

Pobres pero sanos... ¿formación o formalización de recursos humanos en salud? modelo alternativo de la enseñanza superior en promoción de la salud.

Poor but healthy. formation or formal training of human resources in health? an alternative model of higher education teaching in health promotion..

Pobres, porém saudáveis... formação ou formalização de recursos humanos em saúde? modelo alternativo de ensino superior em promoção da saúde.

Alicia Hernández Zamora¹

RESUMEN

Hablar de la formación de recursos humanos en salud, sin preguntarnos ¿Formación de quién?, ¿Qué tipo de formación? ¿Formación o formalización? Formación de recursos humanos en salud ¿Para quién?, ¿Para que estrato o clase social?¿ Con qué nivel de salud? ¿Para que realidad? La que vivimos cotidianamente o la que nos hacen creer que vivimos. En México éstas son preguntas inevitables pues la salud en los sujetos individuales o colectivos es diferenciada de acuerdo con los que tienen demasiado, los que tienen poco y los que nada tienen ni tendrán, como lo dejan ver las estrategias económicas en curso. De acuerdo con el Reporte Mundial del Desarrollo 2004, en México 20% de las familias más ricas se lleva el 59.1% de la riqueza nacional, mientras que el 20 % más pobre sobrevive con apenas 3.1 % de la riqueza; es decir con migajas. Esto nos lleva al dilema sobre el que giran algunas reflexiones, es que la salud seleccione a los individuos en diferentes condiciones sociales o que son las condiciones sociales las que determinan el nivel de salud de un grupo o población (MARMOT, WILKINSON, 2001). En el presente documento primero formulare una serie de cuestionamientos que darán paso a la reflexión crítica sobre la formación de recursos humanos en salud, a través de la contextualización social y económica en México. En segundo lugar debatiré las diferencias conceptuales entre formar y formalizar recursos humanos en salud. Por último abordare el modelo educativo de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y lo que llamo modelo alternativo de enseñanza superior en promoción de la salud, a través de la experiencia de construcción de la licenciatura en Promoción de la Salud en nuestra universidad a través del vínculo comunitario establecido.

¹ Médica Cirujana por la UNAM, estudios de Maestría en Ciencias Sociomédicas énfasis en Epidemiología, UNAM, Diplomado Internacional en Epidemiología Aplicada por la Dirección General de Epidemiología y la Facultad de Medicina de la U.N.A.M, en Coordinación con la O.P.S., la Universidad de Harvard y la CDC de Atlanta, E.U., actualmente Profesora-Investigadora de tiempo completo en la Licenciatura de Promoción de la Salud, Academia de Salud Comunitaria de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. U.A.C.M. E-mail: hezali2003@yahoo.com.mx

PALABRAS CLAVE: Formación; Formalización; Promoción de la Salud; Pobreza.

ABSTRACT

Addressing human resources formation in health gains its real meaning if one answers the following questions: “forming whom?”; “what kind of formation?”, “formation or training?”; “forming human resources in health for whom? For which social stratum class?, Of which health standard?, For which reality? " e one we live daily or the one they make us believe we live?”. In Mexico, such questions are inevitable since the health of individuals and groups is differentiated according to those who have little and those who have nothing and never will, as is made clear by the current economic strategies. According to Reporte Mundial de Desarrollo 2004, 20% of the families (the rich ones) in Mexico receive 59.1% of the national wealth; while 20% of the population survives on 3.1%; that is basically on the scraps. " is question leads us to a dilemma around which revolve a number of reflections, namely: does health select individuals that that belong to different social conditions or are the social conditions determining the health of individuals and groups? (MARMOT, WILKINSON, 2001). In this paper, I first pose a series of questions that give weight to a critical reflection of the human resources formation in health through a social and economic contextualization of the situation in Mexico. In second place, I will discuss conceptual differences between formation and formal training of human resources in health. Finally, I will address the educational model of the Universidade Autónoma da Cidade do México and what I refer to as an alternative model for developing the Degree in Health Promotion in our university through established community link.

KEYWORDS: Formation; Formal Training; Health Promotion; Poverty.

RESUMO

Falar da formação de recursos humanos em saúde sem perguntarmos: Formação de quem? Que tipo de formação? Formação ou formalização? Formação de recursos humanos em saúde para quem? Para que estrato ou classe social? Com que nível de saúde? Para que realidade? A que vivemos cotidianamente ou a que nos fazem crer que vivemos. No México estas são perguntas inevitáveis, pois a saúde nos sujeitos individuais ou coletivos é diferenciada de acordo com os que têm demasiado, os que têm pouco e os que nada têm nem terão, conforme é possível prever face às estratégias económicas em curso. De acordo com o Relatório Mundial do Desenvolvimento 2004, no México, 20% das famílias mais ricas detém 59.1% da riqueza nacional, mientras que os 20% mais pobre sobrevive apenas com 3.1% da riqueza; quer dizer, com migalhas. Isto nos leva ao dilema em torno do qual giram algumas reflexões: é a saúde que seleciona aos indivíduos em diferentes condições sociais ou são as condições sociais que determinam o nível de saúde de um grupo ou população (MARMOT e WILKINSON, 2001). No presente documento, inicialmente, formularei uma série de

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

questionamentos que darão peso à reflexão crítica sobre a formação de recursos humanos em saúde, através da contextualização social e econômica no México. Em segundo lugar debaterei as diferenças conceituais entre formar e formalizar recursos humanos em saúde. Por último, abordarei o modelo educativo da Universidade Autónoma da Cidade do México e o que chamo modelo alternativo de ensino superior em promoção da saúde, através da experiência de construção do curso de graduação da licenciatura em Promoção da Saúde em nossa universidade através do vínculo comunitário estabelecido.

PALAVRAS-CHAVES: Formação; Formalização; Promoção em Saúde; Pobreza.

Cuando me invitan a participar en un panel sobre la formación de recursos humanos en salud lo primero que me pregunto es ¿Formación de quién?, ¿Qué tipo de formación? ¿Entendería bien? ¿Formación o formalización? Formación de recursos humanos en salud ¿Para quién?, ¿Para que estrato o clase social?

¿ Con qué nivel de salud? ¿Para que realidad? La que vivimos cotidianamente o la que nos hacen creer que vivimos. En México éstas son preguntas inevitables pues la salud en los sujetos individuales o colectivos es diferenciada de acuerdo con los que tienen demasiado, los que tienen poco y los que nada tienen ni tendrán, como lo dejan ver las estrategias económicas en curso. De acuerdo con el Reporte Mundial del Desarrollo 2004, en México 20% de las familias más ricas se lleva el 59.1 % de la riqueza nacional, mientras que el 20 % más pobre sobrevive a penas 3.1 % de la riqueza; es decir con migajas. Esto nos lleva al dilema sobre el que giran algunas reflexiones, es que la salud seleccione a los individuos en diferentes condiciones sociales o que son las condiciones sociales las que determinan el nivel de salud de un grupo o población (MARMOT e WILKIN-SON, 2001).

Las historias de individuos y comunidades reales que he recabado en mi experiencia en el trabajo comunitario muestran que quienes han crecido en la marginación urbana o rural en México han experimentado los efectos de un colapso económico y sostenido desde fines de los setenta, que incluye desempleo masivo, devaluación salarial y desmantelamiento de las economías locales El trabajo mismo ha dejado de pertenecer a millones de globalizados, cuyas únicas opciones son el desempleo, la “microempresa” callejera o la servidumbre en transnacionales que hoy florecen en el páramo económico del país. En palabras de Marcos: “Donde había una bandera, hoy hay un centro comercial. Donde había una historia, hoy hay un puesto de comida rápida. Donde florecía el copihue, hoy hay un páramo. Donde había memoria, hoy hay olvido. En lugar de justicia, limosna”. (LA JORNADA, 9/Oct/2004, p.16).

Millones han perdido nada menos que sus medios materiales de sustentación, y sus historias de vida reflejan las fuerzas económicas que los han empujando fuera del sistema educativo: vidas dominadas por la inseguridad económica, estados permanentes

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

de frustración, conflicto y temor. El resultado obvio de este proceso deliberado de destrucción económica ha sido un alarmante crecimiento en los índices de alcoholismo y drogadicción; violencia doméstica y callejera; la emergencia de una economía masivamente subterránea y en gran medida criminal; y el colapso del sistema escolar como vía para el progreso socioeconómico. En México más del 50% de los mayores de 15 años carece de escolaridad básica, y menos del 20% de los jóvenes entre 18 y 24 años tienen acceso a la educación superior.

Este panorama gris de imposibilidad de una vida normal (CARPENA, 2004), constituye el sistema social en el que los niños, jóvenes y adultos pobres de México sobreviven y luchan para negociar un lugar para sí mismos. Indigna entonces, que tras dismantelar las posibilidades educativas de millones y la dignidad de nuestros maestros, sean las mismas tecnocracias quienes decretan que lo que los despojados necesitan no es acceso pleno a la educación y el trabajo, sino “competencias para la vida y el trabajo”, “alfabetización tecnológica” o “mejores hábitos de lectura”. (GREGORIO HERNÁNDEZ, 2004).

En relación con las familias, el concepto mismo de “familia” no parece operar ya en la realidad social de los marginados. A reserva de datos estadísticos que indiquen lo contrario, las familias desintegradas son la norma entre los sectores marginados del país. Se trata de familias desechas por la migración a EU o por la separación de los padres; pero también, y en muchísimos casos, por la violencia y el abuso intrafamiliar ligados al desempleo, el hacinamiento, las adicciones, la escasa educación de padres e hijos, y el maltrato de género. Son éstos los patrones sistemáticos que yo he vivido en las colonias populares del Valle de México y que se rompen sólo por algunas excepciones que confirman la regla.

En el medio rural, aún más marginado, según datos oficiales, en el año 2004 cinco millones de familias en México reciben 300 pesos bimestrales para no morir de hambre, a través del programa Oportunidades, de combate a la pobreza. Son familias hundidas en el desempleo o desechas por la migración a EU. Para muchas de ellas, la “beca” de \$200 mensuales que reciben los niños por no desertar de la escuela se ha convertido en el principal ingreso familiar o en materia de salud el programa oportunidades brinda apoyo nutricional en cantidades necesarias por grupo de riesgo niñas y niños de entre 4 meses y 23 meses de edad niñas y niños de entre 2 y 5 años que presenten algún grado de desnutrición (leve, moderada o severa) Mujeres embarazadas y Mujeres en lactancia, por un periodo de hasta un año a través de la entrega del suplemento Nutrisano® y Nutrivida®. Cada sobre de suplemento alimenticio Nutrisano® (papilla), pesa 264 grs., equivale a 6 dosis de 44 grs. c/s., en sabores chocolate, vainilla y plátano, se destina a niños y niñas, cada sobre de suplemento alimenticio Nutrivida® (bebida), pesa 260 grs., equivale a 5 dosis de 52 grs. c/u., en sabores natural, vainilla y plátano, se destina a mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La dotación mensual que se entrega en forma gratuita a la población es: para

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

niños y niñas: 5 sobres y Para mujeres embarazadas o en lactancia: 6 sobres, lo único que no especifica este gran programa nutricional es si se diluye en agua o leche, que por cierto tienen un costo de \$20 a \$25 el garrafón de agua y de \$8 a \$12 litro de leche, a propósito del aumento a los minisalarios que rigen a partir del 1 de enero de 2006 que pasaron en la zona geográfica A de 46.80 a 48.67 pesos diarios, en la zona B de 45.35 a 47.16 pesos diarios y en la C de 44.05 a 45.81 pesos diarios.

Luego de siete horas de reunión entre representantes del gobierno federal, empresarios y obreros, se llegó al acuerdo que representa un aumento para las zonas: A de un peso con 87 centavos, en la B de un peso 81 centavos y en la C de un peso con 76 centavos, de acuerdo con la declaración del Presidente de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CNSM), Basilio González Núñez.

Un habitante de la comunidad Hidalguense donde se inició programa Oportunidades hace 7 años sintetiza así sus beneficios: “Aquí hemos sobrevivido por la Unión Americana. Si no pudiéramos cruzar al otro lado, ¡ya nos hubiéramos comido entre nosotros!” (EL UNIVERSAL, 9-nov-2004: A22).

Este panorama gris de imposibilidad de una vida normal (CARPENA, 2004), constituye el sistema social en el que los niños, jóvenes y adultos pobres de México sobreviven y luchan para negociar un lugar para sí mismos. Indigna entonces que, tras dismantelar las posibilidades educativas de millones y la dignidad de nuestros maestros, las mismas tecnocracias decreten que lo que los despojados necesitan no es acceso pleno a la educación y el trabajo sino “competencias para la vida y el trabajo”. ¿Formación o formalización? De recursos humanos en salud.

Es cierto que no me invitaron a hablar de economía, pero estos temas son tabú entre quienes desean convertir a México en un “País, ciudad o municipio saludable” y no un país de gente con empleo, educación, y salarios dignos, hablar sobre la formación de recursos humanos en salud, pasa por dos reflexiones:

Definir que es lo que deseamos y lo que necesita nuestro país, formación o formalización de recursos humanos en salud? Desde el punto de vista etimológico son dos conceptos distintos e incluso opuestos, veamos de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española.

Formación - Acción y efecto de formar o formarse.

Formar - Dar forma a algo. Juntar y congrega personas o cosas, uniéndolas entre sí para que hagan aquellas un cuerpo y estas un todo. Dicho de dos o más personas o cosas: Hacer o componer el todo del cual son partes. Dicho de una persona: Adquirir más o menos desarrollo, aptitud o habilidad en lo físico o en lo moral.

Formalizar - Revestir algo de los requisitos legales. Concretar, precisar. Formalizar un cargo, una posición. Dar carácter de seriedad a lo que no la tenía.

Recurso:- Acción y efecto de recurrir. Medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirva para conseguir lo que se pretende. Conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa.

Como podemos observar formar implica del desarrollo de todas las capacidades del ser humano para ejercer el simple y llano derecho de definir y decidir sus propias vidas, para componer el todo del cual son parte, al adquirir desarrollo de aptitudes ,habilidades y conocimientos y aplicarlas en la cotidianidad, llevándolas a la acción colectiva, sin embargo debemos reflexionar si en el ámbito universitario FORMAMOS o FORMALIZAMOS esto es revestimos a nuestro recurso humano de los requisitos legales, calificaciones historiales académicos, constancias y títulos.

En pocas palabras sin duda, las universi-dades deben seguir formando profesionistas con una sólida preparación técnica y científica para contribuir a la solución de los problemas materiales y a la organización de la sociedad, y deben seguir generando conocimientos científicos y técnicos útiles para esos fines. Pero no puede ignorarse que todo ello carecerá de sentido si las mismas universidades no se ocupan de los fenómenos que amenazan incluso a la civilización.

La Universidad debe asumir que su materia de trabajo es la cultura misma y su cometido contribuir con ese trabajo cultural a la construcción de una sociedad democrática, justa y libre, pues no hay en la sociedad contemporánea otra institución con una responsabilidad tan directa en el ámbito de la cultura.

Esta es la razón incuestionable por la cual deben expandirse sin límite las instituciones de educación superior universitarias. Otras razones, como la formación de cuadros calificados, se encuentra sometido a contradicciones. En efecto, la estrechez de los mercados de trabajo, aún los de niveles superiores, conducen a algunos a proponer el encogimiento de los sistemas de educación superior pues, su argumento, simplemente estamos preparando desempleados. Este planteamiento es inaceptable pues ignora que lo que hoy se hace en educación tiene consecuencias históricas de muy largo alcance, en plazos para los cuales es imposible hacer cualquier predicción de oportunidades de trabajo y de otros muchos temas.

El único programa responsable frente a la desocupación actual, y la previsible, consiste en dar a los jóvenes una formación sólida que les permita moverse con mayor libertad posible en un mundo laboral incierto, y constituirse en ciudadanos con una definida responsabilidad social y dotada de una amplia y sólida cultura.

Pero además, las universidades deben preocuparse por cientos de miles de personas que no tienen necesariamente como destino laboral el ejercicio de una profesión de nivel superior y que, sin embargo, viven y vivirán en este mundo, y que, para vivir plenamente como seres humanos y contribuyan a construir una sociedad plenamente humana, requieren, hay que reiterarlo, una formación humanista, científica, crítica y autónoma.

Reducir el proyecto de educación superior a los fines de la capacitación para el empleo de nivel profesional y a prepararnos para la globalización y la competencia mercantil, significa reproducir la visión unidimensional de la sociedad, del hombre y de la vida, que se nos impone desde el mundo de los negocios y la política y no de los sistemas educativos, los cuales nunca les podrán garantizar que encontrarán ocupación. (PÉREZ ROCHA, 2001).

En cambio la formalización de los recursos humanos nos esta llevando como sentenció Julio Boltvinik (La Jornada 29 octubre 2005) “Mientras los países industrializados continúan avanzando en su desarrollo, en México nos hemos convertido en un país maquilador. “Desde la estructura educativa se fomenta la obediencia. La sabiduría y los conocimientos se quedan en los libros, sin que se aliente una actitud crítica o de investigación, lo que reproduce los valores y las actitudes de callar, escuchar y obedecer”.

En la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, no formalizamos recursos humanos, considera a los estudiantes como su razón de ser y como sujetos conscientes, activos y responsables de su propia educación, los demás miembros de la institución – maestros, investigadores, técnicos y trabajadores de servicios - tienen como responsabilidad apoyar a los estudiantes para logra su educación.

Los planes y programas de estudio, los procesos de enseñanza – aprendizaje y los reglamentos promoverán que todos y cada uno de los estudiantes puedan alcanzar los más elevados niveles de formación, a partir de una exigencia efectiva de rigor científico y académico, tomando en consideración las condiciones Especificas y los proyectos de cada educando, haciendo efectivo el lema de nuestra universidad “Nada Humano me es ajeno”. (PÉREZ ROCHA, 2001).

¿FORMALIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD O MODELO ALTERNATIVO DE ENSEÑANZA SUPERIOR EN PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Existen dos corrientes, en la Promoción de la Salud, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos y estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas poblacionales.

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y Macdonald (1992), es que se acerca más al concepto de una “disciplina académica o mejor aun a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas”, es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-practico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercado social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una “colcha de retazos”, sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo “vestido” que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir “bienes sociales” en la forma mas efectiva, ética y equitativa posible.

Una pregunta muy pertinente que surge es: ¿qué papel juega la medicina en esta concepción de la PS? Es claro que la medicina, en lo que toca con lo social (medicina social), tiene mucho que ver con la PS, pero es la salud pública la que prácticamente se confunde con la PS. Por ello, la llamada “nueva salud” (ASHTON y SEYMOUR 1988; KICKBUSH, 1994), se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la PS y como tal, ofrece las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de la calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es, lo que le da el carácter de política, por cuanto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo.

Por desgracia la práctica de la salud pública, al parecer no ha evolucionado al mismo ritmo en que ha evolucionado la PS, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias en bienestar de las poblaciones humanas. El trabajo de salud publica/PS, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales, líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales, etc. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no solo mas productiva, sino mas justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la PS, y por ende la salud publica.

Existen varias definiciones de PS, entre las cuales se citan las siguientes: Carta de Ottawa (1986): “La PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Más que una definición,

es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.

OPS/OMS (1990): “La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos , encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de la OPS/OMS en 1990, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluir la PS como un componente de las políticas nacionales de salud.

Hancock (1994): “La PS es la buena salud publica que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”. “Puede decirse que la PS es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar mas control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política”. Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida. (HELENA RESTREPO, 2001).

EN LA UACM

Entendemos a la salud como un constructo social, es decir, como un fenómeno netamente humano. Son los humanos los únicos animales sobre la tierra que tienen conciencia de su salud y por ende se preocupan de ella a tal punto que han desarrollado a lo largo del tiempo infinidad de estrategias para conseguir mayores niveles de salud. Pero no sólo eso, sino que históricamente los distintos grupos sociales que han poblado el planeta han ido acuñando diferentes concepciones de la salud.

Bajo esta lógica el promotor de la salud debe ser entrenado para detectar la manera en que las enfermedades impactan a una sociedad, de ahí la necesidad del estudio de la epidemiología. Sin embargo, el verdadero objeto de trabajo de éste profesional en salud va mucho más allá de saber qué enfermedades y con qué frecuencia se presentan en la comunidad. El objeto de trabajo del promotor de la salud es la salud. Salud que se concibe de distinta manera según el lugar y el tiempo al que nos remitamos. No es lo mismo la salud para un egipcio del siglo V a.C. que para un americano que vive en NY en el 2004.

Por otra parte, si bien la salud tiene una dimensión individual también es cierto que tiene otra social pues los individuos viven en sociedades y a partir de ellas aprenden lo que es la salud y como cuidarla.

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

Por lo tanto, el promotor debe también estar entrenado para poder entender qué características tiene el grupo social (cómo es, cómo se relacionan sus miembros, qué relaciones establecen con otros grupos, cuándo y para qué, etc.) todo ello con la finalidad de entender cómo y con qué elementos simbólicos ha construido el concepto de salud el grupo social con el que se trabaja.

Sin este entendimiento previo del trabajo, no puede establecer un verdadero diálogo (que enriquezca a ambas partes) con la gente con la cual va a trabajar, y por lo tanto su trabajo no se puede dar.

Abordar a la salud desde el paradigma de la complejidad supone primero conceptualizar la palabra paradigma, según la concepción de Kuhn: un paradigma es una manera de pensar, de ver la realidad y de construir un conjunto de valores que orientan nuestra “construcción” de la realidad, el paradigma es holístico, desde alguna de sus partes puedo comprender la totalidad, acercarme a la totalidad, tener una visión más integradora e integrada. Segundo entender a la Salud como un fenómeno inherente a la vida y comprender la dimensión de la salud como un fenómeno complejo que debe analizarse en un contexto histórico social y esto sea punto de partida, primero para reconocer el vínculo salud - ser humano- sociedad y en segundo lugar planear estrategias más que de intervención, de acción comunitaria conjunta, donde se reconozcan y promuevan las capacidades del ser humano en la toma de decisiones en torno a su salud, individual, familiar o social.

Por ejemplo Epidemiología se ubica en el 4to y 5to. semestre de la Licenciatura en Promoción de la Salud, en el que se abordara el concepto de salud, los modelos de abordaje del proceso salud – enfermedad y la complejidad de la salud, El Método epidemiológico y métodos cualitativos, el análisis del Diagnóstico comunitario, desde la investigación acción participativa, para dar el enfoque Histórico Social y se relaciona con : Introducción a la Promoción de la Salud, Crecimiento y Desarrollo I; Bioestadística, Metodología de la Investigación , Epidemiología I y Salud Pública I, II y III; Nosología I y II ,Medio Ambiente, así como con Salud Comunitaria I y II.

Propósitos:

- 1) Que los estudiantes comprendan el proceso salud-enfermedad como un elemento complejo, ubicado en el contexto histórico-social y cultural, para construir una visión integradora del concepto de salud.
- 2) Que los estudiantes apliquen el método epidemiológico así como otros métodos que les permitan obtener los datos cuantitativos y la información cualitativa necesarios para realizar el diagnóstico comunitario.

- 3) Que los estudiantes desarrollen una actitud crítica, responsable y comprometida en el trabajo comunitario para que hagan suya una práctica y una visión humanistas, al establecer vínculos comunitarios.

Como conclusión podemos decir que esta serie de reflexiones, tienen el propósito de llamar la atención de todos los que trabajamos en torno a la salud, para que entendamos la dimensión de la salud como un fenómeno complejo que debe analizarse en un contexto histórico social y esto sea punto de partida, primero para reconocer el vínculo salud – ser humano- sociedad. Y en segundo lugar planear estrategias más que de intervención, de acción comunitaria conjunta, donde se reconozcan y promuevan las capacidades del ser humano en la toma de decisiones en torno a su salud, individual, familiar o social como lo dice Leticia integrante de la junta de buen gobierno de las comunidades de Chiapas “Tenemos inteligencia y capacidad para dirigir nuestro propio destino”. (LA JORNADA 2 de enero del 2005). Y no como en la actualidad donde con el modelo médico hegemónico se realizan intervenciones en salud partiendo de la máxima SIN VOZ..... PERO TOMADOS EN CUANTA o POBRES PERO SANOS....

BIBLIOGRAFÍA

ANUIES. La Educación Superior en el Siglo XXI. Líneas Estratégicas de Desarrollo. México: ANUIES [<http://www.anuies.mx>]. 2000.

BAKHTIN, M. *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Ed. M. Holquist. Austin: University of Texas Press. 1981.

BANCO MUNDIAL. Reporte Mundial del Desarrollo 2004 (World Development Report): [<http://econ.worldbank.org/wdr/> y <http://www.worldbank.org/data/wdi2004/pdfs/table2-7.pdf>]. 2004.

CARPENA-MENDEZ, J. *Growing Up Between Letters and Trenches: an Ethnography of Childhood Across Schooling and Work in Sierra of Puebla, México*. Universidad de California, Berkeley (tesis doctoral). 2004.

CHOMSKY, N. *Intervention in Vietnam and Central America*. En James Peck <http://www2.gwu.edu/~nsarchiv/NSAEBB/NSAEBB27/index.html>. 1987.

EL UNIVERSAL. *Sobrevivencia Siete años: De Progres a Oportunidades, un programa de exportación*. El Universal, 9/Nov/2004, p.A22.

FREIRE, P. *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI. 1970.

Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº2. p. 20-29, Abr. / jun.

HÉCTOR, G.D. (Reseña del libro) Revista Salud Pública de México, vol. 43, No. 4, Julio agosto de 2001, p. 382-383.

HERNÁNDEZ Z., G. “¿Se lee o no se lee en México? Entrevista Virtual”. Revista La Experiencia Literaria. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM: No.11, Jun-Dic/2003. 2003.

HERNÁNDEZ Z., G. Identity and Literacy Development: Life Histories of Marginal Adults in Mexico City. Universidad de California, Berkeley (tesis doctoral). INEA (2002). Tarjetas Rojas, Dirección de Planeación. 2004.

LA JORNADA. Estar desempleado sucede hasta en las mejores familias: Canales. La Jornada: Ago/15/2003.

LA JORNADA. Subcomandante Marcos. En memoria de Miguel Enriquez. La Jornada: Oct/9/2004, p.16.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. ed. Social Determinants of Health. Oxford University Press, 1999.

RESTREPO, H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento del las comunidades para promover la salud. Ed. O.P.S. OMS. E.U.A. 2000. p. 1-19.