



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTADES DE CIENCIAS QUÍMICAS, INGENIERÍA Y MEDICINA
PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE POSGRADO EN CIENCIAS
AMBIENTALES

LOS COMUNES POSIBLES PARA LA SALUD DE UNA COMUNIDAD TÉNEK
DE TOCOY SAN ANTONIO, S.L.P.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS AMBIENTALES

PRESENTA:

L.N. Claudia Paz Tovar

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Fernando Díaz-Barriga Martínez

COMITÉ TUTELAR:

Dra. Anuschka van 't Hooft

Dra. Silvia Romero Contreras

San Luis Potosí, S.L.P

16 de abril, 2018

CREDITOS INSTITUCIONALES

PROYECTO REALIZADO EN:

Coordinación para la Innovación y la Aplicación de la Ciencia y la Tecnología (CIACYT)

Centro de Investigación Aplicada en Ambiente y Salud (CIAAS)

CON FINANCIAMIENTO DE:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

A TRAVÉS DEL PROYECTO:

Rutas Académicas para Insertar a Comunidades en la Equidad Social (RAÍCES)

No. De proyecto: 1430

AGRADEZCO A CONACYT EL OTORGAMIENTO DE LA BECA-TESIS

Becario No. 697667

LA MAESTRÍA EN CIENCIAS AMBIENTALES RECIBE APOYO DEL PROGRAMA NACIONAL DE POSGRADOS DE CALIDAD (PNPC)

DEDICATORIAS

A mi hermosa Raíz
(Nos volveremos a encontrar
y juntas cantaremos a nuestras semillas).

A mi padre y a mi madre
(Que todo lo vuelven posible).

A la comunidad de Toco
(k'aknamal yan).

AGRADECIMIENTOS

Muchos son los actores que en el camino se convirtieron en piezas claves para la formulación de la presente tesis, a los cuales debo agradecer su tiempo, esfuerzo e interés en el proceso.

A la comunidad de Tocoay, conformada por hombres y mujeres Tének que se saben parte de la naturaleza, así como al personal médico de la UMR, les agradezco su tiempo y amabilidad al permitir que me integrara en las diferentes actividades dentro de su contexto cotidiano, lo cual además de abonar a los objetivos de esta tesis, me hizo reflexionar sobre mi propio rol dentro de la investigación y generar un compromiso más allá del proceso investigativo, lo que nos llevó a establecer relaciones basadas en la colaboración y el sentido de reciprocidad, de las cuales obtuve grandes aprendizajes.

A mi director de tesis, el Dr. Fernando Díaz-Barriga, quién impulso en todo momento mi formación integral, más allá de la elaboración de esta tesis, lo cual me permitió aterrizar de forma creativa mis inquietudes respecto a la investigación y el hacer comunitario. A usted mi admiración y agradecimiento por el tiempo y los comentarios que vertió en esta tesis, sin los cuales esta no habría sido posible, pero sobretodo, por la manera tan motivante de desafiar mis pensamientos para llevarlos a convertirse en realidades concretas que al día de hoy me permiten ser más competente en mi quehacer social.

A la Dra. Anuschka le agradezco aceptar ser parte de mi comité, así como el tiempo que dedicó a la lectura de los avances de esta tesis. El aporte de sus comentarios sumó a una visión antropológica dentro del estudio, lo cual me permitió poner el énfasis en las voces de los sujetos de estudio a lo largo del trabajo en campo.

A la Dra. Silvia Contreras, de igual manera le agradezco el haber aceptado ser parte de mi comité, así como haber sido una guía para el proceso de análisis cualitativo de los datos recolectados en campo, lo cual me permitió pensar en términos relacionales sin olvidar el pluricontexto en el que recogía mis observaciones.

A la Dra. Monserrat Salas, quien me ha mostrado su solidaridad, disponibilidad y paciencia a lo largo de mi proceso formativo, le agradezco el tiempo que dedico a la lectura de la tesis y los valiosos comentarios que me hizo con la finalidad de que pudiera aterrizar de una manera más estructurada y concreta (proceso nada sencillo), mis ideas respecto a los COPOS. Al final, creo que hubo un avance al respecto, el cual fue gracias a sus pertinentes comentarios.

Especial mención merece el Dr. Alberto Ysunza Ogazón, mi jefe en el Instituto Nacional de Nutrición, quien sin su apoyo y confianza no hubiera sido posible tener la oportunidad de realizar el posgrado por el que luche a lo largo de varios años. Le agradezco su constante motivación para no rendirme en el proceso y por las enseñanzas de vida que me sigue dejando. Gracias de verdad por facilitar mi proceso de autodeterminación y dejarme ser.

Asimismo, debo agradecer al equipo con el que estuve colaborando en la comunidad de Tocoy, a Gustavo, Ramiro, Octavio, Laura, Andrés, Nadia, Milca y Citlaly, a los cuales admiro por su entrega en el trabajo comunitario; de ellos y ellas aprendo que las relaciones basadas en la armonía son la clave para lograr los fines comunes.

A mis compañeros de maestría Lalo, Tania, Karla, Milie, Clau y Lucia quienes se convirtieron en amigos y amigas entrañables, y con los que espero seguir aprendiendo y compartiendo aprendizajes.

A la Mtra. Gabriela Romero que se ha convertido en cómplice y amiga de vida. Gracias por su escucha y solidaridad en este proceso.

A mis profesores y profesoras de la maestría, en especial a la Dra. Lucí Nieto por su clase de desarrollo sostenible; al Dr. Álvaro Palacio y Valente Vázquez por su clase de ECO-DRR, y a la Dra. Ana Cristina por su clase de comunicación de riesgos. Las reflexiones que motivaron sus clases las vertí en esta tesis. Muchas gracias.

Al personal administrativo de la Agenda Ambiental, especialmente a Maricela, Lorena, Laura y Mary quienes resolvieron mis dudas respecto a los procesos dentro del posgrado y me apoyaron cuando lo requería. Asimismo, a Mónica y Johana les agradezco su siempre apoyo y comprensión.

Finalmente, a mi familia. A mi padre y madre, Adrian, Diana, Camila y Santiago, los faros que me guían a lo lejos, y a los que volveré siempre. Gracias.

RESUMEN

Históricamente en México los pueblos indígenas han sido marginados y vulnerados producto de una desigualdad, explotación y dominación estructural que se les ha impuesto. A consecuencia presentan los peores indicadores de salud.

El presente estudio se ordena dentro de la tendencia que coloca las explicaciones y las soluciones reales de los procesos salud/enfermedad/atención/prevención (s/e/a/p) en los *determinantes económico/político* y en *las fuerzas sociales* (Menéndez, 2011). Para la construcción del marco teórico-conceptual, retoma teorías y conceptos desarrollados por las corrientes de pensamiento de Salud Colectiva-Medicina Social (SC-MS) y de Antropología Médica (AM). Asimismo, toma distancia de los enfoques, modelos y estrategias en salud poblacional patologizantes, para centrarse en los *aspectos positivos* de la salud, en términos amplios y no solo frente a la enfermedad; aspectos que han sido descuidados por los estudios de salud, en particular, los llevados a cabo con los pueblos indígenas de México.

Este estudio persigue la tarea de construir salud basada en la comunidad, de tal forma, frente a diversas propuestas que estudian y actúan sobre el proceso s/e/a/p, propone un novedoso e innovador concepto: **Los Comunes Posibles para la Salud (COPOS)**, definidos como *aquellos elementos compartidos en términos de modos de vivir colectivos, procesos y recursos que generan salud, señalados a través de la pluralidad y polifonía de saberes, en un espacio geográfico e histórico preciso*. Ello, con la finalidad clara de que los COPOS puedan ser empleados para fortalecer y promover las capacidades comunitarias para que todos y todas puedan gozar de una vida saludable y con ello incidir en el logro del desarrollo sostenible.

Se parte de que el estudio de la salud desde las formas y voces de los actores sociales reconocidos por orientar prácticas de salud a nivel comunitario que operan de forma relacional dentro y fuera del sector sanitario, permite acceder a los COPOS, a partir de los cuales se vuelve posible ofrecer *orientaciones estratégicas para la acción práctica colectiva en salud a nivel local*.

Se llevó a cabo una investigación cualitativa, con profundidad exploratorio-descriptiva y transversal, a nivel microsocial, desde un enfoque integral y prospectivo. Se utilizó una combinación de técnicas y herramientas cuantitativas para la recolección y análisis de los datos: revisión bibliográfica y documental; análisis de bases de datos; observación participante; entrevistas individuales y grupales; listados libres y cuestionarios de comparación de pares;

recorridos de campo; participación en asambleas comunitarias; y talleres participativos.

El sitio de estudio fue la comunidad Tének de Tocoy, San Antonio, San Luis Potosí, una comunidad rural de la Huasteca potosina con características de pobreza, violencia, marginación y degradación ambiental.

El método empleado, partió de elaborar un análisis de la situación de salud de la comunidad de Tocoy, no en términos epidemiológicos, sino respecto de aquellas circunstancias, procesos y recursos que la comunidad en su conjunto utiliza para generar, mantener y defender la salud de todos los que contribuyen al “bien común” y al “buen vivir” comunitario, lo que le permitió construir los **COPOS** como *objeto* y *sujeto de estudio*, al dar cuenta de su surgimiento a partir del trabajo y la reflexión junto con la comunidad Tének de Tocoy, así como *campo de acción* al probar a los COPOS como una herramienta metodológica para la investigación-acción, y al proyectarlos como instrumento útil para el diseño de políticas públicas desde abajo.

Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra que en Tocoy la salud constituye un elemento imprescindible que permite llevar la vida individual y colectiva en armonía, lo que se ve reflejado en prácticas colectivas orientadas por la sociabilidad, el cuidado mutuo, el compartir y el sentido de comunidad respecto a los problemas y las acciones posibles que les permiten generar salud. Asimismo, que los COPOS identificados, no refieren únicamente a las causalidades, sino, sobre todo, a las interacciones entre la comunidad con los diversos actores involucrados en los procesos *s/e/a/p*, en las que sobresalen las instituciones médicas, las organizaciones gubernamentales, los organismos de la sociedad civil y las instituciones académicas.

Se reflexiona en torno a los desafíos conceptuales y metodológicos que presenta el estudio de la salud como *objeto-sujeto-campo de acción* complejo y multidimensional, y la manera en que los COPOS permiten avanzar en su comprensión y en la puesta en práctica de acciones integrales y contextualizadas a nivel local para fortalecer la capacidad sostenible de la comunidad, a través de coadyuvar a posibilitar modos de vivir saludables entre sus habitantes.

Palabras clave: pueblos indígenas, comunidad, salud, Comunes Posibles para la Salud.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	
Los Comunes Posibles para la Salud (COPOS): una propuesta	1
CAPITULO 1.	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1 Problemática de investigación general	
1.1.1 Actual panorama de salud en México	
1.1.1.1 Situación del Sistema Nacional de Salud	
1.1.1.2 Indicadores generales de salud	
1.1.1.3 Indicadores de salud de los pueblos indígenas	
1.2 Problemática de investigación acotada	
1.2.1 Preguntas de investigación	
1.3 Objetivos	
1.4 Justificación	
1.5 Hipótesis	
CAPITULO 2.	
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1 Marco teórico-conceptual	
2.1.1 La noción de salud	
2.1.2 Salud positiva	
2.1.2 Etnicidades y salud	
2.1.3 Comunalidad	
2.1.4 Patologización-despatologización de la salud individual y social: Paradigma y tendencias.	
2.2 Aspectos metodológicos	
2.2.1 Tipo de investigación	
2.2.2 Unidades de Análisis y Observación	
2.2.3 Diseño de la investigación	
2.2.4 Técnicas e instrumentos	
2.2.5 Codificación y análisis	
2.2.6 Ruta metodológica	
2.2.7 Sitio de estudio: la comunidad de Toco, San Antonio, S.L.P	
2.2.7.1 Ubicación geográfica	

- 2.2.7.2 Panorama demográfico
- 2.2.7.3 Panorama de los servicios de salud
- 2.2.7.4 Contexto sociocultural: Tocooy como sistema social dinámico

CAPITULO 3.

CONSTRUCCIÓN DE LOS COPOS: EL CASO TENEK DE TOCOY, SAN ANTONIO, S.L.P. 70

A. Los COPOS como objeto de estudio, ¿desde dónde los miramos?

3.1 COPOS frente a los enfoque, modelos y estrategias en salud poblacional patologizantes

B. Los COPOS como sujeto de estudio, ¿cómo los conceptualizamos?

3.2 Análisis de la Situación de Salud Comunitaria

3.2.1 Situación de salud de la comunidad Tének de Tocooy

3.3 Identificación del Concepto de Salud construido por la comunidad

3.3.1 El concepto de salud de la comunidad Tének de Tocooy

3.4 Aproximación polifónica a los COPOS

3.4.1 Los COPOS de la comunidad Tének de Tocooy

C. Vínculo para la acción colectiva, ¿cómo vinculamos el conocimiento de los COPOS con la acción?

D. Los COPOS como campo de acción, ¿cómo se practican?

RESULTADO GENERALES 124

DISCUSIÓN 126

REFLEXIONES 130

FUENTES DE BIBLIOGRAFÍA 135

ABREVIATURAS	
COPOS	Comunes Posibles para la Salud
ACS	Actores Clave en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de la Salud
SILOS	Sistemas Locales de Salud
PS	Promoción para la Salud
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
OCED	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SSA	Secretaría de Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
ONU	Organización de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
UA	Unidad de Análisis
UO	Unidades de Observación
UMR	Unidad Médica Rural
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
CEBAC	Centros de Bachillerato Comunitario
INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
CONAFE	Consejo Nacional de Fomento Educativo
INDEPI	Instituto de Desarrollo Humano y Social de los Pueblos y Comunidades Indígenas
CASITA	Centro de Atención a la Salud, Instrucción, Trabajo y Ambiente
UASLP	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
SAS	Sistema de Atención a la Salud
SCOS	Sistema Cooperante para las Salud
PROGRESA	Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
AA	Alcohólicos Anónimos
CARAS	Centros de Atención Rural al Adolescente
SARAR	Self Esteem, Associative Strengths, Resourcefulness, Action Planning, Compromiso, Responsibility
PLA	Participatory, Learning and Action
PRA	Participatory Rural/Rapid Appraisal
CIAAS	Centro de Investigación Aplicada en Ambiente y Salud

INTRODUCCIÓN

Los Comunes Posibles para la Salud (COPOS): una propuesta

Desde donde se observe, la salud por su naturaleza biológica y social (Laurell, 1982; Devillard, 1990) estará determinada prácticamente por todo. Al centrar los problemas que determinan la salud en sus aspectos negativos expresados en la enfermedad o en el daño a la salud, se vuelve imperiosa la necesidad de establecer medidas paliativas para disminuir sus efectos, que, si bien es necesario, no constituye el único camino para su solución.

Dada la naturaleza multidimensional y compleja de la salud (Breilh, 2003), el espacio para observar las soluciones que nos permiten la evitabilidad de la enfermedad o el enfrentamiento del daño se reduce en la medida en que van apareciendo otros problemas que la afectan. El reto es ir más allá de identificar las causas de las causas de la enfermedad o del daño a la salud, para lograr descubrir el origen de aquello que permite generar salud, tanto en la dimensión individual como social y con ello favorecer un enfrentamiento exitoso y una prevención posible en salud desde la colectividad y la promoción.

La propuesta de los Comunes Posibles para la Salud (COPOS) surge para centrar la atención más allá del campo médico, del problema patológico y su solución paliativa-curativa, lo que lleva a observar aquello que en términos amplios protege a las personas, es decir, no aquello que vulnera, limita o daña su salud, sino aquello que contribuye a su integridad y que les permite enfrentar de manera exitosa las asimetrías, los conflictos y las problemáticas específicas. De tal forma que aquello positivo, se pueda promover y compartir para fortalecer las capacidades comunitarias para la generación de salud de todas y todas.

Para lograr lo anterior, es necesario llevar la reflexión hacia aquello que hace una comunidad para sentirse bien; aquello que es de todos y ayuda a tener salud; aquello que se hace colectivamente para recuperarse de enfermedades o de problemas que pasan; aquello que hace que personas en la comunidad no enfermen o enfermen menos a pesar de la tensión más extrema; aquello que permite a una comunidad seguir avanzando; aquello que hace que algunas personas se mantengan saludables a pesar de estar expuestas a influencias negativas; aquello que hace que una comunidad sea un buen lugar para vivir y permanecer en ella. Todo ello, nos remite al enfoque socio-antropológico e histórico del proceso s/e/a/p de grupos sociales específicos, lo cual vuelve al contexto sociocultural relevante para comprender prácticas, percepciones, motivaciones y expectativas que dichos grupos otorgan a la salud y al bienestar.

Los COPOS se definen como aquellos elementos compartidos, en términos de *modos de vivir, procesos y recursos* que generan salud en un contexto geográfico e histórico preciso; los cuales es posible vislumbrar a través de una polifonía de saberes, puesto que son producto de las relaciones e interacciones de los diversos actores sociales significativos que orientan prácticas de salud a nivel comunitario; los cuales en conjunto representan la pluralidad de formas de explicar y actuar en salud dentro de una comunidad.

Los COPOS pretenden servir como herramienta, medio y fin para la salud comunitaria y colectiva. Como herramienta, los COPOS se basan en la comunidad, el valor del diálogo y la pluralidad, lo que permite construir “un lenguaje común” para orientar la acción colectiva en salud que promueva la unidad y el respeto a la diversidad y formas de organización y participación comunitaria. Como medio, los COPOS sirven para visibilizar que “lo común se construye en la práctica” y que es resultado de las acciones colectivas a nivel local frente a una sociedad asimétrica y conflictiva que produce necesidades y satisfactores desiguales e inequitativos, lo cual además de evidenciar y denunciar, permite entrever elementos viables en el medio local para los procesos de transformación buscados. Como fin, los COPOS sirven para generar evidencias de salud basada en comunidad, lo cual pretende ser de utilidad para la formulación de estrategias y programas en salud eficaces y con sentido para población a quien van dirigidas al buscar incidir en el diseño de políticas públicas desde abajo.

Los COPOS parten de premisas teóricas, conceptuales y metodológicas que surgen al integrar distintas visiones y enfoques que trabajan el campo de la salud. Ello permite aclarar el horizonte desde el cual se miran los COPOS como objeto-sujeto de estudio. Aquí, cabe enfatizar que los COPOS no se presentan como una propuesta antagónica o alternativa, sino como una herramienta complementaria y articulada a otros procesos que influyen en la salud.

Parten de la premisa teórica de que la aproximación a la cotidianidad de los actores sociales significativos en los procesos *s/e/a/p* se logra a través de observar sus prácticas relacionales, y que dichas prácticas producen contextos, modos de vivir saludables, procesos saludables y recursos para la salud. Por lo tanto, los COPOS emergen del acercamiento a la cotidianidad de dichos actores cuya interacción dentro y fuera del sector sanitario da vida al sistema de salud que opera a nivel local y comunitario.

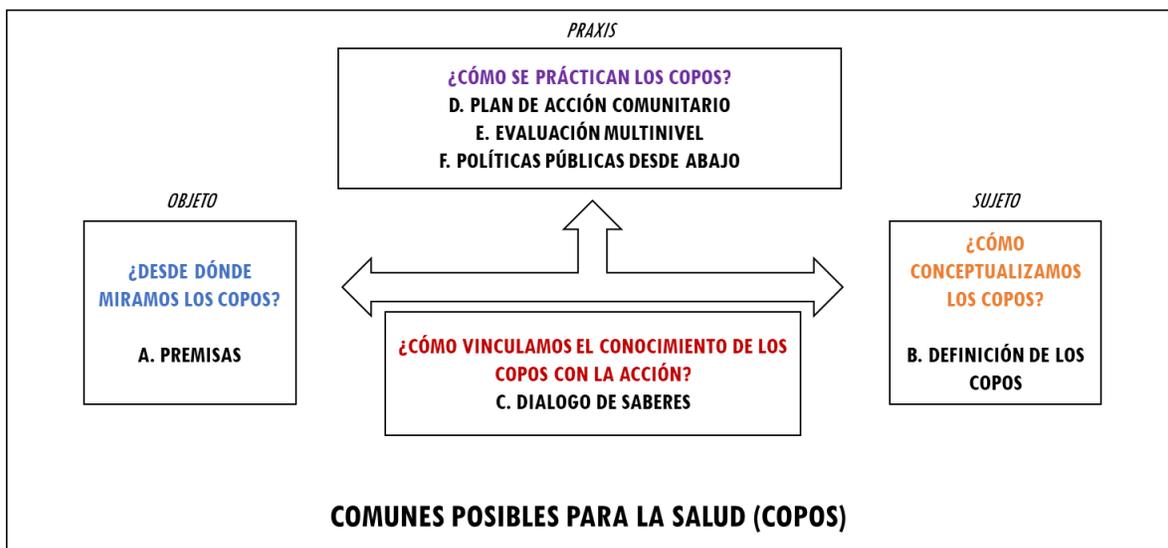
Asimismo, los COPOS asumen teóricamente que las prácticas relacionales, son lo visible, y que éstas están cargadas de un valor simbólico y funcional que permite no solo la salud, sino, sobre todo, el vivir en común. Por ende, los COPOS buscan aproximarse a la comprensión de sentido simbólico y funcional de dichas prácticas,

para lo cual intentan descubrir los saberes, las normas socioculturales (códigos, prescripciones, prohibiciones) y los valores comunes que las orientan.

Por lo anterior, se puede decir que los COPOS basan su análisis en los aspectos socioculturales y relacionales que mantienen la unidad cultural de uno grupo social específico, en el que la contextualización resulta imprescindible para la explicación y acción en salud a nivel local.

Para facilitar su estudio con grupos sociales específicos en contextos políticos, sociales, ambientales y económicos similares, los COPOS se ilustran en forma esquemática guiados por cuatro preguntas:

1. ¿Desde dónde miramos los COPOS?
2. ¿Cómo conceptualizamos los COPOS?
3. ¿Cómo vinculamos el conocimiento de los COPOS con la acción?
4. ¿Cómo se practican los COPOS?



Dichas preguntas sirven para ordenar el proceso para aproximarnos a los COPOS de una comunidad específica, desde su concepción hasta su aplicación.

La presente tesis da a conocer el proceso construido junto con una comunidad rural indígena de la huasteca potosina, que permite observar los COPOS como objeto-sujeto-campo de acción. Consta de una introducción, cuatro capítulos y una sección de discusión y de reflexiones, a través de los cuales es posible exponer el proceso de investigación seguido por la investigadora como parte de la maestría que realizó

dentro del Programa Multidisciplinario de Posgrado en Ciencias Ambientales de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en la línea de salud ambiental integrada.

En el Capítulo 1, se ofrece un marco contextual que problematiza en términos generales el actual panorama de salud en México, a través de evidenciar el no cumplimiento al derecho universal de la salud, mediante una breve descripción del Sistema Nacional de Salud y de la situación de indicadores generales de salud e indicadores focalizados en los pueblos indígenas. Dentro de este marco contextual, se acota el problema de investigación con base en la situación de la comunidad de estudio y, a partir de ello, se aterrizan los objetivos, la justificación y las hipótesis que persigue el trabajo de tesis.

En el Capítulo 2 se construye el marco teórico-conceptual y se describen los aspectos metodológicos de la investigación. El marco teórico-conceptual gira en torno a la noción de *salud positiva* a la cual el modelo de los COPOS pretende contribuir. Dicha noción concibe la salud como un proceso continuo salud-enfermedad que es específico de los grupos sociales que lo construyen, por lo que los conceptos de *Etnicidades* y *Comunalidad* precisan ser definidos. Asimismo, como elementos necesarios para la construcción de salud positiva en un espacio y tiempo concretos se identifican las *relaciones recíprocas sociedad-naturaleza*, el *derecho a la salud y a la subjetividad*, la *ciudadanía*, el *buen vivir* y el *bien común*. Una vez enmarcada la idea de salud positiva, se describe el paradigma patologizante de la salud y se identifican cuatro tendencias que lo influyen: 1. Tendencia Patológica Hegemónica (TPH), 2. Tendencia Patológica Emancipadora (TPE), 3. Tendencia Eco-patológica Colaborativa (TEPC), 4. Tendencia Despatológica Colaborativa (TDC), las cuales dan paso a la construcción de enfoques, modelos y estrategias en salud poblacional con potencialidad para aplicarse en contextos interculturales y locales. Finalmente, dichos enfoques, modelos y estrategias son ordenados dentro de cada tendencia y mapeados a lo largo de un *continuum* que va de la patologización a la despatologización de la salud individual y social, lo que sirve para ubicar los COPOS respecto a otros procesos y otras formas de interpretar las realidades en salud. En el segundo apartado, se señalan los aspectos metodológicos que guiaron el trabajo de campo, la ordenación y el análisis de los datos recolectados a lo largo de la investigación. Se procura resaltar aquellos elementos que dan validez a los datos y su interpretación, a través de la descripción detallada del proceso metodológico. Se comienza presentando la necesidad de ir del monólogo y diálogo de saberes hacia la pluralidad y la polifonía de saberes, en el que el enfoque relacional constituye una perspectiva metodológica imprescindible en los estudios de salud, dada su naturaleza multidimensional y compleja. Posteriormente, se delimitan las Unidades de Análisis y Observación y se explica detalladamente las técnicas e instrumentos utilizados; el proceso de codificación y análisis de datos cuanti-cualitativos; así como la ruta metodológica

seguida por la investigadora. Finalmente, se describe el sitio de estudio que en términos de la teoría de sistemas y complejidad (Morin, 2011) resulta ser un sistema social dinámico y complejo, del cual se ofrece un panorama geográfico, demográfico, epidemiológico y sociocultural que surge de datos recolectados en fuentes consultadas, bases de datos y la aproximación en campo.

El Capítulo 3 constituye la medula del estudio puesto que con base en el trabajo llevado a cabo con la comunidad Tének de Toco, se desarrolla de manera pormenorizada los COPOS como *objeto-sujeto de estudio*, lo que permite ofrecer evidencias de su construcción y aplicación junto a la comunidad. Finalmente, se proponen líneas estratégicas para concebir los COPOS como *campo de acción* entre los que encontramos el Plan de Acción en Salud Comunitaria (PASCOMÚN), la Evaluación Multinivel (EM) y la incorporación de problemáticas y soluciones en la agenda pública desde la base comunitaria para el diseño de políticas y programas con mayor sentido para la población a quien van dirigidas.

El apartado de discusión profundiza en torno a los alcances de los COPOS frente al marco teórico-conceptual construido y su comparación en relación con otros modelos y estrategias en salud poblacional. Lo cual gira principalmente en torno a la despatologización del ser individual y social, en la importancia del análisis microsocio, y en la emergencia de incorporar la promoción de la salud basada en comunidad y en los derechos humanos como hilo conductor para el quehacer en salud. Con ello se vuelve posible señalar la utilidad y pertinencia de los COPOS como punto de partida y mediación para la construcción de un sistema de salud comunitaria, contextualizado y con sentido, que incluya de manera equilibrada los diferentes saberes, haceres y recursos en salud existentes en una comunidad.

Finalmente, en la sección titulada reflexiones, se retoman los argumentos centrales que a lo largo del texto se van desarrollando para repensarse a la luz de los resultados del proceso de investigación y, con ello, distinguir los obstáculos a los que se enfrenta los COPOS. Lo anterior, sirve para proponer escenarios posibles que permitirán la continuidad y evaluación de los COPOS dentro de proyectos de mayor envergadura guiados por las fuerzas sociales con capacidad política, lo que supone mayores alcances de lo que esta tesis permite.

La presente tesis siguiendo sus propios objetivos y estrategias, pretende que sus resultados abonen a proyectos mayores inscritos en las temáticas de desarrollo humano y salud para la paz, al encontrar en estos su relevancia práctica-social.

CAPITULO 1.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Problemática de investigación general

1.1.1 Actual panorama de salud en México

La salud-enfermedad como proceso socialmente determinado (Laurrell, 1982; 1986) posibilita observar las relaciones entre las condiciones socioeconómicas y políticas negativas con las condiciones de vida y salud precarias de los grupos sociales específicos. El estudio de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), desde las diversas perspectivas que lo han abordado (OMS, 2005; 2009; Davies, 2009; OPS, 2012; Breilh, 2013; López y cols., 2008; Álvarez et. al, 2010), ha contribuido a revelar y denunciar los impactos de las desigualdades e inequidades que afectan la salud de las personas y los grupos sociales, permitiendo desentrañar las causas de los problemas de salud a nivel mundial, sin que ello haya tenido aún impactos considerablemente positivos para la salud de las poblaciones. Las razones por las que el trabajar sobre los DSS no ha tenido el impacto esperado, tienen que ver con que se sigue manteniendo la estructuración de los sistemas de salud oficiales, basados en el modelo biomédico y en la idea de la salud como mercancía, lo que impide desarrollar opciones de atención, prevención y promoción de la salud con el potencial para transformar las inequidades y las desigualdades en salud existentes desde las raíces, siendo lo social la raíz más grande.

Se ha demostrado que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados (Wagstaff, 2002). De acuerdo con Pérez (1983), el trabajo realizado por Célis y Nava en 1970 explica cómo la pobreza está asociada a la morbilidad y mortalidad de aquellos que la padecen. El término "patología de la pobreza" surge para evidenciar esa relación. Sin embargo, Frenk y cols. (1998) señalan:

"No se identifica una "patología de la pobreza" entendida ésta como una epidemiología específica de los pobres. Más bien, los pobres en México padecen las enfermedades asociadas al desarrollo y que predominan también en el medio urbano. El problema es que se suma a esta patología el rezago de las enfermedades infecciosas y de la reproducción, que afectan principalmente a los niños y a las mujeres. Los pobres lo son entonces doblemente: por padecer las enfermedades que afectan a todos sin contar con los medios para resolverlas y por estar expuestos a una mayor carga de enfermedad debida principalmente a la falta de servicios urbanos e

infraestructura. ¿El gobierno se concentra en los pobres?” (Frenk y cols. 1998, p. 5).

Para garantizar el derecho a la salud, es necesario el cumplimiento de un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas¹. De tal forma, garantizar el derecho a la salud en México, abre el acceso a diversas oportunidades, lo que permite fortalecer sus capacidades para la vida. El derecho a la salud está inscrito en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, no obstante, por la situación de los indicadores de salud y el desempeño del sistema sanitario nacional, se evidencia el no cumplimiento de este, como veremos a continuación.

1.1.1.1 Situación del Sistema Nacional de Salud

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se señalan tres factores que han incidido negativamente en garantizar el derecho a la protección de salud en México: i. El modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención; ii. Falta de implementación de políticas de salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno; iii. La desigualdad en los beneficios y la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas impide una atención continua e integrada de las personas a lo largo del ciclo de vida y limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en salud².

El marco jurídico e institucional que conforma al Sistema Mexicano de Salud reconoce el sector público y privado como sus principales componentes. Las instituciones que lo conforman prestan servicios de salud de tres tipos: servicios de seguridad social auspiciados por el gobierno; servicios a población sin seguridad social; y servicios privados a población con capacidad de pago (Dantés y cols., 2011). Por lo general, el sector tradicional e informal existente, presta servicios privados y hace aportaciones al sistema y a la salud de los mexicanos, aunque estas no queden registradas en las cifras nacionales.

A través del sector público y privado, el Sistema Mexicano de Salud, genera fondos, compradores, proveedores y usuarios específicos, y la forma en que provee servicios de salud a la población determina la manera de gestionar, financiar y generar recursos para la salud. México destina el 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB) para la salud, por debajo del promedio de la OECD y manteniéndose igual en

¹ como disponibilidad de servicios de salud asequibles y de calidad, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada, alimentación saludable, educación de calidad, acceso a la información, participación, entre otros.

² Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

los últimos 12 años. Asimismo, reserva el 8.9% del gasto total de salud para costo administrativo, la cifra más alta de los países de esta misma agrupación (OECD, 2016).

El estudio realizado por Linares-Pérez y López-Arellano (2012), sobre las inequidades de salud en México. Discute las principales estrategias implementadas por la Reforma del sector salud en México y sus efectos sobre el acceso y la equidad de los sistemas estatales de salud, para lo cual utiliza indicadores socioeconómicos, de servicios de salud e intervenciones en dos momentos en 1990 y 2002. Dicho estudio, concluye que *“la dinámica de inequidades se profundiza en el periodo y que las transformaciones de los sistemas estatales de salud no contribuyen al logro de la equidad en el acceso”* (p. 591).

La Reforma a la Ley General de Salud 2003, impulsó la protección social en salud, y en el 2004, el Sistema Mexicano de Salud, creó el Seguro Popular de salud, lo que logró que cerca de 50 millones de mexicanos quedaran afiliados a un esquema de aseguramiento público en salud, el cual les brinda protección financiera para reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud (Knaul, et. al., 2013).

Estimaciones de CONAPO, con base en la Encuesta intercensal 2015 de INEGI, señalan que, en México en el 2015, el 84.9% de la población hablante de una lengua indígena se encontraba afiliada a alguna institución de salud (15.1% de la población indígena no está afiliada a una institución de salud). De este porcentaje, el 98.8% está afiliado a una institución del sector público (72.6% al Seguro Popular; 0.5% a alguna institución privada) (CONAPO, 2016).

En la actualidad, el Sistema Mexicano de salud, afín al Modelo Médico Hegemónico (MMH)³ (Menéndez, 1988), continúa orientando la atención en salud hacia la curación de la enfermedad, lo que propicia planes en salud, dependientes de infraestructura médica especializada (medicamentos, hospitales, laboratorios, entre otros) para el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías. De tal forma que México ha ampliado la cobertura de aseguramiento con garantías de financiamiento, a través del Seguro Popular de salud, pero no ha modificado la segmentación de los servicios de salud, ni el agotamiento en la atención. Así, a través del porcentaje de gasto del bolsillo de salud que constituye el 45% de los ingresos del sistema de salud (OECD, 2016), se evidencia que el Sistema Mexicano de Salud no ha logrado

³ *“La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”* (Menéndez, 1988, p. 2)

una cobertura efectiva y servicios de calidad en salud, a pesar de haber ampliado el aseguramiento.

De acuerdo con el Segundo Estudio de la OCED 2016, el Sistema Mexicano de Salud no está trabajando de la forma más eficaz o eficiente como podría hacerlo debido a que su estructura y organización, resultado del legado histórico más que del diseño, está fallando en atender las necesidades de salud de los mexicanos. Por una parte, oferta diferentes niveles de atención, a precios distintos y con diferentes resultados y, por la otra parte, determina el acceso no por la necesidad de la persona sino por su situación laboral. Ante tal panorama, la OECD (2016) sugiere que *“México necesita un sistema de salud que responda a las necesidades cambiantes de las personas, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable”* (p. 10).

Urge que los Gobiernos en interacción con diversos actores políticos y sociales, inicien un proceso de renovación estructural del sistema mexicano de salud, que permita garantizar el derecho a la salud de todas las personas, aplicando nuevas fórmulas en el pensar y actuar sobre la salud; de reemplazar su Modelo Biomédico en la construcción de los sistemas y procesos de atención en salud y, en su lugar, desarrollar y priorizar estrategias integrales y próximas a las necesidades de las personas, como la de Atención Primaria de la Salud (APS) integral, u otras, que permiten reducir la dependencia hospitalaria; centrar la atención en las necesidades de las personas; promover condiciones que generan calidad de vida al interior de las familias y las comunidades para volver sostenible sus intervenciones; es decir, dar paso a una salud basada en la comunidad.

A la luz de las experiencias locales, que nos permiten evidenciar la poca eficacia de las medidas de tipo gerencial, tecnocráticas y paliativas de arriba hacia abajo, formuladas por los actores ajenos al ámbito local y comunal, encargados de diseñar las políticas y programas para transformar las condiciones socioeconómicas que influyen negativamente en la salud de los pueblos indígenas, como por ejemplo, la ampliación de cobertura de salud a través del Seguro Popular, sin la modificación en la segmentación de los servicios de salud, ni el agotamiento en la atención. Consideramos que son las fuerzas sociales las que pueden transformar las condiciones estructurales negativas que les aquejan a través del impacto de sus acciones colectivas, en lo que refiere a la salud, en el diseño de políticas públicas desde abajo.

1.1.1.2 Indicadores generales de salud

En México, los datos de la medición multidimensional de la pobreza de 2016 realizado por CONEVAL (CONEVAL, 2017) muestran que 43.6% de la población es

pobre, entre ella, 35.9% se encuentra en pobreza moderada y 7.6%, en pobreza extrema.

El indicador para evaluar el nivel de desarrollo y salud en una sociedad es la *esperanza de vida al nacimiento*, la cual, para México en el 2016, fue de 75.2 años, casi seis años menos que el promedio de los países que pertenecen a la OCDE, siendo la cifra más baja (OCED, 2016).

Otros indicadores de salud asociados a diversos factores económicos y sociales en México son: *la tasa de mortalidad infantil*, que para el 2013, fue de 13 niños por cada mil nacidos vivos que murieron antes de cumplir un año, en el 2016 fue de 11.7; *la Razón de mortalidad materna*, cuyas muertes en su mayoría son prevenibles, la cual indicó en el 2013 que por cada 100 mil nacidos vivos ocurrieron 38.2 defunciones maternas; *la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años*, que para el 2013 fue de 3 defunciones por desnutrición en menores de 5 años por cada 100 mil niños de la misma edad (SSA, 2015).

Asimismo, en México, se registra una creciente exposición a riesgos relacionados con los estilos de vida poco saludables, lo que ha modificado el cuadro de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Los riesgos registrados están asociados con: *Acceso a agua potable; Acceso a servicio sanitario en la vivienda; Exposición a aire contaminado dentro de la vivienda; Consumo inadecuado de azúcar; Consumo inadecuado de grasas saturadas; Prevalencia de consumo de frutas y verduras inadecuado; Prevalencia de inactividad física; Prevalencia de sedentarismo; Prevalencia de sobrepeso y obesidad; Prevalencia de bajo peso al nacer; Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol; Prevalencia de consumo de tabaco; y Prevalencia de consumo de drogas ilegales* (SSA, 2015).

El panorama epidemiológico de mortalidad en México se asocia a enfermedades no transmisibles, siendo que el 76.6% de las defunciones se debieron a este tipo de padecimientos. Las principales cinco causas de mortalidad, registradas en el 2013, en los hombres son: cardiopatía isquémica, diabetes, homicidios, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares. En las mujeres, en el mismo año, estos padecimientos son: diabetes, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades respiratorias crónicas (SSA, 2015).

1.1.1.3 Indicadores de salud de los pueblos indígenas

La OPS/CELADE/CEPAL (2013), utilizan indicadores de educación, empleo e ingreso, y acceso a agua y a saneamiento para dar cuenta del panorama sobre la situación de los determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas y

afrodescendientes en América Latina. En México, en el 2000, la tasa de analfabetismo⁴ (15 años y más de edad) de la población indígena fue de 32%, mientras que de la población no indígena fue del 8%. Del porcentaje de población indígena con analfabetismo, 23% corresponde a los hombres y 41% a las mujeres. El promedio de años de estudio⁵ para la población indígena (20 a 59 años) en México, fue de 5 años, mientras que el de la población no indígena fue de 8 años. Para los hombres indígenas el promedio de años de estudio es de 5 años, y para las mujeres este es de 4 años. En México el 68.7% de los jóvenes indígenas (15 a 19 años) cuentan con educación primaria completa⁶, mientras que en la población joven no indígena este porcentaje es del 90%. Respecto al acceso al agua y al saneamiento en población indígena. En este mismo país y en el mismo año, el 67.5% de la población indígena (menor a 18 años) sufre privación en el acceso al agua potable⁷ (34.1% severa; 33.4% moderada); mientras que el 91.9% sufre de privación en saneamiento⁸ (76.2% severa; 15.7% moderada) (OPS/CELADE/CEPAL, 2013).

La mayoría de los estudios en salud desarrollados en México sobre las realidades en salud de los pueblos indígenas que reconocen lo social como su mayor determinante, se han centrado en los aspectos negativos del proceso s/e/a/p para evidenciar y denunciar las desigualdades e inequidades que les afectan, lo que les lleva a analizar los problemas epidemiológicos como reflejo de la desigualdad, la disponibilidad de servicios para la curación de los padecimientos más apremiantes y la satisfacción de la demanda.

De acuerdo con INEGI en 2015, en México, la población indígena ascendió a 12 millones 25 mil 947 personas (10.1% de la población total del país), de los cuales el 55.5% se concentraba en municipios de alta y muy alta marginalidad. Sobre el panorama de salud de la población indígena en ese año, se encuentra que la esperanza de vida al nacer para la población indígena fue de 75.1 años. Con relación al acceso a los servicios de salud, se encontró que 8 de cada 10 personas

⁴ Tasa de analfabetismo, expresa la magnitud relativa de la población analfabeta.

⁵ Promedio de años de estudio, es una medida del grado de instrucción formal de la población.

⁶ Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años con primaria completa, constituye una aproximación al logro educativo.

⁷ Proporción de población menor de 18 años con privaciones en el acceso a agua potable: La privación severa de agua incluye a niños y niñas que solo tienen acceso a aguas de superficie para beber (por ejemplo, ríos, lluvia, etc.), y/o que no se distribuye por cañería (incluso fuera de la vivienda). La privación moderada corresponde a los menores de 18 años que tienen acceso al agua de red fuera de la vivienda, y/o por sistemas de abastecimiento seguros de agua potable (pozo, camión repartidor, etc.).

⁸ Proporción de población menor de 18 años con privaciones en el acceso a saneamiento: La privación severa de servicios sanitarios considera a niños y niñas que no tienen acceso a un sistema de eliminación de excretas de ninguna clase en su vivienda, lo que implica carecer de inodoros, letrinas privadas o equivalentes. La privación moderada corresponde a los menores de 18 años que tienen acceso a un sistema de eliminación de excretas en su vivienda, pero de carácter y/o desagüe ineficiente.

que viven en hogares indígenas declaró estar afiliada a uno o más servicios de salud. En entidades como Guerrero, Chiapas, San Luis Potosí y Puebla 9 de cada 10 afiliados son del Seguro Popular. Respecto a las condiciones de vivienda que influyen en la salud, se señala que el 12.8% de las viviendas indígenas carecían de agua entubada, el 26.9% no contaban con servicios de saneamiento y el 4.4% aun no disponía de luz eléctrica. Asimismo, que en el 13.9% de las viviendas había piso de tierra y en el 58.8% de ellas se cocinaba con leña o carbón (CDI, 2015).

1.2 Problemática de investigación acotada

A nivel mundial el derecho a la salud universal, que incluye la prestación de servicios de salud asequibles y de calidad para todos (Mayer-Serra, 2007), es una de las expresiones más lacerantes de las desigualdades sociales que afecta principalmente a los grupos vulnerados y marginados, entre ellos las poblaciones indígenas, quienes, ante enfermedades prevenibles, llegan a vivir por debajo del umbral de la pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios (Wagstaff, 2002). El sistema de atención sanitaria para las poblaciones indígenas y campesinas de la región de Juliaca, Perú, propuesto por Manuel Núñez Butrón, le llevo a ser considerado “el pionero de la Atención Primaria en el mundo” (Salinas, 2014; Knipper, 2010), lo que cuatro décadas más tarde influiría en el modelo de Atención Primaria a la Salud lanzado por la Organización Mundial de la Salud (Alma Ata, 1978). Este y otros modelos y estrategias en salud como el de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), y la Promoción de la Salud (PS), surgen de enfoques sociomédicos de la salud, los cuales se proponen como la piedra angular necesaria para que los sistemas de salud oficiales prioricen trabajar sobre los aspectos sociales que determina la salud. Sin embargo, dichos modelos y estrategias continúan presentando el problema de perpetuar la patologización de la salud y las medidas de intervención basadas en teorías de consenso por sobre las teorías de conflicto (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994), lo que nos coloca lejos de modificar el *statu quo* del sistema generador de las inequidades y las desigualdades sociales que impactan en la salud de las poblaciones.

En este sentido en México el panorama es poco alentador, se continúa priorizando modelos y estrategias en salud basados en enfoques biomédicos, sin poner el énfasis en los determinantes sociales. Ello, tiene efectos negativos en la salud de los pueblos mexicanos, especialmente, en la salud de los pueblos indígenas, en quienes persiste la pobreza. Dado que no se ha cubierto al total de la población, como lo demanda el derecho a la salud, la población rural indígena, sobre todo aquella que aún no cuentan con seguro de salud, corre el riesgo de empeorar su

condición precaria cuando se presenta alguna enfermedad en alguno de sus miembros, al tener que recurrir al financiamiento de sus servicios de salud a través del gasto de bolsillo (Ávila-Burgos y cols., 2013; Sosa-Rubí y cols., 2011).

De acuerdo con CONEVAL, en México ser parte de un pueblo indígena se asocia siempre a mayores niveles de precariedad que los de la población total. El porcentaje de población hablante de lengua indígena que se encontraba en pobreza en 2012 casi duplicaba al de la población no hablante (76.8% frente a 43.0%) y el de población en pobreza extrema fue casi cinco veces mayor (38.0% a 7.9%). En los municipios con escasa presencia de población indígena, cuatro de cada diez habitantes se encuentran en pobreza. En los municipios con población indígena, nueve de cada diez personas son pobres. En municipios donde la población indígena es mayor, la mitad de ésta experimenta una extrema pobreza (CONEVAL, 2014).

Investigaciones biomédicas, epidemiológicas y del área social como la antropología, han sugerido que la condición étnico-racial y su asociación con la mala salud, es resultado de procesos sistemáticos de exclusión y discriminación que limitan las oportunidades de participación de las poblaciones indígenas en los diferentes ámbitos de la vida (OPS, 2012; Zolla, 2007; Haro, 2008). Respecto a ello, Armando Haro (2008), menciona:

“Lo importante es no perder de vista la relevancia de valorar la dimensión étnica como fuente de desigualdades sociales que afectan a la salud de diversos modos, considerar las formas específicas en que los múltiples factores relacionados con la salud se manifiestan en contextos particulares, donde la experiencia histórica frente a la sociedad mestiza, los elementos del entorno ecológico, las pautas de producción, el acceso a mercados laborales, servicios básicos y de salud, el grado de aculturación y otros factores relevantes asumen configuraciones específicas que es preciso evidenciar” (p. 273).

La escasa información específica sobre la salud de los pueblos indígenas, limita y deforma el diseño y evaluación de políticas públicas y programas sociales diseñados para disminuir las inequidades y desigualdades que afectan la salud de estas poblaciones. A pesar de que en México se ha hecho el intento por identificar a la población indígena, a través de criterios como el habla indígena o la conformación del hogar indígena para evaluar sus condiciones de vida; en los estudios realizados por CONEVAL y CONAPO aún sigue existiendo la necesidad de especificidad para dar cuenta de los aspectos socioculturales y simbólicos que orientan las prácticas y los modos de devenir de los pueblos indígenas, y con ello explicar las causas y efectos de las desigualdades e inequidades a nivel local.

El estudio sobre la pobreza⁹ de los pueblos indígenas de México, realizado por el CONEVAL en el 2012 (CONEVAL, 2014) constituye un intento por *“caracterizar a la población indígena en términos de su situación de pobreza y vulnerabilidad, y también en aspectos sociodemográficos básicos que podrían estar relacionados con escenarios de precariedad”* (p. 12). Sobre este estudio, rescato el apartado que habla sobre la caracterización de la población indígena en términos de cohesión social, puesto que este indicador, permite aproximarnos a factores relacionales y comunitarios que dan cuenta de aspectos contextuales y de interacción expresados a nivel territorial (CONEVAL, 2014). Asimismo, su medición produce datos cuantitativos y cualitativos que dan luz sobre hacia dónde seguir trabajando respecto aquellos aspectos comunes que emergen de la autodeterminación y autogestión de las poblaciones indígenas con trasfondo sociocultural, mismas que podrían potenciarse en la búsqueda por construir posibilidades comunes para enfrentar las condiciones de vulnerabilidad, rezago y precariedad a las que se les ha empujado a lo largo del tiempo.

CONEVAL (2014) utiliza el indicador de cohesión social¹⁰ para la medición e identificación de la pobreza, puesto que permite incorporar *“aspectos que trascienden al ámbito individual y que corresponden al análisis del contexto colectivo y territorial”*. De tal forma que, para CONEVAL, la medición de este indicador, sumado a la medición del bienestar económico y los derechos sociales, *“contribuye a tener una idea completa de las condiciones de vida de las personas y añade valor al enfoque multidimensional, al tomar en cuenta el heterogéneo contexto social, cultural y territorial en el cual vive la población en México”* (p.120).

Los resultados que obtuvo CONEVAL, al medir el indicador de cohesión social con población indígena en México, demuestran la amplitud de las brechas sociales y económicas que existen entre la población que puede considerarse indígena de la que no lo es. Ello, coloca en desventaja a los grupos indígenas respecto al resto de la población, lo que, por un lado, atenta contra sus condiciones de vida –evaluadas

⁹ Para Martínez Luna, la pobreza no se mide sólo por las carencias materiales, sino también por las espirituales. Asimismo, los cánones del buen vivir no pueden provenir de ámbitos urbanos, de esferas sociales de otros contextos (Martínez, 2009 p.17)

¹⁰ CONEVAL (2014) mide el indicador de cohesión social a través de cuatro indicadores, ordenados en dos componentes acorde a la desigualdad de ingresos y la desigualdad social: a. Coeficiente de Gini, que es una medida de desigualdad en la distribución del ingreso de una sociedad. B. La razón de ingreso de la población pobre extrema respecto a la población no pobre y no vulnerable. C. El grado de polarización social del espacio geográfico (entidad o municipio), que alude a la coexistencia de condiciones de vida desiguales en una misma unidad territorial, que se traducen en una capacidad diferenciada de la población para satisfacer necesidades básicas a pesar de compartir, aparentemente, misma estructura de oportunidades. D. El índice de percepción de redes sociales, que explora la capacidad de las personas para obtener ayuda de individuos ajenos al hogar ante diferentes escenarios hipotéticos.

a través de la pobreza—; y por el otro lado, afecta sus *vínculos de solidaridad e intercambio* (CONEVAL, 2014).

Por lo anterior, ante los embates de un mundo capitalizado que impone un sistema voraz de producción y consumo insostenible que amenaza con arrasar la integridad, la libertad y la autodeterminación de las personas y los pueblos (Wu y Wu, 2012), las comunidades indígenas se encuentran frente al desafío de conservar identidad, valores, organización y costumbre como elementos comunes que les otorgan “*clase para sí*” (Breilh, 2010 p. 90), y para ello han desarrollado estrategias individuales y colectivas que les permiten permanecer como grupos sociales específicos, reconstituyéndose, continua y cotidianamente (Méndez y cols. 2016).

Los pueblos indígenas, ahora autodenominados en América “pueblos originarios”¹¹, son portadores de conocimientos, valores y principios como herencia de una cultura propia, tan diversa como la cantidad de grupos específicos existentes. Estos pueblos, enriquecen la cultura política, económica, social y ambiental de las regiones y los países a los que pertenecen. No obstante, se encuentran entre los grupos más vulnerados y marginados en el mundo con los peores indicadores de salud (OPS/CELADE/CEPAL, 2013), debido a las condiciones precarias que han marcado su existencia producto de una desigualdad, explotación y dominación estructural que históricamente se ha ejercido sobre estos (Méndez y cols., 2016; Damman, 2008).

La pobreza, por su persistencia, constituye una herencia que los pueblos indígenas cargan de generación en generación (Méndez y cols., 2016; Damman, 2008; CONEVAL, 2014), y con el paso del tiempo, esta condición se agudiza al combinarse con múltiples amenazas (biológicas, físicas, químicas, ambientales y sociales) que ponen en riesgo su salud. “*Cuando hay enfermedad se produce discapacidad, muerte y gastos catastróficos que frecuentemente precipitan la pobreza manifiesta*” (Frenk y cols. 1998, p.2).

En este sentido, si hablamos de las características negativas en términos de proceso s/e/a/p, los pueblos indígenas presentan las condiciones más negativas en comparación con el resto de la población debido a una persistencia en las condiciones de exclusión, marginación y pobreza (Juárez-Ramírez, et. al., 2014; Leyva-Flores y cols. 2013). Si bien, las relaciones de la salud con dichas

¹¹ Sobre el concepto de indígena y pueblos originarios, Martínez Luna (2010) expresa: “*Lo indio o indígena es para nosotros una noción colonial, por ello, mencionaremos y utilizaremos el concepto de pueblos originarios, el cual entenderemos indistintamente como pueblos indígenas (...) Lo originario no lo identificamos como puro o único, sino de origen, pues damos por hecho que tratamos de explicar una tercera civilización, la cual guarda en su fundamento otras dos, cuyos principios no han desaparecido del todo, y que en su historia tiende a crear nuevos conceptos identitarios*” (p.25).

condiciones son conocidas, la información que da cuenta del rezago y las condiciones desfavorables respecto a las condiciones de vida y de salud que viven los pueblos indígenas no es específica y es escasa ante la magnitud del problema. Son pocos los estudios que han abordado tales características de forma específica con los pueblos indígenas (Haro, 2008; Zolla, 2007; González y Hersch, 1993), y aún más escasos, aquellos que de forma específica parten de esa relación y se centran en los aspectos positivos del proceso s/e/a/p. Los pocos estudios al respecto con poblaciones indígenas con una lógica similar están orientados hacia la promoción de la salud (Guarneros y Cervín, 2002) o la participación social en salud (Molina-Rodríguez y cols., 1992).

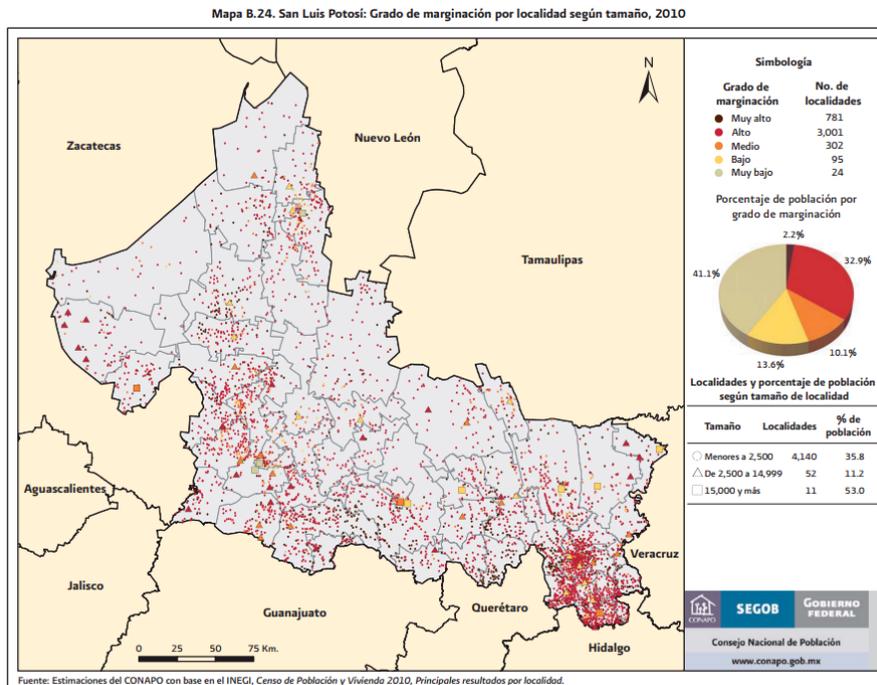
El rezago impuesto hacia los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y de salud, producto de una desigualdad e inequidad que es injusta, obliga a coadyuvar a transformarla; sin embargo, el *hacerlo sin detenernos a reconocer los aspectos positivos del proceso s/e/a/p que emanan de los pueblos originarios, conlleva a establecer una mirada hegemónica que no admite la existencia de alternativas viables que construyen vida y salud, y que son germinadas y reproducidas en el medio rural indígena*. Ello, imposibilita pensar y desarrollar otras formas de explicar y actuar sobre los procesos s/e/a, y nos aleja de la posibilidad de reconocer movimientos sociales, instituciones y espacios que defienden la vida colectiva, el bien común y la relación armoniosa con la naturaleza como principios que rigen la vida de las comunidades indígenas (Belloti, 2014; Cortéz, 2011; Victorino-Ramírez, 2014; Carillo y Guandinango, 2012), mismos que les han permitido permanecer a lo largo del tiempo.

Hacen falta estudios en salud que visibilicen y sistematicen los aspectos positivos del proceso s/e/a/p, en términos de acciones colectivas saludables, puesto que estas han quedado relegadas a un segundo plano frente a la enfermedad, pareciendo escasas o inexistentes. Ello, impide impulsar procesos de transformación desde la autodeterminación y autogestión de los pueblos indígenas, lo que no abona a la formulación de las políticas públicas desde abajo.

La comunidad rural de Toco y es una de las 60 localidades que pertenecen al municipio de San Antonio, ubicado en la zona “cultural” Huasteca potosina¹², el cual presenta una alta marginación (0.907); ocupa el 6° lugar de marginación en el contexto estatal (CONAPO, 2011). Lo anterior, supone que Toco y, al igual que San Antonio, presenta condiciones precarias de vida en todos los ámbitos que a esta le atañen (agua, alimentación, vivienda, salud, ambiente, educación, distribución

¹² San Antonio, S.L.P. Monografías de los Municipios de México. San Luis Potosí. Coordinación Estatal para el Fortalecimiento Institucional de los Municipios.

poblacional, ingresos, entre otros) e incluso, podría atravesar por condiciones más agudizadas, producto de procesos históricos de exclusión, discriminación y dominio, que los vulnera y los mantiene en una desigualdad social resultado de una inequidad que es evitable y no justificable.



Fuente: CONAPO. (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. San Luis Potosí: Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación, lugar que ocupa en el contexto nacional y estatal por municipio, 2010. Primera edición. México.*

Tocoy es una de las localidades más grandes de San Antonio. Es un espacio en el que convergen personas de otros pueblos indígenas y agentes externos provenientes del sector alimentario, ambiental, sanitario, educativo, político y económico, dado que cuenta con infraestructura y acceso a ciertos servicios (ej. clínica de salud, abarrotes, escuelas, internet limitado) que en comunidades vecinas no existen, incluso tampoco en su cabecera municipal. Tocoy es considerada rural por que el número de personas que la habitan haciende a no más de mil quinientos habitantes. Si bien Tocoy no es la comunidad más marginada del municipio, presenta características específicas que la vuelven un espacio dinámico en continua reconstitución, en el que se entremezclan aspectos de pobreza, desigualdad, violencia y degradación ambiental (Peralta-Rivero y cols., 2016), con normas socioculturales, tradiciones y costumbres arraigadas en el trabajo colectivo, la ayuda mutua y el bien común, lo que le vuelve una comunidad indígena a travesada por contradicciones y conflictos en interacción con la modernidad, en la que se desarrollan procesos de aculturación y procesos interculturales.

Frente a la problemática planteada, esta tesis explora los Comunes Posibles para la Salud (COPOS), a partir de analizar la situación de salud desde la articulación de las diversas voces de los actores sociales responsables de orientar las prácticas de salud a nivel comunitario, para lo cual se plantea tres preguntas iniciales.

1.2.1 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo opera el sistema de salud en Tocooy en términos de espacios, actores específicos, relaciones y recursos?
2. ¿Cómo los actores sociales involucrados en el sistema de salud de Tocooy enfrentan las influencias negativas que impactan a la salud?
3. ¿Qué elementos construidos en la práctica dentro de sus comunidades, (personales, familiares, comunitarios) utilizan para generar salud?

Con base en nuestro problema de investigación y para resolver las preguntas planteadas, establecimos objetivos de investigación.

1.3 Objetivos

Objetivo general:

- a. Examinar los Comunes Posibles para la Salud de la comunidad Tének de Tocooy a partir de analizar la situación de salud desde las voces de actores clave en salud a nivel comunitario y ofrecer una orientación estratégica para su fortalecimiento y promoción a nivel local.

Objetivos específicos:

1. Analizar la situación de salud de la comunidad Tének de Tocooy, desde las experiencias cotidianas de los Actores Clave en Salud para reconocer condiciones, procesos, problemas, actores específicos, conocimientos, valores y prácticas relacionales que permiten generar, mantener y defender la salud.
2. Definir los Comunes Posibles para la Salud que operan en la comunidad de Tének de Tocooy a partir del análisis de la situación de salud.

3. Establecer una orientación estratégica para la práctica sostenida de los COPOS de la comunidad Tenek de Tocooy a nivel local, como parte de un esquema conceptual que facilite la replicabilidad de los COPOS.

1.4 Justificación

Dada la necesidad de llevar a cabo estudios en salud con pueblos indígenas que visibilicen y sistematicen los aspectos positivos del proceso s/e/a/p, ligados a la autodeterminación, autogestión y ciudadanía comunal, en términos de acciones colectivas saludables, nuestra justificación para el estudio tiene que ver con dos cuestiones: a. contribuir al conocimiento en torno a la salud y su determinación positiva, dado el hueco existente en los estudios de salud que priorizan los DSS a nivel local y con poblaciones específicas, mayormente centrados en la enfermedad y en el análisis macrosocial de las relaciones estructura/sujetos, b. la elección de la comunidad para el estudio, que es una comunidad rural indígena con la que un grupo de investigadores y estudiantes de pre y posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí han venido trabajando desde hace cinco años de manera ininterrumpida, sobre cuestiones de salud, alimentación, educación y ambiente.

Lo anterior se pretende hacer desde la propuesta de un concepto innovador que sirva como herramienta complementaria para observar la salud más allá del padecimiento y la medicina (curación) al rescatar al sujeto o colectivo y sus praxis relacionales y autogestivas que le permiten generar salud a nivel local, dentro un marco sociocultural integrado y complejo, influido por las asimetrías y conflictos de un mundo capitalista globalizado que está en crisis.

De tal forma esta investigación, surge en la búsqueda por generar propuesta de intervención centradas en la salud que tomen en cuenta la especificidad del grupo Tének de Tocooy, San Antonio, S.L.P., a partir de visibilizar comunes posibles para la salud que emanan de dicho grupo, y que ello permita llegar a consensos y acuerdos sobre cómo relacionarnos para orientar acciones prácticas colectivas que promuevan y refuercen la salud a nivel local, y que en largo plazo contribuyan al diseño de políticas públicas desde abajo.

1.5 Hipótesis

1. Son las condiciones, los recursos y los procesos que se vuelven comunes en la práctica colectiva, los que pueden ofrecer pistas sobre “aquello de lo que todos pueden hacer uso” para generar salud y bienestar dentro de la comunidad de Tocooy.

2. Ante los desafíos conceptuales y metodológicos que presenta el estudio de la salud como *objeto-sujeto-campo* complejo y multidimensional, la herramienta conceptual y metodológica, Comunes Posibles para la Salud, aplicada en una comunidad rural indígena nos permite avanzar en la comprensión de salud y en la puesta en práctica de intervenciones integrales y contextualizadas a nivel local para coadyuvar a fortalecer la capacidad sustentable de la comunidad a través de posibilitar modos de vivir saludables entre sus habitantes, lo que en el largo plazo nos permitirá incidir en las políticas de salud desde abajo.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL Y ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Marco teórico-conceptual

2.1.1 La noción de salud

El concepto “salud” alude a la vida, en tanto hecho existencial de los seres humanos que conlleva una doble dimensión biológica-social (Laurell, 1982; Devillard, 1990). Referir la salud como un concepto o una definición, habla de su construcción social, puesto que como mencionan Chapela y Jarillo (2001) una definición constituye “*un discurso que entre lo dicho y lo no dicho, el explícito y el implícito, revela a quien lo produce, qué piensa de sí mismo, de lo propio y de los otros, de lo externo y de lo ajeno*” (p. 61).

La salud es la construcción de aquellos que la experimentan, lo que la convierte en una idea o imaginario producto de las experiencias vivenciales, que remite a las *prácticas relacionales entre los grupos sociales y con su entorno*. De tal forma, se puede decir que la salud sintetiza el hacer, sentir y pensar con respecto a la vida por lo que, como señala Menéndez, es de carácter universal y opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran (Menéndez, 1994).

A lo largo de la humanidad, el concepto de salud ha sido entendido de múltiples formas. Ello ha conducido a la conformación de diversas perspectivas que la interpretan. Retomando a Menéndez (2011), es posible ordenar las diversas perspectivas que explican y actúan sobre el proceso s/e/a/p de acuerdo con dos tendencias básicas. Una que coloca lo biológico como el causante de enfermedades y concibe la solución desde la mirada biomédica en el individuo. Otra que coloca lo social como la principal causa y solución de los problemas, por lo que las fuerzas sociales y la capacidad política de los sujetos son relevantes (Menéndez, 2011).

Las distintas perspectivas producto de estas dos tendencias, han producido diversos modelos que abordan la salud-enfermedad en sus dimensiones de atención, prevención y promoción. Por ejemplo, los estudios en salud que conciben los padecimientos más allá de sus elementos biológicos como reflejo de las contradicciones en un sistema, han trabajado en torno a las diferentes formas de atención de los padecimientos, en términos de modelos de atención de la salud

(Menéndez, 1992) y las dimensiones de la enfermedad *disease-illness-sickness*¹³ (Kleinman, 1988; Menéndez 1992; Campos-Navarro y cols, 2002; Young, 1982).

Asimismo, sobre la salud como *objeto-sujeto-campo de estudio* multidimensional y complejo (Breilh, 2003; 2010), han surgido nociones clave que en conjunto permiten una aproximación más rica a este. *Estilo de vida, modos de vivir y condiciones de vida* han sido abordadas de manera separada o articuladas por diferentes corrientes de pensamiento como el pensamiento anglosajón que desarrolla la Ecología Política, y el pensamiento latinoamericano crítico que da luz a la Salud Colectiva-Medicina Social (SC-MS). Si bien ambas “*tienen como base el Marxismo, y por ende estudian la interacción de economía, política, cultura y ambiente en lo local y lo global*” (Polo, 2016, p. 21), estas se alejan cuando una le hace juego a la lógica capitalista de “desarrollo”, mientras la otra se posiciona en contra de este modelo de “desarrollo” y utiliza sus trabajos para evidenciar, pero, ante todo, para denunciar sus efectos. Algunos autores de la corriente de SC-MS utilizan estas tres nociones, por ejemplo, Castellanos (1998) las reúne y las nombra como “*dimensiones de las formas de la vida cotidiana*” (Castellanos, 1998 p. 86); mientras que Almeida (2000; 2001), utiliza modos de vida como aquella que engloba estilos de vida y condiciones de vida y propone entender teóricamente la salud en dos planos: uno positivo (salud) y uno negativo (enfermedad) en las dimensiones individual, grupal y colectivo en sus dinámicas económicas, políticas y culturales interactuando con los aspectos biopsicosociales en una tendencia temporal (Polo, 2016 p. 21). Breilh señala la importancia de comprender los polos “positivo” y “negativo” propuestos por Almeida-Filho en movimiento dialéctico de contradicciones que producen relaciones determinantes para la salud de los sujetos y los grupos (Breilh, 2003).

De acuerdo con Polo Almeida (2016) autores de la corriente de SC-MS coinciden en la potencialidad política de las fuerzas sociales para modificar las condiciones que producen los modos de vivir malsanos y con ello dar paso a la construcción de modos de vivir saludables (Polo, 2016). No obstante, la SC-MS continúa centrándose en el polo “negativo” de la salud para revelar y denunciar. Esta tesis sostiene que en ese proceso quizá se ha descuidado los elementos que emergen más allá de los padecimientos y que surgen en el vivir cotidiano, producto de las relaciones sociales establecidas acorde a horizontes de bienestar deseado, creado y construido por los sujetos, a partir de sus propias experiencias positivas, de un bien común y un vivir bien enraizado en sus formas solidarias de sustentarse los

¹³ Dimensiones de la enfermedad: Disease (patología, dimensión biológica de la enfermedad, definida por la biomedicina) e Illness (aflicción, padecimiento; dimensión socio-cultural de la enfermedad, que es vivida por los individuos y grupos). Sickness, emerge para aludir a la dimensión social más amplia de la enfermedad (se refiere aquella que es interpretada por una cultura). Estas tres dimensiones sirven para explicar y comprender que existen otras maneras de enfermar diferentes a las definidas por la biomedicina.

unos a los otros. De ahí la importancia de comenzar a dirigir la mirada hacia el polo “positivo” de la salud en su concepción más amplia.

2.1.2 Salud positiva

El aspecto “positivo” de la salud, señalado por Almeida (2001) como aquello que es favorable para la salud y que está en interacción con los modos de vida y el contexto, lleva a mirar la noción de “lo positivo” más allá de la pasión por la salud individual y la patologización de la salud, es decir, lo “*healthy & fit*” referido a los estilos de vida saludables que tienden a responsabilizar y culpabilizar al individuo por sus elecciones saludables o no saludables que se expresan en la presencia o ausencia de patologías específicas.

En esta línea de pensamiento de “salud positiva”, se encuentran autores que han propuesto conceptos y modelos teóricos y metodológicos para su desarrollo, aunque, sus aproximaciones siguen tendiendo a la patologización de la salud individual y a las intervenciones médicas de forma prioritaria.

Por un lado, Antonovsky (1979; 1996) desarrolló el concepto de *coping* para referirse a la capacidad de enfrentamiento a problemas que padecen los sujetos que comparten modos de vivir colectivos y los mismos contextos. Desde esta perspectiva, dicho autor propone el modelo salutogénico¹⁴, el cual en su aplicación no ha logrado librarse del encuadre biomédico de la salud. De acuerdo con la salutogénesis, un proceso o factor estresante podría tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y la capacidad de las personas para resolverlos¹⁵. Posterior a los trabajos de Antonovsky, otros autores (Folkman y cols., 1986) han retomado la idea de coping, pero referida exclusivamente a los individuos en función de la capacidad de enfrentar determinadas patologías. Recientemente, la salutogénesis al ser vinculada con la

¹⁴ La teoría de la salutogenesis presenta las siguientes características: A. Enfatiza la generación de salud y su mantenimiento, por lo que se centra en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones, B. Identifica Recursos Generales de Resistencia (RGR), que son aquellos que ayudan a las personas a evitar o combatir estresores, de los cuales lo que importa es la capacidad de poder utilizarlos de forma promotora para la salud; estos pueden ser internos como la autoestima, la fortaleza y el conocimiento, o externos como el soporte social, la cultura, las buenas condiciones laborales, entre otros., C. Identifica el Sentido de Coherencia (SOC), un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, que es la capacidad de utilizar los RGR. El SOC tiene tres componentes clave: 1. la comprensibilidad, referida a la capacidad de comprender cómo se organiza la vida y el lugar que se ocupa en ella, 2. la manejabilidad, que se refiere a cómo nos comportamos o actuamos frente a eso que comprendemos, 3. la significatividad, referido a los horizontes de bienestar deseado construido o proyectado que motiva las acciones (Antonovsky, 1979; Lindstrom y Eriksson, 2006).

¹⁵ En esta idea, entra en juego la noción de vulnerabilidad, entendida como producto de una condición socio-política poco favorable que convierte en vulnerables a los individuos (Feito, 2007).

Promoción de la salud (*Rivera de los santos y cols., 2011*), comienza a recuperar la idea de coping referida a las relaciones y redes sociales de los sujetos, lo que ha dado lugar a propuestas que contemplan la capacidad de afrontamiento de las familias y las comunidades, entre las que encontramos los activos de salud (Morgan y Zigilo, 2007; Hernán y cols., 2010) y los activos de salud comunitarios (Kreztman y MacKnight, 2001).

Por otro lado, dentro de las propuestas que otorgan un papel protagónico a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y que permiten dar cuenta de las relaciones entre sujetos/estructuras y contextualizar las relaciones exposición/riesgo se encuentra el marco conceptual de la determinación social de la salud, desarrollada desde los 70's por la Epidemiología Crítica Latinoamericana, en el seno de la Salud Colectiva (Breilh, 2013). Jaime Breilh, uno de sus principales exponentes, introduce la noción de *procesos protectores o saludables*, como fenómenos o procesos que se tornan beneficiosos y que estimulan una direccionalidad favorable a la vida (Breilh, 2003). Sobre dichos procesos, el autor señala que estos no se desarrollan solos, sino a la par de procesos destructivos o malsanos y en el marco de estilos de vivir personales y modos de vivir colectivos. De tal forma que de ese conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en la dimensión singular, particular y general de la vida, surgen determinaciones y contradicciones estructurales más amplias, las cuales denomina "perfiles epidemiológicos" (Breilh, 2010).

La noción de procesos saludables v/s procesos malsanos propuesta por Breilh es útil para visibilizar las prácticas saludables que resultan protectoras para las poblaciones indígenas expuestas a tantas influencias negativas. Asimismo, el enfoque sociocultural que conlleva el rescate de las prácticas saludables para la conformación de perfiles epidemiológicos nos refiere al paradigma emergente de epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013; Menéndez, 2008; Haro, 2011; 2010) como marco para la valoración de los procesos saludables que emergen de los grupos sociales específicos, cargados de aspectos simbólicos y relacionales que explican otras formas de enfermar o de vivir saludable.

Asimismo, la idea de "salud positiva" tiene una base comunitaria, puesto que es producto de las relaciones de organización y participación de los sujetos colectivos que dan cuenta de interacciones armónicas sociedad-naturaleza, del derecho a la salud y a la subjetividad, del desarrollo de ciudadanía comunal, y de los principios consensuados de buen vivir y bien común cuya legitimidad la otorgan los propios sujetos que los experimentan en la cotidianidad.

Por lo anterior, al hablar de "salud positiva" esta tesis estará refiriéndose sobre todo, a las relaciones y redes sociales en las que los sujetos encuentran o no, desarrollan o no, los elementos que les permiten afrontar y superar el impacto de las

problemáticas de salud a las que se enfrentan en la cotidianidad, desde un marco que toma en cuenta *los derechos, la autodeterminación, la autogestión y la ciudadanía comunal*, para lo cual se consideró necesario conceptualizar las nociones de etnicidad y comunalidad.

2.1.3 Etnicidades y salud

Los conceptos de etnicidad, raza y comunidad han sido utilizados en los estudios con poblaciones indígenas. Estos tres conceptos expresan una mezcla entre la biología y la cultura, y refieren a la “otredad” con la que los conjuntos socioculturales marcan su diferencia respecto a otros grupos poblacionales, por tanto, aluden a una diversidad étnica y cultural. Dado que dichos conceptos son aprendidos y están cargados de connotaciones ideológicas; cuando son utilizados para marcar las disparidades entre los grupos poblacionales en cuanto a riqueza, poder o posición social para justificar el dominio de unos sobre otros, estos expresan prejuicio, racismo y discriminación (Giddens, 2000).

Como efecto del racismo y la discriminación, el concepto de raza basado en las diferencias morfológicas externas entre las poblaciones, marca condiciones de estigma hacia ciertos atributos físico-biológicos, lo que conlleva a conflictos sociales (Giddens, 2000). Autores han señalado que la existencia de variantes física entre las poblaciones es tan inmensa y cambiante como para considerar la existencia de “razas”, y que en todo caso la única raza existente es la humana ¹⁶(Levi-Montalcini, 2008; Knipper y Salaverry, 2010). Asimismo, que el genotipo (linajes genéticos) y el fenotipo (caracteres visibles) quizá pueden tener cierta relevancia epidemiológica, sin embargo, no se puede dogmatizar la relación entre estos, ni mucho menos atribuirles de manera exclusiva la existencia de disparidades entre las poblaciones (Haro, 2008). De tal forma, el concepto de raza solo adquiere utilidad cuando nos permite cuestionar por qué ciertas variantes físicas y no otras dan lugar a la discriminación y al racismo, lo que tiene que ver más con aquello que es considerado socialmente significativo por un grupo social específico (Giddens, 2000), remitiéndonos a los aspectos socioculturales más allá de los aspectos biológicos.

¹⁶ “La humanidad no está formada por grandes y pequeñas razas. Es, sin embargo y ante todo, una red de personas vinculadas. Es verdad que los seres humanos se juntan en grupos de individuos, comunidades locales, etnias, naciones y civilizaciones. Pero esto no sucede porque tengan los mismos genes sino porque comparten historias de vida, ideales y religiones, costumbres y comportamientos, formas y estilos de vida, incluso culturales. Las agrupaciones nunca son estables a partir de los DNA idénticos; al contrario, están sujetas a profundos cambios históricos: se forman, se transforman, se mezclan, se fragmentan y se disuelven con una rapidez incompatible con los tiempos exigidos por los procesos de selección genética” (Levi-Montalcini, 2008).

El concepto de etnicidad refiere mayormente a las cuestiones culturales (prácticas y perspectivas) de un grupo social específico, que conlleva una identidad étnica construida a partir de las relaciones sociales y el conjunto de normas socioculturales que orientan los modos de devenir en el mundo. Acorde a Haro (2008), la especificidad de los pueblos indígenas asume criterios propios en los escenarios locales, lo que marca la pertenencia a un pueblo indígena de forma diferenciada en cada grupo étnico.

“En los pueblos indígenas actuales, la etnicidad se manifiesta de una forma dinámica y adaptativa, que se expresa de maneras específicas y cambiantes según el contexto propio de cada pueblo, en diversos escenarios situacionales” (Haro, 2008, p. 273).

De acuerdo con Restrepo (2004), existen múltiples enfoques sobre la etnicidad, e incluso estos pueden resultar contradictorios. Dicho autor identifica diversas tendencias antropológicas que lo han desarrollado, lo que resulta útil para ubicar la evolución del concepto y permite identificar que el punto en que convergen estas tendencias es el tema del “otro”.

Es a partir de la noción del “otro” como aquello que construye identidad étnica -y no étnica-, que es posible brincar hacia la complejidad de la *diversidad* étnica y cultural frente a las sociedades modernas complejizadas por la globalización. En este contexto, la etnicidad como elemento conceptual permite una aproximación a la realidad de un grupo social específico desde una perspectiva particular, y no un encuadre de dicha realidad. Así para hablar de etnicidad, los grupos sociales específicos y cada situación local precisan esclarecer los criterios propios adaptados en lo local y a la cuestión enfocada. Cuando el foco es la salud, algunos autores proponen utilizar la etnicidad como indicador para volver visibles las desigualdades y los problemas asociados a los estereotipos étnicos, a los prejuicios y el racismo que afectan la salud (Knipper, 2010; Haro, 2008).

“La etnicidad, además de expresar la trascendencia de ciertas causales biológicas, no necesariamente genéticas sino también adaptativas al entorno ecológico y a las pautas cambiantes de vida, atañe también al ámbito de las relaciones sociales y al papel que desempeñan los factores culturales en la esfera de la salud” (Haro, 2008 p. 272).

“Ante la aparente dificultad de considerar seria y adecuadamente el complejo significado de los factores socioculturales en el área de la salud, una consideración apropiada de las categorías étnicas abre perspectivas para una medicina más humana y más satisfactoria, tanto para pacientes como proveedores. Y es justo el reconocimiento explícito de los problemas teóricos

de definición, significado, inestabilidad y perspicuidad, que contribuye a que “etnicidad” se pueda convertir en una actividad “saludable” (Knipper, 2010 p. 98).

La importancia de referir la etnicidad de acuerdo a los criterios propios de los grupos sociales específicos y su adaptación en lo local lleva a pensar en los límites establecidos, que hacen que un grupo social sea diferente a otro, dando paso a la alteridad. Estos límites pueden estar en función de la identidad étnica desarrollada por cada grupo social, dentro de un espacio geográfico (territorio/ambiente) regido por organizaciones o instituciones civiles, políticas, económicas o religiosas en el cual interaccionan con base en necesidades objetivas e intereses comunes. Lo que lleva al concepto de comunidad, en términos estructurales, funcionales y relacionales. Para Martínez Luna *“lo indígena es una particularidad cultural del hacer comunitario”* (Martínez, 2010 p. 110).

El concepto de comunidad ha sido ampliamente asociado con la población indígena, para referirse a su unidad espacial, social y cultural básica suprafamiliar. Hay conceptos que definen comunidad indígena de forma exógena o endógena. Desde lo jurídico se le define con base en el derecho de propiedad a la tierra para asentamiento y para producción¹⁷. Desde una visión antropológica se le identifica compuesta por una base biológica y territorial cuya relación se mantienen mediante instrumentos integrativos que suministra la cultura (Aguirre y cols., 1991). Desde una visión social se la define con base en la cantidad de individuos que forman una sociedad y sus relaciones en función de lo común, es decir, de los rasgos compartidos conectados con el contexto (Durkheim, 1898). Desde una mirada originaria (Martínez, 2010; Díaz, 2004) se le expresa como aquella que se concretiza en la práctica y no en lo abstracto, y que conlleva una noción de de-colonialidad¹⁸ y de interculturalidad¹⁹ en el que el sentido de *lo común* es un deber para el entendimiento.

Para Floriberto Díaz (2004), las comunidades indígenas comparten rasgos que las caracterizan, y se pueden enunciar en cinco elementos: 1. Un espacio territorial, demarcado y definido por la posesión, 2. Una historia común, que circula de boca en boca y de una generación a otra. 3. Una variante de la lengua del pueblo, a partir de la cual identificamos nuestro idioma común. 4. Una organización que define lo político, cultural, social, civil, económico y religioso y 5. Un sistema comunitario de procuración y administración de justicia (Díaz, 2004). Asimismo, este mismo autor

¹⁷ Fracción VII. Art. 27 Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

¹⁸ “La opción de-colonial presupone desprenderse de las reglas del juego cognitivo-interpretativo (epistémico-hermenéutico), de los espejismos de la «ciencia» y del control del conocimiento (mediante categorías, instituciones, normas disciplinarias) que hace posible la presunción de objetos, eventos y realidades” (Mignolo, 2008).

¹⁹ “Como proceso de comunicación entre culturas, a partir del respeto a las diferencias” (Lozano, 2005).

señala, respecto al concepto de comunidades indígenas, que, *“podemos usar las mismas palabras como conceptos, pero es muy probable que simbólicamente estemos entendiendo cosas diferentes y hasta contradictorias”* (p. 366).

2.1.4 Comunalidad

Esta tesis se basará en la Comunalidad como la noción desde la cual se comprende el concepto de comunidades indígenas. El concepto de Comunalidad proviene de los trabajos realizados por dos pensadores Oaxaqueños, uno mixe y otro zapoteco a finales de los años 70's.

El primero, el antropólogo Floriberto Díaz Gómez, en su obra *“Escrito. Comunalidad, energía viva del Pensamiento mixe”* (Díaz, 2004) señala que:

“la Comunalidad define la inminencia de la comunidad. En la medida que comunalidad define otros conceptos fundamentales para entender una realidad indígena, la que habrá de entenderse no como algo opuesto sino como diferente de la sociedad occidental. Para entender cada uno de sus elementos hay que tener en cuenta ciertas nociones: lo comunal, lo colectivo, la complementariedad y la integralidad. Sin tener presente el sentido comunal e integral de cada parte que pretendamos comprender y explicar, nuestro conocimiento estará siempre limitado”. (Díaz, 2004, p. 367).

El segundo, Jaime Martínez Luna, Serrano, Zapoteco, antropólogo y comunicador, en su obra, menciona que la palabra comunalidad surge *“para explicar el actuar y las razones que expone y ejercita una comunidad”* (Martínez, 2010, p. 110) sin caer en encasillamientos, y frente a ello entender que Comunalidad es trabajo y respeto entre quienes la viven y no solo un discurso. En este sentido, para trabajar desde esta perspectiva los métodos de investigación y de análisis tendrán que ser diferentes; tendrán que estar en función de entender a la comunidad desde sus propios patrones de razonamiento, desde su propia cultura.

Una lectura integrada de las obras de ambos autores nos ofrece una visión de la vida cotidiana de las comunidades indígenas, a través de la cual esta tesis hace sus aproximaciones. Si bien la noción de Comunalidad se construye a partir de la vivencia del contexto particular Oaxaqueño, se encuentran similitudes con el contexto en el que vive la comunidad Tenek de Toco, de la Huasteca potosina, lo cual se asume como resultado de una visión común que emerge de la autodeterminación y resistencia que les ha garantizado su sobrevivencia como pueblos con cultura propia frente a la colonialidad y el capitalismo.

“Quizá en ningún otro momento de nuestra historia los pueblos indígenas habíamos tenido una coyuntura histórica tal, en la que el análisis sobre

nuestra autodeterminación fuera la ventana más segura para garantizar nuestra sobrevivencia como pueblos, como sociedad. La autodeterminación ha sido un sueño eterno de nuestras comunidades, algunas, por cuestiones geográficas o también organizacionales, hemos logrado mantener cierto margen de ésta, la cual siempre ha sido resultado de una tensa relación con el Estado-nación (Martínez, 2010, p. 47).

Para Díaz (2004), una comunidad indígena se puede definir concretamente, física y espiritualmente en relación con la naturaleza. De tal forma que las relaciones surgen en interdependencia en un primer orden entre las personas y el espacio a través del trabajo, y en segundo orden entre las personas. Cuando este autor habla de la inminencia de la comunidad, se refiere *“a su dinámica, a la energía subyacente y actuante”* (p.367) entre los seres y fuerzas como elementos de la naturaleza. De tal forma que cuando se habla de organización, reglas y principios comunitarios, se habla de lo material y lo espiritual, del código ético e ideológico y por consiguiente a su conducta. Para este autor, la tierra, la asamblea comunal, el servicio gratuito como ejercicio de autoridad, el trabajo colectivo y los ritos y ceremonias, son los elementos que definen a la comunalidad.

Por su parte Martínez sobre las comunidades indígenas menciona:

“nuestras comunidades no son puras, precisamente porque somos resultado permanente de presiones externas y energías internas que nos plantean una situación nueva cada vez” (Martínez, 2010, p. 64).

En este sentido, Martínez (2010) expresa la Comunalidad como una expresión de la resistencia, para lo cual se vuelve necesario identificar el pensamiento originario y el pensamiento impuesto en las formas de hacer y concebir la vida. Por lo que señala *“es conveniente hablar de los de adentro y los de afuera, no para discriminar sino para analizar comportamientos y pensamientos”* (p.23), lo que permitirá *“ir definiendo histórica y contextualmente la identidad de nuestros pueblos”* (p. 24).

Martínez Luna al igual que Floriberto Díaz, reconoce bases sustantivas e integrales que comparten las comunidades indígenas respecto a las nociones de Comunalidad y autonomía (territorio, la economía, la educación, la jurisprudencia, y la cultura). Menciona la asamblea, como el espacio participativo en que se fundamenta el consenso, la diversidad y la pluralidad y en el que se fundamenta la vida comunitaria; asimismo, el respeto a los cargos de representación, la responsabilidad en el trabajo comunitario y la participación en la fiesta, lo que permite la construcción y defensa del territorio (López y Rivas, 2011).

Posterior a los trabajos de Jaime Martínez Luna y Floriberto Díaz Gómez sobre Comunalidad, otros autores (Guerrero, 2015; Maldonado, 2015; Cendejas y cols., 2015) y actores sociales, han ido retomando esta noción como principio para

comprender y emprender acciones colectivas para el reconocimiento y la conservación de las comunidades indígenas. De tal forma, en la actualidad los pueblos indígenas comienzan a retomar el concepto de Comunalidad para explicar sus formas de vida, emanada de acciones establecidas, en muchos casos de manera obligatoria, como pautas de obligación ciudadana que los pueblos indígenas reproducen con mucha conciencia (Martínez, 2010), a la par de desarrollar su individualidad, por ejemplo, el brindar ayuda mutua, que surge por iniciativa propia como un ejercicio de reciprocidad. Lo anterior se ve reflejado en lo que expresa en una entrevista Sofía Robles, mixe zapoteca, primera presidenta Municipal de Santa María Tlahuitoltepec, electa en asamblea comunitaria por el periodo 2012-2013.

“La comunalidad tiene que ver con el trabajo, el desarrollo de la comunidad, el que el pueblo se reproduzca, con todo. En el momento en que se hacen las asambleas comunitarias, las fiestas o los trabajos colectivos, ahí está lo comunal. Esa idea de lo comunal y lo colectivo es muy fuerte. Nadie va a decir que cuando se está haciendo un servicio se está haciendo un favor. No. Estás dando un servicio. Es tu responsabilidad. La comunalidad, a partir de la teorización que han hecho de la palabra, habla de lo común. La casa común, el trabajo común. Es todo aspecto de la vida en la que vivimos. La comunalidad y la individualidad son cosas complementarias. Nosotros tenemos nuestra vida individual y personal. La comunidad le asigna a cada uno de sus miembros un cargo y se siente esa responsabilidad de cumplirle a mi comunidad para poder sentirme parte de ella. Pude haber elegido lo contrario a lo que me nombraron, pero el hecho de formar parte de la comunidad, además de tener un pedazo de tierra en ese espacio, me obliga a cumplir” (Robles, 2011).

2.1.5 Patologización-despatologización de la salud: Paradigma y tendencias.

La Organización Mundial de la salud (OMS), señala que “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano*” (OMS, 2014 p.1). Trabajar en pro de la cobertura sanitaria universal, se ha convertido en uno de los objetivos más apremiantes de las sociedades del mundo, que implica no solo el espectro de la atención de salud, sino también, trabajar sobre los determinantes sociales de la salud como medio para mejorar todos los aspectos que la influyen y con ello alcanzar el objetivo más amplio que es el desarrollo humano.

En este sentido se han formulado diversas estrategias de salud a nivel mundial y regional, que permiten guiar las políticas sociales y sanitarias en los diferentes países. La propuesta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), lanzados en

el 2015 (CEPAL, 2018), destaca la relación entre los ODS y la Promoción de la salud, al considerar la salud como hilo conductor del desarrollo; de tal forma los ODS buscan la salud global e integral en un marco de equidad social entre los países²⁰. Previo a los ODS, otras estrategias de salud poblacional (ej. APS, SILOS) han sido utilizadas en este sentido, sin embargo, estas han perpetuado la patologización de la salud y han priorizando las intervenciones médicas que recaen en los individuos y en patologías específicas, en lugar de apostar de manera prioritaria por las acciones de promoción y prevención de la salud a través de favorecer las condiciones colectivas que permiten generar salud para todos y todas como derecho universal de las personas.

Esta tesis parte de identificar la existencia del *paradigma patologizante de la salud*, el cual se constituye al construir y perpetuar creencias, posiciones, modos de pensar y actuar en torno a la salud-enfermedad con base en un modo biologicista de concebir las realidades en salud, lo que da lugar al enfoque biomédico que impera en la estructuración de los sistemas de salud. Este paradigma establece una manera hegemónica de explicar y actuar en torno a la salud frente a otras formas de pensar y hacer en salud, a las cuales puede llegar a reconocer de forma alienante, o ignorar convenientemente.

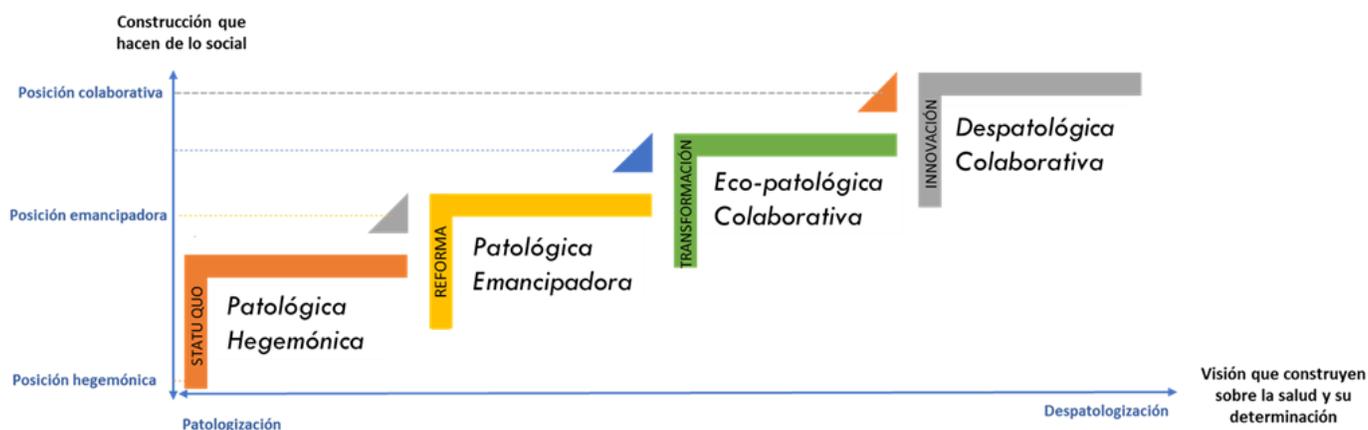
El paradigma patologizante de la salud conforma un esquema teórico-práctico que concibe la salud en términos de enfermedad. Dicha enfermedad es entendida como producto de desequilibrios biológicos en primer orden, y ecológicos en segundo orden, es también, pero entendida de esta forma en menor medida, resultado de procesos sociales y relaciones reciprocas sociedades-naturaleza. Desde este paradigma, las enfermedades pueden ser examinadas en el cuerpo biológico, en el ambiente y en sus interrelaciones sociedades-naturaleza; ello conlleva, dependiendo de los enfoques de los que se parta, a explicar y actuar en salud en función exclusiva de la enfermedad y problemas médicos; en torno a las relaciones médico-paciente y los roles sociales que juega cada uno; en relación a las políticas de salud y de las relaciones del ámbito médico en otras instancias de la sociedad; o en términos integrales sobre el manejo de la salud-enfermedad del ecosistema en su conjunto.

Así el paradigma patológico idealiza la salud en términos de la “ausencia de enfermedad” constituyendo lo “socialmente deseable”. Ello vuelve a la enfermedad un indicador de “desviación” frente a lo considerado como “normal” o “anhelado”, ya sea por su afección orgánica; por considerarse un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo que le impide o limita sus funciones sociales; o por ser expresión de una compleja estructura. Asimismo, la salud se vuelve

²⁰ Uno los 17 ODS está dirigido a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (CEPAL, 2018).

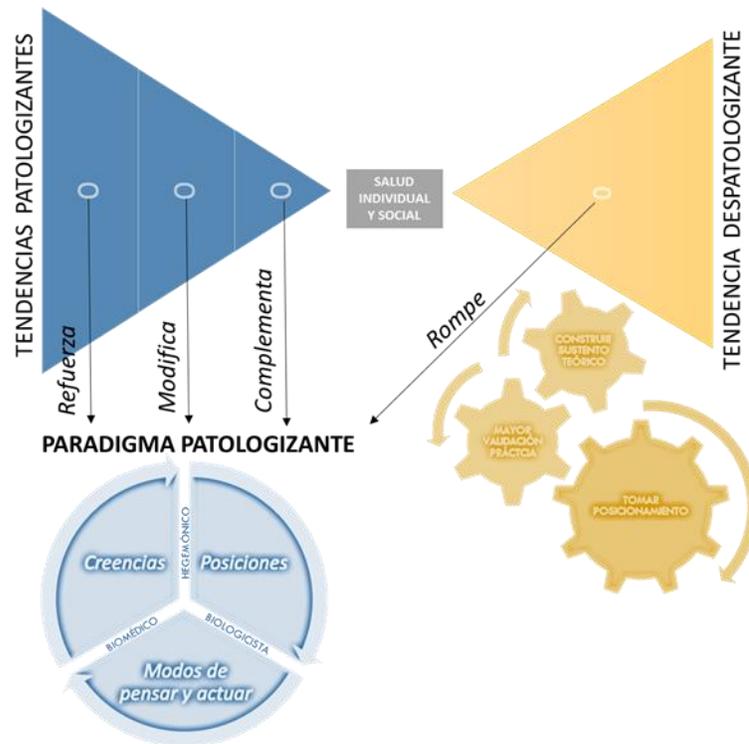
menester de “ausencia de enfermedad” y para ello se estructura un aparato ideológico aplicado al campo de la salud, el cual ha retomado la comprensión economicista y mecanicista del contexto en que se ha desarrollado, posibilitando de esta forma, la concepción de la salud-enfermedad como mercancía y su sujeción al control médico²¹.

Dentro de este paradigma, emergen tendencias que mantienen el *statu quo* al reforzar el paradigma patologizante, u otras que lo modifican o complementan al abrir procesos de reforma, transformación o innovación en salud. Esta tesis, identifica cuatro tendencias producto de la existencia del paradigma patologizante, cuya clasificación obedece a dos criterios, la postura que toman respecto a la construcción de lo social, y la visión que construyen sobre la salud y su determinación.



TENDENCIAS EN SALUD QUE EMERGEN DEL PARADIGMA PATOLOGIZANTE DE LA SALUD

²¹ El pensar y actuar en torno a la enfermedad genera tipos específicos de prácticas en salud, propias de aquellos que saben identificar y tratar las enfermedades. Dichas prácticas al ser legitimadas socialmente producen “expertos” en el asunto (ej. médicos alópatas, enfermeras, parteras, curanderos, otros), los cuales asumen una responsabilidad social en la atención y control de la enfermedad.



Las tendencias identificadas producto del paradigma patologizante son:

1. **Tendencia Patológica Hegemónica (TPH).** Parte de comprender la configuración de lo social como resultado de relaciones de dominio y subordinaciones necesarias para el mantenimiento del *statu quo* y considera las desigualdades sociales como inevitables resultados de ello. Asimismo, construye una visión de la salud en términos de enfermedad como resultado de procesos naturales de desequilibrios biológico-ecológicos observables y medibles a través de variables cuantificables, lo que orienta las intervenciones médicas hacia enfermedades específicas en los individuos y hacia factores externos susceptibles de modificarse.
2. **Tendencia Patológica Emancipadora (TPE).** Construye una visión de la salud en términos de enfermedades como expresión de las contradicciones históricas de un sistema, las cuales están determinadas por procesos sociales y relaciones de poder desequilibradas. Asume la configuración de lo social como resultado de relaciones de poder en todos los ejes de dominio (género, etnia y clase social) cuyo desequilibrio produce formas de producción y una lógica de distribución inequitativa y desigual, por lo que las desigualdades e inequidades sociales son consideradas injustas y evitables entre las poblaciones. Apuesta por revertir las relaciones de dominio para subvertir lo dado por los poderes hegemónicos a través de evidenciar, denunciar y transformar las causas estructurales de las desigualdades que afectan especialmente a grupos sociales vulnerados.

3. **Tendencia Eco-patológica Colaborativa (TEPC).** Comprende la configuración de lo social como resultado de relaciones de complementariedad entre territorio y ambiente en función del grado de explotación de los recursos naturales que surgen de relaciones entre sociedad-naturaleza, lo que en conjunto analiza en términos de salud ecosistémica al identificar la correspondencia de enfermedades y daños para la salud humana y para la salud del territorio/ambiente. El análisis y la interpretación se dan en un nivel específico y en un marco de investigación-acción sobre un contexto de desarrollo social y económico basado en las aspiraciones de los pueblos. La salud la concibe como un elemento fundamental del bienestar y como parte del desarrollo impulsado por la propia comunidad dentro de un proceso de autogestión democrática y sustentable del territorio/ambiente, que conlleva al empoderamiento social (Ysunza y cols., 2016).

4. **Tendencia Despatológica Colaborativa (TDC).** Se basa en la construcción de una salud positiva como requisito para un desarrollo humano sostenible. Dicha salud positiva es resultado de interacciones reciprocas sociedades-naturaleza, y de relaciones sociales plurales y redes de apoyo mutuo vinculadas por el bien común y el buen vivir colectivo, en las que los sujetos encuentran y desarrollan los elementos que les permiten afrontar y superar el impacto de las problemáticas de salud a las que se enfrentan en la cotidianidad. El análisis, la interpretación e intervención en salud se llevan a cabo en el nivel específico local y comunal, desde un marco que toma en cuenta *los derechos, la autodeterminación, la autogestión y la ciudadanía comunal*. Las relaciones sociales se conciben en continua configuración frente a las desigualdades e inequidades injustas y evitables producto de sociedades asimétricas y conflictivas, lo que requiere de un abordaje relacional espaciotemporal que dé cuenta de la complejidad, del caos y de la incertidumbre. Las desigualdades e inequidades sociales pueden ser transformadas desde la organización de una base comunitaria informada, reflexiva, autónoma e interdependiente con capacidad para la toma de decisiones, para lo cual se apuesta por un trabajo transdisciplinario e intersectorial de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo.

La relación encontrada entre paradigma y tendencias permite marcar un *continuum* en el que se distinguen y ubican enfoques, modelos y estrategias en salud que desarrollan una visión de la salud y su determinación desde la patologización hasta la despatologización, así como un posicionamiento sobre la construcción de lo social que puede ser hegemónico, emancipador o colaborativo.

A lo largo del *continuum* es posible identificar puntos de encuentro y divergencias entre modelos y estrategias de salud poblacional con potencialidad para aplicarse en contextos interculturales y locales, los cuales ejercen funciones continuas que

refuerzan, modifican o complementan el paradigma patologizante (ver mapeo). Asimismo, con base en las cuatro tendencias identificadas, se ordenan enfoques, modelos, marcos conceptuales, corrientes y estrategias en salud poblacional con potencialidad para aplicarse en contextos interculturales y locales (ver matriz).

Dentro de la tendencia *Patológica Hegemónica*:

- Se ordena el Enfoque Biomédico, y un Enfoque Sociomédico-acrítico que le hace juego a la hegemonía. Producto de estos se identifican el Modelo Médico Hegemónico (MMH)²²; el Modelo Médico Alternativo subordinado al MMH; y el Modelo Salutegénico de Antonovsky²³, los cuales perpetúan una visión biologicista de la salud-enfermedad.
- Se ubica el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesto por el pensamiento anglosajón cobijado por la OMS, que supone un salto en la comprensión de la salud en términos exclusivamente biologicistas hacia los aspectos sociales que la determinan, pero sin pretender modificar el *statu quo* en salud²⁴.
- Al vincular los DSS de la OMS con estrategias de salud poblacional como la Atención primaria de la Salud (APS) y la Promoción de la Salud (PS)²⁵, se tiene como resultado el desarrollo de un enfoque de APS selectiva, la cual se caracteriza

²² Menéndez ha construido la noción de MMH a partir de articular modelo e historicidad, lo que le permite su análisis integral en relación con otros modelos de atención con la finalidad de observar rasgos estructurales que los diferencian, pero, sobre todo, las relaciones y transacciones que entre estos operan. El MMH, el Modelo Alternativo-subordinado y el Modelo de Autoatención son los tres modelos que Menéndez reconoce como básicos y sobre los cuales ha concentrado su producción teórica (Menéndez, 1992; 2003).

²³ Si bien Antonovsky toma en cuenta los aspectos sociales que determinan la salud, a través de la aplicación del RGR y el SOC acaba midiendo variables cuantificables que se centran en estudiar el enfrentamiento que desarrolla un individuo frente a una patología específica, por lo que se ubica dentro de la tendencia patológica hegemónica.

²⁴ La perspectiva sociomédica de la que parten los DSS de la OMS, se basa en las teorías de consenso, cuyo enfoque funcionalista apunta al equilibrio y la funcionalidad del orden social y estratificación social, por ende, a la conservación del *statu quo* (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994). En su interpretación sobre las condiciones de salud-enfermedad y sus determinantes, los DSS de la OMS no profundizan en la reflexión sobre la naturaleza distinta de lo biológico y lo social, lo que conlleva a la búsqueda de factores determinantes para enfermedades específicas y no para un conjunto de sociedades específicas, lo que genera explicaciones a partir de variables clasificatorias definidas en términos individuales asociadas al daño investigado (identificación de relaciones causales definidas en términos probabilísticos), que si bien permite una minuciosa descripción del plano fenomenológico, su aproximación a los determinantes estructurales de la salud-enfermedad es reducida y limita una comprensión más amplia de la determinación y su causalidad. En este sentido, la medición del estado de salud a partir de indicadores de daño y la relación de las intervenciones costo-efectividad para modificar el daño se convierten en las condiciones de salud que preocupan a los DSS de la OMS, lo que conlleva a medidas de intervención sobre aquellas condiciones de salud con potencial para generar demanda en la atención y se traduce en medidas tecnocráticas y gerenciales.

²⁵ dos estrategias con potencial para desarrollarse en contextos interculturales y locales.

por luchar contra una única enfermedad de forma reparativa y en problemas específicos que afectan a grupos vulnerables por lo que utiliza como estrategia operativa a nivel local los Sistemas Locales de Salud (SILOS); así como una PS Oficialista²⁶, la cual utiliza el “empoderamiento” otorgado a las personas para el control de su propia salud como estrategia instrumental, lo que perpetúa la relación de dominio sobre la población al establecer una relación de dependencia de los sujetos hacia las intervenciones de las agencias oficiales (Chapela, 2008).

Dentro de la tendencia *Patológica Emancipadora*:

- Se ordena el Enfoque Sociomédico que configura una visión crítica sobre las causas estructurales de las desigualdades sociales que afectan la salud. De dicho enfoque se desprende el Modelo de Autoatención²⁷ y el Modelo Médico Tradicional. Ambos modelos colocan el énfasis en la atención de la enfermedad desde marcos de referencia socioculturales y son resultado de la capacidad de agencia que tienen los sujetos respecto de sus padecimientos, lo que les permite autonomía relativa en vinculación con el MMH. Ello convierte a estos modelos, herramientas para la emancipación, dado que permiten rescatar saberes y prácticas propias de los sujetos como alternativas frente a la hegemonía en salud.
- Se ubica el marco conceptual de la Determinación social de la salud propuesto por el pensamiento crítico latinoamericano de SC-MS. Dicho marco tiende a reformar la visión biomédica funcionalista de la salud-enfermedad que nace con el paradigma

²⁶ Sobre la PS Oficialista Di-Leo (2009) menciona que esta “*está orientada hacia el cambio de las prácticas de los individuos, considerados como ya constituidos (desde una definición esencialista), y a los que solo hay que orientar para que obtengan el control sobre sí mismos, cuyas necesidades están dadas, en lugar de entenderlas como productos históricos, sociales y culturales*” (Di-Leo, 2009, p.8)

²⁷ Menéndez (2003) señala que la Autoatención constituye un concepto y proceso amplio que permite englobar el autocuidado y la automedicación. Asimismo, plantea que la autoatención puede pensarse en un nivel amplio y otro restringido. En el primero, se encuentran aquellas actividades que aseguran la reproducción de los sujetos y grupos a nivel de microgrupos, a partir de normas establecidas por la propia cultura del grupo; mientras que el segundo, engloba aquellas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a/p (Menéndez, 2003). Por autoatención Menéndez se refiere a: “*las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa*” (Menéndez, 2003 p. 198).

patologizante, sin dejar de poner el énfasis en la enfermedad. De tal forma, modifica al paradigma sin llegar a transformarlo²⁸. En su lugar propone entender la enfermedad como expresión de inequidades y desigualdades sociales que son resultado de formas de producción, apropiación de recursos y relaciones sociales marcadas por el poder y la dominación.

- Al vincular la Determinación social de la salud de la SC-MS con la APS y PS, se desarrolla un enfoque de APS Integral la cual apuesta por la salud para todos y todas por lo que incluye protagónicamente la cuestión de los determinantes sociales como pre-requisitos para la salud y el desarrollo; así como una PS apoderante o emancipadora que coloca el énfasis en la integridad de los sujetos y la utiliza como herramienta para alcanzar mayor equidad en salud a través de “esfuerzos de promoción de la salud apoderante”²⁹ (Chapela, 2008, p.4). Esta concepción sobre la PS, permite rescatar al sujeto como actor con la capacidad de dotarse y recuperar lo que es y era suyo en primera instancia, dentro de un proceso dialéctico y político nunca cerrado, que permite que éstos se apropien reflexivamente de los saberes que necesitan y reconozcan la pluralidad de experiencias, modalidades de socialización y de construcción identitaria tanto de ellos como de los “otros” para resignificar y transformar sus condiciones de vida con base en sus propias aspiraciones (Chapela, 2008; Di-Leo, 2009).

Dentro de la tendencia *Eco-patológica Colaborativa*:

- Se ordena el enfoque de Ecosalud (Lebel, 2005) y el enfoque de Desarrollo Comunitario aplicado al campo de la salud. A grandes rasgos, el primero refiere a la interacción entre seres vivos y entorno en un espacio geográfico y temporal que permite una aproximación a la salud humana como resultado del manejo de la salud del ecosistema; el segundo se refiere a la participación y organización colectiva para llevar a cabo acciones que posibiliten el desarrollo a partir de la solución de

²⁸ Los DSS desde la perspectiva de la SC-MS, incorpora una visión crítica sobre las causas y el mantenimiento de las enfermedades, las cuales están determinadas por procesos sociales que subordinan los procesos bio-psíquicos; de tal forma los orígenes de la enfermedad no se originan en el cuerpo sino en condiciones externas e influencias protectoras colectivas. Para analizar la situación de salud-enfermedad se requieren categorías generales y complejas que deben ser desdobladas en variables relacionales para la exploración del plano empírico, así como un proceso de construcción conceptual (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994). Por la dificultad metodológica que requiere la explicación de relaciones, por lo general los DSS de la SC-MS colocan el énfasis en el plano económico y político para evidenciar las desigualdades e inequidades que afectan a grupos poblacionales vulnerados como procesos apremiantes frente a las enfermedades y los daños a los que están expuestos. Ello, deja de lado la explicación de las significaciones y los símbolos que expresan los sujetos y sus praxis en la cotidianidad, lo que impide el desarrollo de una mirada sociocultural sobre el entramado relacional y la visibilidad de soluciones generadas en el mismo espacio y por los mismos sujetos en los que se identifican los daños.

²⁹ referidos a las formas en que los sujetos reivindican su espacio en la toma de decisiones en relación a su salud (Chapela, 2008, p.4).

problemas existentes en la realidad comunitaria. De la aplicación de estos dos enfoques se identifica el Modelo CECIPROC (Ysunza, 2012), el cual es un modelo de capacitación en investigación acción participativa basada en proyectos comunitarios relacionados con la salud y la nutrición, dirigida a promotores indígenas, afroamericanos y mestizos, que busca desarrollar una alternativa al Desarrollo Rural con una visión transdisciplinaria y multisectorial.

- Se ubica un marco conceptual y metodológico que incluye la interculturalidad, la transdisciplina, la participación social integral e incluyente, y la Investigación-Acción Participativa (IAP). Dicho marco influye en la complementariedad del paradigma al combinar el enfoque sociomédico y el biomédico, así como también comienza un camino teórico y aplicativo hacia la despatologización de la salud al llevar la mirada hacia otros aspectos no patológicos de la salud. Si bien se da cabida a aspectos de salud positiva como la participación, el diálogo y la relación armoniosa con la naturaleza, se siguen buscando las explicaciones desde el punto de vista del espectro epidemiológico, y orienta las acciones hacia la solución o evitabilidad del daño a la salud en el que los modelos de atención de los padecimientos, principalmente el de la medicina tradicional y la autoatención, son los ejes de intervención. De este marco, destaca la idea de trabajo colaborativo que pone énfasis en las diversas capacidades resolutivas de las comunidades para el enfrentamiento de las enfermedades más allá del aspecto biomédico.
- El modelo CECIPROC vincula su quehacer con las estrategias de APS integral y apuesta por la Promoción en salud y la pedagogía crítica a partir de iniciar procesos de reflexión-acción-reflexión y de construir un diálogo de saberes entre el saber popular y el saber científico como puente para el desarrollo.

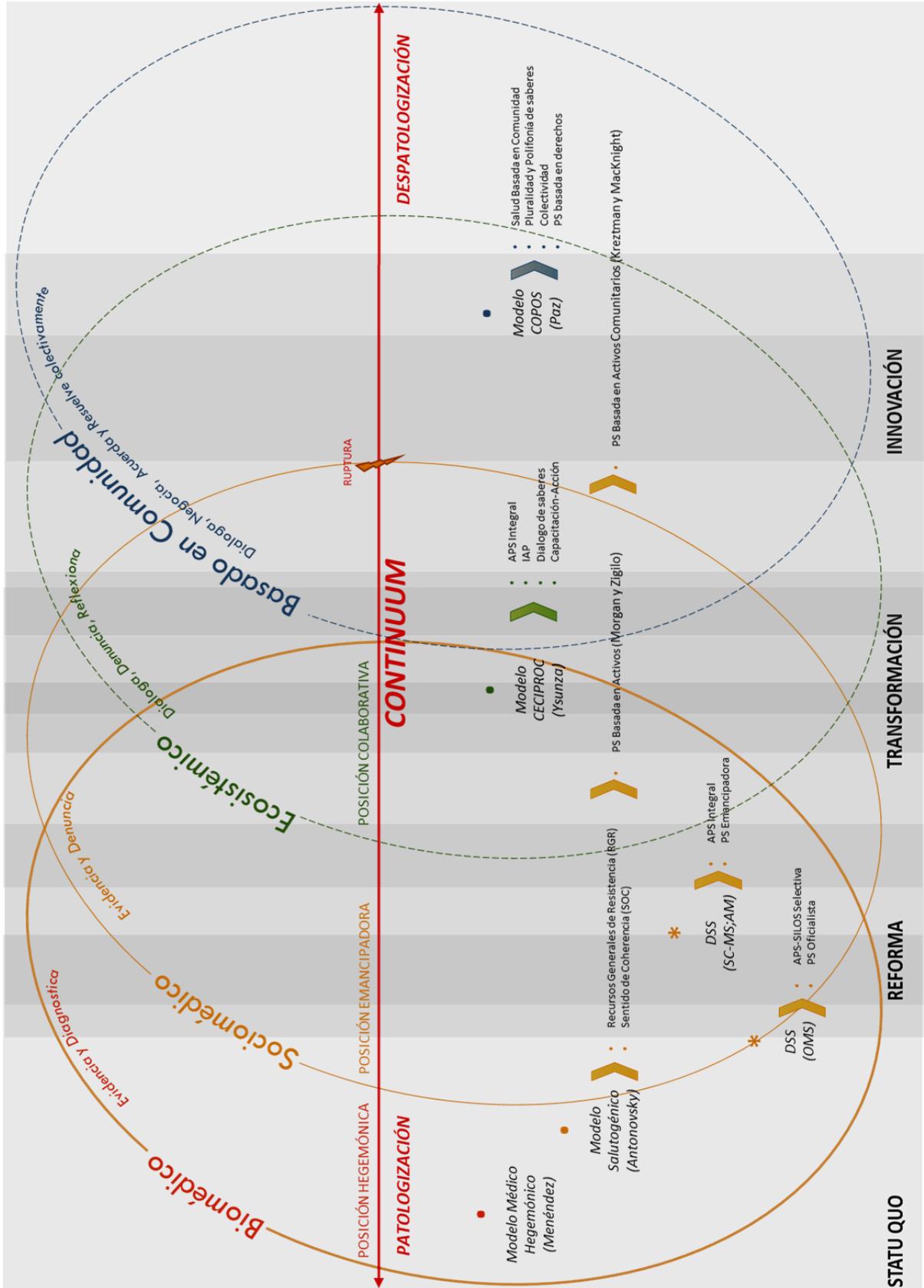
Dentro de la tendencia *Despatológica Colaborativa*:

- Se ordena el enfoque de Salud Basada en Comunidad, el cual permite concebir la salud más allá de la enfermedad y la medicina, al centrarse en los sujetos, sus recursos comunitarios, prácticas cotidianas y proyectos colectivos. Dicho enfoque da origen al modelo de los Comunes Posibles para la Salud (COPOS), el cual proyecta romper con el paradigma hegemónico de la salud en términos de complementariedad de aspectos biomédicos y sociomédicos, a los cuales coloca en segundo término. Los COPOS pretenden explicar y actuar en torno a los procesos s/e/a/p desde la polifonía de saberes y la construcción de saberes colectivos en un marco de entendimiento común que surge de la pluralidad de voces y experiencias en el nivel específico local-comunal.
- Se ubica un marco conceptual y metodológico de Salud Positiva, Comunalidad y Desarrollo Humano Sostenible, que se enfatiza la noción de derechos,

autodeterminación, autogestión y ciudadanía comunal. Dicho marco emerge de un pensamiento sistémico y complejo (Morin y Pakman, 2011), lo que permite rescatar, ampliar y vincular formas plurales de pensar y actuar en salud producidas en el medio rural indígena.

- El Modelo de los COPOS, desarrolla las estrategias de Salud Basada en Comunidad, la Pluralidad y Polifonía de saberes, la Colectividad y la Promoción de la salud basada en derechos.

CRITERIOS	TENDENCIAS QUE SE DESPRENDEN DEL PARADIGMA PATOLOGIZANTE DE LA SALUD			
	Patológica Hegemónica	Patológica Emancipadora	Eco-patológica Colaborativa	Des patológica Colaborativa
Enfoques	<i>Biomédico y Sociomédico-acrítico</i>	<i>Sociomédico-crítico</i>	<i>Ecosalud y Desarrollo Comunitario aplicado a la salud</i>	<i>Salud Basada en Comunidad</i>
Modelos	<i>-Modelo Médico Hegemónico -Modelo Médico Alternativo-Subordinado -Modelo Salutogénico</i>	<i>-Modelo Médico Tradicional -Modelo de Autoatención</i>	<i>-Modelo Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC)</i>	<i>-Modelo Comunes Posibles para la Salud (COPOS)</i>
Marco conceptual y corrientes de pensamiento	<i>-Determinante Sociales de la Salud -Pensamiento Anglosajón (OMS)</i>	<i>-Determinación Social de la Salud -Pensamiento Crítico Latinoamericano (SC-MS)</i>	<i>-Interculturalidad -Transdisciplina -Participación integral e incluyente -Pensamiento Crítico-reflexivo</i>	<i>-Salud Positiva -Comunalidad -Desarrollo Humano Sostenible -Pensamiento sistémico y complejo</i>
Estrategias en salud poblacional que desarrolla	<i>-APS-SILOS Selectiva -PS Oficialista -PS Basada en Activos de Salud</i>	<i>-APS Integral -PS Emancipadora</i>	<i>-APS Integral -Dialogo de saberes y saberes colectivos -Capacitación-Acción</i>	<i>-Salud basada en Comunidad -Pluralidad y Polifonía de saberes -Colectividad -Promoción de la salud basada en derechos</i>



2.2 Aspectos metodológicos

El dialogo alude a la noción de comunicación efectiva y activa entre dos partes para llegar a puntos en común, por ejemplo, entre un locutor y un interlocutor, o entre un saber científico y un saber popular (Argueta, 2011). Sin embargo, la construcción de la realidad requiere el intercambio de significados e interpretaciones múltiples y diversas, lo que conlleva un matiz de diferentes voces, saberes y perspectivas.

Trabajar dentro del marco de la Comunalidad, implica el respeto al “ser comunidad indígena”. Ello requiere comprender la realidad de la comunidad con sus propios patrones de razonamiento y desde su propia cultura; de tal forma, se vuelve necesario pasar del monólogo y del dialogo de saberes, a la *polifonía de saberes*.

Como investigadora con una visión ajena al vivir cotidiano de la comunidad de Tocoy, con la pretensión de profundizar en sus dinámicas comunitarias para promover la acción colectiva en salud, se decidió que el diseño de la investigación y la ruta metodológica debían partir de reconocer la pluralidad de actores para construir la polifonía de saberes en torno a la salud en Tocoy. A partir de ello, retomar o crear espacios y procesos que hicieran posible la interacción respetuosa y con sentido para la población, en la búsqueda por formular orientaciones estratégicas para la acción colectiva en salud a nivel local.

Asimismo, dado que la pluralidad de actores y la polifonía de saberes se reflejan en prácticas relacionales en el vivir cotidiano, se volvió necesario desarrollar el enfoque relacional como eje para la investigación en campo, el análisis y la interpretación de los datos recolectados. Siguiendo a Menéndez (2012), el enfoque relacional en los estudios de salud implica “*primero la necesidad de incluir en una investigación todos – o por lo menos la mayoría – de los actores significativos que tienen que ver con el proceso que estoy estudiando, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre los mismos. Y segundo, la necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales sino también con las prácticas*” (Menéndez, 2012, p.333). De tal forma, el enfoque relacional permite articular aspectos estructurales (cultura), sujetos y praxis.

En este sentido y acorde a la problemática planteada, identificamos tres cuestiones que debía permitir el diseño metodológico de la investigación:

1. Una aproximación a la realidad saludable desde las formas y voces de los actores sociales significativos en los procesos s/e/a/p, para evidenciar las acciones colectivas que generan salud a nivel local.
2. Articular visiones y enfoques que trabajan lo biológico-social del campo de la salud para explicar y actuar sobre los procesos s/e/a/p de forma integral, priorizando una visión positiva de la salud por sobre la visión tradicional patógena.

3. Obtener pistas para la acción colectiva orientada a la prevención, promoción, protección y preparación en salud que abonan a la vida saludable, es decir, a los horizontes de salud deseados y construidos por los conjuntos sociales.

2.2.1 Tipo de investigación

Se desarrolló una investigación de tipo cualitativa, la cual utilizó métodos mixtos (cuanti-cualitativos) en la recolección y el análisis de datos. Dado que se trabajó en un momento concreto con un grupo específico de hombres y mujeres de la localidad de Toco, San Antonio, S.L.P. la investigación tuvo un carácter transversal y se hizo a un nivel micro-social.

2.2.2 Unidades de Análisis y Observación

La **Unidad de Análisis (UA)** fue los Comunes Posibles para la Salud (COPOS), definidos como *aquellos elementos compartidos en términos de modos de vivir colectivos, procesos y recursos que generan salud, señalados a través de la pluralidad de actores y polifonía de saberes, en un espacio geográfico e histórico preciso*. Siendo dicho espacio la comunidad de Toco, San Antonio, S.L.P.

Las **Unidades de Observación (UO)** fueron los Actores Clave en Salud (ACS), definidos como *el conjunto de actores sociales específicos encargados de orientar las prácticas de salud a nivel comunitario, y que operan de forma relacional dentro y fuera del sector salud, contribuyendo al sistema de salud local*.

La selección de los ACS como UO obedeció al criterio de arbitrio indeterminado a conveniencia de la investigadora con base en el desarrollo de la investigación en campo; siendo el único criterio para la selección, que los sujetos accedieran a participar en las diferentes fases de la investigación a través de consentimiento informado, el cual, por la dinámica de aproximación, la mayoría de las veces se realizó de forma verbal y en reiteradas ocasiones a lo largo de la investigación.

2.2.3 Diseño de la investigación

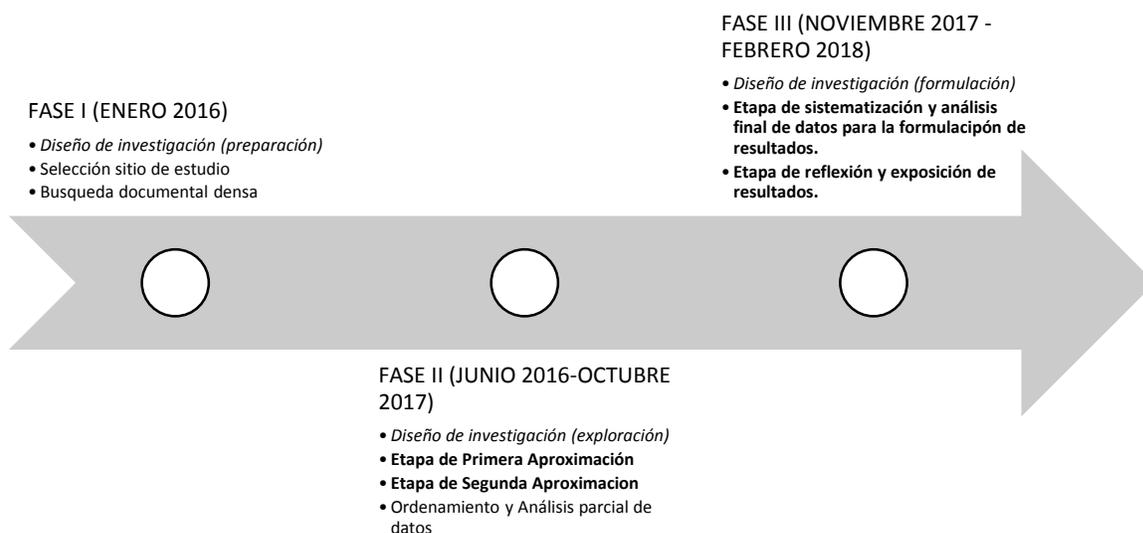
El diseño de la investigación cualitativa comenzó en enero del 2016. El trabajo de campo se llevó a cabo en la comunidad de Toco, San Antonio, S.L.P. a lo largo de diez visitas con duración aproximada de diez a quince días pernoctando en la comunidad en las instalaciones de la CASITA-UASLP, durante el periodo junio de 2016 a octubre del 2017. La investigación concluyó con la exposición del proceso investigativo en febrero del 2018.

El diseño se dividió en tres fases, a través de las cuales se construyó la ruta metodológica seguida a lo largo del proceso de investigación conceptual e instrumental, frente al devenir del trabajo con la comunidad y de las propias reflexiones con base en fuentes consultadas. A lo largo de estas fases, se mantuvo una activa revisión de diversos conceptos y autores, incluso antagónicos, que en su momento ofrecían pistas para superar las dudas e incertidumbres que iban surgiendo en la investigación, y que, hasta el final de forma articulada, permitieron la construcción y aproximación a los COPOS.

- ✓ **Fase I “Diseño de investigación (preparación)”**. Abarca una serie de decisiones que la investigadora tomó previo al trabajo de campo. En esta fase se incluye la elección del sitio de estudio y la búsqueda documental densa. Se definió el concepto de Actores Clave en Salud (ACS) y se enfatizó en el enfoque relacional, de tal forma que las voces de los ACS serían el punto de partida para construir el objeto de estudio, y el enfoque relacional permitiría articular las diversas visiones entorno a este.

- ✓ **Fase II “Diseño de investigación (exploración)”**. Abarca una serie de decisiones que la investigadora tomó a medida que se avanzaba en el proceso de investigación en campo, apoyándose en el prediseño del estudio, pero siendo flexible y reflexiva de su propio rol. Se refiere principalmente al periodo de recolección de datos en campo y al ordenamiento y análisis parcial de datos. Esta fase se dividió en dos etapas:
 - *Etapas de primera aproximación:*
 - Contacto inicial con la comunidad, orientado a reconocer el contexto físico, social y ambiental de Tocoy.
 - Inicio del proceso de identificación y selección de ACS, el cual comenzó al entrar en contacto con la autoridad local (Juez Auxiliar y Comisariado de Bines Comunes), el Voluntario de Salud de la comunidad, Enfermera Auxiliar de base de la UMR y algunos Tocoyeros.
 - Las técnicas e instrumentos desarrollados fueron la Observación directa y participante en la vida cotidiana de la comunidad, dirigida a observar aspectos relacionados con los procesos de salud en la comunidad en términos de actores, espacios, recursos y creencias; y Recorridos de campo que incluía diálogos informales, que eran conversaciones espontáneas con las y los tocoyeros generalmente sobre las temáticas que estos expresaban. En torno a las temáticas de salud-enfermedad expuestas, estas se dieron en términos de atención/desatención de la UMR, y el acceso a servicios de salud y servicios públicos (ej. Basura, agua).
 - Se continuó con revisión bibliográfica, documental y análisis de bases de datos.

- *Etapa de segunda aproximación:*
 - Continuación del proceso de identificación y selección de ACS, el cual siguió al entrar en contacto con el Médico Responsable de la UMR, la Enfermera Suplente, el Grupo de Agentes Voluntarios de Salud, el Promotor de Acción Comunitaria y el Médico Tradicional.
 - Selección, elaboración y aplicación de instrumentos mixtos con ACS para la recolección de datos: Listados libres y Cuestionarios de comparación de pares; Talleres participativos y Cuestionario estructurado; Guías de entrevista.
 - Se continuó con la Observación participante a través de visitas de cortesía y reuniones estratégicas con ACS, y Recorridos de campo. Se sumó la Participación en asambleas.
 - Se continuó con revisión bibliográfica, documental y análisis de bases de datos.
- ✓ **Fase III “Diseño de investigación (formulación)”**. Abarca una serie de decisiones que la investigadora tomó antes de dejar el campo con la finalidad de describir, explicar y hacer entendible la situación estudiada de forma contextualizada. Una vez que se habían rescatado las diversas voces de los ACS que en conjunto daban cuenta de la situación de salud en Tocoy, fue necesario descubrir aquello que generaba salud en la comunidad. Para ello se analizó el entramado relacional con el que se contaba y se continuó en contacto con algunos ACS específicos para resolver dudas y realizar acuerdos. Esta fase se dividió en dos etapas:
 - *Etapa de sistematización y análisis final de datos para la formulación de resultados.* Se hizo una relectura de los datos y fuentes consultadas a lo largo del proceso para su ordenamiento mediante codificación y categorización. Se hizo el análisis relacional de las categorías construidas a través de matrices.
 - *Etapa de reflexión y exposición de resultados.* Consistió en la escritura de la tesis y su exposición, como medio utilizado para dar cuenta del proceso de investigación y sus resultados.



2.2.4 Técnicas e instrumentos

Con base en las características de los ACS y las formas de acercamiento posible, las herramientas y técnicas de recolección de datos variaron de un actor a otro. Asimismo, su aplicación se hizo en diferentes espacios comunitarios y momentos concretos de la investigación.

A continuación, se describen los instrumentos y técnicas de investigación aplicadas.

- ✓ **Guía de entrevista flexible.** Se aplicó en forma de *entrevista semiestructurada* previo consentimiento informado para su aplicación y grabación en audio. Se llevó a cabo como mínimo con un ACS de cada ámbito registrado (institucional, comunal, tradicional). Las entrevistas se llevaron a cabo en los espacios convenidos con los entrevistados. El momento y número de sesiones necesarias para su aplicación completa, varió de un actor a otro en función de la aproximación, los ritmos y tiempos disponibles del actor. El carácter flexible de la guía se debió a que durante su aplicación era posible profundizar en otras temáticas emergentes de relevancia para el estudio o el actor. La guía se elaboró con base en las notas de campo recolectadas en la fase I; se aplicó en la Fase II, y constó de cinco apartados:
 - Primera parte *“Trayectoria personal/social”*. Buscó situar personal y socialmente al ACS entrevistado. Se procuró que el entrevistado hiciera una breve descripción de los ámbitos cotidianos más próximos (familiar/hogar, formativo, laboral, recreativo).

- Segunda parte “*Conocimientos, Valores y Prácticas en salud-enfermedad*”. Buscó identificar desde la percepción/representación de cada actor, saberes y prácticas en torno a las concepciones de salud y enfermedad. Para ello se motivó al entrevistado a hablar sobre los significados de la salud y la enfermedad desde su experiencia de vida.
- Tercera parte “*Comunalidad*”. Consideró dos vertientes; la primera buscó identificar *modos de vivir colectivos* en las experiencias de vida del actor. Por modos de vivir colectivos en la entrevista se hacía referencia a todas aquellas formas que el actor identificaba como necesarias para *asegurar la reproducción biosocial de los miembros de la comunidad de Toco*y (ej. Aspectos ambientales, de organización y participación, de atención-prevención de enfermedades, de generación de salud como reciprocidad y ayuda mutua, de distribución de recursos, otros). Posteriormente, dicha información se anclaba con la otra vertiente considerada, la cual buscó identificar *objetivos y normas establecidas por la propia cultura de los Toco*yeros (ej. Respetar la autoridad, apoyarse cuando se necesite, otros), lo que se traducía en *valores comunes* identificados por los entrevistados. El vínculo entre ambas vertientes estuvo en función de observar cómo las formas colectivas identificadas por el actor eran utilizadas en función de los valores y normas comunes establecidas en Tocoy.
- Cuarta parte “*Itinerario asistencial*”. Buscó profundizar en el “rol” del actor entrevistado frente a las necesidades de salud (atención/cuidado) de la comunidad y su derivación en respuestas para resolverlas. Ello permitió identificar roles institucionalizados y respuestas frente a los procesos s/e/a/p como prácticas sociales especializadas articuladas en la dimensión comunal, lo que daba cuenta del desarrollo y difusión de concepciones y prácticas sobre salud provenientes del ámbito biomédico o popular.
- Quinta parte “*Salud deseada*”. Sirvió para el cierre de las entrevistas. Buscó que los actores entrevistados dieran cuenta de sus expectativas y deseos en torno al horizonte de salud proyectado para la comunidad de Tocoy, lo que permitía articular la información recolectada a lo largo de las entrevistas como insumos para imaginar un escenario positivo de salud en Tocoy, es decir, a partir de lo considerado como “saludable” y los elementos (materiales y no materiales) que contribuían o hacían falta para lograrlo.
- ✓ **Listados libres y cuestionarios de comparación de pares.** Su aplicación se basó en estudios de salud previos que han desarrollado la metodología para la aplicación de listados libres y cuestionarios de comparación de pares (Herrera y Torres, 2012;

Torres y cols., 2008). Dichas herramientas se aplicaron a hombres y mujeres Tének de Toco y en la Fase II de la investigación. La información recolectada y analizada de los listados libres sirvió para elaborar material gráfico para los cuestionarios de comparación de pares.

Los listados libres se aplicaron con la finalidad de hacer una aproximación a las concepciones de salud y de enfermedad que se construyen en la comunidad desde la percepción/representación de las y los tocoyeros. Mientras que los cuestionarios de comparación de pares sirvieron para priorizar los aspectos que las y los tocoyeros consideran importantes para la salud en la comunidad. En conjunto ambas herramientas permitieron identificar saberes y prácticas en salud, además de ventajas y problemáticas en salud comunitarias identificadas por los tocoyeros.

La aplicación de listados libres consistió en solicitar al participante que anotara en una hoja en blanco su nombre y edad. Posteriormente, se le pedía que anotara en la misma hoja cinco palabras/ideas que vinieran a su mente al escuchar la frase *“salud en la comunidad”*. Finalmente, junto con el participante se leían las palabras/ideas anotadas y se le pedía explicar cada una de ellas; la investigadora registraba las respuestas en la misma hoja. Posteriormente, este mismo procedimiento se repitió con el participante, pero con la frase *“enfermedad en la comunidad”*. Al terminar la aplicación de listados libres, se le agradecía al participante y se le preguntaba si era posible buscarlo en otro momento para continuar con otro ejercicio.

En los listados libres aceptaron participar cinco mujeres y cuatro hombres de la comunidad, los cuales fueron elegidos al azar durante los recorridos de campo. En total se aplicaron 18 listados libres.

Con la información recolectada en los listados libres, se elaboró una base de datos en Excel. En una hoja se ordenó y analizó la información obtenida en los listados libres sobre *“salud en la comunidad”*, y en otra hoja la información sobre *“enfermedad en la comunidad”*. El análisis consistió en agrupar las palabras/ideas recolectadas en categorías generales excluyentes entre sí, cuyo contenido correspondía a las ideas y explicaciones de los participantes. Al finalizar el análisis se obtuvieron diez categorías para *“salud en la comunidad”* y doce categorías para *“enfermedad en la comunidad”*.

Listados libres “salud en la comunidad”	
Categorías	Palabras/ideas anotadas
Ambiente (sin contaminación)	Sin contaminación; no quemar basura; no tener cacharros ni charcos en casa; no tener animales sueltos; mejorar el ambiente; controlar la contaminación de la comunidad
Servicios de salud (atención)	Tener que venir a la clínica; tener médico que se quede por mucho tiempo; tener completas las vacunas de los niños; acudir al centro de salud; asistir a las citas médicas; acudir en el centro de salud
Cuidarse	Cuidarse los cuerpos; prevenir; cuidarnos en tiempo de frío; cuidar a los niños; ponernos ropa caliente cuando es tiempo de frío; cuidarse
Infraestructura	Pavimentación de la calle; drenaje
Unión y bien común	Que sobre todas las cosas haya convivencia y comunicación; que colaboremos en actividades para el bien de la comunidad; opinar sobre todo y ser responsables con nuestros deberes; respetar unos con otros; que nos traten bien; formar grupos y equipos para participar en cuestiones de salud; que las autoridades organicen faenas
Estar bien	Estar sanos de alguna enfermedad; que haya un bien en la comunidad; estar bien; no estar enfermo; estar bien
Higiene	Limpieza; limpiar los hogares; barrer la calle; asear la casa; ser limpios; Tener el patio limpio; tener higiene personal; higiene personal; tener todo limpio; estar limpios
Alimentación saludable	Alimentar bien; comer sanamente; alimentarnos bien; comer frutas y verduras; alimentación; comer balanceado
Agua segura	Hervir el agua
Capacitación/información	Que nos den talleres para saber prevenir cualquier enfermedad

Listados libres “enfermedad en la comunidad”	
Categorías	Palabras/ideas anotadas
Tipos enfermedades y Síntomas	Diabetes (4); presión alta; anemia; colesterol; tos; nos enfermamos de diarrea (2); vomito (2); dolor de cabeza (2); obesidad; desnutrición; gripa (3); cáncer; tuberculosis; asma; alcoholismo; drogadicción
Atención	Ser atendido; Un caso que debe ser tomado en cuenta a la voz de ya; venir a la clínica; atenderse en la unidad; estar al pendiente cuando enfermo
Detección/diagnóstico	Cuando hay un problema y se ha detectado; saber a qué se debe; saber de qué se enferma
Prevención	Saber que se puede hacer para evitarlo
Salud	Salud
Estar enfermo	Uno está enfermo
Desatención/descuido	Se automedican o no se atienden luego; no tiene aseo personal; pasa por no cuidarse bien; descuido
Ambiente	Humo; contaminación del aire; cuando queman basura; enfermamos cuando hace frío
Relaciones sociales desfavorables	Falta de comunicación; falta de participación; enojarse; problemas en casa
Servicios de salud insuficientes	Falta de un buen servicio médico
Economía	Por falta de dinero
Religión	Por falta religión

Para la aplicación de cuestionarios de comparación de pares, se retomaron las diez categorías sobre “salud en la comunidad” producto del análisis de listados libres. Para cada categoría se seleccionaron de internet imágenes estilo caricatura en blanco y negro procurando su contextualización al entorno de Tocoy. Cada categoría quedó representada visualmente en una ficha tamaño carta, la cual tenía el nombre de la categoría y las imágenes; estas fichas se plastificaron y llevaron a la comunidad para su aplicación. Además, se elaboró un cuestionario estructurado en formato tamaño carta, el cual tendría que ser llenado por la investigadora al momento de llevar a cabo el cuestionario de comparación de pares.

Los cuestionarios se aplicaron a los mismos participantes de los listados libres y se sumó un participante hombre. En total se aplicaron 10 cuestionarios de comparación de pares. La aplicación del cuestionario de comparación de pares se llevó a cabo en cuatro pasos:

- *Primer paso.* Se colocaron sin un orden en particular las diez fichas a la vista del participante. Se le pedía que confirmara si comprendía todas las fichas; de ser necesario se resolvían dudas al respecto.
- *Segundo paso.* Se le pedía al participante elegir las dos fichas que fueran las más importantes para la “salud en la comunidad”, las fichas elegidas eran retenidas por la investigadora respetando el orden de mención y eran marcadas con la puntuación +2. Después se le pedía al participante que eligiera las dos fichas que eran las menos importantes para la “salud en la comunidad”, las fichas elegidas eran retenidas por la investigadora respetando el orden de mención y eran marcadas con la puntuación -2. Posteriormente se le pedía al participante que eligiera de las fichas que quedaban al frente, las dos que eran más importantes para la “salud en la comunidad”, las fichas elegidas eran retenidas por la investigadora respetando el orden de mención y eran marcadas con la puntuación +1. Después se le pedía al participante que de las fichas restantes eligiera las dos menos importantes para la “salud en la comunidad”, las fichas elegidas eran retenidas por la investigadora respetando el orden de mención y eran marcadas con la puntuación -1. Finalmente, las dos últimas fichas que habían quedado al frente eran marcadas con la puntuación 0.
- *Tercer paso.* En orden de mención, la investigadora colocaba por arriba de las fichas con puntaje 0, las fichas con puntuaciones positivas, y por debajo de las fichas con puntaje 0, las fichas con puntuaciones negativas (orden: -2, -2, -1, -1, 0, 0, +1, +1, +2, +2). Con las fichas ordenadas a la vista del participante, a este se le explicaba que con base en sus elecciones había priorizado las fichas según lo que consideraba más importante o menos importante para la “salud en la comunidad”. Una vez que

el participante había observado el orden dado a las fichas, se le preguntaba si estaba de acuerdo con el resultado o si quería hacer algún cambio. Al participante se le permitió hacer el número de cambios necesarios de acuerdo con su criterio, pero en solo una ocasión. Con el orden final, la investigadora asignaba un número del 1 al 10 a cada ficha, quedando el siguiente orden (-2(10), -2(9), -1(8), -1(7), 0(6), 0(5) +1(4), +1(3), +2(2), +2(1)). Después iniciaba el llenado del cuestionario en el formato correspondiente. En dicho formato se anotaron datos de identificación del participante (nombre, edad y ocupación); la priorización de categorías (puntaje con signo) y el orden establecido (número del 1 al 10).

- *Cuarto paso.* Se le preguntó al participante por qué creía que los extremos, es decir, las fichas con puntuación +2 y -2, eran los más o los menos importantes para la “salud en la comunidad”; se profundizaba en sus respuestas y se registraba en el formato.

Para el análisis de los listados libres se elaboraron bases de datos en Excel. Se sumaron los puntajes de cada ficha para asignarles un valor.

Priorización de categorías (del más importante al menos importante)	Puntaje
1. Agua segura	8
2. Higiene	8
3. Servicios de salud (atención)	6
4. Ambiente (sin contaminación)	4
5. Alimentación saludable	1
6. Cuidarse	1
7. Unión y bien común	-4
8. Capacitación/información	-5
9. Estar bien	-10
10. Infraestructura	-10

- ✓ *Cuestionario semiestructurado* (“Mi rol como agente de salud de la comunidad”). Se aplicó al Grupo de Agentes voluntarios de Salud (GAS), quienes lo contestaron individualmente. Constó de diez preguntas, ocho abiertas y dos de opción múltiple. Una de las preguntas abiertas pedía al Agente de Salud señalar su casa y las casas que debía visitar como parte de sus actividades como voluntario, dentro de una copia del mapa de la comunidad proporcionado por el voluntario de salud. Este cuestionario permitió recabar información sobre la autopercepción del rol del agente de salud, expectativas, necesidades y deseos de este grupo.
- ✓ *Talleres participativos.* Se llevaron a cabo cinco talleres de forma consecutiva con el VS y el GAS durante la Fase II de la investigación. Para su desarrollo se aplicaron

técnicas y herramientas participativas basadas en los enfoques de Participatory Rural/Rapid Appraisal (PARA) y Participatory, Learning and Action (PLA), así como en la metodología SARAR; los cuales permiten el diseño de materiales ex profeso para el aprendizaje colectivo y el desarrollo participativo (Geilfus, 1998). Cada taller se llevó a cabo en la sala de espera del centro de salud por elección de los participantes; tuvo una duración aprox. de 120 minutos y se dividió en cuatro etapas: Apertura (introducción al tema); Desarrollo (aplicación de técnicas y herramientas participativas); Reflexión (consideraciones a lo visto durante el taller y acuerdos); Convivencia (comida con los asistentes). En total se desarrollaron cinco talleres participativos:

- *Taller uno.* Se trabajó la autopercepción del rol de agente, expectativas, necesidades y deseos como grupo. Para ello se aplicó el cuestionario semiestructurado “Mi rol como agente de salud de la comunidad”, y se desarrolló la herramienta de dibujo y plenaria por equipos.
- *Taller dos.* Se elaboró la construcción grupal del concepto de salud con base en las experiencias del grupo. Para ello se desarrolló lluvia de ideas y debate en grupo.

CONCEPTO DE SALUD CONSTRUIDO
<p><i>“Salud es el bienestar de una persona que se siente bien y no se enferma. Sentirse bien es poder despertar sano, trabajar y relacionarse con los demás de forma armónica, colaborativa y solidaria. Se logra conviviendo, jugando, teniendo una buena alimentación, trabajando y estando de buen humor. Sentirse bien para sentirse contentos, tranquilos y agradecidos”</i> (Grupo de Agentes voluntarios de Salud de Tocoy, 2016).</p>

- *Taller tres y cuatro.* Se identificaron problemáticas de salud en la comunidad y se priorizaron con base seis criterios: tendencia, frecuencia, gravedad, solución, recursos disponibles, e interés de la población para solucionarlos. Se utilizó lluvia de ideas, matriz reflexiva y debate. Posteriormente, se profundizó en las problemáticas encontradas y se trabajaron causas y soluciones locales. En equipo se elaboraron árbol de problemas para cada problemática y se expusieron en plenaria. Finalmente, a través del relato de experiencias exitosas propias y ajenas, se identificaron las soluciones locales reales y posibles en torno a las problemáticas identificadas.

PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS	
Problemáticas (en orden de mayor a menor prioridad)	Descripción, causas, soluciones locales y otras soluciones posibles
1. Tiran, queman y no se llevan la basura	Es un problema que va aumentando aquí y en la ciudad, afecta a todos en la comunidad, es grave porque las personas tiran la basura cerca de fuentes de agua que la comunidad utiliza, como en el arroyo y pozos, hay personas que no la separan y queman vidrio, hules o ropa vieja haciendo humo y produciendo mal olor, además afecta a las personas que están respirando el humo, asimismo, afecta más a la salud de los que tienen asma, bronquitis o tos, no todos pueden llevar su basura a la calle principal donde se recoge la basura. Aunque es un problema grave ya contamos con recursos para resolverlo, tenemos tambos, podemos separar la basura para que en nuestro hogar preparemos abono y podemos hacer consciencia sobre la importancia de separar y no quemar la basura, las autoridades han intervenido para que la comunidad se apoye entre vecinos para que la basura se saque a la calle y se la lleve el carro de la basura. No todos tienen interés en resolver el problema de la basura en la comunidad.
2. Animales sueltos que no están controlados por sus dueños	Es un problema que va aumentando, afecta a todos, es un problema grave pues es deber del dueño controlarlo, es de cada quien, el animal no mata, pero se puede controlar, hay perros bravos que pueden morder y asustan, además hay animales que dejan sus heces por la comunidad y eso nos enferma cuando vuela por el aire. La comunidad tiene recursos materiales para resolverlo, se pueden encerrar a los animales sueltos con materiales que hay en la comunidad; por seguridad los perros deben estar en su lugar, y otros animales pueden encerrarse para cuidar los espacios, se puede hacer algo para resolver el problema, pero no todos están interesados en resolverlo.
3. Alcoholismo	Es un problema que ha ido aumentando en la comunidad, afecta a todos en la comunidad, es grave para la salud porque afecta a toda la familia y puede ser causa de muerte, es posible hacer algo para solucionarlo, contamos con recursos sociales para ayudar a las personas con alcoholismo (como grupo de alcohólicos anónimos que lleva 7 años y hace conciencia de su gravedad, se puede hablar con los que lo venden...), no es una solución sencilla pues la persona alcohólica es difícil de convencer y puede llegar a ser agresiva, a la comunidad le interesa resolverlo.
4. Enfermedades específicas y recurrentes	Es un problema que ha ido aumentando, a todos afecta pues todos en algún momento se enferman, es grave pues si alguien enferma no puede trabajar para la familia, además que hay enfermedades muy graves que ya no se quitan, en muchas ocasiones se debe salir a buscar opciones de atención y curación fuera de la comunidad lo que genera más gasto y tiempo por la saturación de consultas en los centros de salud. En la comunidad no hay los suficientes recursos como medicamentos o dinero para resolver enfermedades que el doctor de la comunidad no puede curar por falta de material, a veces nos tenemos que ayudar unos a otros, pero se necesita prevenir para solucionar el problema de las enfermedades, a toda la comunidad le interesa que la gente no se enferme. (Enfermedades: tos y gripa, calentura, vómito, diarrea, bronquitis, asma, alta presión y diabetes, desnutrición, neumonía, anemia, cáncer de mama, gastritis).

5. Sin acceso a sanitarios o están en malas condiciones.	Es un problema que ha ido disminuyendo, es un problema que afecta a todos, puede afectar a la familia, a los vecinos, a los que están alrededor por el olor y el aire que va y viene y expande los parásitos, es un problema que no es muy grave porque si uno lo arregla se soluciona, pero mientras no se arregla sí es un problema grave.
6. Agresividad asociada al problema de alcoholismo o a “trastornos”	Es un problema que está aumentando debido a que aumenta el alcoholismo en la comunidad, nos afecta a todos porque hay personas que no toman, pero también agreden a otros, se trastornan, se vuelven locos. Afecta a la familia y a la comunidad. Es un problema grave. En la comunidad hay recursos que podrían tenerse para dar terapia a los trastornados, o se podría asistir al grupo de alcohólicos anónimos, en la comunidad creemos que es posible solucionar la agresividad, pero no sabemos cómo, parece que no a todos les interesa.
7. No asistencia a citas médicas	Es un problema que va disminuyendo, porque nosotros como agentes al visitar a las familias y llevar un control mensual les recordamos que vengan o nos dicen que tienen y les decimos que vayan, es un problema que solo afecta a algunos en la comunidad, principalmente a las familias de los que no vienen a consulta, es un problema grave porque no están conscientes de su salud, aunque no hay las mejores condiciones ya tenemos médico y medicamentos para las consultas, una solución ha sido cuando reciben dinero de Prospera y tienen que venir a sus consulta, como no todos tienen Prospera podemos los agentes decirles porque es bueno venir a consulta al hacer las visitas y checar su cartilla, a las personas que tiene diabetes les decimos que vengan, hay abuelitos y abuelitas que no ven y los agentes nos encargamos de decirles , les podemos decir que vengan a la consulta por salud y no solo por el apoyo.
8. Poca participación en actividades de salud	Es un problema que va disminuyendo pues muchas personas ya quieren participar porque ya casi todos hacen un cargo, y les ponen a hacer algo para su comunidad, casi un 50% de la población no participa, es un problema que es grave porque los niños y adolescentes van aprendiendo y si los padres, los adultos no participan tampoco van a querer participar, nosotros podríamos capacitarnos para saber cómo manejar el problema de que las personas no quieran participar, el problema es que no quieren todos participar en las reuniones o programas como el del desayuno y no se juntan mucho, son bien poquitos por los motivos de que se van a moler y no regresan diciendo que no tienen tiempo de participar, es un problema que puede solucionarse pero es complicado hacer que participen, no a todos les interesa participar, escuchan pero no hacen.
Nota: Este material fue generado por el voluntario de salud y el grupo de agentes de salud en el segundo taller participativo. Las herramientas para llegar a este producto, fueron listado libre, matriz de priorización de problemas y soluciones locales.	

- *Taller cinco.* Se identificaron activos comunitarios de salud y obstáculos comunitarios para la salud a través de lluvia de ideas y mapeo.
- ✓ *Observación participante, Recorridos en campo y Participación en asambleas.* Estas técnicas permitieron recolectar datos en forma de *notas de campo* a lo largo

de la investigación. Dichas notas emergieron desde las interpretaciones que la investigadora elaboraba al interactuar con la comunidad. Se procuró que las notas de campo fueran organizadas y estructuradas, para lo cual se anotaron en las mismas libretas y se señalaba sistemáticamente, fecha, actores implicados, citas relevantes, descripción del entorno y de actividades observadas. La observación se consideró participante puesto que durante sus visitas la investigadora trato de propiciar momentos de interacción con la comunidad en diferentes espacios de socialización (casas, galera, centro de salud, tiendas, festividades, escuelas, calle principal, pozos, CASITA, casa comunal, milpas); asimismo, se implicaba en actividades que le permitían observar la dinámica y cotidianidad de la comunidad, la organización y las interrelaciones en torno a la salud en Tocooy; ello ayudo a que la investigadora fuera conocida por los miembros de la comunidad, en especial por los ACS, lo que con el paso del tiempo facilitó el proceso de investigación. La observación participante y los recorridos de campo que sirvieron para reconocer el espacio físico, social y ambiental de Tocooy, fueron las primeras técnicas empleadas en la investigación. El primer paso en la inmersión a la comunidad fue la presentación con las autoridades locales, a quienes se les explico que se trabajaría la temática de salud en la comunidad. Cabe señalar que por el trabajo previo de los universitarios que visitan la comunidad de Tocooy, las y los tocoyeros con los que se interactuó se mostraban abiertos en participar y colaborar en la investigación. La participación en asambleas surgió después de varias visitas a la comunidad y cuando era posible coincidir con estas. Las asambleas presenciadas se llevaron a cabo en la sala del centro de salud, la galera o la casa comunal.

2.2.5 Codificación y análisis

Previo consentimiento, las entrevistas fueron audiograbadas y convertidas en archivos electrónicos simples, para ser codificadas y categorizadas manualmente línea a línea. Los talleres fueron audiograbados y se rescató en archivos electrónicos simples solo la información relevante que iba surgiendo, para lo cual se incluyeron los productos de la aplicación de herramientas participativas que quedaron registrados en papeles (cartulinas, papel bond, hojas) y fotografías. Para su análisis se codificó y categorizo manualmente la información. Los listados libres y los cuestionarios de comparación de pares quedaron registrados en sus propios formatos, posteriormente se elaboró una base de datos en Excel con los datos recolectados y se codificaron y categorizaron. Las notas de campo se llevaron en cuadernos a lo largo de la investigación, algunas se convirtieron en archivos electrónicos al finalizar el trabajo de campo, posteriormente se trabajó manualmente. Se omitieron algunas notas que habían perdido claridad por falta de especificidad (fecha, contexto, participantes).

2.2.6 Ruta metodológica

El diseño de investigación cualitativa comenzó con una idea que pretendía ser analizada por la investigadora: *“los determinantes de la salud a nivel comunitario, en términos de procesos saludables y prácticas protectoras que influyen en la construcción de salud en una comunidad”*. A lo largo del proceso esta idea intencional se fue recreando al ir descubriendo e interpretando información, lo que llevo a la investigadora a improvisar y ser reflexiva sobre la condición social y su propio rol dentro de la investigación, ambos también en construcción.

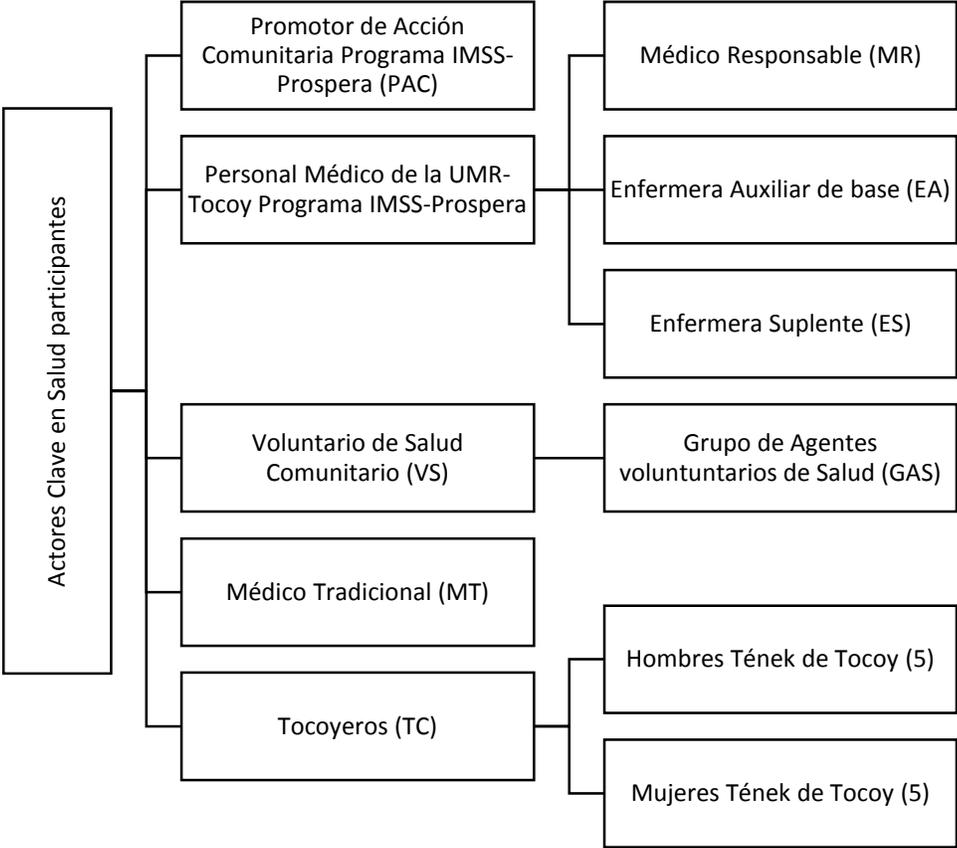
Una vez que se formuló la pregunta de investigación, se eligió la ruta metodológica a seguir, la cual consideró -desde un enfoque de complementariedad- el uso de técnicas e instrumentos mixtos para poder dar cuenta del entramado relacional que suponían los procesos de construcción de salud en la comunidad.

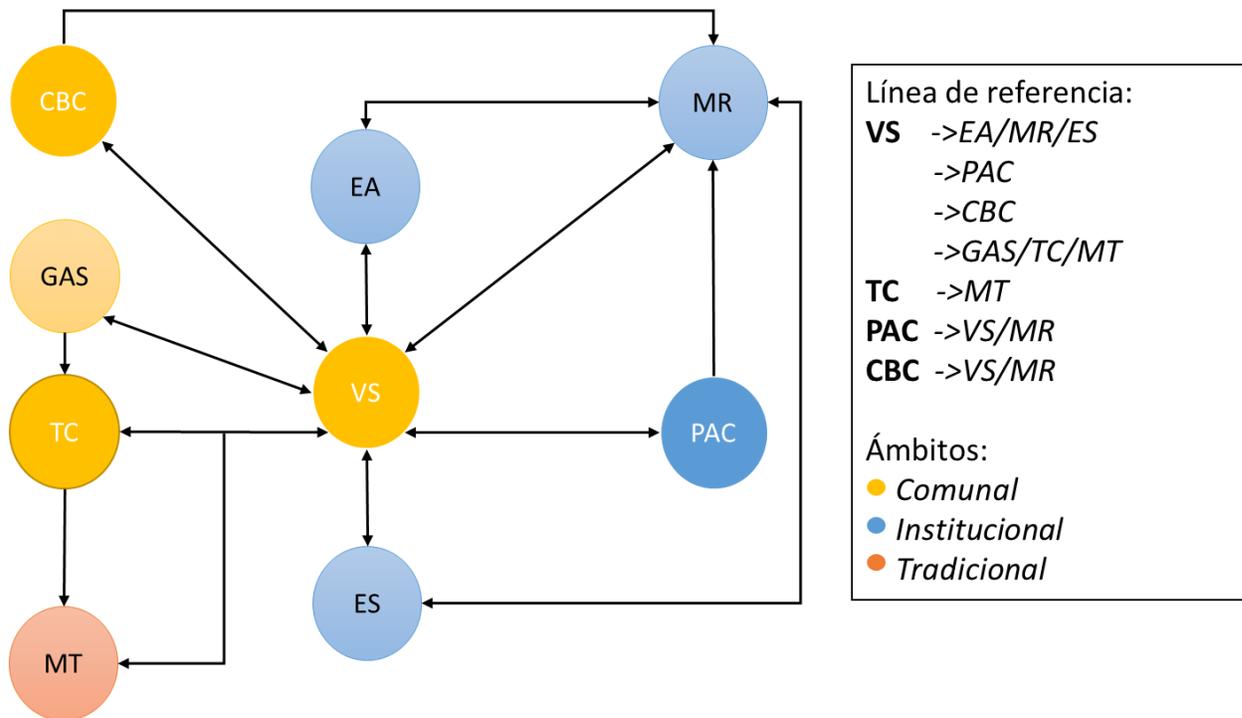
Posteriormente, fueron identificados y seleccionados los ACS a lo largo de la investigación en campo. Dicho proceso se llevó a cabo en la Fase II y estuvo dirigido a encontrar personas en la comunidad de Tocooy con la intencionalidad de orientar prácticas de salud a nivel comunitario, ya fuera por realizar roles institucionalizados, o por llevar a cabo respuestas frente a las condiciones de salud-enfermedad reconocidas como prácticas sociales especializadas articuladas en la dimensión comunal. Para lograrlo se utilizó la observación participante, los diálogos informales y los recorridos de campo, posteriormente, se sumó la participación en asambleas.

El primer ACS identificado fue el voluntario de salud de la comunidad (de ahora en adelante, VS). La primera aproximación a dicho actor fue circunstancial, y su selección se hizo una vez que el Juez Auxiliar en turno lo señaló como la persona responsable de reunir a la comunidad para asuntos de salud y con la que tendría que acudir para tales cuestiones. Al ser reconocido por la comunidad y el sector salud como actor significativo dentro de los proceso de s/e/a/p a nivel comunitario, la interacción con el VS facilitó el proceso de descubrimiento y selección de los otros actores clave, además de convertirse en excelente guía a lo largo de la investigación, debido a que sus prácticas relacionaban la experiencia comunitaria (modos de vivir colectivos y aspectos simbólicos del grupo) con la experiencia institucional en la atención a la salud, ello permitía abonaba a la contextualización de lo que se iba observando en campo.

A partir de la interacción con el VS es posible distinguir dos líneas en el descubrimiento de ACS, una guiada por las referencias del VS, otra guiada por tres ACS a los cuales nos acercamos de manera autónoma producto de las necesidades que iban surgiendo en la investigación. En esta segunda línea de referencias, ubicamos al Comisariado de Bienes Comunales (CBC), a los Tocoyereros (TC), y al Promotor de Acción Comunitaria del Programa IMSS-Prospera (PAC). Siguiendo

ambas líneas de referencias, se identificaron y seleccionaron dieciocho ACS, los cuales representaron los ámbitos comunal, institucional y tradicional de los procesos s/e/a/p en Tocooy. Una vez seleccionados, junto a estos actores se desarrollaron múltiples técnicas y herramientas de investigación.





MATRIZ DESCRIPTIVA DE ACTORES CLAVE EN SALUD		
Código	Descripción	Características
MR	Médico de contratación temporal de la UMR IMSS-PRÓSPERA	Hombre mestizo de 26 años, originario de San Antonio, S.L.P. Egresado de la Facultad Autónoma de Medicina de Tamaulipas. Cubrió la UMR en Tocoy en el periodo septiembre 2016 a septiembre del 2017 en horario de lunes a viernes de 8 a 16 hrs. Como médico de contratación temporal (un año). Por las tardes fungía como Director médico de una Clínica privada en Tampamolón Corona de lunes a viernes a partir de las 17 hrs.
EA	Auxiliar de enfermería de base de la UMR IMSS-PROSPERA en Tocoy	Mujer Tének de 57 años. Originaria de Tocoy. Bilingüe (Tének-español). Madre de familia. Con primaria terminada. Migró de Tocoy a una localidad cercana a Tanlajás al casarse cuando tenía 26 años. Actualmente, trabaja como enfermera en la UMR No. 106, del Programa IMSS-PROSPERA, ubicada en la comunidad de Tocoy, San Antonio, S.L.P. Cubre un horario de lunes a viernes de 8am a 6pm. En 1979 inició su formación en enfermería en el Hospital Coplamar IMSS Zacatipan, Tamazunchale, S.L.P., al ser elegida por su comunidad para certificarse como auxiliar técnico de enfermería, en el Marco del Programa IMSS-COPLAMAR. En 1981 comenzó a laborar como auxiliar de enfermería cubriendo los fines de semana y días festivos en la UMR de Tocoy. En 2008 comenzó a laborar como enfermera de base en la UMR de Tocoy.
ES	Enfermera suplente de la UMR IMSS-PROSPERA en Tocoy.	Mujer Nahua de 28 años, originaria de una comunidad de San Antonio, S.L.P. Bilingüe (Nahuatl-español). Soltera. Egresada de la Licenciatura de enfermería en la Universidad Intercultural de San Luis Potosí, ubicada en Matlapa. En 2012 comenzó a laborar como

		enfermera suplente para las UMR del Programa IMSS-PROSPERA en la región. En sus tiempos libres da clases en el CEBAC de su comunidad. En el periodo 2016-2017 suplió en dos ocasiones a la enfermera de base de la UMR de Tocoy.
VS	Voluntario de salud de la comunidad de Tocoy.	Hombre Tének, de 36 años. Bilingüe (Tének-español). Originario y habitante de Tocoy. Con preparatoria terminada. Padre de familia. En el 2009 fue nombrado voluntario de salud de su comunidad como parte de la estructura comunitaria del programa IMSS-PROSPERA antes IMSS-OPORTUNIDADES. Desde entonces ha llevado el cargo en su comunidad, el cual es renovado cada año en asamblea comunitaria. Es campesino, productor de piloncillo. Asesor del INEA desde el 2016. Previo a ser voluntario de salud prestó servicio un año en CONAFE.
CBC	Comisariado de Bienes Comunales de la comunidad de Tocoy	Hombre Tének aprox. 55 años, Bilingüe (Tének-español). Originario y habitante de Tocoy. Padre de familia. Preparatoria terminada. Fungió como Comisariado de Bienes Comunales en el periodo 2015-2017. Campesino. Líder comunitario. A partir del 2018 es Consejo Consultivo Indígena a nivel Municipal, nombrado por el INDEPI.
MT	Medico tradicional de la comunidad de Tocoy	Hombre Tének, 51 años. Bilingüe (Tének-español). Originario y habitante de Tocoy. Padre de familia. Curandero con registro de medico tradicional expedido por el CDI. Dueño de una tienda de abarrotes de reciente creación, ubicada sobre la carretera, casi frente a la escuela primaria.
GAS	Grupo de Agentes Voluntarios de salud de la comunidad de Tocoy	Conformado en asamblea comunitaria. Integrado por hombres y mujeres Tének originarios y habitantes de Tocoy. Forma parte de la estructura Comunitaria del Programa IMSS-PÓSPERA, el cual los define como <i>“personas de las localidades donde está presente el Programa que dedican una parte de su tiempo para apoyar y colaborar en acciones comunitarias en salud en favor de las personas y la comunidad donde residen”</i> ³⁰
PAC	Promotor de Acción Comunitaria	Hombre mestizo, de aprox 35 años. Monolingüe (español). Ubicado en las oficinas de IMSS-Prospera en Tancanhuitz de Santos, en dónde funge como encargado del puesto de Promotor de Acción Comunitaria del programa IMSS-Prospera. Dicho puesto tiene como objetivo coordinar, dinamizar, informar, asesorar y proponer a la Red Comunitaria local* los proyectos que el Programa desarrolle a nivel nacional, junto con el Supervisor de Acción Comunitaria (SAC) y el Técnico de Promoción y Educación para la Salud (TPES).
TC	Tocoyeros	Hombres y mujeres Tének de la comunidad de Tocoy que aceptaron participar en el estudio.
La Red Comunitaria local en Tocoy considerada por el programa IMSS-Prospera está conformada por el Comité de salud, el voluntario de salud y el grupo de agentes voluntarios de salud.		

³⁰ DOF: 26/12/2017. Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018.

MATRIZ DESCRIPTIVA DE TOCOYEROS			
Mujeres		Hombres	
Edad (años)	Ocupación/cargo	Edad (años)	Ocupación/cargo
25	Cuida el hogar/sin cargo	40	Albañil/Ayudante del Juez Auxiliar
29	Cuida el hogar/Vocal de Prospera	34	Velador/Secretario de Asociación de padres de familia Escuela Primaria
28	Cuida el hogar/Tesorera Escuela Primaria	50	Campesino y albañil/Comité de Asociación de padres de Familia del CEBAC
33	Cuida el hogar/Titular Prospera	46	Desempleado/Juez Auxiliar
29	Cuida el hogar/ Vocal de Prospera	53	Tendero /sin cargo

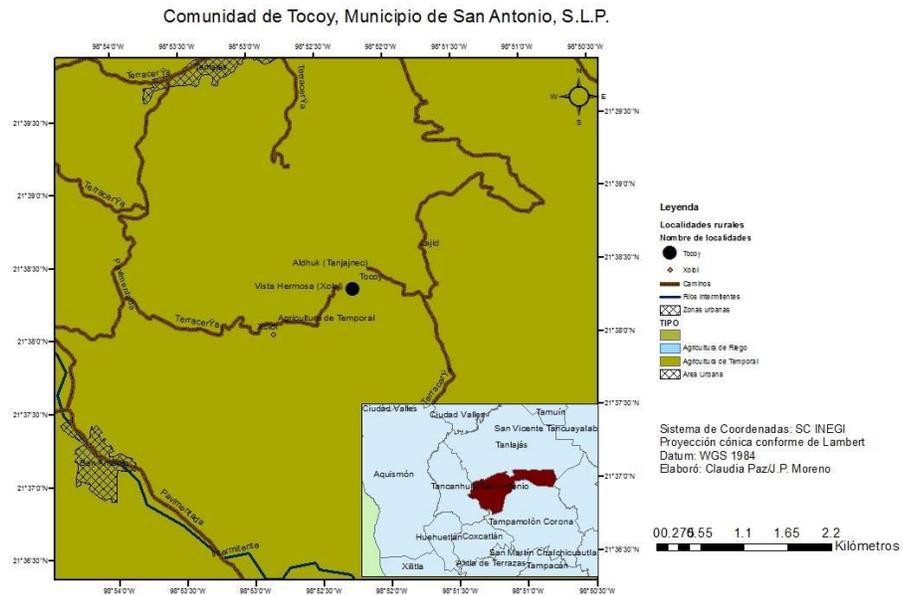
MATRIZ DESCRIPTIVA DE TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
Fase de investigación	Actor clave	Técnica e instrumento	Temática de interés	Espacios
Fase II	MR, EA, ES, VS, CBC, MT	Guía de entrevista flexible, aplicada en forma de entrevistas semiestructuradas	PARTE I: Trayectoria personal/social PARTE II. Conocimientos, Valores y Prácticas en salud-enfermedad PARTE III. Comunalidad (A. Modos de vivir colectivos. B. Ser comunidad) PARTE IV. Itinerario asistencial PARTE V: Salud deseada en la comunidad	Casas / Galera / Calle Principal / CASITA / UMR / Sala de espera de la UMR
Fase II	TC	Listados libres y cuestionarios de comparación de pares	La noción de salud en la comunidad	Casas / Calles / Tiendas / Patio de Escuela Primaria
Fase II	GAS, VS	Cuestionario semiestructurado Talleres participativos	Autopercepción, expectativas, necesidades y deseos como grupo. Construcción grupal del concepto de salud Identificación de problemáticas de salud en la comunidad Priorización de problemáticas Soluciones locales Activos comunitarios de salud	Sala de espera de la UMR
Fase I, II, III	MR, EA, ES, VS, CBC, MT, TC, GAS	Observación Participante (notas de campo)	Prácticas relacionales, Escenarios, Actores, Recursos.	Casas / Galera / Casa comunal / Calle Principal / CASITA / Río y

				pozos / Milpas / UMR / Sala de espera de la UMR
Fase I, II, III	No específico	Recorridos en campo (notas de campo)	Escenarios, Actores, Recursos, Relaciones.	Comunidad
Fase I y II	No específico	Participación en asambleas (notas de campo)	Identificación de Actores Claves, Otras temáticas relevantes.	Casa comunal / Sala de espera de la UMR

2.2.7 Sitio de estudio: la comunidad de Toco, San Antonio, S.L.P.

2.2.7.1 Ubicación geográfica

La localidad de Toco (clave geoestadística: 240260011) pertenece al municipio de San Antonio, en el Estado de San Luis Potosí. Se ubica en las coordenadas Latitud: 21°38'17.402" N, Longitud: 098°52'16.196" W. Tiene una Altitud de 0261. Es considerada una localidad rural. En el censo de 1910 estaba considerada con la categoría política de rancho (INEGI, 2017), en el último censo del 2010, tiene una categoría indefinida.



2.2.7.2 Panorama demográfico

De acuerdo con datos del INEGI, en el 2010, Tocoay contaba con una población de 1061 habitantes, de los cuales 555 eran hombres y 506 eran mujeres (INEGI, 2017). De acuerdo con el censo comunitario levantado por el grupo de agentes voluntarios de salud, que posteriormente es entregado al Programa IMSS-PROSPERA para la elaboración de la pirámide poblacional de la comunidad, para el 2016, en Tocoay había 953 habitantes, los cuales conformaban 266 familias. De acuerdo con INEGI, Tocoay presenta un grado de marginación alto (0.001271) y un grado de rezago social medio (0.0207945)³¹ (CONAPO, 2011).

2.2.7.3 Panorama de los servicios de salud

La comunidad de Tocoay cuenta con una clínica del sector salud que brinda servicio desde el 16 de enero de 1980 de manera ininterrumpida. Esta clínica se encuentra ubicada en el centro de salud de la comunidad, sobre la calle principal. Dicho centro de salud además cuenta con una sala de espera acondicionada por la comunidad, un almacén donde se guarda material y equipo de la clínica y algunos árboles de cítricos. El centro de salud cuenta con servicio de sanitario, cisterna, agua corriente y luz eléctrica.

Actualmente, la clínica de salud es reconocida institucionalmente como una Unidad Médica Rural (UMR) dentro del Programa IMSS-PROSPERA.³² A nivel Estatal el programa IMSS-Prospera cuenta con 207 Unidades Médicas Rurales (UMR) que proporcionan acciones integrales del primer nivel de atención; 23 Brigadas de Salud Itinerantes; 5 Hospitales Rurales; 9 Unidades Médicas Móviles; 5 Centros Rurales de Atención Integral a la Mujer; 6 Unidades Médicas Urbanas y 5 Albergues Comunitarios.

En la región huasteca, IMSS-Prospera abarca 240 localidades rurales ubicadas en seis municipios, los cuales son Tancanhuitz de Santos, Huehuétlan, Coxcatlán, San

³¹ Estimaciones del CONAPO, Índices de marginación 2005; y CONAPO (2011).

³² El programa Prospera surge en el 2014 para ofrecer servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales y su objetivo es: *“Contribuir a cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, con población sin seguridad social, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene cobertura. El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de: Salud Pública, Atención a la Salud, Acciones Comunitarias, Salud de PROSPERA y de Contraloría Social y Ciudadanía en Salud. Lo anterior, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y con la implementación, desarrollo y puesta en práctica del Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria”* (DOF:26/12/2017, p. 7).

Antonio, Tanquian de Escobedo y Tampamolón Corona, a los cuales brinda seguimiento a través de una regionalización por zonas.

La Zona X del programa IMSS-Prospera que abarca al municipio de San Antonio, cuenta con 19 UMR y 2 unidades médicas móviles, las cuales atienden a 9 751 familias, un aproximado de 34 100 habitantes. La UMR número 106 ubicada en Tocooy, de acuerdo con datos del censo 2016 proporcionados por el Promotor de Acción Comunitaria (PAC), a partir de información recolectada directamente en las comunidades, atiende alrededor de 647 familias con un total de 2 392 integrantes, de las cuales 479 familias con un total de 1 765 integrantes son beneficiarias del programa Prospera. Dichas familias provienen tanto de la localidad de Tocooy (266 familias), como de asentamientos humanos ubicados a poco más de 60 minutos de la UMR, entre las que encontramos a Xolol (68 familias), Tanjacnec (38 familias), Lajid (2 familias), Aldhuk (7 familias), Vista Hermosa (Xolol) (18 familias) y Patnel (96 familias).

Acorde a las reglas de operación del programa IMSS-Prospera, el equipo médico que conforma la UMR, se encuentra bajo la supervisión y asesoría de un equipo zonal (ESAZUMR) al cual pertenece el Promotor de Acción Comunitaria (PAC). En las UMR el equipo médico tendría que estar conformado por un médico de servicio social que funge como responsable de su operación, o en su ausencia, por un médico titulado de contratación temporal, además de un auxiliar del área médica de base (auxiliar de enfermería) y su suplente (DOF, 2017).

Para cumplir con su objetivo, el Programa IMSS-PROSPERA aplica el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, por lo que, en su operatividad a nivel local, intervienen actores específicos que pueden clasificarse en dos tipos por su función dentro del MAIS y el tipo de afiliación institucional que tienen. La estructura de servicios de salud del MAIS a nivel local, la integra un médico encargado de la UMR, una enfermera auxiliar de base y una enfermera suplente, los cuales se encuentran afiliados al sistema institucional a través de una relación laboral que les permite recibir un salario por su labor. La estructura comunitaria del MAIS en Tocooy, la integra un voluntario de salud, un comité de salud y un grupo de agentes voluntarios de salud, los cuales tienen una afiliación voluntaria, lo que implica que no reciben un salario por su trabajo. El actor externo, más próximo al equipo operativo a nivel local es el PAC, quien entra en contacto directo de manera esporádica, tanto con el personal médico contratado como con el voluntario de salud para los fines que el programa persigue. Estos actores permiten el funcionamiento del sistema institucional a partir de las relaciones sociales establecidas entre estos y con la comunidad.

El funcionamiento de la UMR en Tocooy, está respaldada por una estructura a nivel municipal y estatal, debido a que forma parte del sistema nacional de salud, el cual

tiene la obligación de proveer de las condiciones necesarias para su correcta operación.

Desde su apertura la clínica ha brindado servicio mientras los programas de salud se han ido transformando, lo que ha requerido la adaptación tanto de la clínica como del personal médico y la población. Basta con hacer un recorrido por los diferentes nombres que ha tenido el programa que rige el sistema de atención a la salud en el ámbito institucional³³, para imaginar las diversas dinámicas en torno a la salud que se generaron debido a los cambios superficiales o estructurales que se hacían en torno al funcionamiento de la clínica en la comunidad.

Sobre cómo ha venido operando el Programa IMSS-PROSPERA en Tocooy, desde su entrada en vigor en el 2014, encontramos que de acuerdo con lo referido por los habitantes de Tocooy, coincide con que el personal médico de la UMR ha estado incompleto, ya fuera por la ausencia de médico pasante, por la ausencia de enfermera de fin de semana o ambos. Ello, por una parte, ha obligado a la población atendida en la UMR a trasladarse a la cabecera municipal de San Antonio o a Tancanhuitz de Santos para ser atendidos, sobre todo cuando existe una emergencia en los horarios cuando no hay personal de salud en la comunidad. Por otra parte, ha afectado la atención brindada en la UMR, puesto que genera mayor carga de trabajo a lo largo de la semana.

2.2.7.4 Contexto sociocultural: Tocooy como sistema social dinámico

Tocooy es un espacio geográfico que emana de procesos críticos territoriales sobre una tendencia temporal en el que un grupo específico de la etnia Tének, construye su etnicidad dinámica y relacional que expresa tradiciones y experiencias históricas o intereses compartidos. Dicho grupo se autodenomina como Tocooyeros, marcando con ello el límite que permite la distinción entre miembros y externos.

Lo anterior, en su conjunto permite concebir a la comunidad de Tocooy como un todo interrelacionado que crea y establece un espacio cultural enfrentado a otras culturas, produciendo con ello, interacciones caóticas y adaptativas frente a la modernidad y la aculturación.

³³ La clínica surgió dentro del programa IMSS-COPLAMAR (1983) que después paso a nombrarse IMSS-Solidaridad (1989); después con la creación del Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación, PROGRESA (1997), enfocada al bienestar del medio rural, cambió el nombre de IMSS-Solidaridad a IMSS-Oportunidades (2002). Posteriormente, se renombra PROGRESA como Programa Desarrollo Humano Oportunidades, PDHO (2012), y cuando este cambia de nombre a PROSPERA (2014), el nombre de IMSS-Oportunidades cambia a IMSS-PROSPERA, que es el programa que actualmente opera en Tocooy y rige su actual sistema institucional de atención a la salud (IMSS-PROSPERA, 2018)

Los tocoyeros comparten modos de vivir colectivos estructurados en condiciones de precariedad, y comparten las siguientes características como grupo específico:

- Pertenecen a un espacio territorial, en el cual establecen relaciones con la naturaleza para llevar a cabo formas de producción y consumo para la sobrevivencia, así como ritos y ceremonias que los mantiene en armonía con la madre tierra.
- Mantienen un idioma común que es el Tétnek.
- Tienen una organización comunal que les permite tomar decisiones en consenso y realizar trabajo colectivo y servicio gratuito para el bien común;
- Tienen un sistema comunitario de procuración de justicia, en el que las autoridades locales tienen un papel preponderante en la vida social de la comunidad.
- Reproducen valores culturales e identidad a través de la vida cotidiana y la historia común transmitida oralmente de una generación a otra.

En un principio, las familias de Tocooy se ubicaban a lo largo del río Coy y estaban distribuidas alejadas unas de otras porque vivían en casas de palma y carrizo dentro de sus parcelas. De tal forma la noción de vecindad y de solar como distinción del espacio donde vive la familia del espacio donde se trabaja la tierra, no estaba tan presente como ahora. Asimismo, las relaciones sociales se tejían principalmente a nivel doméstico, en torno al uso de la tierra como medio de socialización y para la sobrevivencia, mientras que las relaciones a nivel comunal surgían principalmente por asambleas, faenas, acontecimientos importantes, o para enterarse y organizarse respecto de algún comunicado que venía del exterior.

La comunidad de Tocooy como ahora es conocida, con sus viviendas concentradas en una parte de su territorio y atravesada por una carretera que alberga sus principales instituciones y espacios de encuentro, es resultado de una serie de eventos producto del choque con la modernidad y con los modelos hegemónicos que se expanden por sobre sus formas de vida. Por un lado, la construcción de la carretera y la llegada de la luz, como preámbulo para la construcción de la clínica que inició en 1979, constituyen eventos que perduran en el imaginario colectivo, formando parte de su historia común y generando diversas percepciones en torno a las nociones de desarrollo, salud y comunidad.

Desde su fundación, Tocooy tiene una forma de explotación comunal, lo que significa que tiene mecanismos de autogobierno que deberían garantizar la equidad en el acceso, un control radicalmente democrático, a la vez que proporcionan protección y vitalidad al recurso compartido (Poteete, J y cols. 2012). Dichos mecanismos tienen que ver no solo con la propiedad de la tierra y el uso de bienes comunes, sino, sobre todo, con el mantenimiento de relaciones colaborativas, equitativas y armónicas entre los habitantes que la conforman.

Para lograr este tipo de autogobierno, Tocoy cuenta con tres autoridades principales, el Comisariado de Bienes Comunales, el Consejo de Vigilancia y el Juez Auxiliar, apoyados por figuras como suplentes, auxiliares o secretarios. Tanto el Comisariado como el Consejo llevan el cargo por tres años, mientras que el Juez se cambia cada año. Dichas autoridades son elegidas por la mayoría y, tienen como objetivo trabajar coordinadamente y de forma colaborativa con la población para el bienestar comunal. Por consiguiente, el autogobierno no recae completamente en ellos, sino en una estructura comunitaria que se organiza a partir de las necesidades más apremiantes de la comunidad y que da lugar a un sistema de cargos “mayores y menores” que posibilitan los modos de devenir de la comunidad en los diferentes aspectos que la afectan: el territorio, la salud, las relaciones sociedad-naturaleza, la educación, entre otras.

De tal forma, además de las autoridades principales, en Tocoy encontramos también la conformación de comités y colectivos con actividades concretas que contribuyen al bien común, ya sea a través de actividades que incluyen a toda la comunidad o a un grupo en particular.

Uno de los principales mecanismos para la toma de decisiones a nivel comunal, son las asambleas comunitarias presididas por las tres autoridades, las cuales se convierten en espacios dinámicos, en los que se impulsa el diálogo para la toma de decisiones entre autoridades, habitantes y algunas veces también con agentes externos, llámense personas, programas o instituciones que no pertenecen a la comunidad pero que buscan vincularse con un fin específico.

Dichas asambleas sirven para volver público aquello que se concibe en lo privado, es decir, permiten someter al escrutinio de todos y todas, las ideas o las negociaciones entre algunos cuantos, con el fin de convertirlos en acuerdos comunes que terminan por asentarse en actas de asamblea como evidencia de ello, lo que contribuye a la transparencia de los procesos comunitarios. De ahí que el llevar a cabo asambleas comunitarias para la toma de decisiones que afectan a la comunidad, se convierte en una norma cultural reconocida por los habitantes de Tocoy que contribuye a evitar confusiones o imprevistos con el pasar del tiempo.

La comunidad de Tocoy es un ente vivo y dinámico, por lo que los procesos comunitarios surgen en la cotidianidad. Los procesos endógenos y emergentes, dependiendo de su magnitud, tarde o temprano son expuestos en las asambleas comunitarias por tratarse de un espacio privilegiado para el compartir experiencias que facilitan la toma de decisiones comunes en el presente y para el futuro.

En Tocoy, la vida comunitaria y familiar arraigada a las tradiciones socioculturales transmitidas en el vivir cotidiano, han mantenido las relaciones de apoyo mutuo, de reciprocidad, y de autosuficiencia solidaria para la sobrevivencia mediante la

formación de microgrupos (familia, autoayuda, vecinales), lo que emerge como una forma de autonomía solidaria relativa y una capacidad sustentable de la comunidad aprendida en la práctica y de una generación a otra.

Respecto a las formas de sobrevivencia en Tocooy, encontramos que el trabajo remunerado es acotado y escaso. Son muy pocos los habitantes que tienen un ingreso fijo proveniente de actividades llevadas a cabo dentro de la comunidad, siendo en mayor número las familias que reciben un ingreso fijo procedente de aquellos que han migrado a otras ciudades, principalmente a Monterrey, Tampico y Reynosa para llevar a cabo trabajo agrario, de servicio doméstico en el caso de las mujeres, o en la industria de alimentos. Recientemente, este fenómeno de migración se ha producido también en función de aquellos jóvenes que quieren continuar con sus estudios profesionales mientras trabajan para solventarlos.

En Tocooy, los habitantes mantienen la estrategia ocupacional antigua de elaboración del piloncillo a partir de la caña que producen en sus parcelas, a manera de hacerse cargo de los bienes heredados por los abuelos y los padres. Quienes se dedican a ello en la comunidad son reconocidos como piloncilleros, los cuales, por sus condiciones grupales de trabajo, se diferencian de los llamados cañeros que habitan en la región y que se caracterizan por poseer mayores extensiones de cañaverales.

La elaboración del piloncillo continúa siendo la principalmente actividad productiva de las familias de Tocooy, junto a la siembra de milpa y frutales para autoconsumo. No obstante, con el paso del tiempo, la población ha generado puestos de trabajo informal, como la venta de productos en la calle principal, la venta de pan en las tiendas de abarrotes o la venta de otros productos elaborados localmente que se comercializan al exterior o entre los mismos habitantes, existiendo aún las prácticas de trueque entre los microgrupos formados entre familias o entre vecinos. Asimismo, como consecuencia del proceso de urbanización en el que se halla inmersa la comunidad, se han ido incrementando las actividades de construcción, comercio y servicios, convirtiéndose en otras fuentes de ingreso entre los Tocooyeros.

Especial mención en el devenir de Tocooy, requiere el proceso de urbanización señalado antes, puesto que ha afectado directa o indirectamente en la salud, la enfermedad y la atención, además de que ha ido reconfigurando el sentido de comunidad que tiene que ver con la vida colectiva, la relación armoniosa con la naturaleza y el bien común.

La construcción de la carretera en los 60's facilitó el transporte y con ello, la llegada de electricidad y de la clínica a finales de la década de los 70's e inicios de los 80's. Estos acontecimientos dieron pie al proceso de urbanización que se ha acelerado a consecuencia del impacto de programas selectivos que benefician a ciertos grupos

vulnerados, a los que se les entrega apoyos condicionados por la exigencia que refuerza las acciones emprendidas por el sector educativo, sanitario o agrario, a través de Programas como Prospera o Procampo; así como por la influencia de actores externos o de aquellos que han migrado.

Actualmente en Tocoy, tanto el proceso de urbanización como la presencia de la clínica, regulan muchos de los aspectos de la actividad comunitaria, e influyen inevitablemente en los modos de vivir de la comunidad, lo que ha generado profundas transformaciones internas, y procesos transaccionales y procesuales entre miembros y externos, sin que ello haya logrado romper la unidad cultural que les vuelve una comunidad rural indígena específica, debido principalmente, al carácter imperativo que mantienen las relaciones sociales.

Desde la perspectiva de sus habitantes, tanto el proceso de urbanización como la introducción de la clínica en Tocoy, trajeron consigo aspectos positivos y negativos a la comunidad, lo que genera tensión y conflicto, a la vez que contribuye a solucionar o a disminuir problemas colectivos de salud (ej. disminución de la mortalidad materna-infantil; mejores posibilidades de traslado para salir a trabajar o para tener acceso a otros servicios y productos).

Al respecto, se retoma la experiencia de la EA, quien al ser originaria la comunidad, da cuenta de las condiciones de vida y la situación de salud que imperaban en la población previo a la “llegada de la clínica” y el proceso de urbanización descrito.

La EA cuenta sobre lo difícil que era para las familias salir al hospital General de Ciudad Valles para atender a algún familiar que enfermaba en la comunidad, por la falta de recursos económicos y facilidades para trasladarse. Asimismo, que en la comunidad no contaban con personas que pudieran poner los medicamentos, lo que dificultaba la atención al volver a la comunidad. Ante tales condiciones, la enfermera menciona *“muchas personas se morían por la enfermedad”*, y enfatiza que en la comunidad *“fallecieron muchos niños, muchas señoras jóvenes por falta de médico”*, así como por *“enfermedad de vacunación”*, refiriéndose a aquellas enfermedades hoy prevenibles a través de dicha medida de salud pública. Asimismo, menciona las muertes de embarazadas y bebés, resultado de no salir de su comunidad a atender su parto, como se practica en la actualidad.

Cinco años antes de la llegada de la clínica, el padre de la EA falleció después de que un día enfermó gravemente de dolor de costillas. De igual manera, el hermano de la EA murió días después de la muerte de su padre a causa de una infección que empezó en las muelas; ambos, padre y hermano, habían agravado al no poder salir de la comunidad para ser atendidos por un doctor en un hospital.

Respecto a la atención que recibían las personas de la comunidad frente a las enfermedades, la EA menciona el poner inyecciones y medicamento, así como

cuidados comunes, entre los que menciona dar té y alimento. Sobre otras instancias que atendieran la enfermedad en la comunidad de Tocoy, la EA no creía en la medicina tradicional.

La muerte en aquellas condiciones, le hicieron reflexionar a la EA sobre la atención de salud en la comunidad.

EA: “quede huérfana de padre a los 14 años, luego a días falleció mi hermano, éramos tres, y ahí donde yo haga de cuenta que pensé tiene que haber algo para apoyar porque si no, se mueren”

Desde aquel entonces, la EA emprendió un camino que la llevó a formar parte del sistema de salud en Tocoy, desde la dimensión institucional, convirtiéndose en un actor clave en salud para la comunidad.

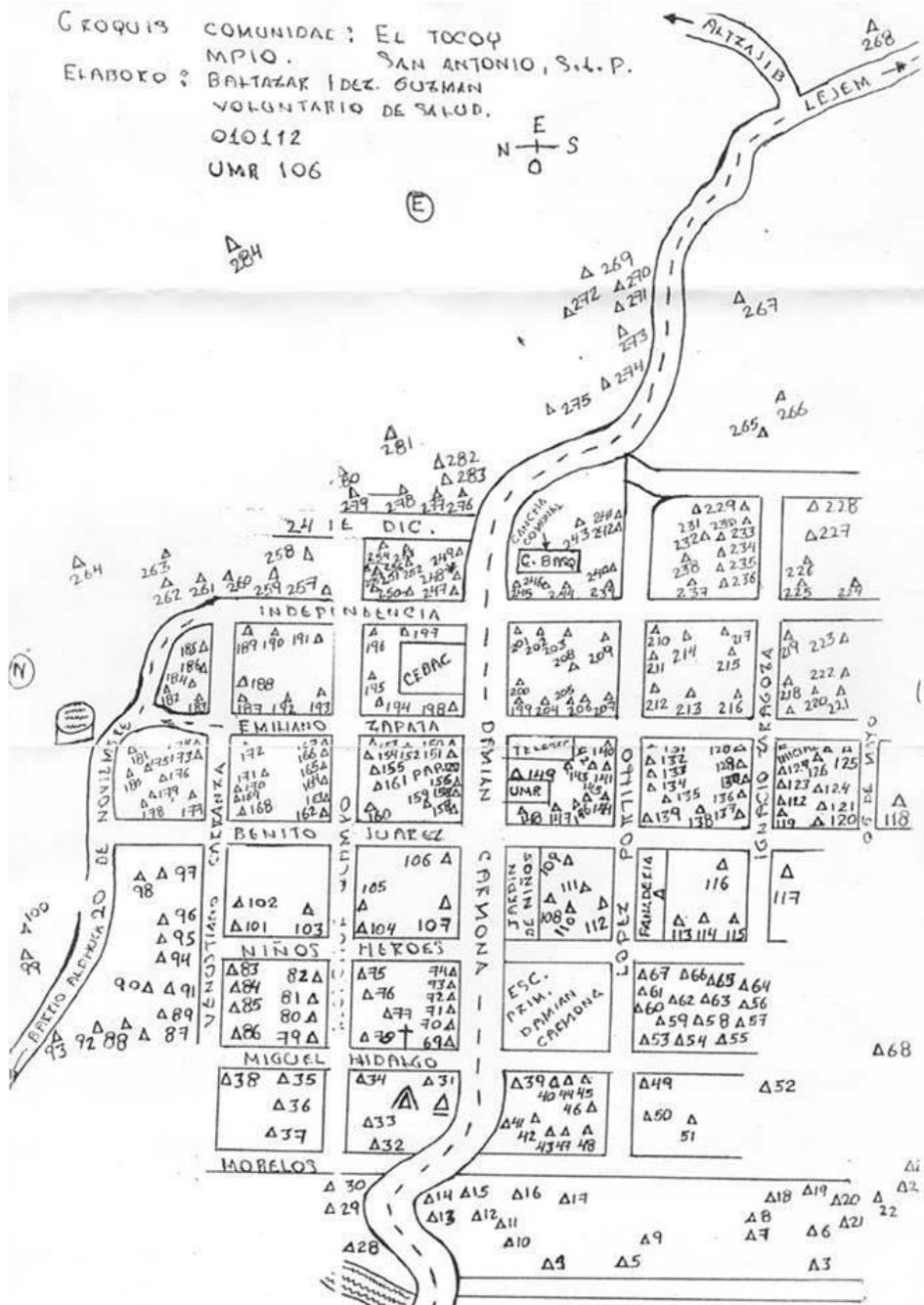
Cuando la EA tenía 16 años llegó un Oficio a la comunidad, notificando que habría una clínica y un médico, por lo que la comunidad debía elegir a dos personas para ser capacitadas como auxiliares médicos, entre de estas, se eligió a la EA. En su formación como auxiliar médico, la enfermera aprendió a tomar signos clínicos como la presión arterial, a pesar, a medir y los primeros auxilios, junto a personas de otras localidades que iban desde la capital de San Luis Potosí hasta Tamazunchale, con la misma misión de formarse para volver a sus comunidades a aplicar el conocimiento adquirido. Al terminar su capacitación fuera de la comunidad, la enfermera fue presentada en asamblea junto con su compañera, como personal auxiliar técnico de enfermería para la clínica, la cual para entonces ya estaba lista para brindar servicio a la población.

Desde entonces, la EA comenzó a atender a la población, a los quince días llegó un médico que venía de Valles para apoyarlas y capacitarlas en la práctica. Un año después, el 16 de febrero de 1981, la EA comenzó a laborar sábados, domingos y días festivos, mientras que su compañera lo hacía de lunes a viernes. Para el 2008, al jubilarse su compañera, la EA recibió su plaza de auxiliar de enfermería de base de la UMR y desde entonces labora de lunes a viernes en la unidad.

Al preguntar a la enfermera sobre por qué creía que se necesitaba una auxiliar de enfermería en aquel entonces, menciona que antes había muchas personas en la comunidad que no hablaban español, y que en la clínica además de ayudar al médico ella les podía traducir.

Finalmente, sobre cómo fue la transición de su comunidad, de pasar de no tener médico a tener la clínica, nos menciona que este tránsito no fue del todo sencillo para la población, que, si bien estaban contentos, en un principio no aceptaba del todo algunos procedimientos que hacía la clínica, por ejemplo, la vacunación. Sobre

ello menciona que, en los primeros cinco años de existir la clínica, la gente seguía muriendo, porque algunos ya estaban enfermos y ni el médico, ni las medicinas los curaban, o porque las "familias todavía se escondían de las vacunas".



Croquis de la comunidad de Tocoy. Elaborado por Voluntario de Salud.

CAPITULO 3.

CONSTRUCCIÓN DE LOS COPOS: EL CASO DE LA COMUNIDAD TENEK DE TOCOY, SAN ANTONIO, S.L.P.

A. Los COPOS como Objeto de estudio, ¿desde dónde miramos los COPOS?

Esta pregunta aproxima a los COPOS como objeto de la realidad, al cual se mira desde premisas teóricas, conceptuales y metodológicas que provienen de la revisión de fuentes sobre el tema y de la experiencia en el trabajo comunitario y el acercamiento local. A partir del Marco Teórico-Conceptual construido en esta tesis, es posible identificar el horizonte desde el cual observamos los COPOS, lo que permite ubicarlos frente a otras propuestas teórico-metodológicas que explican y actúan en torno a la salud, en especial, de aquellas con potencialidad para desarrollarse en contextos interculturales y locales.

3.1 COPOS frente a los modelos y estrategias en salud poblacional patologizantes

Las corrientes de pensamiento como la SC-MS y Antropología Médica (AM), surgen de trabajos realizados por autores críticos latinoamericanos desde la década de los 60's, los cuales asumen una posición emancipadora frente a la cuestión Médica Hegemónica que impera en el paradigma patologizante. Estas corrientes han dado lugar a los enfoques, modelos y estrategias de corte sociomédico desde un punto de vista histórico de las relaciones sociales, puesto que buscan evidenciar y denunciar las contradicciones del sistema dominante a través del entendimiento de las enfermedades y su relación con el contexto social.

A partir de ese conocimiento, los autores de las corrientes de SC-MS y AM buscan evidenciar y denunciar los efectos de políticas y programas en salud que perpetúan las relaciones de poder que generan desigualdad (de género, clase, etnia) e inequidad, para desde un plano macroestructural, incidir en la transformación de las relaciones sociales y atacar las causas de las desigualdades e inequidades en salud. En este camino hacia la transformación han surgido elementos conceptuales que marcan el inicio de la tendencia despatologizante de la salud. Dichos elementos teórico-metodológicos guían hacia la construcción de la noción de "salud positiva" en términos de promoción de la salud apoderante (Chapela, 2008), es decir, emancipadora, integral, ciudadana y colaborativa.

A la fecha las medidas de intervención planteadas por las corrientes de SC-MS y AM, siguen centrando su análisis en los modelos de atención a la salud y su acción en la organización de los servicios de salud, además de configurar antagonismos entre las perspectivas de corte biomédico y las de corte sociomédico. Ello, impide

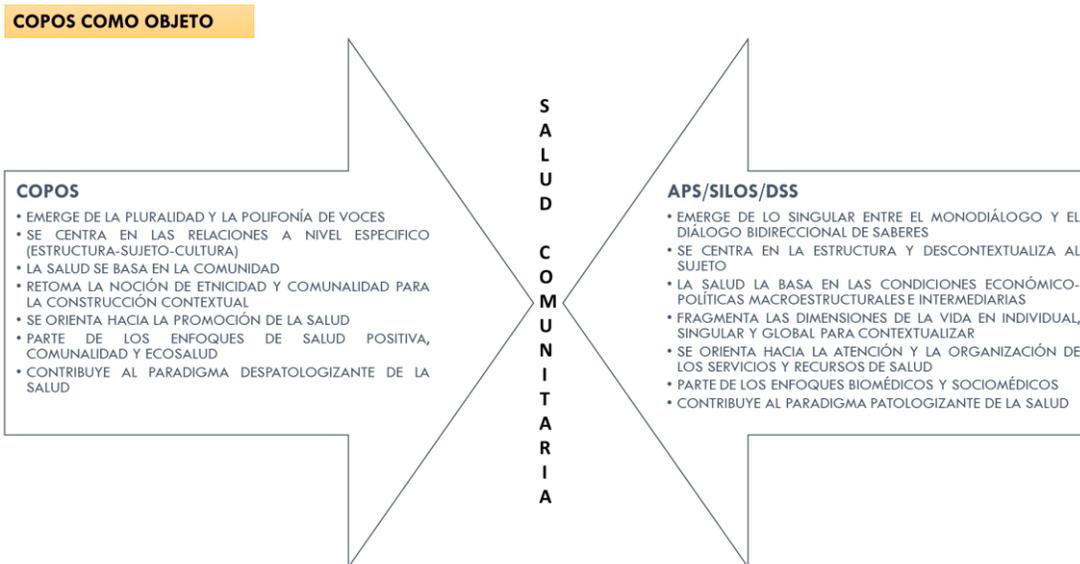
la integración de perspectivas en función de un plano saludable o de sujetos saludables, volviendo dichas intervenciones presentes en el debate, pero poco resolutivas en la práctica de salud a niveles micro y macro estructurales.

Promover el uso de las intervenciones basadas en la comunidad, es una de las ideas propuestas en el Informe de la salud en el mundo 2013, elaborado por la OMS (Dye, et. al, 2013) para que de manera creativa junto con la población construyamos las mejores soluciones posibles para enfrentar los problemas colectivos de salud y lograr la meta planteada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible estrechamente asociados con la Promoción de la salud.

En este sentido, esta tesis plantea la emergencia de la tendencia Despatológica Colaborativa, un enfoque de Salud Basada en la Comunidad y el modelo de los COPOS. La característica diferencial entre estas y las tendencias, enfoques y modelos patológicos de la salud es que desde su origen las primeras colocan el énfasis en los sujetos colectivos y su capacidad para la construcción de salud positiva haciendo uso de los diversos recursos existentes, no de manera independiente a las responsabilidades del estado frente a su salud, sino de manera autónoma frente a estos, y de forma interdependiente entre quienes comparten su cotidianidad. Mientras que las segundas, colocan como eje de la generación de salud, las explicaciones y prácticas médicas que atienden la salud-enfermedad, lo que ubica en primer plano a los modelos de atención a la salud y la organización de los servicios de salud por encima de las relaciones de organización y participación de los sujetos que acceden a estos y sus experiencias.

La tendencia Despatologica Colaborativa de la salud, debe trabajar en su posicionamiento, sustento teórico y validación práctica, de tal forma que su estudio abone a otro modo de concebir la realidad en salud. Además, las ideas de “salud positiva” y de “intervenciones en salud basada en la comunidad” deben ser considerados elementos clave para la formulación de políticas, programas y estrategias en salud poblacional, si lo que se quiere es romper con el paradigma hegemónico de la salud.

Es en este sentido que los COPOS proponen y prueban métodos, técnicas y procedimientos en un nivel específico (local-comunal), con la intención de desarrollar una línea de pensamiento con características innovadoras; cuyo procesos de investigación, sistematización y validación, permita contribuir con una herramienta conceptual para explicar y accionar en torno a la salud positiva, y representar el conjunto de relaciones que posibilitan la generación de salud en un contexto geográfico e histórico preciso.



B. Los COPOS como Sujeto de estudio, ¿cómo conceptualizamos los COPOS?

Esta pregunta permite una aproximación a los COPOS como sujeto sobre el cual actuamos, lo que implica un ejercicio de construcción y aplicación. Los COPOS son producto de un acercamiento dialógico con la comunidad, por lo que surgen de una polifonía de saberes y de la construcción local de significados compartidos, para lo cual se lleva a cabo la interpretación emic-etic, procurando priorizar lo emic sobre lo etic, así como la integración de la mayoría de las voces involucradas en los procesos s/e/a/p.

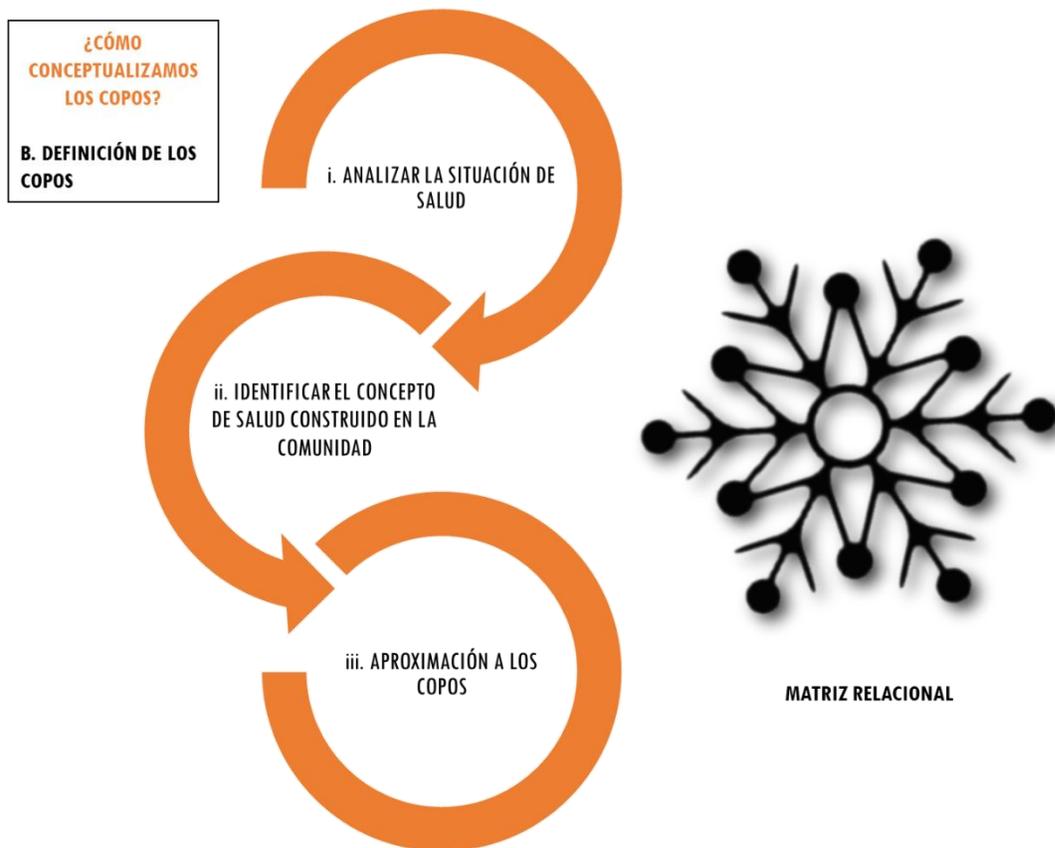
Los COPOS como sujeto de estudio, persiguen la participación interactiva de actores sociales clave que operan dentro y fuera del sector sanitario; el rescate de sus voces; y su contextualización para identificar vínculos estratégicos desplegados a nivel local que permiten a los actores sociales clave mantener su rol activo en los procesos de búsqueda de salud, gestados al interior de la comunidad como parte del sistema de salud local.

La definición de los COPOS se realiza junto con la comunidad y los actores sociales significativos en el campo de la salud a nivel local, los cuales son hombres y mujeres reconocidos por la comunidad o el sector salud como responsables de orientar las prácticas de salud a nivel comunitario.

Para la definición de los COPOS como sujeto de estudio, se establecen tres pasos: i. El análisis de la situación de salud, que se lleva a cabo in situ y a través de la voz de los actores clave en salud; ii. La identificación del concepto de salud construido

por la comunidad, a partir de identificar conocimientos, valores, prácticas y problemáticas de salud comunitaria; iii. La aproximación polifónica a los COPOS, a través de la integración y la interpretación colectiva.

Dado que los COPOS se particularizan al desarrollarse junto a una comunidad específica. A continuación, se describen los pasos para la definición de los COPOS como sujeto de estudio. Primero el paso se explica de manera general; posteriormente, se desarrolla a través del caso de la comunidad Tének de Toco San Antonio, S.L.P.



3.2 Análisis de la Situación de Salud Comunitaria

Se hace a través de la identificación y el análisis de las relaciones establecidas entre actores específicos, espacios, circunstancias, procesos y recursos que la comunidad en conjunto utiliza para generar, mantener y defender la salud de todos los que contribuyen al “bien común” y al “buen vivir” comunitario. Dichas relaciones nos permiten acceder a datos que emergen de la cotidianidad de los actores sociales clave en salud, a través de los cuales nos es posible visibilizar los COPOS. Para lograrlo, se considera una tendencia temporal marcada por las experiencias

de los propios actores y un espacio geográfico delimitado en términos territoriales, como espacio físico y social que es producto de un proceso histórico de disputas y conflictos, en el que se establece una relación territorio-ambiente-ecosistema.

3.2.1 Situación de salud de la comunidad Tének de Tocoy

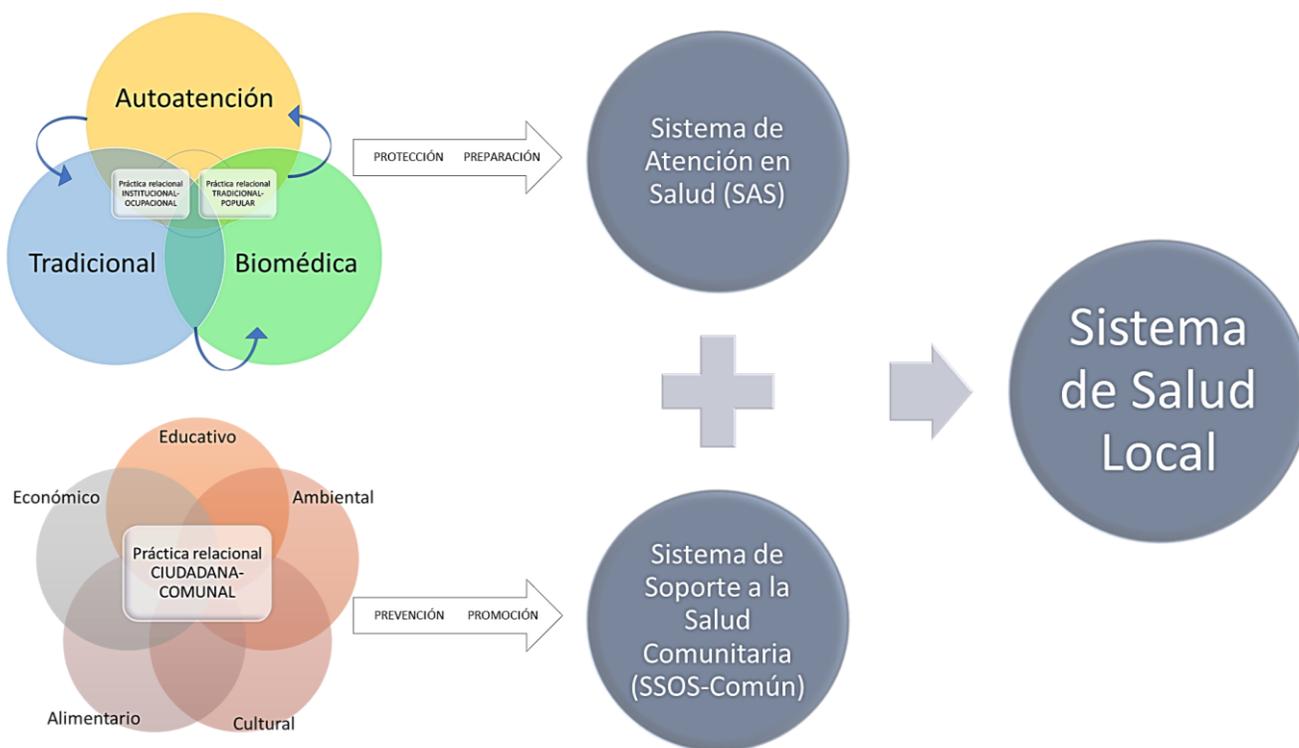
El sistema de salud que opera en Tocoy forma parte de su sistema social, por lo tanto, es resultado y está condicionado por sus dimensiones ambientales, culturales, sociales, económicas, políticas, religiosas y técnicas en constante cambio.

La introducción de la clínica de salud en la comunidad tuvo una profunda influencia en la estructura social de Tocoy y en las formas de explicar y accionar en torno a la salud-enfermedad. Antes de la clínica, las formas de atender la salud-enfermedad tenían una función y significado para la vida social que iba más allá de curar la enfermedad. Estas formas estaban basadas en la medicina tradicional y en los procesos de autoatención entre las familias, lo que contribuía a la reproducción social de la comunidad. Por ejemplo, los rituales de protección llevados a cabo con base en los conocimientos tradicionales sobre la relación con la naturaleza, permitían mantener el equilibrio naturaleza-espíritu; ello era traducido por los habitantes de la comunidad como necesario para asegurar la cosecha que proveía de trabajo y alimento a sus integrantes, contribuyendo de esta forma a la salud y bienestar de las familias. Los procesos de autoatención que servían de vínculo para la medicina tradicional eran entonces dominantes, pero se debilitaron al instrumentarse la clínica de salud, puesto que fueron excluidas por el Modelo Médico Hegemónico. Hoy la medicina tradicional y los procesos basados en la autoatención siguen vigentes en la comunidad, pero presentándose en tensión y conflicto frente al sistema biomédico dominante.

En Tocoy actualmente opera un sistema definido específicamente para atender la salud-enfermedad, este Sistema de Atención en Salud, referido de ahora en adelante como SAS, genera una red de relaciones sociales e ideológicas, que influyen en la estructura social de Tocoy y es resultado de las funciones y transacciones entre las formas de atención tradicional, hegemónica y de autoatención vigentes en los procesos de s/e/a/p, principalmente en sus dimensiones de atención y preparación. Los elementos (materiales e inmateriales) y recursos humanos que sostienen al SAS lo hacen a través de prácticas y relaciones específicas, las cuales llegan a ser de *tipo institucional-ocupacional*, y *tipo tradicional-popular*.

Asimismo, se ha identificado un Sistema de Soporte para la Salud Comunitaria, en adelante SSOS-Común, que fortalece al SAS desde la base comunitaria, pero,

sobre todo, que permite generar procesos en salud que benefician a las y los tocayeros con autonomía relativa y con interdependencia entre estos. Al igual que el SAS, el SSOS-Común influye (directa o indirectamente) en los procesos de s/e/a/p, pero en sus dimensiones de prevención y promoción principalmente. Los elementos (materiales e inmateriales) y recursos humanos que sostienen al SSOS-Común lo hacen a través de prácticas y relaciones específicas, las cuales llegan a ser de *tipo ciudadana-comunal*.



➤ *Sistema de Atención en Salud (SAS) en el ámbito institucional-comunal: Prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional.*

Durante el estudio, fue posible observar tres momentos en función de la ausencia o presencia de médico en la UMR, que marcaron las dinámicas de la comunidad con relación con el SAS, lo que influyó en las percepciones y prácticas de los ACS.

El primer momento observado (junio-agosto 2016), permitió registrar en la voz de algunos tocayeros, entre ellos el voluntario de salud y la autoridad local, el padecer de la población por la ausencia de médico desde hacía un año atrás. Sobre ello la explicación que expusieron los actores surgió de lo que les habían comentado por parte del programa. Lo cual en esencia era, que los pasantes médicos ya no elegían hacer su servicio en la comunidad, y que aún estaban esperando la contratación temporal de un médico para llenar el espacio.

El segundo momento observado (junio-agosto 2016), estuvo asociado a la llegada del médico de contratación temporal para brindar servicio a lo largo de un año en la UMR, lo que permitió registrar otro tipo de información por parte de los ACS y la comunidad, y que tenía que ver sobre todo con la insatisfacción sobre la atención recibida por parte del médico, ya que este solo brindaba servicio en el horario estipulado en su contrato (de 8 a 17hrs). Al parecer, esto había producido una percepción negativa en algunos usuarios, quienes comparaban la atención brindada por el médico contratado con la atención brindada por los médicos pasantes, los cuales se quedaban a vivir en la comunidad, abriendo con ello, la oportunidad de atender pacientes en horarios más flexibles, por las tardes o noches, incluso los fines de semana. En este sentido, los registros sobre el año en que hubo médico en la comunidad tienen que ver tanto con la percepción de la comunidad sobre la atención recibida, como con la voz del médico. Este médico, tenía una experiencia profesional en esencia hospitalaria, y al iniciar sus labores, no había recibido capacitación por parte del Programa IMSS-PROSPERA, en lo que respecta al funcionamiento de la UMR o la forma de coordinarse con la estructura comunitaria.

El tercer momento observado (octubre del 2017) fue corto puesto que surgió de la última visita a la comunidad. Durante este momento, se hizo el cambio de médico de contrato temporal por un médico cuya afiliación al sistema institucional era de base. Dicho médico llegó en septiembre a la comunidad y tenía experiencia previa de trabajo en otras UMR del programa. Al respecto, en la comunidad se decía que había sido bien recibido por su amabilidad en la atención que les había brindado hasta el momento. Rescato dos expresiones de los ACS:

VS: “se ve que este médico sí trae ganas de trabajar, trae buenas ideas, a ver cómo”.

CBC: “le damos las gracias que siempre nos recibe con una sonrisa, eso ya nos ayudó” (Nota de campo. Expresado en una asamblea en la que el médico dio a conocer a la comunidad las necesidades de la clínica).

Ahora bien, la UMR de Tocoay a pesar de la ausencia de médico, ha continuado brindando servicio a la población, lo cual, en los tres momentos observados, pone en relieve el rol protagónico de los demás actores que intervienen en el SAS desde los ámbitos institucional y comunal.

Las prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional dentro del SAS, son producto de las formas de atención biomédicas reconocidas por Menéndez como médico hegemónicas. Dichas prácticas son potencializadas en la comunidad a través de una estructura comunitaria subordinada al Modelo Médico Hegemónico.

A continuación, a partir de las voces de los ACS representantes del ámbito institucional, se describen las prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional que operan dentro del SAS.

❖ *Las voces del personal médico de la UMR*

Desde el punto de vista de la Enfermera Suplente (ES), es la población a quien se atiende y las formas de relacionarse con los pacientes y entre el personal médico, lo que genera diferencias en el funcionamiento de una UMR y de los servicios de salud que ofrece. Una UMR sigue los lineamientos del programa y las circulares que envían de manera general a todas las unidades. La ES enfatiza que *“la organización de la UMR es muy dependiente del médico que se encuentre”* y de *“que cada uno haga lo que le corresponde”*.

Sobre las relaciones laborales que se establecen para el funcionamiento de la UMR, la ES menciona que estas *“dependen más que nada de la actitud de cada persona”* y de *“hacer lo que se debe”*. Asimismo, menciona que si bien hay veces que los médicos no son muy sociables, hacer lo que corresponde y *“apoyarse”* cuando se necesite ayuda a hacer el trabajo. Por su parte, la Enfermera Auxiliar de base (EA), al hablar sobre las relaciones con sus compañeros de trabajo, menciona *“hacer lo que se puede para sacar el trabajo”* y el *“tenemos que apoyarnos”*. Ahora bien, la expresión *“hacer lo que se debe”* hace referencia, por un lado, a *“hacer lo que se tiene que hacer”*, que tiene que ver con el rol que cada actor tiene al momento de brindar servicio a la población. Por otro lado, a *“manejar los documentos”* que el programa les exige, lo que en términos de la EA es *“atender al paciente”* y *“llevar la papelería”*.

Acorde a la experiencia de la ES, una consulta convencional en la UMR se desarrolla de la siguiente manera. La enfermera llega a las 8 am, una hora antes que el médico, por lo general hay pacientes esperando, recoge las cartillas y en orden de cómo se las entregaron los va pasando; a menos que haya una urgencia, de ser el caso, a esa persona se le atiende de inmediato. El paciente pasa primero con la enfermera, se le mide signos vitales, se checan expedientes previos, detecciones que le hagan falta, o si es mujer, se anota si tiene el Papanicolau o si le hace falta o *“si necesita algún método”*, o una consejería, y se anota en el expediente. Después se pasa el expediente al médico en el mismo orden; el paciente que pasó con la enfermera se regresa y espera a que el médico lo reciba. Una vez con el médico, este elabora la consulta, indaga sobre el motivo, revisa al paciente y lo diagnostica. Después el médico le da el medicamento y la receta, y a veces puede solicitar a enfermería una consejería o él mismo la da. Por lo general, una consulta simple con el médico en la UMR dura 10 minutos, y dependiendo del paciente, de la exposición de sus síntomas y su condición, la consulta puede alargarse. Acorde a la ES el personal médico tiene establecido por parte del

programa una cierta cantidad de pacientes que deben ver, y que conlleva tener consultas de cierto límite de tiempo, sin embargo, la realidad en la práctica es que ello puede variar, puesto que además se requiere llenar la nota, imprimir el recetario y escuchar al paciente.

La ES considera que llevar un orden en las consultas es importante, y con base en su experiencia esto se puede lograr al fijar horarios para las citas, lo que trae consigo beneficios tanto para las personas como para el equipo médico, por ejemplo, “*menos estrés*” al no verse tan saturada la UMR y “*menos tiempo de espera*” que a veces provoca la molestia de las personas.

ES: “a veces se molestan (los pacientes) cuando tienen que esperar, pero es porque hay mucha gente, llegan y van saliendo como doce, una, y tiene que esperar, por eso es por lo que ya se tiene la programación para evitar que se acumulen. Entre más gente, hay que hacerlo rápido y no se checa lo que se tiene que checar”.

Asimismo, si el trabajo en la UMR lo permite, el equipo médico puede salir a atender los casos en que el paciente no puede trasladarse a la clínica ya sea a solicitud de un familiar, un vecino o una autoridad.

Al hablar sobre la carga de trabajo como algo que influye en *hacer lo que se debe*, y si existe alguna diferencia entre el médico y la enfermera, la perspectiva entre ambas enfermeras cambia en función de la experiencia que han desarrollado en su trabajo junto al médico. La enfermera suplente por lo general llega a apoyar al médico que se encuentra instalado en una UMR, y a partir de ello, considera que la carga entre médico y enfermera no es diferente puesto que cada uno tiene sus cosas que hacer, incluyendo llenar sus propios formatos y registros que les pide el Programa, aunque reconoce una diferencia en los horarios, puesto que ellas entran antes y salen después, pero al final considera ambos cubren las mismas horas laborales. Por su parte, la EA acompaña al médico pasante que llega para que este se instale en la UMR, mejor dicho, en palabras de la EA “*los lleva de la mano*”. De tal forma para la enfermera auxiliar, además de hacer su trabajo, le toca guiar al inicio de su servicio a los médicos pasantes que rotan año con año, en cuestiones de funcionamiento de la UMR y la papelería.

Ahora bien, ambas enfermeras, coinciden en que la estructura comunitaria es un elemento que facilita el trabajo. La enfermera suplente menciona que es el voluntario de salud quien “*organiza a su gente*”, “*detecta a los pacientes crónicos*” y “*refiere a los enfermos*”, o cuando es campaña de vacunación, su aplicación depende de la ayuda del voluntario de salud quien lleva a cabo la organización de la comunidad. De tal forma, para la ES, el voluntario de salud tiene mucho que ver en la operación del programa, tiene a sus agentes que ayudan con la derivación de

las personas de la comunidad a la UMR y señala que, si bien un voluntario no puede atender una consulta igual que un médico, su función, que consiste en detectar y derivar, es muy importante.

Respecto a otras particularidades, que presenta la UMR de Tocoy, en cuanto a funcionamiento y necesidades que influyen en las prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional, encontramos lo siguiente:

- La UMR de Tocoy, permanece cerrada todos los miércoles debido a que tanto la enfermera como el doctor, salen a las comunidades adscritas a la unidad, para dar consultas y llevar medicamentos; en las cuales, se prioriza a los enfermos crónicos que no pueden trasladarse a la UMR.
- Desde la visión de la ES, la estructura comunitaria de Tocoy, está trabajando muy bien, pero le hace falta comunicación con el médico. Asimismo, debería enseñar a la población a ir al centro de salud no solo cuando ya se está enfermo.

ES: *“hace falta promoción de la salud”.*

- La ausencia de médico impacta profundamente en la dinámica en torno a la salud tanto del personal médico como de la comunidad. Durante un año, la EA se quedó al frente de la UMR por la ausencia de médico. Su experiencia la describe de la siguiente manera:

EA: *“(…) es un poco cómo te diré, duro, porque tienes que llevar cuatro localidades. Entrando el mes tienen que venir todos los crónicos, hipertensos, diabéticos, luego los niños desnutridos, luego los citados de Prospera y este pues tienes que hacerlo, solventar mucha gente, pero qué vas a hacer tienes que sacar el trabajo y en la tarde tienes que hacer todo lo que no hiciste en la mañana, digo después vamos a vaciarlo para hacerlo todo, como te dicen para hacer todo en general y tenemos que hacer un intermedio, baja lo que falleció, los que nacieron, todo eso, lo de la lactancia, lo de las madres que están lactando, pues ahí tienes que hacer a prisa, tienes que llevar todo porque si no te vas a quedar y ahí ya la jefa no te va a decir puedes o no puedes ya déjalo, no, tienes que llevar y atender a la gente”.*

- Actualmente la UMR no cuenta con enfermera de fin de semana. Ello impacta en las prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional y la calidad del servicio brindado. Al respecto la EA menciona:

EA: *“ahorita yo tengo un año que estoy sola, y como ahorita lo que yo veo, el lunes, el sábado y el domingo, son tres días, y por eso se junta mucha gente*

y yo no tengo enfermera de fines de semana, pues si no mandan pues qué hago, el trabajo es así sí, si no lo hago pues soy la que estoy aquí tengo que hacerlo, así como el trabajo de la enfermera de fines de semana lo tengo que hacer y como dicen las compañeras uno le hace el trabajo, pero el pago es lo mismo”.

- Desde la voz de la ES, en el caso de las citas fijadas para los que tienen el programa Prospera en Tocoy, solo se da la fecha, pero no la hora, siendo su obligación llegar a la cita, mientras que los que no tienen el programa llegan con alguna enfermedad o son citados por los voluntarios de salud.
- Acorde a ambas enfermeras y lo observado en campo, en la comunidad existe un conflicto entre los que ayudan para el funcionamiento de la clínica y los que no. Por lo general solo aportan los que cuentan con el apoyo de Prospera, sin embargo, la clínica es para todos.

ES: “Hay ese conflicto de que los que tienen son los que ayudan, pero obviamente la clínica es para todos, atiende con y sin Prospera, la diferencia es que los de Prospera están obligados a venir”.

- De acuerdo con la ES, sobre aquellas personas que se acercan a las citas de Prospera solo por la firma y no tanto por la salud, “*son pocos*”. Sin embargo, es un fenómeno que se da más en los señores, puesto que las mujeres y niños por lo general están dispuestos a realizarse las evaluaciones necesarias. El programa Prospera, actualmente establece la consulta con el médico y solo a menos que esté muy saturado de gente o haya algo más urgente, llega a pasar aquello de solo entregar la firma, pero los lineamientos de Prospera establecen que todos los de Prospera deben pasar con el médico estén sanos o no.
- Sobre las necesidades que presenta la UMR además de la falta de personal encontramos, desde la voz de las enfermeras y las observaciones en campo, se encuentra:
 - Prioritariamente el agua. La UMR no cuenta con agua corriente desde hace algunos meses, por lo que el personal médico debe sacarla de la cisterna con cubetas. Ello, debido a que la bomba está dañada.
 - La ES ha observado que el Comité de salud no se activa para solucionar las problemáticas de la clínica. Lo que coincide con la visión del Comisariado de Bienes Comunales, quien considera que el Comité de salud permanece ausente.

- El programa contaba con un polivalente que se encargaba de mejorar las averías en las UMR, pero de acuerdo con la ES por falta de recursos en la zona no hay actualmente.
- De acuerdo con las enfermeras, las autoridades y la comunidad, en la clínica *“medicamentos hay, pero a veces no”*, ya sea porque la cantidad que mandan no es suficiente o por que la cantidad de pacientes es mayor. Dentro de los medicamentos que más se agotan es la metformina, que dan a los pacientes con hipertensión.
- Al momento de la entrevista con la ES, la UMR se encontraba sin luz; la radio con el que se comunican a Tancanhuitz de Santos dejó de funcionar con el último apagón y desde entonces no sirve; El Doppler para hacer ecografías a las embarazadas, tiene varios meses descompuesto, por lo que deben mandar a las embarazadas a Tancanhuitz de Santos o a San Antonio a hacer los ultrasonidos. Al identificar estas necesidades y al preguntar quién sería el responsable de solucionar las cuestiones de infraestructura y equipos que faltan en la UMR, la ES respondió: *“La zona, pero si no tiene pues trabajamos con lo que tenemos, no vamos a dejar de dar atención a los pacientes”*.

A continuación, a partir de la voz del Voluntario de Salud (VS), que representanta el ámbito comunal en vinculación con el ámbito institucional, se describen las prácticas relacionales de tipo institucional-ocupacional que operan dentro del SAS.

❖ *La voz del voluntario de salud comunitario*

La labor del voluntario de salud al frente de la estructura comunitaria, tiene que enmarcarse en los objetivos y metas del programa, lo que está dirigido a hacer un trabajo coordinado con el PAC, el personal médico de la UMR, el comité de salud y el grupo de agentes voluntarios de salud de la comunidad, sin embargo, en la cotidianidad de su trabajo, el panorama es distinto.

El voluntario de salud lleva a cabo de manera cotidiana lo que llama *“papelería”*, que es llevar a cabo listas de asistencia, informes semanales sobre el saneamiento básico en las viviendas, registros del censo poblacional que levanta junto a los agentes de salud una vez al año, entrega de cartillas actualizadas, entre otras actividades. Asimismo, lleva a cabo el seguimiento de un grupo de jóvenes, a los cuales llama *“el grupo de los sanos”* que son hombres y mujeres de Toco y mayores de 5 años y hasta 19 años, a los cuales reúne una vez a la semana para pesar, medir, sacar su Índice de Masa Corporal y orientar en salud.

Con su labor, el voluntario de salud considera que su comunidad está contenta puesto que *“apoya al médico en papelería y en cuestión de sanos, y antes de ello había mucha desorganización”*. Menciona que su labor se motiva *“con el fin de*

apoyar a la gente, de tratar, por decir de sacarlo a delante, pues más que nada en los cuidados, en la prevención, porque antes nadie nos decía esto, que tienes que hacer esto”.

La labor del voluntario de salud se lleva a cabo junto al grupo de agentes voluntarios de salud, al que reúne una vez a la semana, por lo general los domingos, para coordinar acciones, registrar y dar seguimiento a las familias, en especial aquellas que tengan integrantes con alguna enfermedad crónica o infecciosa, y mujeres embarazadas. Dichas reuniones se llevan a cabo en Tének y en la sala de espera del centro de salud, en las cuales el voluntario es apoyado por su esposa o su hijo mayor. En estas reuniones el voluntario de salud entrega y explica los formatos por parte del programa que deben llenar y como llenar cuando van a las casas, además dialoga con los agentes voluntarios de salud sobre las problemáticas que van surgiendo de su labor.

Los agentes voluntarios de salud es un grupo conformado por hombres y mujeres de la comunidad, a los cuales el voluntario les asigna en principio de forma aleatoria, entre 10 y 12 familias para visitar semana por semana, con la finalidad de hacer registros sobre las condiciones de saneamiento en la vivienda y el solar, y para detectar algún caso que requiera ser referido a la unidad médica rural.

Para el voluntario, la labor de los agentes es muy importante, puesto que tienen contacto directo con las personas, los conocen y les comentan cuando hay algún caso que necesite atención, sin embargo, detecta un error en cómo se ha ido configurando este grupo. Dicho error radica en que, aunque se eligen en asamblea, con el paso del tiempo, quienes han ido conformando el grupo de agentes de salud, son solo aquellos que cuentan con el apoyo de Prospera, lo que ha provocado como menciona el voluntario “*confusión*”, y ello se ve reflejado en la participación en salud a nivel individual y colectivo.

Antes de llegar el apoyo monetario condicionado que ofrece Prospera, los agentes voluntarios de salud eran elegidos en asamblea de forma general como parte de la estructura comunitaria que el sector salud se propuso instalar en las comunidades para realizar actividades de salud a nivel comunitario y familiar. La participación como promotores estaba en función del compromiso por su comunidad, se asumía el cargo como un ejercicio a través del cual apoyaban a su comunidad. Sin embargo, el voluntario cuenta que ello cambió con la llegada del programa Prospera.

VS: “cuando yo entré como voluntario, también formé los nuevos grupos que iban a estar, ya me presenté ahí con la gente en asamblea para los que son beneficiarios del programa Prospera y pues más que nada ya de ahí empezó todo, ya se hizo más fácil porque como ellos de allá hacen sus reuniones,

pues fue más fácil para mí, buscar quienes van a estar ahí, ahora sí como agentes”.

El voluntario da cuenta cómo se fue interiorizando esta nueva forma de relacionarse con el grupo de salud a nivel comunitario y las consecuencias de haber introducido el apoyo monetario que brinda Prospera a las familias.

VS: “lo mal que yo he visto es que, si nombras a las personas que no tienen ese apoyo, casi no participan (...) de hecho, en la clínica ahorita así estamos, yo de hecho conozco mi gente quienes participan quienes no, quienes nada más dame, dame, dame y al momento no te apoya, cuando ellos quieren sí, pero cuando tú a ellos no, entonces yo también ya conozco a mi gente”.

Sobre qué hace el voluntario cuando los agentes en las reuniones comentan sobre la dificultad de hacer que algunas personas quieran participar con ellos, generalmente por no contar con el apoyo, él menciona que les aconseja “no meterse mucho en problemas”, que expliquen cuáles son sus funciones y que aclaren, sobre todo que se hace por el beneficio de la familia “para evitar alguna enfermedad”.

Asimismo, la percepción que tiene el voluntario sobre la falta de participación de algunas familias, en lo que respecta a la salud individual y colectiva, tiene que ver no solo con el programa Prospera y su apoyo monetario condicionado, sino, además a otras experiencias poco alentadoras para la población.

VS: “he visto mucha gente que han venido a las comunidades, bueno traen programas, apoyos, así el gobierno, te traen tu apoyo, ya nada más has esto y esto, hacen esto y esto y ya te dejen a medio camino... ahí a ver cómo le hacen... la gente aquí pues si pienso que necesitan, que vean si ofrecen un apoyo que lo sostengan, y que se vea esto que sí se está llevando a cabo, porque a veces por eso la gente se desanima, y hacen así ya por su lado, o ya no quieren participar”.

Una de las actividades que están estipuladas en los lineamientos del Programa, es brindar capacitación al voluntario de salud y al grupo de agentes salud de forma periódica. Sin embargo, esta condición no ha sido desarrollada de la forma en que se plantea, con el argumento de la carga de trabajo que tienen quienes debieran capacitarlos.

VS: “hay un cronograma tendrían que capacitarme, pero no tienen tiempo (...) Tocoy es una comunidad grande...y si, pues el médico ya no puede también, no nada más es aquí en Tocoy, sino que vienen las otras comunidades también”.

Asimismo, aunque el voluntario ha recibido capacitación “alguna que otra vez” por parte del programa, considera que ésta se ha quedado corta ante las necesidades

de atención que van surgiendo y que requieren más que solo referir los casos a la UMR. Sobre las capacitaciones que ha recibido menciona *“han sido talleres y talleres, nos dan pura teoría sobre prevención y prevención”*.

El voluntario considera que *“al estar ellos en las comunidades, son los que ven”* y en algunas ocasiones, tienen la necesidad de hacer algo más, por lo que ha solicitado capacitación para saber qué hacer en esos casos, sin embargo, las respuestas no han sido las esperadas.

VS: “a veces hay necesidades también aquí en las comunidades, ponle que, si una persona le sucede algo, se caen, se rompen un pie o un brazo o lo que sea un accidente, qué es lo que se va hacer si, entonces, bueno yo he tratado de decirle al médico que han pasado, que a mí me urge que nos dé capacitaciones de primeros auxilios. Aunque sí nos programan, que esto lo vamos a hacer, que los vamos a ver, y no, pasa el tiempo. Porque lo malo que aquí los médicos son pasantes, ya un año y ya, y por el trabajo que hacen no sé si ya se ha dado cuenta que, ahí en la clínica, se manejan más papelería que atención”.

A pesar de la falta de capacitación que desea recibir el voluntario, para él la experiencia de su servicio a lo largo de ocho años ha sido gratificante porque le ha permitido brindar apoyo a su comunidad, y a través de este ha fortalecido habilidades y ha construido una buena reputación dentro de su comunidad. Sin embargo, el tener que dedicar gran parte de su tiempo a un servicio comunitario, ante las necesidades construidas a partir de las condiciones del sistema de salud en el que opera y que le demanda gran parte de su tiempo, le ha hecho reflexionar su labor en función de sus necesidades y las de su familia.

VS: “lo malo es que nosotros también, no hay un apoyo que digamos la verdad, también nos hace falta, acá la familia también a veces, pues ahí es puro servicio, yo también tengo necesidades”.

El voluntario comenta que ha expresado desde el año pasado entre la gente de su comunidad, que quiere dejar el cargo de voluntario de salud para dedicarse a otras cosas que necesita hacer, e incluso que le permita asumir otro cargo en su comunidad. Ante la necesidad de un ingreso extra, y de la intención de seguir participando para el bienestar de su comunidad, el voluntario de salud ha optado por unirse como instructor del INEA, lo que le lleva dedicar tiempo para alfabetizar, generalmente los sábados, y para buscar personas interesadas o con la necesidad de aprender a leer y escribir para registrarlas en el programa, para con ello, quizá obtener un recurso por el aprendizaje que adquieren las personas a través del esfuerzo que dedica a esa labor.

Sobre quien podría ser indicado en su comunidad para asumir el cargo de voluntario de salud si él llegase a salir, expresa:

VS: *“pienso que todos tenemos capacidad, pero lo que hace falta es las ganas y que tenga esa decisión de apoyar a su gente, de apoyar a su comunidad, ahora sí que es servicio, que tengan ganas nada más”.*

➤ *Sistema de Atención en Salud (SAS) en el ámbito tradicional-comunal: Prácticas relacionales de tipo tradicional-popular:*

Las prácticas relacionales tradicionales-populares dentro del SAS, son producto de las formas de autoatención reconocidas por Menéndez (2002), las cuales incluyen las prácticas de autocuidado y automedicación. Dichas prácticas son potencializadas en la comunidad, a través de formas de organización y participación en salud colectiva, como las Redes de Apoyo (RA) y los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), que las y los tocoyeros han desarrollado para defender la salud.

Dado que los procesos de autoatención en salud se vinculan con las formas tradicionales de atender la salud-enfermedad. Desde la voz del médico tradicional se da cuenta de las prácticas relacionales tradicionales-populares.

❖ *La voz del médico tradicional*

En Tocoy hay dos curanderos, uno de ellos está registrado como médico tradicional ante el CDI. A través de la voz de este último, se describen las prácticas relacionales de tipo tradicional-popular.

La visión del médico tradicional ofreció una mirada diferente sobre la salud-enfermedad en Tocoy, en el que la salud gira en torno a cuestiones naturales, y es producto de la relación con la madre naturaleza y las deidades.

El médico tradicional cuenta que tiene un don que le fue dado desde el día de su nacimiento, un don que volvió consciente a través de sueños, y con el cual ha podido ayudar a la gente. A partir de ello, habló de la comunidad de Tocoy como un ente que se fue construyendo poco a poco cuando las personas se fueron concentrando al llegar los apoyos (carretera, clínica, luz). Habló de los procesos saludables y protectores que la comunidad durante tanto tiempo llevó a cabo pero que con el devenir de la comunidad se han ido perdiendo, porque desde su visión, se está perdiendo la cultura, es decir, los saberes traídos por los abuelos y abuelas que se sabían parte de la naturaleza. Resultado de ello, actualmente en Tocoy, hay muertes, enfermedades y escasez de alimentos. Al referirse a la cultura, el médico hace referencia a los *rituales y ceremonias* que los abuelos anteriormente

realizaban para que no cayera la enfermedad, para empezar a trabajar bien, para estar conectados con la Madre Naturaleza.

MT: “ahorita se está perdiendo lo que es la cultura, sí, la cultura, porque antes cuando yo me crecí tenía mis abuelos, me acordaba mucho de los rituales y ese ese tiempo la gente no se enfermaba como ahorita, no había crónicos, no había nada”.

Además, la gente se está muriendo como resultado de la pérdida cultural, puesto que ya no se reconoce el origen de la enfermedad, lo que lleva por rutas de atención que no son las que corresponden con el tipo de enfermedad.

MT: “ahorita en la actualidad mucha gente se está muriendo, ¿por qué?, porque ahorita si una persona enferma no sabe dónde viene esa enfermedad, porque te voy a decir porque, hay mucha gente maldosa, mucha gente perversa....mucha gente que hace brujerías, entonces si esa persona cae de repente, y si esa persona de repente cae, no es algo natural, es sobrenatural y por eso yo le he visto varias personas, los que creen en lo que es la naturaleza se han curado, y los que no creen van derechito al doctor... el allá te hacen el análisis, te saca la sangre y no te hallan, que tienes nada, te empiezan a romper la panza, te empieza a meter... cómo se llama, la sonda y todo eso, y ya de ahí se complica más el asunto, pues ahí se muere la gente”.

Existen enfermedades que puede tratar el doctor con base en sus estudios, pero hay otras que solo un curandero con el don puede curar con bases espirituales y el uso de hierbas. Hay enfermedades como el mal viento o la mala sombra cuyo origen es natural, por lo que se usan elementos de la naturaleza y oraciones para curarlas.

MT: “antes a los abuelitos cuando quiebra un hueso, cuando se ven, no necesita doctor, hay pura hierba, hay pura hierba y con esa hierba se cura...cualquier dolor cualquier cosa porque hay mucha gente puede que le pegue mal viento, mala sombra, entonces la gente si va con el doctor, el doctor no sabe de esas cosas, porque son cosas naturales, bueno yo no digo nada de que el doctor no sabe, sí sabe a base de estudio, y nosotros no hemos estudiado, nomás a bases espirituales porque nosotros como curanderos nos dieron un don, un don para curar esa persona”.

Para el médico tradicional los humanos nacimos de la tierra y regresamos a ella al morir. Somos naturaleza y por eso la naturaleza ayuda a sanar al cuerpo, de ahí la importancia de mantener el equilibrio con la madre tierra. Los rituales y ceremonias como el de los cuatro puntos cardinales permiten agradecer a la madre tierra, pero considera el médico tradicional que la gente ya no lo hace y ello tiene repercusiones para su sostenimiento.

MT: “nosotros somos nacidos de esta misma tierra y por eso lo que es la naturaleza ayuda mucho al cuerpo, porque no venimos de otro planeta, venimos de aquí, nosotros somos de barro y por eso mucha gente dice, tenemos que darle gracias a la madre tierra porque nosotros somos de barro y si morimos volvemos otra vez (...) por eso ahorita la gente ya no puede tener su maicito, porque la gente ya no hace como antes”.

Asimismo, el médico tradicional reconoce lo natural como origen de algunas enfermedades en las que no entra ni las medicinas, ni el doctor, *“son mal del espíritu”*. Y nos explica que el cuerpo es cuerpo, pero el espíritu es todo, no se muere como el cuerpo, anda vagando por ahí y es por ello por lo que la gente hace sus oraciones, para que descanse o si no se hace presente. Dice *“se siente como un zumbido en el oído”*.

Para el médico tradicional, la madre tierra purifica el aire que respiramos, menciona *“por eso el árbol de la vida es nuestro cuerpo”*. Así, nos explica cómo la naturaleza, los árboles, son protectores. Cuando las personas toman el mal aire, un veneno, mueren; cuando un árbol se seca es porque agarran el veneno que iba para ti. El médico, entonces advierte *“hay que estar preparado para estar bueno y sano”*. Sabe que agradecer a la madre tierra es lo más importante, pero también dice *“antes come sano, tu familia, tu trabajo”*.

Para el médico tradicional, los ritos son procesos saludables para las personas y las comunidades, puesto que sirven para no enfermarse, para avanzar. A través de ellos *“pides a dios y agradeces a la madre tierra”*, pero esos procesos se están perdiendo.

La cotidianidad del médico tradicional es recibir gente en su casa. Tiene su altar donde trabaja para curar a las personas, *“aquí le he hecho mucha gente trabajo de negocio, de amor, de salud, de cuestiones de animales, de todo y por eso mucha gente me busca”*. Además, recientemente acaba de acondicionar su casa para tener una tienda de abarrotes. El médico tradicional, menciona que la gente siempre lo está buscando, para curaciones, para platicar, para observar su trabajo, y ahora que tiene la tienda también para la galleta, para el jugo.

Para el médico el trabajo es necesario para avanzar, para tener comida, dice *“me gusta trabajar bien derecho, yo no soy mentiroso, he ido también a capacitación en Taninul”*³⁴.

MT: “como yo no soy envidioso, tengo mi trabajo, tengo mi parcela, también tengo mis naranjitas, tengo mis mangos, tengo mis lichis, tengo sembrado y

³⁴ El médico tomo un curso sobre cómo llevar a cabo el ritual de los cuatro puntos cardinales.

tengo un trabajo y por eso la gente me pregunta, cómo le podemos hacer, pues trabajando”.

El médico considera que hay mucha gente que no quiere trabajar que “*nomás quiere plato servido*”, por eso cuando la gente lo visita y le pregunta cómo le hace para tener trabajo les dice, *trabaja*.

El médico tradicional comenta que ha sido cuestionado por la misma gente de la comunidad, dice “*me han dicho, no, tú haces curación porque quieres dinero, y les digo, todo quiere dinero, vas a salir va el pasaje, todo quiere dinero, sí así está la cosa*”.

A lo largo de las pláticas, el médico tradicional compartió historias sobre los casos que ha atendido. Cada vez que hacía una aseveración sobre su don y sobre su trabajo, daba ejemplos de casos en los que las personas se habían curado de sus malestares. Asimismo, el médico tradicional mostró su altar y su solar en donde mostró plantas con las que cura y que solo él como curandero tiene, y otras que “*la gente que sabe curar con plantas*” también tiene en la comunidad, dice “*tengo semillas y hojitas secas, ese es mi trabajo*”.

Cabe destacar que el médico ha comenzado a integrar a su práctica terapéutica nuevos elementos, como medicamentos naturales elaborados a base de hierbas que traen desde Veracruz o de otras partes para facilitar su trabajo. Asimismo, desde hace diez años cuenta con una licencia que avala su trabajo como médico tradicional, la cual considera es bueno tenerla “*para estar protegido*”, además de que el tenerla le ha permitido contar con un registro y un recetario para que a sus pacientes les vendan las medicinas que les anota.

MT: “todavía algunos tienen plantas, los que saben curar de plantas, y por eso yo manejo también las dos cosas, aquí tengo hierbas mira, y esto ya está preparado... esto ya lo compré para no batallar porque si viene una gente le digo busca una hierba y no va a encontrar, ya tengo esto preparado”.

A continuación, a partir de la voz de los Tocoyeros (TC) que representan el ámbito comunal en vinculación con el ámbito tradicional e institucional, se describen las prácticas relacionales de tipo tradicional-popular que operan dentro del SAS.

❖ *Las voces de los Tocoyeros*

Para una aproximación al SAS desde los ámbitos tradicional y comunal, se parte de la voz de los tocoyeros, que son hombres y mujeres Tének de Tocoy que construyen estilos de vivir personales y modos de vivir colectivos a partir de relaciones sociales establecidas en el vivir cotidiano en contacto con los representantes del ámbito institucional y tradicional de atención a la salud en Tocoy,

los cuales dependiendo de sus circunstancias llevan a cabo actividades para el cuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

Las practicas relacionales de tipo tradicional-popular desarrolladas por las y los tocayeros, están determinadas por las condiciones de vida y se construyen y reproducen sobre todo a nivel familiar, a partir de las experiencias de salud, enfermedad y muerte de los individuos y grupos. Dichas prácticas, contribuyen a la atención temprana de la enfermedad y a la dimensión preventiva y de promoción de la salud, lo que abona a la atención primaria de la salud en la comunidad de Tocoy. Asimismo, son producto de la socialización, la reciprocidad y la solidaridad, valores que se aprenden en el vivir colectivo a nivel familiar y comunitario, lo que las vuelve parte y producto de las relaciones sociales, por lo que no pertenecen exclusivamente al ámbito individual, y constituyen una expresión de la cultura de los tocayeros.

Dado que estas prácticas se refieren a las formas de autoatención en salud, se han clasificado siguiendo la propuesta de los niveles de autoatención de Menéndez (2003), que los divide en nivel amplio y nivel restringido. De tal forma, se encuentran las prácticas relacionales tradicionales-populares restringidas, y las prácticas relacionales tradicionales-populares amplias. Mientras que los grupos de autoayuda y redes de apoyo son referidos como tácticas que los grupos sociales han desarrollado para aumentar la eficacia de dichas prácticas haciendo uso de la colectividad.

A partir de la aplicación de listados libres y cuestionarios de comparación de pares, se identifican prácticas relacionales tradicionales-populares, restringidas y ampliadas, que dan cuenta del SAS desde la interacción de los ámbitos tradicional y comunal.

Con base en los datos arrojados por la aplicación de listados libres y cuestionarios de comparación de pares con los Tocayes, Las prácticas relacionales tradicionales-populares, restringidas y ampliadas, se pueden agrupar en diez rubros: Medio ambiente; Servicios públicos e infraestructura; Aseo del hogar e Higiene personal; Trabajo; Alimentación; Agua; Servicios de salud; Instrucción; Relaciones sociales; y Cuerpo.

Rubros	Prácticas relacionales tradicionales-populares restringidas y ampliadas
Medio ambiente	Controlar la contaminación; Encerrar a los animales; Construir sanitarios secos; Mejorar el medio ambiente plantando árboles; Cuidar los árboles que hay; Tirar la basura en su lugar; Hacer faenas de limpieza; Evitar que el agua se encharque; No quemar la basura como naylon, botes, ropa; Tener patio limpio; No construir letrinas cerca de pozos; Quemar la basura lejos de las viviendas.
Alimentación	Alimentarse bien/comer sanamente; Tener bien la panza/estar lleno del estómago; Comer frutas y verduras; Comer lo que hay en la comunidad.
Servicios de salud	Acudir a los servicios de salud antes de que surja la enfermedad/para prevenir la enfermedad; Vacunar a los niños; Asistir a las citas médicas; Usar hierbas para la diarrea, el dolor de cabeza o golpes; Dependiendo de la enfermedad acudir al que tiene la capacidad de curar la enfermedad; Evitar que avance la enfermedad.
Servicios públicos e infraestructura	Tener acceso a servicios e infraestructura como drenaje y pavimentación; Construir letrinas si no hay drenaje; Sacar la basura para que se la lleve el recolector.
Aseo del hogar e higiene personal	Limpia la casa y el solar; Barrer; Bañarse; Separar la basura (hojas de plásticos); Quemar la basura lejos de la vivienda.
Trabajo	Trabajar para tener salud, alimento, recreación.
Instrucción	Informarse; Concientizar a la gente; Capacitarse para actualizarse.
Relaciones sociales	Estar unidos; Reunirse; Ayudar a la persona enferma o en desgracia; Hacer reunión general (asambleas); Organizarse para ayudar a los demás; Participar; Comunicarse para salir adelante; Ayudar y compartir; Colaborar en actividades para el bien comunal; Ser responsables con nuestros deberes; Opinar; Convivencia y comunicación; Saludar y sonreír.
Agua	Hervir el agua; Clorar el agua; Beber agua de garrafón; Cuidar los pozos de agua, Tomar mucha agua.
Cuerpo	Cuidarse a uno mismo y a los otros; Cuidar el cuerpo; Abrigar el cuerpo en tiempo de frío; No enojarse.

En Toco y existen Redes de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua que potencializan las prácticas relacionales tradicionales-populares basadas en el trabajo colectivo, como las faenas, el apoyarse entre vecinos o entre familias cuando algún integrante a enfermado o a caído en desgracia. Por ejemplo, frente a un incendio que puede dejar a la familia sin cosecha, los apoyos entre las familias consisten primero en apoyar a controlar el incendio, y posteriormente, si el incendio afectó la cosecha familiar, las familias pueden llevar o intercambiar algún alimento con los afectados, llevar un apoyo económico o el solo realizar visitas para apoyar moralmente, para realizar rezos en grupo o compartir experiencias que sirvan de apoyo o de aliento.

Otro ejemplo se presenta frente a la muerte de un habitante de Toco; cuando esto ocurre la gente se apoya con un recurso para la familia, o ayuda a cargar para el entierro.

Algunas de estas redes o grupos de apoyo surgen a raíz de experiencias exitosas frente a problemáticas de salud que se vuelven motivantes para otras personas, como el caso del grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) que existe en la comunidad. Otras veces, el ámbito institucional del SAS influye de manera intencional en la formación de grupos para la ayuda mutua, por ejemplo, el grupo CARAS que significa Centros de Atención Rural al Adolescente, que es un grupo de adolescentes que existe con la finalidad de formar una red de apoyo entre los jóvenes, o el grupo de asmáticos que se reúnen para compartir información sobre el padecimiento. El ejemplo más claro, es el Grupo de Agentes voluntarios de Salud (GAS) que si bien tiene funciones específicas establecidas por el programa IMSS-PROSPERA se ha convertido en una red de apoyo para las familias de Toco, que recurren a estos cuando existe alguna urgencia médica o no médica en la comunidad.

El GAS de la comunidad de Toco, forma parte de la estructura comunitaria del programa IMSS-Prospera. Dicho grupo está integrado por hombres y mujeres de la localidad, el cual se renueva una vez al año a través de la elección de sus integrantes en asamblea comunitaria. La asamblea para tal fin se lleva a cabo dentro de los primeros dos meses del año en la casa comunal y en presencia de las autoridades locales, el comité de salud, el voluntario de salud, el representante del programa IMSS-Prospera y la comunidad en general. La elección de agentes queda asentada en el acta de selección de agentes comunitarios que se integra al expediente comunitario de la UMR de Toco.

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de acción comunitaria, la conformación de la red comunitaria del programa queda en manos de la comunidad, acorde a la forma de organización que a esta más le convenga, por lo que ni el personal de acción comunitaria, ni el personal médico se involucra en la elección o la organización de este grupo. En Toco el voluntario de salud funge como representante y coordinador de este grupo. Para la elección de los agentes voluntarios de salud en Toco, aunque se hace la invitación abierta a toda la comunidad, con el paso del tiempo los agentes han sido aquellos que cuentan el apoyo de Prospera. Ser agente de salud para el voluntario y para los mismos agentes conlleva un compromiso por recibir el apoyo de Prospera, pero también un compromiso comunitario.

Acorde a los lineamientos del Programa IMSS-Prospera, los agentes voluntarios de salud son personas de la localidad donde se encuentra el programa, las cuales

aceptan voluntariamente el cargo de diez a quince familias de su localidad, incluida la propia para promover el cuidado de la salud; lo que implica dedicar una parte de su tiempo para apoyar y colaborar en acciones comunitarias en salud en favor de las personas y la comunidad donde residen. De acuerdo con el Programa, estos agentes tienen la labor de promover, difundir, y apoyar los componentes de salud pública, atención a la salud y componente comunitario del Programa, para lo cual deben recibir orientación y asesoría por parte del personal institucional de acción comunitaria y los equipos de salud. Las acciones que realizan los agentes están orientadas a la mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental; llevar a cabo Talleres Comunitarios de educación para la salud; y en conjunto con el voluntario de salud apoyar en la vigilancia epidemiológica simplificada y promoción de la salud (DOF, 2017).

A continuación, a partir de la voz del Grupo de Agentes voluntarios de Salud (GAS) que representan el ámbito comunal en vinculación con el ámbito tradicional e institucional, se describen las prácticas relacionales de tipo tradicional-popular que operan dentro del SAS.

❖ *La voz del Grupo de Agentes voluntarios de Salud*

En Tocoy, para el año 2016, en febrero se habían elegido en asamblea a 29 personas como agentes voluntarios de salud. Al momento de aproximarnos a dicho grupo en septiembre del 2016, se encontraban activos solo 21 agentes, de las cuales 18 eran mujeres y 3 hombres. Para el año 2017, en enero se habían elegido en asamblea a 23 agentes, y para febrero se encontraban activos solo 19 agentes, todas mujeres con un promedio de edad de 36.7 años. Cada año el grupo de agentes es renovado casi en su totalidad, a excepción de algunos agentes que deciden permanecer en el cargo de un año a otro. De las 19 agentes activas que integran el grupo en el 2017, ocho de ellas ya habían sido agentes en años anteriores.

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario estructurado aplicado al GAS, en los procesos de salud en Tocoy, el rol que asume el GAS se ve motivado por la intención de contribuir a un bienestar personal, familiar y comunitario que permita una vida sana y una mejoría de la comunidad, lo que conlleva convivir y cuidarse mutuamente para apoyar, prevenir y alertar en salud. De tal forma, los agentes reconocen como sus funciones principales visitar a las familias en sus casas; comunicar a las familias la información que reciben sobre la salud; orientar y cuidar a las familias para prevenir enfermedades; ayudar a entender a las familias sobre la importancia de la salud y la comunicación; vigilar que las familias cumplan con los cuidados de la casa y mantener limpia la comunidad; animar a las familias

a participar en el centro de salud, lo que se traduce en asistir a las citas médicas y a las reuniones de salud, así como cooperar cuando se necesite.

Sobre lo que los agentes esperan de los otros al llevar a cabo su rol se mencionan cuestiones como apoyo, trabajo en equipo, unidad, buena comunicación, participación y organización, entendimiento, comprensión, ser escuchados, confianza y respeto, reflexión, poder llevar a cabo prácticas saludables y que se aprenda a prevenir y a capacitar.

Asimismo, a los agentes les gustaría además de visitar y seguir a las familias: promover y prevenir; servir a su comunidad; ponerse en acción para lograr una vida sana y mejorar la comunidad; apoyarse los unos a los otros; así como recibir capacitación para aprender y tener conocimientos sobre temas de salud que les permitan dar información a las familias a su cargo.

Las prácticas relacionales que realiza el GAS y las problemáticas asociadas a estas expresan la vinculación entre el ámbito institucional, comunal y tradicional.

A continuación, con base en lo expresado por el VS, el GAS y la observación participante, se da cuenta de las prácticas relacionales que llevan a cabo el GAS, en las que encontramos tanto prácticas de tipo institucional-ocupacional, como tradicional-popular.

El GAS lleva a cabo:

- Visitas domiciliarias a las familias bajo su cuidado una vez por semana, con el propósito de:
 - o Identificar personas que requieran atención de salud para su derivación a la UMR a través de un volante de referencia (Ej. mujeres embarazadas para control prenatal, mujeres en edad reproductiva para cuidados de salud ginecológica, niños con desnutrición para recibir suplemento alimenticio y llevar seguimiento antropométrico, personas con enfermedades crónico-degenerativas, sospechosos de tuberculosis, personas con alguna sintomatología como fiebre, vómito, diarrea, entre otros).
 - o Verificar condiciones de saneamiento básico en la vivienda como cuidado del agua almacenada, control de animales domésticos, manejo de basura y excretas, descacharrización, así como algunas prácticas de salud preventivas específicas como beber agua hervida o clorada. Las problemáticas asociadas a esta actividad es que algunas familias, sobre todo aquellas que no cuentan con el apoyo Prospera, no se sienten comprometidos en participar en las actividades impulsadas por los agentes, lo que se traduce en conflictos por el acceso a sus viviendas, el no asistir a la UMR por derivación, o en no mejorar las condiciones de saneamiento básico

señaladas por el agente. Los motivos, más allá de contar o no con el apoyo de Prospera, tiene que ver con cuestiones asociadas a la calidad en la atención en la UMR (ausencia de médico, falta de instrumental médico o medicamentos, saturación del servicio, regaños); los saberes sobre la atención que requiere la enfermedad que les lleva por rutas de atención alternativas (medicina tradicional, herbolaria, autocuidados); falta de información sobre los servicios que otorga la UMR o la cobertura del seguro popular; percepción del riesgo a la salud de las familias distinta a la del sector salud; y a la existencia de relaciones conflictivas entre familias o con el agente en particular.

- Talleres de salud dirigidos a las familias bajo su cargo, empleando material gráfico diseñado por el Programa en torno a once temáticas de salud una vez por mes, los cuales por lo general los llevan a cabo en pares, en idioma Tének en la sala de espera y por lo general citan solo a la madre de familia. Esta práctica cada vez es menor. Sin embargo, los agentes no están familiarizados con los materiales que el Programa otorga para los talleres de salud, que son rotafolios en español sobre once temáticas de salud; además expresan no sentir la seguridad de poder transmitir los mensajes a las familias.
- El levantamiento de información para la elaboración del censo poblacional, con las familias que están bajo su cuidado, una vez por año.
- Informes sobre sus actividades a través de formatos establecidos por el programa
- Reuniones con el Voluntario de salud una vez por semana, generalmente los sábados, para entregar formatos llenados, recibir orientación y asesoría para las actividades que llevan a cabo con las familias a su cargo

Otras problemáticas identificadas en relación con la labor de GAS son:

- Cada vez es menos común llevar a cabo acciones comunitarias de saneamiento ambiental para la promoción de entornos saludables. Las prácticas colectivas, como las faenas de limpieza se están perdiendo, y en su lugar se está promoviendo el saneamiento ambiental dentro del solar con la tendencia de volver este tipo de actividad una práctica privada, aislada y condicionada a través del programa Prospera.
- Acorde al programa, los agentes deberían fomentar la participación familiar en la producción de alimentos como parte de sus funciones, sin embargo, esta acción no se lleva a cabo por falta de información e infraestructura para la producción de alimentos a nivel familiar.

- Solo algunos agentes, principalmente mujeres, otorgan orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva y salud ginecológica, y lo hacen con las personas con las que lograron generar lazos de confianza, pero no lo hacen de manera general con sus familias.
 - Los agentes tienden a dirigir las acciones exclusivamente hacia las madres de familia, sin hacer intervenciones con otros miembros de la familia como el padre o los hijos.
 - Las acciones de promoción y orientación alimentaria, vacunación, sobre padecimientos crónico-degenerativos y enfermedades infectocontagiosas que deberían llevar a cabo los agentes con las familias a su cargo, se reducen a la acción de derivar a la UMR o a notificar al voluntario de salud sobre alguna problemática al respecto.
 - La vigilancia al cumplimiento de las actividades acordadas en la Asamblea, por ejemplo, el control de animales, la derivación para vacunación o control prenatal se desestima por la falta de justicia percibida por los agentes y el voluntario en su comunidad, lo que tendría que ver más con la función de las autoridades locales. Los agentes y el voluntario de salud utilizan el argumento de condicionar el apoyo de Prospera como medio de presión para motivar el respeto a los acuerdos con base en el compromiso que tiene las familias por recibir el apoyo, antes que emplear la denuncia con la autoridad.
 - Los agentes reciben orientación y asesoría solamente del voluntario de salud, al cual informan también sobre sus actividades, sin existir una comunicación continua y directa con el equipo médico de la UMR, ni el personal de acción comunitaria.
 - A pesar de existir un cronograma estipulado por el Programa para que el equipo médico de la UMR brinde capacitación a los agentes y al voluntario de salud en diferentes temáticas de salud, este no se llevó a cabo en el transcurso del estudio.
 - El tiempo que los agentes destinan para apoyar y colaborar en acciones comunitarias de salud, se predestina en mayor medida a las acciones que permiten responder a las necesidades de información que requiere el Programa. (Ejemplo: Obtener el dato del número de perros que tiene cada familia para la campaña de esterilización).
- *Sistema de Soporte para la Salud Comunitaria (SSOS-Común): Prácticas relacionales de tipo ciudadana-comunal*

El SSOS-Común, está integrado por elementos que no están definidos específicamente para la salud, sin embargo, influyen de manera directa o indirecta en esta. Por ejemplo, el sector educativo lleva a cabo acciones de educación y promoción de la salud dentro de las escuelas como parte de sus currículos, además de que estas constituyen espacios primordiales de socialización en los que se configuran y reconfiguran prácticas que atañen a la salud; el sector cultural mantiene la danza y la música como actividades comunitarias que se dan por asociación libre y que, desde tiempos pasados, se llevan a cabo de manera recreativa y simbólica, lo que les permiten mantener relaciones de reciprocidad y armonía entre las personas y con la naturaleza; el sector de servicios públicos, tiene que ver con la falta de acceso y abastecimiento de agua en varios periodos del año, la recolección de basura cuyo sistema no beneficia al total de la población, y la electricidad que en algunas ocasiones llega a fallar en la comunidad, afectando en la vida cotidiana de las personas. Asimismo, el sector religioso, económico, y ambiental cobra un papel relevante para la salud en Tocoy.

Las prácticas relacionales ciudadanas-comunales que se desarrollan dentro del SSOS-Común, no están dirigidas directamente a la atención de la salud, sino al mantenimiento de la cohesión social y las relaciones armónicas entre los habitantes de Tocoy, lo cual tiene un efecto directo o indirecto sobre la salud de los individuos y la comunidad en su conjunto. Por ende, dichas prácticas son potencializadas en la comunidad, a través de formas de organización y participación propias de la comunidad, las cuales establecen un orden social a la vida de las y los tocoyeros.

Dado que los procesos ciudadanos y comunales se vinculan con las formas organizacionales que establece la comunidad para su reproducción social. A continuación, desde la voz del Comisariado de Bienes Comunales, se da cuenta de las prácticas relacionales ciudadanas y comunales que se desarrollan dentro del SSOS-Común.

❖ *La voz de la autoridad local*

El Comisariado de Bienes Comunales (CBC), es considerado un gestor en los procesos de salud-enfermedad-atención en la comunidad. Tras asumir varios cargos comunitarios que le permiten dar cuenta de las necesidades y virtudes de Tocoy, el CBC dio cuenta de los modos de vivir colectivos que se estructuran en la comunidad y que influyen en el SAS que opera en Tocoy.

A lo largo de los tres años de servicio el CBC en turno, ha podido identificar las necesidades de la comunidad y las formas de resolver diversas problemáticas comunitarias que de una u otra forma se asocian a la salud individual y colectiva en Tocoy. Desde una concepción holística de la salud, su visión crítica sobre la vida permitió incorporar a la discusión en salud, temas como el derecho indígena, el valor

del diálogo como puente para la organización comunal y la resolución de conflictos, así como la necesidad de líderes comunitarios con la capacidad de encabezar movimientos que beneficien a la comunidad.

Con el CBC fue posible hablar de todas esas cosas que se asocian a la salud y que van más allá de la clínica y del médico: el ser comunero; las condiciones de vida de las familias y las condiciones laborales de grupos específicos como el de los piloncilleros; el agua, las calles; la producción de alimentos; la tenencia de la tierra y los programas agrarios; la organización en la comunidad; la relación con la naturaleza; y la importancia del atreverse a hablar.

Para el CBC, la riqueza de Tocooy es su tierra en términos de lo fértil que es en comparación con otros lugares, como en las ciudades a las que tuvo que migrar cuando era más joven. Además, expone algunas razones de porque las personas quizá no ven la tierra con ese valor.

CBC: “la riqueza de Tocooy es la tierra porque aquí tenemos un buen abono, yo he ido en otras partes, esta tierra negra casi no lo hay, en las ciudades no hay y tienen que comprar abono, y aquí no, pero lo que pasa aquí también tenemos ese pretexto de que no podemos trabajar la tierra porque nos hace falta dinero, pero yo me he dado cuenta de que no es eso, es falta de ganas, ganas de trabajar o quizás que no queremos trabajar a la tierra...ahorita tengo frijolitos sembrados, arbolitos y se ve que sí se da, y eso ya es dinero”.

Sobre si el apropiarse de esa tierra influye en la pertenencia a la comunidad, el CBC menciona que *“un comunero tiene que tener su parcela, tiene que tener su pedazo de parcela, donde lo trabaja”*. Sin embargo, ser Tocojero va más allá de la propiedad de la tierra y una persona sin parcela puede considerarse “interno” como él le llama. No importa que no tenga parcela, *“si vive aquí y participa es de la comunidad”*, aunque en lo agrario se le desconozca porque *“según el reglamento para ser comunero, a fuerzas tienes que tener parcela con croquis y un acta de asamblea”*, sin embargo, alguien interno también *“puede presentarse ante el Juez o el Consejo”*.

Cabe señalar que solo un comunero puede ser considerado para ocupar el cargo de CBC, quizá la autoridad con mayor presencia en la comunidad por los diversos programas agrarios que benefician a las familias de la comunidad. Para el CBC, el asunto agrario es muy importante, puesto que a través de ello se puede entrar a programas que ayudan al campo y a las familias, sin embargo, no todos los programas que ofrece el gobierno deben ser aceptados por la comunidad, pues las comunidades son libres de elegir. Como CBC ha tenido que dirigirse a las oficinas encargadas de lo agrario para defender los derechos de su gente.

CBC: “aquí somos una comunidad y nos tienen que respetar, nadie, nadie nos puede obligar, nadie, ni gente de agrario, ni gente de SAGARPA, nadie nos puede decir sabes qué, si no entran aquí te vamos a quitar (tal) programa, ese es un delito (...) yo soy comisariado y mi gente lo voy a defender, aquí no pueden meter programas...aquí si queremos entrar le vamos a entrar, si no, no”

Inevitablemente, cuando se habló de los programas que ofrece el gobierno surgió el tema de Prospera. Para el CBC este programa si ha beneficiado, pero menciona “solo a los que lo sabemos aprovechar” refiriéndose al destino del dinero que les otorga el programa. Hizo alusión al problema de la compra de alcohol cuando este se recibe “*imagínate ahí no puedes aprovechar el dinero*”.

Además, de acuerdo con el CBC cuando el programa no estaba en la comunidad, la actitud de las personas en cuanto a participación era diferente.

CBC: “yo me acuerdo mucho cuando ese programa no había... la gente se juntaba, iba a la limpieza a la clínica, nuestros solares lo teníamos limpios sin esperar el programa... ahorita la gente se está acostumbrando, dicen si yo no tengo programa de Prospera yo no voy a ir a la faena...”

Algunos valores resaltaron en lo que el CBC considera importante para tener salud y evitar la enfermedad. Uno de ellos es la *unidad*.

CBC: “primeramente tienen que tener una unidad, como pareja y como familia (...) porque yo he visto que la enfermedad viene de cuando uno le da coraje, cuando uno se pelea (...) te empieza a doler la cabeza, te sientes mareado, no tienes ganas de hacer nada, vas a trabajar, pero aquí tu pensamiento está pensando en otra cosa”

Asimismo, para el CBC, el diálogo es un elemento clave que influye en el devenir de las personas y de la comunidad, y que como autoridad ha motivado cuando tiene que resolver problemáticas colectivas de Tocooy.

CBC: “si tenemos un problema tenemos que hablarnos, dialogar más que nada, lo importante es dialogar, (...) para mí sí es importantísimo el diálogo (...) por eso es mi recomendación primeramente es dialogar, un diálogo te va a sacar adelante, esa es la solución”

El CBC habla de la importancia de construir ese diálogo entre las personas de Tocooy. Enfatiza la necesidad de hablar un lenguaje común para entenderse los unos a los otros, comenzar por saber qué es lo que estamos entendiendo por diálogo, y en esa reflexión, expresa la importancia y el deber que como autoridad tiene de explicar en idioma huasteco para un mejor entendimiento de eso que expresa a la gente de su comunidad como diálogo.

CBC: *“lo que pasa también tenemos que saber qué es diálogo (...) pues quizás que yo te digo diálogo así en español pero ya también te puedo decir en Tének qué es diálogo (...) el diálogo primeramente es estar platicando, decir qué es lo que nos está pasando, qué nos pasa, qué te pasa a ti o qué me pasa a mí, yo te voy a decir lo que pasa a mí y tú también me vas a decir lo que te pasa o qué te contaron y por eso estás enojado, (...) tener comunicación con la persona (...) así también en huasteco, si no saben en español diálogo yo te lo voy a decir en huasteco mejor, para que así entiendan más (...) casi siempre me ha gustado bromear con la gente, ya si tienen un diálogo, al último ya se pueden mandar refrescos y pueden comer y una sonrisa cada quien, la sonrisa le digo, el diálogo es la base para una buena organización”.*

De tal forma, para el CBC al hablar de salud y lo que se necesita para llegar a ello, surgen cuestiones más allá de la enfermedad y que tienen que ver con las relaciones con los otros, la importancia del diálogo, de la unión, del lenguaje común para entenderse y la organización como forma de vida de una comunidad.

El CBC menciona que la organización es lo que desea para su comunidad y con base en ello orienta su práctica cotidiana como autoridad y miembro de Tocoy. Asimismo, menciona que es a través de la organización que su comunidad puede lograr avanzar sola, y considera que eso es lo que les ha faltado.

CBC: *“si estuviéramos muy organizados, yo pienso que lo vamos a hacer nosotros mismos sin esperar que alguien lo haga (...) lo que pasa es que tenemos que organizarnos, tenemos que tener esa unidad, porque si no, pues no vamos a poder avanzar, ni la comunidad va a poder avanzar sola”.*

Desde la experiencia del CBC, falta motivar a la gente, hacerles ver que la unión les permitirá organizarse.

CBC: *“Yo desde ahorita en mis tres años, yo sé cuándo tengo razón...es que aquí hace falta organizarnos, porque si fuéramos unas gentes organizadas, pues una piedra, aunque este grande, menos peso. Entre muchos lo levantamos, pero si somos pocos no lo vamos a poder (...) yo quisiera organizar aquí la gente, quisiera estar al frente y decirles vamos a hacer esto, hay que organizarnos”*

Para el CBC la organización falta actualmente en Tocoy y sugiere que para ello se necesita a alguien que encabece.

CBC: *“tiene que haber alguien, ese alguien tiene que encabezar...de la comunidad y tiene que invitar a la gente, (...) nadie puede decir no, no lo*

pueden hacer, eso no, tenemos ese derecho de hacer y somos libres, lo que la comunidad quiere hacer”.

Finalmente, cabe destacar que para el CBC una razón poderosa por la que no se ha logrado esa organización en Tocooy, es que no todos los Tocooyeros tienen eso que él llama “el valor de hablar” o “palabras para hablar” y que él ha desarrollado a través de los cargos que ha tenido.

CBC: “No tenemos ese valor de hablar, a mí se me ha quitado porque he hecho muchos cargos, tenemos ideas, pero no las decimos. Si a mí ya no me toca, ahí vienen mis hijos, mis nietos, si yo no alcanzo, ahí vienen los demás, hay que pensar por los demás, tenemos que organizarnos, tener unidad, es todo”.

Lo anterior lleva a pensar en la importancia de la participación comunitaria, de asumir los cargos como ejercicios de autoridad que permiten el desarrollo integral de los sujetos, y desde esta perspectiva, pensar la salud como un todo integrado en la vida de las personas y los grupos, cuyo fin no es solo evitar la enfermedad, sino posibilitar el ser y hacer en la vida cotidiana, que al final es lo que construye una comunidad.

3.3 Identificación del Concepto de Salud construido por la Comunidad

Desde la voz y experiencia de los actores sociales significativos, así como de observaciones in situ, se identifican conocimientos, valores, prácticas y problemáticas de salud comunitaria, los cuales se analizan de forma integrada para construir un concepto de salud incluyente que permite dar un panorama general de lo que la comunidad considera como saludable o como daños a la salud, así como de las formas de generación, defensa y mantenimiento que consideran pertinentes dentro de su dinámica colectiva y su comunalidad.

3.3.1 El concepto de salud de la comunidad Tének de Tocooy

La salud en Tocooy, puede o no concebirse y practicarse vinculada a la enfermedad y por ende no se limita a su atención.

Cuando la salud es concebida a partir de la enfermedad, se observa que en la práctica la población ha desarrollado una capacidad para construir conocimientos curativos o preventivos independientes de los expertos y las instituciones biomédicas. La experiencia de enfermedad ha llevado a la población a identificar que existen diferentes formas de atenderla y reconocerla; resultado de ello, la población recurre a diversas formas de atención específicas tanto del ámbito

institucional, tradicional o comunal. Depende de los sujetos, sus creencias, valores, conocimientos y habilidades el hacer uso de las diferentes formas de atender la salud-enfermedad, así como de las condiciones y posibilidades que tengan para acceder a estas.

Cuando la salud es concebida más allá de la enfermedad y la curación, la salud puede definirse como equilibrio, armonía e integridad para la vida, y se expresa en un sentirse bien individual y colectivo, que es posible evidenciar a través de la actitud (agradecimiento, amabilidad, solidaridad) y el ánimo (estar feliz, contento, tranquilo), pero también a través del físico (vigorosidad para hacer cosas: convivir, jugar, trabajar). La salud en Tocoy, es producto de relaciones sociales armónicas, colaborativas y recíprocas en el que la gratuidad es un elemento de solidaridad frente a las adversidades. Mientras que la enfermedad es resultado de un desequilibrio social y natural que limita el fluir de la vida cotidiana, que, a su vez, vuelve consiente la salud como aquello que se ha perdido y debe recuperarse.

De tal forma, a través de la sociabilidad, la solidaridad y los valores comunes, la población en su conjunto va definiendo problemas y soluciones posibles para la generación de salud (individual y colectiva) en función de un bien comunal y no solo en función de un padecimiento o problemática de salud específico. La “unión comunitaria” posibilita el entendimiento y las acciones para “poder hacer cosas”, “poder hacer de todo” como sinónimo de salud, a pesar de las diferencias (de parentesco, de pensamientos, de edad, religiosas, de educación, entre otras).

A partir de la idea de salud que construye la comunidad de Tocoy, es posible distinguir los diversos conocimientos, valores y prácticas que construyen los ACS, que a su vez influyen en la idea de salud que se construye en Tocoy.

- Conocimientos, Valores y Prácticas en salud del personal médico de la UMR:
 - La salud está asociada a la ausencia de enfermedad, por lo que gran parte de su explicación se restringe a ésta. La enfermedad es encarnada (“algo del cuerpo que anda mal”), por lo que para acceder a esta (“diagnosticar”) es necesario medirla en el cuerpo (“datos de laboratorio”). La enfermedad al ser producto de las prácticas que realizamos (con el cuerpo) también se puede prevenir.
 - Es posible observar la salud a través del cuerpo, mediante lo que se ve (físico), se expresa (la actitud) y se siente (el ánimo).
 - La salud es un elemento importante que permite llevar a cabo la vida diaria.
 - La salud se puede concebir en lo individual, lo que se asocia a evitar gastos por enfermedad; pero también en lo colectivo, lo que se asocia con patologías (ej. dengue) producidas por la comunidad, a través de medidas que ésta lleva o no acaba (medidas de salud pública).
 - En la salud influye la edad, la escolaridad, las experiencias vividas (enfermedad y muerte) y el cómo se lleva la vida, por lo que tener trabajo también influye.

- Para alcanzar la salud es necesario llevar a cabo prácticas de cuidado biomédico (ir al médico; llevar el tratamiento; tomar el medicamento para que no empeore la enfermedad; hacer lo que el médico dice) y para lo cual se vuelve necesaria la unión, el diálogo y la orientación entre las personas.
 - Su rol dentro del proceso s/e/a/p es autopercebido como un orientador.
 - En la percepción del rol de los otros dentro del proceso s/e/a/p, desconoce lo que hace un médico tradicional y los pacientes deben seguir lo que dice el médico.
- Conocimientos, Valores y Prácticas en salud del Médico Tradicional:
- La salud es un equilibrio entre espíritu-naturaleza. El espíritu existe de forma libre o encarnada. La naturaleza es el origen de todo (sostiene la vida).
 - Un desequilibrio entre espíritu-naturaleza genera enfermedad, muerte y escasez (alimento, trabajo, amor, entre otros).
 - Las muertes, las enfermedades y la escasez se asocian a la pérdida de saberes y prácticas culturales.
 - Los saberes y las prácticas culturales se expresan en forma de rituales y ceremonias y en el conocimiento sobre el origen del desequilibrio espíritu-naturaleza.
 - El origen de la enfermedad (desequilibrio espíritu-naturaleza) marca la ruta terapéutica que debe seguirse. Este origen puede ser espiritual o natural y necesita el trabajo del curandero (el que tiene el don (dado por Dios) o el que ha desarrollado la capacidad), puesto que se expresa más allá del cuerpo.
 - Un desequilibrio puede ser causado por envidia, hechizos, brujería, mal aire, otros, y generan un desequilibrio que tiene su propia evolución (ej. gravedad-muerte) y especificidad (ej. la mala sombra puede ser negra, roja o blanca lo que determina su peligrosidad), lo que requiere aplicar elementos específicos que ayudan a recuperar el equilibrio (ej. sahumerio, rezos, otros).
 - Los rituales y ceremonias son protectores porque restablecen el equilibrio espíritu-naturaleza. Son procesos saludables para las personas y las comunidades, puesto que ayudan a no enfermarse, avanzar y tener trabajo y alimento.
 - El cuerpo es naturaleza (es barro), la naturaleza ayuda al cuerpo porque es parte de ella (venimos de la tierra).
 - El cuerpo es el vehículo del espíritu (se encarna), pero el espíritu también puede estar libre y necesita de rezos para mantenerlo en armonía con la vida material (sino se hace presente).
 - La madre tierra (naturaleza) purifica el aire que respiramos a través de los árboles, protegiendo de venenos o un mal aire, entre otros (los árboles son protectores).
 - En este mundo (material) hay que estar preparado para estar bueno y sano lo que requiere un equilibrio entre la alimentación, la familia y el trabajo.
 - En las comunidades hay gente que sabe curar con plantas porque lo aprendieron de sus antepasados a través de los ritos y las ceremonias (saberes y prácticas culturales).

- Hay elementos de la naturaleza, ej. plantas/hierbas que solo el que tiene el don sabe usar.
 - Los rezos son protectores para el que cura y el que es curado.
 - Se autopercibe como un medio entre dios-naturaleza-espíritu, al tener el don puede ayudar si hay un desequilibrio.
 - Percibe al médico de la clínica (medico occidental) como aquél que sabe curar a través de sus estudios sobre el cuerpo, pero lo que no ve no lo puede curar. Considera que las personas necesitan que se les ayude para recuperar el equilibrio (salud) cuando la han perdido.
- Conocimientos, Valores y Prácticas en salud del Voluntario de Salud y el Grupo de Agentes voluntarios de Salud:
- La salud es vivir con armonía. Poder despertar sano, trabajar y relacionarse con los demás de forma armónica, colaborativa y solidaria, permite sentirse contentos, tranquilos y agradecidos.
 - La salud se observa en el bienestar de una persona que se siente bien y no se enferma.
 - La salud no es absoluta, *“siempre debe haber un enfermo entre las familias”*
 - La salud es colectiva (solo puede lograrse con total bienestar de la familia). Es producto de la relación con el entorno (ambiental y social) en que vivimos.
 - Ser sano significa, “salud total” lo que incluye el cuidado y la salud del entorno.
 - La salud se logra conviviendo, jugando, teniendo una buena alimentación, trabajando y estando de buen humor; a través de la solidaridad entre las personas/familias (apoyo mutuo).
 - Requiere de prácticas preventivas (limpieza).
 - Las costumbres y ritos evitan la enfermedad.
 - La capacitación en salud requiere hacerse a través de la experiencia cotidiana y de lo que pueda ser aplicado en la comunidad en el corto plazo.
 - Se autopercibe dentro del proceso s/e/a/p como un vínculo para la comunidad, las familias.
 - En la percepción del rol de los otros en el proceso s/e/a/p, considera que las familias deben participar y concientizarse de su salud. Reconoce que hay gente en la comunidad que sabe usar plantas y otras cosas para atender la salud. El médico diagnostica y da medicamento.
- Conocimientos, Valores y Prácticas en salud del Comisariado de Bienes Comunales y los Tocoyeros:
- La salud es un todo integrado en la vida, cuyo fin no es solo evitar la enfermedad, sino posibilitar el ser y hacer en la vida.
 - La salud se puede observar a través de la actitud y las emociones (se le ve en la cara, se sonríe, anda contento/a).

- Requiere llevar a cabo prácticas de autocuidado: tomar agua de botellón o hervida, evitar tomar muchos refrescos, cuidar las cosas que comemos, estar limpios (personal y comunidad).
- Para lograr la salud se necesita el diálogo, la unión, un lenguaje común, la organización y participación.
- Asumir los cargos como ejercicios de autoridad permite el desarrollo integral de los sujetos. Ejercer uno o varios cargos a lo largo de la vida ayuda a los sujetos a desarrollar la responsabilidad y el sentido de comunidad puesto que los obliga acercarse a la realidad de los otros (los cargos han permitido a los sujetos, especialmente a las mujeres, desarrollar habilidades y fortalecer capacidades para la organización y la convivencia con los otros).
- La salud se puede ver obstaculizada por la desorganización, la desmotivación, la falta de alguien que encabece, la falta de “el valor de hablar” o “palabras para hablar”.
- Se autopercebe en el proceso s/e/a/p como un representante y gestor de la comunidad para ayudar a mejorar y que eso ayude a la salud de la comunidad.
- La comunidad debe hacerse cargo de sus problemas, pero necesita quien encabece para organizar. Las personas deben ser limpias y cuidarse unas a las otras. El médico debe atender cuando hay necesidad, presta un servicio. El comité de salud está ausente. El voluntario y los agentes contribuyen a la salud de las familias diciéndoles que participen con su salud.

A partir de los conocimientos, valores y prácticas identificadas, es posible distinguir aquello que se considera como saludable o no en la comunidad, y que se expresa en la cotidianidad como problemas de salud colectiva a nivel local.

Las problemáticas de salud de la comunidad Tének de Toco, provienen de relaciones sociedad-naturaleza desequilibradas y complejas reflejo de lo local y lo global, que tienen un impacto en la vida cotidiana de la población y que generan conflictos a nivel individual y colectivo, lo cual va mermando los modos de vivir colectivos y las medidas correctivas emprendidas en la comunidad. Todo ello en conjunto, tiene un impacto en la salud.

A partir de las experiencias cotidianas de los ACS, fue posible comprender que las problemáticas de salud en la comunidad se registran en diferentes dimensiones de la vida (social, ambiental, biológica, económica, cultural, institucional), por lo que no se restringen a la enfermedad ni al ámbito biológico. De tal forma las problemáticas de salud de Toco son aquellas que imposibilita sobre todo las relaciones sociales armónicas, solidarias y colaborativas, puesto que estas limitan la salud en términos de integridad, armonía y equilibrio de todos y todas en la comunidad.

Resultado de la aplicación de múltiples herramientas de investigación a lo largo del trabajo en campo, a continuación, se exponen las problemáticas de salud identificadas en Tocoy, desde sus múltiples dimensiones.

DIMENSIÓN SOCIAL	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
Empleo precario que produce riesgos a la salud	<i>“Somos piloncilleros (a veces albañiles), hay riesgo en ambos, las personas que se han quemado, el humo, en las casas con horno, se acumula, seis horas se le tiene que meter gabazo, primero leña, para 5 lajas de miel y le metemos lumbre, estamos ahí de 8am a 1-2pm. El calor te tienes que aguantar, estar al pendiente porque si no la miel se tira. Usamos equipo que hemos hecho, afecta la vista, casi no veo por lo mismo, yo crecí, porque mi papá tenía 2 hectáreas, muchos jóvenes ya no ven por lo mismo, al terminar sientes que te arde, si hay arrollo vas a meterte y cambia el calor (...).Uno muele la caña, termina y descansa, la esposa deja lunch, ayuda a recoger el gabazo y a meter el gabazo a la miel, ella trabaja más que uno, ella llega a la casa y comienza a trabajar, los niños cargan caña, los sábados no vienen a la escuela juntan gabazo, barren, cargan cañas. Hay mujeres que cargan al niño y la caña, ha pasado que se caen con todo y el niño más cuando hace sol porque está seco. La gente se llega a caer en las punteras, hay que poner guardas, circular”.</i>
Conflictos sociales	<i>“Hay gente que son necios, queman la basura, no amarran a sus animales. En mi casa yo no tengo, pero la gente tiene, vecinos, ellos tienen sus pretextos, no es el mío, causa conflicto avientan piedras, se arma el problema”.</i>
Alcoholismo asociado a la agresividad y a los accidentes que producen muertes	<i>“En la comunidad está el alcohol, digo que es de violencia en la familia, andan golpeando a la esposa e hijos y van a la cárcel, se vende en la comunidad, cuando uno toma si has tenido problemas te abstienes, los jóvenes se enferman, dicen tú tomas, yo tomo, por su gusto, me siento bien dicen, hay jóvenes que han muerto por lo mismo”.</i> <i>“hay alcohólicos anónimos, hay personas que quieren quitar de tomar, pero no saben cómo hacerlo”.</i>
Calles inadecuadas y falta de espacios para la convivencia	<i>“La calle está fea, hay piedras grandes, no está parejo, esta chueco”.</i> <i>“Cuando se enferma tienes que sacarlo, hay que alzarlo con una silla ni con carretilla vas a poder pasar por la calle”.</i> <i>“Hay un arroyo y cuando llueve no pueden cruzar, si comen, pero no comen como se debe porque no hay paso”</i> <i>“El vado se llena de agua cuando llueve y se vuelve difícil pasar, si no deja de llover ya no pasan”.</i> <i>“Salimos a jugar al campo, la galera está en malas condiciones”.</i> <i>“Hace falta espacios para convivir”.</i>

Sin acceso a agua todo el año y el agua disponible no es segura	<p><i>“Cuando se quema el motor ya no llega el agua, hemos durado, así como 1 o dos meses, almacenamos en el Rotoplas o varios tienen pozo en su solar”.</i></p> <p><i>“Donde vivo a 50 m. tenemos pozo, es noria, pegado al arrollo, al crecer se junta todo, al bajar todo lo que traía la corriente se queda. Ahora que vi, ya no tomo agua de ahí, viene de baños de la fosa (...) para mí ya no es un agua normal (...) agua si hay, pero nunca se sabe. A veces salgo a trabajar y me dan agua y yo me aguanto”.</i></p>
El servicio público de recolección de basura no es eficaz	<p><i>“La basura, aunque tienes todas tus bolsas tienes que meter la solicitud para que pase, antes no pasaba porque las calles estaban feas, ahora talvez si pase, el juez dice el mismo día en que pasara, sería mejor tener un día como el viernes y un horario fijo como en las tardes”.</i></p>
Sin letrinas o sanitarios en malas condiciones	<p><i>“Tenemos baños, letrinas unos secos y otros húmedos, no están bien construido o terminados”.</i></p>

DIMENSIÓN INSTITUCIONAL	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
Servicio e infraestructura deficiente	<p><i>“Tienes que estar horas todo el día, tienes que aguantar ayunas. Hay pacientes muy enfermos que esperan”</i></p> <p><i>“Teníamos fijadas fechas, antes las horas, pero desaparecieron los reglamentos”.</i></p> <p><i>“Tiene que haber un Dr. así en las noches, un Dr. las 24 horas porque uno no sabe cuándo se va a enfermar, a veces hay enfermos que enferman de repente, de noche o de día se enferman”.</i></p> <p><i>“Todas las cosas que están ahí tiradas, en el solar en la clínica (...), si un paciente va ahí según ya va enfermo con mayor razón se va enfermar más por todo lo que hay ahí”</i></p> <p><i>“La clínica está chica y los medicamentos no hay, a veces ni doctores tenemos, ahora ni enfermeras no tenemos los sábados y los domingos”.</i></p>
Deficiencia de recursos humanos y materiales	<p><i>“En la clínica no hay médico de 24 hrs”.</i></p> <p><i>“Los medicamentos a veces no hay, no ajusta”.</i></p> <p><i>“Hay señoras que han muerto porque no hay médico”.</i></p>
Percepción del rol del médico negativo	<p><i>“La enfermera y los médicos son estrictos, han tenido conflictos”</i></p> <p><i>“Ya no te ve, no te mide, no te pesa, ya es solo la firma”.</i></p>

DIMENSIÓN BIOLÓGICA	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
La presencia de enfermedades limita la vida diaria	<p><i>“si uno está enfermo no puede trabajar”.</i></p>

DIMENSIÓN CULTURAL	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
Percepción de falta de justicia	<i>“El comisariado era más estricto, las autoridades eran más estrictas, que no hacían esto, pues te llevaban a la cárcel, estaba uno boca abajo sino tienes que pagar algo, y como una corte si no lo cumple y ahorita ya casi no lo hacen, ya no”.</i> <i>“la justicia aquí no funciona porque hay muchas maldades, hay muchas cosas si pones una demanda no pasa nada”.</i>
Se percibe falta de organización	<i>“No ha habido la suficiente organización”.</i> <i>“No sabemos organizarnos”.</i>
Se percibe una menor participación	<i>“La gente antes si hacían un trabajo y una faena todos venían, pero ahorita no”.</i>
Se están perdiendo usos y costumbres, entre ellos el idioma	<i>“Es triste porque estamos olvidando usos y costumbres, cuando te ven en la cd, ya no lo tienen, les da pena, les da vergüenza cuando van a la ciudad, puro español”.</i>
Conocimientos locales	<i>“Las personas van al médico tradicional cuando no es muy grave, les dan yerbas, les da miedo ir a Valles porque se mueren, los médicos deciden quien se muere porque está batallando”.</i>

DIMENSIÓN AMBIENTAL	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
Contaminación del agua	<i>“Van al arrollo a lavar ropa”.</i> <i>“La basura en la carretera se va al arroyo”.</i> <i>“Las necesidades lo barremos y lo echamos a un arroyo”.</i>
Contaminación del suelo	<i>“La calle principal hay mucha contaminación de los PETS, cuando llueve luego se siente feo”.</i> <i>“A la caña le echan insecticida o a las milpas”.</i> <i>“Fumigan en lugar de limpiar con el machete o el guingaro”.</i>
Contaminación del aire	<i>“Quemamos basura en conjunto con el plástico (...) llega el olor a otras casas, por eso nos enfermamos más que nada”.</i> <i>“Se levanta el vapor y va a los pulmones. Va entrando la enfermedad cuando va caminando en la calle”.</i>
Problemas de animales y plagas asociado a la producción de alimentos	<i>“Los animales no nos dejan trabajar, no tenemos dinero para poner tela”.</i> <i>“Las plagas pican las hojas, un gusano en medio seca las hojas del frijol, compramos insecticida en polvo en Tanlajas con agua y con un rollo de hierbas salpicas”.</i> <i>“En los solares, los animales vienen a mi solar, está lleno de lodo, los animales llegan y escarban, como tengo necesidades, ahí lo dejo y luego cuando llueve las personas se enojan, uno no quiere, tiene conflictos”.</i>

DIMENSIÓN ECONÓMICA	
Problemáticas	Experiencia rescatada para ejemplificar la problemática identificada
No hay un ingreso fijo, ni un pago justo por el piloncillo que producen	<i>“Como productores (piloncilleros) tenemos tiempo con problemas (...) sube el precio, porque pocos tienen. El pilón en mancuerna se vende en \$3.50 o \$4.00, pero nunca se ha visto que exista un precio convenido”.</i>

3.4 Aproximación polifónica a los COPOS

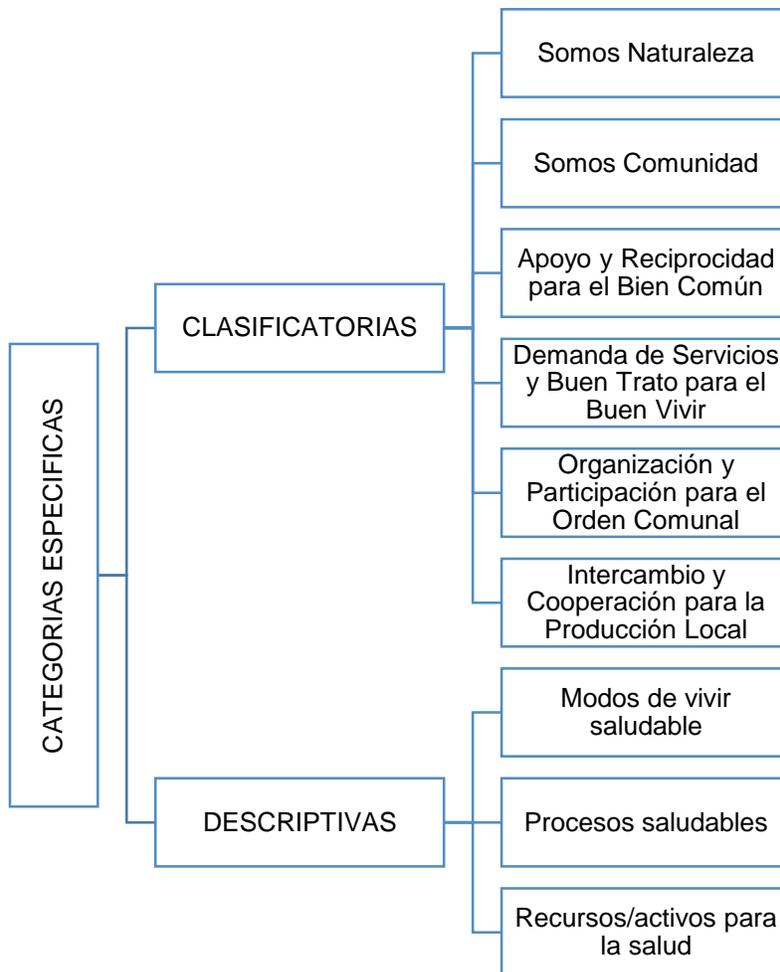
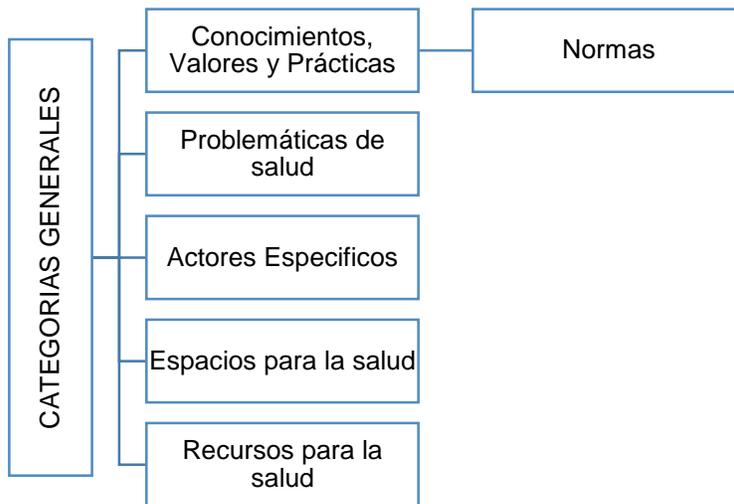
Una vez que se conoce la situación de salud en términos relacionales y que se ha construido el concepto de salud de la comunidad, se cuenta con datos en torno a saberes, haceres, espacios, actores específicos, recursos, problemáticas, factores de riesgo, valores y normas socioculturales. Dichos datos son ordenados, analizados e interpretados en categorías generales y específicas. El primer tipo de categorías surge de manera a priori al iniciar el proceso de investigación sobre los COPOS. El segundo tipo de categorías emerge de los datos recolectados en campo y van de lo particular a lo general. El análisis de dichas categorías en matrices reflexivas permite reconocer el contexto plural en que los COPOS emergen en un nivel específico, que en el caso de los COPOS es en un nivel local y comunal. De ser necesario, más adelante los COPOS se podrían estudiar en otros niveles.

Una vez identificado el contexto plural con base en la categorización obtenida, los COPOS se presentan retomando los contenidos y se clasifican en tres grandes categorías descriptivas: *modos de vida saludables, procesos de salud y recursos (activos) para la salud*. Hecho esto, se cuenta con los datos que surgieron en campo “de primera mano” ordenados en función de la idea de los COPOS. Esta ordenación de la información se haya contextualizada y lista para utilizarse en función de analizar, intervenir, evaluar y dar seguimiento en salud a nivel local.

Cabe señalar que el tener los COPOS ordenados en grandes categorías, nos permite ir definiendo y priorizando los COPOS en términos generales o concretos. En términos generales los COPOS deben dar cuenta de las partes que conforman el todo y que contribuye a explicar aquello que genera salud en la comunidad; mientras que en términos concretos se puede retomar una parte del todo para explicar y actuar en salud con base en una problemática concreta, ej. COPOS-agua, COPOS-basura, etc.

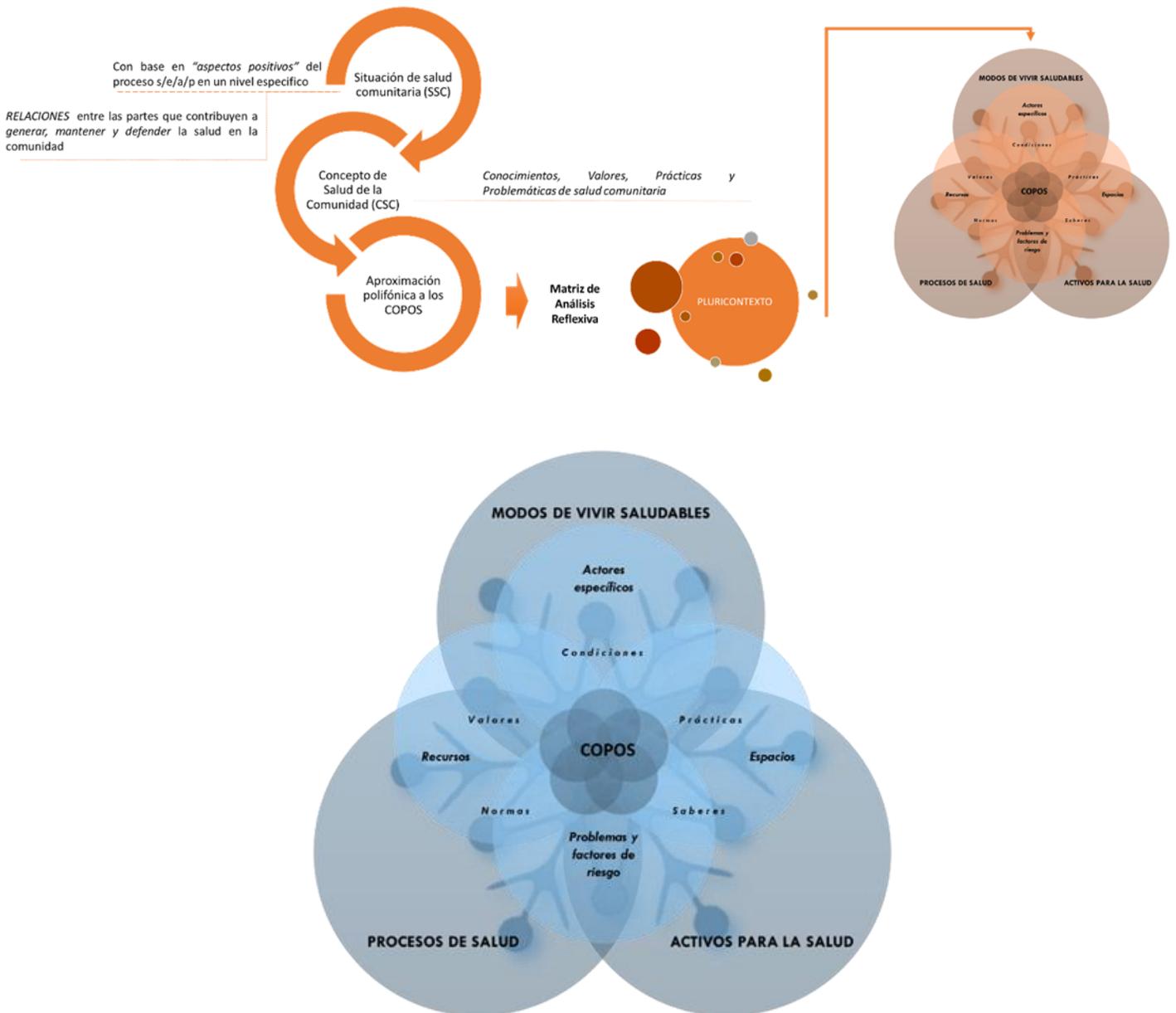
3.4.1 Los COPOS de la comunidad Tének de Toco

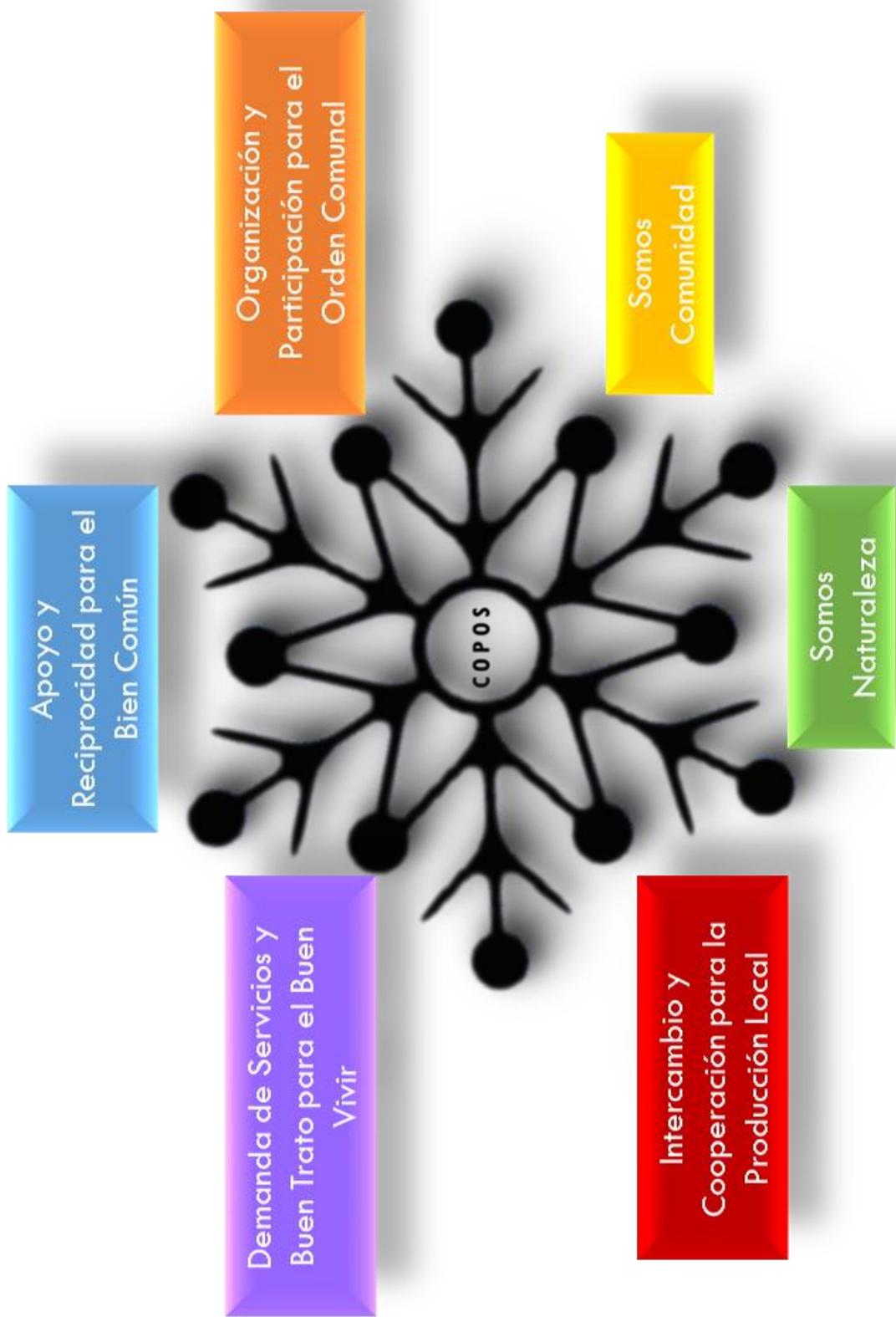
Una vez recolectados y ordenados los datos, estos fueron codificados y categorizados en *categorías generales* y *categorías específicas*.



Posteriormente, se hizo un análisis relacional de estas categorías, en la búsqueda por rescatar la pluralidad de voces, perspectivas y saberes recolectados a lo largo de la investigación, es decir, de la aproximación polifónica de saberes.

A continuación, a través de una matriz relacional y tablas de contenidos se da cuenta de los COPOS de la comunidad Tének de Toco, los cuales se expresan en modos de vivir saludables, procesos saludables y activos de salud, dentro de categorías que permiten su ordenación contextual.





SOMOS NATURALEZA

Para la comunidad Tének de Toco, la naturaleza es la interrelación entre humanos, plantas, espíritus, animales, dones y dioses en un espacio dinámico y tiempo cíclico. Para mantener el equilibrio de la naturaleza, se requieren mecanismos de intercambio, como el trabajo colectivo (ej. “hacer faenas”) y las ofrendas (ej. “llevar alimentos al que visitas”, “suplicas”, “oraciones”) los cuales se utilizan para agradecer y solicitar protección o para cumplir con algún compromiso. Los humanos somos apenas un elemento de la naturaleza (ej. “el árbol de la vida es nuestro cuerpo”) y nuestro equilibrio en el mundo material está en el trabajo, el alimento y la familia, lo que permite “estar bueno y sano”. El equilibrio trabajo-alimento-familia se refleja en las actividades agrícolas que conllevan un entramado de prácticas simbólicas relacionales con la naturaleza, en el que el trabajo colectivo ayuda a mantener el equilibrio y con ello evitar la escasez. Para la comunidad, la naturaleza lo es todo, es el origen. Sin embargo, este conocimiento se está perdiendo. En Toco, se han dejado de llevar a cabo prácticas rituales en la vida colectiva que servían para agradecer y proteger a la naturaleza, con ello se van perdiendo saberes sobre la naturaleza (ej. función de las plantas y ritos), prácticas tradicionales y costumbres (ej. danzas y música como ofrenda) que “hacían, pero ya no hacen”.

Modos de vivir saludable	Las relaciones de la naturaleza son mutuas y cotidianas. A lo largo del año se trabaja la tierra en familia. Se siembra milpa (maíz, calabaza, frijol o zarabando), caña, palmilla, vainilla, café, así como árboles frutales (naranjas, mangos, lichis, otros) y ornamentales en parcelas y solares para protección de la familia. El trabajo se puede hacer en equipo, de forma gratuita como mecanismo de reciprocidad o intercambio, o recibiendo/dando un pago (\$100 con alimentos u \$80 sin alimentos día y tarde). Se crían animales para diferentes fines (compañía, consumo, venta, intercambio). Se recolectan plantas silvestres (salvajes) que crecen en la parcela, el solar, el monte o a orillas del camino. Algunos llevan a cabo ritos y ceremonias al iniciar labores, al inicio y final del año, en día de todos los santos, cumpleaños y para el cambio de autoridades.
Procesos saludables	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajar la tierra para producir alimentos. -Sistema tumba, roza y quema para preparar la tierra para sembrar siguiendo el ciclo natural. -Sembrar árboles frutales y ornamentales alrededor de las parcelas y el solar para tener frutos, purificar el aire y dar sombra. -Intercambiar semillas y esquejes “palos”. -Ritos y Ceremonias para agradecer y proteger la cosecha, tener trabajo y restablecer el equilibrio (sanar). -El sistema ritual utiliza oraciones, sahumerios, ofrendas y costumbres para mantener el equilibrio espíritu-naturaleza-dios, recibir protección y sanación. -Reuniones de bienes comunales para la toma de decisiones en consenso sobre la tierra. -Dejar crecer las plantas silvestres para consumo, remedios o curaciones. -Criar animales domésticos (el perro para cuidar, la gallina para los huevos, el puerquito para vender o intercambiar cuando tiene más de seis meses). -Ubicar letrinas lejos de los pozos de agua. -Limpiar la basura del solar, las calles y alrededor del río. -Limpiar con machete y guingaro en lugar de fumigar. -No cortar los árboles que ya hay para que haya agua limpia. -Utilizar elementos de la naturaleza para construir (ej. palma para techos, carrizo para artesanías, otate para muros, entro otros).
Activos de salud	<ul style="list-style-type: none"> Árboles frutales (mangos, lichis, naranjas, tamarindo, café, otros) Plantas ornamentales (palmilla, otate, carrizo) Plantas comestibles (suyo, nopal, palmito) Hierbas nutricéuticas (pemuche, moringa, “hierba de la insulina”, piñón)

	<p>Animales para diversos fines (compañía ej. “platicamos con los animales”; terapéuticos “la piel de zorrillo en polvo para el tratar el asma”; venta o intercambio)</p> <p>Cascada, río y pozos</p> <p>Barro de la cascada (se aplica en el pelo de las mujeres, para darle brillo y suavidad)</p> <p>Milpas (Maíz, calabaza, frijol, zarabando)</p> <p>Cañaverales (caña, piloncillo)</p> <p>Deidades (Madre tierra, dios)</p> <p>Elaboración de platillos tradicionales (bolim, zacahuil, tamales, atoles)</p> <p>Calendarios cíclicos: agrícola, fertilidad</p> <p>Espacios dinámicos y de interacción (parcelas, solares, vivienda, monte, galera, iglesia, cancha)</p> <p>Sahumerios</p> <p>Valores (reciprocidad, armonía, equilibrio, espiritualidad, fuerza, gratitud, integridad, naturaleza, respeto, tradición, variedad)</p>
--	--

SOMOS COMUNIDAD	
<p>Para los tocayeros, la comunidad es la combinación de aquello que la habita (seres y fuerzas sociales) y aquello que se realiza en ella (prácticas simbólicas y relacionales). Su concepto de comunidad se asocia a la noción de espacio dinámico y de interacción, el cual puede referirse: i). – a la tierra como origen de todo “madre tierra” (como algo dado que existía previamente y que debe protegerse), ii). - al territorio, construido y defendido (para tener donde vivir, para trabajar). El espacio cobra relevancia a través de las personas que lo habitan y en su interacción se construye un sentido de comunidad y se reafirma la pertenencia a esta (ej. “nos decimos somos de aquí”). Si bien algunos tocayeros son comuneros para poder trabajar la tierra, para tener donde vivir y para relacionarse, lo que conlleva una serie de beneficios productivos y obligaciones, el ser comunero no es el único elemento que da sentido y pertenencia a la comunidad. Ser coherente con el sentido comunitario implica compartir normas (ej. respeto a las autoridades) y prohibiciones (ej. no vender alcohol), respetar compromisos (ej. acuerdos en asamblea), participar (ej. faenas) y formar lazos (consanguínea, matrimonial, espiritual) que permiten la pertenencia a la comunidad por herencia o derecho propio. Asimismo, en Tocoy se reconoce que existe diversidad de pensamiento (ej. religioso, político, terapéutico), pero a su vez una unidad respecto a los aspectos comunes que permite la gestión conjunta de aquello que les concierne a todos y todas (ej. el agua, las autoridades).</p>	
Modos de vivir saludables	<p>Los tocayeros tienen la capacidad para crear y reproducir valores culturales e identidad a través de relaciones sociales recíprocas que les permiten reconocerse como comunidad con identidad étnica, costumbres, tradiciones, formas de organización y jerarquías particulares, en interacción permanente con otros grupos socioculturales. Dentro de la comunidad existe una diversidad de credo y de política, que se entiende como “cada quien tiene sus ideas”, a la vez que existe una unidad para la gestión de los asuntos que les afectan a todos y todas. Se ponen en marcha estrategias de reconocimiento y participación para “hacer de todo”. Las subjetividades que emergen entre los tocayeros en su cotidianidad les permiten crear proyectos propios (ej. agrandar la casa, abrir una tienda, salir a estudiar o trabajar, sembrar esto o aquello) que se rigen por normas socioculturales comunes (ej. no invadir terrenos ajenos, participar en cargos, cooperar, contribuir), lo que posibilita el convivir de forma responsable en la otredad. Ello, implica conocer al otro y ser responsable del otro para evitar conflictos, envidias, enemistades o “travesuras”. A pesar de las diferencias de edad, parentesco, religión, creencias terapéuticas o elecciones de estilos de vida, de elegir salir, quedarse o de estudiar dentro o fuera, es posible tomar decisiones en conjunto en los diferentes ámbitos de la vida puesto que existe un orden social y una jerarquía que les permite vivir en común, no de forma libre, sino de forma</p>

	interdependiente. De tal forma en Tocoy existe la capacidad objetiva que permite el potencial cultural y político de la comunidad y sus integrantes para lidiar con autonomía relativa las problemáticas que se presentan.
Procesos saludables	<ul style="list-style-type: none"> -Generación de experiencias comunes producto de la cotidianidad -Tomar decisiones en consenso a través de asambleas comunitarias y elección de autoridades. -Heredar tierras y conocimientos para dar continuidad a la costumbre -Registrar las parcelas con el comisario de bienes comunales para tener certeza, legalidad y protección de las tierras. -Establecer matrimonios entre mismos Tének para conservar idioma y tradiciones (aunque existe la posibilidad de hacerlo con alguien del exterior). -Apoyar y conformar grupos de danza y de música para mantener la costumbre. -Hablar en Tének para conservar el idioma. -Elaborar bordados Tének como recreación y para venta. -Celebrar las festividades con la elaboración de platillos típicos (bolim, tamales, atoles). -Cuidar las instituciones, las escuelas, la clínica, la iglesia, los comercios. -Elegir, o no, participar en programas de gobiernos y con otros agentes externos (dependiendo de los intereses propios y comunitarios). -Respetar la ritualidad del sistema de cargos (duración, jerarquías, rotación). -Regresar a visitar a la familia si se ha migrado y colaborar con las festividades.
Activos de salud	<p>Idioma Tének. Conocimiento de bordado y uso de telar. Grupos de Danza. Vestimenta típica. Grupos de música. Sones. Conocimiento de elaboración de ollas de barro. Las historias de los abuelos y de “los que saben cosas” (historias sobre la comunidad y sus luchas por tierras o por acceso a servicios). Instituciones que establecen roles, obligaciones, prescripciones y formas de organización particulares (iglesia, escuelas, centro de salud, casa comunal). Visión común. Experiencias comunes Lazos de parentesco, alianzas, vecindad. Valores (respeto, participación, tolerancia, realización, comunidad, unión, diversidad, familia).</p>

APOYO Y COOPERACIÓN PARA EL BIEN COMÚN
<p>Las relaciones sociales positivas establecidas entre los tocayeros y con el exterior, funcionan como soportes en beneficio de la comunidad y son producto de la sociabilidad. Las capacidades de sociabilidad están ligadas a las relaciones de cooperación de los tocayeros y se reflejan en la actitud (ej. el saludo en espacios públicos y de encuentro es un acto que demuestra una actitud de respeto y refleja salud); en el estado de ánimo (ej. estar alegre, sonreír); y en el ejercicio de la reciprocidad (obligación de hacer y devolver en correspondencia al aceptar y recibir) sobre todo cuando se presenta la necesidad o la escasez. Las relaciones sociales positivas se potencian en la cotidianidad, la ritualidad, en prácticas compartidas, y en sucesos especiales como festividades o ceremonias; además, dinamizan el espacio y las asociaciones entre las personas. Asimismo, las relaciones sociales positivas tienen un peso mayor frente a otras cuestiones como el género, la edad, la clase social, por lo que permiten conservar la cultura del grupo y su actuar en común. Al desplegarse en los diferentes espacios construidos por la comunidad (ej. vivienda, casa comunal, galera, cancha, solar, parcela, iglesia, escuelas, otros), el contexto y los lazos de confianza</p>

<p>establecidos entre los tocayeros y entre estos y con externos las determinan, de ahí que el usar el Tének o el español para comunicarse con externos, conlleva más simbolismos que el simple hecho de darse a entender o no.</p>	
<p>Modos de vivir saludable</p>	<p>La comunidad Tének de Tocoy, tiene una capacidad objetiva para relacionarse en beneficio de todos y todas a través de la sociabilidad y la asociación cooperativa. Para ello, ha desarrollado espacios de encuentro (ej. casa comunal, galera, vivienda, parcela), habilidades (ej. el valor de hablar), códigos (ej. hablar en Tének asuntos que solo le competen a la comunidad), tipos de asociaciones (ej. apadrinazgo, consanguínea) y entendimiento común (ej. lenguaje común). Las prácticas relacionales y simbólicas que benefician a la comunidad tienen que ver con el apoyo, la ayuda mutua, la cooperación, la comunicación y la movilización, las cuáles posibilitan la preservación del idioma Tének, la transmisión de conocimientos, tradiciones y costumbres, así como la conformación de fuerzas sociales y la capacidad política a través de sus autoridades, como el Comisariado de Bienes Comunales quien vela por los intereses de la comunidad en su conjunto y no solo de aquellos que son comuneros.</p>
<p>Procesos saludables</p>	<p>-Apoyarse en casos de necesidad (enfermedad, muerte, desgracia) por ejemplo: visitar al enfermo; llevar una ayuda económica o en especie a la familia o a través del juez; cargar en el entierro; llevar alimentos producidos en el solar, la parcela o comprados (pan, refresco); solicitar apoyo a la comunidad por audio comunitaria) -Realizar visitas de cortesía para cumplir con compromisos por asociación espiritual, civil o política. -Saludar en la calle con respeto y amabilidad. -Traducir en Tének-español, español-Tének cuando se requiere, sobre todo para los abuelos y abuelas. -Brindar regalos, ayuda mutua, apoyos económicos o en especie, y gratuidad en los apoyos.</p>
<p>Activos de salud</p>	<p>Equipos deportivos (básquet, fútbol) Grupos de Ayuda Mutua (Ej. AA, CARAS) Relaciones de parentesco (ej. compadrazgo, padrinazgo) Apoyo social Tradiciones y costumbres Experiencias comunes Valores (amabilidad, alegría, amistad, apoyo, colaboración, comprensión, comunicación, cuidado, gratitud, humildad, servicio, tranquilidad)</p>

<p>DEMANDA DE SERVICIOS Y BUEN TRATO PARA EL BUEN VIVIR</p>
<p>La comunidad Tének de Tocoy, tiene acceso a bienes de consumo y servicios de salud propios y ajenos a su cultura tradicional étnica, que se han ido reconstituyendo e incorporando como producto del proceso de urbanización en el que está inmersa la comunidad en la actualidad. Sobre aquellos que son reconocidos como propios de su cultura, encontramos los que pueden ser producidos localmente resultado de las interacciones sociedad-naturaleza (ej. alimentos de traspatio, milpa, caña, piloncillo, artesanías con carrizo, otros) a los cuales tienen acceso la mayor parte del año, por lo que pueden disfrutar de ellos en la medida en que existan condiciones climáticas, laborales, familiares, comunitarias y de salud propicias. Cuando algún tocayero enferma, dependiendo de la gravedad del padecimiento, o fallece, la vida cotidiana de la familia y la comunidad se ve trastocada, pudiendo afectar el trabajo, las relaciones sociales, o la dinámica habitual. Algunos tocayeros conservan y transmiten conocimientos sobre la atención de la enfermedad aprendidos por los abuelos y abuelas, de tal forma que hay quienes “saben de plantas” y pueden con estas curar algunos padecimientos como la diarrea, el vómito, algunos piquetes, dolores de cabeza y golpes, así como también, saben identificar cuando la enfermedad requiere otro tipo de expertos como el</p>

medico tradicional si se llegara a tratar de enfermedades espirituales, naturales o provocadas por otros (ej. hechizos, brujería, envidia, otros), o un médico alópata, para lo cual recurren al centro de salud de la comunidad o salen de su comunidad en búsqueda de otros especialistas. Las inundaciones, los incendios, los vientos fuertes y el clima frío llegan a provocar estragos en la comunidad, pudiendo obstaculizar el acceso a ciertos bienes de consumo o servicios (ej. cuando el río crece por las fuertes lluvias, algunas familias quedan incomunicadas sin poder acceder a comercios, transporte o instituciones). El patrón de consumo de los tocayeros ha ido transformándose producto de la modernidad y la aculturación alimentaria y de salud (ej. la compra de alimentos procesados ha ido en aumento, incluso ha sustituido el consumo de algunos alimentos locales como el chayote o la calabaza. ej. el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas genera la dependencia a ciertos fármacos y cierta atención médica). El difícil acceso a agua durante todo el año, así como la desconfianza sobre la calidad del agua ha provocado que los tocayeros consuman cada vez más refrescos o compren agua embotellada, además el consumir productos industrializados, o del exterior (ej. cemento, tabiques) conllevan una idea de “lujo” que se ha ido interiorizando en la comunidad y se reflejan en el tipo de ofrendas que se llevan en las visitas de cortesía o festividades (ej. refrescos) o en el tipo de construcciones que se realizan (ej. casas de material de cemento y techos de lámina). Las cuotas que los tocayeros deben pagar por acceso a algunos servicios como luz, tienen un ajuste por su conformación comunal. Sin embargo, el acceso a nuevos servicios como el internet, conlleva cuotas elevadas por ser contratadas de forma particular. En cuestión de salud, el sistema local de salud en la comunidad opera a través de actores sociales clave que pertenecen a un sistema tradicional, popular o institucional, los cuales utilizan diversos recursos materiales y no materiales para orientar las prácticas de salud en la comunidad. Así, las necesidades de producción y consumo de los tocayeros se han ido construyendo frente a los cambios en su estructura social, el contacto con elementos externos (ej. actores que migran, programas gubernamentales, comercios ambulantes) y las diversas nociones que se tienen sobre lo considerado como saludable, dañino, desarrollo, progreso, calidad de vida o buen vivir.

<p>Modos de vivir saludable</p>	<p>La comunidad de Tocoy, disfruta de bienes de consumo producidos localmente, sin embargo, el proceso de urbanización, de modernidad y de aculturación en su devenir como comunidad en continuo contacto con otros grupos socioculturales (ej. gente del exterior que llega a habitar la comunidad, o gente que migra temporalmente o intermitentemente), ha ido cambiando los patrones de consumo familiar y comunal, y ha ido construyendo nuevas necesidades y deseos entre los tocayeros, de tal forma existe una demanda material, de la mano de aspectos socioculturales que permanecen o se van reconfigurando en el devenir de la comunidad.</p>
<p>Procesos saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Beber agua del pozo hervida para conservar el sabor v/s comprar garrafones de agua “purificada”. -Quemar la basura que sí se quema (hojas) v/s la ineficiente recolección de basura. -Búsqueda para generar, mantener y defender la salud dentro del sistema local de salud (combinar medico tradicional, autoatención y medicina occidental). -Prevenir y afrontar padecimientos comenzando por el hogar (utilizando estrategias de autoatención como el autocuidado y automedicación con plantas locales o animales). -Interacción con el médico más allá de la clínica a través de estrategias de prevención y redes sociales en la comunidad. -Demandar atención de calidad en los servicios de salud. -Demanda material y de servicios como derecho social y de subjetividades (ej. telefonía, internet)
<p>Activos de salud</p>	<p>Medicina tradicional Conocimientos de herbolaria medicinal Centro de salud Escuelas Servicio de recolección de basura</p>

	Pozos Servicio de electricidad Conocimiento del cuidado y el compartir Acceso a protección social (IMSS-Prospera; seguro popular) Producción local de alimentos y servicios Experiencias positivas Hábitos saludables Valores (bienestar, desarrollo, progreso, cuidado)
--	---

ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA EL ORDEN COMUNAL

La comunidad Tének de Tocooy, tiene una organización social que ordena la vida individual y colectiva de los tocoyeros, sus relaciones, sus instituciones y formas de participación aportando soporte al grupo. Dicha organización se particulariza en la medida en que es producto de formalidades ejercidas por el grupo que ayudan a preservar la cultura, las jerarquías, la justicia y la legalidad en la comunidad. El sistema de cargos en la comunidad constituye un mecanismo de reconocimiento entre la diversidad que muestra el potencial para la creación de alianzas comunales basadas en el dialogo, la negociación y la interacción al interior y con el exterior. Cumplir con el cargo implica asumir un compromiso para el cuidado de los demás, acercarse a los otros, a su situación, a sus necesidades, y una oportunidad para desarrollar habilidades, tener valor y hacerte de reputación al participar activamente en la negociación y resolución de problemáticas que surgen al interior de la comunidad. Los cargos en la comunidad de Tocooy se asumen de forma voluntaria como ejercicio de autoridad que regula la vida individual y colectiva bajo códigos, prescripciones y valores comunes. Los tocoyeros eligen en consenso mediante asamblea aquellos que tomaran posesión de los cargos comunitarios, con base en normas socioculturales y capacidades desarrolladas. En Tocooy, los cargos políticos los asume la figura del Comisariado de Bienes Comunales que se encarga del asunto agrario, y el Consejo de Vigilancia que se encarga de dar seguimiento al trabajo del Comisariado para dar transparencia a los procesos sobre la tierra, a los cuales les acompañan suplentes, secretarios y tesorero. La figura del Juez Auxiliar acompañado de suplentes, comandantes y vocales, se encarga de la resolución de conflictos sociales o la coordinación de eventos que contribuyan a la vida social y ritual de la comunidad. Asimismo, hay cargos religiosos (ej. el comité de la iglesia) que están marcados principalmente por la iglesia católica, aunque en Tocooy, existe una diversidad de religiones en la actualidad. Dichos cargos se asumen de manera cíclica y de forma rotativa entre los tocoyeros, y a través de su ejercicio práctico se van reconfigurando los compromisos asumidos. Asimismo, en la comunidad existen movilizaciones y grupos que aportan soportes en beneficio del grupo en los diferentes ámbitos de la vida colectiva, existen comités y grupos de apoyos formales e informales los cuales llevan a cabo prácticas relacionales en los diferentes espacios de la comunidad.

Modos de vivir saludable	Los tocoyeros se relacionan en función de normas culturales, valores comunes, necesidades y deseos regulados por la vida colectiva. En Tocooy, la participación de los tocoyeros en diferentes ámbitos de la vida (salud, educación, agrario, religioso, otros) es intensa y se presenta de forma explícita e implícita. Algunos sucesos que requieren la toma de decisiones en consenso o el trabajo en equipo tienden a poner el foco en la participación como un valor comunal en disputa, que ha venido a reconfigurarse producto de las exigencias del Estado y la modernidad, los cuales producen otros estilos de participación dentro de la comunidad, funcionando como soporte en beneficio del grupo y otras veces, generando conflictos y contradicciones.
Procesos saludables	<ul style="list-style-type: none"> -Toma de decisiones por consenso mediante asamblea comunitaria. -Asumir cargos como ejercicio de autoridad, lo que abona al desarrollo de habilidades. -Trabajo colectivo y recreativo por un bien común (ej. faenas). - Redes de ayuda mutua.

	-Estilos de participación bajo códigos y valores comunes.
Activos de salud	Sistema de cargos. Asambleas. Casa comunal. Oficinas del Comisariado y del Consejo (de reciente creación). Valores (respeto, constancia, entrega, servicio, justicia, poder).

INTERCAMBIO Y RECIPROCIDAD PARA LA PRODUCCIÓN LOCAL

La comunidad Tének de Tocoy, ha desarrollado desde tiempos pasados formas de sostenerse los unos a los otros a través de la producción, reproducción y consumo de bienes para la sobrevivencia al interior de sus comunidades y en vínculo con el exterior. Los patrones de producción generan patrones de consumo colectivos, en el que el intercambio y la reciprocidad entre las familias constituyen mecanismos de soporte en beneficio del grupo. La tierra agrícola se ritualiza, se vive y se trabaja en Tocoy para fines de mantener el equilibrio trabajo-alimento-familia, y el equilibrio de la naturaleza. La siembra de milpa (maíz, frijol, zarabando o calabaza), caña, las labores de recolección y la transformación para el consumo, se llevan a cabo en equipo. La elaboración del piloncillo constituye la actividad productiva y recreativa principal de la mayoría de las familias. Las condiciones laborales en que esta actividad se lleva a cabo se han ido construyendo en la praxis y dependen en gran medida de la agencia de las familias para conseguir los recursos materiales necesarios para llevarla a cabo (ej. conseguir el animal, construir el trapiche o comprar el molino, hacer los hoyos para las punteras, hacer los moldes del pilón, cortar la caña, otros). Si bien han existido programas gubernamentales y asociaciones civiles que han apoyado dicha actividad (ej. con la entrega de molinos), la elaboración de piloncillo en Tocoy sigue siendo una actividad tradicional, autogestada por la comunidad, en la cual se estructuran patrones laborales colectivos y condiciones de riesgo que han sido asumidas por lo tocoyereros como parte de dicha actividad, lo que conlleva ciertas prácticas de autocuidado y protección en el proceso de elaboración del piloncillo (ej. elaboración casera de equipo de protección para proteger los ojos del humo, el meterse al río para bajar el calor que agarra el cuerpo, circular las punteras, mantener a los niños pequeños alejados de las punteras, la noción de “estar listo” durante el trabajo, otros). La condición del mercado para la compra del piloncillo en la región no es clara ni benéfica para los tocoyereros. Los tocoyereros llegan a vender el piloncillo al precio ofertado por el comprador, el cuál suele ser bajo, ante ello algunas familias han comenzado a elaborar piloncillo granulado para poder venderlo a precios más altos, por el trabajo extra que requiere. Además, el consumo del piloncillo entre las familias cada vez es menor, las familias optan por comprar azúcar refinada en las tiendas o la obtienen mediante las ayudas alimentarias que reciben del gobierno, como las despensas para los desayunos escolares. Dado que en la comunidad las fuentes de ingreso son acotadas, escasas y no fijas, la comunidad ha recurrido a mecanismos diversos para la obtención de insumos para la sobrevivencia como el intercambio o la gratuidad desde un sentido de reciprocidad en el que se espera recibir o devolver la ayuda brindada. Así como ofertar alimentos producidos localmente a precios justos entre las familias (ej. pan, frutas, verduras). Con la modernidad, el comercio de productos no locales ha ido ganando terreno en la comunidad, y a su vez estos entran en el flujo de ofrendas e intercambios.

Modos de vivir saludable	Las condiciones grupales de trabajo que giran en torno a la elaboración de piloncillo están marcadas por la agencia de las familias. Los miembros de la familia participan en tareas diferenciadas según el género y la edad, aunque a veces, hombres y mujeres realizan las mismas actividades de ser necesario. Las mujeres y los niños cargan la caña y preparan los alimentos durante la jornada de trabajo, tanto la mujer como el hombre pueden preparar la miel o granular el piloncillo. El hombre consigue y controla al animal que hace tracción en el molino y mete las cañas, la mujer recoge el gabazo que va saliendo. Existen otras actividades autogestionadas por las familias como la elaboración de pan o la venta de frutas y verduras al interior de la comunidad. Recientemente la apertura de nuevos
---------------------------------	---

	comercios y la construcción de nuevos espacios para vivienda o comercios han diversificado las fuentes de ingreso en la comunidad.
Procesos saludables	-Siembra de milpa, caña, árboles frutales y variedad de verduras y plantas comestibles en solares y parcelas. -Mecanismos de intercambio y cooperación bajo el principio de reciprocidad. -Trabajo en equipo. -Vínculos con el exterior para la venta de insumos producidos localmente. -Esfuerzos por conformarse como grupo piloncillero en forma de cooperativa.
Activos de salud	Parcelas Solares Monte Árboles frutales Espacio para la molienda y equipo para elaboración del piloncillo Encierros para la cría de animales (ej. cerdo, pollos, gallinas) Palmas para construcción Comercios de abarrotes Tienda Diconsa (para la compra de maíz principalmente) Frutería Conocimientos para elaborar productos comercializables como el piloncillo o el pan Recetas tradicionales con alimentos producidos localmente

C. Vínculo para la acción colectiva, ¿cómo vinculamos el conocimiento de los COPOS con la acción?

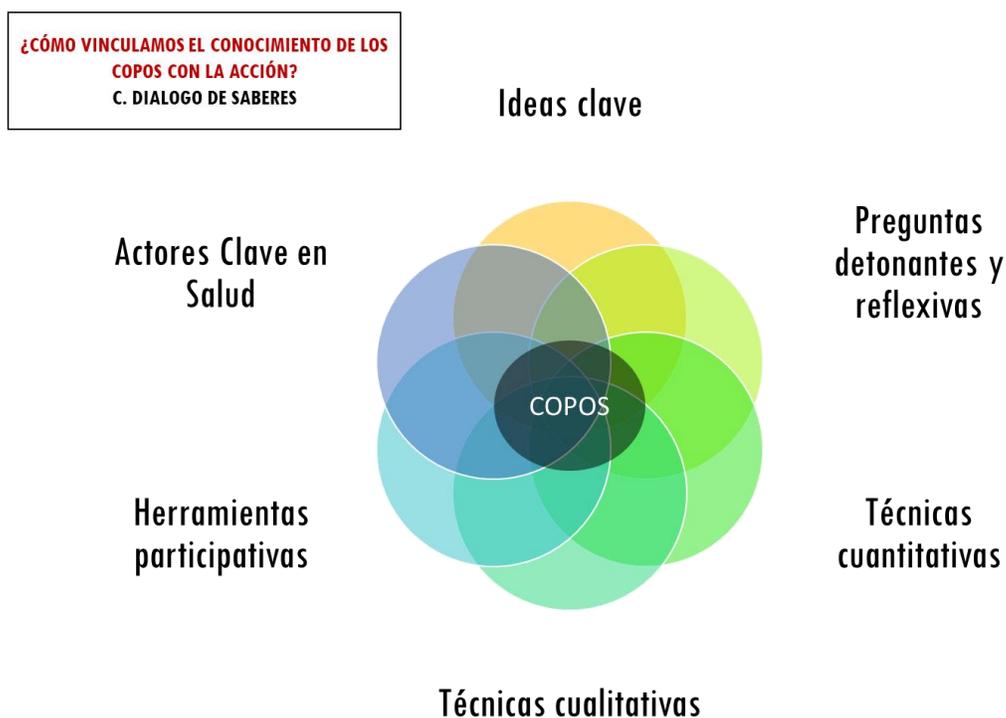
Esta pregunta permite establecer el camino de los COPOS hacia su dimensión práxica. Para vincular el conocimiento de los COPOS con la acción se requiere de un ejercicio dialógico intencionado, en el que el lenguaje común surge de los COPOS; en términos de la comunidad con la que se construyeron los COPOS, sería *“tener palabras para hablar”*.

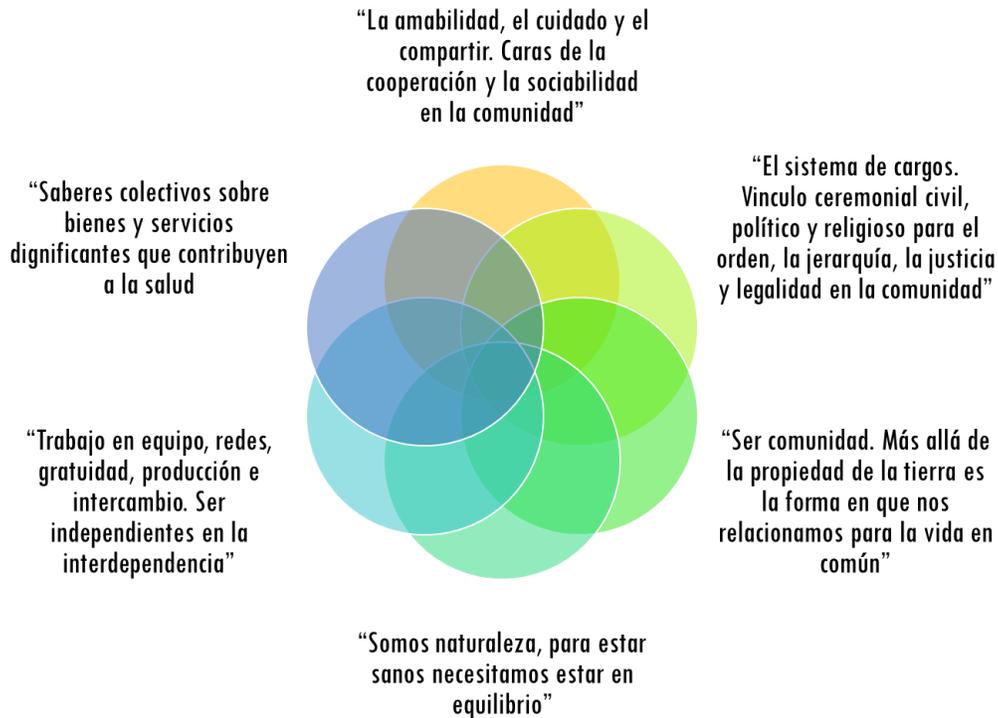
El diálogo de saberes sirve como un mecanismo metodológico que permite construir un puente entre el saber científico y el saber popular (Argueta, 2011), para que ambos saberes de forma consensuada prioricen el fortalecimiento y la compartición de los COPOS a nivel local, tomando en cuenta su estructura social organizada y sus formas particulares de participación. Para que dicho dialogo vincule a la acción que permita mejorar o fortalecer la salud comunitaria, debe llevarse a cabo con actores tomadores de decisiones, tanto de la comunidad como externos, estos últimos referidos como expertos técnicos. Una vez llevado a cabo el diálogo de saberes entre los tomadores de decisiones, se accede a los COPOS en su dimensión práxica.

Como se mencionó, impulsar el dialogo de saberes en torno a los COPOS (desde el saber científico y el saber popular) estará en función de priorizar los COPOS y establecer una orientación estratégica que permita su promoción y fortalecimiento

a nivel local. Para llevar a cabo el diálogo, el conocimiento previo de los COPOS permite contar con cuatro elementos para el diálogo:

1. Identificación de actores clave en salud con los que se deberá trabajar.
2. Aterrizaje de ideas clave y preguntas detonantes y reflexivas que servirán de estímulo para reforzar la información importante dentro de un programa de comunicación intercultural.
3. Aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas idóneas para la Investigación-Acción Participativa (IAP).
4. Selección de herramientas participativas para asegurar la interacción eficaz de todos los participantes en el diálogo.





Idea clave	Preguntas
“Somos naturaleza, para estar sanos necesitamos estar en equilibrio”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten mantener el equilibrio de la naturaleza? ¿Cómo el equilibrio de la naturaleza contribuye a la salud de la comunidad?
“Ser comunidad. Más allá de la propiedad de la tierra es la forma en que nos relacionamos para la vida en común”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten construir el sentido de comunidad y dan pertenencia a la comunidad? ¿Cómo el sentido de comunidad y de pertenencia contribuyen a la salud de la comunidad?
“La amabilidad, el cuidado y el compartir. Caras de la cooperación y la sociabilidad en Tocoý”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten establecer relaciones positivas entre sus miembros? ¿Cómo las relaciones positivas contribuyen a la salud de la comunidad?
“Saberes colectivos sobre bienes y servicios dignificantes que contribuyen a la salud en Tocoý”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten patrones de producción, consumo y servicios dignificantes? ¿Cómo los bienes de consumo y servicios de salud contribuyen a la salud de la comunidad?

“El sistema de cargos. Vinculo ceremonial civil, político y religioso para el orden, la jerarquía, justicia y legalidad en la comunidad”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten la organización, la justicia y la legalidad en la comunidad? ¿Cómo la organización, la jerarquía, la justicia y la legalidad contribuyen a la salud de la comunidad?
“Trabajo en equipo, redes, gratuidad, producción e intercambio. Ser independientes en la interdependencia”.	¿Qué elementos comparte la comunidad (condiciones, procesos y recursos) que permiten la autosuficiencia de sus integrantes y de la comunidad en su conjunto? ¿Cómo la autosuficiencia cooperativa y los vínculos con el exterior contribuyen a la salud de la comunidad?

CAJA DE HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS MÚLTIPLES
<i>Asamblea</i>
<i>Grupos focales</i>
<i>Plenarias</i>
<i>Talleres participativos</i>
<i>Listados libres y Cuestionarios de comparación de pares</i>
<i>Encuestas CAP</i>
<i>Mapa comunitario de activos de salud</i>
<i>Sociograma</i>
<i>Peces y piedras</i>
<i>Diagrama de Venn (diagrama de tortillas)</i>
<i>Guías de entrevista</i>
<i>Calendario agrícola/fertilidad</i>
<i>Recorridos de campo</i>
<i>Observación participante</i>
<i>Juego de roles</i>
<i>Dibujo</i>
<i>Matriz reflexiva</i>
<i>Árbol de problemas</i>
<i>Metodología SARAR, PLA/PRA³⁵</i>

D. Los COPOS como campo de acción, ¿cómo se practican los COPOS?

Esta pregunta permite delinear estrategias de intervención colectivas a partir de los COPOS, las cuales están orientadas a tres objetivos:

1. Fortalecer las capacidades comunitarias para la autodeterminación en la atención de salud.
2. Promover la autogestión de proyectos para la salud positiva.
3. Diseñar políticas públicas desde abajo.

³⁵ SARAR es una metodología participativa de educación y capacitación no-formal desarrollado por la Dra. Lyra Srinivasan, Ron Sawyer y asociados en los años 70. PLA/PARA son metodologías que permiten introducir conceptos y herramientas de desarrollo participativo.

Dichos objetivos permiten rescatar, revalorar y aportar saberes y haceres gestados en el medio rural indígena para el ejercicio de las funciones y actividades sanitarias asociadas a la regulación, la atención y la promoción.

Para lograr llevar los COPOS a la práctica de manera sostenida, se proponen metodologías, herramientas y recursos innovadores para llevarse a cabo de manera intersectorial (Comunidad-Universidad-Gobierno en el nivel local). Lo cual requerirá transitar de lo multidisciplinar a lo transdisciplinario y de un trabajo intersectorial de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo.

Entre las herramientas y los recursos propuestos se encuentran:

- a. Plan de Acción Comunitario en Salud
- b. Evaluación Multinivel
- c. Rutas para incorporar problemáticas y soluciones en salud dentro de las agendas públicas.

Se espera que los COPOS por su naturaleza comunitaria, es decir, que emergen de la propia comunidad (de lo que ya se hace, de lo que sirve, de lo posible y de lo deseado), permitan evidenciar las acciones colectivas que emprenden o no, las comunidades frente a cuestiones de salud específicas y problemáticas concretas, de tal forma que los gobiernos puedan emitir medidas y programas con mayor sentido para la población a quien van dirigidas.

RESULTADOS GENERALES

El desarrollo de los COPOS como objeto-sujeto-campo de acción junto a la comunidad Tének de Tocooy permite evidenciar que:

- Las desigualdades emanadas en la vida cotidiana de las y los tocoyeros, los coloca ante *problemáticas de salud colectiva y factores de riesgo* que son reflejo de lo local y lo global, a las que a través de sus capacidades desarrolladas pueden hacer frente.
- Las experiencias de salud de las y los tocoyeros, los lleva a conceptualizar a su modo *lo que entienden por vida saludable o daño a la salud*, lo cual reconocen y reproducen a través de sus *prácticas relacionales* orientadas por aspectos socioculturales (normas, valores, conocimientos, prácticas), dotándoles de un sentido simbólico y funcional para su vivir cotidiano.
- La salud en Tocooy constituye un elemento imprescindible que permite llevar la vida individual y colectiva en armonía, lo que se ve reflejado en prácticas colectivas orientadas por la sociabilidad, el cuidado mutuo, el compartir y el sentido de comunidad respecto a los problemas y las acciones posibles que les permiten generar salud.
- La salud surge de la experiencia frente al padecer, sin embargo, no se restringe a este.
- La salud tiene que ver con un nivel mayor de comprensión: la vida misma. La salud no se evoca exclusivamente en función de un padecimiento específico, sino, sobre todo, en función de aquello que se ha dejado de hacer, de las limitaciones y problemáticas que conlleva el no tener salud y que tiene que ver con el fluir de la vida (trabajar, relacionarse, alimentarse, entre otros aspectos que les permite a los actores sociales ser un elemento activo dentro del sistema social dinámico al que construyen y deciden pertenecer)
- Las relaciones sociales, sus expertos, sus dones, sus instituciones, su identidad y pertenencia comunal son formas propias que contribuyen a la construcción de salud en Tocooy.
- En Tocooy para generar salud en la comunidad se requiere: estrategias que tengan en cuenta los medios comunales para desarrollar la integridad de los sujetos más allá de solo evitar la enfermedad; vincular las prácticas de participación y

organización propias de la comunidad que han desarrollado acorde a sus normas socioculturales y valores comunes; motivar la acción colectiva para la salud mediante “dar el primer paso”, “poner el ejemplo” y “visibilizar opciones saludables posibles”.

- El entramado de prácticas relacionales que generan salud en Tocooy, pueden modificar, reforzar o complementar enfoques o modelos producto del paradigma patologizante de la salud, y con ello transformar el statu quo de la salud.

Finalmente, se encontró que los COPOS de la comunidad Tének de Tocooy no refieren únicamente a las causalidades, sino, sobre todo, a las interacciones entre la comunidad con los diversos actores involucrados en los procesos s/e/a/p, en las que sobresalen las instituciones médicas, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones académicas.

DISCUSIÓN

El Sistema Nacional de Salud continúa atendiendo la enfermedad en la desatención (incrementa la cobertura de salud sin modificar la segmentación de los servicios, ni el agotamiento en la atención) y distribuyendo el gasto en salud de manera prioritaria sobre las cuestiones gerenciales, administrativas y tecnocráticas, lo que ha conducido a la exclusión y a la agudización de las desigualdades e inequidades en salud que afectan en mayor medida a los pueblos indígenas. De tal forma, el sistema mexicano de salud se enfrenta al reto de renovarse para responder a las exigencias legítimas de los pueblos indígenas por acceso a servicios de salud asequibles y de calidad, a la vez que debe orientar la transformación en salud con un sentido preventivo.

Los cánones del buen vivir y el bien común como criterios para la prevención y lo saludable, solo pueden provenir de quienes los configuran en la práctica dentro de los mismos contextos en que se desarrollan; por tanto, la idea de salud debe estar basada en las personas, las familias y comunidades, sus horizontes, necesidades y proyectos de vida, y no en la curación de patologías específicas, ni en la especialización biomédica ajena a la realidad social.

Con base en lo anterior, el Estado-Nación debería diseñar políticas y programas que refuercen el ejercicio universal de los derechos sociales, entre ellos el de la salud, para con ello facilitar la instrumentación de acciones impulsadas por las fuerzas sociales que buscan el desarrollo y bienestar desde la autodeterminación y gestión de salud de los pueblos indígenas.

Esta tesis propone el modelo de los COPOS, el cual persigue la construcción de salud positiva desde la propia experiencia de los sujetos que comparten modos de vida y un contexto económico, político, social, cultural y ambiental, en la búsqueda por posibilitar la promoción de la salud integral y colaborativa en un nivel específico; para con ello contribuir al proceso de transformación que requiere el Sistema Nacional de Salud.

A continuación, se discute la utilidad de los COPOS como objeto-sujeto-campo de acción dentro del marco teórico-conceptual y metodológico desarrollado para la investigación concreta de la que da cuenta esta tesis.

Como objeto de estudio, los COPOS se ubicaron frente a otras formas de pensar y actuar en salud, como una herramienta metodológica innovadora que retoma diversas perspectivas del campo de la salud para hacer un análisis crítico y propositivo centrado en visibilizar las complementariedades entre estas, lo que le

permite ir más allá de los antagonismos y la fragmentación que supone la idea de lo alternativo.

En este sentido, los COPOS como objeto de estudio, reconoce su origen en los pensamientos desarrollados por la Antropología Médica (AM) y la Salud Colectiva-Medicina Social (SC-MS), los cuales han orientado sus esfuerzos principalmente en pensar, estudiar y actuar en función de la enfermedad (vista más allá de sus aspectos biológicos) para evidenciar las contradicciones del sistema capitalista, y con ello denunciar las causas de las desigualdades e inequidades en salud. Los COPOS, coincide con estas corrientes respecto a la necesidad imperiosa de transformar las desigualdades y las inequidades que recaen en poblaciones marginadas y vulneradas, en particular en las poblaciones indígenas, a través de la transformación de las relaciones sociales y las condiciones estructurales desfavorables, sin embargo, se aleja de estas, respecto a la forma patologizante en que conciben la salud.

Los COPOS detectan huecos que limitan u obstaculizan la transformación perseguida por la SC-MS y AM, lo cual se sugiere es resultado de:

1. Centrar la mirada en los aspectos negativos en términos del proceso *s/e/a/p*, y dejar en un plano secundario los aspectos positivos de la salud en términos amplios; lo que invisibiliza prácticas y conocimientos saludables gestados al interior del medio rural indígena que podrían servir como alternativas u opciones saludables posibles, reconocidas y validadas por la propia población acorde a su cosmovisión e ideología³⁶, lo que les lleva a establecer aquello que es considerado como saludable o dañino para la salud.
2. Concebir la solución de los problemas principalmente en el exterior, y apostar por las intervenciones resolutivas en sentido de arriba hacia abajo. Ello, si bien ha generado medidas que buscan atender y gestionar los padecimientos de maneras más justas, al enfrentarse con el sistema hegemónico capitalista sin la intervención fortalecida de las fuerzas sociales, estas se traducen en medidas paliativas, gerenciales, administrativas y tecnocráticas con dudoso beneficio para la población.
3. Analizar la relación estructura/sujeto en términos teóricos y no tanto de los sujetos y sus práxis; lo que impide distinguir procesos socioculturales y simbólicos que determinan la salud en el vivir cotidiano, los cuales adquieren sus especificidades en cada grupo social y en cada espacio local.

³⁶ Por un lado, hay una cosmovisión de la vida en la que la noción de salud (equilibrio-armonía) es parte del conjunto de elementos que conforman la existencia, la realidad o el mundo. Por otro lado, hay una ideología que norma la idea de salud en función de lo social y lo cultural.

Para llenar los huecos identificados, los COPOS proponen trabajar sobre la noción de salud positiva en términos amplios, es decir, no solo frente a la enfermedad. Sin olvidar que lo positivo de la salud se construye en proceso dialéctico con los aspectos negativos del proceso s/e/a/p (Breilh, 2003).

La noción de salud positiva a la que abonan los COPOS permite poner el énfasis en la construcción de salud y en la integralidad de los sujetos. Ello requiere trabajar sobre las concepciones de derecho a la salud y a la subjetividad, ciudadanía, armonía sociedad-naturaleza, buen vivir y bien común, lo que constituye el horizonte desde el cual nos paramos a mirar los COPOS.

Los COPOS como sujeto de estudio se definieron en la práctica junto a la comunidad Tének de Tocooy. El diseño de investigación cualitativa permitió tomar decisiones metodológicas en el camino, apoyadas en el prediseño del estudio, pero emergiendo de la flexibilidad y reflexibilidad del propio rol de la investigadora en el proceso. Ello llevo a descubrir la pluralidad de actores con un rol significativo dentro de los procesos de s/e/a/p a nivel comunitario, a los cuales consideró actores clave en salud.

Concebir a los sujetos participantes en el estudio como ACS, implicaba reconocer su constitución colectiva y presencia social permanente y organizada en los procesos de s/e/a/p, lo que exigía el respeto hacia sus formas de organización y participación en salud. Además, obligaba a observar sus prácticas y a identificar aquello que las orientaba en relación con las voces de otros actores, otras perspectivas y saberes en salud, lo que permitió dar cuenta del contexto relacional en que estas se configuraban.

Asimismo, producto de la observación de prácticas y de la interpretación de la percepción/representación que hacían los sujetos de sus propias prácticas, fue posible identificar aspectos socioculturales y simbólicos que orientan los modos de devenir en salud en la comunidad. Ello, resulta útil para enfatizar la autodeterminación y la interdependencia entre sujetos, prácticas y estructuras (cultural) en la construcción de la salud a nivel local-comunal, contrario a otros estudios que ponen al individuo como responsable de su salud, como autónomo de las estructuras, de la organización social y del Estado.

Hablar de una polifonía de saberes para la definición de los COPOS, implicó asumir una posición colaborativa entre actores y praxis complementarios y alternos, los cuales al desenvolverse dentro de un paradigma patologizante de la salud individual y social, van asumiendo posiciones hegemónicas o emancipadoras circunstancialmente. Ello genera relaciones sociales dinámicas y llenas de incertidumbre y caos, las cuales producen cambios o perdurables conservadurismos, complejizando la salud en la comunidad. De tal forma, los

COPOS no pueden pretender dar cuenta de la realidad en salud; ello es asumido como algo inalcanzable por su complejidad.

Por ser resultado de la interpretación y articulación de diversas voces en un momento concreto, la aproximación que hacen los COPOS a la realidad en salud de la comunidad resulta en una visión pobre y sesgada de esta. No obstante, constituye una primera y provisional aproximación a la realidad en salud de la comunidad, lo que retomando a Díaz (2009), “sería apenas una reflexión que debe motivar mayor reflexión de los interesados³⁷”.

Una vez definidos los COPOS, el conocimiento de los COPOS se vincula con la acción a través de un ejercicio dialógico que permite construir un lenguaje común para la investigación-acción participativa. Para ello, se define la función de los COPOS como campo de acción en términos de:

- i. Fortalecer las capacidades comunitarias para la autodeterminación en la atención de salud
- ii. Promover la autogestión de proyectos para la salud positiva,
- iii. Impactar en el diseño de políticas públicas desde abajo, lo que requiere de transitar de la inter y multidisciplinaria a la transdisciplina y de un trabajo intersectorial de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo.

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera el cumplimiento de los objetivos planteados en esta tesis, de tal forma que el acercamiento que logra esta tesis, de tipo exploratorio-descriptivo a los COPOS de la comunidad Tének de Toco, pretende servir en la formulación de orientaciones estratégicas para *rescatar, revalorar y aportar saberes y haceres gestados en el medio rural indígena* en el ejercicio de las funciones y actividades sanitarias asociadas a *la regulación, la atención y la promoción*.

³⁷ “Todo pueblo que ha vivido durante varios siglos desarrolla una filosofía en torno a la vida y a la muerte; respecto a lo conocido y a lo desconocido; frente a sí mismo como un conjunto de seres humanos, y frente a los demás seres que pueblan y habitan la Tierra, como la Madre Común. No siempre es fácil que el mismo pueblo explique en qué consiste su filosofía o cuáles son sus elementos; sin embargo, sucede que otros son quienes pretenden hacerlo, pero en su intento muchas veces enuncian los elementos, pero sin llegar a entenderlos a profundidad porque no son parte de su vida cotidiana, y si los conocen la razón es que los han encontrado en sus investigaciones. En este sentido es respetable su aporte, en cuanto constituye una reflexión que debe motivar mayor reflexión entre los interesados” (Díaz, 2009).

REFLEXIONES

Esta tesis surge de un proceso de investigación que pretendía la aproximación a la pluralidad de voces, perspectivas y saberes en salud de una comunidad. De ello emerge el modelo de los COPOS, el cual es producto de sistematizar el conocimiento proveniente de las fuentes consultadas, vinculado a mi reflexión e interpretación sobre las realidades observadas en el trabajo de campo.

A continuación, reflexiono sobre el doble reto, técnico y conceptual, que implicó la elaboración de esta tesis como producto del cierre de un ciclo en mi formación profesional y personal.

El reto que considero de naturaleza técnica tiene que ver con mi formación académica y profesional como nutrióloga, y lo que esta me permitió durante el desarrollo de la maestría y a nivel operativo en el trabajo de campo. Ser nutrióloga con experiencia laboral en un instituto de investigación en salud reconocido particularmente por su trabajo respecto a la nutrición en México, abrió puertas durante el proceso, pero también generó una serie de expectativas, tanto del lado laboral como del académico, sobre lo que se esperaba de mi participación en los espacios mencionados. Ello, se traduce en un esfuerzo constante por armonizar lo deseado y esperado de ambas partes, con mi propósito de seguir desarrollando nuevas habilidades e ir fortaleciendo capacidades para la vida.

Ingresar en un posgrado que de manera innovadora supone como hilo conductor en nuestra formación, el trabajo multidisciplinario y el desarrollo de una visión sistémica y compleja de las relaciones sociedad-naturaleza, me permitió plantearme la necesidad de trabajar la salud, desde una perspectiva integral, e ir más allá del trabajo en torno a la alimentación y nutrición que venía realizando años atrás. Ello, vino a complicar un tanto el proceso de aprendizaje, pero también a enriquecer sobremanera mi formación.

Seguir por este camino, me llevo a elegir la línea de salud ambiental integrada, como campo de concentración dentro del posgrado en ciencias ambientales, lo que me permite conocer personas valiosas de las que sigo aprendiendo enormemente. Investigadores y compañeros estudiantes con los que comparto la idea de esperanza de un mundo mejor, que al no ser certeza nos lleva a seguir caminando codo a codo en ese sentido. De tal forma la inmersión en el posgrado no fue solo académica sino y sobre todo social, lo que me permitió formar parte de un equipo de trabajo que se exponía a un ejercicio constante e intencionado, que nos obligaba a ir más allá de nuestras barreras disciplinarias para intentar pensar y trabajar en común sobre problemáticas concretas.

Considero que en dicho ejercicio las relaciones de reciprocidad y colaboración entre nosotros debían imperar para llegar a buen puerto, y en ello, mucho tuvo que ver mi paso previo por el Departamento de Estudios Experimentales y Rurales y el aprendizaje junto a mis compañeras y compañeros de trabajo, que me recordaba que trabajar de esa manera era posible.

Quizá el mayor reto en este proceso fue conceptual, dado mi interés y mi terquedad por formular en términos concretos, la idea también en construcción, de los COPOS, lo cual fue producto de una serie de reflexiones que fueron emergiendo al observar las relaciones entre el continuo salud-ambiente-comunidad a lo largo de la maestría, y que considero logró consolidarse en el desarrollo de esta investigación.

Para pasar de concebir a los COPOS como una idea y finalmente como un modelo, tuve que esforzarme en desarrollar habilidades de sistematización y síntesis, puesto que la realidad que alcance a observar resultaba en suma compleja e inabarcable en su totalidad.

Lo siguiente, son entendimientos que fui construyendo en el camino y que me ayudaron a aproximarme a la idea de los COPOS:

- Las relaciones sociales y la interacción con el espacio en que estas se configuran otorgan especificidad biológica, social y cultural a los individuos y grupos. Conocer la influencia de dichas especificidades en la salud constituía uno de mis principales objetivos en la investigación. Sin embargo, primero tenía que empezar por reconocer esas especificidades, para después observar sus influencias en la salud. Además, dichas especificidades solo pueden ser concebidas por los propios actores que las configuran a través de sus relaciones sociales e interacciones con el entorno, lo que requiere observación, interacción y escucha.
- La Comunalidad (ser y hacer comunidad indígena) es producto del ejercicio de una ciudadanía endógena que se reconstituye continuamente por la negociación basada en normas socioculturales que orientan prácticas y formas de organización y participación entre los miembros de una comunidad, con fines de alcanzar un bien común y un buen vivir para todos y todas. En este sentido, se vuelve necesario el desarrollo de una ciudadanía comunal, que además sea consciente de la reciprocidad que guardan las relaciones entre sociedades y entre estas con la naturaleza de la que forman parte.
- Frente a las lecturas antagónicas y las visiones fragmentarias que surgen del debate entre los supuestos, alcances y limitaciones de los modelos biomédicos y sociomédicos, surgió la necesidad de construir una herramienta

metodológica innovadora que me permitiera centrar la mirada más allá de las enfermedades y la medicina. Llevándome hacia la idea de “salud positiva”, con la intención de caminar hacia nuevos horizontes en salud colectiva.

- El modelo de los COPOS apuesta por el reconocimiento y promoción de lo común para la construcción de posibilidades que permitan la generación de salud como resultado de un proceso colectivo transformador de las relaciones sociales y el espacio. Para que dicho proceso sea posible, se necesita trabajo intersectorial y transdisciplinario, lo que requiere la participación eficaz e interactiva de diversos actores sociales específicos, con la capacidad para la toma de decisiones en los diferentes niveles de acción para la salud.
- La utilidad del modelo de los COPOS surge al entender que lo común se construye en la práctica. La existencia de los comunes para la salud obedece a criterios y valoraciones que les otorgan un sentido para la vida cotidiana, lo que les vuelve parte de la reproducción social de una comunidad. En este sentido, si trabajamos desde aquello que da sentido a la población, aquello que es reconocido y que es considerado posible/necesario por el imaginario colectivo, podría ser más sencillo tender un puente para el lenguaje común y la acción para la construcción de salud basada en la comunidad.

Considero que los requisitos mínimos necesarios para la utilidad de los COPOS son los siguientes:

- Comprender que las dimensiones de atención y control de los procesos s/e/a/p se trabajan secundariamente y de forma complementaria, frente al interés principal de los COPOS, que son las dimensiones de prevención y promoción de la salud desde un enfoque integral, prospectivo y participativo.
- Dirigir los esfuerzos de intervención hacia los aspectos que permiten asegurar la sobrevivencia de un grupo sociocultural específico. Desde el lente de la salud, dichos aspectos se refieren a las condiciones y formas de relacionarse establecidas para la generación de salud, su mantenimiento y defensa.
- Impulsar procesos de reflexión-acción para orientar acciones colectivas de base comunitaria, con base en los horizontes de bienestar deseado y proyectado por los propios sujetos acorde a aquello que consideran saludable o no saludable.

- Trabajar la dimensión teórica y práctica de los COPOS de manera integrada, de tal forma que los procesos de ejecución y reflexión emerjan complementarios, algunas veces consecutivos, pero la mayoría de las veces, simultáneos. Ello permite crear una herramienta sensible a las realidades locales, a su vez de contar con un sustento teórico en relación con otras formas de explicar y actuar en salud.
- Los COPOS como objeto-sujeto-campo de acción se trabajan con diversos actores clave en salud a un nivel específico y a un nivel ampliado.
 - o Para que los COPOS sean útiles para la comunidad se debe partir de sus propios horizontes de salud y trabajar en el nivel local para volver visibles las posibilidades de colaboración, con base en relaciones horizontales y respetuosas de su comunalidad. De tal forma que el desarrollo de los COPOS tenga sentido para la comunidad y motive el interés y la participación de la comunidad en el proceso.
 - o Para que los COPOS sean útiles para los técnicos y expertos en salud con intenciones de intervenir en la realidad comunitaria, se deben incluir como objetivos de interés en un nivel exploratorio, de tal forma que exista un reconocimiento explícito de las capacidades que tienen las comunidades sobre la autodeterminación y gestión de su salud positiva, y con ello evitar su invisibilidad y exclusión durante la intervención en salud.
 - o Para que los COPOS sean útiles para los tomadores de decisiones en salud, deben evidenciar las acciones colectivas saludables emprendidas por las comunidades, en términos de soluciones posibles y con sentido, para su inclusión en las políticas públicas, y con ello impactar en su desarrollo desde abajo.

Expuesto lo anterior, reflexiono sobre el futuro de los COPOS y mi proyección profesional a partir de esta tesis.

Los COPOS aspiran a convertirse en un proceso social transformador, de hecho, elaboración, e interpretación teórica para la construcción de un paradigma despatologizante de la salud que contribuya a la salud de todas las personas. Para lograrlo se requiere de mayor profundidad en su desarrollo, comprensión y aplicación en contextos similares. En este sentido, me veo comprometida con la idea de seguir desarrollando los COPOS, ahora quizá de manera más profunda en su dimensión práctica junto con la comunidad, dadas las facilidades laborales y los tiempos posibles fuera de las exigencias del posgrado.

Finalmente, para evidenciar las contradicciones del sistema capitalista voraz que destruye la naturaleza, seguiré guiando mis inquietudes en torno a la investigación en salud, de manera crítica, pero desde la autodefinition de salud, y no desde la enfermedad, y con ello intentar marcar una diferencia respecto a las formas de accionar en salud colectiva.

FUENTES DE BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, G., Caso, A., & Pozas, R. (1991). La Política indigenista en México. México, D.F.: Dirección General de Publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Argueta, A. El diálogo de saberes una utopía realista. (2011). En: Argueta, A., Corona, M., & Hersch Martínez, P. Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. Cuernavaca, Morelos, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Almeida, N. (2000). La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Almeida, N. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos De Saúde Pública*, 17(4), 753-770. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400002>

Álvarez, A., Luis, I., Rodríguez, A., Bonet, M., Alegret, M., & Romero, M. et al. (2010). Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. *Revista Cubana De Higiene Y Epidemiología*, 48(2), 14.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping (1st ed). Jossey-bass, San Francisco.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., J Wirtz, V., Sosa-Rubí, S., & Salinas-Rodríguez, A. (2013). Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública De México*, 55(Supl.2), 91. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5103>

Belotti, F. (2014). Entre el bien común y el buen vivir. Afinidades a distancia. *Íconos. Revista De Ciencias Sociales*, 0(48), 41. <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.48.2014.1208>

Breilh, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. (2010). En: Passos Nogueira, R. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (p. 87). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Breilh, J. (2013). Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 31(1), 13-27.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Lugar.

Campos-Navarro, R., Torrez, D., & Arganis-Juárez, E. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos De Saúde Pública*, 18(5), 1271-1279. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000500019>

Carta Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa.

Carrillo, P., & Guandinango, Y. (2012). Sumak Kawsay: El proceso de Institucionalización y la Visión Andina (Sumak Kawsay: The process of Institutionalization and the Andean Vision). *SSRN Electronic Journal*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1980120>

Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. (1998). En: Martínez Navarro, organizador. *Salud Pública*. España: McGraw Hill Interamericana.

CDI. Indicadores socioeconómicos de las poblaciones indígenas de México, 2015.

Cendejas, J., Arroyo, O., & Sánchez, A. (2015). Comunalidad y buen vivir como estrategias indígenas frente a la violencia en Michoacán: los casos de Cherán y San Miguel de Aquila. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 10(19), 257. <http://dx.doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2015.19.53>

CEPAL. (2018). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*.

Chapela, M., & Jarillo, E. (2001). Promoción de la Salud, siete tesis del debate. *Cuadernos Médico Sociales*, 79, 59-69.

Chapela, M. (2008). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. http://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163

CONAPO. (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010*. San Luis Potosí: Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación, lugar que ocupa en el contexto nacional y estatal por municipio, 2010. Primera edición. México.

CONAPO. (2016). *Infografía población indígena, 2015*.

CONEVAL. (2014). La pobreza de la población indígena de México, 2012. México: CONEVAL.

CONEVAL. (2017). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2016. Primera edición. México. CONEVAL.

Cortez, D. (2011). La construcción social del “Buen Vivir”(Sumak Kawsay) en Ecuador. Genealogía del diseño y gestión política de la vida. En: Aportes Andinos No. 28. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Programa Andino de Derechos Humanos.

Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, 53 (2), S220-S232.

Damman, S. (2008). La pobreza indígena en América Latina y el primer objetivo de desarrollo del milenio. En Pobreza, exclusión social y discriminación étnico-racial en América Latina y el Caribe. Bogotá: Siglo del Hombre CLACSO.

Davies, M., & Adshead, F. (2009). Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia internacional en torno al trabajo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 6 - 7 noviembre 2008, Londres. Global Health Promotion, 16(1_suppl), 108-109. <http://dx.doi.org/10.1177/1757975909103770>

Declaración de Alma Ata. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata; URSS: OPS.

Devillard, M. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. Reis, (51), 79. <http://dx.doi.org/10.2307/40183481>

Díaz, F. (2004). Comunidad y Comunalidad. Diálogos en acción. Culturas populares e indígenas.

Di-Leo, P. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. Salud Colectiva, 5(3), 377-389. <http://dx.doi.org/10.1590/s1851-82652009000300006>

DOF. (2017). ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018. Diario Oficial de la Federación: 26/12/2017.

Durkheim, É. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. Revue de Métaphysique et de Morale; VI,(3);273-302. Traducción «Representaciones individuales y representaciones colectivas». En: E. Durkheim, Sociología y filosofía, Miño y Dávila Editores, Madrid, 2000. pp 27-58.

Dye, C., Boerma, T., Evans, D., Harries, A., Lienhardt, C., McManus, J., Pang, T., Terry, R. & Zachariah, R. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. OMS.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 30. <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272007000600002>

Folkman, S., Lazarus, S., Gruen, J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*;5:571-9.

Frenk, J., González-Block, M., & Lozano, R. (1998). Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza. *Este país*; 84:28-36.

Geilfus, F. (1998). 80 herramientas para el desarrollo participativo. San Salvador: lica, gtz.

Giddens, A. (2000). Etnicidad y raza. En: A. Giddens, *Sociología*. Capítulo 9. Alianza Editorial, Madrid. Tercera edición revisada. pp. 277-315.

González, L., & Hersch, P. (1993). Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública Mex*; 35:393-402.

Guarneros, N., & Cervín, V. (2002). Mujeres en acción para la vigilancia nutricional y psicosocial de niñas y niños del grupo étnico Tének. En García Viveros, M., Botey, M. A., Valdes, C. modelos para la implantación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina (Compiladores García V.M., Botey M.A., y Valdés C.) Funsalud y GlaxoSmithKline México, pp. 25-39.

Guerrero, A. (2015). La comunalidad como herramienta: una metáfora espiral II. *Bajo el Volcán*, 15 (23), 113-129.

Haro, J. (2008). Etnicidad y salud: Estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y Sociedad*, 20(2). <http://dx.doi.org/10.22198/rys.2008.2.a532>

Haro, J. (2011). Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar editorial. Centro de estudios en salud y sociedad. El Colegio de Sonora.

Haro, J. (2010). Promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Una mirada desde la epidemiología sociocultural. Sonora, México.

Hernán, M., Morgan, A., & Mena, A. (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud.

Herrera, J., & Torres, T. (2012). Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla, Michoacán. *Revista Interamericana De Educación De Adultos*, 2(año 34).

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública De México*, 55(5), 512. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>

INEGI. Archivo histórico de localidades geoestadísticas 2017. Tocoay.

IMSS-Prospera. (2018). Historia. Línea de tiempo. [Imss.gob.mx. http://www.imss.gob.mx/imss-prospera](http://www.imss.gob.mx/imss-prospera)

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, Blanca., Ruelas-González, M., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica*;35(4) 284-290.

Kleinman, A. (1988). The meaning of Symptoms and disorders. En: A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic books. USA. pp. 1-30.

Kleinman, A. (1988). The personal and social meanings of illness. En: A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic books. USA. pp. 31-55.

Knaul, F., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R., Caballero, F., Hernández-Ávila, M., Juan, M., Kershenovich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S. and Frenk, J. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, 55(2), pp.207-235.

Knipper, M., & Salaverry O. (2010). Kuczynski-godard (1890-1967): fotografías médicoantropológicas de la amazonía y de los andes peruanos, 1938-1948. *Rev perú med exp salud pública*; 27:146-50.

Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 27(1), 94-101. <http://dx.doi.org/10.1590/s1726-46342010000100014>

Kretzmann, J., & McKnight, J. (2001). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's*. Vancouver: B.C. College and Institute Library Services.

Laurell, A. (1982). La salud y la enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico sociales*;19:11 pp.

Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. (Ponencia) Coloquio La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soins primaires. AMALC. Montreal, Canadá.

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., & Pablo Gutiérrez, J. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública De México*, 55(Supl.2), 123. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5107>

Levi-Montalcini, R. (2008). Manifiesto: Sólo existe una raza: la humana.

Lebel, J. (2005). Salud un enfoque ecosistémico. Ottawa, Ont.: International Development Research Centre.

Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (2012). Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*; 148:591-7.

Lindstrom, B. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dal016>

López-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (1994). Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Publica Mex*;36:374-384

López, O., Escudero, J., & Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, *ALAMES*; 3:323-35.

López y Rivas, G. (2011). Eso que llaman comunalidad. *La Jornada*. <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/07/opinion/018a2pol>

Lozano, R. (2005). Interculturalidad. Peru: SERVINDI.

Maldonado, B. (2015). Perspectivas de la comunalidad en los pueblos indígenas de Oaxaca. *Bajo el Volcán*; 15(23):151-69.

Martínez, J. (2010). Eso que llaman comunalidad. México, D.F.: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Mayer-Serra, C. (2007). El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública De México*, 49(2), 144-155. <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342007000200010>

Metodología SARAR. (2018). Sarar Transformación, SC. Disponible en: <http://www.sarar-t.org/metodologiacutea-sarar.html>

Menéndez, E. (2011). Las idas y vueltas del conocimiento: el caso de los determinantes sociales de la salud. *Global Health Promotion*, 18(4), 49-58. <http://dx.doi.org/10.1177/1757975911422984>

- Menéndez, E. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Lectura, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos, *La antropología médica en México* (1st ed.). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, XX (2 Esp.), 5-50. <http://dx.doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232003000100014>
- Méndez, A., Cervantes, A., Sánchez, A. (2016). Diagnóstico: Consulta indígena, Plan Estatal de Desarrollo 2015 - 2021.
- Mignolo, W. (2008). La opción de-colonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto y un caso. *Tabula Rasa*, (8), 243-281. <http://dx.doi.org/10.25058/20112742.331>
- Molina-Rodríguez, J., Daquilma, M., & Bautista, C. (1992). Participación social en salud. Una experiencia en Simojovel, Chiapas. *Salud Pública de México*; 34(6), 660-669.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14(2_suppl), 17-22. <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- Morin, E., & Pakman, M. (2011). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona (España): Gedisa.
- OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. (2016). Paris.
- OMS. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.
- OMS. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.
- OMS. (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos. Ginebra.

OPS/CELADE/CEPAL. (2013). La salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina. Boletín estadístico.

OPS. (2012). Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas. Volumen regional.

Peralta-Rivero, C., Galindo-Mendoza, M., Contreras-Servín, C., Algara-Siller, M., & Mas-Causel, J. (2016). Percepción local respecto a la valoración ambiental y pérdida de los recursos forestales en la región Huasteca de San Luis Potosí, México. *Madera y bosques*; 22:71-93.

Pérez, R. (1983). La patología de la pobreza. Nexos.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Polo, P. (2016). Modos de vida, una categoría esencial en geografía y salud. Buenos Aires: CLACSO.

Poteete, A. Janssen, M., & Ostrom, E. (2012). Trabajar Juntos. Acción colectiva, bienes comunes y múltiples métodos en la práctica. México: UNAM, CEIICH, CRIM, FCPS, FE, IIEc, IIS, PUMA; IASC, CIDE, Colsan, CONABIO, CCMSS, FCE, UAM.

Restrepo, E. (2004). Teorías contemporáneas de la etnicidad. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española De Salud Pública*, 85(2), 129-139. <http://dx.doi.org/10.1590/s1135-57272011000200002>

Robles, S. (2011). La intensa vida comunitaria.

Salinas D. (2014). Manuel Núñez Butrón: Pionero de la Atención Primaria en el Mundo; 12(142):1612-3 pp.

San Antonio, S.L.P. Monografías de los Municipios de México. San Luis Potosí. Coordinación Estatal para el Fortalecimiento Institucional de los Municipios.

Sosa-Rubí, S., Salinas-Rodríguez, A., & Galárraga, O. (2011). Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005–2008. *Salud Pública*; 53:425-35.

SSA. (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos, 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño.

Torres, T., Soltero, R., Pnado, M., Aranda, C., & Salazar, J. (2008). Vida, fresca y limpia: representaciones sociales del agua desde el punto de vista de adolescentes y de padres de familia. *Medio Ambiente Y Comportamiento Humano*, 9 (1y2)(Editorial Resma), 171-195.

Victorino-Ramírez, L. (2014). El buen vivir. SumakKawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos. *Textual*, (64), 117-119. <http://dx.doi.org/10.5154/r.textual.2014.64.007>

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 11(5-6), 316-326. <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892002000500007>

Wu, J., & Wu, T. (2012). Sustainable indicators and indices. En: Madu, C., & Kuei, C. *Handbook of sustainability management*. Singapore: World Scientific.

Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review Of Anthropology*, 11(1), 257-285. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>

Ysunza, (2012). A. Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios: 20 Años de Activismo Utópico en Salud Comunitaria. México, INCMNSZ-Ceciproc. W. K. Kellogg Foundation. pp.166

Ysunza, A., Diez-Urdanivia, S. and Pérez-Gil, S. (2016). Capacitación-acción participativa: una experiencia de 24 años en las comunidades rurales de Oaxaca, México. *Global Health Promotion*, 24(4), pp.117-125.

Zolla C. *La salud de los pueblos indígenas de México* 2007.