

Participación social en salud. ¿Qué rumbo tomar en municipios de Chiapas?*

RESUMEN

Se parte de reconocer la ambigüedad teórica e ideológica del concepto Participación Social en Salud; asimismo el recrudecimiento de las adversas condiciones de vida y su impacto sobre la salud, particularmente en contextos de alta marginación en Chiapas, México. Con el objetivo de describir las características de participación de las mujeres en dos municipios de alta marginación, se aplicó una encuesta probabilística en 10 localidades de Oxchuc, San Lucas. Se usó un instrumento con preguntas abiertas y cerradas, aplicado mediante entrevista domiciliaria a mujeres (n = 638). Se identificaron las posibilidades de intervención de las mujeres en la toma de decisiones relativas a salud; tanto en el espacio público como en el ámbito doméstico. La información procede de mujeres adultas, la mayoría se dice unida (87,5% y 82%, respectivamente) en San Lucas y Oxchuc, pero no todas viven con la pareja; tienen 5 hijos y 3,5 años de escolaridad, en promedio.

La participación que las mujeres refieren tener en el espacio público es mínima, como asistentes sin derecho a voto en reuniones de las unidades médicas; en el ámbito privado únicamente las más jóvenes refieren compartir alguna vez la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con la vida y salud propia y de los hijos/as. Se discuten las alternativas para superar la deficitaria participación de mujeres y hombres en la toma de decisiones que afectan a la vida comunitaria, que potencialmente contribuirían al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los habitantes de municipios marginados en Chiapas.

Palabras clave: Participación comunitaria; promoción de la salud, empoderamiento.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD ¿QUÉ RUMBO TOMAR EN MUNICIPIOS DE CHIAPAS?

ABSTRACT

This paper begins by recognizing the theoretical and ideological ambiguity of the concept social participation in health, as well as the resurgence of the adverse living conditions and their the impact on health in the context of impoverished Chiapas, Mexico. In order to describe the characteristics of women's participation in two highly marginalized municipalities, we used a random survey in 10 locations in San Lucas and Oxchuc. We designed an instrument with open and closed questions, which we carried out with women in home interviews (n = 638). We identi-

LAURA TRUJILLO¹
SOFÍA VILLAFANE²
NÉSTOR GARCÍA³

¹Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas.

ltrujiillo@ecosur.

mx / elena2_333@hotmail.com

²Facultad de Psicología,

Universidad Veracruzana.

sof.villafane@yahoo.com

³Facultad de Medicina de la

Universidad Autónoma de Chiapas.

ngarcia@ecosur.mx

* Este trabajo recibió apoyo financiero del Sistema Institucional de Investigación de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIINV-UNACH), 10ª Convocatoria 2011.

fied the potential for involvement in decision-making in health among women, both in public spaces and at home. Those surveyed were adult women, most of them were in a relationship (87.5% and 82%, respectively), and they were living in San Lucas and Oxchuc, but not all were living with their partner. They had, on average, 5 children and 3.5 years of education.

The amount of participation in public spaces that women reported was minimal. They reported only being non-voting participants in medical committee meetings. In the private sphere, only the youngest of them reported ever participating in decision making on issues related to their own lives and health, and that of their children. We discuss the possible strategies to overcome the low level of participation in decision-making in community life, which could potentially contribute to improving the living conditions and health of the inhabitants of marginalized municipalities in Chiapas.

Key words: Community participation, health promotion, empowerment.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se concibe a la salud como el resultado de una compleja interacción de determinantes¹ más comprensiva de como lo hace la Organización Mundial de la Salud, lo que representa un proceso metodológico diferenciado. Se entiende que la salud es, además, un requisito para la paz y el progreso de la sociedad.

Desde la década de 1950 se han reportado experiencias formales de participación social (PS) en distintos ámbitos de la vida comunitaria en América Latina. La participación en salud ha sido desde Alma Ata una condición presente con diversa ideología, estrategias, instrumentos y resultados según el país del cual se trate. Para fines de este trabajo se comprende a la participación social como un fin en sí misma, una percepción de la PS como poder².

Por PS en salud se comprende al proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones³. Asimismo, se reconoce que el concepto tiene una fuerte carga ideológica y que ha sido empleado para diversos fines por grupos hegemónicos; su implementación ha observado mudanzas según la instancia que opere, el momento histórico y la población a la cual se dirija el exhorto. Es decir, las particularidades de la PS en salud son heterogéneas, generalmente debido a que se privilegia la acción por sobre el enfoque teórico y la ideología.

Estas particularidades pasan por el hecho de que en México, durante las dos últimas décadas del S. XX, se aplicó el enfoque de la Atención Pri-

maria Selectiva, con lo cual se asume un enfoque de PS como medio para el logro de objetivos definidos con verticalidad. Este enfoque metodológico matizó la educación en las disciplinas de la salud, favoreciendo la reproducción de relaciones asimétricas y la pasividad de la población, aunado a que el asistencialismo derivado del Estado de Bienestar desvirtuó la potencialidad de la PS, particularmente en el ámbito de la salud⁴.

En la primera década de este siglo, la iniciativa de Reformas del Sector Salud en América Latina se han venido concretando en México⁵ en un Sistema de Protección Social en Salud que representa, a todas luces, un futuro incierto en el derecho a la protección de la salud y atención médica en los grupos sociales más vulnerables⁶.

En México se reporta un acentuado crecimiento de las condiciones de pobreza, estimada en 46% en 2010⁷. Chiapas, situado en el sureste de México es una de las tres entidades que reportan mayor grado de marginación, donde las desventajas sociales se expresan como daños a la salud: mortalidad infantil, mortalidad materna, reemergencia de tuberculosis pulmonar, entre otras; el derecho a la salud aparece desdibujado en el imaginario de las sociedades empobrecidas de México.

En Chiapas, los programas focalizados, operan bajo un renovado marco constitucional y programático, orientado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sin reporte de tendencia hacia la mejoría de los indicadores de salud y educación, por mencionar algunos.

Asimismo, los programas focalizados, como Oportunidades⁸ requieren la participación social como condición indispensable para el logro de metas y objetivos oficiales, el discurso señala la corresponsabilidad de la población beneficiaria. No obstante, se reconoce apatía en la población, lo

que conduce a la exclusión de la mayor parte de los grupos sociales, en particular los pertenecientes a etnias minoritarias; los partidos políticos usurpan la soberanía popular y se profundiza la brecha entre Estado y sociedad. En una suerte de círculo vicioso donde cada vez se socava aún más la brecha de desigualdad entre los grupos sociales. Es decir, la sociedad se ubica a mayor distancia del espacio donde se toman e imponen las decisiones políticas sin que la ciudadanía pueda expresarse y/o resistir. Asimismo, la falta de credibilidad en las instituciones sociales, particularmente las oficiales y políticas, se suman a la falta de información clara y veraz sobre el ejercicio del poder público⁹.

La limitada PS podría explicarse desde la perspectiva oficial o la popular, en la perspectiva popular se vislumbra un espacio de participación pública y otra privada, en la toma de decisiones relevantes para la salud y la atención médica. Como señala Menéndez, el sistema capitalismo de los recientes 30 años promueven el individualismo, el logro personal y el bienestar individual sobre el bien común, con lo cual se favorece la falta de cohesión social, como resultado de la vaguedad de la percepción de sí mismos como ciudadano con derechos inalienables, como la salud.

Algunos indicadores sobre la condición de los municipios reportados en este documento se resumen en la Tabla 1.

En Chiapas, 42% de la población se dedica a actividades económicas primarias; 16% no percibe

ingresos; 73,4% de la población recibe menos de dos salarios mínimos como remuneración (\$ 118.00 equivalente a 9 USD por día). Sólo una de cada 5 personas percibe entre dos y 5 salarios mínimos (\$ 295.00, equivalente a 22.9 USD), con lo cual se evidencia la polarización de la riqueza¹⁰.

Aunque en la actualidad la entidad está dividida políticamente en 15 regiones económicas, Oxchuc se ubica en la zona donde emergió el movimiento armado de 1994 en Chiapas. El surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) marca un parteaguas en la historia regional, el movimiento zapatista reivindica derechos inalienables, entre ellos la salud.

El objetivo de este trabajo fue reconocer la situación que guarda la PS en salud en dos municipios de Chiapas: Oxchuc y San Lucas, ambos identificados con Alta Marginación¹¹.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se realizó un estudio transversal en dos municipios de alta marginación de Chiapas, México: Oxchuc y San Lucas, en el período comprendido entre octubre de 2011 y febrero de 2012.

Se utilizó el muestreo aleatorio, con información geográfica oficial¹⁰; se consideraron únicamente las localidades mayores de 500 habitantes (Oxchuc =18; San Lucas =4); se tomaron seis de Oxchuc y las cuatro de San Lucas. La unidad de muestreo fue la localidad/vivienda; la muestra se

Tabla 1. Indicadores selectos, plano nacional, estatal y municipal. 2010

Indicador	México	Chiapas	Oxchuc	San Lucas
Población 2010 (habitantes)	112'337,000	4'797,000	43,350	6,734
Número de localidades	ND	20,047	147	14
Población hablante de lengua indígena de 5 años y más	6,7%	27,2%	83,7% (tzeltal)	12,3% (zoque)
Localidades con grado de marginación Muy Alto	ND	87%	57,4%	14,29%
Población >12 años que no sabe leer y escribir	6,9%	17,8%	19,1%	18,1
Tasa mortalidad general (x 1.000 habs.)	5,0	4,3	3,81a	4,46b
Tasa mortalidad infantil (x 1.000 nvr)	13,7	18,8	3,89a	NRb

Fuente: INEGI, 2010.

a Fuente: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/mapasmunicipales/064.pdf>

b Fuente: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/mapasmunicipales/110.pdf>

distribuyó por afijación proporcional; se emplearon los mapas municipales oficiales actualizados. Se consideró como informante a la mujer mayor de 16 años, ama de casa.

Previo al diseño del instrumento se sondearon, en talleres a los que asistieron mujeres de cada localidad, las posibilidades/espacios/posiciones que pueden desempeñar las mujeres relacionadas con la salud, tanto propia como de integrantes del grupo doméstico. Se construyó un instrumento de preguntas abiertas y cerradas, se aplicaron cuestionarios a mujeres en Oxchuc (n =322) y San Lucas (n =316), 85% y 17% hablantes de lengua nativa, tzeltal y zoque, respectivamente. Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes universitarias bi-

lingües en el idioma materno de las entrevistadas. Adicionalmente se realizó una serie de entrevistas en profundidad para ahondar en la comprensión del fenómeno, que no serán desarrollados en este documento.

Los datos fueron capturados en un fichero electrónico. Se usan medidas de frecuencia para describir la información.

RESULTADOS

La información procede de 668 mujeres adultas, las mujeres de Oxchuc son más jóvenes que las de San Lucas (mediana 32 y 35, respectivamente). La mayoría de ellas vive en pareja y más de la mitad

Tabla 2. Características personales de las mujeres participantes en municipios marginados de Chiapas, 2011

	Categorías	Oxchuc (n =322)	San Lucas (n =316)
Edad (años)	16 a 30	38,51	35,13
	31 a 50	49,07	43,99
	51 +	12,42	20,89
	Total	100,0	100,0
Estado civil	Casada	40,37	73,89
	Unión libre	41,61	13,69
	Soltera	0,62	3,82
	Viuda	6,52	5,41
	Separada	0,00	0,00
	Madre soltera	8,07	2,55
	Divorciada	2,80	0,64
	Total	100,0	100,0
Vida en pareja	Si	72,67	85,52
	No	27,33	14,48
	Total	100,0	100,0
No. de hijos/as	1-3	56,26	57,50
	4-6	33,14	28,57
	7 y más	10,6	13,93
	Total	100,0	100,0
Número de horas dedicadas al trabajo doméstico	1-4	85,05	60,13
	5-8	5,92	30,87
	9 y +	9,03	9,00
	Total	100,0	100,0
Realiza actividades intradomésticas para obtener ingresos	Si	27,95	10,51
	No	72,05	89,49
	Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario PSEDM-2011.

realizan actividades productivas extradomésticas (con y sin remuneración). Más de la mitad son madres de uno a tres hijos, aunque se reportaron algunas que parieron a más de doce.

Uno de los indicadores de desarrollo más agudos es la escolaridad, la de las mujeres en ambos municipios se caracteriza por una alta frecuencia de ellas que no sabe leer y escribir; cuatro de cada cinco mujeres en Oxchuc es además monolingüe. En San Lucas sólo poco menos de una de cada cinco es iletrada y el monolingüismo es excepcional.

Al preguntarles sobre las tareas/puestos o encargos que pueden desempeñar las mujeres en el espacio público respondieron de la forma que se resume en la Tabla 3.

Nótese que en Oxchuc las mujeres señalaron que pueden ser policías, con el doble de frecuencia que pertenecer a un comité de salud local, lo cual es opuesto a lo que señalan en San Lucas. Recordar que San Lucas es de predominio mestizo. Llama la atención que la tasa de no respuesta en esta pregunta es mayor en el municipio de mayoría étnica minoritaria.

La Tabla 4 resume las respuestas a algunos reactivos relacionados con la toma de decisiones en el espacio privado, que van de menor a mayor relevancia.

Cada una de estas decisiones tiene relevancia en el resultado de la condición salud. Es común que los menores de cinco años sean llevados a atención médica de manera tardía; incluso cuando la mujer adulta enferma es la pareja la que decide cuándo y qué agente curador será llamado para la atención. En otros casos, son los hijos quienes deciden.

DISCUSIÓN

Los espacios de participación en salud, tanto en el espacio público como en el privado son prácticamente simbólicos. De acuerdo con la escalera de la participación de Arnstein¹², los tres peldaños iniciales lo son, no únicamente como parte del eufemismo de los talleres y programas participativos declarados por los servicios de salud, sino como decoración para fines políticos. Hay evidencias de hartazgo en la población.

Sin embargo, la estructura de relaciones de poder que se observa en estos municipios es producida y reproducida desde el espacio doméstico⁴; lo que también contribuye al sostenimiento de las desigualdades de género¹³, entendidas como esas diferencias evitables, injustas e innecesarias que pasan por expresiones de subordinación femenina y confinamiento de las mujeres a su vivienda¹⁴

Tabla 3. Opciones de participación de las mujeres en el ámbito público de municipios marginados de Chiapas

Participación/Encargo	Oxchuc (n =322)			San Lucas (n =316)		
	SI	NO	NR	SI	NO	NR
Comisaría Ejidal	0,6	95,9	3,4	0,6	99,4	-
Agente municipal	1,9	95,0	3,1	1,3	98,7	-
Juez	1,6	95,0	3,4	7,6	92,4	-
Policía	45,7	51,5	2,8	0,6	99,4	-
Comité de salud	21,4	75,8	2,8	81,8	18,2	-
Proyectos productivos	5,6	91,3	3,1	35,7	64,4	-
Organización de eventos	9,9	87,0	3,1	35,0	65,0	-
Patronato de feria	9,3	94,7	3,1	37,3	62,7	-
Comité de mejora	1,9	94,7	3,4	33,4	66,6	-
Líder política	10,6	86,0	3,4	37,9	62,1	-

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario PSEDM-2011.

Tabla 4. Espacios de participación de las mujeres en las decisiones cotidianas, ámbito privado, municipios marginados de Chiapas. 2011

En casa quién toma la decisión de:		Categorías	Oxchuc (n =322)	San Lucas (n =316)
Que los niños vayan a la escuela:		Madre	24,21	29,90
		Padre	8,81	7,72
		Ambos	66,98	62,38
	Total		100,0	100,0
Los gastos para la comida		Madre	23,34	18,39
		Padre	31,23	37,42
		Ambos	45,43	44,19
	Total		100,0	100,0
El pago de las deudas		Madre	21,20	14,42
		Padre	32,59	42,63
		Ambos	46,20	42,95
	Total		100,0	100,0
El mantenimiento de la casa		Madre	34,29	16,72
		Padre	24,76	41,48
		Ambos	40,95	41,80
	Total		100,0	100,0
Los permisos para los niños		Madre	27,39	34,73
		Padre	30,25	12,22
		Ambos	42,36	53,05
	Total		100,0	100,0
Los gastos por enfermedad		Madre	22,71	15,38
		Padre	28,39	43,59
		Ambos	48,90	41,03
	Total		100,0	100,0
Cuando enfermo, ir al médico:		Yo misma	37,50	46,30
		Mi pareja	19,38	14,79
		Mis hijos	43,13	31,19
		Mi pareja/esposo y yo	0	5,47
		Otra persona (suegra, madre)	0	2,25
	Total		100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario PSEDM-2011.

y por lo cual ellas no participan en decisiones elementales, hasta el extremo de manifestarse como sobremortalidad femenina, como ocurre en San Lucas, asunto que no se documentará en este documento por razones de espacio. La sobremortalidad femenina se comprende como el resultado extremo de la violencia de género, que inicia desde temprana edad, pasa por la violencia económica en las adultas y continúa expresándose hasta la tercera edad con los hijos como victimarios.

Estas expresiones de violencia se comprenden como parte de una acumulación de frustraciones, pérdida de certidumbre en el futuro inmediato; vinculado a la falta de credibilidad en las instituciones del Estado y, particularmente en las del sector Salud. A esta pérdida de prestigio y confianza se ha contribuido desde el personal del sistema sanitario y, en retrospectiva a la Universidad. Por esta razón, es imperativo visibilizar los alcances y la responsabilidad social que implica la educación

médica, pues colocar sobre la mesa de discusión los elementos objetivos promovería un potencial cambio de actitud en los actores involucrados¹⁵.

Una de las limitaciones metodológicas de este trabajo reconocida es la sobrerrepresentación de San Lucas, derivada del monolingüismo en Oxchuc.

La pregunta que otorga el nombre a este documento debe ser respondida desde las distintas posiciones de los actores sociales: particularmente de quienes encabezan los poderes de gobierno, puesto que la pobreza es determinante de la salud y la salud es un requisito para la paz social; se dirige asimismo a los prestadores de servicios de salud tanto en los niveles operativos como en los de mayor jerarquía, en donde es indispensable romper la inercia de casi medio siglo, resignificar la participación social como poder para impulsar con renovada legitimidad las acciones en salud.

Potencialmente la participación social es una alternativa viable de respuesta para enfrentar los resultados indeseables de las reformas del sector salud, mejoraría los resultados puesto que tomar parte en la decisión involucra la toma de conciencia y la manifestación colectiva obligaría a que los servicios médicos sean de mejor calidad, en virtud del monitoreo y el desarrollo de una cultura de reivindicación de los derechos a una atención médica digna. Iniciando con el reconocimiento de las necesidades de las personas. Hoy por hoy, las mujeres no pueden expresarse e intervenir en asuntos relevantes para su salud, mucho menos defender sus intereses y luchar por sus objetivos de mejor calidad de vida y salud.

Pobreza, etnia y género son determinantes de salud en estas poblaciones. Omitir la atención a estas precarias condiciones puede tomar un rumbo desafortunado y violento. Nunca se sabe cuál será la gota que derrame el vaso de la injusticia social en los municipios de Chiapas.

REFERENCIAS

1. Contandriopoulos A. Elementos para una "topografía" de concepto de la Salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, Vol 11 No 1, 2006, pp.86-99
2. Hersch-Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Pública Méx* 1992; 34(6):678-688
3. Muller F. Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, 1979.
4. Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales* 1998; 73: 5-22.
5. Dávila E. y Guijarro M. Evolución y reforma del Sistema de Salud en México. Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL. Santiago de Chile, 2000. 81 pp
6. Leal G. Seguro popular: apenas una aspirina orientada solo a "financiar" los servicios. Foro sobre Seguro popular. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. México DF, 31 de enero, 2005.
7. CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Pobreza en México y las Entidades federativas, 2008-2010. Julio de 2011. Disponible en: www.coneval.gob.mx.
8. Secretaría de Desarrollo Social/Gobierno Federal. 2010. Oportunidades, un programa de Resultados. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_de_Desarrollo_Humano_Oportunidades.
9. Haro A. y De Keijzer B. (coords. y edits): Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro El Colegio de Sonora-Productsep-Organización Panamericana de la Salud, 1998.
10. INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. 2010. Resultados del XII Censo General de Población y Vivienda. México. 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>
11. CONAPO, Consejo Nacional de Población. Índices de marginación 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010.
12. Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, no. 4, Julio 1969, pp. 216-224
13. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. 2000. "Género, desigualdades y Salud Pública: conocimientos y desconocimientos". *Gac Sanit, Supl.* 3 (14): 60-71.
14. Lagarde M. Las opresiones patriarcales y clasistas. En *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: PUEG/UNAM. 2003. Pp. 87-110.
15. Valls, Carme. "Desigualdades de género en salud pública". *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y profesionales de la salud*, España: Ministerio de Asuntos Sociales/Instituto de la mujer. Pp. 15-22.