

# Experiencias de investigación en acción participativa en comunidades de Zongolica y Vicente Camalote

*Una perspectiva con enfoque en salud materna e infantil*



**COMUNICACIÓN  
CIENTÍFICA** PUBLICACIONES  
ARBITRADAS  
HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS



COLECCIÓN  
**CONOCIMIENTO**

Cada libro de Colección Conocimiento es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación doble ciego por especialistas en la materia. Lo invitamos a ver el proceso de dictaminación de este libro transparentado en



<https://www.comunicacion-cientifica.com>

[doi.org/10.52501/cc.011](https://doi.org/10.52501/cc.011)

Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico en español e inglés en soporte del libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación, comités y ética editorial, acceso abierto, medición del impacto de la publicación, difusión, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indización internacional.

# Experiencias de investigación en acción participativa en comunidades de Zongolica y Vicente Camalote

*Una perspectiva con enfoque en salud materna e infantil*

MARÍA GUADALUPE RAMÍREZ ROJAS



---

Ramírez Rojas, María Guadalupe

Experiencias de investigación en acción participativa en comunidades de Zongolica y Vicente Camalote. Una perspectiva con enfoque en salud materna e infantil / María Guadalupe Ramírez Rojas; fotografías de Mario Enrique Gómez Guillén – Ciudad de México : Comunicación Científica, 2020. – 1 recurso en línea (59 páginas) : ilustraciones a color. – (Colección Conocimiento).

ISBN: 978-607-99090-2-4

DOI: 10.52501/cc.011

1. Investigación activa. 3. Servicios de salud materna. 4. Servicios de salud infantil. 4. Servicios de salud para la comunidad – Zongolica (Veracruz). 5. Servicios de salud para la comunidad – Vicente Camalote (Oaxaca). I. Gómez Guillén, Mario Enrique, ilustrador II.

LC: RA440.85

Dewey: 362.107

---

Primera edición, 2020

D.R. © 2020, María Guadalupe Ramírez Rojas



Corrección de estilo: María del Sol Bustamante Rosas y Tonatiuh Magos  
Diseño y formación: Francisco Antonio Ramírez Rojas y Óscar Domínguez  
Fotografías: Mario Enrique Gómez Guillén

D.R. Ediciones Comunicación Científica S.A. de C.V., 2020

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México, México,

Tel. (52) 55 5696-6541 • móvil: (52) 55 4516 2170

<https://www.comunicacion-cientifica.com>

[infocomunicacioncientifica@gmail.com](mailto:infocomunicacioncientifica@gmail.com)

Obra dictaminada mediante el sistema pares ciegos por especialistas en la materia. Lo invitamos a conocer el proceso de dictaminación de este libro transparentado en <https://www.comunicacion-cientifica.com/>

ISBN: 978-607-99090-2-4

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.011>

Este libro es una publicación de acceso abierto con los principios de Creative Commons Attribution 4.0 International License que permite el uso, intercambio, adaptación, distribución y transmisión en cualquier medio o formato, siempre que dé el crédito apropiado al autor, origen y fuente del material gráfico. Si el uso del material gráfico excede el uso permitido por la normativa legal deberá obtener el permiso directamente del titular de los derechos de autor.

# Contenido

Prólogo	7
Principales hallazgos y recomendaciones	9
1. Introducción	12
2. Contexto regional	17
3. Investigación acción participativa como herramienta de cambio	20
4. Objetivos	24
5. Metodología empleada	25
6. Nuestras voces en la zona de la Zongolica y de Vicente Camalote	36
7. ¿Qué sigue? El papel de las instituciones, organizaciones y de la comunidad	54
8. Bibliografía	56



# Prólogo

En el siguiente trabajo de investigación encontrarás información sobre la metodología y hallazgos principales de las experiencias de investigación acción participativa (IAP) en las comunidades de Zongolica y Vicente Camalote.

Dicho trabajo propone el cambio de paradigma entre el “sujeto” asignado como objeto de estudio a “sujeto protagonista” de la investigación, el énfasis en esta acción difiere de los métodos de investigación convencionales, los cuales otorgan mayor importancia a una observación pasiva, como medio para entender los acuerdos sociales y organizativos de un grupo poblacional en particular.

El enfoque de la IAP emerge para mejorar la forma en que aprendemos y comprendemos los procesos de interrelación entre la población y otros actores clave inscritos en la dinámica social, a mencionarse las instituciones estatales y las no gubernamentales que interactúan entre sí, siendo la IAP parte del proceso para desarrollar conocimiento y soluciones tangibles para las comunidades, más no como una meta de estudio.

Esta perspectiva coloca a las personas en el centro como elemento fundamental del quehacer de la investigación.

Partiendo de lo anteriormente descrito el documento está organizado para darte una perspectiva sociocultural de las comunidades de los municipios de Zongolica y Vicente Camalote.

Nos invita a reflexionar sobre cómo y quiénes generan el diálogo entre el conocimiento científico y los conocimientos de la comunidad.

En otro apartado de la obra se manifiesta la utilidad de la IAP como herramienta de cambio tomando en consideración los problemas y las necesidades descritos desde la propia perspectiva de las personas, y mediante la reflexión y la discusión entre los distintos actores sociales. Se promueve la acción a partir de sinergias entre entidades gubernamentales, no gubernamentales y la población.

Se muestra a lo largo de la obra, pautas para implementar un proceso transformativo al interior de las comunidades fortaleciendo la interacción entre los distintos actores que integran una comunidad en conjunto con el equipo de investigación. Este proceso es entendido como un ciclo de aprendizaje colectivo, en el cual se incluyen las fases de planificación, actuación, observación y reflexión.

En la presente obra se rescatan las voces de la propia comunidad que fue partícipe del presente proyecto y cuya emergencia da cuenta de propuestas de solución como eje de acción, la transformación en respuesta a las problemáticas y necesidades sociales, contemplándose como eje de acción, la transformación de la dinámica social al interior de la propia comunidad y cuyo enfoque de solución está centrado en las decisiones colectivas y el compromiso de mejora por el bien común. Estos aspectos son clave para la puesta en marcha de cualquier iniciativa con el enfoque de la IAP.

Finalmente, el libro cierra con la propuesta de visualizar futuras colaboraciones entre los distintos actores sociales que conforman una comunidad, entendiéndose estos como la ciudadanía, entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales instituciones del sector privado y la academia.

Esperemos que este texto las y los ayude a orientarse en el proceso de generación de nuevos conocimientos para transformar la realidad a través de la innovación de metodologías de la investigación.

Marisela Olvera García\*  
Epidemióloga



\* Consultora independiente y profesora de la maestría en salud pública en la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

# Principales hallazgos y recomendaciones

## Hallazgos

1. En nuestra comunidad no contamos con agua, luz, drenaje, teléfono, transporte público ni carreteras.

También necesitamos de un mayor número de establecimientos médicos con suficiente personal y medicamentos.

2. Necesitamos más centros de salud que estén abiertos las 24 horas y que cuenten con equipos para la atención de partos, medicamentos y vacunas.

3. Cuando tenemos alguna emergencia médica tenemos que ir a pedir ayuda a nuestros familiares o al Ayuntamiento porque no hay suficiente transporte.

4. No siempre nos surten completos nuestros medicamentos, por lo que tenemos que comprarlos.

5. No siempre nos explican qué alimentación debemos seguir durante el embarazo y con nuestros niños pequeños.

6. A veces nos regañan y discriminan por no hablar el español o por no poder acudir a nuestras citas debido a la falta de recursos o de transporte.

A algunos(as) de nosotros se nos dificulta acudir al centro de salud porque tenemos que caminar hasta tres horas debido a que no hay transporte o es muy caro.

7. Necesitamos médicos y enfermeras que hablen el náhuatl.

A veces no entendemos lo que nos explican en las pláticas de salud porque no hablamos el español.

8. Algunas de nosotras no sabemos qué es un dato de alarma en el embarazo o durante una enfermedad diarreica o respiratoria, y un poco más de la mitad de nosotras apenas los conocemos.

9. En ocasiones, algunas de nosotras desconfiamos de los médicos, pues no explican a detalle nuestro estado de salud o tratamiento a seguir.

10. A las y los jóvenes nos da pena pedir preservativos porque en el centro de salud nos hacen demasiadas preguntas. A algunos de nosotros nos da vergüenza ir a consulta de planificación familiar.

11. Las y los médicos y enfermeras de los centros de salud, nos sentimos felices de trabajar en la comunidad, pero vivimos lejos de nuestra familia y ganamos poco dinero, por lo que probablemente busquemos otras opciones de trabajo.

## **Recomendaciones para las mujeres embarazadas y madres de familia, adolescentes y población en general**

1. Identificar los principales datos de alarma en el embarazo y en caso de presentar una enfermedad diarreica o respiratoria que lo amerite, acudir de inmediato a valoración médica.

2. Solicitar toda la información que consideren necesaria y externar dudas sobre su estado de salud o sobre planificación familiar.

3. Acudir a solicitar preservativos todas las veces que lo consideren necesario y solicitar asesoría si así lo considerasen.

4. En la medida de sus posibilidades, acudir a las pláticas y asesorías en salud. En caso de tener alguna duda, externarla sin temor alguno.

5. Participar con los Comités de salud y en proyectos de mejora, externando su opinión o inclusive participando activamente.

## **Para los servicios de salud**

1. Contar con servicio de traducción durante la consulta y el proveedor deberá asegurarse de haber resuelto todas las dudas de las y los usuarios.

2. Eliminar todo tipo de discriminación, regaño o maltrato hacia las y los usuarios, independientemente de su edad, sexo, o si son hablantes de alguna lengua indígena.

3. Contar con suficientes recursos humanos (personal médico y de enfermería), insumos (medicamentos y material de curación).

4. Establecer horarios de atención más amplios, regulares y contar con establecimientos que otorguen atención las 24 horas en caso de una emergencia médica.

5. Evitar el gasto de bolsillo que afecte la economía familiar de las y los usuarios por cualquier concepto (evitar traslados innecesarios, compra de medicamentos, pago por concepto de recibir una donación de sangre).

6. Atender a las y los usuarios que soliciten la consulta, pues en la mayoría de los casos resulta muy difícil el acceso y es caro.

## **Respecto a la atención materna e infantil**

1. Profundizar en las explicaciones en torno a los cuidados del embarazo y sobre recomendaciones de alimentación, así como en los datos de alarma que ameritan acudir a urgencias médicas.
2. Profundizar en las explicaciones en torno a los cuidados de los menores de cinco años y sobre recomendaciones de alimentación, así como en los datos de alarma en caso de una infección respiratoria o diarrea que amerite el acudir a urgencias médicas.
3. Asegurarse de que las sesiones y pláticas educativas en salud sean comprendidas por la totalidad de las y los participantes, además de que deberán impartirse tanto en español, como en las distintas lenguas indígenas que se hablan en la región.

## **Respecto a la atención de las y los jóvenes adolescentes**

1. Los proveedores de los servicios de salud deberán asegurarse de contar con disponibilidad de espacios amigables para que las y los adolescentes acudan a solicitar preservativos o métodos de planificación familiar sin sentirse intimidados.
2. Impartir pláticas de concientización sobre el alcoholismo y otras adicciones.
3. Abordar temáticas sobre noviazgo y embarazo en adolescentes.

## **Para los autoridades locales y municipales**

1. Permear proyectos de mejoramiento comunitario enfocados en otorgar:
  - a) Servicios básicos a un mayor segmento de la población (agua, drenaje, luz, telefonía).
  - b) Mejoramiento de caminos y vialidades de los principales accesos a las comunidades.
2. Mejorar las condiciones de seguridad.
3. Contar con ambulancia disponible para el traslado de la población en caso de una emergencia médica sin costo para las y los usuarios.

## **Para las organizaciones no gubernamentales y de sociedad civil**

1. Colaborar en proyectos comunitarios en conjunto con la comunidad y autoridades a partir de este primer ejercicio de diagnóstico inicial comunitario a toda la comunidad en general, representado en la población, autoridades, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil.
2. Permear y fomentar alianzas de colaboración que posibiliten el diálogo continuo y permanente que favorezca la implementación de estrategias que redunden en mejoras en la calidad de vida y de la salud de la población.

# 1.- Introducción

El presente estudio representa un ejercicio que conjuga el esfuerzo de dar voz, en primer lugar, a la población usuaria de los servicios de salud, a las y los adolescentes, mujeres embarazadas y/o madres de familia, usuarias de servicios de salud, así como a la población usuaria en general.

También se contempló la participación de prestadores de servicios de salud representados por personal médico. Se incluyó también a promotores de trabajo comunitario de World Vision, los cuales están en contacto directo con la población en diversos proyectos comunitarios.

A través de nuestras pesquisas rescatamos dos ámbitos de importancia:

1) Generar la participación de la ciudadanía a partir de la visibilización de las necesidades en materia de salud por la propia comunidad.

2) Permear la posibilidad de fusionar sinergias entre los diferentes actores sociales que conforman la comunidad, con el fin de implementar estrategias encaminadas a elevar el nivel de salud de la propia población por medio de acciones conjuntas y aplicables entre cada uno de los actores involucrados.

Presentamos nuestras experiencias recabadas en las comunidades de Zongolica y Vicente Camalote obtenidas por medio de un enfoque de acción participativa, centrándonos en la salud materna e infantil. Consideramos importante compartir nuestros resultados.

La presente obra contempla la primera etapa de un proyecto colectivo de acción participativa, cuyos resultados se espera que redireccionen y fomenten posturas de cambio social al interior de la propia comunidad, a partir de una reflexión y discusión entre los distintos actores sociales, con un ejercicio pleno y responsable de cada uno de sus integrantes esperando su reflejo en diversos ámbitos y niveles de acción, desarrollados tanto por la propia población usuaria de los servicios de salud, los jóvenes representados por las y los adolescentes, así como por las instituciones representadas por sus autoridades y el personal operativo prestador de los servicios.

Es necesaria también la inclusión de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de la propia sociedad civil (OCS), en donde todas ellas en su conjunto: población, instituciones y ONG/OCS, se involucran en el quehacer social vinculado a su propio desarrollo comunitario.

## **Acciones globales encaminadas a solucionar problemas locales. La salud materna e infantil**

A nivel mundial, la salud materna e infantil representa un importante foco de interés dentro de la salud pública, reflejo de ello es el hecho de su inclusión en dos de los ocho objetivos del milenio (ODM) firmados por 189 naciones con el fin de mejorar la salud de los niños y sus madres.

Los países consideraron como línea base su estadística de 1990 con la finalidad de reducir según sus objetivos proyectados a cumplirse en 2015. La consecución de la metas planteadas dependería en gran medida de impulsar disposiciones multisectoriales y no enfocarse únicamente al sector salud.

El ODM 4 contemplaba la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años 66%. En el caso del ODM 5, se planteaba como meta reducir la mortalidad materna en 75% con el propósito de mejorar la salud materna.

A nivel mundial, durante el periodo comprendido entre 1990 a 2011, hubo una reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años en 41%, faltando 25.6% para completar la meta. En 2011, las cifras anteriores se traducían en 22 000 muertes de menores por día (Cousens, *et al.*, 2011).

Respecto a los avances en la reducción de la mortalidad materna, el logro ha sido de 47%, restando 28% de la meta trazada (ONU, 2013). La disminución ha sido en promedio 2.3% anual, en lugar de 5.5% requerido. En promedio, estas cifras representan la muerte de 1 000 mujeres diariamente a nivel mundial.

En ambos casos, las muertes de mujeres y niños son propiciadas por la existencia de brechas en el acceso a los servicios de salud, no sólo en lo que respecta al tratamiento médico, sino también en cuestiones de acceso a los servicios de planificación familiar, acciones de prevención y promoción a la salud, vigilancia del recién nacido y cuidados perinatales, tan sólo por citar algunos ejemplos.

Es importante mencionar que en la actualidad se contemplan 68 naciones (en las cuales se incluye México), como prioritarias en la consecución del ODM 5, dado que concentran 98% de las muertes maternas de todo el mundo.

El panorama en América Latina (AL) en cuanto a los avances de la supervivencia infantil en menores de cinco años, considerando el periodo de 1990 a 2011, se observa un descenso de las tasas de mortalidad infantil, cuyas cifras descendieron de 53 a 19 por cada 1 000 nacidos vivos, lo cual representa 64% de reducción de muertes infantiles.

Respecto a la mortalidad materna, la reducción representó de manera global en AL 45%, donde la región del Caribe obtuvo un menor desarrollo.

En México, en 1990 se tenía una razón de mortalidad materna (RMM) de 89, contemplando como meta prevista para 2015 una reducción a 22 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.

En 2011 se registraron 971 muertes representando una RMM de 43.2 (OMM, 2011), lo cual significa una reducción de 51.7%, por lo que restaría 23.3% para conseguir el ODM 5.

# ACCIONES GLOBALES ENCAMINADAS A SOLUCIONAR PROBLEMAS LOCALES

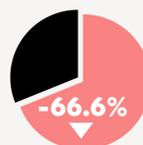
## LA SALUD MATERNO INFANTIL

A nivel mundial, **la salud materno infantil** representa un importante foco de interés dentro de la salud pública, reflejo de ello es el hecho de su inclusión en dos de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) firmados por 189 naciones con el fin último de **reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población mundial**.

PARTEN DE 1990 A CUMPLIRSE EN 2015

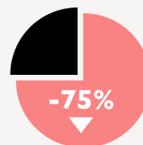


**ODM 4**  
Propone reducir la mortalidad infantil



Reducir **66.6%** la mortalidad de niños menores de cinco años

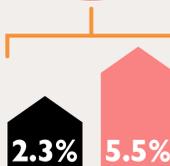
**ODM 5**  
Plantea el mejoramiento de la salud materna



Disminuir **75%** la mortalidad materna



En ambos casos, las muertes de mujeres y niños son propiciadas por la existencia de brechas en el acceso a los servicios de salud, no solo en lo que respecta a tratamiento médico, sino también a cuestiones de acceso a los servicios de planificación familiar, acciones de prevención y promoción a la salud, vigilancia del recién nacido y cuidados perinatales, tan sólo por citar algunos ejemplos.



La disminución ha sido en promedio **2.3%** anual, en lugar de **5.5%** requerido

Es importante mencionar que en la actualidad se contemplan **68 naciones** (en las cuales se incluye **México**), como prioritarias en la consecución del **ODM 5**, dado que concentran **98%** de las **muerteras maternas** de todo el mundo.

**5**



## AMÉRICA LATINA

El panorama en **América Latina (AL)** en cuanto a los avances de la supervivencia infantil en menores de cinco años, en el periodo comprendido entre **1990** y **2011**, evidencia un descenso de las tasas de mortalidad infantil, cuyas cifras descendieron de:

**53** a **19** X cada **1000** nacidos vivos

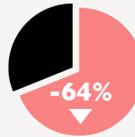
**45%** de reducción de **muerres maternas** en **AL**, donde la región del **Caribe** obtuvo un menor desarrollo



AVANCES

PERIODO

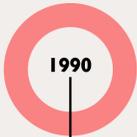
1990 - 2011



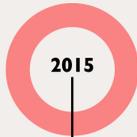
**64%** de reducción de **muerres infantiles**

## MÉXICO

En México en **1990** se tenía una razón de mortalidad materna (RMM) de **89**, contemplando como meta prevista para **2015** una reducción a **22** muertes por cada 100 000 nacidos vivos.



Se tenía una razón de (RMM) de **89** muertes



Contemplando como meta una reducción a **22** muertes



**971** muertes

Representando una RMM de **43.2**

Reducción del **-51.7%**

Resta **23.3%** para conseguir el **ODM 5**

En cuanto a los avances en reducción en la mortalidad de los niños menores de cinco años al **2011**, la tasa por cada **1 000** nacidos vivos fue:



**16.7** X cada **1 000** nacidos vivos

Reducción del **-59%**

A partir de **1990**

Resta **7%** por cumplir al **2015**

En cuanto a los avances en reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años al 2011, la tasa por cada 1 000 nacidos vivos fue de 16.7, lo que significa una reducción de 59% a partir de las cifras de 1990, restando todavía por cumplirse 7% al 2015.

Con el deseo de cumplir los ODM, México cuenta con diversas estrategias en las que destaca el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, que contribuye a la vigilancia del embarazo, parto y puerperio de las mujeres. Incluye también la vigilancia en el periodo neonatal, además de atender urgencias obstétricas y neonatales. El Programa de Acción Específico para la prevención de la mortalidad infantil encabeza las estrategias encaminadas a la población infantil, seguido de la campaña permanente de vacunación.

Se han priorizado también acciones a población adolescente, como es el caso de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), promoviendo actividades saludables y el ejercicio responsable de la sexualidad por las y los jóvenes. Pese a ser políticas públicas de carácter universal, muchas de estas acciones no han logrado el impacto esperado, pues algunos segmentos de la población requieren de acciones focalizadas para lograr un beneficio real.

Dentro del panorama mexicano, el caso del estado de Veracruz es de especial relevancia para instrumentar estrategias de desarrollo social, en razón del grado de rezago social que ocupa a nivel nacional (quinto lugar con alto índice de rezago social<sup>a</sup>). Además, en Veracruz existe una importante carencia de acceso a los servicios de salud, donde 40.1% de la población tiene dicha limitante. La región de la serranía en la Zongolica, cuenta además con obstáculos de accesibilidad geográfica, aunados al problema de pobreza extrema que

prevalece en la región, lo cual agrava la problemática de la salud materna e infantil en la región. Varios municipios de la Zongolica se encuentran listados como aquellos con un menor índice de desarrollo humano<sup>b</sup> y se caracterizan por tener una población predominantemente indígena.

Por otra parte, Oaxaca ocupó durante 2010 el primer lugar en muerte materna, además del contraste de problemas existentes de desnutrición infantil en los niños de las zonas rurales y graves limitantes en cuestiones de saneamiento básico. Un importante segmento de la población es indígena, ocupando así el primer lugar a nivel nacional, con casi 35% de su población.

En Oaxaca, 209 municipios; de un total de 570, cuentan con 90% o más de población indígena, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) según el recuento de 2011. Se menciona lo anterior porque el hecho de ser mujer o un niño(a) indígena habitante de las zonas mencionadas eleva el riesgo de enfermar y morir en mujeres embarazadas y niños hasta en 60%, en contraste con la población no indígena habitante de las regiones urbanas. Estas desigualdades se explican al relacionarlas con las condiciones socioculturales, económicas y de acceso a los servicios de saneamiento básico y de salud existentes tanto en la región de la Zongolica como de Vicente Camalote.

Muchas de las diferencias existentes en las poblaciones minoritarias y altamente vulnerables son derivadas de cuestiones como la discriminación, el nivel socioeconómico, la etnicidad, los usos y costumbres, las barreras culturales y de lenguaje, además de las asimetrías de información referentes al conocimiento de los derechos humanos, fomentando barreras de acceso a los diferentes servicios (de salud, educativos y de saneamiento).

a El índice de rezago social resume cuatro indicadores ponderados de carencia social: salud, educación, servicios básicos y espacios de la vivienda (CONEVAL, 2010).

b El enfoque de desarrollo humano propone lo que un individuo puede ser o hacer y define su bienestar, ampliando las oportunidades para vivir una vida saludable, creativa y con los medios adecuados para participar en su entorno social (PNUD, 2004).

## 2.- Contexto regional

En el ámbito regional, el estado de Veracruz posee una extensión de 71 826 kilómetros cuadrados (km<sup>2</sup>), la cual representa 3.7% de la superficie del país, ocupando el lugar 11 a nivel nacional de las entidades más grandes de la República mexicana. Predominan los climas cálido subhúmedo y cálido húmedo presentes en la llanura costera del Golfo Norte y Sur, mientras que en las partes altas de las zonas montañosas se presenta clima templado húmedo. En la región la temperatura media anual es de 23°C, teniendo temperaturas máximas promedio de 32°C durante los meses de abril y mayo, con una temperatura mínima promedio de 13°C durante el mes de enero. En promedio, la precipitación pluvial estatal es de 1 500 mm anuales, si bien las lluvias se presentan en verano, en los meses de junio a octubre, en la región colindante con Tabasco se presentan todo el año.

El relieve de la superficie estatal forma parte de las siguientes conformaciones: Sierra Madre Oriental, Llanura Costera del Golfo Norte, Eje Neovolcánico, Sierra Madre del Sur, Llanura Costera del Golfo Sur, Sierra de Chiapas y Guatemala y la Cordillera Centroamericana.

En el año 2010, Veracruz contaba con una población de 7.6 millones de habitantes, de los cuales 3.9 millones eran mujeres y 3.7 millones hombres, ocupando así el tercer lugar a nivel nacional por su número de habitantes.

La distribución poblacional corresponde en 61% a población que vive en localidades urbanas y 39% en localidades rurales, a diferencia del nivel nacional, donde 78% de la población es urbana y 22% es rural.

En el estado habitan 2.1 millones de niños y niñas, en el rango de recién nacidos y 14 años, representando 28% de la población (INEGI, 2010).

Dentro de los grupos hablantes de lengua indígena, la más hablada en el estado de Veracruz corresponde al náhuatl, con 355 785 personas, seguido del totonaca con 120 810 hablantes, el huasteco con 52 660 hablantes y el popoluca con 40 796 hablantes. En el estado existen 644 559 personas mayores de cinco años que hablan alguna lengua indígena (INEGI, 2010).

## a) La región de la Zongolica

La región de la Sierra Negra de Zongolica es un conjunto de 14 municipios que se encuentran ubicados en la zona centro del Estado de Veracruz, conocida también como la región de las Montañas. La población indígena integra una mayoría que supera 90% del total de la población, por lo que justamente los rasgos distintivos de toda la zona son los usos y costumbres, siendo el náhuatl la lengua predominante.

La zona está delimitada al sur poniente por el estado de Puebla, hacia el norte le delimita la zona de Orizaba, y hacia el oriente delimita con el municipio de Zongolica (véase la figura 1). La región de la Zongolica está conformada por 14 municipios: Astacinga, Atlahuilco, Magdalena, Mixtla de Altamirano, Los Reyes, San Andrés Tenejapan, Soledad Atzompa, Tehuipango, Tequila, Texhuacán, Tlilapan, Tlaquilpa, Xoxocotla y Zongolica (véase la figura 2).

Figura 1.



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEGI, 2010.

Durante la época prehispánica, Zongolica fue una población nonoalca llamada Chalchihualca-tzoncolihqui, que significa: “los de cabello torcido”, en la colonia se constituyeron en esta zona las repúblicas de indios de Zongolica y de Tequila y fue hasta el periodo de México independiente cuando en 1824 tomaron condición legal las territorialidades de Zongolica, Texhuacán, Los Reyes, Mixtla y Coetzala. Hoy en día Zongolica es un municipio y una ciudad con el mismo nombre, el municipio está categorizado como semiurbano.

La región de la Sierra Negra de Zongolica tiene predominantemente un clima semicálido húmedo con lluvias todo el año, abarcando 45% del territorio total de la zona y predomina también el clima cálido húmedo con abundantes lluvias en verano, englobando 30% del territorio total de la zona.

En menor medida, el clima semicálido húmedo acompañado de abundantes lluvias en verano comprende 20% del territorio y en algunas zonas, el templado húmedo y cálido húmedo.

En general, la temperatura oscila entre los 14 y 26°C, con una precipitación anual promedio entre los 2 400 y 3 100 mm.

El acceso principal a la zona de la Sierra Negra de Zongolica es mediante la carretera Federal Orizaba-Zongolica, que comunica los municipios de Orizaba, Tlilapan, San Andrés Tenejapan, Tequila, Los Reyes, Mixtla de Altamirano y Texhuacán.

Otro camino importante es la carretera Zongolica-Comalapa-Vicente, que es de terracería y que va desde Xonamanca hasta Temascalapa, pasando también por Guerrero, Temascalapa, Zongolica, Naranjal y Córdoba.

La Sierra Negra de Zongolica tiene una superficie aproximada de 1 000 km<sup>2</sup>, cifra que representa 1.5% del total del estado. Se encuentra a 1.2 km sobre el nivel del mar, pero varía según las regiones del municipio. Todos los ríos de la sierra son de corto recorrido y son en su mayoría ríos subterráneos. Debido a lo accidentado del terreno, tiene una gran variedad de formaciones como cascadas, cuevas y arcos naturales. Los ríos Altotolco, Moyoatempa y Santiago, son los más importantes. También están ríos de menor arrastre como el Ayejapa y Coxole.

A continuación se detalla el total de la población y el número de habitantes de habla indígena de acuerdo a datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas -CDI- (véase la tabla 1):

Tabla 1.

POBLACIÓN DE LA ZONA DE LA SIERRA NEGRA DE ZONGOLICA		
MUNICIPIO	TOTAL	INDÍGENA
Tequila	14 648	14 294
Tehuipango	23 479	23 466
Tlaquilpa	7 151	7 096
Xoxocotla	5 163	2 283
Astacinga	5 995	5 961
Los Reyes	5 484	5 435
Mixtla de Altamirano	10 387	10 353
San Andrés Tenejapan	2 715	2 646
Soledad Atzompa	3 550	3 195
Tililapan	4 879	3 267
Atlahuilco	9 824	9 745
Magdalena	2 920	2 916
Texhuacán	5 292	5 059
Zongolica	41 923	38 352
<b>TOTAL</b>	<b>143 410</b>	<b>134 068</b>

Fuente: Elaboración propia con base en información de la CDI, 2010.

Figura 2.



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEGI, 2010.

Respecto a Vicente Camalote, en Oaxaca, se trata de un poblado ubicado en el municipio de Acatlán de Pérez Figueroa a 120 metros sobre el nivel del mar, el cual forma parte de la Sierra Madre Oriental. De su hidrología, destaca el río Amapa, que cuenta con diversos caudales de menor importancia. El clima en la región es predominantemente caluroso, donde inclusive se alcanzan temperaturas de 41°C en primavera. La mayor parte de las lluvias ocurren y son más intensas durante el verano e inclusive en el otoño, lo que favorece la gran humedad de la zona, propicia para el cultivo de la caña de azúcar.



### 3.- Investigación acción participativa como herramienta de cambio



La intervención efectiva de las y los ciudadanos en asuntos de política pública permiten la consecución de objetivos y la resolución de conflictos desde el ámbito local cuya trascendencia enmarca soluciones a problemas globales.

El estudio en torno a la realidad social cuenta con diversos abordajes, cuyo eje central gira hacia la comprobación de hipótesis formuladas por el investigador y su grupo de colaboradores.

Al concluir el estudio, se divulga la información recabada y se contrasta la hipótesis con los resultados obtenidos.

Un gran número de investigaciones omite la vinculación con la comunidad en donde se desarrollaron, lo cual constituye un grave error ya que es importante divulgar los resultados entre la población, lo cual favorecería una apropiación social.

En contraparte, la investigación acción participativa (IAP) es una metodología cualitativa fundamentada en la participación colectiva, la cual se basa en el involucramiento protagónico de la población en todas las fases de la investigación.

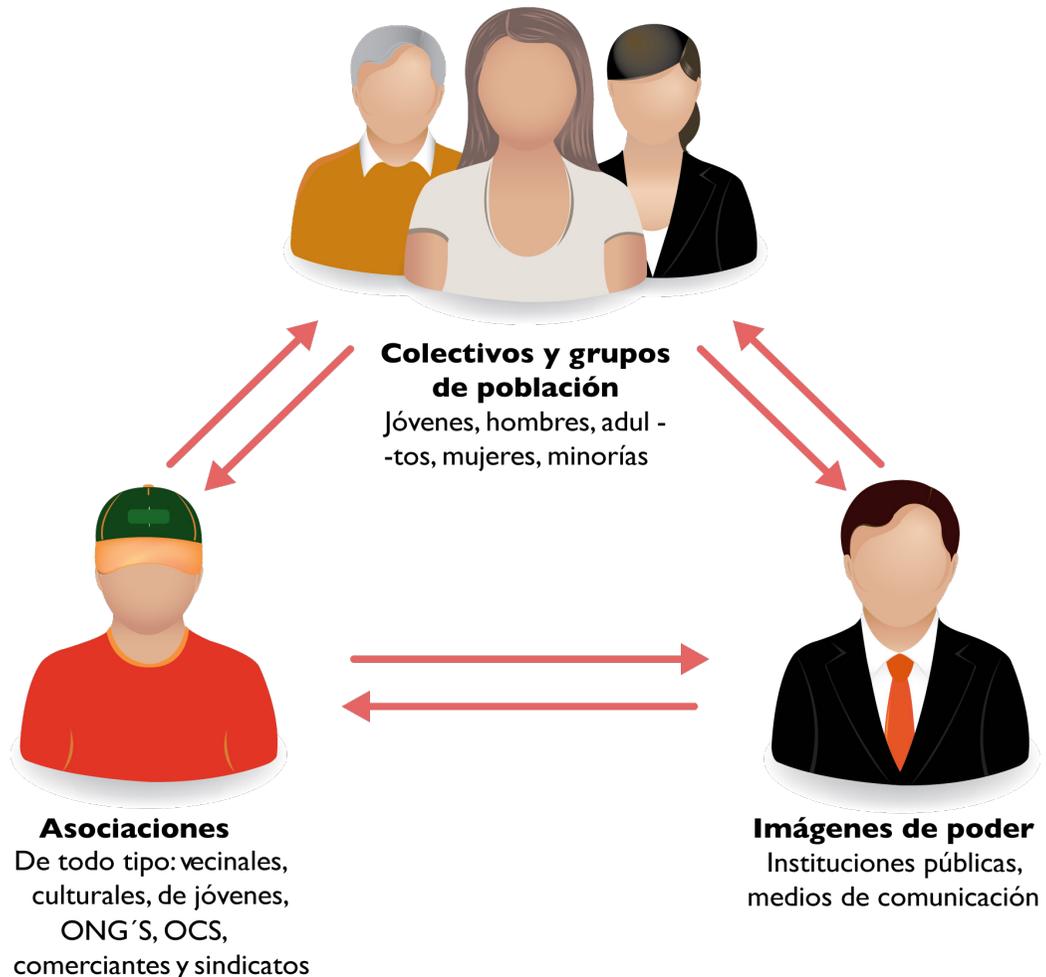
El enfoque de la IAP además, de perseguir la comprensión de la realidad, también contempla su modificación de manera colaborativa, donde las propias comunidades de investigación participan como co-investigadores (Reason y Bradbury, 2008).

La IAP puede resultar una herramienta útil en el desarrollo de políticas públicas, potenciando la re-

lación entre agentes de desarrollo y beneficiarios a partir de articular la comprensión de las necesidades y su vinculación con la política pública.

La participación comunitaria en proyectos IAP permea la posibilidad de implementar soluciones encaminadas al mejoramiento y resolución de problemas identificados por la propia población, partiendo del hecho de que se promueve el desarrollo colectivo de las ideas (véase la figura 3).

Figura 3.



La IAP persigue la resolución de los problemas a partir del análisis colectivo, contituyéndose como un instrumento que genera la concientización de la comunidad y opera las acciones que instrumentan acciones de cohesión y mejora.

La participación de la ciudadanía otorga una valiosa oportunidad para conjuntar esfuerzos entre instituciones, comunidad y organizaciones no gubernamentales. El compromiso social es la idea que refuerza el patrón de participación, fortaleciendo acciones de transparencia y responsabilidad en común.

Además, la IAP constituye un poderoso mecanismo de empoderamiento y desarrollo de las capacidades de todos y cada uno de los actores involucrados.

Las fases que guían un proyecto IAP para su incorporación al campo son cinco:

### **1ª. Fase: Definición de la IAP**

Contempla la definición del tema y objetivo del proyecto a desarrollarse. Es importante tomar en cuenta las voces de todos aquellos que tengan alguna relación con el tema a desarrollar.

Por otra parte, el grupo de trabajo de la investigación del proyecto IAP, deberá constituirse tanto por los investigadores así como, por voluntarios y promotores, quienes colaborarán en la colecta de información.

En esta fase es necesario elaborar un mapeo social que identifique los distintos actores sociales

(instituciones, ONG/OCS y población en general), con la finalidad de trazar las relaciones existentes entre cada uno. Esta actividad permite visualizar la existencia de relaciones que podrían articular y generar un mayor consenso entre los involucrados.

### **2ª. Fase: Obtención de la información y diagnóstico inicial**

Consiste básicamente en recabar las voces de la población con la finalidad de llegar a un diagnóstico. La obtención de la información puede realizarse a través de entrevistas, encuestas, talleres, grupos focales, observación participante, informantes clave, estrategia en cascada, por citar ejemplos.

Al finalizar esta fase se deberá contar con un diagnóstico inicial de las necesidades identificadas por las distintas voces de la comunidad.

El grupo de trabajo de la investigación deberá elaborar una propuesta a manera de recomendaciones y como propuesta de solución a las problemáticas identificadas.

### **3ª. Fase: Devolución de resultados y búsqueda de consensos**

A través de talleres se divulgará la información recabada y se buscará el consenso con los distintos actores involucrados, con la finalidad de lograr acuerdos que trasciendan en acciones en distintos ámbitos y niveles en los cuales se involucra el quehacer social de cada cual: instituciones, ONG/OCS y población en general.

La parte medular de esta fase será lograr sinergias que involucren la participación de la ciudadanía de una manera transparente, informada y responsable. De utilidad la construcción de comisiones o grupos de coordinación que den seguimiento y monitoreen de forma continua los futuros avances de las estrategias acordadas a desarrollarse.

#### **4ª. Fase: Ejecución de estrategias en el ámbito comunitario**

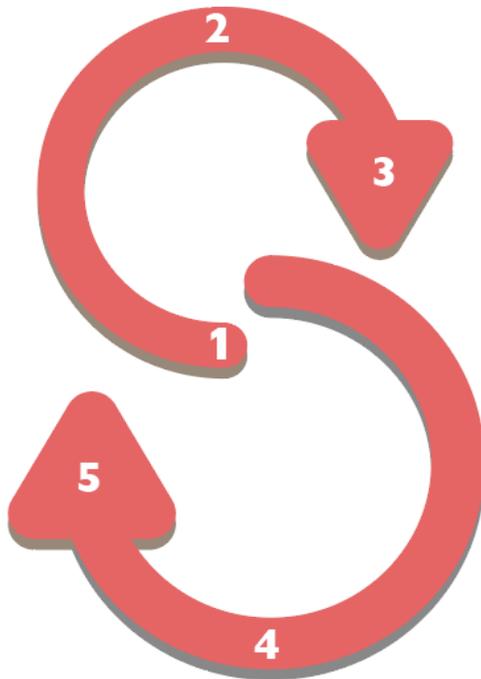
Plantea la ejecución de prácticas y estrategias en los espacios y ámbitos de acción de cada actor social involucrado. Se plantea un trabajo en

equipo dinámico, fortaleciendo las relaciones de intercambio donde convergen, enfatizando en la cohesión social según los intereses y compromisos adquiridos.

#### **5ª. Fase: Evaluación continua de la IAP por la comunidad**

Las comisiones o grupos coordinadores que den seguimiento a los acuerdos y compromisos deberán estar en contacto con las instituciones, ONG/OCS, personas y grupos sociales protagonistas que monitorean los avances de las estrategias en desarrollo (véase la figura 4).

Figura 4.



**1ª. Fase: Definición de la IAP**

**2ª. Fase: Obtención de la información y diagnóstico inicial**

**3ª. Fase: Devolución de resultados y búsqueda de consensos**

**4ª. Fase: Ejecución de estrategias en el ámbito comunitario**

**5ª. Fase: Evaluación continua de la IAP por la comunidad**

## 4.- Objetivos

**Nuestros objetivos en el presente estudio fueron los siguientes:**

### **Objetivo general**

1. Construir un diagnóstico inicial comunitario con enfoque de salud materna e infantil que esté apoyado en la investigación acción participativa (IAP) dirigido a las comunidades de la Zongolica y Vicente Camalote.
2. Generar recomendaciones que orienten la construcción de acuerdos al interior de la comunidad para desarrollar estrategias encaminadas al fortalecimiento de la salud materna e infantil que apoyen a la IAP.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer la percepción de la comunidad representada por:
  - a) La población de mujeres embarazadas o madres de menores de cinco años de edad que sean usuarias de los servicios de salud, las y los adolescentes y el resto de la población.
  - b) Prestadores de servicios de salud (personal médico y/o enfermería) y ONG/OCS con ámbitos de acción en la comunidad entorno de la salud materna e infantil y en las problemáticas de salud existentes en su comunidad.
2. Identificar de manera conjunta las necesidades y problemáticas existentes en cuestiones de salud materna e infantil y de salud en comunidades de la Zongolica y Vicente Camalote.
3. Formular propuestas y recomendaciones en los distintos ámbitos y niveles de actuación de cada uno de los actores sociales que conforman las comunidades de la Zongolica y Vicente Camalote para su posterior devolución y consenso en una segunda etapa.

## 5.- Metodología empleada

Se llevó a cabo un estudio exploratorio de corte cualitativo donde se empleó la metodología de la investigación acción participativa hasta su fase de diagnóstico inicial.

Contempló la participación de la comunidad representada por la población, instituciones públicas de salud y ONG/OCS de la región. Las técnicas de recolección de la información empleadas fueron talleres, entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

El estudio se realizó en áreas rurales en los estados de Veracruz y Oaxaca (véase la figura 5).

En el caso de Veracruz, contempló a tres comunidades ubicadas en las cabeceras municipales de Atlahuilco, Tehuipango y Mixtla de Altamirano, en la sierra de Zongolica. Respecto a Oaxaca, se incluyó a la comunidad de Vicente Camalote del Municipio de Acatlán de Pérez Figueroa, en donde existe presencia de la organización World Vision.

El trabajo de campo se desarrolló entre febrero y julio del 2013, financiado con el apoyo de World Vision.

Figura 5.



La primera fase contempló la definición del proyecto de investigación acción participativa (IAP), para lo cual se desarrollaron tres reuniones con el personal gerencial y de campo de World Vision, con la finalidad de identificar el tema a desarrollar. El resultado de dichas reuniones permitió delimitar el proyecto de IAP en tres puntos:

- 1) La identificación de las necesidades existentes referentes a la salud materna e infantil.
- 2) Identificación de las necesidades de las y los adolescentes.
- 3) Identificación de las necesidades en materia de salud de la comunidad, como temas prioritarios en la construcción de una línea base a desarrollarse con las voces de la propia población.

Una vez identificado el objetivo y la necesidad de conocer la percepción de la comunidad acerca de la salud materna e infantil y las problemáticas de salud existentes en la región, se identificaron los siguientes actores clave para el levantamiento de la información:

- 1) La población representada por tres grupos: mujeres usuarias de los servicios de salud, las y los adolescentes y población en general.
- 2) Personal de salud en establecimientos médicos de primer nivel de atención: del área médica o de enfermería, o bien promotores de salud.
- 3) Personal gerencial y de campo de World Vision, representado por gerentes y promotores.

Los criterios de inclusión que normaron la participación de los actores identificados fueron los siguientes:

- a) Para los proveedores de salud: ser médica(o) o enfermera(o) o promotor(a) de los establecimientos de salud, en comunidades de la zona de la Zongolica y de Vicente Camalote que cuentan con presencia de World Vision.
- b) Para las usuarias de los servicios de salud: cuya edad fuera menor de los 45 años de edad y que preferentemente estuvieran embarazadas o tuvieran hijos menores de cinco años de edad.
- c) Para las y los adolescentes: dirigido a las y los adolescentes de las comunidades señaladas.
- d) Para el encuestador: aquel personal de World Vision con experiencia de trabajo en las comunidades donde se realizó el levantamiento de la información.

Las consideraciones éticas que guiaron al proyecto IAP, se fundamentaron en otorgar información suficiente y detallada sobre la relevancia de su participación a todos los actores potencialmente clave, a quienes se les invitó a colaborar en el presente estudio.

Se les comunicaron los objetivos y alcances esperados y explicamos la importancia de reconocer sus puntos de vista a través de su participación en el estudio.

El tamaño de la muestra empleado en la presente investigación respecto al número de actores entrevistados respondió en gran parte a la conveniencia de lograr la saturación teórica.

Se realizaron 105 entrevistas a mujeres usuarias de los servicios, 144 a las y los adolescentes, nueve a personal de salud y siete a personal de World Vision. Se realizaron cinco grupos focales y un taller dirigido a las y los adolescentes.

Se diseñaron cuatro instrumentos para la colecta de información:

### 1) Instrumento para el personal de salud

Nos permitió recopilar datos sobre las características del proveedor de los servicios de salud, particularidades de los servicios de salud en términos de interculturalidad, disponibilidad de ambulancia o albergues para familiares en caso de referencia a otro establecimiento de salud (véase la tabla 2).

Tabla 2.

ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL PERSONAL DE SALUD	
CARACTERÍSTICAS DEL PROVEEDOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación propia con el establecimiento</li> <li>• Vinculación del establecimiento con actores sociales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Comunidad</li> <li>b) Autoridades locales</li> <li>c) Profesores de escuelas</li> <li>d) Iglesia</li> <li>e) Comité de Salud</li> <li>f) Jóvenes</li> </ul> </li> <li>• Vinculación con terapéuticas complementarias</li> <li>• Integración de elementos de interculturalidad en la práctica médica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Parto vertical o humanizado</li> <li>b) Acompañamiento de parteras</li> </ul> </li> <li>• Involucramiento de usos, costumbres, lengua de la región, características sociodemográficas de la comunidad, problemáticas de acceso intercultural entre hablantes de la lengua indígena</li> </ul>
SERVICIOS INTERCULTURALMENTE AMIGABLES PARA LA MADRE Y EL NIÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de personal que traduzca la lengua indígena</li> <li>• Caracterización de la población usuaria de los servicios de atención materno infantil</li> <li>• Identificación de problemas en la comunidad</li> </ul>
INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de interculturalidad existentes en el establecimiento</li> </ul>
PROCESOS DE REFERENCIA DE LAS Y LOS PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de ambulancia y costo de traslado para los usuarios</li> <li>• Disponibilidad de albergues o posadas para familiares en hospitales de referencia</li> </ul>

## 2) Instrumento para las usuarias de los servicios de salud

Dicho instrumento recopila la perspectiva de la usuaria, considerando elementos relativos a la confianza depositada en el proveedor de los servicios en el centro de salud, surtimiento completo de medicamentos prescritos, así como el conocimiento de datos de alarma durante el embarazo,

enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, por parte de las usuarias de los servicios de salud.

Se solicitó además que identificasen problemáticas al interior de su comunidad (véase la tabla 3).

Tabla 3.

<b>ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>
• Confianza en el proveedor de servicios médicos del centro de salud
• Surtimiento completo de medicamentos prescritos
• Frecuencia con la que solicita valoración por proveedores de medicina tradicional
• Percepción del trato recibido por los proveedores de salud y calidad de la atención
• Conocimiento de datos de alarma en caso de diarrea, infección respiratoria y durante el embarazo
• Identificación de problemas en la comunidad

## 3) Instrumento para las y los adolescentes usuarios de los servicios de salud

Recopilamos la opinión de las y los adolescentes sobre aquellas barreras que limitaban su acceso a los servicios de salud, e indagamos sobre cuestiones respecto a la confianza con la cual podían

solicitar atención en los servicios de salud referente a metodologías de planificación familiar y control prenatal. Solicitamos su opinión sobre el trato otorgado por el personal de salud y también que identificasen desde su perspectiva, las problemáticas que aquejaban a su comunidad (véase la tabla 4).

Tabla 4.

### ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LAS Y LOS ADOLESCENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Barreras de acceso a los servicios de salud
- Confianza para solicitar servicios de planificación familiar
- Confianza para solicitar atención médica en caso de embarazo
- Opinión sobre el trato brindado en el centro de salud por el personal de salud
- Identificación de las problemáticas en la comunidad

#### 4) Instrumento para el encuestador

Nos permitió caracterizar a la comunidad según cuestiones sociodemográficas e identificar la percepción de problemáticas en la comunidad (véase la tabla 5).

Tabla 5.

### ELEMENTOS CONSIDERADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL ENCUESTADOR

- Caracterización de la comunidad en los ámbitos:
  - a) Deportivos
  - b) Educativos
  - c) Accesos pavimentados a la comunidad (carreteras y caminos)
  - d) Disponibilidad de servicios básicos y características de las viviendas
  - e) Apoyo de remesas
  - f) Actividades económicas al interior de la comunidad
  - g) Disponibilidad y costo de transporte público
  - h) Identificación de las problemáticas en la comunidad

Los ámbitos considerados para la aplicación de los instrumentos fueron:

- 1) Los establecimientos de salud en los cuales se aplicó el instrumento al personal de salud.
- 2) Oficinas de World Vision en donde operan los Programas de Desarrollo Comunitario de la misma organización.
- 3) Puntos de reunión con la comunidad, en donde se aplicó el instrumento a las usuarias y a los adolescentes usuarios, además de realizar talleres y grupos focales.

En los talleres desarrollados para las y los adolescentes se contempló que los participantes narraran una historia a través de imágenes fotográficas (de cinco a 10 fotos máximo) en donde el adolescente podía seleccionar cualquiera de las siguientes temáticas:

- a) Problemas que enfrentan las embarazadas y niños pequeños de mi comunidad para lograr una buena salud.
- b) Problemas que existen en el centro de salud de mi comunidad.
- c) Problemas de salud que enfrenta mi comunidad.
- d) ¿Cómo me gustaría que atendieran a los pacientes que acuden al centro de salud de mi comunidad?

Se empleó también la técnica de grupo focal, la cual se dirigió a actores clave en la población, considerados como aquellas mujeres u hombres adultos de la comunidad, sin rango de edad, con deseo

de participar en la actividad y que mostraran una actitud participativa en el desarrollo de la misma.

Los grupos se constituyeron con un máximo de seis personas, y las temáticas que guiaron su desarrollo fueron:

- a) Identificación de problemas existentes que limiten el acceso a la atención médica de embarazadas y niños.
- b) Identificación de problemas existentes en el centro de salud.
- c) Identificación de problemas existentes en la comunidad.

La duración de dicha actividad se programó para desarrollarse en una hora aproximadamente, y al término de la misma, los participantes debían concluir con propuestas sobre cómo mejorar desde su perspectiva cada uno de los puntos señalados como problemática.

Previo al levantamiento de la información, se realizaron talleres de capacitación sobre el trabajo de campo a desarrollarse y la aplicación de los instrumentos y el desarrollo de talleres y grupos focales. El grupo de apoyo de la investigación se constituyó por el equipo de trabajo de World Vision, en el cual participaron cuatro gerentes, siete coordinadores de proyectos y 12 facilitadores en el levantamiento de la información.

Los talleres y grupos focales se desarrollaron en cuatro oficinas PDA<sup>c</sup>: Tisepan Tekipanoske (en Atlahuilco), Mixtla (en Mixtla de Altamirano), Masehual (en Tehuipango) en Veracruz y Vicente Camalote (Acatlán de Pérez Figueroa) en Oaxaca.

<sup>c</sup> Programa de Desarrollo de Área.

Se realizó un mapeo social de las zonas definidas para desarrollar la IAP, en donde se identificaron las siguientes estructuras de actores sociales:

**a) Actores institucionales:**

La principal autoridad de poder en el municipio de Atlahuilco recae en el presidente municipal y en el Cabildo del Ayuntamiento. A su vez cada comunidad cuenta con un agente comunitario y un juez comunitario. En las comunidades con trabajo de World Vision dentro de este municipio existe una buena relación con los agentes y jueces comunitarios, quienes cuentan con estrechas relaciones con el personal de World Vision. El Programa de Desarrollo Social del gobierno estatal denominado “Adelante” opera en el municipio, donde los promotores guardan una buena relación con el personal de World Vision. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene presencia en las comunidades, donde las y los promotoras(es) igualmente, disponen de una buena relación con el personal de World Vision.



La autoridad sanitaria a la que se encuentran adscritos los municipios de Atlahuilco, Mixtla de Altamirano y Tehuipango, es la Jurisdicción Sanitaria de Tequila, Veracruz, existen relaciones con World Vision, las cuales no son lo suficientemente estrechas.

Existe una universidad intercultural del estado de Veracruz cercana al municipio de Atlahuilco y también una unidad de la Universidad Veracruzana (UV), conocida como la Casa de la UV, en la cual los estudiantes de las licenciaturas de medicina, enfermería, nutrición y antropología cultural, hacen estadias que comprenden prácticas de campo, prácticas profesionales y pasantías de servicio social. World Vision tiene una relación estrecha con la UV.

En la región hay instituciones educativas de nivel básico (primaria y secundaria), así como de nivel medio constituido por colegios de telebachillerato, con los cuales World Vision tiene una fuerte relación, dado que realiza acciones de trabajo continuo al interior de estas instituciones, en razón de acciones de capacitación dirigidas a los estudiantes.

Tehuipango cuenta con un instituto tecnológico de estudios superiores, con el cual World Vision dispone de una fuerte relación de trabajo con las autoridades educativas.

Por otra parte, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), cuenta con albergues y centros de capacitación y atención en la cercanía de Atlahuilco y Mixtla de Altamirano, con los cuales también World Vision tiene una relación estrecha.

Tabla 6.

OFICINA	INSTITUCIONALES					
	AUTORIDADES MUNICIPALES	AUTORIDADES COMUNITARIAS	AUTORIDADES DE SALUD	AUTORIDADES EDUCATIVAS	PDH OPORTUNIDADES	CDI
Atlahuilco (Tisepan Tekipanoske)						
Mixtla de Altamirano						
Tehuipango						
Acatlán de Pérez Figueroa (Vicente Camalote)						

Fuerte   
 Estrecha   
 Débil

**b) Actores de las ONG/OCS:**

World Vision tiene presencia en la zona, cuenta con cuatro oficinas del Programa de Desarrollo de Área (PDA) Tisepan Tekipanoske la estructura organizacional de cada una de las oficinas esta conformada por: un gerente, coordinadores de los distintos proyectos que desarrollan, además de facilitadores.



A continuación se describe la colaboración y cercanía de World Vision con otras organizaciones:

Existen otras organizaciones de base comunitaria con sede en los municipios de Zongolica y Tequila, como Kalli Luz Marina, que se encarga de capacitar a grupos de participación de redes indígenas, así como también el programa PASA. En ambos casos se tienen relaciones débiles.

En Mixtla de Altamirano y Tehuipango se encuentra trabajando la asociación civil “Fondo para la Paz”, con la que se tiene una relación bastante estrecha tanto a nivel nacional como local.

La principal institución religiosa dentro del municipio de Atlahuilco y de Mixtla Altamirano es la Iglesia católica, con la que se tienen buenas relaciones. También existen organizaciones de culto evangélico y bautista con las que se tienen relaciones estrechas y, por último, la iglesia denominada la Luz del Mundo en Atlahuilco, con la que se tienen relaciones débiles.

Tabla 7.

ACTORES DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES						
OFICINA	KALLI LUZ MARINA	FONDO PARA LA PAZ	PESA / FAO	PROGRAMA DE DESARROLLO GOBIERNO DE VERACRUZ	IGLESIAS CATOLICAS	IGLESIAS EVANGÉLICAS
Atlahuilco (Tisepan Tekipanoske)	😊		😊	😊	😊	😊
Mixtla de Altamirano	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Tehuipango	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Acatlán de Pérez Figueroa (Vicente Camalote)					😊	😊

Fuerte   
 Estrecha   
 Débil

**c) Población:**

La gran mayoría de la población es indígena y es beneficiaria del Programa de Oportunidades. Existe una excelente relación con la población en razón de que World Vision desarrolla programas enfocados a mujeres, niños y adolescentes.



Tabla 8.

POBLACIÓN			
OFICINA	MUJERES	HOMBRES	ADOLESCENTES Y JÓVENES
Atlahuilco (Tisepan Tekipanoske)	😊	😊	😊
Mixtla de Altamirano	😊	😊	😊
Tehuipango	😊	😊	😊
Acatlán de Pérez Figueroa (Vicente Camalote)	😊	😊	😊

Fuerte   
 Estrecha   
 Débil

A continuación en la tabla 9 y 10 se muestra un breve resumen del perfil de los informantes y las técnicas e instrumentos empleados en el proyecto de investigación acción participativa (IAP).

Tabla 9.

<b>RESUMEN DEL PERFIL DE LOS INFORMANTES</b>		
<b>INFORMANTES</b>	<b>NÚM. DE ENTREVISTAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS INFORMANTES</b>
MUJERES USUARIAS	105	10 embarazadas y 93 de ellas madres de niños menores de cinco años
ADOLESCENTES	144	87 mujeres y 57 hombres con rango de edad entre los 12 a 20 años
PERSONAL DE SALUD	9	Cuatro mujeres y cinco hombres, de los cuales dos eran enfermeras y el resto médicos(as). Su antigüedad en la institución oscilaba en el rango de uno hasta 20 años de servicio
ENCUESTADORES (AS)	7	Todas fueron mujeres
PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES	25	En total fueron 25 participantes, todas mujeres El rango de edad osciló entre los 13 y los 49 años de edad
ADOLESCENTES PARTICIPANTES DEL TALLER GRUPAL	6	Participaron tres mujeres y tres hombres El rango de edad fue de 12 a 18 años

Tabla 10.

RESUMEN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN EL PROYECTO DE IAP			
TÉCNICA	INSTRUMENTOS	INFORMANTES	TIPO DE INFORMACIÓN
ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS	Para la usuaria	Usuaris que cumplan con la característica de cursar con un embarazo o ser madres de niños menores de cinco años de edad	Recopila la perspectiva de la usuaria considerando elementos relativos a la confianza depositada en el proveedor de los servicios en el centro de salud, así como el conocimiento de datos de alarma durante el embarazo, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, complementado con la identificación de problemas de su comunidad
	Para las y los adolescentes	Adolescentes de las comunidades señaladas	Recopila la opinión de las y los adolescentes sobre aquellas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud y cuestiones de confianza desde su perspectiva como usuarios de los servicios de planificación familiar y utilización de los servicios médicos en caso de embarazo, así como una opinión sobre el trato otorgado por el personal de salud e identificación de problemas en su comunidad
	Para el personal de salud	Ser médica(o) o enfermera(o) o promotor(a) de los establecimientos de salud	Compila datos sobre las características del proveedor de los servicios de salud, características de los servicios de salud en términos de interculturalidad e indaga sobre disponibilidad de recursos e infraestructura existentes en los servicios
	Para el encuestador	Aquel personal de World Vision con experiencia de trabajo en las comunidades donde se realizó el levantamiento de información	Recopila información que permita caracterizar la comunidad a partir de cuestiones socio-demográficas e identificación de los problemas de la comunidad desde su perspectiva
TALLER	Taller para las y los adolescentes	Adolescentes de las comunidades señaladas	Historia narrada a través de imágenes fotográficas en torno a problemáticas de salud existentes en su comunidad
GRUPO FOCAL	Grupo focal dirigido a actores clave en la comunidad	Aquellas mujeres u hombres adultos de la comunidad, sin rango de edad, con deseo de participar en la actividad y que mostraran una actitud participativa en el desarrollo de la misma	Identificación de problemas existentes en el acceso a la atención médica de embarazadas y niños, en el centro de salud y en la comunidad. Los participantes debían concluir con propuestas de cómo mejorar cada uno de los puntos señalados como problemática, desde su perspectiva

## 6.- Nuestras voces en la zona de la Zongolica y de Vicente Camalote

De las entrevistas semiestructuradas realizadas a las mujeres usuarias de los servicios de salud, en su mayoría fueron realizadas a madres o a mujeres que estaban por serlo. Respecto a las y los adolescentes entrevistados, este fue el grupo más numeroso.

Las y los entrevistados del grupo de personal de salud brindaban sus servicios en establecimientos pertenecientes a los servicios de salud estatales y al programa Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Voces de nosotras las mujeres usuarias de los servicios de salud

#### **1. En ocasiones algunas de nosotras desconfiamos de los médicos, pues no explican a detalle nuestro estado de salud o tratamiento a seguir.**

Se indagó entre las usuarias participantes si confiaban por completo en los diagnósticos y tratamientos de su médico en los centros de salud, a lo cual 86% respondió afirmativamente.

Entre las mujeres que mencionaron no confiar en los diagnósticos, algunas explicaron que en gran medida se debe a la presencia de médicos pasantes en algunas comunidades (por el hecho de no contar aún con un título), o bien porque los médicos en ocasiones no explican de manera detallada o simplemente porque han recibido un diagnóstico incorrecto.

Se pidió a las mujeres que detallaran si el personal médico les explicaba de manera clara su diagnóstico y tratamiento a seguir al término de la consulta, de lo cual 88% respondió afirmativamente.

Quienes respondieron lo contrario, mencionaron que el trato es irregular, dado que en ocasiones reciben explicaciones detalladas y en otras no, dependiendo en gran medida del estado de ánimo del médico.

#### **2. No siempre nos surten completos nuestros medicamentos, por lo que tenemos que comprarlos.**

Respecto a si les eran surtidos de manera completa sus medicamentos al acudir a consulta, 74% respondió positivamente.

De las mujeres que respondieron lo contrario, aquellas que acudían al centro de salud de Zacatecochco, Achichipico y Cedral mencionaron que casi no había medicamentos.

#### **3. No siempre nos explican qué alimentación debemos seguir en el embarazo y/o dar a nuestros niños pequeños.**

Referente a si alguna vez habían recibido alguna explicación o capacitación sobre la alimentación adecuada y cantidades durante el embarazo y/o a sus hijos menores de cinco años, 80% se refirieron capacitadas.

*“Un problema que yo veo en mi comunidad es que no hay mucho que comer y tampoco hay mucho trabajo para poder comprar comida.”*

#### **4. Más de la mitad de las veces recurrimos a la medicina tradicional porque se nos dificulta acudir al centro de salud.**

También se cuestionó sobre si acudían de manera complementaria con médicos tradicionales como parteras, hueseros o curanderos, lo cual 52% menciona que sí, identificando principalmente la figura de la partera, seguida del huesero.

Explicaron que se debe en gran parte a que en ocasiones les lleva más tiempo acudir a consulta con el médico, donde resulta más accesible el seguir las recomendaciones de la propia familia apoyándose además de los cuidados provistos por una partera.

#### **5. A veces nos regañan por no hablar el español o por no poder acudir a nuestras citas debido a la falta de recursos o transporte.**

Se preguntó a las entrevistadas si alguna vez habían recibido regaños o malos tratos por parte del personal de salud de los establecimientos, a lo que 37% respondió afirmativamente, explicando que consideran que se debe en gran parte a que no hablan el español.

También vinculan los malos tratos a que existe una gran afluencia de pacientes, y debido a que en ocasiones se les ha dificultado acudir de acuerdo a lo planeado por el equipo médico, en virtud de

que no cuentan con los recursos suficientes para pagar los pasajes, o bien las distancias y el tiempo de traslado no les permiten acudir a sus citas programadas.

*“Un serio problema en mi comunidad son las distancias para ir al centro de salud o clínica, luego hacemos hasta tres horas caminando.”*

#### **6. Enfrentamos grandes dificultades para acudir al centro de salud.**

Respecto a las dificultades para acudir al centro de salud, 63% de las usuarias respondió enfrentar algún tipo de obstáculo, principalmente en razón de la lejanía de los servicios de salud, además de escaso transporte y la irregularidad en los horarios del mismo, agregando el hecho de no contar con suficientes recursos económicos para pagar sus pasajes.

#### **7. Necesitamos médicos y enfermeras que hablen el náhuatl.**

Se les solicitó su opinión sobre qué consideran debería mejorarse en su centro de salud para recibir una mejor atención, donde pudimos rescatar principalmente la necesidad de dotar de medicamentos y personal médico, el cual debería de hablar el náhuatl, dado que, explicaron han recibido discriminación y mala calidad por esta barrera del lenguaje.

Agregaron también la necesidad de contar con mejores instalaciones y que existiese atención continua las 24 horas los 365 días del año.

### **8. A veces no entendemos lo que nos explican en las pláticas de salud porque no hablamos el español.**

También se indagó entre las entrevistadas si alguna vez habían sido invitadas a recibir una plática o capacitación de alguna temática en salud, sobre lo cual 89% respondió positivamente, agregando que se debe en gran medida a que son beneficiarias del programa Oportunidades.

Del grupo de mujeres que refirió haber sido invitada a una sesión de capacitación, 88% mencionó que había tenido la oportunidad de acudir a la misma.

De este último grupo de mujeres, 75% consideró que la capacitación recibida había sido clara, mientras que 25% explicó no comprender la sesión educativa, la principal razón era porque se imparte en español y ellas son hablantes de lengua indígena.

Por último, se indagó sobre si consideraban necesario seguir acudiendo a pláticas de salud similares, a lo cual 84% respondió afirmativamente. 16% consideraron como no necesarias las capacitaciones, ya que desde su percepción, estas eran repetitivas y quienes las imparten no necesariamente son el personal más calificado.



### 9. Necesitamos más centros de salud que estén abiertos las 24 horas y que cuenten con equipos para la atención de partos, medicamentos y vacunas.

Se solicitó a las usuarias que identificasen qué elementos se requerían en su centro de salud para otorgar una mejor atención a las mujeres embarazadas y a los niños, sobre esto mencionaron la necesidad de contar con equipamiento para la atención de partos y personal médico para su atención las 24 horas todo el año.

Agregaron lo ya mencionado referente a las necesidades de medicamentos, vacunas y que los médicos hablen lengua indígena.

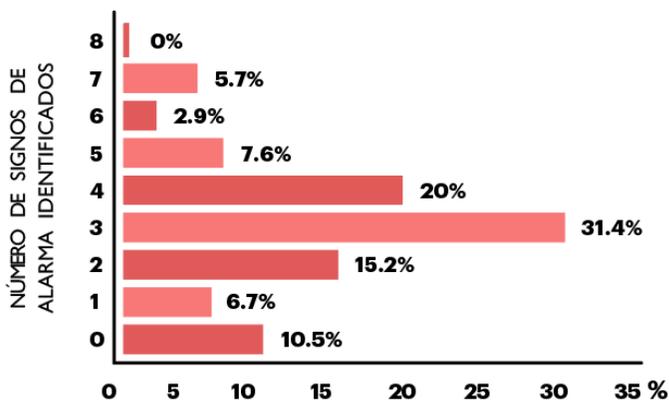
Explicaron que no sólo se requiere mejorar las instalaciones de los establecimientos existentes, sino también construir más centros de salud en comunidades donde no cuentan con servicios médicos.

### 10. Algunas de nosotras no sabemos qué es un dato de alarma en el embarazo o durante una enfermedad diarreica o respiratoria, y un poco más de la mitad de nosotras apenas los conocemos.

Se pidió a las entrevistadas que mencionaran datos de alarma durante el embarazo, a lo cual 31.4% identificó tres signos de alarma, 20% identificó cuatro signos, seguido de 15.2% que identificó sólo dos signos de alarma. 10.5% no identificó ningún dato de alarma (véase el gráfico 1).

Gráfico 1.

### Signos de alarma durante el embarazo identificados por las usuarias

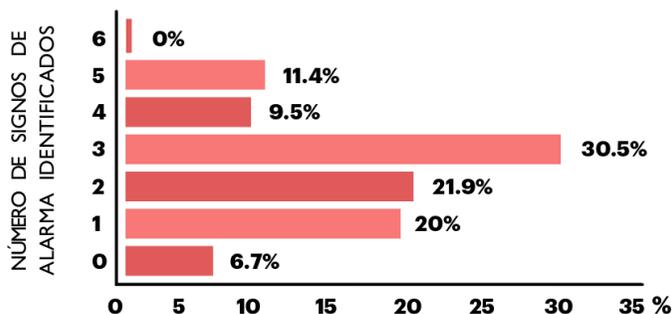


Respecto al conocimiento de los signos de alarma en caso de una enfermedad diarreica en menores de cinco años identificados por parte de las entrevistadas, 30.5% conocía tres datos de alarma,

representando el porcentaje más alto, seguido de 21.9% que conocía dos datos de alarma, mientras que 6.7% mencionó no conocer ningún dato de alarma (véase el gráfico 2).

Gráfico 2.

### Signos de alarma ante una enfermedad diarreica en menores de cinco años identificados por las usuarias

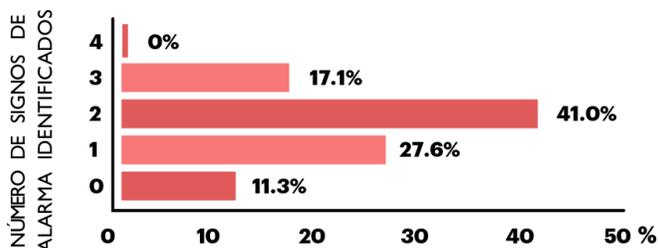


Respecto a su conocimiento en torno a datos de alarma en caso de una infección respiratoria, de las usuarias entrevistadas 41% respondió conocer dos datos de alarma, siendo el porcentaje más alto,

seguido de 27.6% que conocía un solo dato de alarma, mientras que 14.3% desconocía por completo los datos de alarma (véase gráfico 3).

Gráfico 3.

### Signos de alarma ante una infección respiratoria en menores de cinco años identificados por las usuarias



## **11. Cuando tenemos una emergencia médica tenemos que ir a pedir ayuda a nuestros familiares o al Ayuntamiento porque no disponemos de suficiente transporte.**

Se indagó entre las entrevistadas qué harían en caso de tener una emergencia médica y que además el centro de salud estuviera cerrado, a lo que mencionaron acudirían al hospital más cercano. Para lo cual las redes de apoyo familiares juegan un papel importante aunado a la ayuda de transporte otorgado por parte del Ayuntamiento.

Coincidieron además, que tendrían que realizar gastos por conceptos de compra de medicamentos.

## **12. En nuestra comunidad no contamos con agua, luz, drenaje, teléfono, transporte público ni carreteras. También necesitamos personal de salud y medicamentos.**

Finalmente, se solicitó a las entrevistadas que identificaran problemáticas en su comunidad, de lo cual coincidieron en falta de servicios básicos como agua, luz, drenaje, teléfono, transporte público y carreteras en la región, reiterando la necesidad de contar con un mayor número de establecimientos de salud con médicos e insumos básicos.

Explicaron que un gran problema es la falta de empleo en la región, además de graves problemas económicos por los que transitan la mayoría de las familias.

*“Un problema es que no hay mucha agua y la que hay es de lluvia, entonces luego no la hervimos ni la purificamos. Nos da diarrea”.*

## **Voces de nosotros las y los adolescentes de la comunidad**

### **1. A algunos(as) de nosotros se nos dificulta acudir al centro de salud porque tenemos que caminar hasta una hora y media debido a que no hay transporte o es muy caro.**

De las y los adolescentes entrevistados 67% comentó que les resulta fácil acudir a la consulta médica, mientras que el resto explicó que requieren caminar una hora y media y no hay transporte.

Otros más mencionaron que el transporte es caro, pues necesitan \$35 de ida y otros \$35 más de regreso.

Agregaron que en ocasiones han encontrado cerrado el centro de salud o con falta de medicamentos al recibir la consulta médica.

### **2. Nos da pena pedir preservativos porque en el centro de salud nos hacen muchas preguntas acerca de por qué solicitamos preservativos.**

### **3. A algunos de nosotros nos da vergüenza ir a consulta de planificación familiar.**

Se les solicitó que explicaran si se sentían con la suficiente confianza para acudir al centro de salud a solicitar una consulta de planificación familiar para ver cuál sería el método más adecuado, a lo que 73% respondió afirmativamente.

El resto afirmó sentirse con pena o miedo de solicitar la consulta y prefería no acudir, aunque agregaron que muchos contaban con información gracias a los talleres que reciben.



**4. En caso de quedar embarazadas acudiríamos a consulta médica para el cuidado del bebé.**

Se indagó entre las usuarias y sus parejas, respecto a cuál proveedor de servicios de salud elegirían para llevar su control de embarazo con un médico, con una partera o con ambos, a lo cual respondieron:

- 85% mencionó que sí acudiría a control de embarazo
- 42% mencionó que acudiría con un médico
- 5% acudiría con partera
- 4% acudiría con ambos (médico y partera)

Mientras que el porcentaje restante no sabía con cuál proveedor acudir o simplemente no respondió.

**5. Para que nos atiendan mejor en el centro de salud no nos deben discriminar por no hablar el español. Debería haber más médicos y suficientes medicamentos.**

Se les pidió que opinaran sobre lo que consideraban que debería mejorarse en el centro de salud para que recibiesen una mejor atención. Los adolescentes explicaron la gran necesidad de contar con suficientes medicamentos, médicos y equipo en la clínica.

Agregaron que es necesaria la atención médica por las noches, por lo que deberían contar con servicio las 24 horas.

Mencionaron la importancia de un mejor trato por parte del personal médico, pues han percibido un trato diferenciado hacia quienes no hablan el español, además de que la atención suele ser muy apresurada por parte de los médicos.

Se preguntó a las y los entrevistados si les agradaba el trato que otorgaban en el centro de salud, a lo que 73% respondió que sí.

El porcentaje restante (27%) explicó que se debe en gran medida a las siguientes causas:

- En ocasiones está cerrado el centro de salud o no está el médico.
- Casi nunca reciben medicamentos y tienen que comprarlos.
- Los médicos se dirigen de manera grosera con las personas no hablantes del español.
- Normalmente tienen que esperar mucho tiempo para recibir consulta.

#### **6. En nuestra comunidad hay muchos niños con problemas de desnutrición y las enfermedades respiratorias se hacen más evidentes por la falta de medicamentos.**

Se cuestionó a las y los adolescentes si consideraban que las embarazadas y niños pequeños de su comunidad tenían problemas de salud, a lo cual respondieron que en el caso de los niños, identificaban a las infecciones respiratorias y la desnutrición como las principales causales. Como problemática reiteraron que cuando solicitan consulta no les surten los medicamentos necesarios.

#### **7. En nuestra comunidad faltan servicios básicos de agua, luz, electricidad, carreteras y servicios médicos con suficiente personal y medicamentos.**

Finalmente, se indagó sobre los problemas que identificaban en su comunidad, sobre esto enlistaron en primer lugar la falta de servicios básicos como agua, luz, electricidad, carreteras, así como la falta de servicios médicos debido a que no existen suficientes centros de salud y faltan medicamentos y personal en los existentes.

Agregaron que las mujeres necesitan mejorar su educación, así como el hecho de que en la comunidad requieren de una mayor seguridad y empleos.

### **Voces de nosotros los médicos y enfermeras de los centros de salud de la comunidad**

#### **1. Nos sentimos felices de trabajar en la comunidad, pero vivimos lejos de nuestra familia y ganamos poco dinero, por lo que probablemente busquemos otras opciones de trabajo.**

Se preguntó al personal médico y a las enfermeras si se sentían felices de trabajar en la comunidad, a lo cual 100% respondió positivamente, además de sentirse satisfechos y de que les resultaba agradable su trabajo.

Se indagó si deseaban buscar otro centro de trabajo (por razones personales o de cualquier otro tipo), a lo cual 78% mencionó que sí buscarían otro empleo en razón de la lejanía en que se ubican los centros de salud, lo cual los aleja de sus familias de origen, además de la posibilidad de mejorar sus ingresos.

Se indagó entre los proveedores de salud que explicaran si tenían vínculos de participación con:

- 1) La comunidad en temas de salud materna e infantil
- 2) Autoridades locales y municipales
- 3) Profesores de las escuelas
- 4) Iglesias
- 5) Las y los adolescentes

La información recabada sobre esto se refleja en la tabla 11.

Tabla 11.

<b>VINCULACIÓN DE OTROS ACTORES SOCIALES CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS</b>		
<b>ACTORES SOCIALES</b>	<b>SÍ EXISTE VINCULACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
COMUNIDAD EN TEMÁTICAS DE SALUD MATERNA E INFANTIL	78%	-----
AUTORIDADES LOCALES Y MUNICIPALES	100%	Casi no dan apoyo
PROFESORES DE LAS ESCUELAS	78%	-----
IGLESIAS	22%	Es poca la participación
COMITÉ DE SALUD DE LA COMUNIDAD	89%	-----
ADOLESCENTES	89%	Faltan materiales para desarrollar más actividades

Se preguntó a los proveedores de salud su opinión sobre el empleo de terapéuticas complementarias por parte de los pacientes; como podría ser el caso de la herbolaria, o bien de solicitar apoyo de terapeutas tradicionales (hueseros, parteras, chamanes). A lo cual 67% expresó que apoyaba la utilización de la medicina tradicional por parte de sus pacientes que así lo decidieran. En el centro de salud de Mixtlantacpac cuentan con un jardín de herbolaria.

También se indagó si consideraban o no que la medicina tradicional tuviera un efecto positivo entre sus pacientes, de lo cual 67% respondió afirmativamente. Se consultó entre las y los entrevistados sobre otras cuestiones relativas a adecuaciones interculturales incorporadas en la provisión de los servicios de salud al interior de los establecimientos (véase la tabla 12):

Tabla 12.

<b>ELEMENTOS DE INTERCULTURALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD</b>		
<b>ELEMENTOS DE INTERCULTURALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>% DE PROVEEDORES QUE RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Oferta de parto vertical o humanizado de acuerdo a usos y costumbres	22%	Sí, con atención de parteras en algunos casos
Cuentan con sala de parto para atención del parto vertical/parto humanizado	100%	Aunque solamente un entrevistado mencionó atender partos, el resto refiere a las pacientes a hospitales
Acompañamiento de la paciente con la partera durante la consulta	55%	Sí, refieren a pacientes al centro de salud
Acompañamiento de la paciente por la partera durante el parto	66%	No se atienden partos porque es obligatorio referirlas al hospital y ahí a veces no dejan pasar a las parteras
Al hospital que envían a las pacientes para su atención del parto cuenta con atención de parto vertical o humanizado	22%	Solamente el Hospital de Tlaquilpa
Existe relación con las parteras y el centro de salud	55.5%	El resto de proveedores no conoce a las parteras que trabajan en la región
Existe interrelación con el resto de practicantes de medicina tradicional y el centro de salud	11%	Sólo en Mixtlantacpac
Hay barreras de lenguaje al otorgar la consulta médica	77.8%	En algunos casos se auxilian con personal de enfermería, los proveedores de servicios mencionan que no están seguros(as) de cómo se transmiten las indicaciones médicas durante la traducción
Porcentaje de la población que es monolingüe	35% en promedio, excepto Xopilapa y Tecolotla hasta en 80%	-----
Disponen de hortaliza o jardín de herbolaria	33%	-----
Cuenta con temazcal	11%	Sólo en Mixtlantacpac
Cuentan con letreros en lengua indígena o con símbolos	22%	-----
Cuentan con rampas de acceso para discapacitados	11%	Solamente un proveedor disponía de rampas
Cuentan con acreditación del establecimiento por parte de la Secretaría de Salud	44%	-----

Se solicitó a los proveedores de salud que identificasen si consideraban como barrera de acceso a los servicios de salud el que algunos usuarios y usuarias de los servicios no hablen español, a lo cual 77.8% respondió afirmativamente, dado que a pesar de que en algunos casos cuentan con personal de enfermería que auxilia en la traducción (78%), muchas veces no están del todo seguros de la calidad de la traducción y si los usuarios comprenden correctamente las indicaciones médicas.

La totalidad de las y los entrevistados identificaron los distintos pueblos indígenas existentes en su zona de trabajo, y 88.8% conocía las principales tradiciones de los indígenas de la comunidad. Se indagó también sobre otros elementos que podrían fungir como factores obstaculizadores en el acceso a los servicios de salud, tales como cuestiones económicas, en donde 33.3% sí lo percibía de este modo, en gran parte por la falta de transporte y de caminos.

Se indagó si consideraban que los adolescentes u otra población en particular tuvieran limitantes de acceso; sobre esto, 11% consideró que en lo referente a la población adolescente su acceso podría limitarse en gran parte porque en ocasiones el propio personal de salud regaña a los adolescentes por el hecho de no acudir acompañados de un adulto, y por esta misma razón podrían no otorgarles el servicio.

Se preguntó al personal de salud si en caso de que un adolescente acudiese solo (sin el acompañamiento de un adulto) a solicitar consulta de planificación familiar se la otorgarían o le pedirían que acudiera acompañado de un familiar adulto, a lo cual 66% respondió que sí otorgaría el servicio, aunque en algunos casos dependería en gran medida del estado civil del adolescente y mencionaron también que realmente son pocos los jóvenes que acuden a consulta y, por lo regular, es para solicitar preservativos. Solamente un proveedor de servicios de salud indicó que facilitaría los preservativos sin hacer cuestionamientos, mientras que el resto indicó que eso ameritaría que los adolescentes pasaran a consulta y que les recabasen sus datos personales.

Este punto coincide con lo señalado por los adolescentes, que prefieren ya no acudir a solicitar preservativos por los cuestionamientos a los que son sometidos por parte del personal de salud, lo que limita su confianza y les genera miedo o vergüenza de pedir condones.

Se solicitó también que especificarán si consideraban como barrera de acceso el género de los usuarios, a lo cual 100% consideró que no existía ninguna limitante por dicha cuestión. Se preguntó a los proveedores de servicios de salud si existía violencia hacia mujeres y niños de la comunidad, a lo cual 66.67% respondió afirmativamente.

Se investigó sobre algunos servicios con los que cuentan en los centros de salud, tales como el alumbrado público en la parte externa de los establecimientos; de estos sólo 44% cuenta con este servicio, el resto no cuenta con el o tiene los focos fundidos. También se indagó si contaban con luz las 24 horas los 365 días del año, a lo que 55% de los proveedores respondió que sí contaban con luz, mientras que el resto mencionó que son constantes los apagones que siguen a las tormentas eléctricas, lo que ocasiona la ausencia de la luz hasta por varios días.

Se indagó sobre las dificultades existentes de salud en la región, sobre esto detallaron como una problemática la salud infantil, que en promedio hasta 15% de la población menor de cinco años cuenta con alguna afectación en su estado de salud. A excepción de la comunidad de Tecolotla donde el porcentaje de población infantil en ese rango de edad asciende a 50%. También se les pidió que detallasen si los niños de entre cinco y 12 años también contaban con algún grado de desnutrición, mencionando datos similares con el grupo anterior.

Respecto a si las embarazadas de quienes llevaban su control de embarazo contaban con factores de riesgo que ameritasen un control especializado a nivel hospitalario, dijeron que en el caso de Cedral, el porcentaje es de hasta 85% de sus embarazadas y sólo 50% en el caso de Tecolotla, mientras que en el resto de los establecimientos contaban sólo con un par de casos de mujeres embarazadas en dicha situación.

Se indagó sobre cuántos partos habían atendido en los centros de salud, a lo cual en todos los establecimientos mencionaron no atender partos, sino referirlos al hospital más cercano, con excepción del centro de salud de Txompoalee, que atendió dos partos en 2012.

Se investigó sobre si habían tenido algún caso de muerte materna o de defunciones entre menores de cinco años, al respecto la totalidad de los proveedores de servicios de salud lo negó, excepto en Xopilapa y Mixtlantacpac refirieron haber tenido el reporte de uno y dos casos, respectivamente, de muertes infantiles, aunque sin especificar la causa.

Se preguntó al personal de salud en qué porcentaje aproximadamente conocían a la población usuaria de los servicios, a lo que respondieron que en 80%, con excepción de Mixtlantacpac, en donde se mencionó que se conocía tan sólo a aproximadamente 35% de la población.

Se indagó el porcentaje de pacientes enviados al hospital más cercano para valoración especializada, a lo que la mayoría dijo que enviaban hasta a 30%, con excepción de Mixtlantacpac, cuyo porcentaje llegaba hasta 70% de los casos. Señalaron que las Caravanas de salud no realizaron el envío de ningún paciente.

El tiempo promedio empleado de traslado del centro de salud al hospital más cercano fue de 15 minutos en uno de los casos y de 45 minutos hasta una hora en el resto de los casos.

Se preguntó sobre los hábitos de la población en torno al apego y seguimiento de las indicaciones médicas, sobre esto las respuestas oscilaron en el rango del 10% hasta el 80% de la población, con un promedio de 60% entre la población que obedecía las recomendaciones médicas.

Se investigó sobre la asistencia promedio de la población convocada a las sesiones y pláticas educativas, donde la media osciló en 64%, explicando que se lograba una mayor asistencia gracias al programa de Oportunidades, agregaron que casi 80% de la población cuenta con el beneficio de

Oportunidades. Solo dos proveedores de los servicios de salud mencionaron que en su comunidad menos del 30% contaba con afiliación al programa.

Se pidió a las y los entrevistados detallaran si contaban con ambulancia perteneciente al establecimiento, 100% mencionó no contar con el recurso.

Tan sólo 44% mencionó que se dispone del servicio por parte de las autoridades municipales, el cual se solicita sólo en caso de emergencias, y en muchos de los casos no es apta para traslado de pacientes, por lo que la población opta por contratar viajes especiales entre los vecinos que cuentan con camionetas particulares.

33% de los entrevistados mencionaron que en las comunidades que disponen del servicio de ambulancia, el municipio solicita a la población usuaria un donativo por concepto de gasolina, ya que el resto de los gastos son cubiertos por el propio municipio (por ejemplo, los inherentes a peajes de casetas).

Cuando no cuentan con ambulancia, las y los entrevistados explicaron que el costo de un taxi al hospital más cercano es de aproximadamente \$200. Detallaron que, de los hospitales de referencia existentes de la región, tan sólo el Hospital de Tuxtepec cuenta con albergue para los familiares que acompañan a las y los pacientes.

Finalmente, se pidió a las y los entrevistados que identificasen problemáticas en su comunidad, al respecto expresaron que no existen suficientes fuentes de empleo en la región, hay graves problemas de saneamiento básico (falta de agua, fecalismo y drenaje), transporte limitado, además de que no se cuenta con el suficiente personal médico en la mayoría de las comunidades.

## Voces de quienes colaboramos en World Vision

Nos pidieron que investigáramos algunas características de las comunidades donde trabajamos. Referente al número de áreas deportivas en la región, en promedio solamente existen canchas al interior de las escuelas, realmente no existen deportivos o centros recreativos. La mayoría de las comunidades cuenta con preescolar, primaria y secundaria y hay un telebachillerato en Xochitla. La gran mayoría de los caminos no cuenta con pavimentación, principalmente son veredas.

En algunas comunidades hasta 90% de los habitantes cuenta con pisos de tierra, y sólo la población que habita en cabeceras municipales cuenta con luz. En promedio sólo 20% de la población en la mayoría de las comunidades cuenta con agua, mientras que hay otras que no cuentan con este recurso, como es el caso de Xometla y Tzompoalee.

La gran mayoría de las familias vive del autoconsumo de siembra de maíz, frijol, haba y chícharo principalmente. Algunos trabajan como campesinos, pero una gran parte sale a trabajar a otros lugares como albañiles. Casi un 5% de la población emigra a los Estados Unidos.

En las comunidades cuando la población tiene que tomar un taxi de emergencia para ir al hospital más cercano, en promedio les cobran hasta \$200, y si toman un colectivo (cuyos horarios son irregulares y sin disponibilidad de servicio nocturno) el costo oscila entre \$15 y \$35 un viaje, realizando hasta dos horas de trayecto.

Los principales problemas que identificamos son la falta de agua potable y de empleos. Como no hay agua, las personas tienen que ir a lavar a los arroyos y muchas veces existe inseguridad en dichas zonas por la lejanía de los mismos, ya que en las partes altas no hay manantiales. En las clínicas

no hay suficiente personal médico ni disponen de medicamentos o material de curación. En la mayoría de los establecimientos, los viernes, sábados y domingos no hay servicio médico y ningún establecimiento atiende por las noches. En las escuelas no cuentan con agua. Otro problema que hemos identificado es la desnutrición de los niños menores de cinco años.

### Poniéndonos de acuerdo: resultados de los grupos focales

Se nos pidió que identificáramos los problemas que limitan el acceso a la atención médica de nuestras embarazadas y niños:

1. Hay falta de medicamentos en los centros de salud, por lo que se tiene que comprar en las farmacias (en algunas comunidades hay que viajar a Tehuipango e inclusive hasta Orizaba).
2. Para algunas comunidades el trayecto a la clínica está muy retirado.
3. En algunas comunidades solamente llegan las caravanas de salud.
4. Algunos bebés nacen en casa.
5. No hay atención médica en la noche.
6. Los horarios de atención de las clínicas no son estables.
7. Hay médicos pasantes sin experiencia, muchas veces los tratamientos no funcionan y tienen que ir con el médico particular que les receta medicamentos más caros.

8. A veces no todas las personas que acuden a consulta alcanzan a pasar porque hay mucha gente.
  9. La mayoría de las clínicas son pequeñas y están mal equipadas.
  10. No atienden partos en los centros de salud y las mujeres tienen que trasladarse a los hospitales.
  11. Cuando los médicos envían a mujeres embarazadas al hospital comunitario de Zongolica no quieren ir porque el hospital es muy pequeño y aunque se encuentran hospitalizadas pasan mucho tiempo sin ser atendidas.
  12. No contamos con dentista.
  13. Hace falta un centro de atención para niños discapacitados.
  14. En algunas comunidades sólo se cuenta con personal de enfermería.
- Se nos pidió que identificáramos qué problemas existen en el centro de salud**
1. El personal que hay no se da abasto para atender a toda la comunidad que es muy grande.
  2. Hay escasez de medicamentos.
  3. No cuentan con atención las 24 horas.
  4. Algunos niños han nacido en la carretera porque viajan hasta el hospital de Tlaquilpa que está a 1 hora y media de traslado en vehículo.
  5. No hay batas o sábanas para las señoras cuando acuden a parir en los hospitales.
  6. No hay vacunas y hay niños que se están atrasando en sus esquemas.
  7. Cuando reciben algún paciente nuestro en los hospitales, solicitan dos donadores y si no logramos conseguirlos, tenemos que pagarle a alguien para que done sangre y nos han llegado a cobrar hasta \$2 000.
  8. Sólo algunos padecimientos son cubiertos por el Seguro Popular en los hospitales.
  9. No existe disponibilidad de equipo de ultrasonido.
  10. No cuentan con el método de implante en los servicios de planificación familiar.
  11. En algunos centros de salud, se satura la agenda por citas de control programadas a los beneficiarios del programa de Oportunidades, (quienes obligatoriamente tienen que acudir aún estando sanos o de lo contrario no reciben un incentivo económico), y cuando van personas enfermas ya no alcanzan a recibir atención médica porque existe una gran demanda.

**Se nos pidió que identificáramos qué problemas existen en nuestra comunidad**

1. No contamos con fuentes de trabajo en la comunidad.
2. No disponemos de agua.
3. Las niñas se casan o se juntan con sus parejas muy chicas, y en muchas familias los padres no tienen autoridad para evitar dichas uniones, pese a ser menores de edad.

4. Existe el alcoholismo entre los jóvenes desde temprana edad. Consideramos que hay una necesidad de impartir pláticas de concientización, por lo que hemos solicitado a la Jurisdicción Sanitaria información, pero no hemos obtenido respuesta. Hay un Comité Comunitario a quien le expondre-mos el tema.

5. Cuando existen problemas de inseguridad en el municipio a veces no hacen nada las autoridades y por eso mejor ya no denunciamos.

6. Recientemente hubo una epidemia de escabiasis (piojos) en la comunidad.

7. Se requiere más atención a los diabéticos, desnutridos, hipertensos y discapacitados.

8. La casa de salud de Ojo de Agua es de lámina y no es muy adecuada para las pláticas de salud, sobre todo porque acuden muchas mujeres con niños pequeños.

9. No hay suficientes salones para los niños en las escuelas y se ha solicitado la construcción de más aulas desde hace cuatro años aproximadamente (sin respuesta hasta el momento de la realización del presente estudio).

## Qué proponemos para mejorar

1. Solicitar a las autoridades municipales y de salud la mejora de los centros de salud respecto a la necesidad de:

- Contar con más clínicas y las que hay, que cuenten con mejores instalaciones.
- Que se cuente con médicos y dentistas.

d) Que contemos con un centro de atención para discapacitados en donde se den terapias de rehabilitación.

2. Solicitar que se impartan pláticas sobre alcoholismo entre los jóvenes.

3. Que se impartan pláticas a las y los jóvenes sobre el matrimonio con el fin de evitar que se casen a temprana edad.

4. Nos gustaría poder contar con agua potable.

## Taller fotográfico de adolescentes

Se pidió a las y los adolescentes que eligieran entre cualquiera de las siguientes temáticas:

- Problemas que enfrentan las embarazadas y niños pequeños de mi comunidad para lograr una buena salud.
- Problemas que existen en el centro de salud de mi comunidad.
- Problemas de salud que enfrenta mi comunidad.
- ¿Cómo me gustaría que atendieran a las y los usuarios que acuden al centro de salud de mi comunidad?

La idea central del taller radicó en que los propios adolescentes capturasen parte de su realidad por medio de fotografías, que reflejaran su visión respecto al tema seleccionado. El adolescente participante debía explicar de manera breve su selección fotográfica.

Para incentivar la participación de los jóvenes en el taller, se otorgó un premio a tres finalistas, además de que a todos y todas las participantes se les entregó una constancia de participación.

Las fotografías fueron analizadas por un jurado integrado por el equipo de trabajo de la investigación, se seleccionaron las mejores fotografías que de manera fiel representasen a través de imágenes, las problemáticas de la comunidad. Los elementos que guiaron la ponderación fueron:

- a) La composición fotográfica, en la cual se consideraron elementos básicos de encuadre, ángulo de la toma y enfoque.
- b) Centro de interés que motivó la toma de la fotografía acorde a la temática seleccionada.
- c) Relevancia del problema captado.

- d) Congruencia de las imágenes con la explicación del autor de la composición fotográfica.

Participaron seis adolescentes, los cuales previamente habían tomado un taller de fotografía básica impartido por World Vision meses antes.

Se les otorgaron facilidades para disponer de equipo fotográfico y ayuda en la descarga de las imágenes. No participó un número mayor de adolescentes por bloqueos en caminos, lo que dificultó su afluencia y seguridad, limitando su participación en el taller.

Se consideró que todo el material recibido por cada uno de los participantes es de alto valor y de gran relevancia en razón de cada una de las problemáticas que retrataron.



## 7.- ¿Qué sigue? El papel de las instituciones, organizaciones y la comunidad

### **El papel de las instituciones, las organizaciones y la comunidad**

El presente ejercicio de investigación acción participativa (IAP) no sólo representó un esfuerzo por parte del equipo de trabajo de la investigación, sino también en gran parte de las y los participantes. Las recomendaciones que arroja este primer diagnóstico inicial construido con las voces de la comunidad, representada por sus distintos actores sociales son las siguientes:

#### **Para las mujeres embarazadas y madres de familia, adolescentes y población en general:**

1. Identificar los principales datos de alarma en el embarazo, así como aquellos datos de alarma respiratoria o diarreica entre menores de cinco años. Esta información guiará a la población usuaria de los servicios de salud a discernir sobre cuándo acudir al servicio de urgencias, o en caso contrario acudir a valoración médica en el servicio de la consulta externa.

2. Solicitar toda la información que consideren necesaria y externar dudas sobre su estado de salud o sobre planificación familiar al personal médico.

3. Acudir a solicitar preservativos todas las veces que lo consideren necesario y solicitar asesoría si así lo considerasen.

4. En la medida de sus posibilidades, acudir a las pláticas y asesorías en salud. En caso de tener alguna duda externarla sin temor alguno.

5. Participar con los comités de salud y en proyectos de mejora, externando su opinión o inclusive participando activamente.

#### **Para los servicios de salud:**

1. Contar con servicio de traducción durante la consulta, asimismo, el proveedor deberá asegurarse de haber resuelto todas las dudas de las y los usuarios.

2. Eliminar todo tipo de discriminación, regaño o mal trato hacia las y los usuarios, independientemente de su edad, sexo o si son hablantes de alguna lengua indígena.

3. Contar con suficientes recursos humanos (personal médico y de enfermería), insumos (medicamentos y material de curación).

4. Establecer horarios de atención más amplios y regulares en el caso de los consultorios de 1er. nivel de atención.

5. Disponer de establecimientos hospitalarios que otorguen atención continua las 24 horas en caso de una emergencia médica.

6. Evitar el gasto de bolsillo de las y los usuarios por cualquier concepto, por ejemplo: evitar traslados innecesarios, compra de medicamentos y pago por donador de sangre.

7. Atender a las y los usuarios que soliciten la consulta, pues en la mayoría de los casos resulta muy caro y dificultoso el acceso.

### **Respecto a la atención materno e infantil:**

1. Deberán profundizar en las explicaciones en torno a los cuidados del embarazo y sobre recomendaciones de alimentación, así como en los datos de alarma que ameritan acudir a urgencias médicas.

2. Deberán profundizar en las explicaciones en torno a los cuidados de los menores de cinco años y sobre recomendaciones de alimentación, así como en los datos de alarma en caso de una infección respiratoria o diarreica que amerite el acudir a los servicios de urgencias médicas.

3. Asegurarse de que las sesiones y pláticas educativas en salud sean comprendidas por la totalidad de las y los participantes, además de que deberán impartirse en español y en las distintas lenguas indígenas que se hablan en la región.

### **Respecto a la atención de las y los jóvenes adolescentes:**

1. Los proveedores de servicios de salud deberán de asegurarse de contar con disponibilidad de espacios amigables para que las y los adolescentes acudan a solicitar preservativos y/o métodos de planificación familiar sin sentirse intimidados.

2. Impartir pláticas de concientización sobre el alcoholismo y otras adicciones.

3. Abordar temáticas sobre noviazgo y embarazo adolescente.

### **Para las autoridades locales y municipales:**

1. Permear proyectos de mejoramiento comunitario enfocados a otorgar:

a) Dotar de servicios básicos a un mayor segmento de la población (por ejemplo: agua, drenaje, luz y telefonía).

b) Mejoramiento de caminos y vialidades de los principales accesos a las comunidades.

c) Construcción de más aulas y escuelas en las comunidades.

2. Mejorar las condiciones de seguridad.

3. Contar con ambulancia disponible sin costo alguno para el traslado de las y los usuarios en caso de una emergencia médica.

## Para las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil:

1. Colaborar en proyectos comunitarios en conjunto con la comunidad y autoridades a partir de este primer ejercicio de diagnóstico inicial comunitario.

Como habíamos comentado, el presente trabajo es el resultado del diagnóstico inicial realizado en conjunto con las y los actores que integran la comunidad, lo cual permitirá en un siguiente paso la devolución de propuestas para su posterior aplicación, sin dejar de lado el proceso de la evaluación continua que involucra la IAP.

Como primer paso, la organización World Vision contempla el desarrollo de los talleres apoyados en la metodología “Ciudadanía Voz y Acción”, dirigidos a cada uno de los actores sociales identificados en el presente estudio: a) mujeres usuarias de los servicios de salud, b) adolescentes, c) población en general, d) autoridades locales y municipales y e) proveedores de los servicios de salud.

La metodología a seguir en los talleres sería la siguiente: designación de representantes elegidos por la comunidad, los cuales conformarán a su vez a un grupo de trabajo encargado de discutir el diagnóstico. Los ejercicios desarrollados al in-

terior de los talleres se contrastará con los resultados de los talleres previos (los realizados en el presente estudio).

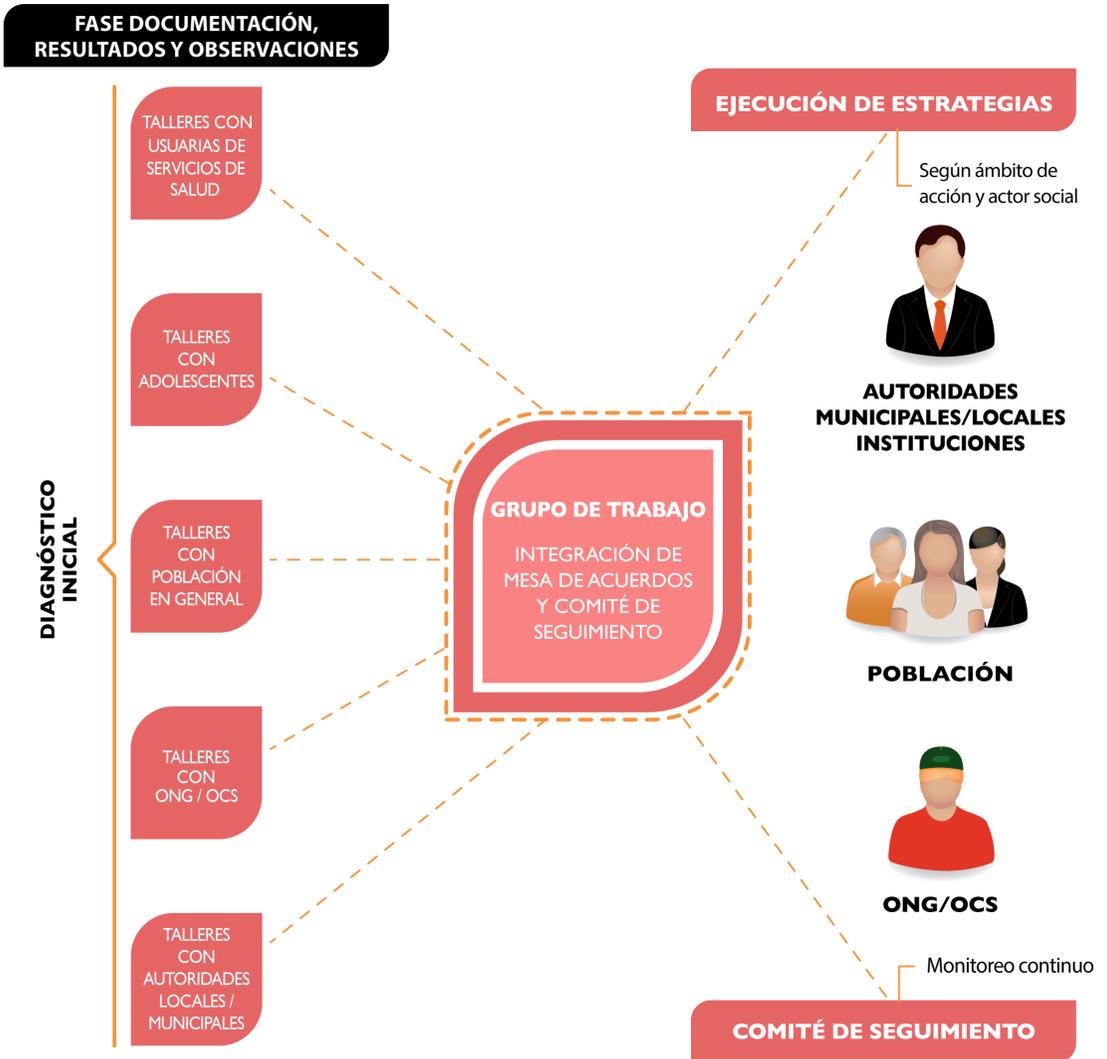
El objetivo que se perseguiría en estos talleres, sería el logro de acuerdos que redunden en estrategias benéficas las cuales sean perfectibles a desarrollarse por los distintos actores sociales involucrados, fomentando sinergias y alianzas comunes para la consecución de los objetivos identificados.

Se designará un comité de seguimiento, el cual realizará acciones de monitoreo para verificar el cumplimiento, obstáculos y avances en torno a lo programado, con la finalidad de informar a la comunidad en general.

Una vez acabado el ciclo, nuevamente se permearán nuevos retos de mejora en un proceso continuo de búsqueda de soluciones colectivas.

Finalmente, se espera que la comunidad en su conjunto, representada por la población, autoridades, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, logren permear y fomentar alianzas de colaboración, que posibiliten el diálogo continuo y permanente que favorezca la implementación de estrategias que redunden en mejoras en la calidad de vida y de la salud de la población.





Agradecemos a todas y todos los participantes que hicieron posible la realización del presente ejercicio construido con las voces de la propia comunidad.

## Bibliografía

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Estimaciones para el periodo 2000-2010, con base en el Censo de Población y Vivienda 2000 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010*. México: CONEVAL.
- Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S., Steinhardt, L., Creanga, A. A., Tunçalp, O., Patel Balsara, Z., Gupta, S., Say, L. y Lawn, J. E. (2011). "National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis." *The Lancet*, 377(9774): 1319-1330.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010. Veracruz de Ignacio de la Llave. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad*. México: INEGI.
- Reason P., Bradbury H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research Participative Inquiry and practice*. 2nd Edition. London: SAGE Publications.
- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe. Nueva York: ONU.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2011). *Numeralia, Mortalidad Materna en México*. México: OMM.
- Francés García, José F., Alaminos Chica, A., Penalva Verdú, C. y Santacreu Fernández, Ó. A. (2008). *La investigación acción participativa como propuesta metodológica para el desarrollo comunitario*. Ecuador: PYDLOS.
- Jiménez-Domínguez, B. (1994). Investigación ante acción participante: Una dimensión desconocida. En *Psicología Social Comunitaria: Teoría, método y experiencia*, Ed, M, Montero. (103-137). México: Universidad de Guadalajara.
- Latorre Beltrán, A. (2011). La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. *Docencia Universitaria*. 12(179): 132-135.
- Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*. Trad. N, Fiorito de Labruno. Argentina: Amorrortu.
- Martín Gutiérrez, P. (2010). *La planificación participativa desde una perspectiva de redes sociales*. (Tesis, doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Montañés, M. (2009). *Metodología y técnica participativa. Teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa*. Barcelona: Universitat Oberta De Catalunya.
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Salazar, M. C. (1992). *La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos*. España: Editorial Popular.
- Selener, D. (1997). *Participatory action research and social change*. Nueva York: Cornell University.

*Experiencias de investigación en acción  
participativa en comunidades de Zongolica  
y Vicente Camalote. Una perspectiva con enfoque  
en salud materna e infantil* de María Guadalupe Ramírez  
Rojas, publicado por Ediciones Comunicación Científica S.A  
de C.V, se terminó de editar el 20 de diciembre de 2020.