (CCESC, ECOSUR, PHR, 2006)

4.2 Chiapas y su situación de salud.

Chiapas es uno de los estados mexicanos con mayor pobreza, marginación y escasez de recursos para la salud. También se ubica como uno de los estados con mayor número de población indígena del país, todo lo cual se refleja en pobres indicadores de salud. Según las propias estadísticas gubernamentales, Chiapas se ubica entre los peores lugares del país en cuanto a mortalidad infantil,

mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y mortalidad asociada a enfermedades infecto contagiosas. El 68% de su población vive sin acceso a agua potable, y el 62.3% carece de condiciones sanitarias adecuadas. En el año 2003, Chiapas tenía la mayor tasa de mortalidad (en hombres y en mujeres) asociadas a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis pulmonar, así como, en población femenina de cáncer cérvico-uterino.

De igual manera, casi una de cada cuatro muertes, ocurren sin atención médica, cifra que ubica a este estado, junto con Oaxaca, en el primer lugar en este indicador. La situación de las regiones de Chiapas más afectadas por el conflicto, es mucho peor que la del resto del estado. (SSA, 2003)

4.3 Antecedentes históricos.

En forma de demanda, el 1 de enero de 1994, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) llevó a cabo un levantamiento armado en Chiapas, México, en nombre de los pueblos indígenas del estado, reivindicando la defensa de sus derechos, particularmente los económicos y sociales. Las precarias condiciones de salud y la falta de servicios para gran número de comunidades indígenas de Chiapas figuraron entre las principales causas de la rebelión zapatista. Después de los intensos combates ocurridos entre el EZLN y el Ejército Federal Mexicano durante los primeros 12 días de 1994, el conflicto adoptó una dinámica en la que

la fuerza de las armas fue sustituida por la denominada “guerra de baja intensidad” cuya evolución aún permanece vigente después de más de una década. La atención a la salud paso a ser un elemento de confrontación entre la posición de resistencia de los zapatistas traducida en una política concertada de rechazo de todos los programas gubernamentales, incluidos los programas de salud y la prestación y el uso de servicios de salud con fines políticos del gobierno, por el otro.

Mientras entraba en vigor el Tratado de Libre Comercio firmado con Estados Unidos y Canadá, en el sureste mexicano una sublevación armada tomaba los municipios de San Cristóbal de las Casas, Altamirano, Chanal, Ocosingo, Las Margaritas, Oxchuc, y Huixtan, pertenecientes al estado de Chiapas. Dicho grupo, de integración indígena mayoritaria, se autodenominaba Ejército Zapatista de Liberación Nacional (en adelante, EZLN) y demandaban once aspectos básicos: trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz.

Como todos los fenómenos en Ciencias Sociales, lo sucedido en Chiapas fue producto de una multiplicidad de factores. Sin embargo, son dos las causas que permiten responder con mayor solidez a los cuestionamientos anteriores:

- 1) la situación prevaleciente en Chiapas.
- 2) la incapacidad del sistema para darle solución.

La situación en Chiapas en 1994 se construía por altos niveles de pobreza, marginación y desigualdad entre la mayoría de sus habitantes. A su vez, el sistema político chiapaneco se caracterizaba por ser oligárquico, clientelar, inestable y represivo. Todo ello, en el marco de la implantación de un modelo neoliberal en América Latina que ocasionó el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población (pérdida del poder adquisitivo, desempleo masivo, disminución del gasto social por parte del Estado). (CCESC, ECOSUR, PHR, 2006)

5. METODOLOGÍA

5.1 El método cualitativo.

La sistematización de las experiencias de este trabajo, se centran en el enfoque cualitativo con énfasis en lo participativo, ya que se considera que los conocimientos sistematizados obtenidos a través del desarrollo de los talleres participativos, desde la perspectiva de educación popular y que tuvieron como producto el manual de salud se construyen a partir de los propios sujetos, en este sentido se busca aceptar, conocer y comprender otros saberes en lugar de tratar de encontrar una explicación científica a su práctica. Ya que se centra en la profundización del conocimiento de una experiencia en particular, con el reto de observar la realidad desde los mismos participantes, desde sus expectativas y deseos, teniendo como horizonte la interpretación colectiva de la misma experiencia.

Esta investigación privilegia lo cualitativo por el reto planteado en el objetivo general, ya que este enfoque permite conocer la mirada de los propios representantes de salud indígenas y como cuerpo principal del trabajo presentar un manual de salud elaborado colectivamente, desde sus imaginarios y proyectos específicos; para lo cual el enfoque positivista es insuficiente debido a que se observa la experiencia desde afuera, con criterios fijos, preformulados por el investigador e inscritos en parámetros de objetividad. Considerando que en el

método cualitativo, la subjetividad es el acuerdo entre sujetos, el juego entre experiencias y saberes.

El método cualitativo considera que las comunidades no pueden concebirse solamente como un objeto de estudio, porque en razón de su naturaleza, son a la vez objeto y sujeto, debido a que el investigador, de alguna manera, está inmerso en ellas con sus representaciones e imaginarios. El “objeto” la experiencia social es un agente activo que esta en la percepción del sujeto, en este caso, el investigador.

Esta metodología fue sustentada en las recomendaciones que hace el autor Mejía, Awad en referencia a los métodos cualitativos que implican básicamente el reconocimiento de las siguientes características:

- El objetivo de la investigación es reconstruir o comprender el sentido que los actores de la investigación asignan a sus acciones en su contexto natural, más que describir los hechos sociales. La realidad es dinámica, global y múltiple construida en un proceso de interacción con la misma.
- El lenguaje es básicamente conceptual y metafórico más que de los números y de los test estadísticos.
- La forma de recoger la información no es estructurada sino flexible y desestructurada (observaciones, entrevistas a profundidad, memorias del taller, cartas descriptivas). Con base a esto, en el presente trabajo se

utilizaron las observaciones realizadas durante los talleres participativos, los materiales con los que se integraron las cartas descriptivas, memorias de cada taller y el manual de salud.

- El procedimiento es más inductivo que deductivo. Prefiere partir de la realidad concreta y de los datos que ésta le suministra para reconstruir el significado de un fenómeno o para aproximarse a una teorización posterior a partir de una teoría y unas hipótesis rigurosamente elaboradas.
- La orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora. Pretende captar el contenido de experiencias y significados que se dan en uno o pocos casos.

Es decir, si se pretende modificar cualquier clase de situación social debemos partir de cómo la viven, sienten y expresan la misma gente y teniendo como punto central su participación. Este método más que preguntar, escucha a las personas interesadas, partiendo del supuesto de que esa opinión es la base para cualquier proceso de cambio.

5.2 Los Participantes.

Este trabajo colectivo contó con la participación de 50 representantes indígenas de salud de diferentes comunidades de las regiones: Altos, Selva y Norte, del Estado de Chiapas. Del total de los representantes de salud indígenas que participaron en

el trabajo, 75% son hombres, y 25% mujeres. El rango de edad promedio de los participantes osciló entre los 35-45 años. Los participantes pertenecen a diversos grupos indígenas entre los que se encuentran; tseltales, tsotsiles, choles y tojolabales.

Por razones de carácter político no se pueden mencionar los nombres de las comunidades con las que se trabajaron. Ni proporcionar datos sobre su ubicación, ni la estructura y función que desempeñan los representantes de salud indígenas.

5.3 El escenario.

Se realizaron los talleres participativos en seis puntos de reunión de las regiones: Altos, Selva y Norte del Estado de Chiapas. Los puntos de reunión son comunidades rurales, tres de ellas marginadas y tres más con alto grado de marginación, todas cuentan con agua potable, dos tienen drenaje, dos cuentan con regaderas, cuatro tienen el servicio de energía eléctrica. En general, los puntos de reunión están conformados bajo la siguiente infraestructura: una iglesia o capilla, una cancha de basquetbol, una escuela, una cocina, un dormitorio de hombres y un dormitorio de mujeres, un comedor y una biblioteca.

5.4 El instrumento.

Los instrumentos utilizados para realizar este trabajo fueron las cartas descriptivas de los talleres participativos, material bibliográfico de apoyo para organizar el intercambio de saberes, las preguntas generadoras, las guías de desarrollo para las técnicas participativas de educación popular, todo lo anterior para apoyar el desarrollo de cada uno de los talleres participativos (Ver anexo).

Los talleres tuvieron una duración de cinco días en cada comunidad con un promedio de 8 a 10 horas de trabajo por día, se realizó un taller (en cada punto de reunión) para explorar cada uno de los siguientes temas:

- ¿Qué queremos sistematizar?
- ¿Qué es la salud?
- ¿Qué es un sistema de salud?
- ¿Qué sistema de salud queremos nosotros?
- ¿Hasta donde queremos que llegue nuestro sistema de salud?
- El manual de salud para representantes indígenas, nuestra forma de sistematizar.

El método de trabajo utilizado fue el taller participativo donde se buscó por parte del facilitador que la técnica de acción estuviera orientada a propiciar cambios significativos en las personas mediante la utilización de formas de expresión de carácter artístico y participativo que involucren de manera activa a las personas. El

taller es una actividad de tiempo limitado, es una experiencia de tipo participativo, su función primordial es educativa (utilizando como método la educación horizontal), concientizadora, informativa; en este sentido se trata de generar condiciones que posibiliten pensar de manera conjunta temas y/o problemas de importancia colectiva. (Ayestarán, 2000)

Durante el desarrollo de los talleres participativos se propiciaron una serie de actividades de carácter teórico-práctico con los grupos de las comunidades participantes y, se construyeron a través de una metodología participativa para reconocer y transformar su propia realidad identificando y priorizando los problemas que más afectan a la comunidad con base en la propia experiencia y en el estudio de temas de formación que respondan a las necesidades de los participantes y del contexto sociocultural.

En los talleres participativos se logró favorecer un espacio de construcción de conocimiento mediante el diálogo y la participación creativa con base en conocimientos y saberes previos y experiencias acumuladas para resolver problemas que afectan a la gente de las comunidades.

Los talleres participativos se basaron en la creatividad y el análisis, para propiciar su desarrollo se realizaron juegos y dinámicas, estos tuvieron diferentes objetivos:

- Animación y confianza.

- Análisis general de problemas.
- Análisis socio-político.
- Para crear soluciones alternativas a los problemas.
- Para desarrollar la creatividad.
- Para alejar el aburrimiento.
- Rescate de nuestros saberes.
- Dibujos para ilustrar lo que pensamos. (Ver Anexo)

Durante los talleres participativos se propició una herramienta de trabajo a través de la cual los mismos actores aportaron sus propios saberes e interpretaciones y las confrontaron estableciendo las relaciones lógicas y movimientos que conforman la experiencia, convirtiéndolo en un saber colectivo.

Es importante mencionar que todos los participantes en los talleres hablaban “castilla”, lo que significa que entendían nuestra lengua y podíamos con facilidad establecer el diálogo y la construcción de nuevos saberes.

5.5 El procedimiento

El primer objetivo específico consiste en identificar, de manera conjunta con los representantes de salud indígenas, los puntos principales que consideren que apoyarían al desarrollo de su sistema de salud autónomo y elegir los temas que

les gustaría abordar en la sistematización. Para lograr este objetivo se realizó un taller participativo que tuvo una duración de cinco días en cada punto de reunión. En cada día del taller se trabajó aproximadamente entre 8 y 10 horas (el horario dependía de como estuviera el clima de la región).

Previo al desarrollo del taller los temas fueron elegidos por los representantes de salud indígenas de acuerdo a las necesidades que surgen en las comunidades a través de pláticas o asambleas que tienen cada uno en sus comunidades, con la finalidad de identificar de forma conjunta con los representantes de salud indígenas los puntos principales que consideraron que apoyarían al desarrollo de su sistema de salud autónomo y, para delimitar los temas de su sistematización que fueron: ¿Qué es salud?, ¿Qué es un sistema de salud?, ¿Qué sistema de salud queremos nosotros? y ¿Hasta dónde queremos que llegue nuestro sistema de salud?

A partir de esto se elaboraron las cartas descriptivas para cada uno de los puntos de reunión, así como se planearon junto con ellos las modalidades, los tiempos y horarios.

Para lograr el segundo objetivo específico se realizaron talleres participativos en cada punto de reunión del Estado de Chiapas de forma conjunta con los representantes de salud indígenas. Estos talleres tuvieron una duración de cinco a

seis días, los días variaban debido a que algunos puntos de reunión estaban muy alejados de las comunidades de las que provenían los representantes de salud, o porque el transporte para los representantes de salud indígenas a veces ya no estaba disponible (solo una vez al día un carro de redilas salía y entraba al punto de reunión para recoger en el camino a la gente de éstas comunidades).

Además tenían que llegar un día antes para reportarse con sus autoridades y supieran que actividades iban a realizar durante estos días, tanto en el punto de reunión como durante el taller, así como para decirles el lugar donde se iban a quedar a dormir, el lugar donde iban a cocinar y comer y el horario de baño. En este último punto, es necesario mencionar que tanto mujeres como hombres (primero salen las mujeres y luego los hombres) tienen que salir del punto de reunión para bañarse en el río o en alguna poza , por lo que tenían un horario en la tarde establecido por sus autoridades que debían cumplir todas las personas (sin excepción alguna) que se encontraban dentro del punto de reunión, para evitar enfrentamientos con otras comunidades alrededor, que estaban cercanas al río o poza, ya sea por cuestiones políticas, o porque están divididas o tienen una ideología diferente.

El horario de los talleres participativos era aproximadamente entre 8 y 10 horas (este horario variaba dependiendo de la zona). Por ejemplo, en la zona Altos comenzaba el taller a las 7:30 de la mañana y terminaba a las 4:30 de la tarde,

esto porque el clima por la tarde es frío y lluvioso. Y en la zona Selva el taller empezaba a las 6 de la mañana y terminaba a las 5 de la tarde, debido a que esta zona es muy calurosa.

En cuanto a la asistencia por parte de los representantes de salud indígenas en los talleres participativos, dependía de diversos factores. Por mencionar algunos, si la comunidad de la que salían estaba muy retirada del punto de reunión y no llegaban, si no alcanzaban transporte para viajar hasta el punto de reunión, o si la fecha en que tocaba taller se juntaba con otras actividades que tenían que hacer en su solar o en su pueblo, o si en esa fecha tenían que sembrar o cosechar la milpa, café, plátano, etc., si les tocaba hacer tequio dentro de su comunidad, o si les tocaba hacerse cargo de la casa de salud o clínica de salud en sus comunidades, etc. A pesar de estos factores el promedio de asistencia a los talleres participativos por parte de los representantes de salud indígenas era entre 10 y 15 personas, entre hombres y mujeres y de acuerdo a la zona a la que pertenecían.

En estos talleres participativos se vieron los temas que se mencionaron anteriormente. La información en cada uno de los temas fue abordada con dinámicas y técnicas participativas de educación popular y también con juegos tradicionales de las comunidades indígenas. Asimismo, el lugar donde se llevaban a cabo los talleres variaba, podría ser en una cabañita rural, en un aula de

primaria hecha de madera y zacate, en el campo, en una palapa, en un templete o la sombra de una ceiba.

En cada punto de reunión, los representantes de salud indígenas se mostraron muy participativos cada vez que se llevaba a cabo una dinámica o juego para abordar algún tema en específico de acuerdo al taller.

Para cumplir con el tercer objetivo se recopiló la información más importante mediante las siguientes herramientas metodológicas:

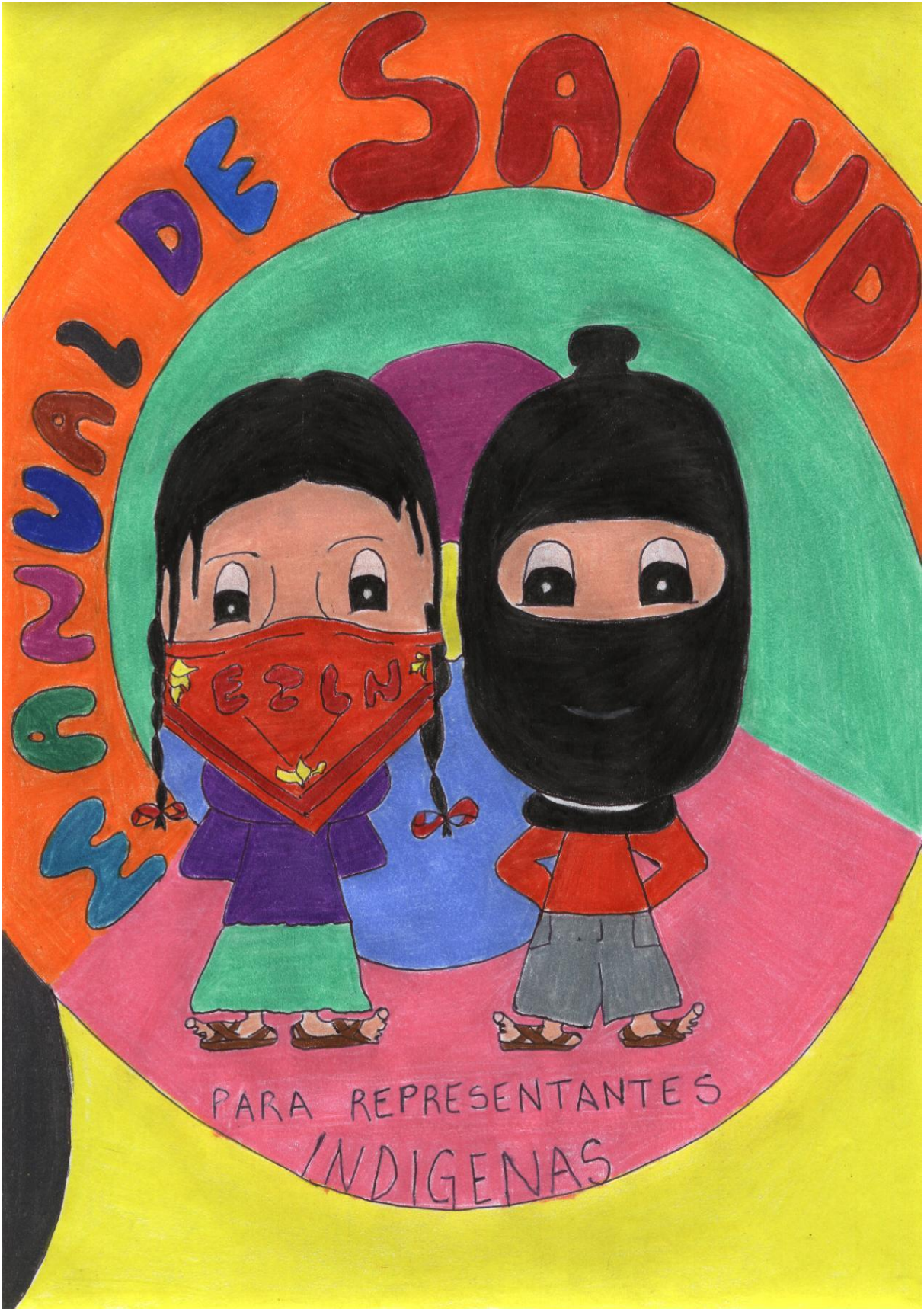
- Memorias de cada taller.
- Anotaciones de campo de cada comunidad.
- Observaciones (Esto con la finalidad de descubrir los principales intereses, y dificultades de los participantes).
- Cartas descriptivas.

Para elaborar el cuarto objetivo específico se realizó un taller participativo con los representantes de salud indígenas de los seis puntos de reunión para la sistematización del manual de salud, así como su participación para elaborar las ilustraciones de éste manual.

Este taller tuvo una duración de 5 días. Durante este periodo, los representantes de salud indígenas de los distintos puntos de reunión se dedicaron a sistematizar

la información más importante de cada uno de los temas que ellos consideraban que deberían formar parte del manual de salud, respetando la cultura, el conocimiento y saber que había entre un punto de reunión y otro. Rescatando más la idea de que le deberían poner más énfasis a su forma de concebir la salud y tradiciones que a los conocimientos existentes o académicos. Asimismo las ilustraciones fueron seleccionadas de acuerdo a su cultura, a la forma de ver su salud, de cómo sería la salud ideal dentro de sus comunidades y a los dibujos que ellos tenían en sus memorias.

En cuanto a la selección de las dinámicas que deberían poner para que los promotores de salud indígenas reflexionaran mejor los temas del manual de salud, ellos decidieron que deberían elegirlos de acuerdo a lo que más se parecieran a la forma de jugar en sus pueblos y tomar solo algunas de las dinámicas que se proporcionaron en los talleres, que ellos consideraban de importancia en el manual de salud para el mejor entendimiento de un tema y para mejorar su práctica dentro de las comunidades. (Ver Anexo)



PRESENTACIÓN

Este manual es el compromiso de muchos hombres y mujeres que viven en distintas comunidades autónomas del estado de Chiapas, está elaborado con conocimientos, reflexiones pero sobre todo experiencias e historias de vida de personas que viven inmersas en una enorme discriminación social, económica y cultural.

Impregnado de la sonrisa y la esperanza de creer que un mundo mejor, es posible.

Cargado de alegría, la alegría de saber que se hace comunicación y no separación; la alegría para comprender y no sólo medir; la alegría para vivir la vida de las comunidades; la alegría para solidarizarse con los problemas de las personas; la alegría de pensar que nuestra salud y nuestra vida pueden mejorar.

COMO LEER ESTE MANUAL

Para que puedas leer este manual más fácil, tienes que saber que esta dividido en varias partes:

- Un resumen general de los temas que vimos en los talleres participativos.
- Un resumen de nuestras principales ideas, puedes saber que son nuestras ideas por que veras antes el siguiente dibujo:



- Las preguntas de reflexión que surgieron en los talleres para cada uno de los temas, las podrás ver después del siguiente dibujo:



- Los dibujos que hicimos en los talleres para hacer más fácil nuestro aprendizaje, están numerados, puedes relacionarlos con el texto, cuando veas **(dibujo 1)**. Recuerda que los dibujos nos hacen recordar y es más fácil aprender y leer un texto si te detienes a mirarlos.
- Las lecturas importantes, son lecturas que tienen mucha relación con lo que estamos hablando y vienen en la parte final de cada tema.

Recuerda que el manual, es una herramienta de lo que ya trabajamos antes, el texto, los dibujos y las lecturas sirven para que recuerdes las cosas más importantes.

Ten ánimo y paciencia, sino comprendes algo, ve los dibujos, recuerda los juegos que hicimos, seguramente te acordarás y verás lo fácil y divertido que es aprender.

TEMAS

1. ¿Qué es la salud?

- Salud: Diferentes definiciones.
- ¿Qué es un problema de salud? Determinantes de la salud.
- Atención Primaria de la salud, con sus ejes: promoción, prevención y atención a la salud.
- Lecturas importantes sobre nuestra salud.

2. ¿Qué es un sistema de salud?

- Definición de sistema de salud, las políticas y los enfoques que utilizan (asistencialistas, prevención y promoción)
- El sistema de salud mexicano.
- Sistemas de salud de otros países, Canadá.

3. ¿Qué sistema de salud queremos nosotros?

- Diagnóstico de salud comunitario participativo.
- ¿Cómo definir nuestro sistema de salud junto con la población?

- Ejemplos de diagnósticos de salud comunitarios participativos.

4. ¿Hasta dónde queremos que llegue nuestro sistema de salud?

- Planes de salud globales y comunitarios.
- ¿Cómo planificar proyectos de salud?

SALUD



¿QUE ES SALUD?

1. ¿QUÉ ES LA SALUD?

Salud: Diferentes definiciones.

La salud es una palabra que esta siempre en movimiento, tiene muchas formas de ser definida, dependiendo de la época y la cultura en la que se desarrolle, también depende de quien hable sobre ella, por ejemplo, si la persona es un médico, un músico o un campesino.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en hacer políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, el objetivo de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como ***"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades"***.

Por otro lado, nuestra cultura maya ya tenia un concepto claro de la salud y la enfermedad, ampliamente ligado a su cosmovisión o forma de

ver el mundo. Para los mayas los conceptos de equilibrio y desequilibrio eran primordiales en la salud y en la enfermedad. Para mantener la salud, el individuo debía de mantener armonía con la naturaleza, la sociedad y la divinidad. El rompimiento del equilibrio en cualquiera de estas tres relaciones podía ocasionar enfermedad y para recuperar el estado de salud, era necesario restablecer el equilibrio perdido.

Uno de los equilibrios que debía mantenerse era el del calor y el frío. Estas categorías no estaban vinculadas necesariamente con la temperatura sino con ciertas características que podían tener las personas, los animales y los objetos, tales como su asociación con ciertos elementos de la naturaleza. Por ejemplo, los elementos asociados con el agua eran conceptualizados como fríos. Una prolongada exposición de una persona a la lluvia, el sol o el aire podían ocasionarle un desbalance caliente/frío y enfermarla. Para restablecer el balance, se utilizaban hierbas medicinales. Si la persona estaba enferma por exceso de calor se le aplicaba una medicina fría, la cual se consideraba que contrarrestaba los efectos del calor.

La armonía con la sociedad se quebrantaba cuando se violaba el código de conducta social. Las peleas familiares, el chisme y la envidia eran consideradas ofensas sociales y causas de enfermedad. **(Dibujo 1)**



AJ
Puch

DEIDAD DE LA MUERTE

DIBUJO 1

Asimismo, la armonía con la divinidad se podía romper si el individuo no oraba, mostraba falta de fe o incumplía sus deberes religiosos. En tal caso podía ser castigado con una enfermedad.

También se consideraba que unos individuos estaban más propensos a la enfermedad que otros. Los que tenían la sangre débil estaban más expuestos. Esta situación de debilidad podía deberse a una característica permanente o temporal. Por ejemplo se creía que las mujeres eran más débiles que los hombres y que la gente joven era más débil que la de mayor edad. Asimismo se pensaba que estar en pecado ocasionaba debilidad. **(Dibujo 2)**

Los mayas pensaban que las enfermedades eran causadas por cosas sobrenaturales y naturales. Entre las primeras se incluían seres sobrenaturales o seres humanos con poderes sobrenaturales para causar la enfermedad. Entre las segundas se contaban accidentes, deficiencias o excesos. Los accidentes, los excesos y las deficiencias también podían causar enfermedad. La pérdida de sangre, por ejemplo, podía significar la muerte. De acuerdo a la concepción maya, la sangre no se regeneraba: es decir, se creía que la cantidad de sangre en el cuerpo era limitada y si se perdía, no se ponía a reponer.



ITZAMNA

DEIDAD DE LA MEDICINA

DIBUJO 2

El cuerpo debía de mantener un equilibrio entre frío y calor. Si este equilibrio se rompía por exceso o falta de calor o frío, se producía enfermedad. Para poder curar las enfermedades, los mayas necesitaban establecer sus causas. Una vez que éstas se descubrían, se procedía al tratamiento adecuado. Por ejemplo, si se determinaba que la causa de una enfermedad era una ofensa a las deidades, se requería que el enfermo confesara su culpa y cumpliera una penitencia. Si la enfermedad se debía a la acción de algo sobrenatural, se tomaban medidas para contrarrestarla.

Estas medidas podían ser actos de adivinación y conjuros. Si se diagnosticaba que una enfermedad era caliente, entonces se aplicaban medicinas conceptualizadas como frías. Una forma de diagnosticar era por medio de la adivinación. Para ello los adivinos utilizaban varios métodos. Uno era tirar, contar e interpretar ciertos elementos como granos de maíz. La interpretación se hacía de acuerdo al conocimiento del calendario adivinatorio de 260 días. Otro método era interpretar ciertos movimientos en el cuerpo del adivino. **(Dibujo 3)**

El conocimiento de las causas de las enfermedades se heredaba dentro de una familia. Cuando este conocimiento era insuficiente, se

administraban pociones a los enfermos que les provocaban ciertas reacciones.



IXCHEL

DEIDAD DE LA LUNA, LA MEDICINA

DIBUJO 3

Estas servían para confirmar o rechazar un diagnóstico. El baño se utilizaba con propósitos higiénicos o curativos. Las personas se bañaban en los ríos o en el temascal, servía para la limpieza del cuerpo, relajación, curación y purificación ritual. Las parteras entraban con las mujeres embarazadas al temascal y ahí les daban masejes durante el embarazo y después del parto.

Los grupos mayas contaban con diferentes especialistas médicos. Unos trataban toda clase de enfermedades; otros solo se especializaban en un aspecto de la medicina. Unos trataban únicamente a los nobles; otros, a los vasallos. En el grupo poqomam por ejemplo, existía un médico general que debía ser noble y sólo atendía a personas de su mismo estrato social. Además de médico era, orador, maestro y consejero.

Como médico se encargaba de dar remedios, llamar al adivino y hacer que el paciente confesara sus faltas, además había especialistas como los componehuesos, los herbolarios, las parteras y los cirujanos. Los componehuesos trataban las fracturas de huesos. Para ello utilizaban masajes, vendajes, plantas medicinales y objetos con poderes sobrenaturales que los ayudaban a diagnosticar y curar. Los herbolarios no tenían poderes sobrenaturales pero contaban con un amplio

conocimiento de plantas curativas. La parteras examinaban a la mujer embarazada, le prescribían dietas alimenticias y reglas de higiene y la atendían tanto a la hora del parto como durante su periodo de restablecimiento. Y practicaban rituales en los que se hacían cosas con el cordón umbilical dependiendo de el sexo del bebé. Los cirujanos se dedicaban a extraer piezas dentales y objetos extraños, drenar abscesos, suturar heridas y practicar amputaciones.



Para nosotros la salud es tener una vida digna, para una buena educación, una buena alimentación, estar sano, fuerte, cantar, reír, bailar, jugar, pensar y buscar la manera de prevenir y promover la salud de manera organizada, desde las familias, desde nuestro pueblo. Tener acceso y control de nuestro sistema de salud con información clara y autonomía.

¿Qué es un problema de salud?. Los determinantes de la salud.

Para tener salud el hombre debe de estar en equilibrio con el medio ambiente que lo rodea (agua, aire, plantas, animales, familia, comunidad.). Cuando se pierde este equilibrio se produce una enfermedad o un problema de salud.

Estos problemas de salud se pueden ver en nuestro cuerpo pero algunas otras veces no, algunas cosas que nos pueden causar problemas de salud son:

- Agua contaminada, basura, uso de químicos
- Los parásitos pueden dar enfermedades como las lombrices, amibas, sarna.
- Los insectos pueden transmitir enfermedades como el dengue o el paludismo
- Estar muy triste, enojado o desesperado
- Enfermedades crónicas como la diabetes o la presión alta
- Cáncer o enfermedades que tienen que ver con la herencia
- No tener con los recursos economicos para vivir dignamente.
- Problemas sociales y políticos en nuestra comunidad.

- Nuestra forma de ver la vida o nuestra cultura puede decirnos también por que nos enfermamos, por ejemplo, en la cultura maya, las envidias causan enfermedades.
- Nuestro estilo de vida, es decir la forma en la que comemos, hacemos ejercicio y nuestro trabajo.

Para tener salud se necesitan varios factores como: tener casa, techo, vestido, agua, letrina, una alimentación variada, de cantidad adecuada y limpia. Para estar sanos necesitamos tener un lugar donde vivir y tierra donde sembrar. Si estamos sanos podemos estudiar, ir a la escuela, jugar, cantar, reír y trabajar. También necesitamos dinero para comprar cosas como azúcar, jabón o para pagar algún servicio. Todo esto se llama determinantes de la salud, que significa que con ellos podemos estar sanos; además de ser determinantes de la salud son Derechos Humanos y todas las personas deberíamos de tenerlos.

Atención Primaria de la salud, con sus ejes: promoción, prevención y atención.

Todas las personas debemos de involucrarnos en la salud, sin importar si somos o no promotores de salud. Las personas de manera individual

pueden hacer cosas para buscar la salud, como lavarse las manos antes de comer o tener su casa limpia, tratar de vivir una vida sin violencia, organizarse en su comunidad para resolver sus problemas. La familia es el primer lugar donde aprendemos a cuidarnos, a cuidarnos para no enfermar. La comunidad es muy importante ya que con la organización y participación podemos lograr una comunidad sana que cuide sus recursos y medio ambiente.

El gobierno o el estado es el encargado de dar los servicios necesarios que proporcionen o busquen la salud. La salud no la garantiza los hospitales, ni los médicos; los responsables de que estemos sanos no son los promotores de salud. La salud nos involucra a todos y todos debemos de participar para tener mejores condiciones de vida y salud.

La Atención Primaria de la Salud es un término muy amplio que incluye varias cosas como la promoción, la prevención de la salud, la detección temprana de enfermedades así como su atención. La Atención Primaria de la salud trabaja con la población sana y con la población enferma. Se busca salud para todos. Las principales características de la Atención primaria de salud son:

- Promoción de la Salud

- Incremento de las acciones preventivas
- Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos
- Suministro de alimentos y medicamentos
- Salud materno-infantil y planificación familiar
- Adiestramiento y capacitación del personal
- Trabajo en equipo y participación activa de la comunidad
- Tecnología adecuada y de bajo costo
- Ampliación de la cobertura e integración de servicios de salud
- Saneamiento ambiental básico.

Es muy importante la participación de la comunidad para poder lograr la salud. La atención primaria tiene 3 principios fundamentales, que son:

Equidad: Que todos somos iguales. Se identifica con justicia social, implica desde el punto de vista de salud, garantizar el acceso igual para todos a la atención médica y a los servicios de salud.

Solidaridad: Que todos participemos. Significa que todos los elementos de la sociedad se sientan responsables y comprometidos en los planes, programas y acciones para la salud.

La Sustentabilidad: Que se sostiene sólo. Se entiende como la posibilidad de asegurar la permanencia de los servicios de salud, apoyándolos en lo político, en lo económico, en lo técnico y en lo social.



ES NUESTRA PALABRA...

Para nosotros cuando la gente no participa es como si estuviera enferma. La enfermedad también empieza cuando uno no tiene maíz, frijol o que comer.



PARA PENSAR JUNTOS...

¿Por qué es importante que tengamos una definición propia de salud?

¿Qué es para nosotros un problema de salud?

¿Por qué son importantes las acciones de promoción y prevención de la salud en nuestras comunidades?

Lecturas importantes sobre nuestra salud.

Algunas lecturas importantes que tenemos que conocer porque tratan sobre la salud y sobre nuestra cultura son: La declaración tzotzil sobre la salud, escrita en 1974 y la declaración de Moisés Gandhi:

Declaración tzotzil sobre salud.

Entre los días 12 y 16 de octubre de 1974 se celebró el I Congreso Indígena "Fray Bartolomé de las Casas", organizado por el comité del mismo nombre, en San Cristóbal de las Casas, Edo. De Chiapas. Aproximadamente unos mil quinientos indígenas de cuatro grupos étnicos de los Altos de Chiapas (tzotziles, ch'oles, tojolabales y tseltales), discutieron con el gobernador del estado cuatro temas esenciales para su supervivencia, ya de por sí precaria: tierra, comercio, educación y salud. Reproducimos a continuación la ponencia sobre salud presentada por Pedro Juárez, integrante de la delegación tzotzil al Congreso. Nos sentimos en una situación difícil. Por un lado la medicina tradicional de yerbas y por otro la medicina de los doctores. Vamos a presentar nuestro problema examinando estos dos temas.

Medicina del doctor.

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena. En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera. Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensando que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría. Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces solo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende la medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.

Medicina de yerbas.

La medicina de yerbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias. Sabemos que de las yerbas sacan pastillas; pero nadie

estudia nuestras yerbas para que nos digan cuáles son buenas y para qué. De entre nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige.

Soluciones:

Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.

Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación.

Que se oriente a los indígenas sobre higiene y medicina preventiva para que se acabe el miedo.

Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua.

Declaración de Moisés Gandhi

Definición de Salud:

Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad sea social o política. Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente l@s indígenas se puedan determinar de manera autónoma, y donde la pobreza, la militarización y la guerra destruyen la Salud. Este bienestar abarca lo físico y lo mental. Esto significa tener buena alimentación, buena vivienda, mantener la higiene en las casas, tener agua potable, luz y servicios médicos; que no haya contaminación por agroquímicos en la tierra y al medio ambiente ya que perjudica a la población, tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización, tener libertad, respeto a la cultura y justicia.

Cómo queremos que sea la Salud:

Consideramos que la salud debe tener necesariamente las siguientes características: 1. Para tod@s: la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s. 2. Neutralidad: como trabajador@s de la salud debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero... 3.

Responsabilidad: la salud debe estar en manos del pueblo, y debemos demostrar que el trabajo de l@s promotor@s es importante y eficaz y que no lo pueden llevar a cabo sin el apoyo del pueblo.

Situación actual:

Frente a la construcción colectiva de lo que entendemos por salud, en el presente foro l@s asistentes encontramos que en la situación de guerra que se vive en las comunidades, el gobierno ha convertido la salud en un arma, (existen interrogatorios en las consultas y son condicionadas con el fin de que los enfermos no estén organizados), en una herramienta más para destruir los esfuerzos organizativos de los pueblos.

De esta forma, sin justicia, sin respeto a la dignidad de la población, la salud es propiedad de un pequeño sector de la población, y la atención médica es para quien tiene dinero para pagarla: la salud no es para tod@s. Cuando las comunidades intentan capacitarse para responder a las necesidades de salud, el gobierno trata de destruir este esfuerzo, queriendo que la población no sea responsable de su salud, sino solo objeto de programas gubernamentales; considera la salud como un

problema solamente médico, sin relacionarlo con las condiciones de vida y trabajo de la población.

Estas condiciones de vida y de trabajo, de por sí malas, son afectadas todavía más en esta situación de guerra. Esta guerra, no declarada públicamente por el gobierno, es algo real en las comunidades, permanente y de "alta intensidad". Porque cada día hay más muertos y más sangre. La baja intensidad era antes, ahora no. Están matando dirigentes y amenazando sacerdotes: esto es alta intensidad. La militarización, afecta profundamente la vida de la población. Todas las acciones del ejército están dirigidas a desestabilizar, para dividir, para controlar. Las comunidades denunciamos que contaminan nuestros ríos, violan a nuestras mujeres, controlan represivamente, ocupan los auditorios municipales y las escuelas, introducen el alcoholismo, la prostitución y la droga en nuestros pueblos, no podemos transitar libremente, obligan a las mujeres a controlar la natalidad esterilizándolas o poniéndoles dispositivos sin su consentimiento, cuando dicen que dan ayuda social en realidad están dividiendo a las comunidades, a l@s vecin@s, a las familias. Esto, unido a la miseria que se vive en las comunidades, agrava las condiciones de salud.

El papel de l@s promotor@s

L@s promotor@s somos personas elegidas por la comunidad para promover acciones que de manera organizada permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población. El sistema gubernamental de salud impone a l@s promotor@s o trabajador@s de la salud, dificultades que impiden el desarrollo de sus actividades. La situación de violencia y represión se manifiesta de diferentes maneras en la salud. Los medicamentos, las clínicas, los programas de vacunación y otros, se convierten en campo de batalla y en instrumentos de los partidos políticos, los militares, paramilitares, sectas religiosas, instituciones gubernamentales de salud como IMSS, SSA, COPLAMAR, DIF, CAS, INI, SEDESOL y otros agentes que intervienen dividiendo a las comunidades, ofreciendo becas y sueldos e intentando destruir el trabajo de l@s promotor@s de salud.

L@s promotor@s de salud somos desconocid@s por el gobierno y algunas comunidades no nos valoran porque no tenemos título oficial de estudios, porque no regalamos medicinas, porque no tenemos medicamentos. Mientras nuestro trabajo se basa en el amor y el servicio a nuestras comunidades y a nuestro pueblo, las dependencias gubernamentales nos dividen, nos ataca el gobierno con sus "promotor@s" de escasa formación y que reciben sueldo, regalan

medicinas y vivimos el desprecio y el hostigamiento de las sectas y el ejército, porque no nos dejan cumplir nuestro trabajo de salud, nos interrogan, revisan nuestros libros y materiales y nos acusan de delitos que no cometemos como narcotráfico y portación ilegal de armas.

Como promotor@s de salud, **reconocemos** que tenemos una tarea importante en la recuperación de nuestra cultura y la valoración de nuestra dignidad como aportes para la prevención y la curación de las enfermedades. La cultura de nuestros pueblos nos une, nos da identidad y nos ayuda en el trabajo comunitario y de salud, por eso **insistimos** en la necesidad de compartir los conocimientos con hueseros, curanderos, iloles (médicos tradicionales) y parteras.

Reafirmamos la necesidad del uso y la promoción de diferentes maneras de prevenir y de curar más de acuerdo a nuestras culturas y que estamos recuperando. Valoramos la importancia de estar organizados, de tener encuentros, pláticas, asambleas, donde se intercambien conocimientos sobre plantas medicinales y otras experiencias. También **entendemos** que es nuestra tarea fortalecer las medidas preventivas en la comunidad: agua potable (no solo entubada), letrinas, basura, huertos, etc. En algunas comunidades estamos

llevando el control de la vacunación. **Manifestamos** la necesidad de que l@s promotor@s de salud estemos capacitad@s integralmente en los diferentes métodos de promoción, prevención y atención a la salud, compartiendo estos conocimientos con toda la comunidad para reencontrarnos con la salud, la amistad y la confianza de nuestr@s ancian@s para que su conocimiento no se pierda.

Como promotor@s, **valoramos** la importancia de tener información para tod@s y ante la violencia que nos rodea creemos importante y necesario su análisis, su denuncia ante organismos de Derechos Humanos y la coordinación con otras organizaciones de diferentes municipios y estados, para compartir y escuchar las experiencias de otr@s. De esta forma podemos responder a los ataques organizada y políticamente.

Como promotor@s **intentamos** evitar que la violencia entre a nuestras familias y comunidades, y consideramos este Foro-Encuentro como una estrategia más para resistir la violencia. También sentimos la necesidad de conocer las leyes y los derechos humanos para denunciar las violaciones a los mismos. **Acompañamos** al pueblo que vive todos los días las muchas caras de la violencia. No es solo la guerra de las balas

sino la violencia que se manifiesta por la falta de empleo, el hambre, la pobreza, la carestía de los productos básicos y la falsa información de los medios de comunicación. Ante esta realidad, el pueblo plantea muchas acciones de resistencia. En algunas de ellas l@s promotor@s participamos:

- Resistencia en el pago de la luz.
- Resistencia a programas del gobierno, porque no queremos limosnas ni sobornos, manteniendo las organizaciones independientes.
- Resistencia al pago de las contribuciones ejidales.
- Denuncia de las violaciones a los derechos humanos.
- Acompañar las marchas para que el ejército salga de las comunidades.
- Hacer cooperativas de consumo básico.
- Hacer tomas de tierras.
- Exigir la libertad de los presos políticos.
- Elaborar medicamentos para cuando se necesiten.
- Respondiendo a las agresiones sin violencia, pero organizada y políticamente.
- Acompañar a los refugiados en las montañas y solidarizarse con ellos.

- Suspender y rechazar la venta de alcohol y la introducción de la prostitución en las comunidades y en las cabeceras municipales.
- Informar de lo que pasa en las comunidades.

Al igual que el pueblo, **resistimos** la guerra con la fuerza de la organización, con valor, esfuerzo, experiencia y conciencia con la fuerza de la palabra de Dios, con la fuerza de nuestras costumbres, culturas y tradiciones; y también ayudándonos ante el sufrimiento y la tristeza aunque haya angustias y temores. Ante esta situación de violencia y guerra **exigimos** que salgan de nuestras comunidades todos los grupos militares, paramilitares, guardias blancas, seguridad pública y judiciales que nos atacan y cada vez más se meten en nuestras comunidades, con la excusa de dar un servicio.

En las **comunidades indígenas seguiremos resistiendo** hasta las últimas consecuencias aunque nos provoquen, porque no queremos más violencia. La intervención del ejército, "guardias blancas" y seguridad pública ha violentado nuestro sistema de vida comunitaria. Sin embargo, seguimos resistiendo sin caer en la provocación, seguimos unidos y organizados; buscando siempre la unión de la medicina tradicional y herbolaria para resistir con nuestro propios recursos.

Damos la orientación necesaria a nuestras familias y comunidades para evitar caer en las trampas del gobierno y su ejército.

Las mujeres participamos como promotoras de salud y reclamamos justicia, igualdad, libertad, el derecho al descanso, a decidir el número de hijos; a participar en la toma de decisiones que afectan a la familia y la comunidad, en el manejo de fondos dentro de la vida de las familias, comunidades, ejidos y organizaciones. Aunque se ha avanzado en la igualdad de hombres y mujeres, todavía queda mucho por hacer, como ejemplo, que los hombres revisemos nuestra actitud hacia las mujeres y aprendamos a vivir en igualdad. Se están realizando acciones en las comunidades para intentar disminuir la desigualdad (cursos, cooperativas, talleres, etc.). Las mujeres pedimos una ley que defienda nuestros derechos. L@s promotor@s de salud debemos poner el ejemplo en nuestros hogares viviendo en igualdad entre mujeres y hombres. La intervención del ejército en nuestras comunidades nos ha obligado a cambiar nuestras rutas y horarios de trabajo, las mujeres ya no podemos caminar cerca de los retenes porque tenemos miedo a ser violadas. Procuramos ya no salir en las noches, porque somos atacadas por el ejército. Queremos una nueva educación para nuestr@s hij@s para ir evitando las desigualdades entre hombres y mujeres. Tomamos

como requisito fundamental para la defensa de nuestro trabajo en salud a nuestra organización, buscando siempre la participación de las mujeres en todos los niveles, porque la lucha es pareja y decidida. Por todo lo anterior, l@s promotor@s:

Declaramos que la salud debe estar en manos del pueblo, solo así se garantizará que llegue a tod@s y evitará que sea una política impuesta de afuera. Solo así podremos hacer valer nuestro trabajo, que se respeten nuestras tradiciones en salud, nuestra cultura y forma de ser.

Declaramos que el pueblo es capaz de cuidar su salud y tomar sus propias decisiones, que la comunidad debe participar en la elaboración de las políticas de salud, debe tomar las decisiones y vigilar que se cumplan. Los indígenas tenemos derecho a la tierra, el trabajo, la vivienda digna, el agua, etc. Y tenemos derecho a controlar todos los recursos que son de nuestros pueblos y forman parte de la salud.

Declaramos que la salud en manos del pueblo es parte importante de la democracia y autonomía. Por ello, exigimos participar en la creación de nuestras propias leyes de salud por las que se rijan nuestras comunidades. Que nuestro trabajo, apoyado por la comunidad, sea reconocido oficialmente por el gobierno, para tener acceso a los recursos

humanos y materiales del Estado en la promoción, prevención, atención y capacitación de la salud.

Declaramos que queremos: cambiar el sistema y unirnos l@s promotor@s, las comunidades y los pueblos; exigir que se cumplan los derechos que les quitaron a nuestros padres; exigir precios justos a nuestros productos y el manejo de los bienes y recursos naturales de nuestros territorios (ríos, bosques, ruinas, etc.).

Declaramos que tenemos el derecho a estar informad@s sobre los servicios que las instituciones de salud están obligadas a dar para garantizar que se cumplan y que el servicio llegue a tod@s con el personal necesario y capacitado.

Declaramos que para la atención de la salud en tiempo de guerra, como el que estamos sufriendo, es importante estar prevenidos y definir estrategias claras de información y prevención, entre otras. Algunas de ellas son la capacitación sobre los posibles problemas de salud mental y su tratamiento, preparación en primeros auxilios, análisis con las comunidades sobre la situación en que se vive así como técnicas para el tratamiento del agua, etc.; preparar grupos de nutrición y alimentación y comités de salud. Es necesario tener preparado un botiquín de emergencia con plantas medicinales y medicamentos de patente.

Declaramos que la atención a l@s niñ@s, ancian@s y discapacitad@s se vuelve principal así como la asistencia a las familias que tienen que salir de sus comunidades por la guerra, pues en estas situaciones aumentan los miedos, angustias y otras enfermedades.

Declaramos que las acciones en favor de la salud y la lucha por nuestros derechos van más allá. Los mecanismos de presión (manifestaciones, bloqueos, marchas, etc.) son otros modos para que se nos escuche y exigir nuestros derechos, así como la información a la opinión pública nacional e internacional y organismos de Derechos Humanos sobre la situación de Chiapas con el fin de contrarrestar la información oficial que intenta hacer creer que no hay guerra y que están resueltas nuestras demandas.

Declaramos la exigencia de que los centros de salud den un trato humano y respetuoso, que cada centro cuente con traductores, con atención las 24 horas, que se tenga acceso al segundo nivel de atención para tod@s, que se cuente con albergues cercanos y alimentación para familiares de enfermos, que tengan las áreas de atención indispensables (dental, herbolaria, mental, para mujeres y niñ@s, medicina general, etc.). Que l@s médic@s se hagan más conscientes de que hay otras alternativas de atención y las respeten. Que los centros de salud deben tener personal adecuado y capacitado así como el equipo médico

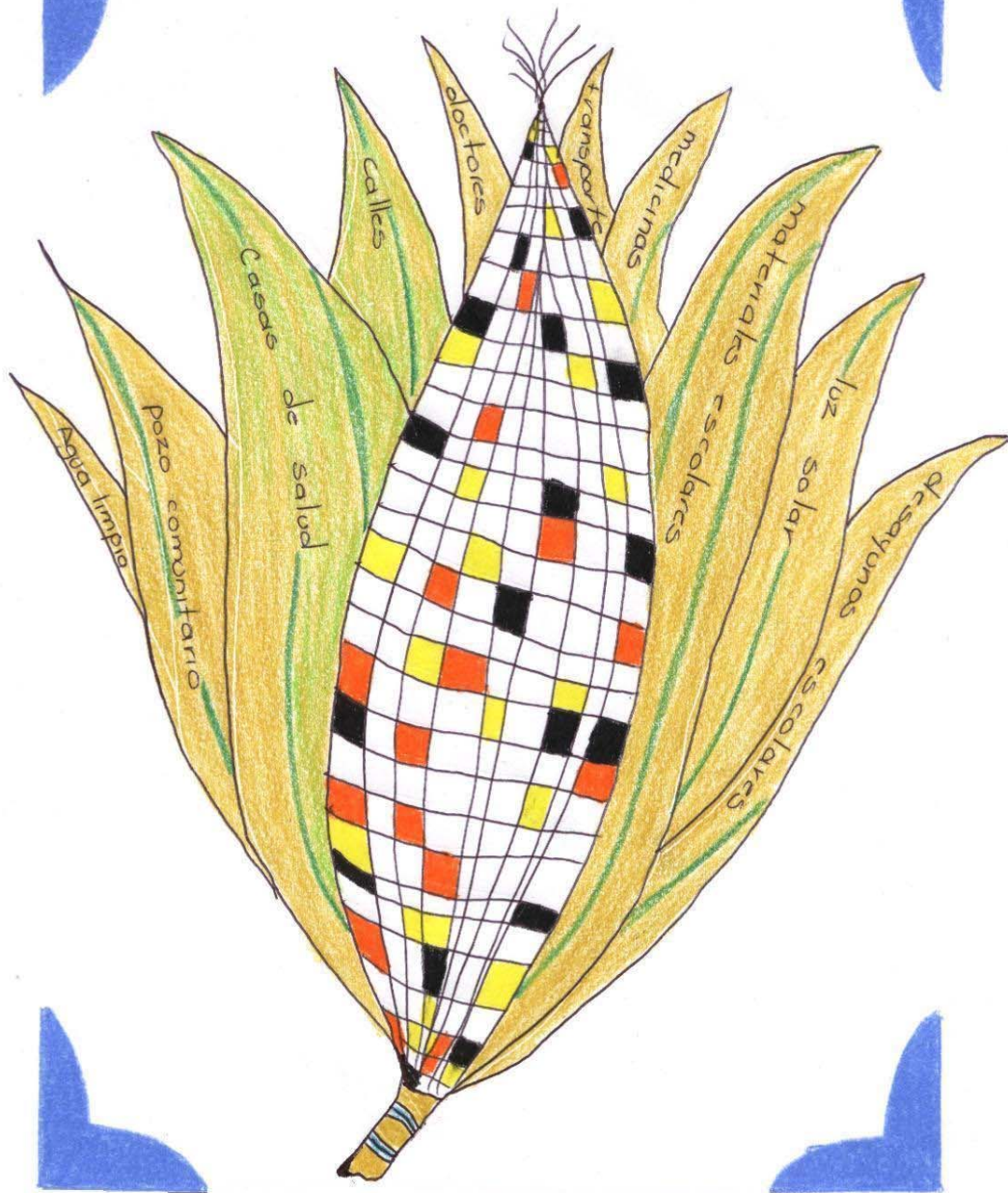
completo y el medicamento necesario para dar todo tipo de servicio y que l@s médic@s cumplan con su obligación de atender al enfermo.

Declaramos que la comunidad tiene el derecho a participar en el funcionamiento de los centros de salud. Las instituciones de gobierno no pueden nombrar a otr@s promotor@s cuando éstos ya existen en la comunidad nombrados por ella, y deben extender una identificación colectiva para cada organización independiente de promotores de salud y que permita hacer a los promotores su trabajo con libertad y moverse libremente en cualquier situación.

Finalmente, **Declaramos** que, ante la política gubernamental que impulsa la privatización de las instituciones públicas de salud convirtiendo a la salud en una mercancía de la que se beneficia un sector reducido de la población, **luchamos** por que la salud quede en manos del pueblo y **proponemos** la creación de una red de promotor@s de salud del pueblo y de comités de salud para cada comunidad e instituciones de salud. Estos comités de salud deberán participar en el proceso de planeación, ejecución, evaluación y vigilar el funcionamiento de los centros de salud, llevar el control de las consultas, poner las normas que debe seguir el personal médico del centro, elegir la administración de los centros de salud y que sean locales y regionales. L@s promotor@s de salud no prometemos, nos comprometemos junto

con tod@s l@s mexican@s que hoy promueven una Patria nueva con la lucha por mejorar las condiciones de vida, por organizarnos y creer en nosotros mismos para servir mejor, por recuperar la salud y el derecho a la vida de nuestras comunidades.

"POR UNA SALUD EN MANOS DEL PUEBLO"



¿QUE ES UN SISTEMA DE SALUD?

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

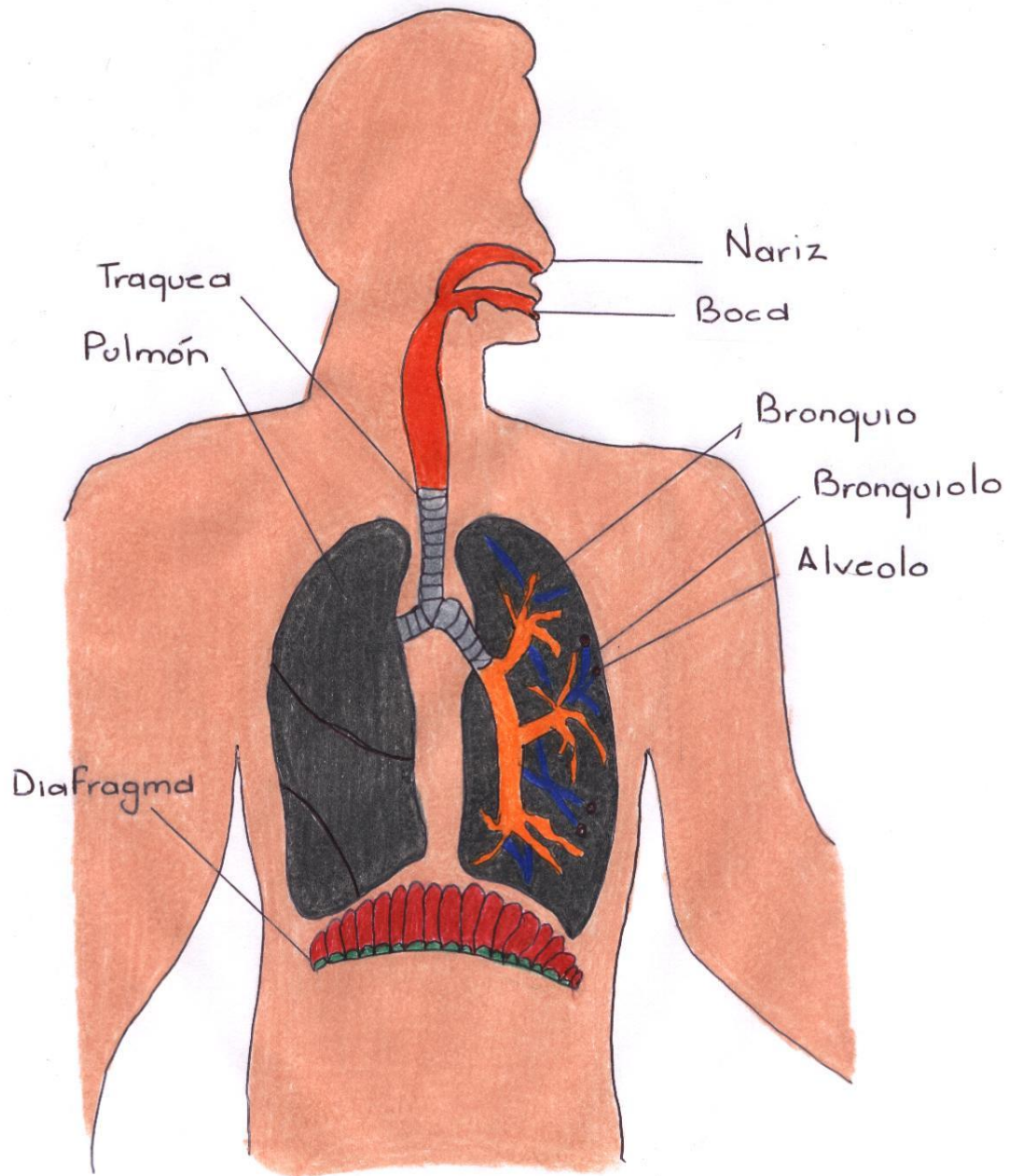
El sistema de salud, las políticas y los enfoques que utiliza (asistencialistas, prevención y promoción)

Un sistema es un conjunto de partes que se unen para realizar un trabajo, algunos ejemplos de sistemas en nuestro entorno son:

- En la naturaleza, las abejas se organizan para vivir y para producir miel, por lo que funcionan como un sistema animal.
- Las partes de un televisor o de una radio, unidas pueden reproducir una imagen o un sonido, por lo que funcionan como un sistema electrónico.
- El cuerpo humano, también está formado por sistemas, por ejemplo, el sistema respiratorio, el sistema digestivo. **(Dibujo 4)**
- En nuestras relaciones los hombres y las mujeres nos organizamos para realizar diversas tareas, podemos decir que cuando hombres y mujeres nos comprometemos a resolver nuestros problemas políticos, sociales y de salud formamos sistemas humanos. Estos sistemas humanos son muy parecidos a una red en la cual todos los elementos estamos unidos, y si una parte o elemento de

nuestra red jala más o deja de hacer su parte del trabajo, el sistema se descompone.

El sistema respiratorio



Ejemplo de un sistema

DIBUJO 4

Para realizar un trabajo en un sistema humano todos tendríamos que ¡jalar parejo! Es decir, trabajar, comprometernos y responder de igual forma. Los trabajos que se realizan pueden ser de distintos tipos; sociales, políticos, culturales o de salud.



Un sistema de salud es un conjunto de personas que se organizan para llevar acabo un plan de trabajo de forma coordinada e integrada que mejore la salud de las personas.

Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un sistema de salud.

La OMS dice que un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar

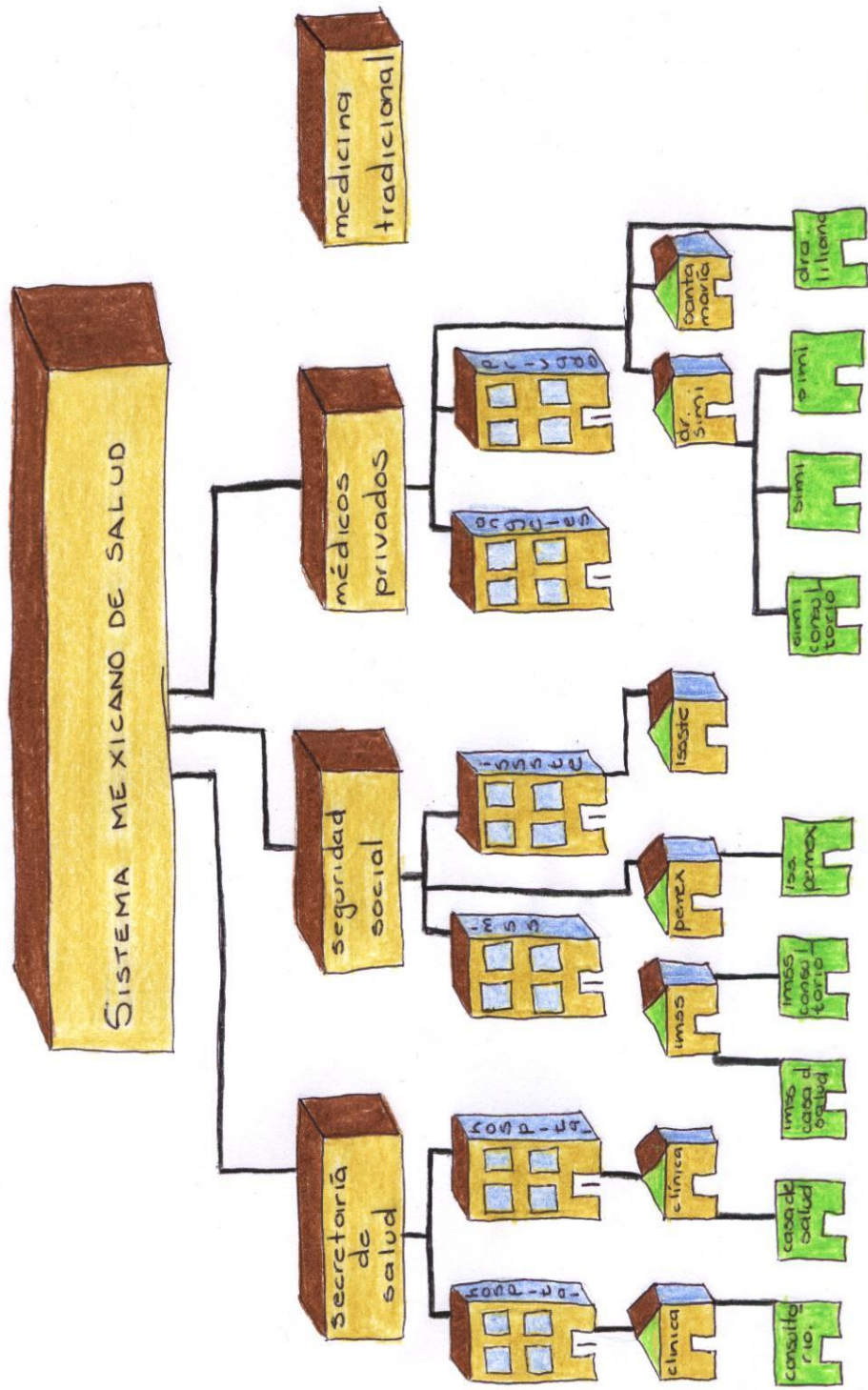
buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de buena forma. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos.

El sistema de salud mexicano.

El sistema de salud mexicano se formó con las ideas de otros países, es un sistema de salud mixto porque no tienen una atención igual para todas las personas, esto lejos de ser una ventaja genera muchos problemas de desigualdad social, ya que no todos podemos acceder a la misma atención médica ni a los mismos programas de salud, el sistema de salud mexicano es como una hoja de papel que si la jalamos de los

lados se rompe en diferentes pedazos, estos pedazos forman cuatro partes todas de diferente forma y tamaño. **(Dibujo cinco)**



DIBUJO 5

Las partes del sistema de salud mexicano son:

- La secretaría de salud.
- La seguridad social.
- La medicina privada.
- La medicina tradicional.

La secretaria de salud es una parte del sistema de salud mexicano que da atención médica a las personas que no tienen un trabajo estable, ni una paga fija, dentro de la secretaría de salud hay clínicas de atención básica, hospitales o institutos de atención especializada como: el instituto de nutrición, que se encarga de atender los problemas de los alimentos que consumimos o el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que atiende problemas de la nariz, la garganta y los pulmones. Aunque los servicios de la secretaría de salud no cobran mucho por la atención, presenta muchos problemas ya que la mayor parte de las clínicas y hospitales se encuentran concentrados en las grandes ciudades, por lo que la gente pobre no cuenta con el dinero para ir a atenderse en ellos, la secretaría de salud tiene muy pocos recursos para medicamentos, por lo que si no hay las medicinas el paciente tiene que pagar por ellas y el trato que los médicos le dan a los pacientes es muy malo, ya que hay mucha desigualdad, a veces los

doctores solo hablan castilla y no entienden lo que los pacientes les dicen, y se molestan por esto y se niegan a dar consultas. Los recursos con los que cuenta la secretaria de salud para trabajar vienen de nuestros impuestos, por ejemplo, todo lo que pagamos por comprar algo (una falda o un jabón) una parte de ese dinero se va para que la secretaria de salud funcione. Dentro de la Secretaría de salud se da preferencia a las acciones curativas, es decir trabajan casi sólo curando la enfermedad, casi no hacen acciones de promoción o prevención de la salud.

La seguridad social es una parte del sistema de salud mexicano que esta formado por instituciones de seguridad social, que no son otra cosa que clínicas que dan atención médica como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX), o el Hospital del Ejercito (SEDENA). Dentro de estas clínicas encontramos clínicas de atención básica y hospitales especializados en ciertas enfermedades. Una condición para ser atendido dentro de las clínicas de la seguridad social es que la persona sea trabajadora formal, es decir que tenga una paga fija, por ejemplo los maestros como tienen un salario cada mes, están dentro de la seguridad social y reciben

atención del ISSTE, otro ejemplo serían los militares que se encuentran trabajando dentro del ejercito, ellos reciben atención de el hospital de ejercito. Para que estas clínicas funcionen cuentan con una pequeña aportación por tres partes: de la persona trabajadora, del jefe de la persona trabajadora y de el estado o de los impuestos que todos pagamos. A pesar de esto varias organizaciones de seguridad social como el IMSS o el ISSTE presentan muchos problemas económicos, debido que hay mucha gente que demanda sus servicios y muchas veces pueden tardar hasta meses en darte una consulta. En un inicio estos hospitales brindaban actividades sociales y culturales, además del servicio médico, pero estas actividades han ido desapareciendo poco a poco, debido a la falta de dinero y su enfoque actual es también curativo.

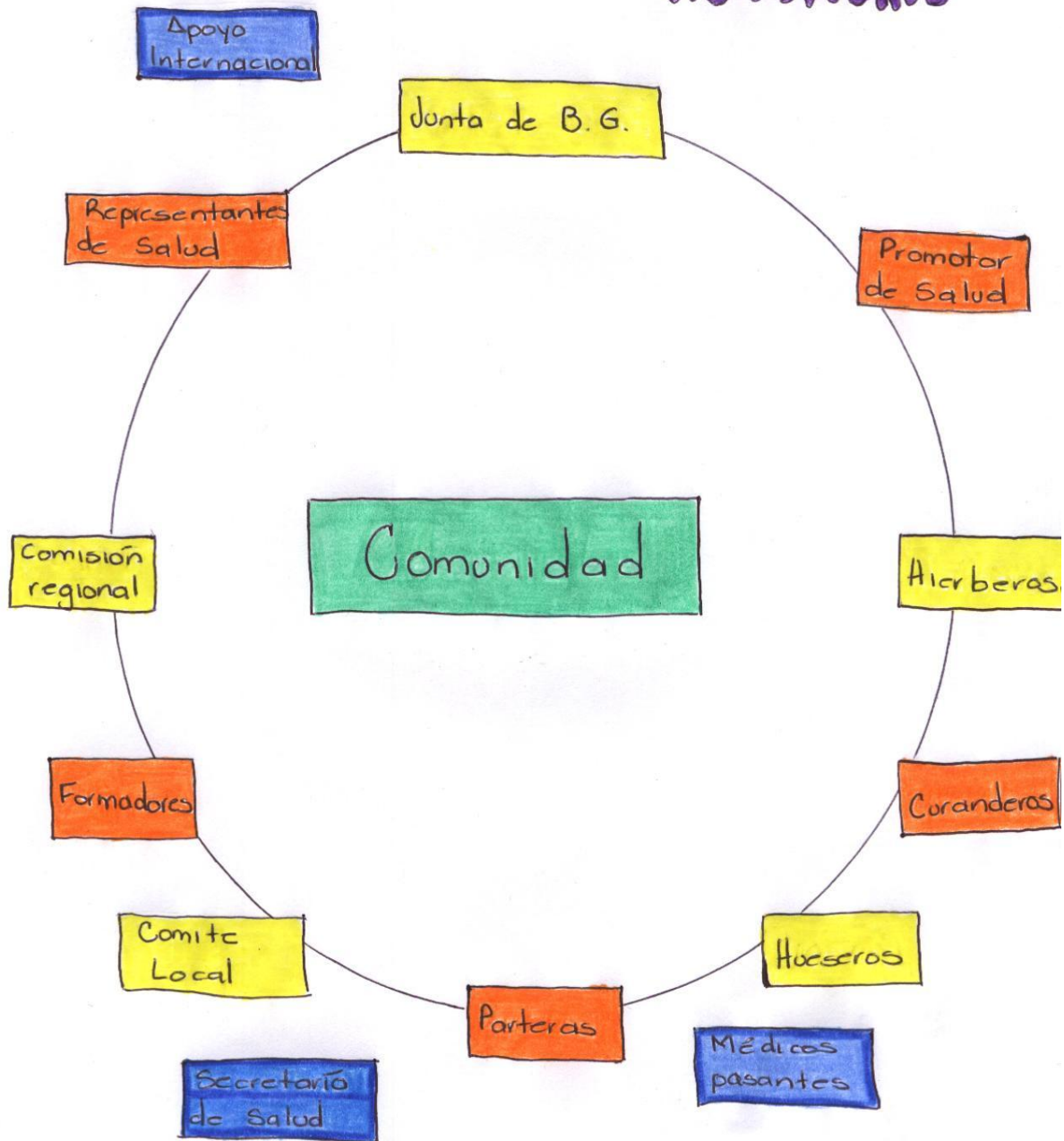
La medicina particular es otra parte de nuestro sistema de salud, esta formado por los médicos particulares que ponen su consultorio para dar atención médica, hay consultorios chicos pero también hay consultorios muy grandes que son hospitales particulares. La mayor parte de estas clínicas cuentan con una farmacia y con el mejor equipo, el problema es que para que podamos recibir atención médica en estos lugares tenemos que contar con mucho dinero, por que cobran muy caro y

cobran todos los servicios, por lo que solo tienen acceso a este servicio las personas ricas. Estos hospitales no brindan servicios de prevención y promoción de la salud porque ven a la salud como una mercancía y su único fin es vender un servicio y ganar dinero.

La medicina tradicional es una parte de nuestro sistema de salud, aunque muchas personas no la reconozcan, la medicina tradicional ha existido desde hace mucho tiempo y es muy utilizada por muchas personas de diferentes clases sociales. La medicina tradicional existe en muchas partes, desde nuestra propia familia, por ejemplo al aliviar algunas enfermedades con plantas medicinales y remedios caseros, hasta sistemas de salud más completos como los médicos tradicionales, entre los que se encuentran: los iloles, curanderos, hierberos, hueseros y parteras. Una parte importante de la medicina tradicional es que las personas no se ven como un objeto o como una cosa. Muchas veces la atención que brindan los médicos tradicionales no tiene ningún costo, y algunas otras veces se les paga con comida. La medicina tradicional no está reconocida ante el gobierno y existen muy pocos apoyos para los médicos tradicionales que muchas veces en lugar de unir más a la comunidad y fortalecer el sistema médico tradicional, lo separan y hacen que existan envidias entre las personas de la comunidad.

En nuestras comunidades autónomas hemos creado formas de responder a nuestros problemas de salud, surgiendo así **los sistemas de salud autónomos** que tienen diferentes partes, algunas son parecidas al sistema de salud del gobierno y otras son muy diferentes, te presentamos varios ejemplos. **(Dibujo seis y siete)**

SISTEMA DE SALUD AUTONOMO



Ejemplo de una comunidad (selva)

DIBUJO 6

Ejemplo de una comunidad (ocasingo)



DIBUJO 7

Sistemas de salud de otros países, Canadá.

Conocer los sistemas de salud de otros países nos sirve para comparar, por una parte con el sistema del gobierno y con nuestro propio sistema de salud autónomo, ver los errores que se cometen y tratar de mejorar.

A continuación te contamos como es el sistema de salud de Canadá:

- En Canadá hay 12 provincias o comunidades. Hay un sólo sistema de salud que atiende a todos. En Canadá cada comunidad recibe el dinero para su salud, este viene de los impuestos y de esta forma cada comunidad administra su salud de una manera autónoma.
- En Canadá, los encargados de vigilar por la salud de las personas, estudian primero que les hace falta a las personas de su comunidad y luego hacen los programas de salud, los programas de salud nunca son para toda la población sino para algunos, dependiendo de los problemas de cada región. En Canadá se da atención especial a los niños y a los ancianos y hay programas de salud especiales para ellos.
- En Canadá hay un buen sistema de atención médica o atención a la enfermedad, pero tienen muchas mas actividades de promoción y prevención de la salud. En Canadá todas las personas tienen derecho a atenderse en caso de enfermedad, en cualquier clínica,

no importando si están en otra provincia o si tienen un trabajo seguro o no.



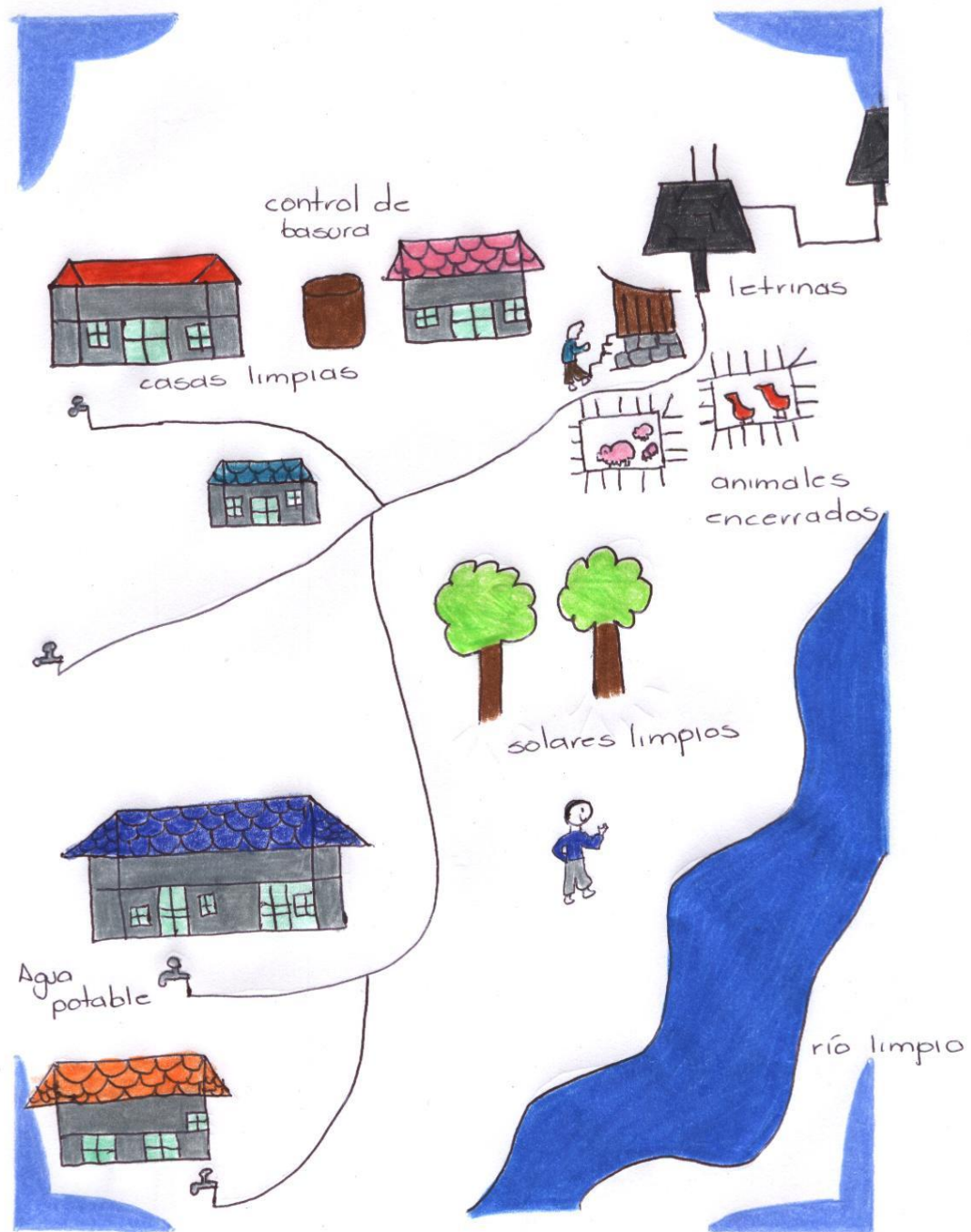
La diferencia entre el sistema de salud mexicano y el sistema de salud autónomo es que el gobierno nunca toma en cuenta lo que quiere el pueblo, sino nada mas impone lo que ellos quieren, sin importar la medicina tradicional de los pueblos. Y el sistema de salud autónomo es mandar obedeciendo porque el pueblo dice como quiere su salud de acuerdo a las necesidades y su cultura. Tomando en cuenta a los hierberos, parteras, hueseros, y otros, y en atención a los pacientes, sin importar afiliación política, la atención se brinda a todas las personas.



¿Cuáles son los principales problemas del sistema de salud mexicano?

¿Cuáles son las desigualdades que presenta el sistema de salud mexicano?

¿Qué diferencias existe entre el sistema de salud mexicano y el sistema de salud autónomo de tu comunidad?



¿QUE SISTEMA DE SALUD QUEREMOS?

¿QUÉ SISTEMA DE SALUD QUEREMOS NOSOTROS?

EL diagnóstico de salud comunitario participativo.

La palabra diagnóstico, se divide en dos: **dia**: que quiere decir a través y **gnosis**: que quiere decir conocer, por lo que la palabra diagnóstico significa conocer a través de varias cosas. Por ejemplo, por medio del diagnóstico que hace el médico a sus pacientes, conoce que enfermedades tienen las personas.

De la misma manera el diagnóstico de salud comunitario participativo lo hacemos todos juntos para conocer bien a nuestra comunidad, conocer las cosas que hay, las cosas que no hay, de que se enferman la gente, en que trabaja la gente, como viven, los mayores, si los niños van a la escuela, y cuáles son sus principales problemas.

El diagnóstico de salud comunitario se llama participativo por que todos tenemos que apoyar para hacerlo, debe de surgir por una necesidad de la propia comunidad para buscar tener mejores condiciones de vida y de salud.

¿Como definir nuestro sistema de salud junto con la población?

El diagnóstico de salud comunitario participativo, tienen como fin conocer muy bien a nuestra comunidad y a nuestra gente, te recomendamos que se realice entre toda la comunidad y como mínimo debe de tomar en cuenta estas cuatro cosas:

- El ambiente físico.
- El ambiente Económico.
- El ambiente Socio-cultural.
- El ambiente de salud.

El Ambiente Físico: En este punto es necesario conseguir información relacionada con la localización de la comunidad, en el municipio y en el país, definir el tipo de clima, que plantas y animales hay, si es montañoso, si hay ríos, algunos de estos datos a veces se encuentran fuera de la comunidad. Es aquí donde hay que elaborar un croquis o mapa de la comunidad, tomando en cuenta si hay casas, ríos, luz, agua, drenaje y transportes.

El Ambiente Económico: Aquí la información esta relacionada con el trabajo que hay en la comunidad; la cantidad de personas que trabajan, sus edades, los tipos de trabajo, dentro y fuera de la comunidad,

conocer si hay empresas, si hay cooperativas, el trabajo formal e informal, cuanto gana la gente de la comunidad, como y en que se gastan su paga. Si no reciben ningún salario y se dedican al campo también hay que decir que siembran, cuánto y cómo.

El Ambiente Socio-Cultural: Aquí necesitamos saber la cantidad de población que hay, cuántos hombres y mujeres, sus edades, a qué se dedican, cuántos nacen, cuántos mueren y de qué, los tipos de organizaciones que existen, familias, grupos, iglesias, partidos políticos, dependencias del estado, centros de salud, escuelas, organismos y lo que hacen. Cuáles son las costumbres de la comunidad, si hablan tsoltzil, tseltal, chol, si usan traje regional, y que música tocan.

El Ambiente de Salud: En este punto es importante conocer de que se enferma más seguido la gente de la comunidad, si hay casas de salud o clínicas, si hacen acciones de prevención y promoción de la salud, si los niños cuentan con vacunas y como se alimenta la gente. Es conveniente separar este punto por grupos de edad, por ejemplo, niños, adultos (mujeres, hombres) y ancianos.

Es importante dejar claro que estos puntos son sólo sugerencias, la comunidad debe decidir que aspectos debe de tomar en cuenta para hacer su diagnóstico, esto lo podemos hacer en una asamblea, una vez que hemos tomado en cuenta las cosas que son importantes para nuestro diagnóstico hacemos una lista de preguntas que serán nuestra guía para conocer bien que queremos saber.

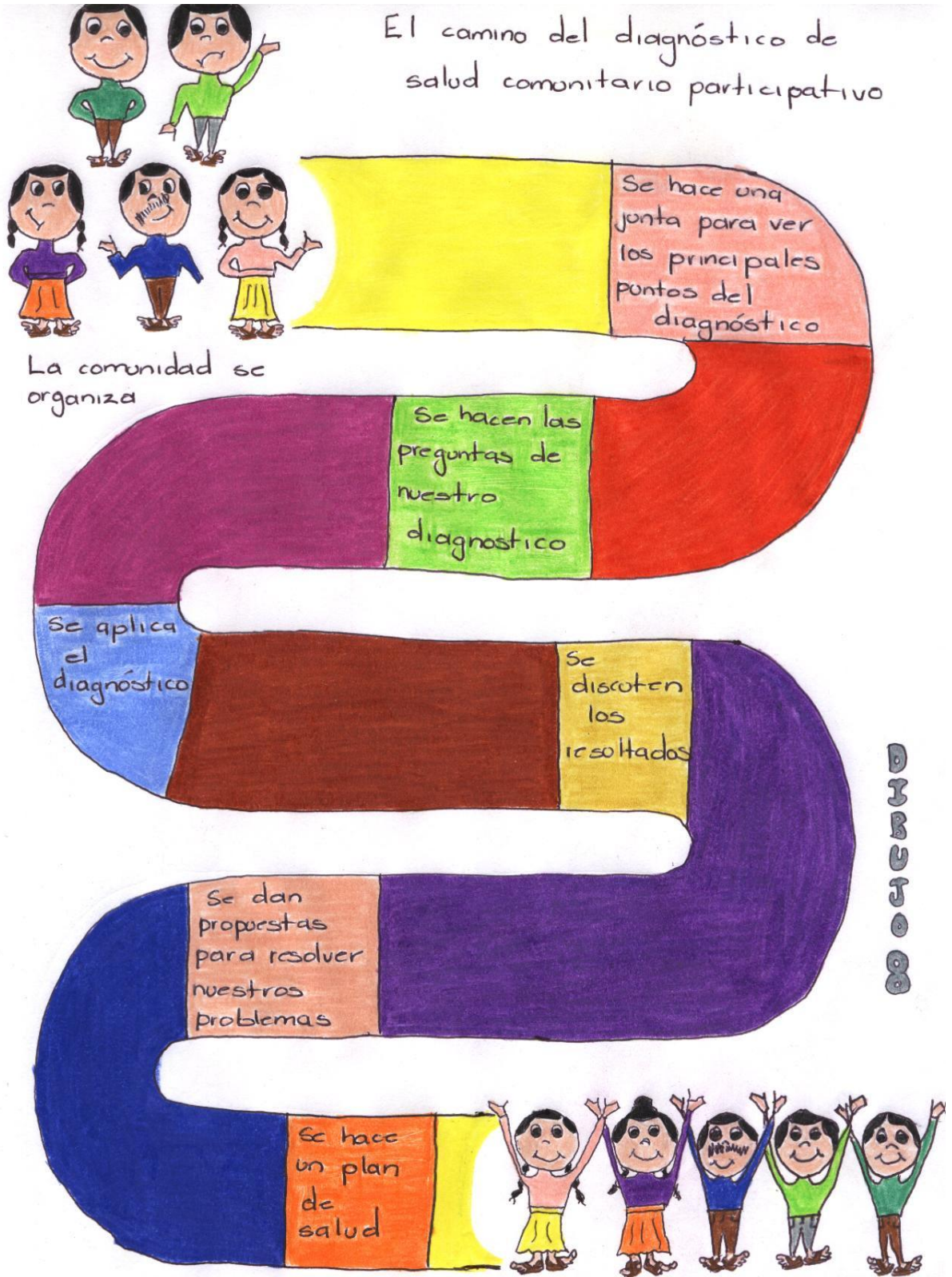
Es recomendable que el diagnóstico sea aplicado a toda la comunidad, pero si esto no es posible, se toma una muestra, o sea se aplica el diagnóstico a un grupo de personas de la comunidad, que pueden ser elegidas al azar o que sean las personas que tienen que ver directamente con lo que queremos saber. Cuando ya se tienen las respuestas de nuestras preguntas se puede hacer un taller junto con la comunidad para conocer lo que la gente nos dijo y ver entre todos cuales son los principales problemas y que soluciones les podemos dar. Todos estos pasos también pueden ser llamados el camino del diagnóstico de salud. **(Dibujo 8)**

Los propósitos de hacer un diagnóstico comunitario son:

- Conocer como es nuestra comunidad y la gente que vive en ella.

- Que la misma comunidad sepa cuáles son sus principales problemas de salud, que tome conciencia y que se hagan acciones de organización comunitaria para resolverlos. A esas acciones que resuelven los problemas principales de la comunidad se le llama proyectos o planes de salud.

El camino del diagnóstico de salud comunitario participativo



COMUNIDAD

Una mejor vida y una mejor salud.



A continuación te mostramos como ejemplo varios diagnósticos comunitarios, que realizamos representantes de salud de diferentes comunidades:

Diagnóstico comunitario participativo de una comunidad cercana a Ocosingo.

NATURALEZA:

1. ¿Cómo está el agua que tomas? (ríos, pozos, agua entubada)
2. ¿Cómo cuidan el agua, la gente de tu comunidad?
3. ¿Cómo trabajan la tierra en tu comunidad?
4. ¿Qué más se siembra en tu comunidad? (semillas, árboles o frutos)
5. ¿Usan abonos orgánicos en tu comunidad?
6. ¿Cómo están usando y cuidando los árboles?
7. ¿En qué estado está el aire y el clima?
8. ¿Utilizan piedras en tu comunidad?
9. ¿Qué animales salvajes y domésticos hay en tu comunidad?

10. ¿Qué aves salvajes y domésticas hay en tu comunidad?

CULTURA:

11. ¿Qué fiesta hacen en tu comunidad?

12. ¿Qué instrumentos tocan en tu comunidad?

13. ¿Qué lengua hablan en tu comunidad?

14. ¿Cómo está organizada la familia en tu comunidad?

15. ¿Hacen asambleas para tomar los acuerdos y reglamentos en tu comunidad?

16. ¿Hacen ceremonia para la tierra, milpa y ojo de agua en tu comunidad?

17. ¿Cómo se viste la gente de tu comunidad?

18. ¿Cómo quieren que sea la atención medica en tu comunidad?

19. ¿Qué costumbres tienen en tu comunidad?

20. ¿Cómo se relacionan los hombres con las mujeres en tu comunidad y cómo es el respeto?

SERVICIOS:

21. ¿Tienen instalación de servicios de salud en tu comunidad?

22. ¿Tienen escuela en tu comunidad?

23. ¿Hay medios de comunicación en tu comunidad?

- 24. ¿Tienen servicios de agua potable en tu comunidad?
- 25. ¿Tienen luz eléctrica en tu comunidad?
- 26. ¿Tienen carreteras en tu comunidad?
- 27. ¿Hay tiendas propias y colectivas en tu comunidad?

CONTAMINACIÓN:

- 28. ¿Hay basurero y depósito de basura en tu comunidad?
- 29. ¿Trabajan con fertilizantes y otros químicos en tu comunidad?
- 30. ¿Usan semillas transgénicas en tu comunidad?
- 31. ¿Tienen letrinas en tu comunidad?
- 32. ¿Qué hacen con la basura orgánica e inorgánica en tu comunidad?
- 33. ¿Qué hacen con los animales muertos en tu comunidad?
- 34. ¿Dónde bañan a los animales en tu comunidad?
- 35. ¿Dónde lavan la ropa en tu comunidad?
- 36. ¿Están encerrados los animales en tu comunidad?

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD:

- 37. ¿Participan las mujeres en tu comunidad?

38. ¿Los hombres le dan derecho y libertad a las mujeres de participar?
39. ¿Cómo participa la comunidad y las autoridades en la salud?
40. ¿Participan en asambleas todas las organizaciones y religiones?
41. ¿En qué actividades les gusta participar más?
42. ¿Qué trabajo y cargo tienen los hombres y las mujeres en tu comunidad?

ENFERMEDADES DE LA COMUNIDAD:

43. ¿Por qué se enferma la gente de la comunidad?
44. ¿De qué se enferma más la comunidad?
45. ¿Desde cuando vive así la comunidad?
46. ¿Cuáles son las enfermedades más graves de la comunidad?
(niños, mujeres, adultos y ancianos)
47. ¿Hay complicaciones de parto en la comunidad?
48. ¿Se mueren las mujeres por el parto y el aborto?
49. ¿Hay personas con paludismo en la comunidad?
50. ¿Hay desnutrición en los niños de la comunidad?
51. ¿Hay personas con diabetes en tu comunidad?
52. ¿Alguien está enfermo de tuberculosis?

53. ¿Hay enfermos de cáncer?
54. ¿Alguien sufre de convulsiones?

Diagnóstico comunitario participativo de una comunidad cercana a Palenque.

NATURALEZA:

1. ¿Cuántos ríos hay en tu comunidad?
2. ¿Qué árboles hay?
3. ¿Cuántas personas viven en tu comunidad?
4. ¿En tu comunidad conservan su cultura?
5. ¿Qué animales hay en tu comunidad?
6. ¿Cómo es el clima de tu comunidad?
7. ¿Cómo es tu comunidad en tiempo de lluvia?
8. ¿Cómo es tu comunidad en tiempo de calor?

BIENESTAR:

9. ¿Qué bienes hay en tu comunidad?

Alimentación:

Derecho:

Casa:

Salud:

10. ¿Cómo manejan la basura?
11. ¿Cómo logran el bienestar?
12. ¿Separan la basura en tu comunidad?
13. ¿Cómo manejan la agroecología?
14. ¿Dónde consiguen recursos económicos?

ORGANIZACIÓN:

15. ¿Hay organización en tu comunidad?

Comunicación:

Igualdad:

Cooperativa:

Agroecología:

Artesanías:

16. ¿Tienen alguna organización?
17. ¿Cómo es su organización?
18. ¿Han recibido algunos talleres?
19. ¿Trabajan en colectivo?

PROBLEMAS:

20. ¿Qué problemas hay en tu comunidad?

Basuras:

Económico:

Sentimientos:

Contaminación:

21. ¿Cómo es el agua que toman?
22. ¿Usan letrinas?
23. ¿Tienen encerrados a los animales?
24. ¿Hacen higiene personal o comunitaria?

ENFERMEDADES:

25. ¿Qué enfermedades hay en tu comunidad?

Tuberculosis:

SIDA:

Diarrea:

Sarampión:

26. ¿De donde vinieron las enfermedades?
27. ¿Hace cuánto que empezó la enfermedad?
28. ¿Cómo se alimentan?
29. ¿Alguien de la familia está bajo algún tratamiento?
30. ¿Cómo se sienten las personas de tu familia?

Diagnóstico comunitario participativo de una comunidad cercana a la zona selva fronteriza.

ANIMALES DOMÉSTICOS:

1. ¿Qué animales hay en tu comunidad?
2. ¿Cómo deben de estar los animales en la comunidad?
3. ¿Qué beneficios dan los animales en tu comunidad?
4. ¿Todos cuentan con animales en tu comunidad?
5. ¿Qué pasaría sino hubiera animales en tu comunidad?

COSAS CONSTRUIDAS POR EL SER HUMANO:

6. ¿Cuántos habitantes hay en tu comunidad?
7. ¿Cuántas cosas hay en tu comunidad?
8. ¿Con qué construcciones cuentan en tu comunidad?

Escuela:

Tienda:

Clínica:

Letrinas:

9. ¿Qué beneficio nos puede dar cada construcción?

DESECHOS:

10. ¿Juntan la basura en tu comunidad?

11. ¿Separan la basura en orgánica e inorgánica?
12. ¿Por qué se debe de separar la basura?
13. ¿Qué hacen con la basura orgánica?
14. ¿Qué hacen con la basura inorgánica?

MEDIO AMBIENTE:

15. ¿Hay agua, ríos o lagos en tu comunidad?
16. ¿Qué tipo de plantas comestibles tienen y se dan en su comunidad?
17. ¿Por qué se contamina el medio ambiente en su comunidad?
18. ¿Como te imaginas tu comunidad sino cuidamos el medio ambiente?
19. ¿Qué acuerdos tienen en tu comunidad para proteger el medio ambiente?
20. ¿Qué clima hay en tu comunidad?

CULTURA:

21. ¿Qué idioma hablan en tu comunidad?
22. ¿Por qué creen que ha cambiado nuestra cultura?
23. ¿Qué tipo de eventos se realizan en tu comunidad?
24. ¿Cómo podemos rescatar nuestra cultura?

25. ¿Cómo vivimos con nuestra cultura?
26. ¿Qué religiones se practican en nuestra comunidad?
27. ¿Cómo se organiza tu comunidad?

ENFERMEDADES:

28. ¿Qué enfermedades hay en tu comunidad?
29. ¿Cuál es la causa de las enfermedades en tu comunidad?
30. ¿Qué problemas han traído las enfermedades en tu comunidad?

ECONOMÍA:

31. ¿Cómo es el aspecto económico de tu comunidad?
32. ¿Qué están haciendo en tu comunidad para solucionar los problemas económicos?



¿A quién le toca hacer el diagnóstico de salud comunitario participativo?

¿Por qué es importante hacer un diagnóstico?

¿Nuestra cultura es importante a la hora de hacer un diagnóstico?



**¿HASTA DONDE QUEREMOS
QUE LLEGUE NUESTRO
SISTEMA DE SALUD AUTONOMO?**

¿HASTA DONDE QUEREMOS QUE LLEGUE NUESTRO SISTEMA DE SALUD?

Planes de salud globales y comunitarios.

Una vez que sabemos cuáles son los problemas de salud más importantes de nuestra comunidad, debemos de pensar cuáles son sus causas y sus consecuencias, a esto le llamamos árbol de problemas, esto nos servirá para ver bien si el problema es lo que pensamos o hay otros problemas detrás de él. **(Dibujo 9)**

Por ejemplo, cuando hay una complicación del parto, a simple vista podríamos pensar que la causa del problema es que no contamos con una ambulancia para llevar a la mujer a una clínica y que eso pone en riesgo la vida de la mamá y el bebé, pero detrás de este problema hay muchas otras causas como: que la mamá no coma bien, que en nuestra comunidad no haya clínicas cercanas, que no contemos con un trabajo y no tengamos dinero para pagar un carro, y a su vez este problema nos trae no solo una consecuencia que podría ser la muerte sino muchas como: violencia familiar y problemas entre la gente de la comunidad.



Árbol de problemas

DIBUJO 9

Una vez que hemos pensado bien en los problemas es necesario que en conjunto con la comunidad se decida qué se va a hacer, a esto le llamamos plan de salud. Podemos decir que un plan de salud son todas las acciones organizadas que hace una comunidad para resolver sus problemas de salud.



Un plan de salud es hacer en orden los trabajos del sistema de salud autónomo, en donde todos participamos de manera organizada, tomando en cuenta sus realidades de los pueblos, con una política colectiva, con actividades bien planeadas en reuniones y asambleas, para que se pueda tener atención médica, con promotoras y promotores comunitarios permanentes, capacitados en promoción y prevención de la salud así como en higiene dental, saneamiento, vacunación, que se puedan rotar y estar preparados para llegar a estar sanos, física, emocional y mentalmente. Un plan de salud es hacer acuerdos para organizarnos en los trabajos en colectivo con la comunidad para prevenir enfermedades y tener una vida mejor.

¿Cómo planificar proyectos de salud?

- **El plan de salud parte de la comunidad.** Aún los grandes programas que han resultado exitosos generalmente empezaron como pequeños proyectos que se desarrollaron y evolucionaron según las necesidades de la comunidad.
- **Participación de la gente de la comunidad.** Para la elaboración de cualquier plan de salud global o comunitario, lo más importante es que las necesidades y las propuestas salgan desde la comunidad. Es importante que toda la comunidad se involucre, no sólo las autoridades, los promotores y los representantes de salud, sino también cualquier persona que viva el problema, incluso los niños.
- **Considerar al plan de salud como un proceso de aprendizaje.** A la hora de planificar y de poner en acción un plan de salud es muy importante que pensemos en todo esto como una última forma de aprender, hacer críticas a los planes de salud externos y a nuestro propio trabajo y así poder corregir después nuestros posibles errores.
- **Autoridades, promotores de salud y representantes de salud comprometidos con la comunidad.** Los programas de salud que se reconocen como efectivos tienen autoridades,

promotores de salud y representantes de salud comprometidos y responsables con su trabajo pero sobre todo comprometidos y preocupados con los problemas de su gente.

- **Reconocer una nueva forma de mirar la salud.** Los programas exitosos ven a la salud más allá de una enfermedad, reconocen que la salud y la vida de las personas tiene que ver con aspectos económicos, sociales y políticos, y que muchas veces estos aspectos están fuera de nuestro control, por lo que una actividad primordial para el desarrollo de la comunidad es la conciencia crítica y el trabajo comunitario.

Muchos de los planes de salud globales y comunitarios, sobre todo del gobierno fracasan, esto se debe a que las decisiones son tomadas por un grupo ajeno a la comunidad y la gente casi nunca tiene nada que ver con lo que se les enseña. En estos casos “la participación de la comunidad” significa que la gente haga lo que los expertos consideran que es lo mejor para la gente. Esto en lugar de fomentar la autonomía de las comunidades promueve la dependencia de la comunidad a los programas de salud.

Un consejo para hacer un plan de salud es que sigas los pasos para su elaboración, ya que de esta manera no olvidarás las cosas importantes y será más fácil que tomes en cuenta varias ideas, que vienen en el maratón del plan de salud. **(Dibujo 10)**



Plan de Salud



Plan de salud comunitario de una comunidad cercana a Ocosingo.

Problema: La basura.

Objetivos: Organizar a la gente para que colabore y tome conciencia sobre el problema de la basura, reunir a la gente para platicar y hacer acciones para mejorar el problema de la basura en la comunidad.

Recursos: Promotores de salud, Representantes de salud, comunidad, costales o bolsas de plástico recicladas por la comunidad.

Participación de la comunidad: Llevar información con pláticas, hablar y organizar comisiones permanentes, colaborar un día en la limpieza de la comunidad.

Actividades: Hacer una reunión para tomar acuerdos de que se va a hacer con la basura, llevar información en pláticas y escrita sobre los tipos de basura y sobre el reciclaje y hacer un recorrido a la comunidad para ver cuánta basura hay, hacer un día de limpieza y supervisión cada semana para ver si se están llevando a cabo los acuerdos, poner la basura en un solo lugar.

Responsables: Promotores y representantes de salud, Comité de salud y agentes municipales.

Tiempo: Una plática al mes, un año.

Evaluación: Revisar la comunidad una vez cada dos meses y revisar las casas, preguntar a la gente sobre los trabajos que están realizando.

Meta: Tener limpia la comunidad para prevenir enfermedades.



En nuestro sistema de salud autónomo:

¿Contamos con un plan global y comunitario de salud, y por qué es importante?

¿Qué planes de salud son importantes de elaborar?

¿Qué importancia le damos a la comunidad a la hora de hacer un plan de salud?

7. REFLEXIONES

En este apartado se vierten algunas reflexiones que han surgido a partir de la convivencia con los participantes durante los talleres, las observaciones que se hicieron en torno a sus formas de relacionarse, así como de los saberes y experiencias que vierten en el manual de salud y las dinámicas grupales.

Este trabajo representa un aporte para la una forma de realizar acciones en promoción de la salud de las comunidades autónomas de Chiapas a partir de la utilización de estrategias de educación popular, ya que ha sido posible elaborar un manual de salud con la participación de los mismos representantes de salud en conjunto con la comunidad. Igualmente porque los representantes de salud indígenas construyen sus propios materiales en salud, porque les sirve para mejorar día a día su práctica, porque comparten sus aprendizajes y saberes con otras comunidades autónomas y porque contribuyen al enriquecimiento de su historia y desarrollo de su sistema de salud autónomo. Es decir, se reconstruyen, se autoafirman y fortalecen su identidad para construirse como sujetos y no sólo como objetos de la misma. Asimismo, que no siguen repitiendo lo que los profesionales dicen, sino que desarrollan su capacidad creativa de pensar y generan un nuevo conocimiento. Esto se puede leer en las siguientes palabras: “Nosotros respetamos lo que el gobierno dice de la salud, pero la salud no es lo mismo para nosotros, para nosotros la salud es tener una vida digna, para una buena educación, una buena alimentación, estar sano, fuerte, cantar, reír, bailar,

jugar, pensar y buscar la manera de prevenir y promover la salud de manera organizada, desde las familias, desde nuestro pueblo”.

El empoderamiento

Los representantes de salud indígenas se logran empoderar en este tipo de talleres participativos porque ellos construyen su propio conocimiento, elaboran sus propios materiales de aprendizaje con juegos tradicionales de sus comunidades, hacen valer su palabra, dialogan entre lo que unos y otros saben y confrontan este saber. Hacen una construcción colectiva a través de la participación de cada uno de los representantes, con la finalidad de establecer la búsqueda colectiva de soluciones ante los problemas de salud que se presenten en sus pueblos o comunidades. A la vez de que diseñan su propia práctica y la fortalecen día con día. Ellos en este sentido, hicieron mención de: “La diferencia entre el sistema de salud mexicano y el sistema de salud autónomo es que el gobierno nunca toma en cuenta lo que quiere el pueblo, sino nada mas impone lo que ellos quieren, sin importar la medicina tradicional de los pueblos. Y el sistema de salud autónomo es mandar obedeciendo porque el pueblo dice como quiere su salud de acuerdo a las necesidades y su cultura. Tomando en cuenta a los hierberos, parteras, hueseros, y otros, y en atención a los pacientes, sin importar afiliación política, la atención se brinda a todas las personas. Nuestro sistema de salud autónomo no espera a que el gobierno le diga lo que tenemos que hacer, todas las acciones en salud se discuten en nuestras comunidades, haciendo

responsables de los actos buenos y malos que esto puede provocar. Nuestra salud está en manos del pueblo. Lo mismo pasa en los talleres, acá nos dejan decir nuestra palabra, buscar nuestros problemas y soluciones juntos, respetan nuestra autonomía”.

Es por eso que el manual de salud recupera todos estos factores reconociendo su voz, su cultura, su identidad, su conocimiento, su mirada y su saber tanto individual como colectivo, negando el autoritarismo. Además de que el manual de salud elaborado por los representantes contribuye al enriquecimiento de su historia y al desarrollo de su sistema de salud autónomo, respetando las diferentes formas de pensar de los representantes de salud indígenas pero negando la desigualdad. Y no como se venía haciendo en capacitaciones anteriores donde al final de cada ronda de talleres el médico o el capacitador les entregaba un manual con conceptos académicos o existentes, sin tomar en cuenta su conocimiento, saber y cultura. En este sentido, ellos mencionaron: “Durante los talleres nos gusta mucho aprender con dinámicas y juegos, ya que antes no nos habían enseñado de esta forma, los juegos nos sirven para despertar cuando tenemos sueño pero también nos sirven para convivir con nuestros compañeros, para saber que todos somos iguales, para perder el miedo a comunicarnos y lo más importante es que a través de un juego nos damos cuenta de la situación de salud en nuestras comunidades y podemos proponer soluciones. Lo que nos gusta de los talleres es que nos dejan hablar en nuestra lengua, respetan nuestro tiempo y respetan

nuestras palabras, ya que muchos de nosotros no fuimos a la escuela del gobierno, pero nuestra palabra va a ser igual que la de un profesional, y durante los talleres eso se respeta”.

Los procesos culturales durante los talleres

En los talleres participativos cada representante participaba desde su forma de entender las cosas, de sus costumbres, de su diferencia de dialecto (chol, tsotsil, tseltal, tojolabal) como punto de partida para confrontar lo que sabe con lo que saben los demás. Para construir el manual de salud hubo una discusión entre los representantes de salud, algunos representantes mencionaron “nosotros pensamos que solo es necesario poner en el manual lo que nosotros sabemos sobre nuestro sistema de salud autónomo y pensamos que no es necesario poner las definiciones de los profesionales porque no le sirven a nuestros pueblos”. Ya que el objetivo del manual era presentar las definiciones que se habían trabajado en los talleres, porque venían sus costumbres, sus tradiciones, su lengua, su cultura, su forma de ver la salud. Otros representantes mencionaron: “nosotros pensamos que si es necesario incluir la información de los profesionales, porque también forma parte de nuestro conocimiento”. Al final frente a esta negociación cultural y por la participación colectiva se decidió sistematizar toda la información. Al respecto los representantes de salud mencionaron: “los conocimientos de salud que aprendimos de los profesionales nos sirven ya que muchos de nosotros tenemos practicándolos más de 15 años, y no los podemos hacer a un lado, pero

de igual manera hay que tomar en cuenta los conocimientos de nuestros ancestros y de nuestras familias, por eso decidimos incluir los dos conocimientos en nuestro manual”. Esto obedece a la necesidad de fortalecer la unidad cultural entre los representantes, para que respetando la diferencia cultural se puedan lograr mejores condiciones de salud para sus comunidades.

El proceso pedagógico

El manual es un proyecto individual y colectivo porque tiene sentido y una unidad practica para cada representante, porque parte de un proyecto en el que todos ayudaron a construir mediante la participaron o el intercambio de lo que unos y otros saben y porque a cada uno le significa muchas cosas de acuerdo al contexto en el que está inmerso. El manual de salud significo para los representantes indígenas una forma de empoderarse y hacer valer su palabra. Significo el esfuerzo de sistematizar el trabajo de 2 años y ver plasmadas sus palabras en un manual, pese a que algunos tuvieron que salir desde temprano de sus casas y caminar horas por los cerros. Otros quedarse a dormir en la montaña para poder llegar temprano a los talleres, sin recibir paga alguna. Por ejemplo, un representante de salud mencionó: “El manual de salud es como un grano de café, hay que sembrarlo y esperar con el tiempo a que salga la matita para que cuando ya esté grande dé frutos y esos frutos nos sirvan de alimento. Así el manual de salud nos costó mucho trabajo ponernos de acuerdo pero es nuestra semilla, ahora hay que esperar con el tiempo (capacitando a nuestros promotores y

comunidades) para que de resultados como los frutos, para que después nuestras comunidades autónomas puedan vivir mejor sin tener tantas enfermedades y gocemos de la salud (como el alimento que nos da fuerza y salud)”.

Estos talleres participativos transformaron la forma de aprender de los representantes de salud indígenas. Por un lado, porque ellos mismos construyen su forma de aprender partiendo de lo que ellos ya habían aprendido o memorizado en capacitaciones anteriores y lo complementan con un aprendizaje construido desde sus propias vivencias a partir de la realidad y el contexto. Para después confrontar estos conocimientos y obtener un nuevo conocimiento. Y por otro, los representantes de salud tomaron conciencia de que no se les daba su espacio en las capacitaciones, de que no se escuchaba su voz, de que solo estaban sentados frente al capacitador escuchando y apuntando lo que les dictaran y que si no entendían lo que les decían ese era su problema, de que la capacitación solo se tenía que llevar en un espacio cerrado y sin ruido, de que lo que ellos sabían no era tomado en cuenta a la hora de hacer una definición en salud y mucho menos podían elegir como deberían de aprender los temas que se verían en la capacitación.

Así que de acuerdo a la forma de cómo se estaban llevando a cabo los talleres participativos los representantes decidieron hacer una reunión con el coordinador de misión para decirle que;

“-los facilitadores que estuvieran en las capacitaciones no solo se dedicaran a dictar sino que aprendieran hacer técnicas, dinámicas y juegos que facilitaran la forma de aprender en las capacitaciones.

-Ellos iban a escoger (de acuerdo al clima de la región) el lugar donde se llevaría a cabo el taller para que el facilitador fuera más flexible y además que el facilitador propusiera de acuerdo a los temas, el lugar adecuado para el mejor entendimiento de estos.

-Que el facilitador fomentara más la participación y el diálogo constante en los talleres para que entre ellos también promuevan la participación y se pueda construir un trabajo mejor”.

Mi proceso de aprendizaje con las comunidades

Este trabajo significó muchas cosas fabulosas, ver otras realidades y conocer otro contexto, cultura y forma de vivir. Significó deconstruir y volver a construir ciertas cuestiones que tenía introyectadas y que no fue fácil durante mi estancia en el Estado de Chiapas deconstruirlas, por ejemplo, una de ellas es llegar a la comunidad con el concepto de que son marginadas, pobres y analfabetas por el hecho de ser indígenas (y este hecho se reafirma aun mas con el discurso de la organización en la que estas inmerso) y que te hacen pensar “pobre gente no tiene ni para comer”, y cuando ya te encuentras en el lugar vez que la realidad no siempre es así, es decir, no son pobres por obra de un ser supremo ni solo porque en este lugar les toco vivir, ni son analfabetas por el simple hecho de que

están muy alejados y porque son indígenas, sino porque involucra diferentes factores que van desde lo político hasta lo económico, de lo social a lo cultural, lo histórico.

Este trabajo tiene muchos significados para mí ya que el cuerpo central de este material que es el manual de salud, está elaborado con el esfuerzo y la participación de los representantes de salud indígenas de diferentes regiones del Estado de Chiapas que día a día llegaban puntual al taller con alegría y entusiasmo a pesar de haber caminado de tres a seis horas por caminos estrechos de las cañadas de las montañas y cerros, sin paga o porque no hay transporte, otros, salir un día o dos antes de su casa y quedarse en el monte para llegar puntual, tal vez sin comida y con poca agua, solo con su pozol o con su tortilla dura, con el fin de ver reflejado todo este esfuerzo en un manual de salud que expresa su voz, su sentir y su mirada, ya que no es como un manual tradicional que solo dice lo que el autor ve sin tomar en cuenta la opinión de la gente a la que va a dirigido. Es decir, recupera la experiencia y lo vivido.

En este trabajo me enfrente a muchos problemas entre los cuales, primero, que las organizaciones no gubernamentales (ONG'S) comenzaran a reconocer nuestra carrera y la institución de la cual egresamos, segundo, como se trabaja desde la perspectiva en promoción de la salud y lograr cosas significativas en cuestión de salud, por ejemplo, hacer que la gente participe mas en las reuniones,

que exponga sus ideas e inquietudes, o que la misma comunidad diseñe su propia practica, este convencida de que la solución está en los que ellos decidan, este bien informada, que tienen derechos frente al gobierno y obligaciones dentro de su comunidad y viceversa, de que la salud está en manos de la misma gente y no sólo en las manos de un médico. Reconocer que el modelo tradicional no es el único modelo con el que se puede trabajar en las comunidades autónomas, ya que es importante valorar su contexto y cultura para mejorar sus condiciones de salud.

Otra situación que me toco vivir fue la lengua, había veces que al lugar al que iba solo hablaban la lengua nativa, ya sea ésta chol, tojolabal, tseltal o tsoltzil y una que otra hablaba un poco de castilla y yo solo con mi español. Recuerdo que la primera vez que llegue a una comunidad no me pude comunicar porque eran dos idiomas diferentes, era tal la impotencia de no poderme comunicar, que me eche a reír y las personas de igual manera, duramos un buen rato riéndonos, fue como si nos contagiáramos de risa, después de esto lo intente con mímica y aunque ya nos estábamos entendiendo no paraban de reír. Por último, intente la comunicación por dibujos logrando que la comunicación fuera más directa y en combinación con las dos anteriores resulto mucho mejor, esta experiencia fue muy divertida.

Es difícil y emocionante a la vez el primer acercamiento con la gente, con su cultura, chocas con esta realidad inmediata y dejas atrás el pensamiento que tú eres el único que lleva el conocimiento verdadero, es algo para lo que no estamos preparados y que nos enseñan a ver que lo simple se nos va de las manos y no estamos preparados del todo, para reconocer y tomar en cuenta la participación de la comunidad.

El estar sumergido en un contexto totalmente diferente, me dio la oportunidad de aprender lo que no te enseñan en las instituciones educativas, como sonreír, entender que no eres un dios, tener empatía, calma, aprender a jugar, conocer su cosmovisión, la importancia del festejo al nacimiento de un nuevo ojo de agua dentro de la comunidad, paciencia, entre otras cosas.

Este trabajo me sirvió para aprender a respetar la diferente mirada que tiene la gente ante un problema de salud, aprender a ser más prudente con las costumbres de la comunidad y no tomarlo como algo simple, tener un verdadero compromiso con la gente y ser más crítico, a actuar ante un accidente o emergencia.

Me sirvió para observar que las cosas no son rígidas sino flexibles, no solo seguir un plan de trabajo que en vez de mejorar las condiciones de la gente solo les niega la palabra, su expresión y sigue sumergiéndolos en la ignorancia y en el

control de la comunidad. Aprendí a trabajar en equipo con el sentir y el pensar de la comunidad y no como lo hacíamos en la universidad, en donde nos imponían la comunidad y la forma de trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

ALEM, Rodríguez, M. Una mirada a la educación popular de hoy, educación y diversidad, La Paz, 1987.

ARANA, Cedeño, M. "Educación y Gestión Ambiental en la Selva de Chiapas". Cuadernos de Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades de la UNAM. México. Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.

AYESTARÁN, S. Martínez Taboada, La Terapia psicosocial del grupo, La realidad social, Bogotá, 2000.

BALLINAS, J. El desierto de los Lacandones. Tuxtla Gutiérrez: Ateneo de Ciencias y Artes de Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas; 1951; Resistencia y Utopía. México: Era; 1985.

BRUNER, J. Desarrollo cognitivo y educación, Morata, Madrid, 1998.

BUSTILLOS, G., Vargas, L. Técnicas participativas para la Educación Popular, Tomo I, IMDEC, 2001.

CASTORIADIS, C. La institución imaginaria de la sociedad, Barcelona, 1989.

CHAPELA, M. C. Educación en la Teoría de la Reproducción de Pierre Bordieu, Diplomado en Promoción de la Salud, UAM, México, 2004.

CCESC, ECOSUR, PHR. Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del Derecho a la salud en Chiapas, México, 2006.

CENTRULO, R. Desarrollo local en la perspectiva de la acción cultural, Cesó, La Hayala, Colombia, 1995.

Construyendo Saberes, Sistematización de Experiencias Educativas, Asociación de Pedagogos de Cuba, Educación a Distancia, software, 2003.

DAM, A., Martinic S., Petter G. La educación popular en América Latina. Notas sobre el Estado de una discusión. CIDE, Santiago de Chile, 1992.

DUSSAN, M. Modelo Pedagógico de las experiencias de educación popular de la Universidad Surcolombiana, Barcelona, 2004.

DUSSAN, M. La relación educación, trabajo y conocimiento en experiencias significativas de Educación popular de los adultos en Colombia, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2002.

FALS, O. Participación popular: retos del futuro, Bogotá, 1998.

FALS, O Modelos de Investigación Cualitativa en Investigación Social, s.a. ediciones, Madrid, 2000.

FREIRE, Paulo. La importancia de leer y el proceso de liberación, Siglo XXI, México, 1984.

FREIRE, Paulo. La educación como práctica de la libertad, Siglo XXI, Madrid, 1989.

FREIRE, Paulo. Pedagogía del oprimido, Siglo XXI, Madrid, 1992.

GADAMER, G. Verdad y Método, Sigame, Salamanca, 1993.

GARCÍA, N. Las culturas populares en el capitalismo, Nueva Imagen, México, 1982.

GARCÍA, N. Culturas tradicionales y culturas populares en México, Nueva Imagen, México, 1985.

GARCÍA, N. Cultura híbridas, Estrategias para entrar y salir de la modernidad, Nueva Imagen, México, 1990.

GARCÍA, N. Consumidores y ciudadanos, Conflictos multiculturales de la globalización, Grijalbo, México, 1995.

GARDNER, H. Mentas creativas. Una anatomía de la creatividad vista a través de la vida de Freud, Einstein, etc. Ediciones Paidós, Barcelona, 1995.

GOROSTIAGA, X. América Latina frente a los desafíos globales, Fondo de Cultura Económica, México, 1992.

GRAMSCI, A. La formación de los intelectuales, Grijalbo, México, 1988.

HELLER, A. Sociología de la vida cotidiana, Ediciones península, Barcelona, 1999.

INEGI. XXI Censo de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos Nacionales y por Entidad Federativa. Base de Datos y Tabulados de la Muestra Censal. Aguascalientes: INEGI, 2001.

JARA, O. El reto de teorizar sobre la práctica para transformarla, Edit. Alforja, 2008.

LURIA, A. Los procesos cognitivos, análisis socio-crítico, Editorial Fontanela, Barcelona, 1980.

MAYA, A. El taller educativo. Qué es, fundamentos, como organizarlo y como dirigirlo. Gente Nueva, Bogotá, 1991.

MEJÍA, M.R. Hacia otra escuela desde la Educación Popular, CINEP, Bogotá Colombia, 1996.

MEJÍA, M.R. Awad, Educación Popular, hoy en tiempos de globalización, Ediciones Aurora, Bogotá Colombia, 2003.

MEJIA, M. Awad. Pedagogías y Metodologías de la Educación Popular. La negociación cultural, una búsqueda, Fe y Alegría, Quito, Ecuador, 2000.

MILLER, Armín. Modelo Pedagógico de las experiencias de Educación Popular, Barcelona, España, 2004.

OSORIO, J. La fuerza del arco iris: movimientos sociales, derechos humanos y nuevos paradigmas culturales, CEAL, Santiago de Chile, 1990.

OSORIO, J. Nuestras prácticas: perfil de la formación de educadores populares en Latinoamérica, IMDEC, México, 1993.

PERESON, M. Educación popular y alfabetización en América Latina, Dimensión Educativa, Bogotá, 2003.

SSA. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud "Estadísticas de Mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003". Salud Pública de México, 2005.

TORRES, A. La Educación Popular entre la esperanza y la incertidumbre, Universidad Pedagógica de Colombia, Bogotá, Colombia, 1993.

VIGOTSKY, L. S. Thought and Language. New York, 1934.

9. ANEXOS

TALLER CON REPRESENTANTES DE SALUD INDÍGENAS

¿QUÉ ES SALUD?

TALLER 1, TEMA 1: ¿qué es salud, qué es enfermedad?

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a reforzar las capacidades de las/los representantes indígenas para administrar autónomamente su sistema de salud comunitario.

Objetivo específico: Elaborar el concepto de salud/enfermedad con los representantes indígenas, así como identificar las determinantes de la salud.

- Reconocer la Salud como Derecho
- Identificar los elementos de la Atención Primaria

TEMARIO:

- ¿Qué es Salud?
- Nuestra definición de salud / Definición de la OMS
- ¿Qué es enfermedad?
- Determinantes de Salud
- La Salud como Derecho
- Situación real / Situación esperada / Situación deseada
- Cuento: ¿A quién le toca dar la salud?
- ¿Qué hacemos para no enfermarnos? Prevenir
- Diferencia entre promoción y prevención
- Atención Primaria
- El sistema de Salud Autónomo incluye la Atención Primaria

¿QUÉ ES SALUD?

Cada punto de reunión hizo su propio concepto de salud; después se dio la definición de la OMS y de otros 2 autores.

OMS = Organización Mundial de la Salud

OMS: "Salud es el completo estado de bienestar físico, bio-psico-social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Otras definiciones de salud:

"La salud y la enfermedad no son sino manifestaciones ecológicas entre el hombre y su ambiente total: físico, mental y social." Hernán San Martín.

"La salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. Es una respuesta del organismo buscando su adaptación." Perkins.

Para tener Salud el hombre debe de estar en equilibrio con el medio ambiente que lo rodea (agua, aire, plantas, animales, etc), así como con su cuerpo, familia y comunidad. Cuando se pierde este equilibrio se produce una enfermedad. La **enfermedad** se puede definir como pérdida del equilibrio.

Hay varias causas que dan enfermedades:

- Agua contaminada, basura, uso de químicos
- Los parásitos pueden dar enfermedades como las lombrices, amibas, sarna.
- Los insectos pueden transmitir enfermedades como el dengue o el paludismo
- Estar muy triste, enojado o desesperado
- Enfermedades crónicas como la diabetes o la presión alta
- Cáncer o enfermedades que tienen que ver con la herencia

Para tener salud se necesitan varios factores como: tener casa, techo, vestido, agua, letrina, buena alimentación, una alimentación variada, de cantidad adecuada y limpia. Para estar sanos necesitamos tener un lugar donde vivir y tierra donde sembrar. Si estamos sanos podemos estudiar, ir a la escuela, jugar, cantar,

reír y trabajar. También necesitamos dinero para comprar cosas como azúcar, jabón o para pagar algún servicio. Todo esto se llama **determinantes de la salud**, que significa que con ellos podemos estar sanos; además de ser Determinantes de la Salud son Derechos.

La palabra **DERECHO** significa recto, seguir el camino recto. Tiene que ver con la justicia; los Derechos han aparecido a lo largo de la historia, la mayoría de las veces tienen relación con una guerra o revolución. Es así que con el paso del tiempo han ido naciendo los Derechos y se clasifican según como han ido apareciendo.

Clasificación de los Derechos:

- Derechos de **Primera Generación o Individuales**: derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la propiedad, a la seguridad jurídica, a decidir con quién casarnos, a decidir el número de hijos que queremos tener, libertad de creencia (religión), etc. También se llaman garantías individuales y están escritas en los Artículos 1º al 29 de la Constitución Política Mexicana.

- Derechos de **Segunda Generación, Sociales o DESCAs**:

DESCA = **D**erechos, **E**conómicos, **S**ociales, **C**ulturales y **A**mbientales

Son: derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a una vivienda, a la salud, derecho a la alimentación, al trabajo, derecho a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo. Derecho a fundar y afiliarse a sindicatos y huelga, derecho a la seguridad social y al seguro social, derecho a la educación, derechos culturales.

Los derechos sociales señalan las obligaciones del Estado frente a la sociedad, estos derechos involucran a toda la sociedad. Estos derechos están en los artículos 4º, 27, 123 de nuestra constitución.

Nuestra actual constitución, promulgada el 5 de febrero de 1917, recogió las causas por las que se había luchado durante la Revolución Mexicana. La Constitución de México fue la más avanzada de su tiempo porque fue la primera en incluir los derechos sociales.

- De **Tercera Generación**: derecho de los pueblos indígenas, de las mujeres, de los niños. Tienen que ver con la autodeterminación.

Estos se llaman Derechos Humanos y todos gozamos de ellos sin distinción de raza, de religión, de sexo o nacionalidad. Son para TODOS.

Ningún individuo es más importante que otro.

Los hombres y mujeres somos iguales ante la ley.

En México no existen esclavos.

Características de los Derechos:

- Universales: pertenecen a todo ser humano
- Indivisibles: no pueden fraccionarse, ni dividirse, ni reducirse
- Inalienables: no se pueden perder
- Interdependientes: la realización de cada derecho es indispensable para el pleno goce de los demás derechos.

DERECHO A LA SALUD

“El derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. “

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo: la alimentación, vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a no ser sometido a torturas, al acceso a la información y a la libertad de asociación. Estos derechos y libertades son los componentes integrales del derecho a la salud. El derecho a la salud es un derecho social reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, está escrito en el artículo 4º, y además está la Ley General de Salud que se aplica para toda la República Mexicana.

Situación real / Situación esperada / Situación deseada

Cuando tenemos un problema (situación real) tenemos 2 opciones:

1. No hacer nada y que el problema siga (situación esperada)
2. Hacer algo para cambiar (situación deseada)

La solución a un problema está en nosotros, en el deseo de cambiar, en la iniciativa de hacer algo para modificar la situación actual. El trabajo organizado y la comunicación son herramientas valiosas para modificar lo que no nos gusta o para cambiar lo que nos afecta.

¿A quién le toca dar la salud? A TODOS.

Todas las personas debemos de involucrarnos en la salud, sin importar si son o no promotores de salud. Las personas de manera individual pueden hacer cosas para buscar la salud, como lavarse las manos antes de comer o tener su casa limpia. La familia es el primer lugar donde aprendemos a cuidarnos, a cuidarnos para no enfermarnos. La comunidad es muy importante ya que con la organización y participación podemos lograr una comunidad limpia que cuide sus recursos y medio ambiente.

El gobierno o el estado es el encargado de dar los servicios necesarios que proporcionen o busquen la salud. La salud no la garantiza los hospitales ni los médicos; los responsables de que estemos sanos no son los promotores de salud. **La salud nos involucra a TODOS y todos somos responsables.**

Prevención/Promoción

Prevenir: Son las acciones que hacemos para NO enfermarnos. Lo que hacemos para no enfermarnos. Ej: lavar los platos, lavarse las manos antes de comer e ir al baño, recoger la basura, separar a los animales en un corral, tapar los alimentos, usar la letrina, etc.

Promoción: Son las actividades que fomentan la salud. Para promover podemos utilizar folletos, anuncios de radio, periódico mural, dibujos, reuniones, etc. La promoción consiste en difundir, en informar a la población.

La **Atención Primaria de la Salud** es un término muy amplio que incluye varias cosas como la promoción, la prevención de la salud, la detección temprana de enfermedades así como su atención. La Atención Primaria de la salud trabaja con la población sana y con la población enferma. Se busca salud para todos.

Las principales características de la Atención primaria de salud son:

- Promoción de la Salud
- Incremento de las acciones preventivas
- Atención a los padecimientos más frecuentes y a los endémicos
- Suministro de alimentos y medicamentos
- Salud materno-infantil y planificación familiar

- Adiestramiento y capacitación del personal
- Trabajo en equipo y participación activa de la comunidad
- Tecnología adecuada y de bajo costo
- Ampliación de la cobertura e integración de servicios de salud
- Saneamiento ambiental básico.

Es muy importante la participación de la comunidad para poder lograr la salud.

La atención primaria tiene 3 principios fundamentales, que son:

Equidad: Que todos somos iguales. Se identifica con justicia social, implica desde el punto de vista de salud, garantizar el acceso igual para todos a la atención médica y a los servicios de salud.

Solidaridad: Que todos participemos. Significa que todos los elementos de la sociedad se sientan responsables y comprometidos en los planes, programas y acciones para la salud.

La Sustentabilidad: Que se sostiene sólo. Se entiende como la posibilidad de asegurar la permanencia de los servicios de salud, apoyándolos en lo político, en lo económico, en lo técnico y en lo social.

Se habla por primera vez de la Atención Primaria de la salud en Alma-Ata, Rusia, en el año de 1977, en una conferencia que organizó la OMS. El sistema de salud autónomo tiene varias cosas en común ¿ya te diste cuenta?.

PREGUNTAS...

¿Dependemos de alguien, de quién?, entonces ¿somos autónomos?

¿Realmente somos sustentables?

¿Conocemos nuestros derechos?

¿Cómo queremos que sea nuestro sistema de salud?

JUEGOS Y DINÁMICAS

Para empezar a realizar una dinámica o juego es necesario que los participantes pongan mucha disposición, atención y ganas de divertirse aprendiendo. Que el facilitador explique lo más claro posible las indicaciones de acuerdo al contexto y que las dinámicas se adecuen al aspecto cultural de cada región, es decir, utilizar los juegos tradicionales de las comunidades como insumo para desarrollar un tema. A continuación algunas de las dinámicas empleadas durante la realización de los talleres.

MAR ADENTRO/ MAR AFUERA

Para que nos sirve: Para animar a la gente a que participe en una junta, una reunión o en cualquier actividad.

Qué cosas necesitamos: Un gis, un lugar con espacio para brincar.

Cómo se hace: Se traza una línea en el suelo, puede ser con gis, o si el suelo es de tierra la puedes hacer con un palo, se invita a la gente a participar, y a que se pongan detrás de la línea, cuando el facilitador de la voz de mar adentro, todos dan un salto hacia delante de la raya. A la voz de mar afuera todos dan un salto hacia atrás de la raya. El facilitador debe de dar las indicaciones de forma rápida, y las personas que se vayan equivocando van saliendo del juego.

LA PAPA SE QUEMA

Para que nos sirve: Para hacer el repaso de un tema, o para hacer que la gente de su opinión sobre una actividad o un tema.

Qué cosas necesitamos: Una pelota o una bola hecha con papel que no sirva.

Como se hace: Se les pide a los participantes que se sienten en un círculo, cuando todos los participantes están listos se les pasan la pelota que finge ser una papa y el facilitador repite la frase: "la papa se quema, la papa se quema...se quemó" hasta que quiera, y a la persona que le haya tocado quedarse con la papa se le hace una pregunta.

EL CORREO

Para que nos sirva: Nos sirve para animar a las personas de la comunidad a que participen en alguna actividad con nosotros.

Qué cosas necesitamos: Sillas.

Como se hace: Se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante, el facilitador se queda en el círculo y comienza el juego diciendo: “traigo una carta para todos los que...” y tiene que decir una cosa de las personas que están en el juego, por ejemplo: “traigo una carta para todos los que tienen bigotes” y el juego trata de que las personas que tienen bigotes cambien de silla. Sólo tienen que cambiar de lugar las personas que tienen lo que va diciendo el facilitador.

LLUVIA DE IDEAS

Para que nos sirva: Para pensar en grupo sobre el significado de una idea.

Qué cosas necesitamos: Papel y marcadores o piso y gises.

Como se hace: Se forma un círculo con los participantes, el facilitador dará un marcador o gis a cada participante, les dará una palabra en la que tienen que pensar, después les explica que tienen que seguir el ritmo de los aplausos con los ojos cerrados, y cuando deje de aplaudir, tienen que correr a escribir una palabra que hayan pensado y que se relacione con la primera palabra que les dio el facilitador. También se les explica que gana el primero que escriba más palabras y que tengan relación. Al final se piensa en grupo sobre las palabras escritas.

GALLOS Y GALLINAS LOCAS

Para que nos sirva: Este juego nos sirve para animar a la comunidad.

Qué cosas necesitamos: Globos, estambre o hilo.

Como se hace: El facilitador le pide a los participantes que cada uno tome cuatro globos, los infle y se los amarre en los pies, cuando todos los participantes tengan los globos amarrados a los pies, el facilitador pasa a amarrarles las manos atrás a cada participante, cuando todos los participantes estén listos el facilitador les explica que este juego se trata de romper los globos del rival y que gana el participante que termine con más globos sin tronar. Cuando todos los participantes están listos el facilitador da la señal de “gallos y gallinas locas” y los participantes tienen que romper los globos.

EL JUEGO DE LOS PUNTOS

Para que nos sirva: Este juego nos sirve para abrir nuestro pensamiento, y para pensar mejor.

Qué cosas necesitamos: Una hoja y un marcador o una pluma para cada participante.

Como se hace: Se dibuja en el pizarrón o en una hoja nueve puntos que van a ser la base de nuestro juego, después se les dice a los participantes que tienen que unir los nueve puntos con solo cuatro líneas rectas y sin despegar la pluma de la hoja. Es importante que se les dé tiempo a los participantes para que prueben y lo hagan las veces que sea necesario.

CULTURA

Para que nos sirva: Este juego nos sirve para hacer un repaso del taller y para trabajar y ver las cosas que distinguen nuestra cultura.

Qué cosas necesitamos: Un espacio para jugar puede ser una cancha, el campo y gis.

Como se hace: Se hace entre todos los participantes una rueda en el centro de la cancha, a esta rueda se le hace un círculo pequeño en el centro y se divide la rueda en el número de participantes que sean. Se les pide a los participantes que escojan un trozo del círculo y que se paren en él. Cuando todos los participantes estén parados en cada círculo se les pide que piensen en un animal que distinga su cultura, una vez que tengan su animal cada uno lo escribe en el suelo, el facilitador les explica a los participantes que tienen que decir: "Declaro la guerra en contra de..." y decir el nombre de un animal escrito en el suelo, cuando la persona escuche el nombre de su animal tiene que brincar al centro (círculo pequeño) y gritar "cultura", mientras el resto de los participantes tiene que correr, y al escuchar "cultura" se tienen que quedar quietos, la persona que está en el centro, tiene que escoger a la persona más cercana y contar cuantos pasos hay hasta esa persona (decir si los pasos son chicos, medianos o grandes), si le atina al número de pasos se le pone un hijo a la persona que corrió, si no se le pone un hijo al otro y al final pierde quien tenga cinco hijos. El participante que pierde menciona las ideas más importantes del taller.

EN EL TALLER...

Para que nos sirve: Este juego nos sirve para hacer un repaso de los temas de un taller.

Qué cosas necesitamos: Un gis.

Como se hace: Se les pide a los participantes que hagan una rueda, que estén separados más o menos por dos pasos uno del otro, y que marquen una cruz grande en sus pies, el facilitador les explica que este es un juego de velocidad pero que tienen que estar atentos también a el resumen del taller que se va a dar, les dice que cada vez que escuchen las palabras: “en el taller” se van a cambiar de cruz, no se pueden pasar a las cruces de los lados y al final el facilitador explica algo de los temas que se vieron, después de algunas explicaciones el facilitador entra en una cruz y queda una persona al centro y se le hace una pregunta.

EL PUÑO

Para que nos sirve: Nos sirve para ver nuestra disposición a trabajar en equipo y nuestra apertura con los demás.

Qué cosas necesitamos: la participación de los representantes

Como se hace: Se colocan a los participantes en parejas, se les pide a todos los participantes que se encuentren del lado derecho que cierren el puño, el facilitador pasa con cada pareja cerrando el puño con fuerza para demostrarles como se hace. Y se les dice a los demás participantes que traten de abrir el puño, se les da un tiempo para que lo intenten y al finalizar los que cerraron el puño tratan de abrirlo. Al final se explica a los participantes que tenían que abrir el puño de la otra persona pero no solamente con la fuerza y a los otros que nunca se les dijo que lo cerraron con fuerza. Se piensa en grupo sobre por qué cerraron el puño con fuerza y como se relaciona esto con nuestro trato con las demás personas.

JUEGO DE LOS DIBUJOS

Para que nos sirve: Para pensar que cada persona piensa de manera diferente.

Qué cosas necesitamos: Una hoja y un marcador por cada participante.

Como se hace: Se les pide a los participantes que busquen un lugar en donde nadie pueda copiar sus dibujos. Una vez que los participantes están en su lugar con su hoja y con su marcador, se les muestra un dibujo (la distancia a la que deben estar los participantes del dibujo mínimo de 2 metros) y se les dice que lo dibujen, se les menciona que puede ser una casa, un animal o lo que ellos vean, pero lo tienen que hacer

cada uno, al acabar se muestran todos los dibujos a los participantes y se piensa sobre la importancia de la opinión de cada uno y sobre como todos vemos cosas diferentes y que eso es muy respetable.

LA CAMPANA

Para que nos sirve: Es un ejercicio de confianza y nos ayuda a tener mayor seguridad con los demás.

Qué cosas necesitamos: la participación de los representantes

Como se hace: Se les pide a los participantes que hagan equipos de tres personas y que se ponga una persona en medio y las dos a sus lados, se les enseña primero a los participantes como es el juego para evitar algún accidente, se representa con un equipo que la persona que está en medio tiene que poner firme y duro su cuerpo y dejarse ir para al frente y para atrás confiando en que sus compañeros la van a sostener, las personas que están a los lados tienen que ponerse en una buena posición y sostener a la persona que está en medio sin empujarla solo balanceándola, después de unos minutos se cambian las posiciones, tratando de que todos pases en medio, al final se les pregunta a los participantes que sintieron al estar en medio y al dejarse ir para un lado y para otro y que sintieron cuando estaban a los lados, se piensa sobre la importancia de confiar en los demás y sobre el trabajo en equipo.

DISFRACES

Para que nos sirve: Para divertirnos y hacer un repaso de los temas del taller.

Qué cosas necesitamos: Gis.

Como se hace: Se hacen en el suelo las huellas de un huarache, con diferentes movimientos, en un pie, en dos pies, volteados, chuecos, etc., y tiene que ser un par de pisadas por cada participante, una vez que estén hechas, el facilitador les explica a los participantes que en este juego se trata de seguir el ritmo de la canción y seguir las cosas que él va haciendo, por ejemplo si el facilitador brinca, todos los compas tienen que brincar, en el momento en que se corte la canción y el facilitador diga "disfraces" todos tienen que correr y pararse en una de las huellas pintadas en el suelo. Conforme vaya dándose la dinámica del juego el facilitador va a ir quitando una huella, por lo que un participante va saliendo, y se le va preguntando algo del taller.

LA TELARAÑA

Para que nos sirve: Nos sirve para presentarnos y para pensar sobre el concepto de sistema.

Qué cosas necesitamos: Un estambre o un lazo largo.

Como se hace: Todos los compas se ponen en un círculo y el facilitador comienza a aventar el estambre o el lazo a quien él decida, la persona que avienta el estambre se tiene que quedar con una punta del estambre y le tiene que preguntar algo a la persona que lo recibe. Esto se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña. Una vez que todos hayan pasado quien se quedó con la bola de estambre debe de regresarla a quien se la envió.

LA DOBLE RUEDA

Para que nos sirve: Para animar a la comunidad.

Qué cosas necesitamos: un cantante y una canción tradicional.

Como se hace: Se divide a los participantes en dos grupos iguales, se coloca a un grupo formando un círculo tomados de los brazos, mirando hacia afuera de la rueda, se coloca al otro grupo a su alrededor, formando una rueda, tomados de las manos, mirando hacia adentro. Se les pide a cada miembro de la rueda exterior se coloque delante de uno de la rueda interior que será su pareja y que se fijen bien, en quien es la pareja de cada quien. Una vez identificadas las parejas se les pide que se vuelvan de espaldas y queden nuevamente tomados de las manos unos y de los brazos otros. Se les dice que mientras escuchan la canción tienen que girar las dos ruedas cada una hacia su lado derecho y que cuando pare la música deben de buscar a su pareja, tomarse de las manos y sentarse en el suelo, la última pareja en hacerlo va saliendo de la rueda.

ANIMALITOS

Para que nos sirve: Para Animar a la comunidad a participar.

Qué cosas necesitamos: Hojas de papel y marcadores.

Como se hace: Se escriben en papeles nombres de animales en parejas, machos y hembras, por ejemplo: en un papel león, en otro papelito leona. Se dan los papelitos a los compas y se les dice que, durante 5 minutos, sin hacer sonidos deben de actuar como el animal que les toco actúa, y que tienen que buscar su pareja. Cuando creen que las han encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del

grupo. Una vez que todos tienen pareja deben de gritar el nombre del animal y ver si están con la pareja correcta.

QUITAME LA COLA

Para que nos sirve: Para preguntar y hacer el repaso de un tema.

Qué cosas necesitamos: Un paliacate o un pañuelo por cada compa.

Como se hace: Todos los compas se colocan un pañuelo en la parte posterior del cinturón, sin anudarlo solo que quede fijo, luego pasan su brazo izquierdo por detrás de la cintura tomándose el brazo derecho, todos los compas tienen que estar en esta posición y si bajan el brazo pierden, cuando el facilitador diga, "quítame la cola" los compas tendrán que quitarle la cola a otros compas, y los que se vayan quedando sin cola pierden. Los que pierden tienen que organizarse para dar el repaso de un tema.

EL PUENTE

Para que nos sirve: Para animar y fomentar el trabajo en equipo.

Qué cosas necesitamos: Sillas firmes o botes, una por cada participante y una de más.

Como se hace: Se forman dos equipos con el mismo número de participantes cada uno, se traza una meta del doble de espacio de lo que ocupen las sillas puestas en una fila delante de otra. Se sube un jugador en cada silla, se coloca la silla de más al final de cada fila. Se explica al equipo que el último jugador debe de tomar la silla desocupada y se la debe pasar a su compañero y este al siguiente y así sucesivamente, hasta llegar a manos del primero, este la pone en el suelo y se sube sobre ella, la fila completa avanza entonces un tramo, con lo que queda de nuevo una silla desocupada, la fila que llegue primero a la meta tiene que contestar una pregunta, al contestarla en equipo, tienen que regresar de donde salieron y el equipo que llegue primero es el ganador.

EL PUEBLO MANDA

Para que nos sirve: Para animar a la comunidad.

Qué cosas necesitamos: un guion escrito

Como se hace: El facilitador explica a los compas que va a dar diferentes ordenes como la siguiente: “El pueblo manda... que todos se pongan de pie”, solo cuando se diga la consigna se debe de hacer la orden, van saliendo los que no hagan lo que dice la consigna, el facilitador puede cambiar la frase y decir: “el pueblo dice...” y los compas no tienen que hacer nada porque no fue dicha la consigna de la manera correcta. Los órdenes deben de hacerse lo más rápido posible porque el último que la haga sale del juego.

EL CHOCOLATEADO

Para que nos sirve: Para animar a la comunidad.

Qué cosas necesitamos:

Como se hace: Los participantes se agrupan por parejas tomándose de la mano, se colocan formando un círculo y dejan una pareja fuera. La pareja que queda afuera tomados de la mano corre hacia la derecha alrededor del círculo, en un momento determinado, la pareja que va corriendo se pone de acuerdo y le pega en las manos a una de las parejas del círculo (esta pareja debe correr hacia el lado izquierdo). En este momento ambas parejas deben de correr y ocupar el espacio vacío que dejó la pareja que estaba dentro del círculo, la pareja que llegue al último pierde. El juego sigue repitiéndose la misma acción.

LA CARTA MÁGICA

Para que nos sirve: Para animar a la comunidad y para hacer un repaso de los temas.

Qué cosas necesitamos: Una carta.

Como se hace: Los compas se ponen en una fila y se les explica que tienen que pasar la carta de boca en boca, succionando con aire la carta, al compa que se le vaya cayendo la carta pierde y va saliendo del juego. Esta dinámica se puede utilizar para retomar un tema o una idea central.

CARTAS DESCRIPTIVAS DE LOS TALLERES DE LOS REPRESENTANTES DE SALUD INDIGENAS.

Tema: ¿QUE ES UN SISTEMA DE SALUD?

TALLER CON REPRESENTANTES DE SALUD INDÍGENAS

AGOSTO 2007

OBJETIVO GENERAL:

- 1 Contribuir a reforzar las capacidades de las/los representantes indígenas de salud para administrar autónomamente sus sistema de salud comunitario.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- 2 Fomentar el análisis sobre los sistemas de salud y las políticas de salud para generar herramientas que puedan ser utilizadas en la elaboración de un plan de salud.

1er DIA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
1er Día Presentación	Conocer el grupo de trabajo y presentar el objetivo y temas del curso.	Dinámica del estambre: decir nombre, lugar de procedencia, qué esperan del taller, qué ofrecen y a qué están dispuestos. Mover el estambre, ¿qué figura se formo o a qué se parece?	Estambre de color	30 min Facilitador (a)
Concepto de sistema	Definir el significado de la palabra sistema	Preguntas generadoras ¿qué entiendo por sistema?, asociarlo con la dinámica del estambre.	Diccionario Papelógrafos Plumones Gises	60 min Facilitador (a)

Nuestro camino	Recordar cómo se formó el sistema de salud autónomo	<p>Dibujo del camino</p> <p>Preguntas generadoras: cuándo nos empezamos a organizar?, cómo iniciamos?, qué empezamos hacer?, cómo estamos ahora?, qué dificultades hemos tenido?, cómo las resolvimos?.</p> <p>Se presenta por medio de un dibujo que representa un camino donde las piedras son los obstáculos.</p>	<p>Papelógrafos</p> <p>Plumones</p> <p>Gises</p>	<p>120 min</p> <p>Facilitador (a)</p>
Elementos del sistema de salud autónomo	Identificar quiénes conforman el sistema de salud autónomo y sus funciones	<p>Trabajo por equipo</p> <p>En plenaria se buscará hacer un esquema del sistema de salud autónomo.</p>	<p>Papelógrafos</p> <p>Plumones</p> <p>Gises</p>	<p>90 min</p> <p>Facilitador (a)</p>

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Para recordar	Recordar los temas que se trabajaron el día anterior.	Lluvia de ideas Poner énfasis en el esquema del sistema de salud autónomo	Plumones Papelógrafos gises	20 min Facilitador (a)
Características de nuestro sistema de salud	Identificar o establecer las características del sistema de salud autónomo.	Preguntas generadoras y plenaria. Conocen la declaración de Moisés Gandhi	Lectura Plumones Papelógrafos Gises	90 min Facilitador (a)
Importancia de la organización	Reconocer que la organización es importante para iniciar cualquier trabajo	Juegos y reflexión		60 min Facilitador (a)

Sistemas de salud (OMS)	<p>Conocer el trabajo de la OMS sobre los sistemas de salud del mundo.</p> <p>Identificar las características de los sistemas de salud que propone la OMS</p>	<p>Lectura, preguntas generadoras.</p> <p>Recordar la declaración de Alma Ata del taller pasado.</p> <p>¿hay cosas en común con el sistema de salud autónomo?</p>	Lectura	<p>120 min</p> <p>Facilitador (a)</p>
-------------------------	---	---	---------	---------------------------------------

3er DIA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Sociodrama	Conocer la percepción que tienen los compañeros sobre la atención que otorga el sistema de salud mexicano.	Sociodrama En plenaria compartir sus experiencias		60 min Facilitador (a)
Sistema de salud mexicano	Dar una introducción sobre la forma de organización del sistema de salud mexicano. Analizar el trabajo del sistema de salud mexicano.	Lectura Plenaria Hablar sobre algunos programas de la SSA y de las cartillas en las diferentes etapas de la vida.	Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva Gises Cartillas de la SSA de las diferentes etapas de la vida	120 min Facilitador (a)

Seguro Popular	Informar sobre el seguro popular	Presentación de la facilitadora	Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva Gises	60 min Facilitador (a)
Otros sistemas de salud	Conocer otros sistemas de salud.	Preguntas generadoras ¿qué otros sistemas de salud conocen? Privado, el del gobierno, autónomo. Plenaria de la facilitadora	Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva Gises	60 min Facilitador (a)

4º DIA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Nuestro sistema de salud	Reflexionar sobre la forma de organizar el sistema de salud autónomo	<p>Recordar lo que trabajó los días anteriores sobre ¿quiénes forman el sistema de salud autónomo, qué funciones tienen? y las características del sistema de salud autónomo.</p> <p>Están funcionando?, Qué hemos logrado?</p>	<p>Plumones</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Gises</p>	<p>60 min</p> <p>Facilitador (a)</p>
Dinámica de comunicación	Resaltar la importancia de la comunicación como herramienta de trabajo.	<p>Juego</p> <p>Relacionar la comunicación como herramienta en el trabajo de salud y que gracias al trabajo en equipo, a la organización y comunicación se ha logrado hacer un sistema de salud autónomo.</p>	<p>Plumones</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Gises</p>	<p>60 min</p> <p>Facilitador (a)</p>

De nuestro sistema de salud...	Reflexionar sobre la forma de organizar el sistema de salud autónomo	identificar las piedras en el camino (retomar dibujo del 1er día) ¿qué nos falta? ¿hasta dónde queremos llegar?	Dibujo del camino Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva Gises	90 min Facilitador (a)
Dinámica	Analizar que las dificultades se pueden transformar en oportunidades	Juego	Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva Gises	60 min Facilitador (a)
Y los demás caracoles?	Reconocer la importancia de conocer los demás puntos de reunión para intercambiar experiencias en salud	Preguntas generadoras: Conocemos el trabajo de los demás compañeros?, conocemos el trabajo de los demás puntos de reunión?, será importante?		30 min Facilitador (a)

5º DIA

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Evaluación escrita	Recordar los temas tratados en el taller	<p>Preguntas generadoras: ¿qué recuerdo del taller?, ¿qué me llevo a casa?, ¿qué es lo que más me gustó?</p> <p>Contestar las preguntas de manera individual. Después se comparten las respuestas por equipos o parejas según número de asistentes.</p> <p>En plenaria lo presentan a los demás compañeros.</p>	<p>Cuaderno</p> <p>Pluma o lápiz</p>	<p>120 min</p> <p>Facilitador (a)</p>
Evaluación	Evaluar el trabajo realizado durante el taller	<p>Lluvia de ideas y preguntas generadoras</p> <p>¿me gustó el taller?, ¿qué no me gustó?</p>		<p>40 min</p> <p>Facilitador (a)</p>

TALLER CON REPRESENTANTES DE SALUD INDÍGENAS

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2007

TEMA: ¿QUÉ SISTEMA DE SALUD QUEREMOS NOSOTROS?

OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir a reforzar las capacidades de las/los representantes indígenas de salud para administrar autónomamente su sistema de salud comunitario.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Reflexionar sobre el sistema de salud que quieren lograr así como aprender a planificar proyectos de salud.

PRIMER DÍA:

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Presentación	Recordar a los integrantes del grupo de trabajo y presentar el objetivo y los temas del curso.	Dinámica de las tarjetas; se reparten las tarjetas que están incompletas, se les pide a los integrantes del equipo que busquen a su pareja y cuando la encuentren que platicuen y la presenten al resto del grupo.	Tarjetas con diferentes dibujos.	30 min Facilitador (a)
Recordatorio del taller anterior.	Recordar los temas y objetivos del taller anterior.	Círculo de las ideas	Gises de colores.	30 min Facilitador (a)

Imaginar nuestro sistema de salud autónomo.	Pensar en el sistema de salud que queremos lograr.	Juego de los dibujos; cada participante plasma en una hoja de papel sus aspiraciones y después las comparte en plenaria.	Hojas, pinturas, pinceles, vasos, papel.	90 min Facilitador (a)
Concepto de diagnóstico.	Definir el significado de la palabra diagnóstico.	Preguntas generadoras ¿en donde hemos escuchado antes esta palabra?, ¿qué significa?, ¿cómo lo podemos utilizar?	Diccionario Papelógrafos Plumones Gises	60 min Facilitador (a)
Diagnóstico comunitario	Identificar los componentes principales de un diagnóstico comunitario, explicar su utilidad y dar algunos ejemplos.	Explicación del facilitador.	Papelógrafos Plumones Gises	90 min.

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Para recordar	Recordar los temas que se trabajaron el día anterior.	Lluvia de ideas Poner énfasis en los conceptos clave.	Pelota, Papelógrafos, Plumones.	30 min Facilitador (a)
Elementos importantes para el diagnóstico comunitario	Conocer los elementos que tiene el contexto e identificar los datos que sirven para hacer un diagnóstico comunitario, como se aplica, para qué nos sirven los datos que arroja.	Trabajo de campo; a través de un recorrido al punto de reunión.	Bolsas de plástico, Papelógrafos, Plumones.	90 min Facilitador (a)
Factores que se involucran con nuestra salud.	Recordar los diferentes factores que influyen en la salud para relacionarlos con el tema	Dinámica de la figura humana; cada asistente dira un factor que hace que la persona del dibujo se enferme.	Un dibujo de una persona, de preferencia con las características de la región.	Facilitador (a)

Importancia de la organización y el trabajo en equipo a la hora de hacer un diagnóstico comunitario.	Reconocer que la organización es importante para iniciar cualquier trabajo	Rompecabezas	Rompecabezas de colores.	60 min Facilitador (a)
--	--	--------------	--------------------------	---------------------------

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Diagnóstico comunitario.	Realizar un modelo de diagnóstico comunitario.	Trabajo por equipos y elaboración grupal de un diagnóstico comunitario.	Hojas, Papelógrafos, Plumones.	120 min Facilitador (a)
Trabajo en equipo.	Fomentar el ánimo y el trabajo en equipo para continuar con el taller.	Dinámica de la doble rueda.		30 min Facilitador (a)
Aplicación del diagnóstico comunitario	Realizar pequeño sondeo para ver como funciona nuestro diagnóstico comunitario	Trabajo por equipos.	Hojas Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva	60 min Facilitador (a)

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Ejercicio proyecto	<p>Elaboración de un proyecto.</p> <p>Elaboración de un plan de trabajo.</p>	<p>Con los resultados obtenidos en el diagnóstico comunitario se elegirá un tema para realizar un proyecto.</p> <p>Todo el grupo</p> <p>Este proyecto incluye: Objetivo general, actividades, indicadores, metas y plan de trabajo; la facilitadora da las definiciones.</p> <p>1er tiempo: se trabaja objetivos ¿qué quiero lograr?.</p> <p>Actividades-¿qué tengo que hacer para...?</p> <p>2º tiempo: explicar indicadores y metas</p> <p>3er tiempo: importancia de los recursos necesarios y los recursos con los que se cuentan</p> <p>4º tiempo: plan de trabajo</p> <p>Relacionar todas las actividades hechas en los 3 días como fuente de</p>	<p>Tabla</p> <p>Hojas con las definiciones</p>	<p>Todo el día</p> <p>Facilitador (a)</p>

		información para elaborar un proyecto: contexto, diagnóstico comunitario, ubicación del problema y plan de trabajo.		
--	--	---	--	--

QUINTO DÍA:

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Reforzar el aprendizaje.	Recordar los puntos principales del taller y para que nos sirven.	Ponle la cola al burro; cada participante pasa a tratar de ponerle la cola al burro, el que pierda comparte una idea con el grupo.	Burro, pañuelo para vendar los ojos.	60 min Facilitador (a)
Evaluación escrita	Recordar los temas tratados en el taller	Rifa; escoger al azar un tema y escribir todo lo que recuerdan del mismo.	Cuaderno Pluma o lápiz	120 min Facilitador (a)
Evaluación del aprendizaje significativo.	Evaluar el trabajo realizado durante el taller, y conocer que elementos les interesaron más a los asistentes.	Piñata; cada integrante escribe en una hoja de papel la parte más significativa del taller y cómo considera que va a ocupar lo aprendido, las hojas se ponen dentro de la piñata y al romperla se comparten las experiencias del taller.	Piñata, Globos, Hojas de colores, Plumones.	90 min Facilitador (a)

TALLER CON REPRESENTANTES INDÍGENAS

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2007

TEMA: ¿QUÉ SISTEMA DE SALUD QUEREMOS NOSOTROS?

PARTE DOS

OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir a reforzar las capacidades de las/los representantes indígenas de salud para administrar autónomamente su sistema de salud comunitario.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Reflexionar sobre el sistema de salud que quieren lograr así como aprender a planificar proyectos de salud.

PRIMER DÍA:

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Presentación	Recordar a los integrantes del grupo de trabajo y presentar el objetivo y los temas del curso.	Dinámica de las tarjetas; se reparten las tarjetas que están incompletas, se les pide a los integrantes del equipo que busquen a su pareja y cuando la encuentren que platicuen y la presenten al resto del grupo.	Tarjetas con diferentes dibujos.	30 min Facilitador (a)
Recordatorio del taller anterior.	Recordar el taller anterior: ¿Qué es un diagnostico?, nuestro diagnostico, nuestros principales problemas.	Circulo de las ideas	Gises de colores.	30 min Facilitador (a)

	Pensar en el sistema de salud que queremos lograr.	Juego de los dibujos; cada participante plasma en una hoja de papel sus aspiraciones y después las comparte en plenaria.	Hojas, pinturas, pinceles, vasos, papel.	90 min Facilitador (a)
Concepto de diagnóstico.	Definir el significado de la palabra diagnóstico.	Preguntas generadoras ¿en donde hemos escuchado antes esta palabra?, ¿qué significa?, ¿cómo lo podemos utilizar?	Diccionario Papelógrafos Plumones Gises	60 min . Facilitador (a)
Diagnóstico comunitario	Identificar los componentes principales de un diagnóstico comunitario, explicar su utilidad y dar algunos ejemplos.	Explicación del facilitador.	Papelógrafos Plumones Gises	90 min . Facilitador (a)

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Para recordar	Recordar los temas que se trabajaron el día anterior.	Lluvia de ideas Poner énfasis en los conceptos clave.	Pelota, Papelógrafos, Plumones.	30 min Facilitador (a)
Imaginar y vivenciar un problema de salud y un proceso de planeación participativa	Imaginar y analizar posibles problemas de salud así como su diagnóstico y su plan de acción.	Película, "los caminos de la vida"	Película Videograbadora Televisión	90 min Facilitador (a)
Factores que se involucran con nuestra salud.	Recordar los diferentes factores que influyen en la salud para relacionarlos con el tema	Dinámica de la figura humana; cada asistente dirá un factor que hace que la persona del dibujo se enferme.	Un dibujo de una persona, de preferencia con las características de la región.	Facilitador (a)

<p>Importancia de la organización y el trabajo en equipo a la hora de hacer un diagnóstico comunitario.</p>	<p>Reconocer que la organización es importante para iniciar cualquier trabajo</p>	<p>Rompecabezas</p>	<p>Rompecabezas de colores.</p>	<p>60 min Facilitador (a)</p>
---	---	---------------------	---------------------------------	--

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Diagnóstico comunitario.	Realizar un modelo de diagnóstico comunitario.	Trabajo por equipos y elaboración grupal de un diagnóstico comunitario.	Hojas, Papelógrafos, Plumones.	120 min Facilitador (a)
Trabajo en equipo.	Fomentar el ánimo y el trabajo en equipo para continuar con el taller.	Dinámica de la doble rueda.		30 min Facilitador (a)
Aplicación del diagnóstico comunitario	Realizar pequeño sondeo para ver como funciona nuestro diagnóstico comunitario	Trabajo por equipos.	Hojas Plumones Papelógrafos Cinta adhesiva	60 min Facilitador (a)

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Ejercicio proyecto	<p>Elaboración de un proyecto.</p> <p>Elaboración de un plan de trabajo.</p>	<p>Con los resultados obtenidos en el diagnóstico comunitario se elegirá un tema para realizar un proyecto.</p> <p>Todo el grupo</p> <p>Este proyecto incluye: Objetivo general, actividades, indicadores, metas y plan de trabajo; la facilitadora da las definiciones.</p> <p>1er tiempo: se trabaja objetivos ¿qué quiero lograr?.</p> <p>Actividades-¿qué tengo que hacer para...?</p> <p>2º tiempo: explicar indicadores y metas</p> <p>3er tiempo: importancia de los recursos necesarios y los recursos con los que se cuentan</p> <p>4º tiempo: plan de trabajo</p> <p>Relacionar todas las actividades hechas en los 3 días como fuente de</p>	<p>Tabla</p> <p>Hojas con las definiciones</p>	<p>Facilitador (a)</p> <p>Todo el día</p>

		información para elaborar un proyecto: contexto, diagnóstico comunitario, ubicación del problema y plan de trabajo.		
--	--	---	--	--

QUINTO DÍA:

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSO DIDÁCTICO	DURACIÓN Y RESPONSABLE
Reforzar el aprendizaje.	Recordar los puntos principales del taller y para que nos sirven.	Ponle la cola al burro; cada participante pasa a tratar de ponerle la cola al burro, el que pierda comparte una idea con el grupo.	Burro, pañuelo para vendar los ojos.	60 min Facilitador (a)
Evaluación escrita	Recordar los temas tratados en el taller	Rifa; escoger al azar un tema y escribir todo lo que recuerdan del mismo.	Cuaderno Pluma o lápiz	120 min Facilitador (a)
Evaluación del aprendizaje significativo.	Evaluar el trabajo realizado durante el taller, y conocer que elementos les interesaron más a los asistentes.	Piñata; cada integrante escribe en una hoja de papel la parte más significativa del taller y cómo considera que va a ocupar lo aprendido, las hojas se ponen dentro de la piñata y al romperla se comparten las experiencias del taller.	Piñata, Globos, Hojas de colores, Plumones.	90 min Facilitador (a)

