



# EL COLEGIO DE SONORA

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES**

**LA FORMACIÓN DE LAS PROMOTORAS DE SALUD EN HERMOSILLO,  
SONORA.**

Tesis presentada por  
**Yolanda Viridiana Chávez Flores**

Para obtener el grado de  
**Maestra en Ciencias Sociales**  
en la línea de investigación **Estudios Socioculturales de la Salud**

Directora de tesis: Dra. Catalina Denman Champion

**Hermosillo, Sonora.**

Junio de 2012

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología por la beca otorgada para realizar este trabajo de investigación.

A El Colegio de Sonora por ser fuente de conocimiento, trabajo y progreso para nuestro país. A su personal administrativo y académico por todo el apoyo brindado.

A la Dra. Catalina Denman Champion. El haberme compartido su amplia experiencia de investigación con interés, respeto, libertad y confianza me ha permitido crecer personal y profesionalmente. Mi profundo agradecimiento y admiración.

A la Dra. Patricia Aranda, Dra. Carmen Castro, Dr. Armando Haro, Dra. Lucía Castro, Dra. Remedios Olivas. Gracias por todas sus enseñanzas.

A las promotoras y promotores de salud, quienes se permitieron compartir una parte de sus vidas en la realización de este trabajo.

A mis compañeras y compañeros de salud, gracias por todo lo compartido. Ha sido un honor para mí ser parte del grupo y sobre todo de sus vidas.

Deseo agradecer profundamente a mi familia, quienes a pesar de la distancia siempre han estado presentes con su amor constante y apoyo incondicional. Gracias papá y gracias mamá por enseñarme el amor a la vida, al trabajo y a seguir mis sueños. Por creer en mí, antes que yo misma lo hiciera. Para ustedes va dedicado este trabajo.

# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1. El marco conceptual y contextual de la promoción de la salud.....</b>	<b>17</b>
1.1 La promoción de la salud en la actualidad.....	25
1.2 La promoción de la salud en el contexto social y político.....	29
1.2.1 La participación comunitaria en la promoción de la salud.....	31
1.2.2 El papel de la educación, la capacitación y la certificación entre los y las promotoras.....	34
1.3 Promotores y promotoras de la salud.....	43
1.3.1 Breve historia y desarrollo de la profesión.....	48
1.4 Marco contextual.....	50
1.4.1 Programas de capacitación formales.....	55
1.4.2 Retos y dilemas en la práctica de promoción a la salud.....	59
<b>Capítulo 2. El estudio de las promotoras de la salud en la comunidad.....</b>	<b>63</b>
2.1 Diseño de la investigación.....	64
2.2 La entrevista como técnica de estudio.....	69
2.3 La observación participante.....	80
<b>Capítulo 3. Los promotores y las promotoras como personal de salud: características, funciones y percepciones.....</b>	<b>82</b>
3.1 Características de los y las promotoras.....	83
3.2 Perfil o habilidades necesarias del promotor o promotora de salud.....	94
3.3. Funciones que cumplen las promotoras de salud en la comunidad.....	102
3.4 ¿Cómo se autodefinen las promotoras de salud?.....	109
3.5 Autopercepción de la promotora como personal de salud.....	112
3.6 Percepción de las promotoras respecto a otro personal de salud.....	116
3.7 Percepción de la promotora de salud hacia las organizaciones.....	117

<b>Capítulo 4. El proceso de formación de las promotoras de salud.....</b>	<b>120</b>
4.1 Antecedentes: una etapa de formación inicial.....	123
4.2 La formación formal.....	127
4.2.1 Certificación.....	131
4.2.2 Capacitación inicial.....	133
4.3 La consolidación de la promotora de salud en la comunidad.....	138
4.4 La actualización de los y las promotoras en las organizaciones.....	141
<b>Conclusiones.....</b>	<b>155</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>171</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>177</b>
<b>Apéndice 1: Guía de entrevista semiestructurada.....</b>	<b>183</b>
<b>Apéndice 2: Formato de consentimiento informado.....</b>	<b>186</b>

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Distribución porcentual de causas de muerte por grandes grupos de enfermedad.....	21
Cuadro 2. Principales causas de mortalidad general nacional por sexo, 2008.....	22
Cuadro 3. Definiciones de promoción de la salud por Rootman2007.....	27
Cuadro 4. Principales actividades comunitarias realizadas por las promotoras de salud...	52
Cuadro 5. Principales problemas de salud en los que intervienen las promotoras.....	52
Cuadro 6. Competencias técnicas y gerenciales requeridas para ser promotor de salud...	53
Cuadro 7. Características de la entrevista de investigación cualitativa.....	72

## Índice de tablas

Tabla 1. Síntesis del desarrollo de la promoción de la salud.....	20
Tabla 2. Términos para nombrar a la promotora de salud.....	45
Tabla 3. Promotoras contratadas por la Secretaria de Salud en Sonora.....	54
Tabla 4. Características de la especialidad en promoción de la salud del INSP.....	57
Tabla 5. Características del diplomado para promotoras comunitarias de la Universidad Iberoamericana.....	59
Tabla 6. Criterios de selección de informantes clave en la investigación.....	66
Tabla 7. Preguntas en la guía de entrevista de acuerdo a la clasificación de Patton.....	76
Tabla 8. Preguntas de tipo descriptivo en el guion de entrevista.....	78
Tabla 9. Características de los y las promotoras informantes en las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de Hermosillo.....	84
Tabla 10. Características de los y las promotoras informantes en las Organizaciones Gubernamentales (OGs) de Hermosillo.....	85
Tabla 11. Características promedio de los y las promotoras informantes.....	86
Tabla 12. Características de las promotoras de salud en ONGs en Tijuana, B.C.....	88
Tabla 13. Categorías sobre las propias definiciones de los y las promotoras de salud....	100
Tabla 14. Antecedentes laborales de promotores en ONGs.....	123
Tabla 15. Antecedentes laborales de promotores en OGs.....	125
Tabla 16. Formación de los y las promotoras de salud en las ONGs.....	127
Tabla 17. Formación de los y las promotoras de salud en las OGs.....	128
Tabla 18. Certificación de los y las promotoras de salud en las ONGs.....	131
Tabla 19. Certificación de los y las promotoras de salud en las OGs.....	131
Tabla 20. Capacitación inicial de los y las promotoras de salud de las ONGs.....	134
Tabla 21. Capacitación inicial de los y las promotoras de salud de las OGs.....	136
Tabla 22. Actualización recibida por los y las promotoras en las ONGs.....	142

Tabla 23. Capacitación recibida por las promotoras en las ONGs de Tijuana.....	144
Tabla 24. Actualización recibida por los y las promotoras en las OGs.....	147
Tabla 25. Contenido de la capacitación en ONGs.....	151
Tabla 26. Contenido de la capacitación en OGs.....	153
Tabla 27. La formación recibida por las promotoras en las organizaciones.....	167

## **Índice de Gráficas**

Gráfica 1. Organigrama tradicional de una OG.....	36
Gráfica 2. Organigrama tradicional de una ONG.....	37
Gráfica 3. Organigrama piramidal de una ONG.....	39
Gráfica 4. Estrategias de intervención en la comunidad de las promotoras.....	157

## Resumen

En 1986 durante la Conferencia de Ottawa se define la promoción de la salud como “el acto de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” esta noción implica que no solamente el sector sanitario tiene una responsabilidad en la salud pública, sino que resulta fundamental la acción del gobierno, las instituciones educativas, el sector empresarial, los medios de comunicación, así como también realizar cambios a nivel personal en los estilos de vida.

En México, las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y los padecimientos cardiovasculares ocupan los primeros lugares de mortalidad. Los factores de riesgo para padecerlas se asocian a pautas de comportamiento que se podrían prevenir con cambios en el entorno social. Las promotoras de salud ejercen un papel esencial para realizar con eficacia las estrategias y acciones de promoción de la salud, pues llevan a cabo funciones para difundir información sobre salud, disminuir las inequidades en la atención, influir en los determinantes sociales y promover la participación en salud de la población.

Sin embargo, poco se conoce acerca de la formación y la capacitación que reciben las promotoras para llevar a cabo sus intervenciones. Los estudios en la región que se han hecho al respecto son escasos, al igual que el seguimiento que se brinda a los procesos de su capacitación.

El objetivo de este estudio fue describir la formación de los y las promotoras de salud, así como analizar las estrategias y contenidos de capacitación que reciben las promotoras de salud en las Organizaciones Gubernamentales (OGs) y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de Hermosillo, Sonora. Se llevó a cabo con un enfoque

metodológico cualitativo con el cual fue posible recuperar la voz de los actores y conocer la manera en que las promotoras se perciben como personal de salud así como las habilidades que consideran primordiales para llevar a cabo sus funciones.

Se encontró que las promotoras se consideran parte de un equipo de trabajo junto con el médico y la enfermera, pero refieren que su trabajo se distingue por el mayor contacto que tienen con la población, lo que permite que sus funciones sean dinámicas y adaptadas a las necesidades de la comunidad. Las habilidades que los y las promotoras de salud declararon necesarias para llevar a cabo su trabajo son: liderazgo, creatividad, iniciativa, empatía, imparcialidad, sensibilidad, actitud de servicio, además de ser capaces de crear y mantener una relación de comunicación y compromiso con la comunidad, razón por la cual su capacitación resulta indispensable, debido a la influencia que ejercen sobre las personas.

Las experiencias de formación de los y las promotoras de salud se presentan inicialmente de manera informal en el ámbito educativo o gubernamental. El grado de estudios de la mayoría de los y las promotoras va de carrera técnica a maestría. Solamente tres de las diez promotoras seleccionadas están certificadas. El contenido de los cursos no se establece de acuerdo a un plan de estudios por lo que el desconocimiento de los principios y metodologías de la promoción de la salud, genera que en la práctica algunas promotoras no la lleven a cabo de manera fehaciente. Las conclusiones apuntan a la necesidad de establecer un programa de capacitación que considere la formación y experiencia previa, así como las necesidades de aprendizaje expresadas por las promotoras para que logren consolidarse en la comunidad con base en una mayor profesionalización de su trabajo.

## **Abreviaturas**

**APS:** Atención Primaria de la Salud

**CCIPS:** Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud.

**CONAVA:** Consejo Nacional de Vacunación

**ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

**OG:** Organización Gubernamental

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONG:** Organización No Gubernamental

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**SSA:** Secretaria de Salud

**UIPES:** Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la  
Salud.

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la  
Ciencia y la Cultura

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

*“Todo impulso es ciego cuando no hay conocimiento. Todo saber es inútil cuando no hay trabajo y todo trabajo es vacío cuando no hay amor”.*

KHALIL GIBRÁN

## **Introducción**

Definir el concepto de salud no es una tarea sencilla debido a múltiples elementos que lo constituyen. Históricamente, se han encontrado diversas formas de concebir la salud de acuerdo a las características de cada contexto social. “En el pasado, cuando las enfermedades infecciosas eran la causa más importante de epidemias y muerte de la población, la salud se definía como la ausencia de enfermedad” (Epp, 1986, 25). En 1956 la Organización Mundial de la Salud la definió como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad". Esta definición además de considerar los factores físico y mental, tradicionalmente estimados, incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas y que es determinante de la calidad de vida que pasa a depender no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social (UACC, 2011).

Este cambio en el concepto de salud resultó trascendental para la constitución de un nuevo paradigma de acercamiento al bienestar humano, superando la visión biomédica de la salud e integrando aspectos relacionados a cuestiones sociales, políticas, económicas y culturales. Actualmente estos factores se vinculan al origen de los principales problemas de salud en el mundo. Problemas, en múltiples ocasiones, prevenibles. El propósito del presente estudio es permitir un acercamiento a las condiciones en las que laboran uno de los diversos actores importantes en el proceso de prevención de enfermedades: los y las promotoras de la salud, ya que juegan un papel primordial en el panorama de la salud mundial en la actualidad.

El objetivo general de este estudio es describir el proceso de formación de los y las promotoras de salud en Hermosillo, Sonora y analizar la capacitación que han recibido en las organizaciones e instituciones que laboran. Los objetivos específicos fueron elaborados en aras de:

- Describir la formación y capacitación de las promotoras en Hermosillo.
- Analizar si existen diferencias entre las estrategias y contenidos de capacitación de promotoras de OG y de las ONG.
- Contribuir al establecimiento de criterios para integrar un programa de formación y capacitación adecuado a las necesidades que tienen las promotoras y que exigen las problemáticas de salud actual.

A pesar de que los y las promotoras de salud, son mediadoras entre los servicios de salud y la población a nivel comunitario o individual, asegurándose de que reciben los servicios de salud necesarios (Departamento de Salud Pública de Massachusetts, 2009) poco se conoce acerca de las condiciones en las que realizan sus intervenciones o de cómo llegaron a estos puestos de trabajo. Se sabe que la promoción es llevada a cabo en su mayor parte por mujeres, quienes a nivel estructural y cultural, históricamente han desempeñado funciones fundamentales para el cuidado de la salud en el hogar y las comunidades. En los años setentas con el surgimiento del movimiento feminista se iniciaron estudios que dirigían su atención hacia el lugar que la mujer ocupaba en las relaciones económicas y sociales frente al hombre, a su vez que se impulsó el estudio de las relaciones interpersonales dentro de la familia con este mismo enfoque laboral, encontrando que frecuentemente el papel ocupacional de la mujer en el cuidado de la salud no era lo

suficientemente reconocido como “productivo” por ser un trabajo no asalariado y dentro del ámbito doméstico. (Lara y Velázquez, 1993). En Estados Unidos durante la década de los noventas se estableció el título de “Trabajadoras de Salud Comunitaria” y se coordinaron esfuerzos para profesionalizar su trabajo estableciendo redes de capacitación a través de la Comisión de Salud Pública de Boston. (Departamento de Salud Pública de Massachusetts 2009).

Actualmente la mayor parte de los estudios sobre el tema de promoción de la salud en la comunidad se enfocan en la evaluación de la efectividad de estas intervenciones pioneras en Estados Unidos (Ingram, 2008), pero se desconocen resultados de evaluación del costo y beneficio de los programas de salud que integran a las promotoras. De acuerdo al Consejo Nacional de Vacunación, se sabe que gracias al trabajo pionero de enfermeras y trabajadores sociales, se han logrado avances en la desaparición de enfermedades contagiosas a través del éxito de los programas de vacunación en el país (CONAVA, 2008), equiparables al impacto del agua potable para la salud de la población (Escobar *et al*, 1992), pero poco se conoce acerca de las estrategias incorporadas para el alcance de dicho logro, así como de las estrategias actuales para la prevención de enfermedades crónicas.

Por otro lado, no existe sistematización suficiente acerca del proceso de formación y capacitación de las promotoras de salud para conocer de dónde surgen y cómo se han ido formando las promotoras de salud en México, así como la descripción de los diversos roles y las funciones en torno al trabajo de prevención y promoción de salud que llevan a cabo. Este vacío en el conocimiento se hace evidente al constatar la poca bibliografía que existe sobre el tema de las promotoras de salud en general y específicamente sobre experiencias de capacitación. Los estudios que se han hecho en la región respecto a la formación de las

promotoras son escasos, al igual que el seguimiento que se da a los procesos de capacitación de las mismas. El poco conocimiento e información disponible a nivel local, regional y nacional que se tiene al respecto, dificulta llevar a cabo la evaluación y retroalimentación a los procedimientos de formación y capacitación que actualmente se llevan a cabo en las instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que integran en sus programas al modelo de promotoras de salud.

Analizando el trabajo de promoción desde el género, recientemente se sabe que se han incorporado hombres jóvenes en el ámbito de la salud con esta tarea, fundamentalmente porque se ha reconocido la necesidad de involucrar al género masculino en el cuidado de la salud tanto por cuestiones de equidad en salud y de género, así como por ser un elemento que interviene directamente en la salud de las mujeres jóvenes, sobre todo en lo relacionado a salud sexual y reproductiva, la prevención de VIH SIDA, la violencia y el abuso de sustancias (OPS, 2010 ), pero se desconoce el desarrollo profesional que han tenido hasta el momento y cómo se relaciona esto con el impacto en la modificación de hábitos entre la población.

La intervención comunitaria y el éxito en la prevención de enfermedades que ésta tenga se supone estará influenciada por los recursos materiales, educativos, organizacionales y políticos con los que cuente el promotor o promotora de salud, sin embargo, es mediante las propias experiencias de las promotoras y de acuerdo a sus percepciones y motivaciones en torno a la participación comunitaria que se potencializan los alcances de su intervención, logrando afectar positivamente la construcción de autoestima, mejorar las relaciones familiares y promover el cambio en los entornos comunitarios (Alfaro *et al*, 2010).

Bajo estas consideraciones resulta conveniente y oportuno realizar la presente investigación con la finalidad de responder a la pregunta: ¿cómo es el proceso de formación tanto formal como informal que reciben los y las promotoras de salud en Hermosillo?

El presente es un estudio de alcance descriptivo con un enfoque metodológico cualitativo. Se basa en los supuestos de que los y las promotoras de salud han llevado a cabo un proceso de formación formal e informal, que influye en la realización de sus labores, adicional a la capacitación que reciben en sus lugares de trabajo. Este proceso de formación informal se desarrolla de manera paralela a sus relaciones familiares y sociales e incluye experiencias ligadas al cuidado de la salud y a la participación comunitaria en salud.

Para cumplir con los objetivos propuestos se realizó investigación documental e investigación de campo. Se consultaron diversas fuentes de información, tales como artículos de investigación, artículos publicados en internet, libros de memorias e historias de vida de las promotoras publicadas por las ONGs. El trabajo de campo se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas con promotoras de salud que fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios establecidos en el diseño durante los meses de julio y agosto del 2011 en Hermosillo, Sonora, así como un primer pilotaje durante el mes de abril. De igual manera se entrevistó a personas que dirigen las organizaciones o que brindan algún tipo de formación o capacitación a las promotoras tanto en Hermosillo, Sonora, como en Tijuana, B. C. ya que en esta ciudad se imparte el diplomado para promotoras que existe en la región. La observación participante se llevó a cabo en el contexto cotidiano de las promotoras en la comunidad mientras realizaban sus labores.

En la elaboración del presente reporte de investigación, se plantean cinco capítulos, una relación de bibliografía y apéndices. El Capítulo 1 presenta los antecedentes históricos de la promoción de la salud desde sus orígenes, ubicados dentro de la salud pública hasta los principales conceptos utilizados en la actualidad para la promoción de la salud, además de revisar algunas de las diversas posturas para ella desde el contexto sociopolítico. Se define el concepto de promotora de salud y se presenta una breve reseña sobre el desarrollo de su profesión. Se describe la situación actual de oferta en capacitación y certificación en la zona noreste del país y los desafíos o dilemas a los que se enfrentan las promotoras y las organizaciones que brindan capacitación para lograr su profesionalización.

El capítulo 2 plantea elementos teóricos sobre metodología cualitativa que guían y justifican el estudio sobre promotoras de salud. Se define el diseño del estudio y se describen las principales técnicas de investigación que fueron utilizadas, así como su aplicación durante el desarrollo del presente trabajo. En el capítulo 3 se describen las principales características y funciones que realizan las promotoras de salud en Hermosillo, la forma en que se autodefinen como personal de salud, así como la manera en que se perciben a ellas mismas y a otro personal de salud en relación con las instituciones y con el grado de involucramiento percibido en la comunidad.

En el capítulo 4 se realiza una descripción del proceso de formación que realizaron los y las promotoras de salud en Hermosillo y se analiza la función de las OGs y ONGs en la formación y capacitación de las promotoras. Se define el desarrollo de la motivación inicial como una etapa de formación informal que reciben las promotoras en sus relaciones familiares y sociales, se presenta una descripción del contexto de su participación en la

comunidad y se analiza el contenido y las estrategias de la capacitación actual recibida por las promotoras en las instituciones.

Al final, se presentan las conclusiones retomando el análisis e interpretación de cada tema estudiado, algunas propuestas para integrar a los programas de formación y capacitación analizados y las recomendaciones o consideraciones finales para futuras investigaciones en el área de la formación y capacitación a promotoras de salud.

## **Capítulo 1.**

### **El marco conceptual y contextual de la Promoción de la Salud**

La salud pública ha tenido desde sus orígenes en el siglo XIX una importante tradición educativa que se hizo más compleja durante el periodo higienista alrededor de 1920. Debido al notable incremento de las enfermedades crónicas en el mundo, tales como las cardiopatías, la diabetes y el cáncer, así como a la incapacidad de la medicina clínica por curarlas y la orientación educativa de la salud pública, se desarrolla una higiene de las enfermedades crónicas que se basa en detectar y trabajar sobre los factores de riesgo (Álvarez-Dardet, 2006).

El 22 de julio de 1946 durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esto vino a representar un cambio de paradigma en la salud aunque tal definición fue sustentada teóricamente en los textos de Blum y Antonovsky, los cuales fueron publicados a inicio de los setenta y representaron el primer intento formal de operacionalizar y dar contenido a este nuevo acercamiento a la salud. Por un lado Blum introduce los conceptos base de la promoción de la salud como acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario; por su parte Antonovsky intenta explicar el sufrimiento humano partiendo de aspectos positivos, considerando que el objeto de estudio de la salud pública son las personas sanas para conocer cómo es que mantienen un buen estado de salud. En 1979 se presenta este trabajo como el modelo salutogénico en la salud pública (Robledo y Agudelo, 2011). Esta etapa constituyó entonces la transición entre la educación sanitaria y la educación para la salud.

En 1976 Lalonde (1983) desarrolló el concepto "campo de la salud" cuya perspectiva es usada actualmente como modelo explicativo de los determinantes de la salud. Se destacó que la salud de las personas depende de muchos factores, reconociendo entre ellos el estilo de vida, el entorno físico y social del ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud.

A nivel de políticas públicas, los países miembros de la OMS celebraron a finales de década, en 1978, la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) en Alma Ata en una reunión conjunta con la UNICEF donde se definió de manera trascendental la importancia de la atención primaria como una estrategia global para alcanzar un mejor nivel de salud en los pueblos bajo la consigna de "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia tuvo como objetivo promover el modelo de atención primaria de salud, garantizando a toda la población el acceso universal a los servicios de salud mínimos mediante una distribución equánime de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores. De igual manera se buscaba brindar apoyo a los sistemas nacionales de salud y promover la equidad de la población en el acceso a los servicios de atención a la salud.

La APS retoma la importancia del medio ambiente físico, social y cultural anteriormente desarrollado así como la necesidad de un modelo de intervención más amplio que la educación sanitaria, la acción curativa de los sistemas de salud y la reivindicación política para disminuir la asimetría en el sector sanitario, considerando la salud como un derecho humano fundamental surgiendo de esta manera la noción de empoderamiento, elemento fundamental de la promoción de la salud.

En 1986 durante la Conferencia de Ottawa surge la noción actual del concepto amplio de promoción de la salud definido como "el acto de proporcionar a los pueblos los

medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Prioriza como condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Se acentuaron los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas y se estableció que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Organización Panamericana de la Salud, 1996)

Este concepto surgió en la historia de la salud pública como un nuevo estilo de trabajo que se ve influenciado por las corrientes de pensamiento sanitario, las tendencias políticas y organizativas y propone la unión operativa entre información y acción, incorporando la vigilancia epidemiológica tradicional, a la vigilancia de la salud pública en función de la defensa de la salud, donde el profesional de salud ha de pasar de su actual estatus de subordinación administrativa en el Estado, a tener voz pública para defender la salud de la población.

A través de los encuentros internacionales organizados en distintas fechas por los países miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, se han complementado los principios, valores y las estrategias de acción de la promoción de la salud planteados por la Carta de Ottawa. En la tabla 1, se sintetizan algunos de los eventos significativos que han tenido lugar en materia de políticas públicas a favor de salud y sus procesos de atención y promoción:

Tabla 1.  
Síntesis del desarrollo de la promoción de la salud.

<b>Fecha:</b>	<b>Eventos:</b>
<b>1978</b>	Declaración de Alma Ata sobre APS: salud para todos.
<b>1988</b>	Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
<b>1988</b>	Adelaida sobre políticas públicas favorables a la salud.
<b>1991</b>	Sundvall sobre Entornos propicios para la salud.
<b>1997</b>	Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI.
<b>2000</b>	Declaración de México: de las ideas a la acción.
<b>2005</b>	Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

Fuente: elaboración propia.

Los y las promotoras de la salud, realizan una labor esencial en el panorama de la salud mundial en la actualidad, pues constituyen la posibilidad de reducir los costos de atención pública de las enfermedades, así como de incidir sobre los determinantes de la salud, especialmente en países en vías de desarrollo o donde se padece la transición epidemiológica, tal como sucede en México. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2012), las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunción en todo el mundo. Los factores de riesgo para padecerlas son el consumo de alcohol, de tabaco, una nutrición inadecuada así como sobrepeso y obesidad, estados generados por circunstancias que sobrepasan el campo de lo biomédico. En los países de altos y medianos ingresos las causas de muerte son enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer y diabetes; todas enfermedades crónicas relacionadas a factores de riesgo que se podrían prevenir con cambios en el entorno social. Los accidentes de tráfico se cuentan también entre las principales causas de defunción. En los países de bajos ingresos se producen muertes debido a enfermedades diarreicas, el VIH/SIDA, la tuberculosis y las complicaciones del embarazo y el parto (OMS, 2012), en parte resultado de las condiciones de pobreza y la falta de acceso a la atención médica y a

los servicios de salud. Estos datos reflejan desde una perspectiva amplia, las desigualdades e inequidades que se viven actualmente en un contexto mundial de crisis y de profundos cambios sociales, económicos y políticos que impactan en las condiciones de salud de la población y obligan a generar acuerdos de cooperación entre los países y las organizaciones para desarrollar e incorporar estrategias de acción que puedan controlar el desarrollo de estos padecimientos no solo desde un nivel curativo sino preventivo.

En México, como país en desarrollo, convergen tanto las enfermedades crónicas como las infecciosas, experimentando una transición demográfica y epidemiológica que reta al sistema de salud pública pues a su vez implica “múltiples transiciones en las esferas económicas, sociales, políticas, urbanas, epidemiológicas y demográficas” (Partida, 2005, 9). Por un lado el contexto facilita la aparición y propagación de enfermedades infecciosas y transmitidas por vector, así como de trastornos mentales como la depresión y el abuso de sustancias ilícitas a edades cada vez más tempranas (ENA, 2005), mientras que por otro, las enfermedades crónicas ocupan las primeras causas de mortalidad. En el cuadro 1, puede observarse cómo en las últimas décadas, las enfermedades no transmisibles han aumentado considerablemente en México:

Cuadro 1.  
Distribución porcentual de causas de muerte por grandes grupos de enfermedad, Nacional

	1980	1990	2000	2009
Total general	(434,465)	(422,803)	(437,667)	(564,673)
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	32.1	26.0	15.4	11.6
II. Enfermedades no transmisibles	45.4	57.8	70.7	74.4
III. Causas externas	15.8	13.9	11.9	11.9
IV. Causas mal definidas	6.7	2.3	2.0	2.1

Fuente: Reyes, 2012. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles. COLSON.

La diabetes mellitus y los padecimientos cardiovasculares ocupan los dos primeros lugares de mortalidad y 90% de los casos de diabetes se atribuyen a la obesidad. En el 2010 se registraron más de 72 mil muertes por diabetes, como se puede observar en el cuadro 2,

ubicándose como la principal causa de muerte. La diabetes también ocupa el primer lugar como causa de incapacidad prematura provocando ceguera por retinopatía diabética, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores (Secretaría de Salud, 2011), mientras que padecimientos como las enfermedades pulmonares y los accidentes se encuentran asociadas a patrones de comportamiento como el uso y abuso de sustancias, así como a hábitos de consumo y alimentación, es decir, enfermedades prevenibles:

Cuadro 2.  
Principales causas de mortalidad general nacional por sexo, 2008

<b>Hombres</b>				<b>Mujeres</b>		
Núm.	Causa	Tasa 1/	%	Causa	Tasa 1/	%
	Total	571.7	(299,968)	Total	439.3	(238,150)
1	Diabetes mellitus	63.4	11.1	Diabetes mellitus	73.6	16.8
2	Enfermedades isquémicas del corazón	59.7	10.4	Enfermedades isquémicas del corazón	47.9	10.9
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	39.9	7.0	Enfermedad cerebrovascular	29.2	6.7
4	Enfermedad cerebrovascular	26.5	4.6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.6	3.8
5	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	22.5	3.9	Enfermedades hipertensivas	16.4	3.7

Fuente: Reyes, 2012. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles. COLSON.

El estado de Sonora, presenta una prevalencia de diabetes por debajo de la media nacional, sin embargo ocupa el primer puesto de prevalencia en hipertensión (Reyes, 2012) y el primer lugar nacional de obesidad con una prevalencia de 38.4%, siendo las mujeres sonorenses quienes tienen la mayor prevalencia en el país (46.9%) por encima de la media nacional (ENSANUT, 2006).

Actualmente en México la obesidad y el sobrepeso tienen un costo cada año de 3 mil 500 millones de dólares por las enfermedades derivadas, lo que pone en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud por su tendencia a incrementarse (Gobierno Federal, 2010). Del año 2000 a 2008 el costo nacional de la atención de enfermedades relacionadas

con sobrepeso y obesidad se incrementó en más de 60%, al pasar de 26 mil millones de pesos a más de 40 mil millones de pesos para atenderlas (México Sano, 3). Ante este panorama epidemiológico, es fundamental reforzar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, ya que estos padecimientos no solo representan un serio problema de salud para México sino también un alto costo económico, político y social que de seguir en aumento resultará cada vez más complejo erradicar considerando la proyección del perfil demográfico y epidemiológico para los próximos años y la carga económica que esto representa para los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2011).

Estimaciones económicas en otros países, como Noruega advierten que durante el año 2005 el costo sanitario, directo e indirecto de la diabetes mellitus ascendió durante ese año a unos 525 millones de euros (Salli *et al*, 2010). Pese al incremento de los costos en gastos curativos, existen pocas investigaciones para determinar la conveniencia de la promoción de la salud y la integración de políticas públicas para controlar o prevenir enfermedades crónicas comunes. Por ejemplo, se estima que la restricción del tabaco junto con la restricción de sal a nivel poblacional costaría alrededor de \$0.5 dólares por año y a cambio se dejarían de tener 13,8 millones de muertes prematuras en los países de ingresos bajos y medios, como México (Piot y Shah, 2010). Salomon *et al* (2012), en una revisión de 101 estrategias de intervención, encuentra que a pesar de la gran diversidad de costos en las medidas de intervención de enfermedades crónicas en México, es posible encontrar estrategias destinadas a la población con una excelente relación costo beneficio pues pueden llegar a costar menos de 250 dólares por cada año de vida agregado a la población, tales como la implementación de políticas públicas y la organización para el aumento de impuestos, que han podido impactar en la disminución del consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco, la disminución de las cataratas y los riesgos cardiovasculares.

Por otro lado, no existe actualmente un consenso acerca del marco conceptual o de las estrategias de promoción de la salud con la cual pueda atenderse a la población en riesgo y, al mismo tiempo, se logre la mayor calidad de vida posible para las personas que ya se encuentran enfermas mediante un control médico adecuado. Se reconoce, sin embargo, la importancia de la educación sobre hábitos saludables tales como la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la orientación que ayude a llevar una dieta saludable y la promoción de la actividad física como factores de protección si se considera que la mayoría de los padecimientos se pueden reducir o evitar al modificar hábitos de vida. Al respecto, los expertos observan que “la necesidad de tratamientos a largo plazo con terapias de control y seguimiento... resultan insostenibles de no asumirse una perspectiva de prevención” (Reyes, 2012), así que “...es necesario pugnar por una cultura del cuidado de la salud y de la prevención, la cual fomente el cuidado de nosotros mismos y del colectivo” (González, 2010).

Es indispensable promover la participación de los diversos sectores públicos y privados para generar entornos saludables, reforzar la participación de la población en la toma de decisiones en lo que a salud se refiere, desarrollar políticas públicas que apoyen estos objetivos y redirigir los servicios de salud hacia una orientación menos curativa y más enfocada a disipar los riesgos actuales para la salud. Parte de los esfuerzos gubernamentales dirigidos a disminuir la incidencia de enfermedades crónicas y promover la participación de todos los sectores relacionados con la salud, ha sido el asignar en el 2010 el presupuesto más elevado en la historia de México para impulsar diversos programas de prevención y promoción de la salud con una inversión de 20 mil millones de pesos con lo cual se han desarrollado programas que tienen como eje el trabajo realizado por promotoras de salud. Sin embargo, este impulso reciente a la promoción ha sido criticado por expertos y por

promotores de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), quienes consideran que existen deficiencias en la forma de abordar a la población, desconociendo hasta el momento las diferencias prácticas que puede implicar tanto uno como otro tipo de intervención en las comunidades.

### **1.1 La promoción de la salud en la actualidad**

Actualmente la promoción de la salud es definida tomando como base medular la propuesta realizada en la Carta de Ottawa. Ottawa. Para Nutbeam (1986) la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades logran estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. El autor señala que constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. Abarca a toda la población en el contexto de su vida cotidiana por lo cual es fundamental que exista la participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

Por esta razón, la salud implica una cooperación entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el entorno global promueva la salud. La define como una estrategia política al estar dirigida hacia la elaboración de planes de acción concretos y como un enfoque que promueve la salud, orientado hacia los estilos de vida, pero no sólo se ocupa de promover las habilidades personales y la capacidad de influir sobre los determinantes de su salud sino que también interviene sobre el entorno

para reforzar los factores que sostienen estilos de vida saludables y modificar aquellos que los impiden.

La Secretaría de Salud (2001) señala la promoción de la salud como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud poblacional. Es, oficialmente, una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud, además de brindar oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar (SSA, 2001).

Pero los enfoques con los que puede abordarse públicamente la promoción de la salud no necesariamente corresponden a la visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o a la perspectiva oficial del estado en México. La claridad en la definición de promoción de la salud permite el desarrollo eficaz de sus actividades, dirigir los procesos, establecer sus objetivos y la evaluación de sus resultados. Rootman *et al* (2007) sugiere que las diferencias entre los conceptos de promoción de la salud difieren en perspectiva y énfasis, más que en un conflicto substancial de fondo. Lo que distingue a la promoción de la salud de otros enfoques es la naturaleza de los resultados esperados (metas y objetivos) y las estrategias involucradas (procesos y actividades). A continuación se muestra un cuadro realizado por Rootman *et al* (2007) donde se analizan algunas definiciones de promoción de la salud.

Cuadro 3.  
Definiciones de promoción de la salud analizadas por Rootman *et al* (2007)

Fuente y Fecha:	Actividades (programas, políticas, etc.)	Procesos (mecanismos esenciales)	Objetivos (resultados instrumentales)	Metas (resultados finales)
<b>Winslow 1920</b>	“Esfuerzo de la comunidad organizada para la educación del individuo en la salud personal, y el desarrollo de la maquinaria social”		“... para garantizarle a todo mundo un nivel de vida”	“...el mantenimiento o mejoramiento de la salud”
<b>Sigerist 1946</b>			“...proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, medios de descanso y recreación”	“ Se promueve la salud”
<b>Lalonde 1974</b>	“..Informar, influir y asistir tanto a los individuos como a las organizaciones”	“...Por tanto ellos aceptarán más responsabilidad y serán más activas en asuntos que afectan la salud mental y física”		
<b>Green 1980</b>	“Cualquier combinación de educación de la salud e intervenciones relacionadas de organización, políticas y económicas”		“... diseñadas para facilitar los cambios en la conducta y el entorno”.	“... que mejorarán la salud”
<b>Nutbeam 1985</b>		“El proceso para permitir a la gente que aumente el control”	“...sobre los determinantes de la salud”	“...y de ese modo, que mejore su salud”
<b>OMS 1984, 1986</b>		“El proceso para permitir a la gente que aumente el control sobre (su salud)”		“...y, de ese modo, mejorar su salud”
<b>Green y Kreuter 1991</b>	“La combinación de apoyos educativos y del entorno para las acciones y condiciones de vida”			“... que conduce a la salud”

Fuente: Rootman *et al* 2007.

En el análisis presentado puede observarse que la mayoría de las definiciones expresan como meta terminal el mejorar la salud o mantenerla. Se observa mayor diversidad en la identificación de objetivos, procesos y actividades, es decir, existe un consenso en la meta final de lograr la promoción de la salud, pero no un acuerdo acerca de

cómo es que va a mejorarla a través de la promoción. Rootman *et al* (2007) afirma que esta diversidad es más aparente que real, pues en las definiciones, aunque varían las actividades en cuanto a esfuerzos, o medidas y tipos de intervención como programas, servicios o políticas, en realidad todas coinciden en que implica algún tipo de acción. De igual manera los objetivos se dirigen hacia el ambiente o hacia el individuo, aunque la mayoría de las definiciones expresan la necesidad de centrarse en ambos. Los procesos o mecanismos esenciales son menos explícitos o inexistentes en las definiciones, a excepción de Lalonde, Nutbeam y la OMS.

En general, es posible de cualquier forma establecer consensos. Los principios fundamentales de la promoción de la salud han sido desarrollados bajo una propuesta de acciones diversas, enfocadas al individuo y/o al entorno y que a través de incrementar el control sobre éstos, lleva a una mejora en la salud. Promover la salud supone entonces realizar acciones para modificar las los determinantes de la salud, tal como las condiciones sociales, ambientales y económicas.

La promoción de la salud es multidisciplinaria e incluye diversas actividades de participación social, auto-atención, capacitación, empoderamiento, educación, políticas públicas, estilos de vida y organización comunitaria, aunque debe reconocerse que el principio fundamental de la promoción de la salud es el empoderamiento (OMS, 2000), ya que se trata de garantizar que los individuos y las comunidades sean capaces de asumir el poder al que tienen derecho. Por lo tanto, el criterio principal de inclusión para considerar una iniciativa de promoción de la salud es la manera en que involucra el proceso de habilitar o empoderar a los individuos o a las comunidades. Un aspecto a considerar es que los intentos por fomentar la participación pública son críticos para el proceso del empoderamiento.

En la práctica, la promoción de la salud se lleva a cabo a través de proyectos dirigidos al entorno y a las políticas públicas saludables como ciudades saludables, escuelas saludables, empresas saludables. Estos entornos tienen el objetivo de cambiar y promover la salud no solo en las personas, sino en las estructuras y patrones sociales que conforman el sistema social (Álvarez-Dardet, 2006).

Sin embargo, a medida que la promoción de la salud ha ido alcanzando visibilidad, se ha convertido en objeto de críticas tanto a los valores que la sustentan, como a sus métodos y sus resultados (*Ídem*, 2006). Las críticas incluyen imprecisiones conceptuales sobre las promotoras, la comunidad hacia la cual va dirigida su labor, el “empoderamiento”, la distinción de la educación para la salud, diversas posturas ante la participación comunitaria y las estrategias utilizadas por la promoción de la salud, reflejándose desarticuladas en la práctica, la formación y la profesionalización de este papel en la sociedad.

## **1.2 La promoción de la salud en el contexto social y político**

Los elementos determinantes de la salud en una población no dependen únicamente de las decisiones y acciones llevadas a cabo por los ministerios de salud y los profesionales de la salud, sino que se encuentran sujetos a factores de un terreno social y político que rebasa el contexto de la sanidad en un sentido estricto. De esta manera la promoción de la salud es un proceso intrínsecamente político que se relaciona directamente con el empoderamiento del individuo y de la comunidad, por lo cual suele necesitar acciones que requieren procesos políticos, como la asignación de recursos, legislaciones y regulación (OMS, 2000).

Lograr una mayor inversión para la salud en otros sectores, tanto de parte de los gobiernos como del sector privado, sigue siendo una meta importante en la cual el sector salud tiene una función importante de promoción de la causa. En la medida que surgen nuevos modelos de gobernabilidad es esencial que los ministerios de salud retengan esta función importante de liderazgo en materia salud. Existe cierta tensión entre la alternativa de que el Estado tenga una función directa en la promoción de la salud y la necesidad de transferir los poderes y las responsabilidades a las comunidades para que éstas decidan sobre su propia salud (*Ídem*, 2000).

El constante efecto de la globalización reduce los poderes de los gobiernos nacionales y locales, pero de alguna forma también les asigna mayor responsabilidad para vigilar y manejar el impacto sanitario, social y ambiental del comercio y los negocios transnacionales. Las empresas privadas tienen una importante influencia en la salud. Esta influencia puede ser directa en cuanto al empleo y las recompensas económicas que ofrecen, al igual que su impacto en las condiciones de trabajo y la seguridad laboral. Otras consecuencias son menos directas, por ejemplo, la contaminación ambiental, es por ello que la investigación y la actualización en salud es importante, ya que existen numerosos factores sociales y culturales, como la misma globalización, que aún no han sido del todo estudiados o intervenidos (*Ídem*, 2000). Otro ejemplo de factores sociales que inciden directamente sobre la salud de una población es el impacto de lo que se vende en el mercado informal, por ejemplo el tabaco, el alcohol, los alimentos con bajo contenido de nutrientes, etc. Otro aspecto relacionado a la salud es el empoderamiento de la mujer, sobretodo de las que viven en circunstancias de desventaja social. Asegurar que la mujer tenga voz en los procesos decisorios y apoyar su participación podría tener un impacto

considerable en la promoción eficaz de la salud. (OMS, 2000). Aumentar la participación y empoderamiento de la mujer aumenta su estatus social, “favorece su salud sexual y la protege de la violencia doméstica, es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer” (Chan M., 2010).

Una política pública a favor de la salud se queda en retórica si no cuenta con los medios necesarios para lograr sus objetivos. Es imprescindible que las intervenciones en salud se apoyen con políticas de promoción de la salud efectivas a escala local y nacional para demostrar su contribución en todo el espectro de la agenda política: desde la acción, que incide sobre los estilos de vida individuales, hasta los determinantes sociales y económicos de la salud (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud, UIPES & CCIPS, 2007).

Rootman (2007) señala que toda intervención dentro de la promoción de la salud debe involucrar el proceso de habilitar o empoderar a los individuos o las comunidades, de modo que para lograrlo, se requieren de diversas acciones, en distintos niveles y a partir de diversos actores.

### **1.2.1 La participación comunitaria en la promoción de la salud**

Está demostrado que el proceso por el cual las personas y las comunidades adquieren autonomía y control sobre sus vidas y recursos es una herramienta eficaz para mejorar la salud, los programas obtienen mejores resultados cuando se vinculan a la vida cotidiana de

las comunidades, se basan en las tradiciones locales y son manejados por los miembros de la comunidad. La participación comunitaria es una parte sustancial de la definición de promoción de la salud (Ottawa, 1986) pues para que exista el empoderamiento es imprescindible la misma participación de la comunidad. La comunidad es definida como un “grupo específico de personas que comparten la misma cultura, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme con el tipo de relaciones que el grupo ha desarrollado a lo largo del tiempo. Estas personas generalmente viven en una zona geográfica definida” según el Modelo Operativo de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud (2001, 95).

En muchos lugares es una práctica común escuchar la opinión de la comunidad durante el proceso de elaboración de las políticas o de planificación en el que la corresponsabilidad de la acción es un principio rector. En ellos, la promoción de la salud ha prosperado a nivel comunitario incluso cuando el entorno de las políticas nacionales no le ha prestado tanto apoyo (UIPES & CCIPS 2007). Referente a la participación comunitaria en México, cabe mencionar que a pesar de las iniciativas por hacer de ella el elemento clave en la promoción de la salud, no se ha logrado un avance sustancial en la consolidación de estas experiencias. Los motivos apuntan hacia un escaso intento de evaluación de esta estrategia que permita identificar cuáles son los elementos clave para la implementación operativa de estos modelos. Se desconoce también cuáles serían los criterios que permitan realizar una evaluación de las distintas experiencias de participación comunitaria en tanto los retos y perspectivas que se presentan en el contexto actual y para el futuro desarrollo de estas experiencias (De Keijzer, 1998).

Otro aspecto a considerar, es la falta de consenso sobre la definición teórica-conceptual de lo que se entiende por participación, resultando en una amplia variedad de modelos y versiones aplicativas de la participación comunitaria (Ídem, 1998). Por lo regular, la participación en materia de salud se evalúa en función del despliegue de recursos humanos y de las actividades que se generan en una comunidad, pero este requisito de trabajar en base a la evidencia ha cuestionado la práctica de la promoción de la salud de estos últimos años. La promoción de la salud recurre a complicados procesos e incide en fenómenos sociales también complejos que no son fáciles de evaluar mediante los métodos de investigación experimentados utilizados tradicionalmente (UIPES & CCIPS 2007).

Leopoldo Hernández (2009) visualiza la participación comunitaria como un proceso humano de integración, articulación y desarrollo social que se ejerce de diferentes formas y adquiere diferentes significados en función del contexto histórico, cultural, económico, social y político en que ocurre y los intereses, finalidades y cosmovisión de los grupos en que se lleva a cabo, siendo determinado por el sentido que adquiera para cada sujeto, por lo que puede ser explicado sólo como un proceso diferenciado a nivel individual, grupal y social, resultado de la integración de lo cognitivo y lo afectivo. La promoción de la salud en el marco de la participación comunitaria supone entonces una serie de finalidades y metodologías distintas en una misma comunidad y en diferentes personas y grupos, así como una serie de estrategias diversas para impactar o incidir en el medio de la manera más eficiente, en congruencia con los modos o modelos de intervención.

La participación comunitaria es además un proceso complejo, pues en forma operativa puede verse como un medio y como fin (Castro y Contreras, 1998). Como un medio porque a través de ella se alcanzan las transformaciones que se desean, tanto a nivel

grupal y gubernamental, como en el ámbito de los estilos de vida. Pero puede vislumbrarse como un fin en sí mismo de la promoción de la salud, porque al generarse la participación, las personas transforman sus formas de percibir sus propias condiciones de vida y con ella se potencializa que se desarrollen actitudes y habilidades para transformar sus condiciones de salud y bienestar.

### **1.2.2 El papel de la educación, la capacitación y la certificación entre los y las promotoras de salud.**

La promoción de la salud se define a partir de la intervención sobre una persona o un grupo de personas en una comunidad determinada que funge como impulsor o impulsora a su vez de otros procesos de participación y aprendizajes. Por ese motivo, la promotora o el promotor, debe estar capacitado tanto en temas específicos de salud como también tener conocimientos y habilidades de carácter político, social y cultural. En este sentido, uno de los retos clave que se presenta es el de “dotar a los sistemas de salud con recursos humanos en número suficiente y adecuadamente capacitados, de forma que sea el lugar donde se puedan resolver la mayoría de los problemas sanitarios que padece la comunidad” (Nebot *et al*, 2009).

La promoción de la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades, dentro de las cuales, no solo está el informar, sino también persuadir, motivar y facilitar la acción. Utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y están dirigidas a diferentes grupos. La promoción de la salud estimula la formación de coaliciones e incita a los distintos organismos públicos, privados, voluntarios a participar en una causa común. (Dirección General de

Promoción de la Salud, 2010), es por ello que se debe tener claro que promoción de la salud no es sinónimo de educación para la salud.

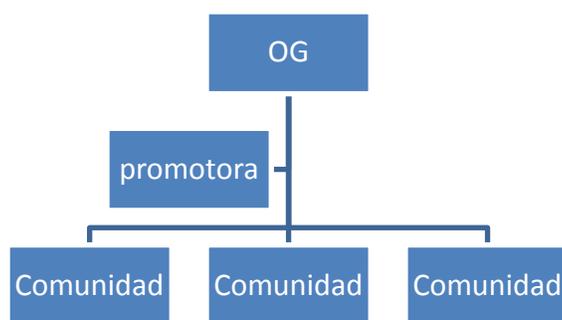
La educación para la salud, en cambio, puede formar parte de un plan de promoción de salud y por lo regular, procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud para que las personas motivadas puedan utilizar ésta información como base para la acción. La educación en la salud, es al parecer, una de las actividades centrales de los y las promotoras de la salud en México. Aun cuando la promoción de la salud es un enfoque con mirada y alcance mayor, para lograr sus objetivos es necesario que haga uso de la capacitación, es decir, de la educación –tanto formal como informal- como estrategias principales de transformación (Sanabria, 2007,1).

La rápida evolución de las competencias necesarias en el contexto de la globalización, obliga a que el personal que promueve la salud sea capacitado. Esto, a su vez, puede contribuir a la creación de oportunidades de empleo. Hoy día son más numerosos los países que necesitan una fuerza laboral bien formada y permanentemente actualizada que posea los conocimientos, competencias y actitudes que no se pueden adquirir únicamente por medio de la educación básica (UNESCO 2012, 12).

El tema de la formación y capacitación de recursos humanos en promoción de la salud ha suscitado interés tanto en el ámbito universitario como en las organizaciones profesionales y el sector salud, interesados en la educación formal. Las discusiones se han iniciado debido al interés por desarrollar guías curriculares y modelos de competencias para los programas académicos, generar propuestas para los programas de especialización en promoción de la salud, así como definir saberes y competencias para orientar otras iniciativas de capacitación para el personal de salud en servicio directo a la comunidad (Arroyo, 2009).

En cuanto a la capacitación que reciben los y las promotoras dentro de las organizaciones para las cuales laboran, existen 3 tipos de capacitación y actualización, que se derivan de la relación laboral que guardan los y las promotoras dentro de la estructura organizacional. En primer lugar, existe un esquema vertical o lineal, tradicionalmente asociado a las Organizaciones Gubernamentales (OGs), en donde la capacitación se observa como un derecho y obligación. El adiestramiento recibido está destinado a obtener herramientas para elevar el nivel de productividad, existe un interés central en la acción de los individuos en la comunidad y para ello hay estabilidad y seguridad organizacional, así como recursos para capacitar. El organigrama queda de la siguiente forma:

Gráfica 1  
Organigrama tradicional de una OG



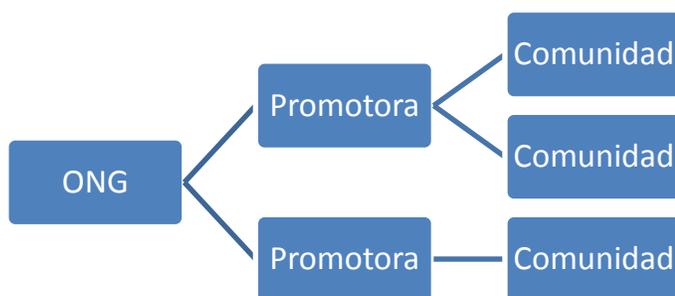
Fuente: Elaboración propia.

Los instructores especialistas son médicos, que por lo regular no tienen experiencia en campo y por ello se da una comunicación indirecta entre la población y el personal de salud. La enseñanza es centralizada y poco flexible para que las promotoras sugieran temas de acuerdo a sus necesidades y al contexto de trabajo en la comunidad. Por lo general cuentan con mayores recursos y los cursos que otorgan no tienen costo para los y las promotoras. El inconveniente en las organizaciones de este tipo es que en ocasiones se le

resta valor a las funciones de los y las promotoras y a la importancia de su relación con la comunidad (Manene, 2011).

El segundo tipo de capacitación que puede estar enmarcado en un esquema horizontal, tradicionalmente asociado a las ONGs y al sistema de voluntariado. En este tipo de estructura organizacional la prioridad está en la formación de capital humano base. Tiene una estructura como la siguiente:

Gráfica 2  
Organigrama tradicional de una ONG



Fuente: Elaboración propia.

Por su estructura, el promotor o promotora comparte la visión y misión de la organización, participa activamente en la planeación y ejecución de programas, trabaja en equipo y hay un interés genuino en el desarrollo de otras promotoras. En este tipo de organizaciones hay énfasis en la confianza y la comunicación que en el desempeño de funciones y roles, de modo que una estrategia para aumentar sus capacidades, es establecer redes de apoyo entre organizaciones (*Ídem*, 2011).

La desventaja que suelen tener las organizaciones de este tipo, es que con frecuencia no existe claridad en las responsabilidades, los sueldos, horarios o actividades y eso conduce a conflictos entre la organización y las promotoras.

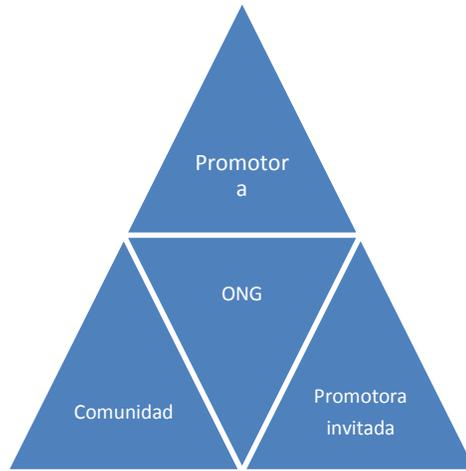
Otra desventaja es la dificultad para la captación de recursos suficientes, por lo que muchas veces hay inestabilidad en los planes y proyectos de trabajo, que con frecuencia son aplazados. Esto genera inseguridad y poca motivación entre los y las promotoras, además de que el impacto que tienen en la comunidad es de menor alcance.

Finalmente, existe un tercer tipo organizacional que consiste en un esquema piramidal o empresarial. Éste por lo regular se maneja entre ONGs. Se percibe la información sobre salud como producto y la atención médica como un servicio dentro de una visión expansiva o multinivel (*Ídem*, 2011).

Las capacitaciones son de suma importancia en este tipo de estructura pues los y las promotoras reclutan y capacitan a otras personas con el objetivo de que éstos nuevos promotores a su vez formen y capaciten a más mujeres en la comunidad.

Este tipo de organización tiene la ventaja de que por sus servicios el promotor puede generar ingresos económicos para sostenerse a sí mismo y a la ONG, lo cual trae como consecuencia mayor motivación para el trabajo y una flexibilidad para adaptarse a los constantes cambios del entorno, tal como lo refleja su estructura organizacional:

Gráfica 3  
**Organigrama piramidal de una ONG**



Fuente: Elaboración propia.

La desventaja de este tipo de organización es que en ocasiones dista mucho de coincidir la visión de la organización con la visión de las promotoras, además de que existe mayor cantidad de rotación laboral que en las otras estrategias.

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y el Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud (2007) señala que existen pocos países donde el potencial y la capacidad de mano de obra para la promoción de la salud están desarrollados, en muchos otros se carece de recursos para lograrlo y en otros tantos es absolutamente inexistente. También definen que la formación básica de los trabajadores en esta área debería contemplar la adquisición de conocimientos y habilidades para la defensa pública de los postulados de salud y para actuar de mediadores con los políticos y el sector privado, la evaluación del impacto que tienen las políticas en la salud y en sus determinantes, el uso y acceso a la información y la evaluación de las intervenciones, (UIPES & CCIPS 2007).

Se considera necesario llegar a un acuerdo sobre las competencias básicas de la promoción de la salud para acabar de definir el campo y ofrecer directrices comunes para el desarrollo del currículo (UIPES & CCIPS 2007). En Estados Unidos varios estados han iniciado la legislación para formalizar los programas de certificación de las promotoras, aunque se hacen necesarios estudios para evaluar la efectividad de los programas de certificación ya existentes. Aproximadamente 1,300 promotoras han recibido capacitación formal, una cantidad menor a la mitad de promotoras existentes en ese país.

En el 2009 el Departamento de Salud Pública de Massachusetts dio a conocer que para los empleadores existen barreras para la capacitación formal de las promotoras como el hecho de que los cursos no sean ofrecidos en horarios convenientes, las promotoras tengan exceso de trabajo y se les dificulta atender la capacitación, los altos costos de los cursos, la capacitación no está disponible en la región ya que sólo se ofrece en 3 lugares del estado (Boston, Lowell y Worcester), que no conocen las opciones de capacitación, que no hay personal suficiente para cubrir a las promotoras que están capacitándose y problemas de transporte a los lugares de capacitación, aunque reconocen que la capacitación y las oportunidades de mayor educación son importantes para realizar efectivamente sus objetivos, profesionalizar su trabajo y avanzar en el campo de la promoción de la salud.

Las promotoras de la salud deben aumentar sus competencias para poder realizar la evaluación de los procesos y resultados de sus intervenciones, así como compartir lo que han encontrado que funciona, ampliando la base de conocimientos de la promoción de la salud. El reconocimiento de las competencias del especialista de promoción de la salud mediante programas de acreditación profesional puede ser útil para aumentar la formación

y la visibilidad de este campo, y compartir con más personas las habilidades y conocimientos (UIPES & CCIPS 2007).

En México, la Secretaría de Salud (2001) plantea la participación de personal profesional altamente capacitado como indispensable para el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, enfatizando que el conocimiento es un recurso crítico más escaso que los recursos materiales y financieros (Secretaria de Salud 2001, 41). Así mismo se puntualiza que la aportación más importante que se puede hacer al personal de Promoción de la Salud es impulsar su profesionalización, es decir, reconocer la competencia profesional de una persona a través de registros, certificados, licencias y diplomas, o mediante su aceptación en asociaciones acreditadas.

Algunos esfuerzos de formalizar los saberes y competencias se han orientado hacia la certificación de capacidades y destrezas en los y las promotoras como recurso humano activo en una comunidad, sin embargo Harris *et al* (2007, 2) encontraron que aunque la mayoría de las promotoras consideran que certificarse otorga algunas ventajas, la mayoría no observa un beneficio financiero por la certificación. Las ventajas de la certificación entre los y las promotoras están vinculadas a una mayor credibilidad, mayor calidad, reconocimiento y aceptación de su labor (*Idem*). Sin embargo, los pasos a seguir para las instituciones, instructores y promotoras para obtener y mantener la certificación, tienen algunos inconvenientes, pues la mayoría de las promotoras vinculan la dificultad de acceder a la certificación con la falta de oportunidades de empleo y a la incertidumbre o inestabilidad de éstos.

Por su parte, Benno de Keijzer (2004) hace visible que el trabajo de educación, promoción y participación en salud se encuentra relacionado a supuestos falsos que con frecuencia terminan entrapando las buenas intenciones de quienes lo promueven. En la formación médica el realizar tareas de educación en salud se considera algo simple: organizar una charla, a veces apoyados en algún papel rotafolio con el que se expone y quizás luego se responderán preguntas. No se establece un diálogo real y el acto educativo suele ser un ritual que termina alimentando metas y estadísticas institucionales. En cuanto a la educación para la salud dirigida como capacitación para las promotoras, se ha observado que se brindan cursos con información sobre los aspectos biomédicos de las diversas enfermedades, pero no se les brinda herramientas para manejar los aspectos sociales, políticos, económicos, etc. No los “empodera” para actuar en el medio, lo cual contrasta con la perspectiva de la UNESCO (2012) acerca de lo que debiera ser la educación, pues ésta, además de permitir que los individuos desarrollen su potencial individual, debe contribuir firmemente a una transformación social y a fomentar el desarrollo humano sostenible. Wallerstein (2006) menciona que el empoderamiento en salud incluye aspectos psicológicos como el cambio intrapersonal y la conciencia crítica de la sociedad, así como también aspectos organizacionales y políticos-comunitarios, que se refieren a la capacidad de organización eficaz, la mejora del capital social, disminuir la corrupción a nivel gubernamental, respetar los derechos humanos así como cambios socioeconómicos a nivel político y ambiental.

Estas observaciones coinciden con investigaciones realizadas en otros países o en otros contextos –como el indígena- donde la capacitación de los y las promotoras es de corta duración, están centrados en saberes médicos, no tienen supervisión ni certificación

profesional, además de que no se articula con la escolaridad de los trabajadores (Pontes, 2012).

Se precisan, además, alianzas adecuadas con los profesionales y los académicos de otros campos relacionados que comparten el objetivo común de promover la salud, sin olvidar que esta disciplina es un campo diferenciado y con una base de conocimientos por derecho propio. La educación para la salud basada en principios y prácticas docentes sólidas es una estrategia integral importante de promoción de la salud (UIPES & CCIPS 2007).

### **1.3 Promotores y promotoras de la salud**

El Departamento de Salud Pública de Massachusetts (2009) define a las promotoras de salud comunitaria como trabajadoras de la salud pública que aplican su particular conocimiento de la experiencia, el lenguaje y/o cultura de la población a la que ellas sirven, para llevar a cabo uno o más de los siguientes roles:

- Proveer educación de la salud culturalmente apropiada, información y dar a conocer la existencia de ayudas sociales en escenarios comunitarios, tales como hogares, escuelas, clínica, refugios, empresas locales y centros comunitarios.
- Servir como medio de vinculación cultural entre individuos, comunidades y salud y servicios humanos, incluyendo la activa construcción de capacidades individuales y comunitarias.
- Asegurar a las personas el acceso a los servicios que necesitan.

- Proveer servicios directos, tales como consejería informal, apoyo social, coordinación de cuidados y exámenes de salud; y/o
- Abogar por las necesidades individuales y comunitarias.

Las promotoras de salud comunitaria se distinguen de otros profesionales de la salud porque ellas parten de su entendimiento de las poblaciones a las que ellas sirven, pero además tienen experiencia otorgando sus servicios en diversos escenarios comunitarios.

A diferencia de México, en Estados Unidos el trabajo de los y las promotoras de salud está registrado formalmente como una ocupación. La Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos (BLS por sus siglas en inglés, 2010) presentó la siguiente definición que fue oficialmente publicada en la Clasificación Estándar de Ocupaciones (SOC, por sus siglas en inglés) 2010 y que se conoce como la SOC 21-1094:

Ayudan a los individuos y a las comunidades a adoptar comportamientos saludables. Realizan actividades de alcance comunitario para el personal médico u organizaciones de salud con el fin de implementar programas dentro de la comunidad que fomenten la salud individual y comunitaria, y el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de la salud. Pueden suministrar información sobre los recursos disponibles, brindar apoyo social y consejería informal, trabajar a favor de las necesidades de salud de los individuos y de la comunidad, y prestar servicios tales como primeros auxilios y exámenes de presión arterial. Pueden recolectar datos que ayuden a identificar las necesidades de salud de la comunidad. Excluye a los “Educadores de la Salud” (21-1091) (BLS, 2010, 51).

Tanto en México como en otros países existe una variedad de términos para nombrar a una promotora de salud de acuerdo a las funciones que realizan; Gibbons y Tyus (2007) reportan más de 30 formas diferentes en Estados Unidos; el Departamento de Salud Pública de Estados Unidos (2005) identifica más de 50 títulos. Entre los términos que se encontraron con mayor frecuencia para la elaboración de la presente investigación están:

Tabla 2.  
Términos para nombrar a la promotora de salud

<b>Términos para nombrar a la promotora de salud</b>			
Trabajadora comunitaria	Promotor	Promotor de salud	Consejeras
<i>Peer leader</i> (Líder par) <sup>1</sup>	<i>Peer advocate</i> (Abogado par)	<i>Family advocate</i> (Abogado de la familia)	<i>Health advocate</i> (Abogado de la salud)
<i>Outreach worker</i> (Trabajador de asistencia social)	<i>Street outreach worker</i> (Trabajador de asistencia social en la calle)	<i>Community health educator</i> (Educador de salud comunitaria)	<i>Health educator</i> (Educador de salud)
<i>Enrollment worker</i> (Trabajador inscripto)	<i>Patient navigator</i> (Orientador de pacientes)	<i>Paraprofessionals</i> (Auxiliar profesional)	<i>Family support worker</i> (Trabajador de apoyo familiar)

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en estudios como el de Gibbons y Tyus (2007, 371) se les define como “cualquier trabajador de la salud que realiza funciones vinculadas a la atención de la salud, formados de alguna manera en el contexto de la intervención y que no cuentan con una educación formal o profesional”. Estos autores señalan que trabajadores de este tipo desempeñan un papel crucial en el sistema de atención y acceso a la salud a pesar de que generalmente no son considerados como miembros oficiales de un equipo médico de salud.

Para fines de este estudio, se tomará el concepto formulado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts anteriormente mencionado para referirse a promotor o promotora de salud comunitaria, añadiendo a este concepto el criterio de inclusión de realizar acciones remuneradas o voluntarias encaminadas a promover la salud a través de ONGs como auxiliares de salud, sin que ello implique que forzosamente el o la promotora

<sup>1</sup> Traducción al español.

sea personal contratado por el gobierno en su sector salud, o perciba sueldo o prestaciones de algún tipo en México.

Las promotoras de salud comunitaria realizan numerosas actividades importantes para mejorar el cuidado de la salud individual y de las comunidades a las que sirven. Para Kickbusch (1996) las actividades de las promotoras cubren las cinco áreas temáticas de la promoción de la salud que señala la OMS:

- Conseguir un mayor acceso a la salud
- Desarrollar entornos facilitadores de la salud
- Reforzar redes y apoyos sociales
- Promover comportamientos positivos para la salud
- Aumentar los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud

De acuerdo a estas 5 temáticas, las funciones de las promotoras se pueden categorizar de la siguiente manera:

1. Mediación cultural entre comunidades y sistema de servicios de salud y sociales.
  - 1.1 Cómo usar éstos servicios
  - 1.2 Incrementar el uso de cuidados preventivos
  - 1.3 Disminuir la atención urgente o las emergencias
2. Proveer información y educación para la salud culturalmente apropiada.
  - 2.1 Información relacionada con la prevención
  - 2.2 Manejo y control de enfermedades tales como diabetes o asma
3. Asegurar que las personas tengan acceso a los servicios que necesitan.

- 3.1 Localización de casos
- 3.2 Motivación y acompañamiento a los pacientes para programar y dar seguimiento a su caso, referirlo y promover la continuidad en su cuidado.
- 4. Proveer consejería informal y apoyo social.
  - 4.1 Individual o de grupo
  - 4.2 Para mejorar la salud física y mental
- 5. Abogar por las necesidades individuales o comunitarias.
  - 5.1 Sirven como intermediarios entre los clientes y las entidades burocráticas
- 6. Proveer servicios directamente.
  - 6.1 Primeros auxilios
  - 6.2 Realizar algún examen o revisión médica
- 7. Construir capacidades individuales o comunitarias.
  - 7.1 Facilitar el cambio a conductas saludables
  - 7.2 Actuar como líder comunitario para movilizar el cambio

Estas funciones y estrategias son diferentes y complementarias a los servicios ofrecidos por otros trabajadores en el área de la salud, tales como enfermeras, personal de las casas de salud, trabajadoras sociales o educadoras de la salud, (Rosenthal *et al*, 1998).

Las promotoras de salud, por lo regular, son altamente efectivas en su trabajo porque construyen una relación de confianza con los usuarios de su comunidad, basada en que comparten la cultura y las experiencias de vida. Otro aspecto a considerar, es que los programas de salud a nivel comunitario que integran a promotoras, se han evaluado como efectivos para ayudar a reducir las inequidades en atención a la salud e incrementar el uso

de los programas comunitarios ofrecidos por el sector público en diversos países (Ingram, 2008).

### **1.3.1 Breve historia y desarrollo de la profesión**

Durante la revisión bibliográfica se localizó una organización de carácter civil en el estado de Chihuahua, llamada FEMAP: Salud y Desarrollo Comunitario de Cd. Juárez, A.C. fundada en 1973, la cual se adjudica la creación del primer modelo de intervención comunitaria de salud en México y con ello el primer modelo de promotoras de salud comunitaria que fue extendido al resto del país. Sin embargo, no se encontró otra fuente bibliográfica que desarrolle el surgimiento de las promotoras de salud en México.

En Estados Unidos las promotoras de salud surgieron como respuesta a la persistente depresión económica a finales de 1950 y fueron pieza clave en los centros de salud comunitarios durante el movimiento de la nueva atención a la salud en los sesentas. Internacionalmente, las promotoras de salud han jugado roles en la salud de las comunidades en Europa, Asia y África durante varios siglos y actualmente los gobiernos se han vuelto a interesar en el potencial de este modelo debido a los altos costos que generan los sistemas de salud curativos, el surgimiento de enfermedades crónicas y las persistentes inequidades en atención a la salud (Gibbons y Tyus, 2007).

Los esfuerzos coordinados para profesionalizar este campo en los Estados Unidos iniciaron en 1990 cuando las promotoras alrededor del país aceptaron el título de “Community Health Worker” como término que engloba a las múltiples formas de nombrar esta fuerza laboral ya que comprendían que era necesario acordar un término para unificar y defender su grupo de trabajo, además de que iniciaron un esfuerzo a nivel nacional para

organizar redes y asociaciones profesionales. Así fue como en Estados Unidos se desarrolló en los noventas la capacitación estandarizada para promotoras, incluyendo el modelo nuclear de los programas de capacitación del departamento de salud pública de Boston. (*Ídem*). En años recientes, las agencias federales han implementado políticas y legislaciones para dirigir la creciente inclusión de promotoras en los programas de salud, específicamente su capacitación y certificación (Departamento de Salud Pública de Massachusetts, 2009) lo cual ha sido también una tendencia en México.

En el desarrollo del presente trabajo, se coincide con Alfaro *et al* (2010) en que los estudios académicos sobre las promotoras de salud comunitaria son escasos en el país. Los y las promotoras de salud han sido parte importante de los servicios de atención primaria a la salud por varias décadas, tal es el caso de los programas de vacunación, así como protagonistas de diversas conquistas en la salud de las mujeres en México como es el caso de la salud sexual y reproductiva (Castro, 2000). Fue en los años setentas con el surgimiento del movimiento feminista, que se iniciaron estudios que dirigían su atención hacia el lugar que la mujer ocupaba en las relaciones económicas y sociales frente al hombre, a la vez que se impulsó el estudio de las relaciones interpersonales dentro de la familia con este mismo enfoque, encontrando que frecuentemente el papel ocupacional de la mujer en el cuidado de la salud no era lo suficientemente reconocido como “productivo” por ser un trabajo no asalariado y dentro del ámbito doméstico (Lara y Velázquez, 1993).

## 1.4 Marco contextual

En México, particularmente a partir de la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en el año 2000, se estimó la importancia de los procesos que desarrollan aptitudes prácticas y capacidades de promoción de la salud ya que se consideran acciones que alientan el liderazgo para la salud y apoyan el surgimiento de empresarios sociales en las comunidades que son vitales para el desarrollo y la aplicación constante de ideas y medidas de promoción de la salud (OMS, 2000, 23). Desde esa Conferencia se reconoció que se requiere:

- Solidaridad entre los profesionales y los activistas que suelen trabajar en circunstancias adversas con exiguos recursos. La creación de redes, alianzas y asociaciones en favor de la salud a cargo de individuos y organizaciones interesadas es una estrategia práctica importante para aumentar la solidaridad;
- Movilización de recursos (financieros, materiales y humanos) para asegurar la ejecución y sostenibilidad de las políticas y las prácticas de promoción de la salud en todos los niveles. Dichos recursos pueden provenir de distintas fuentes gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado. Los gobiernos en todos los niveles tienen la responsabilidad de asegurar que se movilicen los recursos necesarios para ejecutar programas y políticas nuevas y existentes, leyes y reglamentos para la salud;
- Desarrollo de la capacidad de la comunidad que se basa en el buen acceso a la información sobre los factores determinantes de la salud y las infraestructuras de apoyo, incluido el adiestramiento;

- Desarrollo de recursos humanos por medio de la educación, el adiestramiento y el intercambio de experiencias. Las universidades y otras instituciones educacionales tienen una función de vital importancia al asegurar que una amplia gama de profesiones tengan contacto con los conceptos y estrategias de promoción de la salud.
- Creación de redes y asociaciones profesionales para el apoyo mutuo y el desarrollo personal. Estas asociaciones deben evitar la exclusividad. Dada la naturaleza multidisciplinaria de la promoción de la salud, resulta ventajoso abrir tales asociaciones a una amplia gama de personas y profesiones.
- El desarrollo de recursos humanos por medio de la educación, el adiestramiento y el intercambio de experiencias. Las universidades y otras instituciones educacionales tienen una función de vital importancia al asegurar que una amplia gama de profesiones tengan contacto con los conceptos y estrategias de promoción de la salud (incluyendo sin carácter limitativo las profesiones de salud) (*Ídem*).

Las actividades diarias de los y las promotoras de salud en México parece ser sumamente diverso. Alfaro *et al* (2010) estudió en Tijuana el papel de las promotoras de salud en las intervenciones llevadas a cabo por las organizaciones de la sociedad civil, encontrando que en promedio cada promotora de salud realiza 5 actividades comunitarias, de un total de 624 actividades reportadas al encuestar a 110 promotoras. La actividad que realizan con mayor frecuencia es la promoción de ferias y jornadas de la salud.

Cuadro 4.

Principales actividades comunitarias realizadas por las promotoras de salud.

<i>Actividades Comunitarias</i>	%
Distribuir materiales informativos	59.5
Promover ferias y jornadas de salud	52.9
Organizar actividades	44.6
Realizar visitas domiciliarias	43.0
Ofrecer consejería	38.8
Canalizar pacientes	36.4
Participar en campañas de limpieza	30.6
Participar en campañas de vacunación	28.9
Toma de signos vitales	28.1
Detectar enfermedades	24.0
Asistir en consulta	19.0
Impartir sesiones educativas	18.2
Acompañar a personas a instancias de apoyo	18.2
Conseguir recursos para actividades comunitarias	18.2
Participar en proyectos de investigación	15.7
Suministro de medicamentos	14.9
Atención directa a enfermos	14.0
Otras	10.7

Fuente: Alfaro *et al*, 2010.

Por área temática, se conoció a partir del estudio que los problemas abordados por los y las promotoras son diversos. En el siguiente cuadro se resumen los principales ejes temáticos a los que pertenece la intervención de los y las promotoras:

Cuadro 5

Principales problemas de salud en los que intervienen las promotoras.

Problemas de salud en los que intervienen las promotoras	%
Nutrición	45.5
Planeación familiar	38.0
Violencia familiar	38.0
Hipertensión arterial	36.4
Diabetes	35.5
Salud ambiental	29.8
Cáncer cérvico uterino	28.1
ITS-VIH	27.3
Cáncer de mama	24.0
Vista	19.8
Tuberculosis	13.2
Otro	9.9

Fuente: Alfaro *et al*, 2010.

En la misma investigación, se encontró que el 61.2% de las promotoras han realizado parcial o completamente el Diplomado de Educación y Formación para

Promotoras Comunitarias y el 70.2% asisten a talleres o cursos para promotoras de 1 a 2 veces al mes y un 11.6% acude a un curso cada 6 meses a través de la organización social civil a la que pertenece. Los temas más importantes recibidos en estas capacitaciones fueron diabetes, obesidad, hipertensión arterial, nutrición, salud reproductiva, tuberculosis, vista, salud general, violencia general, medio ambiente y plomo.

A nivel gubernamental, se definen como requisitos mínimos del personal promotor de salud ser técnico de educación media superior en salud y en hospitales o bien contar con licenciatura en ciencias de la salud, preferentemente bilingüe en las zonas de trabajo con indígenas, según el Modelo Operativo de Promoción de la Salud. Las competencias técnicas y gerenciales requeridas por la Secretaría de Salud para poder ocupar el cargo de promotor o promotora son las siguientes:

Cuadro 6  
Competencias técnicas y gerenciales requeridas para ser promotor de salud.

Competencias Técnicas	Competencias Gerenciales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar riesgos epidemiológicos</li> <li>• Integrar diagnósticos de salud comunitarios</li> <li>• Diseño de programas</li> <li>• Técnicas didácticas</li> <li>• Perfiles de riesgo individual</li> <li>• Manejo de prevención y promoción en la línea de vida</li> <li>• Conocimientos básicos de etno medicina regional</li> <li>• Capacidad de interpretar las AGEB's y planear los censos</li> <li>• Paquetería informática básica</li> <li>• Conocer el idioma regional</li> <li>• Conocimientos de nutrición</li> <li>• Toxicología</li> <li>• Educación física</li> <li>• Ergonomía</li> <li>• Conocimientos de diseño</li> <li>• Métodos de mercadotecnia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo</li> <li>• Comunicación asertiva</li> <li>• Escucha efectiva</li> <li>• Creación y construcción de ambiente de confianza en la comunidad</li> <li>• Capacidad de gestión y concertación</li> </ul>

Fuente: Secretaría de Salud 2001, 41.

Este mismo modelo señala que la entrega de servicios de promoción de la salud en México se lleva a cabo por prestadores directos, es decir promotores gubernamentales y promotores voluntarios de la propia comunidad, los cuales pueden ser promotores, procuradoras de la salud o vocales de la salud y otro personal gubernamental que colabora con los promotores, como médicos y enfermeras (Secretaría de Salud 2001), Cabe señalar que a pesar de la diversidad de actores que incluye el Modelo a nivel nacional, no existe un programa de certificación para promotoras de salud en el estado de Sonora y el contrato que reciben las promotoras en la SSA es por 6 meses, así que no sólo puede variar la escolaridad y disciplinas de las cuales provenga el personal de promoción, sino también el número de promotoras cada semestre en las distintas comunidades atendidas.

De acuerdo a la investigación realizada en campo en el estado de Sonora, hasta agosto del 2011, existen 139 promotoras de salud que trabajan para la Secretaria de Salud. La distribución de los municipios por Jurisdicción, así como la cantidad total de promotores y promotoras se describen a continuación en la tabla 3:

Tabla 3  
Promotoras contratadas por la Secretaria de Salud en Sonora

Jurisdicción	Municipios	Número de Promotoras
Jurisdicción I:	Aconchi, Arivechi, Bacadehuachi, Bacanora, Banámichi, Baviácora, Carbó, La Colorada, Cumpas, Divisaderos, Granados, Hermosillo, Huásabas, Huepac, Mazatán, Moctezuma, Nácori Chico, Nacozeni de García, Ónavas, Opodepe, Rayón, Sahuaripa, San Felipe de J., San Javier, San Miguel de H., San Pedro de la C., Soyopa	58
Jurisdicción II :	Altar, Atil, Caborca, Oquitoa, Pitiquito, Puerto Peñasco, San Luis Río Colorado, Saric, Tubutama, Plutarco Elías	12
Jurisdicción III:	Agua Prieta, Arizpe, Bacerac, Bacoachi, Bavispe, Benjamin Hill, Cananea, Cucurpe, Fronteras, Huachineras, Imuris, Magdalena, Naco, Nogales, Santa Ana, Santa Cruz, Trincheras	9
Jurisdicción IV :	Bacum, Cajeme, Empalme, Guaymas, Quiriego, Rosario, Yécora, San Ignacio Río M.	33
Jurisdicción V:	Álamos, Etchojoa, Huatabampo, Navojoa, Benito Juárez	27
Total:		139

Fuente: Comunicación personal David Alvaro Cubedo. Depto. Evaluación y seguimiento, agosto 2011.

### **1.4.1 Programas de capacitación formales**

En México y en el mundo es necesario fortalecer y lograr la profesionalización de las competencias de los y las promotoras de la salud. En este contexto, la formación de recursos humanos en México se sabe deberá dirigirse hacia la formación de gestores de cambio para lograr que autoridades y líderes inviertan en recursos y esfuerzos para promocionar la salud. Entre las actividades a realizar están la inclusión de enfoques y técnicas que promuevan la participación comunitaria en la planeación, la implementación y evaluación de programas e iniciativas, la evaluación de procesos e impacto de las acciones de promoción de la salud, y la difusión de las evidencia sobre las mejores prácticas para la planeación adecuada de programas, iniciativas y políticas públicas (OPS, 2005).

La formación es definida como “toda actividad de aprendizaje realizada a lo largo de la vida con el objetivo de mejorar los conocimientos, las competencias y las aptitudes de los individuos tanto desde una perspectiva personal como cívica, social o relacionada con el empleo” (Arroyo 2005, 2). La formación informal, en cambio, deriva de las actividades de la vida cotidiana relacionadas con el trabajo, la familia u otros lugares. No está organizada ni estructurada (en términos de objetivos, de tiempos y de recursos). En la mayor parte de los casos, la formación informal no es una iniciativa del ciudadano y generalmente no lleva a la obtención de un certificado.

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y el Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud (2007,14) advierten que hay que dedicar atención urgente y sostenida a fortalecer la capacidad de la promoción de

la salud desde el punto de vista académico: “Habría que establecer vínculos más estrechos y coaliciones con las disciplinas complementarias que contribuyen desde el punto de vista conceptual o práctico a la promoción de la salud, a saber, la salud pública, la enfermería, la salud ambiental, la enseñanza, la psicología, las ciencias sociales, las ciencias de la administración, los estudios de desarrollo, etc.”.

“La formación formal es aquella que se adquiere dentro de un contexto organizado, estructurado y explícitamente designado como de aprendizaje. Es iniciativa del individuo y conduce a la obtención de un certificado a modo de reconocimiento y acreditación” (Arroyo, 2005, 2). Justo estas experiencias formativas son las que habría de procurarse formalmente entonces si se desea establecer vínculos desde el punto de vista académico, las disciplinas y modelos teóricos prácticos especializados y las necesidades locales y personales de promotores y promotoras de salud.

Dentro del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, el gobierno a través del sector salud señala la necesidad de fortalecer las acciones en promoción de la salud, así como de formar personal en la promoción de la salud. Sin embargo, en México, hasta la fecha, sólo existe una licenciatura en promoción de la salud, ofrecida en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Este programa académico integrador se encuentra en el Distrito Federal y no se puede cursar a distancia, mientras que a nivel de posgrados sólo existen diplomados.

De forma descentralizada, se encuentra también la Especialidad en Promoción de la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012) en Cuernavaca, Mor. Las características del programa educativo se describen en la siguiente tabla:

Tabla 4  
Características de la Especialidad en Promoción de la Salud del INSP.

Características del programa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un programa con duración de un año orientado a formar a especialistas en promoción de la salud, que sean capaces de tener liderazgo en la administración, el diseño y la evaluación de iniciativas para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población en los diferentes ambientes, desde un enfoque que abarque varias disciplinas.</li> <li>• Posee la opción de cursarse en línea o a distancia.</li> <li>• Las unidades didácticas están organizadas en tres ejes curriculares:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conceptual</li> <li>2. Metodológico-instrumental e</li> <li>3. Integración-evaluación.</li> </ol> </li> </ul>
Objetivo del programa:	Formar especialistas en promoción de la salud capaces de liderar la gestión, el diseño y la evaluación de iniciativas para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población en los diferentes ámbitos, con enfoque multidisciplinario e intersectorial.
Perfil del estudiante:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formación previa en una licenciatura proveniente de ciencias de la comunicación, ciencias sociales o ciencias de la salud.</li> <li>2. Contar con título profesional con promedio mayor a 8.</li> <li>3. Experiencia e interés en el trabajo comunitario, servicios de salud, comunicación y educación, promoción de salud, gestión, diseño e implementación de políticas con enfoque en salud.</li> <li>4. Realizar pagos de exámenes, registro de aspirante y aprobar proceso de aceptación que consiste en pruebas y entrevistas.</li> </ol>
Competencias a desarrollar durante el programa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogacía, marco jurídico, político y alianza.</li> <li>• Desarrollo comunitario, cambio social y autonomía.</li> <li>• Necesidades y determinantes en salud.</li> <li>• Planeación, implementación y evaluación.</li> <li>• Educación y comunicación.</li> <li>• Liderazgo.</li> </ul>

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública. Programa académico 2012-2013. INSP. México

Las características de esta especialidad se desarrollan en tres ejes fundamentales para la comprensión teórica, metodológica y práctica de la promoción de la salud. Se observa que tiene un enfoque por competencias, mediante el cual se profesionaliza al personal en promoción de la salud. Sin embargo, para las promotoras de salud que no cuentan con licenciatura o título profesional con calificación mayor a 8, resulta inasequible acceder a este tipo de formación.

A nivel regional, en Tijuana, la Universidad Iberoamericana en conjunto con la Universidad Simon Fraser de Canadá inició en 2001 un diplomado que certifica a las participantes como Promotoras Comunitarias<sup>2</sup>. En este programa han egresado 211 personas en 4 generaciones, de las cuales solamente 2 son varones. La quinta generación concluye en diciembre de 2012 y participan 54 personas (Palomares, 2011, comunicación personal). Cabe mencionar que este Programa de Educación y Formación para Promotoras Comunitarias obtuvo el VX premio anual para programas internacionales de desarrollo comunitario en 2007 otorgado por la Agencia Internacional de Desarrollo Canadiense (CIDA) con el cual fue financiado durante 2 años.

De acuerdo al contenido de este programa, puede observarse que se cuenta con cuatro áreas de aprendizaje que apuntan a profesionalizar a las promotoras de salud, así como también buscar su desarrollo humano y social. Se aprecia que su enfoque comunitario es congruente con el grado de escolaridad que piden (secundaria concluida o en curso) y las condiciones de ingreso, ya que existe la opción de obtener becas. Uno de los obstáculos de ingreso para algunas personas, es el hecho de requerir experiencia mínima de un año como promotora de salud o el pertenecer forzosamente a una organización. En la tabla 5 se describen las características del programa.

---

<sup>2</sup> Se entrevistó a la directora académica, a la coordinadora curricular y a una docente del diplomado en promoción de la salud, ofrecido por la Universidad Iberoamericana.

Tabla 5.

Características del Diplomado para Promotoras Comunitarias de la Universidad Iberoamericana.

<p>Características del programa:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un diplomado certificado por la Universidad Iberoamericana de Tijuana.</li> <li>• Tiene una duración de 2 años, en horarios y días de estudio de acuerdo a las integrantes de cada generación. Igualmente los sitios de estudio son cerca de sus comunidades. Paralelamente se otorgan servicios de educación para adultos INEA a las promotoras que lo requieran.</li> <li>• El programa se desarrolla conforme a un eje metodológico de intervención comunitaria de aprender haciendo.</li> <li>• Se aprende a investigar teniendo como objeto de estudio la propia comunidad. Los estudiantes diseñan e implementan los proyectos comunitarios en respuesta a necesidades específicas.</li> <li>• Se tiene como base un plan de estudios integrado por cuatro áreas de aprendizajes:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Área de Herramientas.</li> <li>2) Área de Formación Humana y Social.</li> <li>3) Área de Formación Profesional.</li> <li>4) Área de Conocimientos Complementarios</li> </ol> </li> <li>• Cada generación selecciona un área de especialización y se les da herramientas para que busquen sus propios financiamientos.</li> </ul>
<p>Objetivos de programa:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribuir en el proceso de desarrollo humano de las promotoras.</li> <li>2. Brindarles herramientas a las promotoras para que su labor tenga mayor impacto en su entorno.</li> <li>3. Desarrollar un proceso de Educación y Formación que les permita a las promotoras obtener un reconocimiento oficial de sus estudios.</li> </ol>
<p>Perfil del estudiante:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haber terminado o estar cursando la educación secundaria. Si lo desean, se les apoya para terminar la preparatoria abierta y la universidad con beca en UIA</li> <li>2. Contar con el respaldo de una organización</li> <li>3. Tener como mínimo un año de promotora.</li> <li>4. Compromiso de terminar el proceso.</li> <li>5. Mostrar entusiasmo y disposición para aprender.</li> <li>6. Disposición para trabajar en equipo.</li> </ol>

Fuente: Comunicación Personal con Lilia Palomares Directora. 2011.

### 1.4.2 Retos y dilemas en la práctica de la promoción de salud

Uno de los desafíos básicos para integrar a las promotoras de salud comunitaria en el equipo de profesionales reconocidos del sistema de salud es aceptar y unificar el término “promotora de salud” para nombrar y posicionar a este grupo de trabajo, ya que se observa todavía una variedad de términos empleados en las instituciones, lo cual dificulta registrar el número, la variedad y el impacto de las promotoras de salud a nivel estatal y nacional.

En Estados Unidos el Departamento de Salud Pública (2009) reportó que el campo de las promotoras de salud comunitaria enfrentaba el desafío de tener un salario bajo, con alta rotación y una seguridad laboral limitada debido a los financiamientos inestables de los programas en los que participan. Además que la profesionalización podría apoyar a que las promotoras de salud comunitaria tuvieran mejores sueldos y mayor estabilidad financiera, aunque el desarrollo profesional no es inmediato y es un proceso complejo con resultados inciertos, en especial por los rápidos cambios que sufren actualmente los sistemas de salud.

En Estados Unidos donde se ha fomentado la certificación de las promotoras, no se ha encontrado aún una correlación entre mayor nivel profesional y mejor estatus económico para las promotoras certificadas lo cual ha llevado a la discusión del impacto potencial que pudiera tener el organizar sindicatos, tal como las enfermeras y trabajadoras sociales lo han hecho, aunque esta recomendación no se ha explorado lo suficiente. Las promotoras líderes de este campo en Massachusetts se han enfocado en la profesionalización, incluyendo el definir un campo de conocimientos y habilidades, desarrollar un código de ética del promotor, promover un sentido de identidad y lealtad entre promotoras, abogar por políticas y leyes, desarrollar asociaciones a nivel estatal y nacional, estándares de prácticas, programas de capacitación y plan de certificación. El progreso en estas áreas demuestra que las promotoras de salud comunitaria están camino a ser reconocidas, integradas y valoradas como profesionales de la salud, la salud pública y los servicios de atención a la salud (Departamento de Salud Pública de Massachusetts 2009).

En Tijuana se encontró que la mayoría de las promotoras tienen un ingreso familiar semanal promedio de \$1,200 pesos que corresponde a 3.02 salarios mínimos. El 50.4% (N=

121) de las promotoras no tiene un empleo asalariado. 43.8% reciben siempre alguna compensación por parte de la organización social civil, ya sea de manera económica (40%) o en especie. El 61.2% dedica de 1 a 5 horas semanales a sus actividades como promotora y el 25% tienen más de 10 años participando como promotoras. 68% tienen una educación básica y 5% cuentan con educación superior. 32.2% no son derechohabientes de ninguna institución de salud y 37.2% cuentan con IMSS.

Otro de los principales retos a los que se enfrenta la práctica de la promoción de la salud es respecto a la selección de las promotoras y de las instructoras, pues como menciona David Werner (1984) existen varios dilemas alrededor de este proceso. Uno de éstos es responder si las promotoras deben ser originarios o vivir en la comunidad donde trabajan. Al respecto existen dos explicaciones que responden afirmativamente esta cuestión. La primera es que el trabajo de salud comunitaria resulta ser más fácil para una persona local que para un fuereño, ya que la gente la conoce y le tiene confianza, aunado a que la promotora conoce a la comunidad, por lo tanto, la gente confía más rápido en alguien de su propia comunidad, ya que habla en sus mismos términos, conoce sus costumbres y problemas. Por otro lado, puede resultar más difícil para la persona local ganarse la confianza de la comunidad. Sin embargo, mientras una persona externa a la comunidad puede generar dependencia, el promotor local demuestra que se puede hacer más por sí misma, aumentando la autosuficiencia y la confianza de la comunidad en sí misma para generar cambios de acuerdo a sus propias necesidades:

Un fuereño que llega a la comunidad, no importa lo bien que trabaje, hace que continúe la dependencia de la ayuda de fuera. Sólo cuando un promotor es de la comunidad, puede mostrar con su ejemplo lo que nosotros los de esta aldea podemos hacer por nosotros mismos, (Werner, 1984, 34).

Otro dilema para Werner es ¿quién escoge a las promotoras? y ¿cómo se lleva a cabo esta selección?, ¿Resulta ser mejor promotor un hombre o una mujer?, ¿Son mejores promotores los jóvenes o los adultos?, ¿Cuál es el nivel educativo más adecuado para los promotores de salud?, ¿Cuál sería el perfil más adecuado para ser promotor de salud?, ¿Qué rol juega la medicina tradicional y los curanderos tradicionales –o parteras- como promotora de salud?.

Finalmente, respecto al total de promotores y promotoras que pudiera tener un estado o una comunidad, un cuestionamiento importante vendría a ser cómo igualar las oportunidades educativas en cuanto a educación y capacitación (Tünnermann, 1995) y cómo hacer para que quienes han tenido acceso a procesos educativos y formativos en el área de la salud innoven en la producción de servicios y tecnologías a fin de implementar estrategias efectivas de transformación social, tal como lo demandan la preparación de las personas y las sociedades del futuro (UNESCO, 2012, 5). En resumen, en este capítulo hemos revisado algunas de las principales fuentes sobre el tema de la promoción de la salud, así como de las promotoras y las opciones de capacitación en la región. Se encontró que no se han realizado estudios sobre promotoras de salud en Hermosillo, por lo que resulta de gran importancia conocer uno de los métodos a través de los cuales se puede recuperar la voz de los y las informantes y su percepción respecto a esta temática. Lo cual será abordado en el siguiente capítulo.

## **Capítulo 2.**

### **El estudio de las promotoras de salud en la comunidad**

En el capítulo anterior se revisaron los antecedentes históricos de la promoción de la salud, se definió el concepto de promotora de salud aplicado a esta investigación y se describen las ofertas de capacitación existentes en el noroeste del país para las promotoras. Dado que interesa al estudio sobre todo reconocer la experiencia de capacitación desde el punto de vista de las propias promotoras y para conocer cómo es el proceso de formación formal e informal que reciben las promotoras de salud que laboran tanto en Organizaciones Gubernamentales (OGs) como en Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), se eligió abordar el problema de estudio a través de técnicas cualitativas que permitieran describir los diversos contextos y dinámicas que se llevan a cabo durante la formación y capacitación de las promotoras de salud en Hermosillo. Tales técnicas cualitativas son específicamente la entrevista y la observación participante y se eligieron dichas técnicas dado que su aplicación permitió recopilar, analizar e interpretar la información dentro de su contexto cotidiano, que de otra manera difícilmente se hubiera podido lograr a través de métodos o técnicas cuantitativas, ya que como Guba y Lincoln (2002) señalan, la conducta humana no puede entenderse sin referencia a los significados y propósitos que los actores brindan a sus actividades.

Uno de los objetivos planteados en este estudio fue analizar las estrategias y contenidos de capacitación que reciben las promotoras de salud en las organizaciones e instituciones en que laboran. Tal objetivo se logró preguntándoles bajo cuáles procedimientos y enfoques se han capacitado y qué resultados se han obtenido de acuerdo a su propia percepción.

Es importante resaltar que actualmente no existe en el estado de Sonora un programa formativo que certifique o acredite oficialmente la formación de las promotoras en el rubro de la salud y su intervención en la comunidad. De acuerdo a la investigación de campo realizada se encontró que actualmente existen en México dos programas de estudio que otorgan una acreditación oficial, uno de estos se ofrece en Tijuana y es impartido por la Universidad Iberoamericana. Consiste en un diplomado que certifica a las participantes como promotoras comunitarias.

El otro programa es la especialidad en promoción de la salud impartida por el Instituto Nacional de Salud Pública con una modalidad virtual. Las herramientas que brindan estos programas favorecen un proceso de formación enfocado a desarrollar las competencias básicas para el desempeño eficiente de su trabajo, tales como liderazgo, capacidad de movilizar a la comunidad, identificar sus necesidades, gestionar recursos, así como representar los derechos de ésta frente a las instancias gubernamentales, entre otras. Dada esta ausencia en el estado de Sonora se procedió a entrevistar al personal del diplomado en Tijuana con la finalidad de obtener información que ayudara a entender los procedimientos formativos que llevan a cabo y contar con un referente en la región sobre los programas formales de capacitación para las promotoras.

## **2.1 Diseño de la investigación**

El diseño de esta investigación tiene un alcance descriptivo y un enfoque metodológico cualitativo que incluye como técnica la entrevista semiestructurada y la observación participante, lo cual posibilita un alcance en profundidad y permite rescatar las experiencias en viva voz de los y las informantes. El proceso para llevar a cabo esta investigación fue el siguiente:

#### A) Vagabundeo.

Conocimiento del marco contextual o vagabundeo. Hubo un primer acercamiento con las promotoras para averiguar acerca de su contexto cotidiano, su formación y las necesidades de capacitación que expresaban. El vagabundeo es un proceso para iniciar los contactos informales en el campo que va ser investigado. A través del vagabundeo es posible desarrollar estrategias que permitan reconocer el marco físico de la comunidad y el acercamiento a las personas que lo comparten (Rodríguez *et al*, 1999). En este caso, el contexto oportuno para realizar el primer contacto fue en las organizaciones e instituciones donde laboran las promotoras.

#### B) Pilotaje.

Se realizó un primer pilotaje antes de realizar el estudio propiamente dicho con la finalidad de clarificar los temas contenidos en la guía de entrevista, adecuar la redacción y facilitar la organización de las preguntas, así como para iniciar la relación con los y las informantes y además contactar a otras promotoras por medio de ellas. Para el estudio piloto se entrevistó durante el mes de abril de 2011 a cuatro promotoras de salud: dos que trabajan en ONGs y dos que laboran en instituciones gubernamentales de salud. Como resultado se establecieron criterios más específicos para la selección de las preguntas que integraron el cuestionario final, así como la ampliación de temas que no estaban contemplados antes del pilotaje.

### C) Recolección de información.

A continuación se muestran las técnicas de recolección de datos durante el estudio:

- 1) La primera fue la revisión documental para conocer el estado del arte sobre promoción de la salud. Se consultaron diversas fuentes de información, tales como artículos de investigación, libros, artículos publicados en internet, programas de capacitación y folletos creados por las promotoras de salud y las OGs y ONGs.

Una vez que se realizó el primer acercamiento, el pilotaje y se conoció parte de las relaciones y los papeles que se presentaban en campo así como a las referencias por parte de las promotoras, se identificó a los y las informantes adecuados que disponían del conocimiento, la experiencia y disponibilidad de participar. Se realizó una selección de carácter intencional buscando representar de la mejor manera posible los siguientes criterios establecidos:

Tabla 6.  
Criterios de selección de informantes clave en la investigación

<b>Criterios de selección de informantes clave</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad</li><li>• Nivel socioeconómico</li><li>• Escolaridad</li><li>• Profesión</li><li>• Tipo de organización a la cual pertenece. Secretaria de Salud u organización no gubernamental.</li><li>• Experiencia como promotora.</li><li>• Tipo de remuneración o voluntariado.</li><li>• Tipo de formación y capacitación.</li><li>• Con certificación, diplomas o sin estos.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia.

La intención de establecer estos criterios de inclusión fue la de crear un grupo de informantes heterogéneo, con la máxima variedad de rasgos para observar los aspectos

comunes de su experiencia, valores, formación, tipo de organización, etc. Es decir, características que brinden información sobre lo específico, así como aspectos comunes que fueran compartidos entre las promotoras. Estos criterios se derivaron de los objetivos de investigación, los cuales buscan describir las diversas formas en que las promotoras se han formado y capacitado en Hermosillo, así como contrastar las estrategias y contenidos de capacitación de las OGs y ONGs, pues la diferencia en la organización en la que laboran supone diferencias también en la estructura organizacional, disponibilidad de recursos y trabajo de vinculación con otras organizaciones relacionadas con la capacitación.

- 2) Otra técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada con promotoras de salud durante los meses de julio y agosto del 2011 en Hermosillo, Sonora. Se entrevistó en total a diez promotoras de salud comunitaria, cinco de las cuales laboran en ONGs y cinco más en una organización gubernamental, que es la Secretaria de Salud Pública del Estado de Sonora.

En cuanto al sexo de los y las informantes, siete fueron mujeres y tres hombres, esto último debido a que durante el trabajo de campo no se localizaron a más informantes del sexo masculino. Así mismo, se realizaron tres entrevistas con las personas representantes de organizaciones que brindan algún tipo de capacitación a las promotoras para describir y analizar cómo es la capacitación que brindan, así como las diferencias y similitudes encontradas a fin de conocer cómo se podría hacer un programa de capacitación para promotoras adaptado a las necesidades de la localidad. Se grabaron todas las entrevistas, previo consentimiento oral de las participantes.

Los nombres de las personas entrevistadas han sido modificados por cuestiones éticas, sobre todo para proteger la privacidad de aquellos que amablemente accedieron a participar en este estudio como informantes y de cualquier forma, se corroboró el consentimiento informado a través de un mail electrónico a cada uno de los y las promotoras.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en los hogares de las promotoras, algunas otras se realizaron en las instalaciones de las organizaciones para la cual laboran, la comunidad en la que realizaban su trabajo o incluso una entrevista se realizó durante el traslado de una comunidad a otra, en el automóvil de la organización. La duración de las entrevistas fue en promedio una hora. La mayoría de las promotoras fue entrevistada una sola vez, aunque con tres de ellas fue necesario recuperar mayor información y realizar una segunda entrevista. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas para un primer análisis cualitativo en paquetería Word. También se utilizó el programa computacional NVIVO versión 9.5.

- 3) Observación participante. Se llevó a cabo en el contexto cotidiano de las promotoras en la comunidad, mientras realizaban sus labores en las organizaciones a las que pertenecen. La observación participante consistió en acompañar en dos ocasiones a distintos grupos de promotoras tanto de OGs como de ONGs a realizar el recorrido de trabajo diario que hacen en sus comunidades y participar con ellas en los hogares brindando información

sobre la campaña de salud vigente en aquel momento (salud sexual y reproductiva y dengue).

Se realizó con la finalidad de registrar el contenido y la forma de la interacción verbal entre los sujetos (promotora, personal de organización y la comunidad), así como la conducta no verbal, que incluye gestos, posturas, mímica, etc. También en observación se intentó identificar los valores, costumbres y rutinas en sus comportamientos y el contenido y la forma de interacción verbal con la entrevistadora en diferentes situaciones y diferentes tiempos. El resultado obtenido no se utilizó con la finalidad de generalizar el comportamiento de las promotoras de salud, sino como ayuda para complementar la información obtenida durante sus entrevistas.

Se pudo constatar la manera en que hacen uso de sus habilidades y en que interactúan con la comunidad. Los elementos con los cuales se analizaron los registros de observación, fueron en base a las características de relación con las personas a las que otorgan el servicio, algunas de sus habilidades técnicas, así como las actitudes que mostraron mientras realizaban su trabajo. Estos resultados fueron integrados durante el análisis de las entrevistas a manera de complemento.

## **2.2 La entrevista como técnica de estudio**

La entrevista en su concepto más simple es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados o informantes) para obtener datos sobre un problema determinado y que presupone la posibilidad de interacción verbal (Rodríguez y García, 1999). En la investigación social esta interacción puede adoptar la forma de un diálogo coloquial con el propósito claro de obtener

descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas para lograr interpretar fidedignamente el significado de estos fenómenos descritos (Kvale, 1996). Lo anterior quiere decir que la relevancia de esta técnica radica en la posibilidad de dirigirse hacia una comprensión de las perspectivas expresadas por los y las informantes a través de sus propias palabras y no meramente la obtención de datos que puedan ser contabilizados.

En el proceso de recolectar información se utilizó la entrevista debido a que esta técnica permitió establecer de manera práctica una relación vivencial con los y las informantes, favoreciendo la tarea de indagar en los temas que eran de interés tanto para las promotoras como para los objetivos de esta investigación. Otra razón para utilizar la entrevista fue debido a que para describir el proceso de formación de las promotoras es necesario conocer información de hechos que ocurrieron en el pasado y en diversos contextos socioculturales a los cuales solo se tiene acceso a través de lo que los y las informantes revelan. Sin embargo el motivo de mayor importancia metodológica es que la entrevista como técnica cualitativa permite “explorar los diversos puntos de vista representantes de las diferentes posturas que pudieran existir en torno a lo investigado” (Blasco y Otero, 2008), es decir, que a través de esta técnica se logra conocer la manera en que los actores sociales perciben e interpretan el contexto en el que se desenvuelven y así poder explicar determinados comportamientos.

La entrevista fue de tipo semiestructurado que consiste en una técnica donde las preguntas son definidas previamente con un guión para orientar las preguntas de manera oportuna y en dirección a los temas que se considera relevantes pero “la secuencia así como su formulación pueden variar en función de cada sujeto entrevistado” (*Ídem*, 2008, 3) lo que permitió que se añadiera nuevas preguntas para profundizar en los temas que resultaron

de interés para los fines de esta investigación, por ejemplo el tema referente a los hombres promotores de salud o a las dificultades que enfrentan las promotoras para llevar a cabo su capacitación. La guía de entrevista elaborada será descrita a detalle en el apartado siguiente.

Por otra parte, resulta oportuno señalar que las respuestas de los y las informantes no fueron prefijadas o estandarizadas sino que se ofreció un espacio de tiempo durante el cual los y las informantes pudieran expresarse de manera libre en sus respuestas, esto con la finalidad de enriquecer la información no solo en el plano verbal, sino también sumando a los datos la observación de sus movimientos, escuchando el tono y volumen de su voz, permitiendo las pausas o apresuramientos en sus discursos, con la finalidad de conocer su percepción sobre la manera en que se desenvuelven en su trabajo como promotoras y respecto al proceso en el que se han ido formando. Para Martínez (2006) el contexto verbal permite motivar al interlocutor, elevar su nivel de interés y colaboración, reconocer sus logros, reducir las exageraciones y distorsiones, estimular su memoria, aminorar la confusión o ayudarlo a explorar, reconocer y aceptar sus propias vivencias preconscientes. Este autor define las características de la entrevista en investigación cualitativa con diversos aspectos, como se muestra a continuación en el siguiente cuadro:

Cuadro 7.  
Características de la entrevista de investigación cualitativa.

<b>Aspectos</b>	<b>Descripción</b>
<b>Mundo de vida</b>	El tópic de la entrevista es el mundo de la vida cotidiana del entrevistado y su relación con él.
<b>Significado</b>	La entrevista trata de interpretar el significado de los temas centrales del mundo de vida del sujeto. El entrevistador registra e interpreta tanto el significado de lo que se dice como también el modo en que se dice.
<b>Cualitativa</b>	La entrevista busca el conocimiento cualitativo expresado en lenguaje normal y no la cuantificación del mismo.
<b>Descriptiva</b>	La entrevista intenta obtener descripciones abiertas y matizadas de diferentes aspectos del mundo de vida de los sujetos.
<b>Especificidad</b>	Se producen descripciones de situaciones específicas y secuencias de acción, y no opiniones generales.
<b>Ingenuidad deliberada</b>	El entrevistador exhibe apertura hacia los fenómenos nuevos e inesperados, en lugar de tener categorías ya listas y esquemas de interpretación.
<b>Centrada</b>	La entrevista está centrada en temas particulares; no está ni estructurada estrictamente con preguntas estandarizadas, ni es enteramente no directiva.
<b>Ambigüedad</b>	Las afirmaciones del entrevistado pueden ser alguna vez ambiguas, reflejando las contradicciones del mundo en que vive.
<b>Cambio</b>	El proceso de ser entrevistado puede producir nuevas intuiciones y tomas de conciencia y el sujeto durante el curso de la entrevista puede cambiar sus descripciones y significados acerca del tema.
<b>Sensibilidad</b>	Diferentes entrevistadores pueden presentar diversas proposiciones acerca del mismo tema, dependiendo de su sensibilidad y conocimiento del tópic de la entrevista.
<b>Situación interpersonal</b>	El conocimiento obtenido es producido por la interacción interpersonal en la entrevista.
<b>Experiencia positiva</b>	Una entrevista de investigación bien llevada puede ser una experiencia enriquecedora para el entrevistado, ya que puede obtener nuevas intuiciones acerca de la situación de su vida.

Fuente: Martínez, M. 2006. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México. Editorial Trillas.

Debido a que la investigación plantea el interés de conocer los diversos contextos en que ocurre la formación de los y las promotoras a través de la voz de los actores, las entrevistas fueron diseñadas para incluir los aspectos de la entrevista cualitativa mencionados en el cuadro anterior. Estuvieron centradas en temas particulares pero no estructuradas rígidamente permitiendo que las entrevistadas pudieran expresarse libremente y existiera la posibilidad de que surgieran nuevas preguntas o temas relevantes para describir de mejor manera el proceso de formación de las promotoras. Lo anterior se

relaciona a que no hubo una sucesión estricta de preguntas dirigidas ni se fijaron categorías o esquemas de interpretación y análisis antes de concluir con las entrevistas.

A través de este tipo de entrevista se logró obtener información cualitativa, descriptiva y específica sobre las historias, anécdotas, valores, visiones y evaluaciones personales de los grupos y programas de formación en los que participan, constituyendo el trasfondo cultural e ideológico del grupo de promotoras de salud estudiado. Cabe aclarar que las promotoras reaccionaron de manera favorable a la entrevista, durante ésta mostraron una actitud de disposición para contestar de manera amplia y reflexiva cada una de las preguntas. Las cuestiones en que más extendieron el tiempo de sus respuestas fueron aquellas respecto a su proceso de formación informal y a su participación en la comunidad. El primer tema incluyó las preguntas sobre las características que consideran debe tener una promotora, la percepción de diferencias entre las promotoras de salud y otro personal de salud, el inicio de su participación en promoción de la salud y los cambios que han vivido a partir de su labor como promotoras. El tema de participación comunitaria incluyó preguntas sobre la relación que llevan con la comunidad y los logros a nivel comunitario que han obtenido durante su experiencia.

Para mostrar la vida cotidiana de los y las promotoras, las preguntas giraron alrededor de las actividades que realizan en la comunidad y la relación que llevan con las organizaciones en las que laboran. Para interpretar el significado que las promotoras otorgan a sus vivencias cotidianas, se preguntó sobre su autodefinición como promotoras de salud, su motivación para continuar laborando y sobre los beneficios personales que obtienen. En algunos casos la pregunta sobre los aspectos de su vida que consideran han

cambiado a partir de su trabajo como promotoras provocó nuevas tomas de conciencia expresándolo a través de comentarios que realizaban respecto a su vida familiar o laboral.

Durante el curso de la entrevista se logró permanecer con una actitud de sensibilidad y respeto que favoreciera la interacción interpersonal durante la entrevista y resultara una experiencia positiva e integradora tanto para la entrevistada como para la entrevistadora. Para lograr la empatía, las entrevistas se llevaron a cabo de la siguiente manera:

- Durante la entrevista se mantuvo contacto visual con las promotoras.
- Se moduló el tono y la velocidad de la voz en concordancia a la entrevistada.
- No se interrumpió su discurso.
- Se respetaron sus silencios.
- Se mantuvieron posturas corporales similares a la entrevistada.
- Se limitó el número de preguntas a las estrictamente necesarias y se evitaron preguntas que pudieran invadir su intimidad.
- Se propuso que ellas establecieran la fecha, hora y lugar de la entrevista.
- Se realizó un número de preguntas adecuado al tiempo estimado de una hora y se puso atención a las señales de fatiga o incomodidad.

Existen otros aspectos relacionados al desarrollo de la entrevista que son importantes considerar como:

- a) La relación entre entrevistador y entrevistado
- b) La formulación de preguntas
- c) La recolección y registro de las respuestas

d) La terminación del contacto entre entrevistador y entrevistado

Cabe mencionar que antes de comenzarlas entrevistas, se les hizo saber a los y las promotoras que toda la información proporcionada sería manejada de manera confidencial cambiando sus datos personales para evitar que fueran identificadas y que en cualquier momento durante la entrevista tenían el derecho a no contestar alguna pregunta que consideraran incómoda, que invadiera su intimidad personal o a solicitar que cierta información brindada no fuera publicada como parte del análisis y resultados de esta tesis. Antes de ser publicados los resultados de la investigación, se solicitó el consentimiento a cada una de los y las informantes a través de un correo electrónico (ver Apéndice 2), las cuales estuvieron de acuerdo en su difusión.

Respecto a la formulación de preguntas, éstas se elaboraron conforme a la clasificación que hace Patton y se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7

Preguntas en la guía de entrevista de acuerdo a la clasificación de Patton:

Clasificación	Objetivo	Ejemplo
<b>Demográfica o biográfica</b>	Conocer las características de las entrevistadas. Aluden a edad, situación laboral y desempeño como promotoras, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• ¿Existen antecedentes de sanadores, médicos, enfermeras, parteras, curadora, sobadoras o personal de salud en su familia o comunidad? ¿quiénes?</li> <li>• Nombre y tipo de organización para la cual labora (OG u ONG)</li> <li>• Tiempo laborando en esa organización</li> <li>• ¿Trabaja en comunidades ajenas o a la que pertenece?</li> <li>• Tiempo que lleva como promotora de salud</li> <li>• Instituciones u organizaciones en las que se ha desempeñado como promotora</li> </ul>
<b>Experiencia o conducta</b>	Conocer lo que hace o ha hecho una persona. Se busca describir experiencias, conductas, acciones y actividades visibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo fue que inició su participación como promotora?</li> <li>• Técnicas empleadas durante su participación</li> <li>• ¿Ha llevado un programa de formación o certificación como promotora? Tipo de capacitación recibida.</li> <li>• ¿Ha llevado algún tipo de capacitación? ¿En qué consistió? (frecuencia y duración)</li> <li>• ¿Qué cursos o capacitación sobre salud llevó antes de ser promotora?</li> <li>• ¿Ha recibido capacitación en su organización</li> <li>• ¿Ha presentado alguna dificultad para atender su capacitación</li> </ul>
<b>Sentimientos</b>	Recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se siente ligada a la comunidad? ¿Cómo es la relación que lleva con la comunidad?</li> </ul>
<b>Conocimiento</b>	Averiguar la información que el entrevistado tiene sobre los hechos o ideas que estudiamos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Con qué frecuencia recibe capacitación?</li> <li>• ¿Qué duración tiene la capacitación recibida?</li> <li>• ¿Qué temas incluye la capacitación?</li> <li>• Los horarios en que recibe su capacitación ¿considera son adecuados?</li> <li>• ¿En qué lugar recibe la capacitación? ¿Es accesible?</li> <li>• ¿La capacitación recibida tiene algún costo económico? ¿costo promedio?</li> </ul>
<b>Opinión/valor</b>	Conocer el modo en que valoran determinadas situaciones. Así como deseos, intenciones, metas y valores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál considera su mayor motivación para seguir como promotora?</li> <li>• ¿Considera que obtiene un beneficio personal? ¿Cuál?</li> <li>• ¿Considera que su vida ha cambiado a partir de su trabajo como promotora? ¿en qué aspectos?</li> <li>• ¿Cuál es su objetivo como promotora de salud?</li> <li>• ¿Existe algún factor que entorpece o fomenta su participación dentro de la comunidad? ¿Cuál? ¿de qué manera?</li> <li>• ¿Considera que le hace falta capacitación en algún tema? ¿Cuál?</li> <li>• De acuerdo a su experiencia, ¿cuál considera la manera más efectiva de formar a nuevas promotoras?</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a esta clasificación, las preguntas de la guía de entrevista, exceptuando las que se refieren a la experiencia sensorial, quedaron divididas de la manera que se mostró en la tabla anterior. Estas preguntas surgieron a partir de las entrevistas de un primer pilotaje realizado a informantes clave, así como también de la revisión del estado del arte.

Dentro de las entrevistas cualitativas pueden plantearse al menos tres tipos de cuestiones: descriptivas, estructurales y de contraste. Al plantear preguntas descriptivas el objetivo del entrevistador es conocer el contexto en el que el entrevistado realiza sus actividades cotidianas (Spradley 1979; citado en Rodríguez y García, 1999) Las preguntas estructurales se realizan para comprobar las explicaciones extraídas de los y las informantes a partir de entrevistas anteriores, este tipo de cuestiones permiten al entrevistador comprobar sus interpretaciones. Por último las preguntas de contraste se llevan a cabo para extraer diferencias entre los términos aplicados por un informante como parte de una misma categoría. Para fines de este estudio, se enfocará el interés en las preguntas de tipo descriptivas las cuales se pueden diferenciar en cinco modalidades que se sintetizan en la tabla siguiente:

Tabla 8  
Preguntas de tipo descriptivo en el guion de entrevista

Modalidad	Objetivos	Ejemplo
Gran recorrido	Describir características significativas de una actividad o escenario social. Se refieren a espacio, tiempo, hechos, personas, acciones y objetos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo fue que inició su participación como promotora de salud?</li> <li>• ¿Considera que su vida ha cambiado a partir de su trabajo como promotora? ¿en qué aspectos?</li> <li>• ¿Existen antecedentes de sanadores, médicos, enfermeras, parteras, curadora, sobadoras o personal de salud en su familia o comunidad? ¿quiénes?</li> <li>• ¿Cómo es la relación que lleva con la comunidad? ¿Se siente ligada a la comunidad?</li> <li>• ¿Existe algún factor que entorpece o fomenta su participación dentro de la comunidad? ¿Cuál? ¿de qué manera?</li> </ul>
Mini recorrido	Características de actividades o escenarios limitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y tipo de organización para la cual labora (OG u ONG)</li> <li>• Técnicas empleadas durante su participación</li> <li>• ¿Qué duración tiene la capacitación recibida?</li> <li>• ¿Qué temas incluye la capacitación?</li> </ul>
Lenguaje nativo	Expresar ideas con palabras y frases cotidianas del informante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a su experiencia, ¿cuál considera la manera más efectiva de formar a nuevas promotoras?</li> </ul>
Experiencia	Aproximarse a prácticas y circunstancias del informante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál considera su mayor motivación para seguir como promotora?</li> <li>• ¿Considera que obtiene un beneficio personal? ¿Cuál?</li> <li>• ¿Considera que su vida ha cambiado a partir de su trabajo como promotora? ¿en qué aspectos?</li> <li>• ¿Cómo es la relación que lleva con la comunidad? ¿Se siente ligada a la comunidad?</li> <li>• ¿Existe algún factor que entorpece o fomenta su participación dentro de la comunidad? ¿Cuál? ¿de qué manera?</li> <li>• Logros durante su experiencia como promotora de salud</li> <li>• ¿Cuál es su objetivo como promotora de salud?</li> <li>• ¿Ha llevado un programa de formación o certificación como promotora? Tipo de capacitación recibida</li> </ul>
Ejemplo	Aclarar un suceso del informante a través de ejemplos o referentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha llevado algún tipo de capacitación? En qué consistió? (frecuencia y duración)</li> <li>• ¿Considera que le hace falta capacitación en algún tema? ¿Cuál?</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas de gran recorrido en la entrevista son aquellas que incluyen la descripción de las actividades, escenarios y personas significativas en el proceso de formación de las promotoras. Se refieren a espacio, tiempo, hechos, personas, acciones y objetos. Mientras que las preguntas de mini recorrido presentan el mismo formato pero se

refieren a una amplitud más limitada de hechos, actividades, objetos, etc., tal como se describe en la siguiente tabla:

En las preguntas sobre lenguaje nativo se le pidió al informante que expresara sus ideas sobre este término utilizando las palabras y frases más comunes para describir qué necesidades formativas tienen, mientras que las preguntas de experiencia se hicieron para aproximarse a las prácticas que las afectan. Las preguntas ejemplo surgen de algún acto o suceso identificado por el informante y con la cual se solicita una aclaración a través de un referente (Spradley 1979; citado en Rodríguez, 1999).

Todas las entrevistas se grabaron, lo que permitió registrar con fidelidad todas las interacciones verbales entre el entrevistador y entrevistado. Por cuestiones éticas se solicitó de manera verbal la autorización a los y las informantes momentos antes de iniciar la entrevista, resaltando la importancia de sus declaraciones, con el compromiso de apagar la grabadora si el informante lo solicitaba. No hubo menor inconveniente por parte de los y las informantes con el uso de esta herramienta durante las entrevistas.

Durante la terminación de las entrevistas, se insistió a las y los informantes sobre la importancia de que agregaran alguna opinión o información que consideraran importante y que no se hubiera tocado durante la entrevista. La mayoría de las promotoras aprovecharon este espacio al final para señalar los temas que le habían parecido más interesantes o mostrar su disposición para una próxima entrevista.

### **2.3 La observación participante**

Es importante señalar que la recolección de datos en la investigación cualitativa puede llevarse a cabo mediante la técnica de la entrevista, aunque en ocasiones se puede obtener información más precisa o contextual observando a los y las informantes mientras se desenvuelven en su ambiente cotidiano.

La observación permite obtener información sobre un fenómeno tal y como éste se produce. Donde se sospeche una desviación o distorsión en el recuerdo que afecte a los datos, es preferible utilizar la observación, ya que muchos sujetos o grupos no conceden importancia a sus propias conductas, escapan a su atención o no son capaces de traducirlas a palabras (Rodríguez y García, 1999).

La observación participante se puede considerar como un método interactivo que requiere la implicación del investigador en el fenómeno observado, lo cual supone participar en la vida social, adoptar diversos roles o papeles durante esta interacción y compartir las actividades de la persona o el grupo observado. Para Zapata (2005) este tipo de observación se debe realizar en el hábitat natural del informante, con la mínima o sin ningún tipo de intrusión con el objetivo de recoger sistemáticamente los datos de interés. Es importante considerar que la observación al ser realizada por personas, cuenta con los sesgos de la personalidad, cultura y percepción del observador. Este hecho no debiera ser negado, sino que lo recomendable es incorporarlos para tratar de minimizar el sesgo de cualquier índole. Desde este punto de vista, resulta fundamental el mantener una posición lo más neutra posible respecto a las ideas y valores expresados por nuestro informante, de manera que nuestro papel como observadores sea reflejar de manera acertada su visión y la

interpretación de su mundo. Lo anterior puede lograrse si mantenemos una postura de apertura y respeto, reconociendo que nuestros juicios de valor y opiniones pueden ser diferentes de otra persona, sobre todo considerando la amplia variedad de factores sociales, psicológicos, históricos, etc., que influyen en el desarrollo de una persona y en su manera de percibir el mundo.

La etapa de la recolección de datos en la investigación cualitativa termina cuando se considera que ya se obtuvo información suficiente y de calidad para emprender una sólida categorización o clasificación que pueda aportar al análisis, interpretación y teorización para conducir a resultados valiosos (Martínez, 2006). En la presente investigación se consideró como indicador la saturación teórica, es decir que las respuestas de las promotoras no revelaran información nueva. Posteriormente se realizaron las transcripciones de las entrevistas utilizando el paquete informático Microsoft Word Office 2010. Las entrevistas de los y las informantes fueron organizadas de acuerdo al tipo de organización al que pertenecían. La etapa de transcripción duró aproximadamente una semana considerando que en las entrevistas iniciales se tuvo dificultad para el adecuado manejo de la grabadora de audio, lo que ocasionó que el volumen en ocasiones fuera inaudible, por lo cual fue necesario transcribir las primeras entrevistas con detenimiento.

Con la información recabada, se procedió a realizar categorías de análisis con base en los objetivos específicos de esta investigación, que permitieron establecer las principales características de los y las promotoras de salud, las habilidades necesarias, la manera en que ellos se definen, las funciones que cumplen dentro de la comunidad, así como su percepción respecto al personal de salud y a las organizaciones para las cuales trabajan.

### **Capítulo 3.**

## **Los promotores y las promotoras como personal de salud: Características, funciones y percepciones**

La promoción de la salud es un tema relevante en México debido al patrón de morbilidad y mortalidad en el que se conjugan tanto enfermedades crónicas como infecciosas y los altos costos que tienen para la salud pública actual. Los cambios sociales, políticos y culturales que se han presentado en las últimas décadas han dado origen a importantes cambios en el perfil epidemiológico en el cual las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes representan la primera causa de muerte en el país a la par que las enfermedades infecciosas no se han logrado reducir por completo. Como parte de las medidas emprendidas por las instituciones de gobierno para cumplir con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (Gobierno Federal, 2007) en materia de salud así como por distintas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que enfocan sus esfuerzos en lograr una mayor cobertura de servicios y una mejor atención sanitaria para la población, se han diseñado y ejecutado programas comunitarios de promoción de la salud dentro de los cuales resulta fundamental el trabajo realizado por las promotoras. Ellas llevan a cabo una serie de importantes funciones para el logro de los objetivos de estos programas, mostrando además una gama de características y habilidades que resultan convenientes para realizar sus labores.

El potencial que tienen los programas que se fundamentan en el trabajo de las promotoras es muy prometedor dado que garantizaría la transmisión de conocimientos preventivos con un sentido y significado pertinente para las comunidades y poblaciones participantes. Es de esperarse que en la región y a nivel nacional se logren consolidar

dichos programas para extender los programas de prevención primaria y secundaria de enfermedades crónicas no transmisibles y así disminuir el peso de dichas enfermedades.

Como ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la promoción de la salud es un proceso orientado hacia el objetivo de que las personas tomen medidas para mejorar su salud. Esto se realiza mediante el fortalecimiento de las aptitudes y capacidades de los individuos y de las comunidades para actuar conjuntamente y lograr controlar los factores determinantes de su salud. Con base en esto, se llevó a cabo un análisis sobre las características y funciones que llevan a cabo las promotoras de salud así como la manera en que ellas se autodefinen como personal de salud. Por otra parte se describe la percepción que se ha generado entre las promotoras respecto a su identidad como personal sanitario. Por lo tanto, el objetivo de este apartado es:

- 1) Describir las características de las promotoras de salud que participaron como informantes en este estudio, respondiendo a las preguntas: ¿Quiénes son?, ¿qué hacen?, ¿cómo se autodefinen?, ¿cómo se perciben dentro del personal de salud?, ¿qué las distingue de otro personal sanitario que realiza promoción de salud?
- 2) Resaltar los puntos de convergencia entre los distintos discursos generados por los y las informantes.

### **3.1 Características de los y las promotoras de salud**

Una promotora de salud es una trabajadora en salud pública que es miembro de confianza y/o tiene un inusual conocimiento de la comunidad a la que sirve, lo que le permite servir de intermediaria entre los servicios de salud y la comunidad para facilitar el acceso a los

servicios y mejorar la calidad y competencia cultural de los servicios entregados (Departamento de Salud Pública de Massachusetts, 2009) A continuación se muestra información sobre la experiencia de formación y condiciones de trabajo que presentan las promotoras seleccionadas como informantes para este estudio, tanto las que laboran en organización gubernamental como no gubernamental. Sus nombres han sido cambiados con el consentimiento de los y las participantes:

Tabla 9.  
Características de las promotoras informantes en las ONGs en Hermosillo

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Estela</b>	<b>Darí</b>	<b>Conrado</b>
<b>Edad</b>	63 años	50 años	47 años	51 años	32 años
<b>Grado de estudios</b>	Auxiliar de enfermera	Maestría	Carrera técnica	Secundaria y carrera técnica.	Maestría
<b>Tiempo de promotor(a)</b>	30 años	28 años	23 años	10 años	10 años
<b>¿Vive en la comunidad?</b>	No	No	No	Si	No
<b>Giro de la ONG</b>	Religiosa, atención a indígenas.	Atención a la mujer.	Microfinanciera, atención a la mujer y medio ambiente.	Asociación civil, atención familiar.	Asociación civil.
<b>Antigüedad laboral en la ONG</b>	30 años	2 años	23 años	10 años	10 años
<b>Tipo de intervención</b>	Educativa, sobre enfermedades respiratorias, digestivas, etc.	Educativa y de organización para nutrición, hierbas, primeros auxilios, salud de la mujer y prevención de violencia.	Capacitación para transformación de hierbas a medicinas, preparación de huertos hortícolas, etc. Educativa y de organización sobre género, salud, violencia, derechos humanos y medio ambiente.	Educativa, sobre sexualidad, prevención de cáncer, diabetes, comunicación, equidad de género y programación neurolingüística	Capacitación para la prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
<b>¿Recibe sueldo?</b>	No	Si	Si	No	No
<b>Certificación</b>	Si	Si	No	No	No

Fuente: Elaboración propia.

Las promotoras seleccionadas como informantes son en su mayoría mujeres con un promedio de edad de 49 años y una escolaridad a nivel superior de maestría y media a nivel técnica. La experiencia que tienen en promoción de la salud es de 20 años en promedio y 17 años de antigüedad en la organización que participan actualmente. Solamente una promotora pertenece a la comunidad en la que labora y 2 mujeres cuentan con un salario por su trabajo como promotoras. Dos promotoras están certificadas, una por el Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, CENAMI y otra por el Patronato de Medicina Social Comunitaria, A. C.

Tabla 10.

Características de los y las promotoras informantes en las organizaciones gubernamentales de Hermosillo

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>	<b>Lucía</b>
<b>Edad</b>	29 años	44 años	44 años	55 años	35 años
<b>Grado de estudios</b>	Licenciatura trunca en ingeniería	Licenciatura	Secundaria	Carrera técnica	Licenciatura
<b>Tiempo de promotor(a)</b>	3 años	12 años	26 años	35 años	7 años
<b>¿Vive en la comunidad?</b>	No	No	No	No	No
<b>Sector de la OG</b>	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud
<b>Antigüedad en la OG</b>	4 años	25 años	12 años	37 años	7 años
<b>Tipo de intervención</b>	Educativa, para la prevención de enfermedades crónicas, diabetes, hipertensión.	Detección: Medidas antropométricas, antígeno prostático, etc. y educativa, para la prevención de diabetes, hipertensión y otras enfermedades.	Educativa, para la prevención de accidentes viales, accidentes en casa. Capacitación para intervenir en caso de picaduras de animales, quemaduras, etc.	Vacunación y promoción de vacunas y detección de enfermedades.	Promoción de los servicios de salud mental, Educación para la prevención de violencia, adicciones, infecciones respiratorias, diarreas, ginecología y anticoncepción.
<b>¿Recibe algún sueldo?</b>	Si	Si	Si	Si	Si
<b>Certificación</b>	No	Si	No	No	No

Fuente: Elaboración propia.

Los y las promotoras de salud seleccionadas como informantes en Organizaciones Gubernamentales (OGs) está conformado en su mayoría por mujeres de 44 años como media, con una escolaridad a nivel superior de licenciatura, llama la atención que una de las promotoras no cubre con el grado de escolaridad establecido en el perfil de la Secretaria de Salud, que es técnico de educación media superior en salud y en hospitales o bien contar con una licenciatura en ciencias de la salud, sin embargo en la historia de formación de la promotora se expone que ella participaba en un comité de salud de su colonia y debido a su experiencia fue invitada por la Secretaria de Salud para el proyecto de casas saludables y, posteriormente, contratada como promotora.

Todo el personal de promoción seleccionado es ajeno a la comunidad con la cual trabaja. Uno de los promotores está certificado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el 100% del personal recibe un sueldo a cambio de su labor realizada.

De manera general se pueden establecer algunas diferencias en las características de los y las promotoras seleccionadas como informantes a partir del tipo de organización al que pertenecen y contextualizarlas a partir de una perspectiva de género.

Tabla 11.  
Características promedio de los y las promotoras seleccionadas como informantes en este estudio

Características promedio	OG		ONG	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad	45	49	32	52
Tiempo de promotor(a) en años	15	22	10	22
¿Vive en la comunidad?	0	0	0	1
Años en organización	14	16	10	18
Cantidad de personas con sueldo	2	3	0	2
Certificación	1	0	0	2

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los y las promotoras seleccionadas en ambos tipos de organización es de sexo femenino, sin embargo, se observó durante el trabajo de campo que en las OGs

existe mayor cantidad de hombres promotores. Existe mayor diferencia de edad entre géneros en las ONGs siendo la edad promedio de las mujeres 52 años y 32 para el hombre. La antigüedad de los y las promotoras en las OGs es de 15 años en promedio y de 14 años para las promotoras que laboran en no gubernamentales. Una promotora que labora en una organización no gubernamental trabaja en su propia comunidad, mientras que ni hombres ni mujeres de las OGs pertenecen a la comunidad en la cual trabajan.

Este estudio no tiene como objetivo generalizar estos resultados, sin embargo es interesante señalar que a pesar de que existen más mujeres promotoras de salud en las organizaciones, en porcentaje los hombres cuentan con mayor escolaridad y sobre todo con mayor certificación (33%) que las mujeres (28%). Respecto a la certificación, son las mujeres que trabajan en Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) quienes cuentan con certificación, resultando paradójico que son ellas mismas quienes no reciben un salario por su trabajo realizado en la comunidad. Lo anterior resulta coherente conforme se señala en la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Adelaide (OMS, 1998) en cuanto a que las redes de mujeres deben recibir más reconocimiento y apoyo de las instituciones establecidas, ya que de otro modo su trabajo como promotoras aumenta la inequidad.

Tabla 12  
Características de las promotoras de salud en ONGs de Tijuana, B.C.

<b>Características</b>	
<b>Sexo</b>	
Hombres	4
Mujeres	117
<b>Edad promedio</b>	42 años
<b>Tiempo de promotor(a)</b>	
Menos de un año	21.5%
Más de un año	25.6%
<b>Escolaridad</b>	
Educación Básica	82%
Educación Media	25%
Educación Superior	6%
<b>Recibe sueldo</b>	
Siempre	43.8%
Muy seguido	8.3%
Algunas veces	23.1%
Rara vez	7.4%
<b>Certificación</b>	61.2%

Fuente: Elaboración propia con información de Alfaro *et al.*, 2010.

Tomando como referencia los resultados de un estudio en Tijuana (Alfaro *et al.*, 2010) con una muestra de 121 promotoras de salud que trabajan en organizaciones sociales civiles, se pueden encontrar similitudes respecto a algunas características con las promotoras de este estudio en Hermosillo. La más clara es en cuanto al sexo de las promotoras, ya que predominan también las mujeres (117 mujeres y 4 hombres). La media de edad es de 42 años para las promotoras en Tijuana y de 45 para nuestra muestra en Hermosillo. Respecto a la escolaridad, la mayoría en Tijuana tienen educación básica y media y sólo una cantidad menor de promotoras tienen estudios superiores. La muestra en Hermosillo cuenta con una escolaridad superior y media, ya que 3 personas cursaron licenciatura, 2 tienen maestría y 4 hicieron una carrera técnica. La mayoría de las promotoras en Tijuana siempre recibe algún tipo de compensación por su trabajo (43.8%), mientras que en las ONGs de Hermosillo solamente dos de las promotoras reciben un sueldo. Otra diferencia encontrada es que una gran parte de las promotoras en OSC de

Tijuana cuentan con una certificación (61.2%) lo cual probablemente es derivado de la existencia del diplomado en esa ciudad, mientras que en Hermosillo en promedio con nuestra muestra seleccionada, el 30% está certificado. Esta tendencia a certificarse pudiera incrementarse en Hermosillo de existir mayor oferta académica que avalara la formación de las promotoras.

Las características de las promotoras varían dependiendo de diversos factores, generalmente estos factores se relacionan con la perspectiva ideológica de la organización que diseña el programa, así como también respecto a la visión que se tenga sobre el concepto de promoción de la salud, su finalidad y la manera de llevarla a la práctica.

Para Alfaro *et al* (2010) la construcción de la identidad de las promotoras surge a partir del proceso de intervención comunitaria estructurada desde las iniciativas de las organizaciones sociales civiles que les brindan contenido y formación continua. La identidad entendida como un conjunto de rasgos que distinguen o confirman la similitud entre las promotoras puede ser constituida también por las instituciones de salud gubernamentales que definen el perfil de ingreso para el personal promotor de salud y también ser desarrollado y legitimado con base en las pautas culturales durante el contacto con la comunidad.

La Secretaria de Salud en México define tres tipos diferentes de promotores que brindan directamente los servicios a la comunidad: promotores gubernamentales, promotores voluntarios que son definidos como de la propia comunidad y otro personal gubernamental que colabora con los promotores, tales como médicos o enfermeras (SSA 2001, 37). Para los promotores voluntarios de la comunidad no se describen las

características a presentar o las cualidades deseadas, mientras que para los promotores gubernamentales se desarrollan una serie de requisitos con los que el aspirante a promotor debe cumplir (Ver cuadro 6). Lo anterior se percibe como una manera de desvalorizar a la figura del promotor que surge como parte de la comunidad y restar importancia a la información que pudiera aportar con el conocimiento que tiene sobre la comunidad, otorgando mayor jerarquía o autoridad al promotor que es ajeno a la comunidad pero que forma parte de una organización gubernamental.

Por otra parte, los y las promotoras de salud en las OGs realizan actividades administrativas que no siempre se relacionan con la promoción de salud, lo cual impide que lleven a cabo sus funciones dentro de la comunidad, como describió Jorge:

“Yo soy persona poli funcional, lo que quiere decir que cuando alguien se ausenta por equis razón, incapacidad o cualquier cosa, si es de mi área (centro de salud) yo lo cubro, entonces muchas veces no puedo estar fuera de la unidad (salir a la comunidad) por cuestión de que falte algo, entonces a veces no puedo ser muy libre (para hacer mis actividades de promoción)” Jorge, OG.

Se observa también en el perfil para ser promotor(a) de salud que resulta primordial poseer estudios formales de técnico de educación media superior en salud o de licenciatura en ciencias de la salud, dando preferencia al grado académico que las promotoras han cursado, más allá de otras habilidades personales y sociales de la promotora, como el conocimiento particular que tiene sobre su comunidad o la experiencia de trabajo con una población específica. Por otra parte, aunque resulta preferente el ser bilingüe en las zonas de trabajo con indígenas, este requisito no es condicional para obtener un puesto como promotor, aunque en la práctica sí resulte fundamental, tal como lo muestra la experiencia de una promotora:

”Hicimos un proyecto que tuvo que ver con formar promotoras por el cuidado del medio ambiente, mujeres del poblado Miguel Alemán, el cual fue un poco difícil, precisamente porque no hablan ellas español y teníamos que tener un traductor y unas cosas ahí y no llegamos a concluirlo”. Marcela, ONG.

El perfil anterior requiere que las promotoras de salud tengan que presentar un grado de escolaridad que no necesariamente refleja las habilidades, aptitudes y competencias que en la práctica ellas mismas consideran cruciales para el desarrollo de su trabajo en la comunidad, tal como lo mencionó en reiteradas ocasiones una promotora que no cumple con el requisito de grado escolar para continuar con su formación formal:

“Una limitación muy grande mía, es no tener licenciatura. No estudie más allá, entonces no puedo hacer una especialidad, menos una maestría, menos el doctorado, entonces yo creo que ha sido en la práctica (que he aprendido) y mucho tiene que ver esta participación dentro de muchísimos eventos de capacitación”. Estela, ONG.

“Nunca he estado en un diplomado ¡jamás! ni en un seminario, nunca me ha tocado porque casi siempre han tenido un valor, un costo y yo no he tenido para cubrirlo ni la organización, a veces quiero ir pero también hay otra limitación: el que te piden requisitos, el que seas licenciado y te piden una licenciatura” Estela, ONG.

Por otra parte, resulta relevante que la mayoría del personal de promoción son de sexo femenino, lo cual pudiera explicarse con el hecho de que culturalmente la mujer ha tomado un papel crucial en el cuidado de la salud dentro de la sociedad, aunque ya hay hombres jóvenes que trabajan como promotores de salud. Las posibles razones que dificultan la formación y participación de mayor cantidad de hombres desde el punto de vista de un promotor es el factor cultural, como expresó Jorge:

“...no sé, quizá pueda ser machismo a lo mejor. Vivimos en México. No tendría una respuesta, pues aquí es al revés, aquí (en la SSA) hay más hombres que mujeres promotoras, son tres hombres y una mujer” Jorge, OG.

Desde la práctica de formación de promotores hombres, las dificultades para iniciar o concluir con el programa completo es el hecho de que poseen una responsabilidad como

proveedores en el hogar, dando prioridad al trabajo remunerado. Al respecto, una capacitadora de promotores comentó:

“Se han graduado solamente tres promotores varones. Han ingresado en algunas generaciones, pero no, sobre todo porque algunos han sido jóvenes que han tenido que chambear porque tienen familia, entonces su prioridad es esa. Aunque ellos siguen haciendo su labor comunitaria. Los que han entrado después no le han dado la continuidad, en el segundo nivel salen porque consiguen otro trabajo o en el trabajo les cambian el horario y entonces la prioridad es llevar de comer a su casa. Siempre hay más mujeres trabajando en el área de promoción (González V. comunicación personal 2011).

Debido al perfil epidemiológico de nuestro país, se hace prioritario involucrar a los hombres en la promoción de la salud. Por lo tanto, es necesario aplicar nuevas estrategias para abordar a los hombres e invitarlos a participar como promotores. Al respecto Imelda, coordinadora de otras promotoras comentó:

“Cuando las promotoras abordan los hogares, al mencionar el tema de salud, los hombres llaman a sus esposas para que ellas las atiendan... mi objetivo como promotora es llegar también a los hombres y jóvenes y el hecho de que en esta organización el tema sea salud sexual, pues las promotoras se sienten tímidas o avergonzadas de hablar sobre sexualidad con hombres. Eso sería un trabajo pendiente que realizar con las promotoras para evitar este tipo de barreras en la inclusión de los hombres” (Imelda, ONG).

Lucina, coordinadora de proyectos comunitarios de una ONG (comunicación personal, 2011) mencionó que la cuestión laboral y económica es la principal dificultad para que existan hombres promotores, ya que en caso de la mujer, la mayoría son vendedoras de catálogo de varios productos, por ejemplo Avon o *Mary Kay* lo que ayuda a resolver sus problemas de ingreso.

Otro grupo de la población en el que se podría mejorar el abordaje, es con niños y jóvenes, pues como menciona un promotor, el trabajar técnicas de promoción de la salud con ellos ha resultado una eficaz estrategia para impactar en la familia, como compartió Gustavo:

“(Una técnica es mostrar) carteles hechos por ellos mismos. Los alumnos hacen los carteles y los cambiamos de una colonia a otra, en una tienda de abarrotes, en una caseta y eso llama más la atención porque dicen: ¡ay! mi hijo hizo un cartel o mis hijos hicieron estos carteles, y ellos mismos van jalando a la gente para que vayan a leerlo, ¿de qué se trata? ¿de qué se trata? Y así se corre más la voz, en comunidades que no hablan el español, pues a través del teatro guiñol, haces tú todos los monitos y si los monitos lo hacen los niños o las señoras de esa comunidad, pues más atractivo es porque ellas mismas hacen la promoción para que vean la obra y das el mensaje. También la promoción de los huertos familiares. Hacer el huerto en la escuela con los niños y ellos llevan la idea a sus casas y ellos la hacen, muchas veces dicen que no hay agua, pues que se haga chiquito el huerto y puedes regarlo y vas haciendo esa cultura, de que tenemos las verduras y ya estás hablando sobre alimentación y te vas enganchando y te vas enganchando y es una cosa que nunca termina, pero poco a poquito se van haciendo los cambios...” sabemos que esto no es fácil ni es rápido pero poco a poquito empezamos con los niños a nivel de preescolar, primaria y secundaria, en el nivel básico empezamos a dar información, para que esos niños vayan cambiando, es más fácil cambiar un niño que un adulto, ya para un adulto es más difícil cambiar sus ideas, si es posible pero es más difícil” Gustavo, OG.

Uno de los principales dilemas que implica la práctica de la promoción de la salud es resolver si es una condición esencial que los promotores sean originarios o vivan en la comunidad donde trabajan. Werner (1984) señala que el personal sanitario externo genera dependencia, por lo cual cuando se retiran de la comunidad, no existe un seguimiento a las iniciativas realizadas. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia de los promotores en campo es posible también aprovechar la labor de un promotor externo a la comunidad ofreciendo la enseñanza de nuevas maneras de cuidar la salud de acuerdo a las motivaciones, necesidades y recursos de una comunidad, esto depende en mayor parte, de las propias motivaciones del promotor para realizar su trabajo y de sus habilidades para organizar, dirigir, simpatizar y comunicarse en el trabajo con las personas de la comunidad, de manera que sea posible generar nuevos liderazgos que se dediquen no solo a dar seguimiento a los objetivos acordados sino a generar nuevos proyectos de desarrollo para la comunidad. Gustavo y Estela comentaron al respecto:

“Rompe esa cadena (de dependencia), simplemente sensibilizarlos y que si se va el personal del área de salud que ellos continúen con esos programas, eso es lo importante

y esa es la satisfacción que tienes, que ya se fue o ya me fui de esa comunidad y ellos siguieron con las actividades de prevención y promoción de la salud y así vas cambiando las generaciones de las comunidades. Así vamos avanzando poco a poco y agarramos un tema y agarramos otro, y sensibilizarlos sobre todo, que ellos sientan que esos programas son de ellos, no que muchas veces se va el personal de salud y ya hasta ahí quedo” Gustavo, OG.

“Es muy difícil que una persona de la comunidad tenga una autoridad cuando pertenece a ella. Entonces creo que las promotoras de salud van adquiriendo en su proceso de trabajar junto con la comunidad, un liderazgo y una autoridad que no lo logra alguien de la institución (médico o enfermera)... Prácticamente ya estoy haciendo proyectos y dándoles talleres porque los liderazgos que se han formado, son los que le están dando seguimiento a todo. Eso es bien interesante porque vas dejando, vas quitándote tú de algunas tareas que como líder o como promotora tienes y las vas cediendo y eso importante porque también esas compañeras van aprendiendo que en un momento dado tienen que ir formando a otras que son las que van a seguir, yo creo que esa es la clave que hemos tenido como organización, formas y formas promotoras o formar liderazgos, yo te digo, la promotora es una líder, se convierte en una líder”. Estela, ONG.

En este apartado se presentaron las principales características de los y las promotoras de salud seleccionadas y se abordaron las dificultades que surgen alrededor de su perfil en relación al trabajo en la comunidad, pues se observa que a pesar de que los y las promotoras de salud tienen en promedio 20 años de experiencia como tal, su acceso a la formación o capacitación se ve limitado debido a su grado escolar. Otra característica observada, es que solamente tres promotoras están certificadas. Así mismo, una cuestión pendiente de resolver es si las promotoras deben en todo caso trabajar con su propia comunidad. A continuación se presentarán las habilidades que los y las promotoras de salud señalaron fundamentales para su buen desempeño.

### **3.2 Perfil o habilidades necesarias del promotor y la promotora de la salud**

¿Qué convierte a un promotor o promotora en líder?, ¿cuáles tendrían que ser las características ideales de su trabajo? El perfil que los y las promotoras describen para

realizar su trabajo, se muestra orientado a un papel de agentes de cambio, brindando importancia al hecho de que un promotor de salud debe presentar liderazgo, creatividad, iniciativa, empatía y gusto por compartir experiencias con la comunidad, sintiéndose ligadas y manteniendo fuertes lazos de comunicación y compromiso.

Respecto al liderazgo, los y las promotoras coinciden en que la promotora debe conducir o dirigir a otros, como narran Gustavo y Estela:

“Un promotor de la salud yo creo sería un líder, es la base, el pilar, la punta de lanza de la Secretaria de Salud”. Gustavo, OG.

“Es liderazgo con autoridad dentro de la comunidad. Es muy difícil que una persona de la comunidad tenga una autoridad cuando pertenece a ella. Entonces creo que las promotoras de salud van adquiriendo en su proceso de trabajar junto con la comunidad, un liderazgo y una autoridad que no lo logra alguien de la institución” Estela, ONG.

Para ellos, el liderazgo es entendido como sinónimo de autoridad, de cabeza, lo cual conduce a la interpretación de que, aunque se perciba el trabajo en la comunidad como una actividad grupal, básicamente hay un orden jerárquico en el flujo del conocimiento o de la información, en la cual la promotora debe colocarse “en la punta”.

Otro factor tomado en cuenta como parte del perfil ideal de una promotora de salud es la creatividad. Como lo afirma Gustavo:

“...El personal de promoción de la salud tiene que ser muy dinámico, creativo, y no es un trabajo de rutina, sino que tiene que ir más allá, del trabajo que está haciendo” Gustavo, OG.

“Depende también mucho de los programas, por ejemplo presentaciones en *powerpoint* y si no se puede hacer uso de esa tecnología cuando das platicas de dengue entonces usas trípticos o platicas sencillas que la gente pueda entender. Con el programa de embarazadas se usan dinámicas o juegos para explicarles alguna cosa que tienen que cuidar” Jorge, OG.

“No (es) ir nada mas con un libro y estar hable y hable...” Lucero, ONG.

Su percepción de creatividad se centra en la adaptación que tienen que hacer de los materiales que llevan a la comunidad o los recursos didácticos con los que van a “enseñar” y tiene que ver con hacer llegar información clave a la comunidad y que ésta pueda entenderla la mayor cantidad de personas.

¿Quién decide qué se lleva o cómo se lleva ésta información a la comunidad? Al parecer ellas mismas, pues parte de las características que reconocen valiosas en el trabajo de promoción es el tomar la iniciativa, como lo describen Raquel y Conrado:

“Tú ves un folleto y tú ya te basas qué es lo que vas a promover y cómo lo vas hacer. Pues llegando con la gente: “buenas tardes señora” y “¿cómo está?” Y esto y lo otro. Yo soy así de “charalera” y ya le empiezo a explicar, igual en la escuela con los padres de familia me paro y les entrego el folleto y les digo: “señor, ¿me ayuda a participar conmigo? y ya nos vamos metiendo y eso es la promoción” Raquel, ONG.

“No esperar solamente a que llegue la gente aquí o que me solicitan y yo voy. Que tengamos la iniciativa de salir, de tener la capacidad de estudiar y analizar qué sucede a nuestro alrededor, en nuestro contexto para diseñar una estrategia, un plan de acción para llevarlo a cabo con esa población específica, en este lugar, con esta edad, así a grandes rasgos” Conrado, ONG.

Como puede observarse, la iniciativa entendida como sinónimo de acción cuando se descubre alguna necesidad o una información novedosa que convendría llevar a la comunidad, se puede dar en diferentes niveles. La activación para actuar y adaptar contenidos puede ir desde el “análisis del contexto” y “la estrategia” –conceptos que aparecen en el discurso de Conrado, que posee estudios de maestría-, hasta la capacidad para utilizar un recurso valioso –u obligatorio- y desdoblarlo a un lenguaje asequible para la comunidad.

Otro aspecto valorado como un rasgo distintivo del trabajo de promoción es la empatía. Como describen Conrado y Ananda:

“Yo siento que (ser promotor) sí me ha cambiado y me ha dado un panorama, me ha puesto en la situación del otro, ubicarme en la situación del otro ¡ha caray! dices tú”.  
Conrado, ONG.

“Yo creo que lo más importante para mí como ser humano es la gente, y los problemas de la gente. Yo los escucho, los analizo, les doy mi opinión, no el consejo porque no soy nadie para aconsejar, simplemente mi opinión de cómo podría salirles mejor o cómo podrían cambiar su situación, pero eso es decisión de cada quien, cómo va actuar ¿no?”  
Ananda, OG.

Los y las promotoras se reconocen entonces a sí mismas a través de sus actividades cotidianas, capaces de comprender la situación o la realidad que afecta a otra persona, al mismo tiempo que se reafirman como “seres humanos” e identifican que en algún momento su opinión puede ser valorada o puede ayudar a otros.

Esta empatía y relación con las personas, hace que con el paso del tiempo ellas desarrollen un afecto por las personas de las comunidades donde hacen sus actividades, vayan perdiendo el temor y tengan experiencias positivas de aprendizaje que les hace, con el paso del tiempo, minimizar o superar las dificultades que saltan a la vista para una persona que no se dedica a la promoción, como lo describen Ananda y Lucía:

“Yo creo que es cuestión de que te guste, porque hay gente que dice: ¡ay! ¿Cómo andas en el calor con la gente? Y que: ¿para qué? Pero es que es satisfacción más que nada, quizá la Secretaria (de salud) ni cuenta se da de tanto campo que tenemos de acción, ¿no? y de tantas cosas que hacemos y que valoramos” Ananda, OG.

“Cuando yo recién llegue ahí (a la comunidad) ¡me daba miedo! Incluso algunas señoras en específico: ¡ay mamacita querida! me van a pegar una desgredada un día, ¿no? Con el paso del tiempo ha cambiado mucho mi perspectiva, ya me siento pues muy a gusto, conozco a muchas de las señoras, con muchas llevo muy muy buena relación” Lucía, OG.

Las interacciones sociales obligan a que vayan aumentando las habilidades de comunicación con las personas de la comunidad, como describen Ananda y Gustavo a partir de sus experiencias:

“Aprender a escuchar es lo más difícil, a mí lo que más me ha costado trabajo sin duda es poder escuchar y no estar yo dando opiniones antes de terminar, no es un consejero, más que nada somos alguien que retroalimentamos información que la misma gente nos da, entonces debe tener esa sensibilidad con la gente, tener tolerancia... intercambiar opiniones” Ananda, OG.

“Aprendes mucho de la comunidad, nosotros enseñamos pero también aprendemos. Aquí es un binomio que enseño y aprendo y quitas una barrera entre la comunidad, porque dices: “yo no sé nada y ustedes me van a enseñar, lo que no sepan a lo mejor yo sé un poquito” y es la combinación de los conocimientos, porque a lo mejor tu sabes de una manera y yo sé de otra manera y si lo combinamos, lo hacemos mejor. Muchas veces ponemos una barrera de que yo soy el que sé todo y ustedes no saben, no. Aquí todos aprendemos de todos, ellos saben de una manera pero yo sé de otra manera y es de acuerdo a la cultura de la persona.” Gustavo, OG.

La comunicación supone para ellas un espacio abierto de intercambio, en donde “llevan” algo a las comunidades, pero ellos pueden ser capaces de recibir. Y en ese proceso, aumentan sus capacidades sociales y humanas.

En la promoción de la salud, todas las entrevistadas coincidieron en que las interacciones sociales aumentan la capacidad de confianza en las personas de la comunidad, pero ésta se vuelve recíproca pues con el paso del tiempo los y las promotoras también se vuelven más receptivas y afectivas, como lo describieron

Raquel y Lucero:

“Transmitirles confianza primero que todo, para que ellas estén al cien conmigo y apoyarlas en todo lo que ellas necesitan, para el día que yo necesite el apoyo de ellas, ellas puedan apoyarme, así de una manera hacemos un equipo, la comunidad y el sector salud” Raquel, OG.

“... tener carisma, saber hablar, llegar a las personas, saber tratarlas, es una serie de cosas que tiene que cultivar uno para que la gente le tenga confianza y poder trabajar con ellas” Lucero, ONG.

Pero como reconocen, en las interacciones e intercambios de opiniones no siempre pueden estar de acuerdo con lo que escuchan, de modo que una habilidad identificada como parte del perfil ideal del promotor es la imparcialidad, como lo describió Conrado:

“Soy lo suficientemente objetivo. Hay que evitar mucho los juicios de valor, sobre todo brindar la información basada en hechos y registrada en investigaciones que han funcionado. Soy lo más apegado, laico, nada de que diosito, aunque sea creyente, eso es punto y aparte. Tendemos a hacer a un lado las cuestiones religiosas y de creencias...”  
Conrado, ONG.

¿Cuál es la diferencia entre los juicios de valor y la información verídica? ¿Un promotor podría dar –incluso sin pretenderlo– información errónea? Al parecer sí, y la respuesta hacia cuál es la información “adecuada” a transmitir está en el tipo de capacitación que ellas mismas hayan recibido. Como lo expresó Lucía:

“En la comunidad se pueden manejar muchos mitos pero nosotras como promotoras tenemos que darles la respuesta exacta pues, adecuada” Lucía, OG.

Por ello es que la capacitación es básica para ellas, pues forma parte de la misma definición de lo que es y hace una promotora de salud. Como describieron Marcela, Raquel y Estela cuando se les preguntó qué es para ellas un promotor o una promotora de salud:

“Una persona con experiencia y con interés de compartir lo aprendido” Marcela, ONG.

“Persona capacitada en el tema” Estela, ONG.

“...que te gusta pues que estén bien informadas para que no haya tantas enfermedades”  
Raquel, OG.

Ananda y Daría agregan que además de tener que ser precisas y certeras en sus capacitaciones, la información se tiene que adaptar al contexto y la persona misma tiene que mostrarse con disponibilidad al intercambio de conocimientos. Aparece entonces una actitud de servicio y disposición, que puede ir incluso contra las necesidades reales que ellas tengan en su vida personal:

“No lo sabemos todo pero sin duda tiene que tener muchas herramientas en el sentido del trato con la gente. A veces no te puedes dar el lujo ni siquiera de andar de mal humor ¿he? ¡Ni siquiera! ¿Tienes problemas en tu casa? Todo mundo tenemos problemas, pero yo salgo y dejo los problemas en casa y para mí de veras mi trabajo es una terapia ¡de verdad!” Ananda, OG.

“El ir nosotros a enseñarles que el cáncer es curable cuando se detecta a tiempo, el irles inculcando a esas personas que tienen que cuidarse, pues a mí me gusta mucho. No debo sentarme a decirle: “es que tu no haces las cosas como deben de ser” es ser tranquila, de irles diciendo poco a poco y suavemente” Daría, ONG.

La superación de sus propias dificultades diarias para establecer intercambios y acuerdos con la comunidad sólo se puede concebir desde un marco de compromiso. El compromiso es parte esencial del perfil de la promotora, pues todas lo reconocen en sus narraciones como parte indispensable del trabajo, o bien, recurren a sinónimos en sus discursos como “tener conciencia”, “mística” o hacer las cosas “lo mejor que se pueda”:

“(El promotor es una) persona que se preocupa por promover una vida saludable, preocupado por tratar de hacer conciencia a la gente, busca hacer conciencia” Jorge, OG.

“Me va generando la confianza de la gente (porque) saben que ahí se les va atender y se les va atender lo mejor que se pueda, ¿no? entonces sí me considero ligada a mi comunidad. Tratamos de comprometerlas consigo, con su salud, y cuando las vemos que van cada mes, que llevan a los niños con desnutrición, etc. cuando están acudiendo a atenderse y que mucho es trabajo de estarlas jalando, siento que es un logro que hemos tenido, creo que están más pendientes en general de su salud” Lucía, OG.

“Pues yo creo que ser muy humanitaria, tener amor por las personas para poder llegar a ellas, para poder acercarse y poder convivir con ellas y aprender también de ellas. Yo creo en el amor al prójimo. Yo le llamo la mística, ser congruente, tener cariño, tener amor por lo que haces y por la gente para poder hacer las cosas” Lucero, ONG.

El compromiso y la capacidad de manejar situaciones afectivas difíciles, la sensibilidad e incluso ir ganando el afecto de las personas en la comunidad, es lo que logra finalmente inscribirse en la propia identidad de la promoción. Como mencionó Conrado cuando describió “para qué está” él en la comunidad:

“Hay gente que llega y te abraza, que ya no pone límites ni barreras, ya tranquilamente demanda el abrazo, el cariño, el apapacho, la palabra bonita y pues para eso estoy, creo que eso es algo que no lo va hacer su doctor o incluso en su familia no lo hacen y si yo estoy aquí para hacerlo, yo lo hago con todo gusto, me gusta aparte, me gusta ser así” Conrado, ONG.

O como narró Ananda en relación a la identificación, pero también a la influencia que ejercen sobre la comunidad y las habilidades necesarias para ello:

“(Las promotoras) logramos que la gente nos identifique. (El promotor) es un guía, un orientador, quisiera decirle todólogo pero no es cierto” Ananda, OG.

Las promotoras reconocen la influencia que ejercen sobre la comunidad. Un promotor sabe que en el liderazgo lleva la oportunidad de mejorar las condiciones de vida de otras personas y de imprimir sus valores a esa comunidad.

Como comentó Daría:

“Muchas veces me empiezan a platicar y yo empiezo a conducirlos. Se podría decir que les paso los conocimientos que tengo para que tengan una mejor relación. O me ha tocado muchas veces hablar cuando han tenido problemas de pareja y me han dicho: “pues ya lo iba dejar pero después que platicué contigo, pues ya la pensé bien” y se reconciliaron aunque al final a veces se dejan y todo, pero cuando yo platico con ellas, como que la piensan un poquito más, no tan a la ligera o se esfuerzan por mejorar” Daría, ONG.

El ejemplo, el liderazgo y el compromiso de lo que dicen frente a la comunidad, es al mismo tiempo lo que en ocasiones las puede colocar en conflictos o llevarlas al reforzamiento de su auto concepto. La formación del perfil se entrelaza con una cuestión de identidad en donde aquellos aspectos con los cuales se identifican los ponen al servicio de la comunidad y la comunidad les permite comprobar que es viable hacer las cosas de diferente manera. Como mencionan Conrado y Estela:

“Yo lo que hago... me atrevo a levantar la mano, a señalar, a redactar un oficio señalando o demandando tal o cual falla, me dicen: “ya ves que tú eres muy revoltoso, muy guerrillero” Conrado, ONG.

“Yo vengo del feminismo y vengo de una carrera técnica en donde te están recalando que siempre que estas en una comunidad tienes que entrevistarte con los líderes de la comunidad, ni siquiera dicen los líderes y las líderes ¡no! los líderes de la comunidad, que tienes que hablar con ellos y pedir permiso. Entonces yo fui muy renuente y nunca utilice ese método...El que se haya instalado toda esta cultura de la denuncia por parte de las mujeres para mí es un logro que ni me imaginaba 10 años, 11 años después” Estela, ONG.

Las habilidades que los y las promotoras de salud consideran fundamentales para realizar su trabajo son de tipo social, tales como liderazgo, empatía, comunicación, entre otras. Estas habilidades no requieren precisamente una formación formal, sino que pueden ser aprendidas y desarrolladas en el medio familiar o social de las personas, sin embargo, las funciones que llevan a cabo los y las promotoras de salud, requieren de metodologías y técnicas que necesitan de un proceso de capacitación previa para ejecutarlas de manera eficaz. En el siguiente apartado se describen estas funciones.

### **3.3 Funciones que cumplen las promotoras de salud en la comunidad**

A continuación se analizan las funciones que llevan a cabo las promotoras en relación al concepto de promoción de la salud y sus objetivos establecidos desde la OMS.

Para Nutbeam (1986) la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud. Para llevar a cabo la práctica de la promoción de la salud es necesario considerar los siguientes elementos:

- Es fundamental que exista la participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.
- Es una estrategia política al estar dirigida hacia la elaboración de planes de acción concretos con un enfoque que promueve la salud, orientado hacia los estilos de vida.

- No sólo se ocupa de promover las habilidades personales y la capacidad de influir sobre los determinantes de su salud, sino que también interviene sobre el entorno para reforzar los factores que sostienen estilos de vida saludables y modificar aquellos que los impiden (*Ídem*, 1986).

Al abordar los factores determinantes de la salud, la promoción de la salud incluirá combinaciones de las estrategias primero descritas en la Carta de Ottawa, como el desarrollo de aptitudes personales, el fortalecimiento de las acciones comunitarias y la creación de entornos propicios para la salud apoyados por políticas públicas favorables a la salud. También se presta especial atención a la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud (OMS Conferencia en México, 2000).

Para llevar a cabo los objetivos definidos para la promoción de salud, la promotora además de ser el enlace entre la organización y la comunidad acercando los servicios a la población y canalizando a los usuarios dentro del sistema de salud, tienen que llevar a cabo otras funciones que las sitúan como agentes de cambio. Tales funciones se encuentran directamente enlazadas a las características de las promotoras que anteriormente fueron descritas y se requiere además que tales habilidades y aptitudes sean desarrolladas, fortalecidas y consideradas como fundamentales para poner en marcha tales objetivos. Para Kickbusch (1996, 16.) “los profesionales de salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud”. Las cinco áreas temáticas que señala como objetivos de la promoción de la salud agrupan las funciones y actividades que las promotoras de salud llevan a cabo, tal como a continuación se expondrá:

## **1) Conseguir un mayor acceso a la salud.**

Esto se lleva a cabo mediante la localización de casos o población vulnerable en la comunidad, el referir o canalizar a la persona con algún servicio específico. Como describió Lucía:

“Que conozca también los recursos que hay para cuando tenga un problema de salud de cierta naturaleza, sepa hacia donde pueda acudir” Lucía, OG.

Pero también se realiza un seguimiento a lo que se enseña, pues procuran la continuidad en el cuidado y dar seguimiento al caso asegurándose que las personas hayan obtenido el acceso al servicio que necesitaban. Se brinda información acerca de cómo acceder a los servicios y en otras ocasiones se acercan a otros servicios de salud a la comunidad, hasta que terminan ofreciendo servicios de diferentes disciplinas, como mencionó Gustavo:

“Todos los programas de las diferentes áreas de la Secretaría de Salud, lo que es prevención de accidentes, diabetes, salud bucal, salud reproductiva...” Gustavo, OG.

## **2) Desarrollar entornos facilitadores de la salud.**

Otra función constatable en las capacidades de los y las promotoras es cómo son capaces de movilizar capacidades a nivel individual o comunitario. Ellas facilitan el cambio de conductas que consideran de riesgo a conductas saludables y actúan como líderes comunitarios para movilizar el cambio, gestionar recursos para la comunidad, organizar y participar en actividades relacionadas con las políticas públicas que afectan a la población, o bien, llegar a abogar por las necesidades individuales o comunitarias como narran en algunas de sus experiencias:

“Personas que tienen hijos adolescentes les he llevado condones, preservativos tanto femeninos como masculinos y les he dicho que ya no es el peligro de que salgan embarazadas, sino que tengan una enfermedad, que deben de cuidarse y muchas veces los papas dicen: ¡ay no! mi hija no! Hay que darles la explicación de los peligros que corren y las alternativas y que ellos decidan si tienen relaciones sexuales o no. Aquí venían muchachitos menores de edad a pedirme preservativos y para mí ese es también un logro porque a lo mejor ellos ya tenían un sexo más responsable” Daría, ONG.

“Llegarle a la gente, venderle tu producto que es la salud, que aquí ganamos todos, ganar-ganar, tu ganas evitándote enfermar y yo te doy estrategias o tips de cómo podemos vivir mejor, una mejor calidad de vida, enfermarnos menos y vivir más y con una mejor calidad de vida...que vean la otra necesidad que no ven ellos, por ejemplo que no tienen agua, que hay que hervir el agua, que los baños y que los sanitarios y vamos metiéndolos y nos vamos ganando a la gente” David, OG.

“No decíamos hay que trabajar las enfermedades del aparato digestivo, sino decir enfermedades provocadas por el agua, que son todas las del aparato digestivo y conocer todo el aparato digestivo, su funcionamiento, pero también por qué se enferma, cuál es la realidad que vivimos para tener dichas enfermedades, igual con las vías respiratorias, enfermedades ocasionadas por falta de vivienda y ropa adecuada, ver la realidad pues para enfocarnos, porque no es nomás curar la enfermedad, sino la raíz, qué la provoca, para poder tener salud” Lucero, ONG.

### **3) Reforzar redes y apoyos sociales.**

Otras funciones que actualmente cumplen los y las promotoras de salud son el organizar y fomentar la participación de los integrantes de la comunidad. Las promotoras contactan con organizaciones o instituciones que puedan apoyar sus objetivos, utilizando como estrategia también la identificación e involucramiento de líderes comunitarios.

“Trabajar con jóvenes, participar en proyectos de coinversión social, te conectas y averiguas.” Conrado, ONG.

“Ya sé que más o menos se establecen cadenas ¿no? que son de tal colonia y ya sé que una me puede mandar llamar a la otra, o que es la mamá o la prima o la cuñada, a medida que las vas conociendo se va haciendo una red, la comunidad las va sosteniendo también. Lucía, OG.

“Es socializar, es articularse con otras organizaciones, es aprender. La articulación es bien importante con otras instituciones para poder complementar lo que uno hace porque

no lo puede hacer todo...para tener salud hay que tener vivienda, trabajo, ambiente sano, educación, tener seguridad, son muchísimas cosas las que debe de haber para tener salud, entonces todo eso hay que trabajar” Lucero, ONG.

#### **4) Promover comportamientos positivos para la salud.**

Los y las promotoras construyen también capacidades a nivel individual, incrementan el uso de cuidados preventivos y apoyan el manejo y control de enfermedades, adicciones, situaciones de riesgo para la salud, aunque no sean directamente sobre el tema en el que eligieron laborar.

“(La promotora) interviene en la comunidad como una apoyadora de un proceso de crecimiento de esa comunidad, sobre todo el crecimiento de mujeres” Estela, ONG

“Promover el auto cuidado para tratar de evitar la enfermedad. Es muy importante la autoestima, la comunicación y todo lo que se refiere a las relaciones personales de las mujeres para que tengan salud, no es exclusivamente curar la enfermedad” Lucero, ONG.

“Tratar de incidir en mejorar la calidad de vida de ellos. Con unos lo logro un poquito más que con otros, con otros de plano no logro nada, pero bueno me enfoco en lo que sí se puede, en los que sí se aplican” Conrado, ONG.

“Promover en la comunidad comportamientos saludables, que la gente tenga las conductas más saludables que pueda tener” Lucía, OG.

#### **5) Aumentar los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.**

Los y las promotoras difunden conocimientos acerca de la salud. Además de la difusión, las promotoras llevan a cabo un trabajo de persuasión, negociación y de educación continua para cubrir las necesidades de salud de la comunidad, incluso aquellas que no han sido percibidas como importantes.

“Hay necesidades sentidas y no sentidas, llega uno y dice queremos hacer esto, pero la necesidad de ellos es una cancha de baile o alguna cosa así, también hay que ver su necesidad. Se hace esa estrategia, esa actividad, pero a la vez te vas metiendo por otro

lado, para que vean la otra necesidad que no ven ellos, por ejemplo que no tienen agua, que hay que hervir el agua, que los baños y que los sanitarios y vamos metiéndolos...” Gustavo, OG.

“Ayudar a las personas a que estén bien informadas para que no haya tantas enfermedades” Raquel, OG.

“Aquí doy cinco informaciones por ejemplo: rickettsia, las garrapatas, las ratas, que el dengue, que las cucarachas, o sea el hepatitis, de todas las enfermedades que transmiten los animales, las das pero también estas dejando por ejemplo fuera otras, que vienen siendo como ahorita que las del corazón, que los triglicéridos, que el colesterol, que muchas cosas que el alcoholismo, por ejemplo ahorita que se está muriendo mucha gente de cirrosis, no? y toda esa gente que le puedes ayudar a prevenir y que puedes compartir información y motivarla, meterla en una especie de club o algo” Raquel, OG.

“Hemos implementado también el programa de 12 pasos, que siguen los alcohólicos anónimos pero aquí lo hemos implementado como positivos anónimos por ejemplo, ha estado funcionando bien” Conrado, ONG.

Un aspecto importante en los hallazgos acerca de cómo los y las promotoras cumplen con sus funciones sociales son las estrategias que tienen en común para poder tener mayor impacto o alcance en sus programas. Una de ellas va de la mano con la iniciativa y la gestión y consiste en enseñar a las personas nuevas formas de resolver sus problemas a través de la abogacía. Un ejemplo interesante es el de Estela, que narra cómo a partir de su trabajo con mujeres, ha realizado una serie de actividades de abogacía, gestión, asesoría política, etc. que se convierten en soluciones o aportes para los determinantes de la salud, como es el caso de la situación agraria o de la violencia familiar que describe Estela:

“Que una mujer o una de las líderes se defienda ante los funcionarios ella sola, sin que esté uno ahí. Que hagan gestiones y saquen recursos. Ahorita (las promotoras) se metieron a toda una dinámica de gestión de recursos de reforma agraria y yo nada más hago el trámite de traer los papeles, era una actividad que yo nada más realizaba, porque se sentían inseguras, sobre todo el temor hacia los funcionarios pero ahorita creo que fue un éxito y creo que fue muy afortunado porque es la primera vez que le entran” Estela, ONG.

“La ley de violencia intrafamiliar se aprueba pero porque fuimos con la esposa del gobernador, fuimos con la esposa del presidente municipal, con algunas esposas de los otros diputados, siempre la principal persona con la que tenemos que ir es con la mujer,

si convencemos a ella, es mucho más seguro y más rápido convencer a los hombres, porque luego una llega directamente con los hombres líderes y te quieren condicionar y te quieren imponer el estilo de ellos. Para mí el que se haya instalado toda esta cultura de la denuncia por parte de las mujeres es un logro. A estas alturas 10 u 11 años después, digo ni me imaginaba” Estela, ONG.

Otra estrategia observada consiste, sobre todo en el caso de quienes poseen estudios de posgrado, en analizar los problemas de una comunidad basándose en el método científico, para luego llevar a la comunidad nuevas herramientas o ideas de intervención, como comentaron Jorge y Marcela cuando se enfrentaron a problemas para impartir sus programas educativos ya planeados:

“Aprendes mucho... pensamos que toda la gente puede ser igual, pero nos damos cuenta que no, tanto en la cuestión socioeconómica, en la cuestión de educación, todos esos factores son diferentes y a veces catalogamos a toda la gente igual, entonces si considero que cambió (mi forma de ver las cosas)” Jorge, OG.

“A la hora de hacer un proyecto para la institución, yo lo enfoco a trabajar con las promotoras de salud, a hacer trabajo de promoción de la salud, entonces ahí es como obligo a la institución a responder a esa inquietud o a ese trabajo de promoción a la salud” Marcela, ONG.)

Finalmente la promoción requiere como estrategia que los y las promotoras busquen la permanencia de los resultados que van logrando, por ello es que otra estrategia encontrada fue la búsqueda de que los conocimientos y prácticas sobre salud sean reproducidas. Una manera de lograrlo es capacitando como promotores a integrantes de la comunidad. Este punto contrasta con lo señalado por David Werner (1984) y De Keijzer (2004) al afirmar que los promotores externos a la comunidad generan dependencia y no logran brindar herramientas a la comunidad para tomar decisiones sobre los determinantes de su salud. El objetivo de los y las promotoras, como mencionaron David y Estela, es que las siguientes generaciones sigan teniendo acceso a esa promoción, incluso si ellos ya no estuvieran.

“Si se va el personal del área de salud que ellos continúen con esos programas, eso es lo importante y esa es la satisfacción que tienes, que ya se fue o ya me fui de esa comunidad y ellos siguieron con las actividades de prevención y promoción de la salud y así vas cambiando las generaciones de las comunidades” David, OG.

“Sigo promoviendo la formación de promotoras comunitarias. Hacen muchísimo trabajo las promotoras, desde convencer a las demás mujeres o la demás comunidad para que participen, de gestionar recursos para realizar algunas actividades o acciones que ellas están pensando y sobre todo de dar seguimiento” Estela, ONG.

### **3.4 Autodefinition de los y las promotoras de salud**

El trabajo es un fenómeno social que involucra dimensiones materiales, culturales, simbólicas y subjetivas (Arango, 2010). En este sentido presentar la autodefinition de las promotoras, tiene como objetivo conocer el conjunto de rasgos que ellas consideran suficientes para identificarse como personas que intervienen en el ámbito de la promoción de la salud. Cabe señalar que el concepto que tiene de sí misma una persona cambia en el transcurso del tiempo y se va construyendo a lo largo de la vida, siendo modificado e influido por los roles y funciones que lleva a cabo dentro de su grupo social.

No solo las habilidades y las funciones que favorecen el control de los factores determinantes de la salud son importantes en el proceso de formación de promotoras. A través de las características y funciones de las promotoras se logra impactar en las actividades que los individuos y las comunidades llevan a cabo para cuidar su salud, además de formar y activar redes de apoyo, favorecer la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre salud y realizar cambios en su calidad de vida. Es por esto que resulta relevante conocer cuál es la identidad profesional que tienen como promotoras de salud, cuáles son las categorías sociales que definen su identidad, su pertenencia a este grupo y lo que perciben que tienen en común.

Como miembros de las organizaciones, las promotoras se presentan en base a un modelo en el cual remarcan como centro de su interés los objetivos de su organización, sin embargo su participación en la comunidad no se limita únicamente a los temas relacionados con salud, sino también con sus intereses personales, políticos, de género o religiosos, por lo tanto su papel como promotora de salud dentro de la comunidad, define y otorga un sentido a otras categorías sociales, tales como ser mujer, pertenecer a una red de apoyo o participar en un movimiento feminista, como puede corroborarse en la siguiente tabla:

Tabla 13.  
Categorías de la autodefinición de los y las promotoras de salud

Categoría:	A que se refiere:	Ejemplos:
<b>Genérica</b>	Persona o género humano.	<p>Como una <b>persona capacitada</b> en el tema de la salud Estela ONG</p> <p>“Me defino como una <b>persona que se preocupa</b> por promover una vida saludable...Raquel OG</p> <p>“Soy una <b>persona responsable y comprometida</b>... sobre todo con los grupos de mujeres” Lucero, ONG</p> <p>...entonces me defino como una <b>persona con experiencia y con interés de compartir lo aprendido</b>” Marcela, ONG.</p>
<b>Biosocial</b>	Se refieren a la edad o género de la persona.	<p>“...Trabajo con <b>jóvenes</b> y eso (para mí) es muy importante...” Conrado, ONG.</p> <p>“...Como una apoyadora de un proceso de crecimiento de esa comunidad, sobre todo el crecimiento de <b>mujeres</b>. Nosotras trabajamos nada más con mujeres”. Estela, ONG.</p>
<b>Grupal</b>	Cuando hace referencia al grupo que pertenece o con el cual se relaciona.	<p>“...El promotor de salud es la base, <b>el pilar de la Secretaria de Salud</b>”. Gustavo, OG</p> <p>“<b>En la biblia</b> se me hace más fácil: en la biblia dice: el pueblo pereció por falta de conocimiento, entonces pienso que todas las personas, las mujeres también, muchas veces mueren, en caso de cáncer por falta, de que no hay una cultura pues de que tengan que estarse checando, que tienen que estar yendo con el doctor... Yo en ese tiempo, podría decir que tuve una depresión y deje de trabajar y en una ocasión me cayó el veinte y dije yo: qué estoy haciendo aquí lamentándome por la situación que estoy pasando,... hay mucha gente que a mí me necesita...principalmente aquí en el entorno este... y dije qué hago aquí <b>habiendo tanta gente que uno puede ayudar</b>” Daria, ONG</p>

		<p>“Creo que <b>soy lo suficientemente objetivo</b>, ya ves que hay que evitar mucho los juicios de valor, que nos cuesta mucho trabajo pero trato de hacerlo y sobre todo brindar la información, basada en hechos, registrada en investigaciones que han funcionado, <b>digamos que soy lo más apegado, laico</b>, gratuito jejeje como la educación...<b>nada de que diosito, aunque sea creyente, eso es punto y aparte</b>” Conrado, ONG</p>
<b>Activa</b>	Roles, estatus, cualidades o capacidades relacionadas con el trabajo o el estudio.	<p>“Un promotor de la salud yo creo sería <b>un líder</b>, es un perfil que debe de tener de hecho, que sea muy creativo” Gustavo, OG</p> <p>“Lo importante...es...<b>enseñarle a la gente o demostrarle</b> como pueden prevenir enfermedades...” Jorge OG.</p> <p>“...Yo... me denomino <b>consejero</b> en salud sexual” Conrado, ONG.</p>
<b>Sociales</b>	Pueden ser política, religión, clase social, etc.	<p>“Una promotora de salud es una persona que <b>siempre está al pendiente... o se interesa...</b> por la comunidad” Raquel, OG</p> <p>“... Que <b>te gusta ayudar a las personas, que te gusta ayudar a los semejantes</b>, que te gusta que estén bien informadas para que no haya tantas enfermedades...”Daria, ONG</p> <p>“Es como estar <b>observando y aportando lo que sucede</b> para decir: eso va contra la salud o eso es bueno para salud sin convertirme en una <b>crítica</b>...entonces me defino como una <b>persona con experiencia y con interés de compartir lo aprendido...</b>” Marcela, ONG.</p> <p>“...Para mí es muy importante la autoestima, la comunicación y todo lo que se refiere a las relaciones personales de las mujeres para que tengan salud, <b>no es exclusivamente curar la enfermedad...</b>” Lucero, ONG.</p>

Fuente. Elaboración propia.

Las promotoras se definen en primera instancia como personas y la acción que las define es su intervención en la comunidad. Esta intervención tiene como objetivo realizar un trabajo de apoyo a la educación y cuidado de la salud en otras personas, generalmente mujeres. Es por esto que las promotoras se definen como personas capacitadas, que comparten sus conocimientos de manera responsable y comprometida, siendo su

preocupación el promover una vida saludable. Esta categoría hace visible que para algunas mujeres, la promoción de la salud es llevada a cabo como un trabajo de cuidado en diversos ámbitos, ya sea la educación, la salud o la asistencia social, donde ellas son las cuidadoras de la comunidad. En estos casos el apoyo se dirige a jóvenes y mujeres, que son parte de la categoría biosocial a la que hacen referencia.

Independientemente de que las promotoras reciban o no un sueldo por su trabajo, se definen como pertenecientes a un grupo, el cual puede funcionar como un determinante estructural en su identidad y contribuir a la formación de una ideología religiosa, académica o gubernamental que se ve reflejada en el enfoque que brindan las promotoras a las acciones de promoción que realizan.

La categoría activa en la definición de los y las promotoras, queda establecida en un estatus de liderazgo, donde los roles del promotor son aconsejar, dirigir o enseñar a través del ejemplo que guía la conducta. Lo anterior pone de manifiesto que en la definición de las promotoras de salud existe un elemento de carácter moral, que guía la conducta respecto a lo que socialmente se considera bien o mal. Por otra parte, la categoría social en la definición de las promotoras, hace visible un principio altruista o vocacional que opera sobre todo en las promotoras de ONGs o que no reciben un salario, lo cual confirma que la ausencia de reconocimiento monetario incrementa el prestigio y valor simbólico de ciertas tareas (Arango, 2010).

### **3.5 Autopercepción de la promotora como personal de salud**

Las promotoras de salud autoperciben que su trabajo tiene un alto grado de relevancia para el logro de las metas y objetivos de las organizaciones e instituciones de salud debido al

contacto directo que tienen con la población. Desde esta perspectiva son el medio de enlace entre la comunidad y los servicios de salud a través de su trabajo en campo. En palabras de Lucía:

“Lo que tendría que definir al promotor es la capacidad de gestión o al menos de encaminamiento hacia la gente, decirle: mira, podemos hacer esto, podemos hacer lo otro, pide ayuda por aquí, esto por acá, tal institución te presta tales servicios. Como enlace, tener la capacidad de enlazar a la gente con las instituciones, o de hacer llegar los servicios de las otras instituciones a las comunidades” Lucía, OG.

Las promotoras que trabajan en la Secretaria de Salud, se perciben como parte de un equipo en el que comparten su trabajo con el médico y la enfermera, pero que se distinguen de ellos, siendo la principal diferencia el mayor y mejor contacto que tienen con la comunidad debido al tipo de trabajos que realizan, siendo más dinámicos y sencillos.

“Todos somos un equipo, si uno no funciona bien, lo demás está mal. No siento que (el trabajo realizado) sea algo característico, cada una de las áreas tiene su función y se cumple como tal” Jorge, OG.

“La promotora siempre anda en la comunidad, siempre andas ayudando y otro personal de salud se distingue porque muchas veces son más serios, mas apáticos, más así pues, como que son más arribita pues, que no se bajan al nivel de la comunidad, por eso se nota la diferencia” Raquel, OG.

Los y las promotoras perciben en términos generales su trabajo como más dinámico y adaptado a las necesidades de la comunidad, pero en ello, hacen referencia entonces a mayores horas de trabajo o a mayor laboriosidad, o bien, a un mayor tiempo de atención prestado al paciente y con mayor calidez. Como narró Ananda:

“La enfermera cumple con ciertos lineamientos igual que nosotros pero el promotor tiene más contacto con el paciente, con la gente que atendemos. En cambio la enfermera nada más toma signos y también es muy importante su trabajo... yo creo que cada quien tiene su parte importante, su función. El médico atiende al paciente y continúa con el que sigue. Quizá el promotor ve un poco más el lado humano del paciente. En el momento que siente que le duele la cabeza el médico anota, la enfermera peso, talla y el promotor en este caso ve su vida, el cómo vive, el saber que está haciendo calor y cómo se va ir el paciente y ver que trae niños pequeñitos y que vive muy lejos, como se trasladan. Esa

sería la diferencia entre cada uno pero creo que todos hacemos uno solo o sea cada quien pone su parte y logramos con esto darle una buena atención al paciente” Ananda, O

Por otra parte, las promotoras que trabajan en ONGs perciben que comparten con otro personal y con las mismas promotoras de salud de la SSA su objetivo de buscar el bienestar de la población, pero que las distingue el hecho de realizar su trabajo de manera voluntaria, por “amor al prójimo”, sin condicionar el servicio y con un mejor trato hacia los usuarios:

“El voluntariado, el tumbarle las broncas al sector salud” Marcela, ONG.

“¿Hay muchas cosas en común, no? porque el objetivo es la salud, el bienestar de las personas, pero cuando menos en el caso de nosotras, que somos voluntarias, que nosotras lo hacemos porque nos gusta, porque nos gusta ayudar a las personas a que estén bien, que al menos en eso nos va diferenciar, de que no recibimos sueldo y lo hacemos nada más, ahora sí que como dicen, por amor al prójimo” Daría, ONG.

“La institución finalmente siempre te está condicionando el beneficio o el servicio que van a ofrecer. En el caso de la promotora no. Acompaña un proceso de aprendizaje y de promover la participación de la comunidad, en tal medida que (gana) un liderazgo. Yo creo que para mí, eso es lo más claro que diferencia la intervención de un promotor institucional a una promotora o promotor de comunidad” Estela, ONG.

“A veces creo que estamos más informados nosotros que los médicos, porque nos ha tocado, yo lo he vivido aquí con mis usuarios, que los tratan muy mal a los usuarios de HIV... y creo que nosotros como promotores de la salud o yo que me denomino consejero en salud sexual, hay una diferencia en ese sentido porque yo lo hago por gusto, no porque me pagan, no por obligación o porque es mi trabajo, sino que tengo la inquietud, de conocer, de saber y compartir. La consejería bien informada y tenemos la iniciativa de hacerlo” Conrado, ONG.

El realizar el trabajo de promoción sin recibir sueldo es garantía entonces para los y las promotoras del interés genuino en la comunidad, del amor que le tienen y de que están allí “porque les gusta” y porque están capacitados para ello –aunque no posean la certificación o el mérito académico-, a diferencia de cómo pudo haber llegado un(a) promotor(a) a ser contratado(a) como tal, en las oficinas de gobierno.

Por otra parte, el contacto directo con la población les brinda la aceptación y el respeto de la comunidad, considerándose líderes con autoridad que creen no logra el resto del personal de salud que trabaja al interior de las instituciones. Como expresa Ananda:

“El promotor tiene más contacto con la gente que atendemos, logramos que la gente nos identifique” Ananda, OG.

Las promotoras de salud perciben que su liderazgo es respaldado por la comunidad, debido al compromiso que muestran en proyectos y metas comunitarias, lo que refuerza su credibilidad y confianza por parte de la comunidad, pero también por el esfuerzo que hacen de forma personal, en aplicar en sí mismos los temas que exponen o con los que trabajan.

En palabras de Estela y Jorge:

“Creo que las promotoras de salud o cualquier promotora comunitaria va adquiriendo en su proceso de trabajar junto con el resto de la comunidad un liderazgo y una autoridad que no lo logra alguien de la institución (médico o enfermera). Las promotoras, la mayoría establecen una relación muy estrecha con la comunidad y con mucho compromiso y muy dedicada al tema que le toca. A partir de su presencia se logra que una organización estructurada siga avanzando y se siga fortaleciendo...Si las mismas promotoras, no consideran que tener orgasmo es parte de la salud humana pues ¡ni al caso! porque al ratito se van asustar con otra mujer que esté en la comunidad y les hable que ella siente tanto” Estela, ONG.

“A veces estamos diciendo: somos el primer lugar en obesidad ¡bajen de peso, bajen de peso! Pero uno mismo como servidor público, no hace caso, no muestra un ejemplo de lo que está hablando y uno de los beneficios fue que aprendí algunas cosas y hacer consciencia yo mismo de llevar una vida más saludable” Jorge, OG.

Las promotoras perciben que su compromiso y trabajo con la comunidad requiere una inversión de tiempo, dinero y esfuerzo. Por una parte, las promotoras que trabajan en ONGs hacen mayor énfasis en la inversión de recursos, ya que algunas de ellas no reciben un salario por su trabajo sino que lo hacen de manera voluntaria, lo que muchas veces implica que trabajen con recursos propios.

“Mucho tiene que ver yo creo con la responsabilidad en el voluntariado, yo cada vez me convenzo más de que hay que invertirle tiempo, dinero y esfuerzo a todo para ser promotoras” Marcela, ONG.

“En el caso de nosotras que somos voluntarias, lo hacemos porque nos gusta, porque nos gusta ayudar a las personas a que estén bien. No recibimos sueldo y lo hacemos nada más, ahora sí que como dicen, por amor al prójimo” Daría, ONG.

“Yo lo hago por gusto, no porque me pagan, no por obligación o porque es mi trabajo, sino que tengo la inquietud, de conocer, de saber y compartir...” Conrado, ONG.

Por otra parte, las promotoras que trabajan en las OGs y reciben un sueldo, hacen mayor énfasis en el tiempo que dedican a realizar sus labores. Como narró Ananda, acerca de cómo el trabajo de promoción, aunque le es retribuido económicamente, implica horarios que compiten con sus actividades familiares:

“Lo que si me he perdido un poco es mi familia, porque el promotor desgraciadamente cuando te pones tan bien la gorra, como decimos, la camiseta, muchas veces la familia, porque muchas veces hay que trabajar sábados y domingos, porque casi todas las brigadas de salud salen sábados y domingos en el sentido de la Semana Nacional de Vacunación, Semana de Salud Bucal, vacunación antirrábica, te quita el fin de semana...” Ananda, OG.

Acerca de los horarios para realizar la promoción, los y las promotoras de ONGs no mencionaron alguna dificultad, probablemente por tratarse de una donación de tiempo que denota orgullo y prueba suficiente de “amor al prójimo”.

### **3.6 Percepción de los y las promotoras respecto a otro personal de salud**

La percepción que tienen las promotoras sobre otro personal de salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, etc. se encuentra relacionado a un menor grado de contacto que tienen con la comunidad ya que mientras ellas realizan trabajo de campo y son un enlace entre la comunidad y los servicios de salud, perciben que el otro personal sólo llevan a cabo una función de tipo operativo y administrativo, pero también jerárquico,

sin involucrarse con los usuarios y en ocasiones brindando un servicio con trato inadecuado. Como narran las experiencias de Gustavo, Ananda, Raquel y Conrado:

“...A diferencia del trabajador de la Secretaría que es administrativo... (la promotora) tiene el contacto directo, es el enlace entre la comunidad y los servicios de salud” Gustavo, OG.

“Las enfermeras y los médicos dicen: ay ¿cómo le hace para andar ahí con la gente? ¿no se enfada? Pues no me enfado, es cuestión de que te guste, porque hay gente que dice: ay ¿cómo andas en el calor con la gente? Y ¿para qué? Pero es que es satisfacción más que nada” Ananda, OG.

“Otro personal de salud, se distingue porque muchas veces son más serios, más apáticos, mas así pues, como que son más arribita pues, que no se bajan al nivel de la comunidad, por eso se nota la diferencia” Raquel, OG.

“Los tratan muy mal a los usuarios de HIV: ¡ya se va morir! Aparte del trato, del tacto, de emitir muchos juicios de valor con los usuarios, no están informados, hay una mala información sobre lo que es el VIH, sobre lo que son las enfermedades de transmisión sexual o lo que son sus derechos como personas portadoras del VIH” Conrado, ONG.

La percepción que tienen los y las promotoras sobre otro personal que realiza promoción de salud, se relaciona con la falta de habilidades de tipo social que consideran propias de su perfil, tales como la empatía, creatividad e imparcialidad.

### **3.7 Percepción de la promotora de salud hacia las organizaciones**

Las promotoras de salud perciben que las organizaciones pueden otorgar reconocimiento y respaldo al trabajo que ellas realizan. Quienes reciben mayor apoyo son quienes trabajan en las OG, mientras que algunas de las que trabajan en ONG consideran que no son valoradas como deberían, pues no reciben un salario:

“Yo en lo personal yo en este tiempo he tenido más apoyo, porque el director entiende... tiene mucho que ver que también parte de la directiva entiendan tu trabajo, que te vean como alguien que te gusta tu trabajo, que damos mucho tiempo... (aunque)... quizá la Secretaria ni cuenta se da de tanto campo que tenemos de acción y de tantas cosas que hacemos y que valoramos” Ananda, OG.

“Es un reto el reconocimiento ante las instituciones. A veces es necesario el reconocimiento o respaldo de alguna institución aunque algunas no lo ocupan pero yo creo que sí es importante tenerlo. A la hora de hacer un proyecto para la institución, yo lo enfoco a trabajar con las promotoras de salud, entonces ahí es como obligo a la institución a responder a esa inquietud de promoción a la salud. El nombre del proyecto es el rescate de la palabra promotora, es como ponerla ahí” Marcela, ONG.

“Si no existieran estas mujeres promotoras sería mucho más difícil que las instituciones de gobierno pudieran penetrar a las comunidades. Yo creo que son muy importantes pero sin embargo no se les da esa importancia ni se les valora como tal, (pues) no hay una percepción económica. Algunas asumen muchísimo liderazgo y son invitadas en los procesos electorales y se quedan como regidoras o la posibilidad de que en un momento dado, alguna institución, las tome en cuenta y pasen a formar parte de las estructuras de las instituciones y entonces reciben algún beneficio económico y además les da un recurso adicional para participar sin menos limitaciones dentro de la comunidad” Estela, ONG.

Para la mayoría de las promotoras, las organizaciones son una fuente de recursos para capacitarse, aunque en ocasiones consideran que no tienen acceso suficiente o la capacitación no es la más adecuada:

“La Secretaria es una escolita.” Lucía, OG.

“Sigo reforzándome, sigo yendo a cursos donde me invitan, principalmente las organizaciones estas, son los apoyos para la formación...” Lucero, ONG.

“Cuando (los cursos) vienen de organizaciones sociales, como tenemos tantas limitaciones económicas son muy limitados. El lugar a veces no tiene aire, en una institución nos restringieron todos los recursos que ni la comida nos gustaba. A veces están muy buenas las condiciones pero los ponentes no, y las mujeres luego se dan cuenta” Estela, ONG.

“Hablando en la Secretaria de Cultura, hay cursos de repente para promotores culturales comunitarios pero yo no he sabido que haya cursos para promotores comunitarios de salud. Al promotor de salud lo contratan como tal pero nunca le dan una formación como promotor de salud. Tú vas a repartir de esos costalitos, bolsitas de abate y tan tan, pero no es una formación, o sea le explican que es el dengue y cómo se propaga pero una capacitación como promotores de salud, no es cierto” Conrado, ONG.

Por otra parte, las promotoras de ONG hacen énfasis en la importancia de articularse con distintas organizaciones tanto educativas como de salud para obtener recursos y material de capacitación, así como compartir experiencias de campo:

“...Siempre que hacemos una capacitación en 3 días quieren llenar una maestría completa para las promotoras, porque cuesta traerlas, juntarlas, los viáticos, la alimentación, el hospedaje, la organización, poder sacar ese dinero...” Marcela, ONG.

“Por la articulación que se da entre las organizaciones, se va ampliando el trabajo y va uno extendiendo... al relacionarme con ellos, pues me capacito y me da elementos para seguir trabajando en la comunidad, la articulación es bien importante con otras instituciones para poder complementar lo que uno hace porque no lo puede hacer todo” Lucero, ONG.

“El tener la capacidad de hacer enlaces con otras instituciones que nos pueden apoyar, igual nosotros a través de ese trabajo que le digo yo: la forma en que nosotros te podemos apoyar, no tenemos recursos, pero tenemos la información que podemos compartirla, con todo gusto vamos y lo hacemos, y es lo que hemos hecho, difundir no solo lo que hacemos aquí, sino las razones por las que apoyamos” Conrado, ONG.

Con las aportaciones de Marcela, Lucero y Conrado se concluye este capítulo abordado con la intención de describir las características de las promotoras de salud, desde su propia definición y en la distinción personal que hacen de su trabajo con el del resto del personal sanitario que realiza promoción de salud. En el siguiente capítulo, se abordarán los aspectos centrales de la formación de los y las promotoras, así como las necesidades de capacitación descritas en voz de los y las informantes.

## **Capítulo 4**

### **El proceso de formación de las promotoras de salud**

El tema de la formación de recursos humanos en promoción de la salud ha suscitado interés tanto en el ámbito universitario como en las organizaciones profesionales y el sector salud. Las discusiones se han iniciado sobre cómo desarrollar guías curriculares y modelos de competencias para los programas académicos, generar propuestas para los programas de especialización en promoción de la salud, así como definir saberes y competencias para orientar otras iniciativas de capacitación para el personal de salud pública en servicio directo a la comunidad (Arroyo, 2009).

Como se ha mencionado, la promoción de la salud se define a partir de la intervención sobre una persona o un grupo de personas en una comunidad determinada, por este motivo la promotora debe estar capacitada tanto en temas específicos de salud como también tener conocimientos y habilidades de carácter político, social y cultural. En este sentido, uno de los retos clave que se presenta es el de “dotar a los sistemas de salud con recursos humanos en número suficiente y adecuadamente capacitados, de forma que sea el lugar donde se puedan resolver la mayoría de los problemas sanitarios que padece la comunidad” (Nebot *et al*, 2009).

El trabajo que las promotoras realizan requiere tener conocimiento de diversos temas tales como prevención de enfermedades infecciosas y crónicas, cuidado de la salud física y mental, habilidades de comunicación, manejo de grupos, liderazgo, gestión, abogacía, políticas públicas, entre muchos otros que le permitan realizar eficazmente los objetivos planteados por la promoción de la salud. Sin embargo, de acuerdo a la exploración de campo se ha constatado que actualmente existe en nuestro país poca oferta

curricular para la formación y capacitación en la promoción de salud, así como poco o nulo consenso en definir los criterios necesarios para convertirse en promotor de salud tales como el grado escolar o la pertenencia a la comunidad. La importancia de establecer un programa de certificación para promotoras de salud radica en que la enseñanza y formación técnica y profesional ayuda a las personas a adquirir las competencias, los conocimientos y las aptitudes necesarias para integrarse al mundo laboral (UNESCO, 2012) sin embargo, en la práctica se observa que las promotoras tampoco reciben cursos de inducción al puesto o un programa de capacitación que contribuya a profesionalizar su trabajo.

Para Martínez (2006) las tradiciones, funciones, valores y normas del ambiente en que una persona vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que se manifiestan en la conducta individual y grupal. Esto explica el hecho de que la mayoría de las promotoras hayan tenido sus primeros contactos con temas de salud y prevención de enfermedades en sus familias, sobre todo las mujeres, quienes como cuidadoras son voceras del conocimiento popular sobre salud que se comunica de generación en generación.

A partir de las entrevistas que se realizaron con los y las informantes, se observa la importancia de los conocimientos en medicina tradicional, cuyas prácticas siguen siendo comunes, sobre todo en comunidades rurales. Tales conocimientos tienen una amplia extensión: parteras, sobadoras, curar con las manos, recetar y/o preparar tés para diferentes males (conocimiento del valor curativo de ciertas hierbas), curar a los niños del “empacho”, entre otras. Al explorar el contenido de la capacitación que reciben las promotoras, se puede observar que estos conocimientos adquiridos de manera informal pero reconocidos por la comunidad, no son considerados como temas de capacitación formal, sobre todo en las OGs donde el aprendizaje y la actualización tiene una orientación biomédica.

Desde esta perspectiva, el proceso de formación informal de las promotoras de salud puede ser visto como un conjunto de fases sucesivas a través del tiempo durante las cuales se desarrolla una enseñanza no sistematizada en términos académicos, pero si organizada en base a un entrenamiento cotidiano, a una enseñanza-aprendizaje de “ver-aprender-hacer”.

En general, la formación formal para los y las promotoras de salud comienza cuando han sido reclutadas por una organización, en donde sus conocimientos previos sobre salud son la base sobre la cual comienzan a realizar su trabajo, ya que en su mayoría no reciben capacitación a su ingreso y no cuentan con una certificación previa como promotoras. Algunos de los y las informantes encuentran que un motivo de inicio en esta actividad es un sentimiento de “querer hacer algo que ayude a los demás” y que lo que hacen es valioso para otros, aunque no se traduzca en una remuneración económica, sino de un reconocimiento de tipo social.

Para otras informantes, la promoción de la salud es una especie de apostolado, congruente con su filiación a una religión o creencia que las impulsa a predicar principios que les ayuden a las comunidades a tener una vida más saludable. Otras más ya tenían interés previo en ciertos temas de salud, como: desnutrición en niños, prevención de enfermedades, experiencias personales con algún miembro de sus familias, algunas encontraron a alguien que las invitó a participar en una organización, ya sea de carácter gubernamental o bien una organización no gubernamental. En este tipo de motivación inicial, hay quienes logran conjugar su formación académica no relacionada con la salud, con este trabajo que tiene un enfoque social comunitario.

Una vez que se reciben los cursos y talleres que sirven de base formal a las promotoras, se inicia a la par el trabajo en campo y se van generando vínculos de

cooperación, confianza y redes de apoyo en la comunidad con la cual laboran. En algunos casos se llegan a crear cadenas de mando, donde las promotoras más experimentadas forman, capacitan y supervisan a otras mujeres promotoras, motivo por el cual algunas de los y las informantes señalan que el fortalecimiento de liderazgos es muy importante para que el proyecto de promoción avance y las capacitadas formen a otras.

A continuación se procederá a profundizar de manera específica en cada una de las etapas que caracteriza el proceso de formación de la mayoría de los y las promotoras seleccionadas como informantes. De igual manera, se describen las estrategias y contenidos a través de las cuales las Organizaciones Gubernamentales (OGs) como Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) capacitan a las promotoras.

#### 4.1 Antecedentes: una etapa de formación inicial

Las actividades que antecedieron a la promoción de salud, para la mayoría de los y las promotoras se relacionaron con actividades educativas o con dependencias gubernamentales que implican la atención a grupos de personas. En la siguiente tabla, aparecen los antecedentes laborales de los y las promotoras que actualmente laboran en ONGs:

Tabla 14.  
Antecedentes laborales de promotores en ONGs

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Estela</b>	<b>Darí</b>	<b>Conrado</b>
<b>Antecedentes Laborales</b>	En una parroquia, la Red Fronteriza, Repem y Campo	Un comité de desarrollo comunitario, Fundecai, Mujeres en Solidaridad, Mujeres Unidas de Sonora, Imaes e Instituto Sonorense de la Mujer.	Cobanaras	Alanon y Mexfam	Secretaría de Educación y Cultura y La tienda de Cristo

Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse, algunas de las referencias laborales de los y las promotoras que pertenecen a ONGs son organizaciones religiosas. Las actividades de promoción pueden entenderse entonces como una extensión de las actividades pastorales o de servicio a la comunidad.

También son frecuentes las asociaciones gubernamentales, aunque no necesariamente estén relacionadas con el sector con el que hoy desempeñan la actividad de promoción. La trayectoria que muestran en promedio es de tres organizaciones en las cuales han trabajado como promotoras de salud.

La diversidad de las ONGs de las que provienen y la forma en la que llegaron a ser promotores y promotoras de salud, está vinculado al parecer a una diversidad de experiencias previas, con diferentes enfoques para atender la salud-enfermedad. Como afirma Estela:

“En la comunidad siempre, sobre todo de la que yo provengo... hay muchas parteras, hay muchas curanderas, y hay bastantes promotoras de salud pero más ligadas a la medicina tradicional más que a la medicina alópata.” Estela, ONG.

Las narraciones de las experiencias previas en los y las promotoras de ONGs están vinculadas a la medicina homeópata, a la herbolaria y a prácticas de seguimiento de expertos en el tema en el que trabajan, ya sea que esos expertos provengan de la academia o de la pastoral social. Como ejemplificó Conrado:

“Yo soy trabajador social, y tuve amigos que tuvieron problemas serios en cuestión de salud, específicamente de VIH, todo lo que acarrea esto, y dije: bueno, pues seguiremos en trabajo social, no había quien los apoyara, yo me puedo capacitar en esta parte y la carrera me fue llevando. El haber participado en el proyecto con (X investigador), me amplió el panorama y me dio el rumbo, lo que yo esperaba, y (X investigador) me dio la oportunidad de trabajar en su equipo, no me pagaron pero fue mi servicio social, aprendí mucho y me marcó la pauta para yo seguir ahí y yo aprender otros panoramas acerca de, yo no tuve acercamiento con personas usuarias de drogas, hasta que las vine a conocer aquí” Conrado, ONG.

Por su parte, los y las promotoras de OGs tuvieron en común (y a diferencia de las promotoras de ONGs) que antes de dedicarse a la promoción, laboraron en otras organizaciones gubernamentales, como puede observarse en la tabla 15:

Tabla 15.  
Antecedentes laborales de promotoras en OGs

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>	<b>Lucía</b>
<b>Antecedentes laborales</b>	SSA	IMSS COPLAMAR, SSA	SSA	SSA	Escuela con niños de educación especial y SSA

Fuente: Elaboración Propia.

La trayectoria de los y las promotoras que trabajan en OGs son de 1.6 organizaciones, todas de tipo gubernamental, asociados a salud o a educación.

Las experiencias narradas por los y las promotoras que trabajan en estas OGs describen que la mayoría de ellos ya conocía el sistema de trabajo gubernamental a partir de la presencia de familiares o conocidos en puestos de trabajo dentro del gobierno, a partir de los cuales ellos entraron a laborar en su organización, como nos narran Ananda, Lucía y Jorge al hablar de sus inicios en la Secretaría de Salud:

“En ese tiempo yo estaba de secretaria. Cuando yo entre con el jefe me dice ¿qué te gustaría ser? Y le dije promotora de salud, porque yo veo que hacen esto y esto... Por suerte, por azar o destino fue así como me inicié como promotora...Estoy muy agradecida con ese médico que me dijo...” Ananda, OG.

“Por casualidad, porque fue el trabajo que encontré, yo soy psicóloga...estaba trabajando como psicóloga, con el recorte de Bours pues quedé fuera y me ofrecieron un puesto de promoción y por mientras y dije -bueno, me quedo por mientras- y ya voy en el séptimo año.” Lucía, OG.

“...Tengo dos tías que están en oficinas administrativamente en la secretaria de salud” Jorge, OG.

Los enfoques con los que los y las promotoras de OG estuvieron sus acercamientos a la salud previos a la promoción, son diversos también, algunos son tradicionales, pero al mismo tiempo, pudo encontrarse que las experiencias previas con profesionales de la salud ya era un proceso de formación informal para algunas de ellas:

“Tengo una hermana que es médico” Lucía, OG

“Mi madre es enfermera general, tengo una tía que también es enfermera general” Jorge, SSA

“Mi mami, con su madre, que curaba con las manos...(o) gente...no de la familia pero que tenía que ver con el pueblo de mi ama, que estaban viniendo a traerle como hierbas a la casa...que para los nervios, que si para la circulación, que si para la anemia, entonces llegaban e inyectaban, fue cuando yo era niña que oí de la orino terapia, yo dije - ay que cochinos- , no? pero sobadoras y parteras” Marcela, OG?

Finalmente, un aspecto en común tanto a promotoras de OGs como de ONGs es la presencia de familiares y allegados que se hayan dedicado a algún aspecto de atención a la salud. Como narraron algunas promotoras:

“Mi mamá alzaba la mollera, curaba el empacho, ahorita hay otra señora ahí en Villa de Seris, compañera de grupo, que hace lo mismo que soba el empacho, la mollera y que tiene pues ciertos dones, ciertas características para hacerlo” Lucero, ONG.

“Mi mama y mis tías, siempre sobaron. Siempre los problemas de salud de la familia, en primera instancia estaban la medicina tradicional y las plantas tradicionales, utilizar la medicina tradicional, sobar, sobar la mollera, sobar el estómago, el susto, los dolores de las reumas, siempre ha habido y dentro de la familia había una tía, hermana de mi papa, pero medio hermano, que ella si era partera, era curandera y demás” Estela, ONG.

Esto se puede interpretar como parte de la estructura importante a partir de la cual el proceso salud-enfermedad se convierte en un aspecto significativo para ellas en la formación previa al desempeño activo como promotoras y que pudiera estar vinculado a la probabilidad de que el tema de la salud se inscribiera en su identidad, o bien, a su consideración como algo valioso dentro del ámbito personal y familiar.

## 4.2 La formación formal

Conocer la manera en que las promotoras de salud han sido capacitadas de manera formal e informal es necesario ya que partiendo de ese conocimiento se puede capitalizar la experiencia de las promotoras en la comunidad, así como evaluar y mejorar las estrategias de capacitación inicial utilizadas actualmente por las organizaciones.

Tabla 16.  
Formación de los y las promotoras de salud en las ONGs

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Darí</b>	<b>Estela</b>	<b>Conrado</b>
<b>Grado de estudios</b>	Auxiliar de enfermera	Maestría en desarrollo social	Carrera técnica en comercio	Técnica en trabajo social	Maestría en educación
<b>¿Recibió cursos de salud antes de ser promotora?</b>	Sí	Sí, de nutrición, uso de microscopio, alimentos balanceados, primeros auxilios, hierbas.	No	Sí, de desarrollo comunitario y salud comunitaria.	Sí, un diplomado en prevención de adicciones, psiquiatría, salud mental, gestión de calidad, atención al cliente, VIH.

Fuente: Elaboración propia

Las promotoras de salud que trabajan en ONGs cuentan con un grado de estudios que va de carrera técnica a maestría. Se observa que su formación académica tiene mayor relación con el trabajo de educación y cuidado de la salud, incluso en el caso del promotor hombre, lo cual podría suponerse es debido a que estas promotoras tienen una inclinación en sus valores personales por el apoyo y la cooperación social, sintiéndose comprometidos con los grupos comunitarios y las personas menos favorecidas, lo cual pueden llevar a cabo a través de su participación en las ONGs, ya sean de tipo religioso como en el caso de Lucero o con la misión de apoyar el empoderamiento de la mujer, como es el caso de Estela. Por otra parte, se observa que la promotora que cuenta con una carrera técnica en comercio, se inició como promotora de salud por una necesidad personal de desarrollo, pero no de tipo económico como es el caso de los promotores que son socialmente proveedores en su hogar, sino de tipo emocional como narró Darí:

“Honestamente, fue por una necesidad de que yo sentía que aquí en la casa me estaba volviendo loca y que los problemas que tenía, nomás me la llevaba dándole vueltas y vueltas, entonces tenía que hacer algo. A lo mejor no tenía una necesidad económica, no porque diga que todo lo tengo, pero no era el principal motivo, de que tengo que trabajar porque si no, no voy a comer, no tenía esa necesidad. Tenía la necesidad de buscar algo que hacer que me ayudara a mí, o sea el no estar aquí encerrada nomas, sin hacer nada y como que eso no lo vi bien y me invitaron a participar y me gustó la idea, además de que nos comenzaron a capacitar y fui aprendiendo mucho y ese tipo de capacitación que recibí cambio mi vida, soy otra persona, no nada más por la experiencia que he obtenido en los 10 años, sino por el conocimiento que adquirí como promotora, eso es lo que me ha hecho ser otra persona”. Daría, ONG.

Cabe mencionar que los cursos de salud que han recibido las mujeres tanto de OGs como no gubernamentales antes de ser promotoras, abarcan una amplitud de áreas y temas, desde prevención primaria de enfermedades, trastornos del desarrollo, primeros auxilios, cuidados geriátricos, uso de microscopio, desarrollo comunitario, gestión de calidad y atención al cliente, que los y las promotoras han sabido aplicar a sus actividades de promoción, lo cual podría ser más fructífero si se desarrollaran cursos de promoción de la salud que puedan ser brindados desde otras disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud y que además tuvieran un enfoque social y comunitario y no únicamente biomédico.

Tabla 17.  
Formación de los y las promotoras de salud en las OGs

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Lucía</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>
<b>Grado de estudios</b>	Ingeniería trunca en computación	Ingeniero agrónomo	Licenciatura en psicología	Secundaria	Carrera técnica en trabajo social
<b>¿Recibió cursos de salud antes de ser promotora?</b>	No	No	Sí, de estimulación temprana, psicología de la salud, prevención primaria, diplomado en trastorno del desarrollo, diplomado en adolescencia.	Sí, de primeros auxilios (accidentes en casa, quemaduras, picaduras de animal) cuidados geriátricos, hidratación suero vida oral, vacunas.	Pocos pero sí tuve.

Fuente: Elaboración propia.

La escolaridad de los y las promotoras de salud en las OG varía en grado y en área de estudio. Resulta interesante observar que los dos hombres cuentan con estudios formales que no pertenecen a las carreras tradicionalmente vistas como sociales o de las ciencias biológicas, sino que estudiaron una ingeniería y no habían recibido cursos sobre salud antes de trabajar como promotores de salud, lo cual es un indicador de que su inicio como promotores no se derivó por un conocimiento previo o interés en la promoción de la salud, sino debido a cuestiones aleatorias, por necesidades personales de un ingreso económico o por cuestiones estructurales de las instituciones, donde el personal debe cubrir varios puestos a la vez, tanto operativos como administrativos. Es decir, el promotor de salud puede ser percibido como “un comodín del personal” que debe realizar también tareas administrativas como parte de sus funciones, y viceversa, el personal administrativo puede llevar a cabo funciones de promotor de salud, lo cual ya ha sido señalado por Castro (1996) y que se confirma con la explicación dada por Jorge sobre sus inicios como promotor:

“¿Cómo fue que inicie? Pues, sinceramente a veces es por la necesidad, uno está encargado de otras cosas que no son directamente de promoción de la salud, sin embargo cuando se requiere de la ayuda o del apoyo en cuanto a promoción, pues estamos siempre para echarle la mano”. Jorge, OG

Lo anterior también refleja la razón por la cual no siempre se cuenta con personal debidamente capacitado o certificado en el área de promoción, ya que como lo indica el mismo promotor una dificultad para atender a su capacitación es la falta de tiempo o la carga de trabajo:

“Yo soy persona poli funcional, lo que quiere decir que cuando alguien se ausenta por equis razón, incapacidad o cualquier cosa, si es de mi área yo lo cubro, entonces muchas veces no puedo estar fuera de la unidad por cuestión de que falte algo, entonces a veces no puedo ser muy libre de que quiero ir a este curso” Jorge, OG.

Un contexto similar ha sido reportado en Brasil donde Pontes (2012) observó que las actividades de los agentes indígenas de salud eran confundidas con las de un recepcionista o un auxiliar de enfermería. Para la autora, esto se debe a la falta de formación y cualificación que además pone en desventaja al agente en su relación con el equipo de salud, pues el resto de los profesionales de salud los tratan como personal no-técnico y descalificado aunque como se puede observar, tanto en las OGs como en las ONGs de Hermosillo, las promotoras cuentan con una educación media a superior, que va desde secundaria hasta el grado de maestría.

Lo anterior entra a discusión con el debate no concluido sobre el grado escolar como requisito para ser promotor de salud, ya que como se mencionó en el capítulo anterior, contar con una carrera técnica como mínimo, es un requisito que exige la secretaria de salud en México en su perfil de ingreso para promotores. Precisamente el caso de Raquel es un ejemplo de que aun en los requerimientos de la SSA, la experiencia como promotora y el pertenecer a la comunidad tiene un mayor peso en la selección de personal y el posterior desempeño de la promotora, ya que Raquel, aunque no cubre con el requisito de la escolaridad porque cuenta con estudios de secundaria, fue contratada y capacitada por la SSA a partir de su trabajo como voluntaria en su comunidad debido al empeño e interés mostrado en su trabajo:

“Yo inicié voluntaria, era una promotora voluntaria, yo tenía en mi colonia un comité de salud y ahí pues ayudaba a la gente, repartía sueros, hacíamos pruebas de cáncer ahí en mi casa, era presidenta yo de esto, ¿no? y luego ya entré a vacunas y después recibí cursos, cursos, cursos hasta que ya me fui empapando de lo que es la promoción de la salud, o sea yo ahorita manejo cualquier área, donde me pongas, ¿qué tema? Del que sea en cuestión de promoción, porque me gusta mucho la promoción de salud”. Raquel, OG

En el caso de las mujeres promotoras de salud de la OG, las tres recibieron cursos sobre el cuidado de la salud independientemente de su grado escolar, que es de secundaria, carrera técnica en trabajo social y licenciatura en psicología. Desde una perspectiva de

género, esto muestra que las mujeres no únicamente son orientadas a carreras de asistencia social y de cuidado hacia los demás, sino también por su condición de género se les brinda mayor posibilidad de recibir información que los hombres sobre el cuidado de la salud tanto física, como mental.

#### 4.2.1 Certificación

La certificación es una manera de asegurar que una persona posee las facultades necesarias para desempeñar un puesto, por lo general a través de un documento oficial dicha persona obtiene el respaldo académico como garantía de la calidad de su labor. También es una manera de establecer un parámetro de evaluación de sus competencias. Como puede observarse en las tablas 18 y 19 solamente tres de las diez promotoras seleccionadas como informantes cuentan con alguna certificación, dos de ellas pertenecen a ONGs.

Tablas 18.  
Certificación de los y las promotoras de salud en las ONGs

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Darí</b>	<b>Estela</b>	<b>Conrado</b>
<b>¿Está certificada como promotora?</b>	Sí, avalada por el CENAMI.	Sí, por parte del patronato de medicina social comunitaria de Tijuana.	No, pero he recibido muchos cursos.	No, he aprendido en la práctica y en muchísimos eventos de capacitación.	No, pero he participado en cursos, talleres, diplomados.

Dos de las promotoras entrevistadas en ONGs están certificadas. Cabe mencionar que en ambos casos obtuvieron la certificación a través de una organización distinta a la que pertenecen actualmente.

Tabla 19.  
Certificación de los y las promotoras de salud en las OGs

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Lucía</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>
<b>¿Está certificada como promotora?</b>	No, pero sí hay capacitación.	Sí, por el IMSS COPLAMAR.	No	No	No, pero siempre nos están capacitando.

De los promotores entrevistados en las OGs, solamente uno cuenta con certificación y ésta le fue otorgada por IMSS COMPLAMAR, organización a la que perteneció antes de entrar a su actual trabajo en la SSA.

Las organizaciones que han otorgado la certificación al promotor de la organización gubernamental fue el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, COPLAMAR, ahora Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL. Las ONGs que han certificado a dos promotoras son el Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, Cenami y el Patronato de Medicina Social Comunitaria, A. C. Cabe mencionar que ambas organizaciones están establecidas en México, Distrito Federal y la ciudad de Tijuana, Baja California, respectivamente. En el primer caso la promotora tuvo que trasladarse a la ciudad de México a recibir los cursos, lo cual implicó para la promotora una serie de dificultades que ella misma señala como es la falta de recursos económicos, las distancias y el transporte.

En el segundo caso, un médico representante del Patronato de Medicina Social Comunitaria de Tijuana A.C. acudió a la ciudad de Hermosillo para brindar capacitación a un grupo de promotoras, sin embargo, esta circunstancia resulta ser una desventaja cuando la organización no cuenta con suficiente financiamiento para dar seguimiento a esta labor. Estos problemas estructurales en las organizaciones impiden a la mayoría de las promotoras tener acceso a una certificación en promoción de salud, razón por la cual las promotoras aprenden lo que saben en la experiencia en campo. Sin duda, la poca disponibilidad de organizaciones que brindan certificación en el lugar de residencia, resulta ser uno de los motivos principales por los cuales solamente una mínima parte de las promotoras de salud están certificadas.

Resulta interesante analizar la respuesta de las promotoras cuando se les preguntó si contaban con alguna certificación, ya que de manera espontánea aclaraban o justificaban que a pesar de no estar certificadas, sí recibían capacitación lo cual puede implicar que estén considerando equivalente el hecho de recibir algún tipo de capacitación o la experiencia en campo, con la certificación. Otra posible explicación es que las promotoras estén manifestando un temor a ser percibidas como carentes de conocimiento y experiencia sobre la labor que realizan o que puedan ser descalificadas profesionalmente debido a no tener el respaldo de una organización que las certifique. Sin embargo, en Texas se encontró que la certificación puede ser percibida como una carga en lugar de un beneficio debido a que existe una cantidad limitada de cursos, el costo de éstos y los problemas de alfabetización, además de que el requisito de actualizar la certificación cada dos años es percibida por algunas promotoras como intimidante (Harris *et al.*, 2007, 2).

#### **4.2.2 Capacitación Inicial**

La promoción de la salud comprende diversos ámbitos de aplicación tales como la educación, el sector salud, la investigación, entre otros. La capacitación inicial es fundamental para llevar a la práctica efectivamente la promoción de la salud, ya que de lo contrario, el desconocimiento de sus principios y metodologías genera que la promoción sea reducida al acto de repartir volantes y dar pláticas sobre salud y enfermedad (Sanabria, 2006, 2). Lo anterior puede ejemplificarse con el caso de Raquel (OG), que a pesar de que no recibió capacitación inicial para ser promotora de salud, considera que no le hace falta capacitación.

Raquel “nunca se cansa de aprender”, aunque “no cree necesitar otra información” adicional a la que ya maneja. Con esto se percibe que la actualización es importante para esta promotora, pero no imprescindible. Sin embargo, su técnica de intervención en la comunidad, se limita a entregar folletos y “explicarles” el tema, lo cual pudiera deberse a una carencia de fundamentos teóricos y metodológicos sobre promoción de la salud.

“...tú ves un folleto y ya te basas en lo que vas a promover y ¿cómo lo vas hacer? pues llegando con la gente, ya viste ahorita como llegamos y “buenas tardes señora” y “¿cómo está?” Y esto y lo otro, yo soy así de “charalera”, y ya le empiezo a explicar (...) me paro y les entrego el folleto y les digo: señor, ¿me ayuda a participar conmigo? y ellas mismas ya nos vamos metiendo y eso es la promoción” Raquel, OG.

A continuación se describen las percepciones de las promotoras de ONGs acerca de la capacitación inicial recibida:

Tabla 20.  
Capacitación inicial de los y las promotoras de salud de las ONGs

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Darí</b>	<b>Estela</b>	<b>Conrado</b>
<b>¿Recibió capacitación inicial como promotora?</b>	Sí, cinco módulos.	Sí, partiendo de que la capacitación va desde oír una ponencia, una conferencia o asistir a algún curso o taller.	No	Sí, he recibido muchísimos cursos.	No, ya la traía yo previa.
<b>¿Considera que le hace falta capacitación?</b>	Sí, lo de hoy a mañana es obsoleto.	Sí	Ahorita no.	Sí	Actualizar me.

Fuente: Elaboración propia.

La capacitación que han recibido las promotoras en las ONGs se desarrolla en cursos de frecuencia y duración irregular. El contenido de los cursos es variado, debido a que no son parte de un programa o plan de estudios y prácticas organizado.

Se observa que una promotora (Lucero, ONG) se entrenó a través de un programa de certificación estructurado en cinco módulos. Las sesiones eran intensivas: “de lunes a viernes de 8am a 8pm con 2 horas de comida”. El programa tenía frecuencia y duración periódica, sin embargo a falta de recursos económicos no le fue posible llevar el programa con tal regularidad, ya que como nos comenta: “cada módulo era cuando tenía dinero para irlo a tomar a México”. Esto provocó que tardara más tiempo del estimado para obtener su

certificación. El contenido de tal capacitación tenía un enfoque en salud comunitaria que consideraba tanto aspectos biomédicos como los determinantes sociales de la salud:

“...anatomía y fisiología, el cuerpo humano, su funcionamiento... pero también porqué se enferma, ver la realidad que vivimos para tener dichas enfermedades. No decíamos: hay que trabajar las enfermedades del aparato digestivo, sino decir enfermedades provocadas por el agua, que son todas las del aparato digestivo. Igual con las vías respiratorias: enfermedades ocasionadas por falta de vivienda y ropa adecuada, son las de las vías respiratorias, ver la realidad para enfocarnos, porque no es nomás curar la enfermedad, sino (ver)la raíz, qué la provoca, para poder tener salud”. Lucero, ONG

En el caso de Marcela, el programa que llevó para certificarse como promotora social de salud otorgado por el Patronato de Medicina Social Comunitaria, A. C. de Tijuana consistía en reunirse con un médico varias veces por semana para recibir cursos sobre desnutrición, prevención de enfermedades, campañas de limpieza, vacunación, entre otros. Sin embargo, una vez que el patronato se retira de la ciudad, continúa con su actualización en las organizaciones que labora, donde se puede observar que no cuentan con un programa de capacitación inicial, ya que en algunas organizaciones recibía cursos “mínimo una vez al año” en otras organizaciones los cursos eran cada dos o tres meses, sin embargo se observa que a falta de un programa inicial de capacitación, lo empatan con cursos de actualización que puedan recibir de manera irregular:

“Partiendo de que la capacitación va desde oír una ponencia, una conferencia o asistir a algún curso taller, entonces pudiéramos decir que (recibe capacitación) cada 2 meses”. Marcela, ONG,

Tal vez la falta de una capacitación inicial en las organizaciones es debido a que se da por hecho que las promotoras con experiencia ya cuentan con todos los conocimientos y prácticas necesarias para realizar su trabajo, como nos comenta Conrado, quien no recibió capacitación en su organización porque “ya la traía previa (la capacitación)”.

Por otra parte, resaltando la importancia de la formación para “convencer más a las mujeres”, las promotoras consideran que les hace falta capacitarse en temas biomédicos

como “salud sexual y reproductiva” como comentó Estela (ONG) y en el diseño y sistematización de información, que pudiera utilizar para realizar gestiones y proyectos, tal como nos cuenta Marcela:

“...a la hora de sistematizar las tareas, me amplió mucho, me voy, me abro mucho, yo creo ese sería un tema, el cómo presentar un proyecto (...) más de capacitación para las promotoras, quizá en hacer modelos... manuales (...) más adecuados a Sonora”  
Marcela, ONG.

Llama la atención que quien no ha recibido capacitación inicial como promotora (Daría, ONG), no lo considere necesario. Posiblemente el desconocimiento del marco teórico y metodológico en la promoción de la salud lleve a minimizar el campo de acción de las promotoras y subestimar su capacitación inicial. También se observa que quienes han recibido capacitación, refieren la necesidad de actualizar sus conocimientos.

Tabla 21.  
Capacitación inicial de los y las promotoras de salud de las OGs

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Lucía</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>
<b>¿Recibió capacitación inicial como promotora?</b>	Sí	No, cuando entras no te dan capacitación, pero ya sobre la marcha te van dando.	No, entré y aprendí sobre la práctica, ya después empezaron los cursos.	No, fui aprendiendo con folletos y práctica.	No, pero te dan la opción de enfrentarte a la gente.
<b>¿Considera que le hace falta capacitación?</b>	No puedo decir que falta, más bien actualizar.	¡Claro que sí! hay que estar actualizado.	Sí, ¿cómo no? es bien importante la capacitación.	No creo que necesite otra información pero nunca te cansas de aprender.	Más que capacitación, me falta tiempo para usar todas las herramientas.

Fuente: elaboración propia.

En las OGs resulta más notoria la falta de un programa de capacitación inicial o “inducción” al puesto. Probablemente como el perfil de ingreso pide un nivel de estudios como técnico de educación media superior en salud y en hospitales o bien contar con licenciatura en ciencias de la salud, se da por hecho el conocimiento y la aplicación de técnicas en la comunidad, sin embargo, independientemente de su grado escolar o área de profesionalización, los comentarios de los y las promotoras indican que no tenían un

conocimiento de sus funciones en promoción de la salud, sino que van aprendiendo “con folletos y práctica” (Raquel, OG), mientras se “enfrentan a la gente” (Ananda, OG) y que “ya después empezaron los cursos” (Lucía, OG).

Cabe mencionar que Jorge (OG) señala haber recibido capacitación como promotor, sin embargo, se observa que no se llevó a cabo de manera formal mediante un programa estructurado, ya que cuando se le preguntó por la frecuencia y duración de tal capacitación inicial, refirió que “Depende, puede ser de 2 horas o 1 hora. 2 días a la semana o 1 sola sesión”-Jorge, OG-.

Por otra parte, los y las promotoras resaltan la relevancia de la capacitación y actualización, específicamente temas como desarrollo comunitario y solución de problemas, ya que como se verá en el apartado 4.4 sobre actualización, el contenido que se brinda en las capacitaciones tienen un enfoque biomédico.

Se concluye que los y las promotoras no reciben un curso de inducción al puesto o capacitación inicial de acuerdo a las funciones y actividades que van a desarrollar. Tampoco se observa una supervisión o evaluación de su desempeño. Sin embargo, tanto promotoras de OGs como ONGs, señalan la importancia de recibir capacitación y actualización sobre promoción de salud. Para la UNESCO (2012,9) las contribuciones a largo plazo de la educación y formación técnica y profesional se van a determinar adquiriendo una mejor comprensión de los conocimientos, competencias y actitudes que se necesitan hoy día y en el futuro, cuidando de que se enseñe y aprenda de modo eficaz y equitativo una combinación acertada de competencias.

### **4.3 La consolidación de la promotora de salud en la comunidad**

A pesar de que el trabajo de promoción, por lo menos dentro del sector salud es visto como profesión que tiene que impactar en la comunidad y brindar herramientas concretas a la comunidad con la que se interviene, cuando se preguntó a las promotoras acerca de las situaciones ideales de su promoción, la mayoría de los indicadores que otorgaron fueron distintos matices o niveles de su relación con la comunidad. Lo que sugiere que el punto máximo de desarrollo en la formación de un promotor o promotora es que con el paso del tiempo, las personas las identifiquen y se establezcan lazos de confianza suficientes para que cualquier persona que se perciba con riesgo o dudas acerca de su salud, se acerque a ellos.

Los discursos que se centran en la evolución de la comunidad, se refieren a que la comunidad vaya más allá de la simple identificación y logre desarrollar un respeto y aprecio por sus personas. Como aseguró Estela:

“Uno de los requisitos de las promotoras es que deben de tener una fuerte relación con la comunidad, de mucho respeto de ellas hacia la comunidad para que ellas le devuelvan ese respeto” Estela, ONG.

El trabajo cara a cara les da un reconocimiento social a las promotoras, la comunidad saben quiénes son y lo que hacen, así que ellas generan relaciones empáticas con “las usuarias” –es decir, las personas hacia quien se dirige el mensaje de salud que dan las promotoras– Este reconocimiento social, en algunos casos desborda los límites y puede reconvertirse a favor de la promotora en beneficios tangibles: entrar a una organización con un sueldo base, o bien incursionar en la vida política de su comunidad fueron dos casos que encontramos plasmados en la experiencia de unas informantes.

“Salud como medio de educación popular”, ese es el lema con el cual algunos de los y las informantes describen su trabajo en todos los nichos de la vida para conseguir “una vida sana”. Al estar en contacto con la comunidad, muchas veces la enseñanza y formación de la promoción de salud en campo se torna en forma de mediadoras, consejeras familiares, asesoras de finanzas, gestoras de servicios entre otras funciones que se aprenden.

En las interacciones cara a cara, los y las informantes señalan que deben echar mano de todos los conocimientos y estrategias no escritas para que la gente tome conciencia de lo positivo que es cuidar ciertos aspectos de su salud. También es importante leer las conductas no verbales para encontrar el momento idóneo para que las usuarias reciban y aprovechen lo que las promotoras tienen que decirles. A muchos promotores de salud les motiva e incluso fomenta su actividad, ver a “pacientes buenos”, esos que se superan y que asimilan su condición de enfermedad, en otras palabras, aquellos usuarios que aprovechan la información que el promotor les dio.

Una recompensa final del trabajo de promoción es que, más allá del respeto, las personas de las comunidades les reconozcan una habilidad personal de manejo de situaciones de vida, lo cual les da un posicionamiento especial en sus relaciones humanas.

Como mencionó Ananda:

“Logramos que la gente nos identifique, no que nos vea como dioses ni mucho menos, sino simplemente que la gente te ve como ser humano, -ah, mira, ella nos ayudó. Oiga, usted nos dio una plática- muchas veces... O cuando uno le platica más en confianza: -ay, ¿a poco usted sufre?, ¿usted batalla?- ¡Claro!, igual que tú, igual que todos-, -ahhh- O sea, muchas veces te hacen ver como si tú fueras mucho más, en realidad cuando eres igual que ellos, ¿no? Con cualidades, con momentos buenos, con momentos malos” Ananda, OG.

Y a pesar de que todos los vínculos que se desarrollan con la comunidad suelen verse como ganancia en aprendizajes, en una marcada minoría solamente, la ganancia puede ser el aprendizaje formal de cómo intervenir, o bien, la ganancia de lograr comprender

problemas o fenómeno comunitario o de la salud. Como se encontró en los discursos de Raquel y de Conrado:

“He aprendido... de todos los niños recién nacidos y a pesar de que yo hace mucho tiempo tuve hijos y todo, quedan detalles así que tú nunca sabías por qué pasaban y ahora ya lo puedo entender por qué pasa y todo lo que atienden los programas que hay en promoción, son lo que viene siendo las experiencias, ¿no? Eso es muy importante.” Raquel, OG.

“Creo que dentro de las estrategias que están funcionando dentro de la salud sexual está... que sepamos de otros modelos para poder implementar nuestra tarea.... Tener la capacidad de estudiar y analizar qué sucede a nuestro alrededor, en nuestro contexto, para diseñar una estrategia, un plan de acción para llevarlo a cabo con esa población específica...” Conrado, ONG.

Curiosamente, estos dos únicos discursos encontrados en donde la ganancia de la interacción con la comunidad se traduce en capacidad de aprendizaje teórico, metodológico o técnico, es en los promotores de salud que poseían la menor y la mayor escolaridad formal, respectivamente. Mientras que para Raquel, cuya escolaridad es de secundaria, la etapa de consolidación se da en la comprensión de diversos aspectos de la salud, en Conrado –que posee estudios de posgrado- la ganancia está en la experiencia de poder teorizar y luego volver a traducir la teoría en estrategias o diseños de intervención acerca de la comunidad.

Por otro lado, los discursos que se centran en la evolución del promotor o promotora, hacen énfasis tanto el involucramiento y en el interés que éste tiene con la comunidad, consagrando de alguna manera a aquellos y aquellas promotoras que “tienen un interés genuino” como decía un promotor de OG, o bien, aquellos que con el paso del tiempo logran ver a la comunidad como una extensión de su familia o a sus propias familias como parte de la comunidad, como explica una promotora de ONG.

Para todos y todas, la consecuencia tangible de que están haciendo bien su trabajo, además de estos aspectos afectivos, tiene que ver con el reconocimiento directo o indirecto de sus compañeros de trabajo, colegas u otros expertos en salud. Entre mayor es la

capacitación de la promotora, menos serán sus inseguridades para ir a trabajar sobre un tema específico y mayor será el grado de percepción de compromiso y evolución con la comunidad. Como describió Lucía, una promotora de una OG:

“Mira, el año pasado estuvimos dando una capacitación a promotoras de todo Sonora, de Oportunidades, ¿no? Entonces vinieron a ensayar con las comunidades de nosotros y la gente que vino de todo el estado se fueron muy contentas porque decían que las señoras tenían mucha información y muy bien, ¿no? Entonces ese fue un logro para mí, o sea, me sentí: ¡qué bueno! Que sí están aprendiendo y que sí lo están aplicando...” Lucía, OG.

Para todos y todas las promotoras, la capacitación en campo es un aspecto central pues es el ambiente básico en el que se desarrollan todos los vínculos afectivos y de capacitación, para sí mismas y para otras personas.

#### **4.4 La actualización de los y las promotoras en las organizaciones**

La actualización de la información y capacitación recibida por los y las promotoras de salud es de vital importancia, ya que ésta define las herramientas técnicas y metodológicas con las que cuenta y por ende, el impacto que logre tener su intervención en la comunidad. La promoción de la salud es un enfoque que involucra al gobierno, a las organizaciones sociales y a las personas en la construcción de los determinantes sociales de la salud. Para lograr dicho objetivo es necesario hacer uso de la capacitación como una de las estrategias principales (Sanabria, 2007,1).

Las OGs y ONGs , juegan un papel primordial en formar y permanentemente actualizar a su personal para que posea los conocimientos, competencias y actitudes que no se pueden adquirir únicamente por medio de la educación básica(UNESCO 2012, 12). A continuación se procederán a analizar las principales estrategias y factores organizacionales que influyen en la capacitación permanente y la actualización de los y las promotoras de salud en Hermosillo.

En la siguiente tabla (22) se describe la manera de planear y dirigir algunas actividades que las ONGs realizan para capacitar y actualizar los conocimientos y técnicas de intervención en salud de sus promotoras.

Tabla 22.  
Actualización recibida por los y las promotoras en las ONGs

	<b>Lucero</b>	<b>Marcela</b>	<b>Darí</b>	<b>Estela</b>	<b>Conrado</b>
<b>¿Recibe capacitación actualmente?</b>	No	Sí	No	Sí, voy a donde me inviten	A veces, en otras instituciones
<b>¿Con qué frecuencia recibe capacitación?</b>	Antes cada año	Este año fui 1 vez. El año pasado 2 veces	Hace 2 años que no recibo	Varía pero es permanente	Ya no recibe
<b>¿Qué duración tiene la capacitación recibida?</b>	Varía.	1 día, horas.	Generalmente 3 días	Varía	Congreso de 3 o 4 días. Foro 1 semana
<b>¿Son adecuados los horarios?</b>	No recibe capacitación	Sí	Sí, yo me adapto	Varía	Pido permiso en el trabajo
<b>¿Es accesible el lugar?</b>	No recibe capacitación	Sí	Sí	Sólo en las de OG	No recibe capacitación
<b>¿Tiene algún costo económico para usted?</b>	A veces comprar libros	No, solo material y transporte	No, por eso aprovecho	Algunos y otros los paga la ONG	No, afortunadamente
<b>¿Ha presentado alguna dificultad para atender su capacitación?</b>	Recursos económicos, distancias, transporte	Horarios, dinero, transporte	Al inicio mi esposo se enojaba, tiempo, dinero	Costo, escolaridad, carga de trabajo	Carga de trabajo, permisos en el trabajo, costos

Fuente: Elaboración propia.

Los y las promotoras de salud actualmente no reciben capacitación o actualización en la organización a la que pertenecen. Solamente una de las promotoras declaró haber recibido algún curso dentro de su organización. Resulta en una interrogante el motivo por el cual las organizaciones no brindan o han dejado de otorgar capacitación a sus promotoras. De acuerdo a la UNESCO (2012, 22), uno de los motivos es la falta de recursos económicos, por lo que la diversificación de las fuentes de financiamiento y la gestión eficiente y eficaz

de los fondos gubernamentales es para la educación y formación técnica y profesional se han convertido en ámbitos prioritarios.

Dos de los promotoras reciben invitaciones a cursos, talleres o seminarios a través de sus relaciones con otras instituciones, tales como Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Consejo Estatal Electoral (CEE), Comaletzín A.C., Red Fronteriza de Salud y Ambiente A.C., lo cual manifiesta que la existencia de redes en las organizaciones es un recurso más que fomenta la formación de las promotoras y que pudiera fortalecerse.

Se les preguntó a las promotoras sobre la planeación y técnicas de la capacitación que reciben o han recibido en sus organizaciones. En promedio las promotoras reciben capacitación una vez al año, aunque varias mencionan que anteriormente recibían capacitación con más frecuencia o que definitivamente ya dejaron de recibirla. En el estudio de Alfaro *et al* (2010) sobre promotoras de salud en organizaciones sociales civiles (Tabla 23) realizado en Tijuana con una muestra de 117 mujeres y 4 hombres (N=121) se encontró que el 61.2% de las promotoras han realizado parcial o completamente el diplomado de educación y formación para promotoras comunitarias, lo cual muestra mayor regularidad de los cursos ofrecidos en esa ciudad, que el 70.2% de las promotoras reciben capacitación una o dos veces al mes y que una menor cantidad reciben un curso cada semestre, lo cual significa todavía que es el doble de la capacitación que reciben las promotoras en ONGs en Hermosillo.

Tabla 23  
Capacitación recibida por las promotoras en las OSCs de Tijuana

Capacitación recibida	Porcentaje
Certificadas	61.7%
1 o 2 cursos al mes	70.2%
1 curso cada 6 meses	11.6%

Fuente: elaboración propia, con datos de Alfaro *et al*, 2010. Promotoras de Salud: una estrategia de intervención de las OSC'S en la ciudad de Tijuana, B.C. Tijuana, B.C. Universidad Iberoamericana

Sumado a una frecuencia irregular, la capacitación recibida es de corta duración, ya que en general dura varias horas al día. Las promotoras que acuden a capacitarse a otras organizaciones refieren que la duración varía entre 3 o 4 días dependiendo si es un foro, un congreso, etc. Respecto a los horarios, las promotoras indican que son adecuados, aunque en ocasiones tienen que “adaptarse” pues la desventaja de que la capacitación no se ubique dentro de sus funciones en la organización, es que implica “pedir permiso en el trabajo” como hace Conrado (ONG) o “dejar de hacer cosas”, adelantar el trabajo doméstico o aplazar actividades de su negocio en casa, como hace Daría, pues “vale la pena el sacrificio”.

El lugar donde se brinda la capacitación varía de acuerdo al presupuesto que tiene la organización. En algunas ocasiones el lugar es accesible, como comentó Marcela:

“Ha sido en locales, en un hotel, en un salón, en la Universidad de Sonora, pero son accesibles, para llegar hay que tomar camiones” Marcela, ONG.

Sin embargo, cuando se trata de las condiciones ambientales, las limitaciones económicas se reflejan en las instalaciones o en las ponentes, como narró Estela:

“... solamente en las instituciones de gobierno son adecuadas, ya que cuando vienen de organizaciones sociales, son muy limitados, el lugar a veces no tiene aire, a veces la comida no está muy buena. Como xxxxx institución que nos restringieron todos los recursos que ni la comida nos gustaba (...). A veces están buenas las condiciones, pero las ponentes no...” Estela, ONG

El acceso a la actualización y capacitación está determinado entre otros factores, no sólo por el costo económico que significa para las organizaciones, sino también por el nivel socioeconómico de los y las promotoras. Los resultados de este estudio coinciden con la UNESCO (2012,16) cuando refiere que el acceso a la educación y formación técnica y profesional, tanto pública como privada, depende en gran medida del nivel educativo que se haya alcanzado y de características socioeconómicas y de otro tipo, y puede servir para recompensar a los que ya cuentan con ciertas ventajas. Para algunas promotoras, el material de trabajo como libros y fotocopias o el uso de transporte público representan un gasto que su economía puede sostener. En algunos casos, la misma organización cubre los costos de inscripción para algún curso o taller, lo cual significa un beneficio que es crucial para las promotoras, pues en caso contrario, no les fuera posible acceder, como nos comentan Daría y Conrado:

“...En una ocasión me llamó la atención un curso que daban en la universidad, lo vi en el periódico y hasta hable pero eran los días que yo no podía y costaba creo que 2,500 algo así, el caso que no pude” Daría, ONG.

“...sí no me resuelven de la beca, que va ser el curso en Tijuana, no lo tomo. Porque ahora estoy pagando mi maestría, entonces no. La situación no está como para pagarme el viaje, es una semana, es el viaje de ida y venida, lo de menos sería que me fuera en camión, no importa, pero la situación no está en condiciones pues. A todos los congresos y foros que he ido, han sido gratuitos, han sido financiados, afortunadamente, yo no he tenido que pagar nada”. Conrado, ONG.

Otras dificultades para acceder a la capacitación o actualización además de los recursos económicos y el transporte, es la carga de trabajo, pues como ya se mencionó en el apartado sobre los horarios, el hecho de recibir capacitación en una organización distinta a la que trabaja, implica un esfuerzo adicional en organizar y negociar las actividades

laborales de acuerdo a los horarios en que se vaya a realizar el curso o taller, como lo comentan a continuación:

“Cuando es en otro municipio o que organizan otras organizaciones pues el transporte (se me dificulta) y que la institución en que estoy, no la considere importante y no me envíe...” Marcela, ONG.

“Aparte de los costos, a veces por el trabajo y también sopesar, para que me cuente en mi trabajo, pues yo puedo tener muchos cursos pero si no son de más de 20 horas, no me cuentan, entonces tengo que sopesar, de qué trata el curso y si me da los puntos o no...” Conrado, ONG.

“... a veces por la agenda que tiene la organización yo no puedo acudir porque tenemos un programa de trabajo y es muy difícil estarlo cambiando porque son muchas actividades, y lo otro es este asunto de mi nivel académico, que luego, “no pues tienes que tener una licenciatura” o a veces que también te cobran, hay algunos seminarios muy caros y yo no tengo para estar cubriendo” Estela, ONG.

Como menciona Estela, también el grado académico puede ser un impedimento para acceder a la capacitación. Con frecuencia, el acceso a la formación es más restringido para las mujeres, en particular las que tienen hijos pequeños o las minorías que para otras personas (UNESCO 2012,16) Otro factor que dificulta el acceso es la dinámica familiar, como nos comenta Daría:

“al principio mi esposo se enojaba: ¡hey! ¿A dónde vas? Los cursos a veces duraban 3 días y así que nos íbamos en la mañana y volvíamos en la tarde, y a veces él se molestaba pero yo creo que ya vio que empecé a cambiar yo y ya no me dice nada”. Daría, ONG.

Al respecto, Verónica, encargada de brindar cursos de capacitación para promotoras, comentó que la familia o el marido pueden ser obstáculos porque implica un cambio en toda la dinámica familiar:

“...Para la esposa implica asistir a clases o a talleres, tareas, trabajos en comunidad, que ya les implica quitar un poco del tiempo de la familia. A la familia a veces no le gusta eso, al marido no le gusta eso, además hay muchas promotoras con problemas de violencia, entonces en el proceso la familia va viendo el cambio en la mujer, a veces no les gusta ese cambio y ahí empiezan los problemas” (Verónica, comunicación personal, 2011).

En entrevista con Lilia (2011) coordinadora de un programa de formación para promotoras, mencionó que una estrategia para superar el problema con la familia es hacer

convivencias con el grupo e invitar a la familia y al esposo de la promotora para que participe y se involucre en el proceso.

“Que vea lo que la promotora está haciendo y la apoyen en lugar de interferir. El resultado es que los hijos o incluso el esposo, al ver que la promotora está estudiando la primaria o secundaria, ellos también retoman sus estudios y van juntos a clases” (Lilia, comunicación personal, 2011)

A continuación, se sintetizan las respuestas otorgadas por los y las promotoras que trabajan en la secretaría de Salud en Hermosillo en relación a las capacitaciones recibidas como actualización:

Tabla 24.  
Actualización recibida por los y las promotoras en las OGs de Hermosillo

	<b>Jorge</b>	<b>Gustavo</b>	<b>Lucía</b>	<b>Raquel</b>	<b>Ananda</b>
<b>¿Recibe capacitación actualmente?</b>	No	Si	Si	No	Si
<b>¿Con qué frecuencia recibe capacitación?</b>	Antes 3 cursos cada mes	3 o 4 veces al año	1 vez al año	Antes cada 15 días o cada mes	Hasta 4 veces al mes
<b>¿Qué duración tiene la capacitación recibida?</b>	Varía. Hasta 3 días de 12 horas	3 o 4 días	Varía. 1 semana o 3 días intensivos	De 2 a 5 días	De 27 a 54 horas en 2 o 3 días
<b>¿Son adecuados los horarios?</b>	Sí	Sí, dentro de jornada laboral	No, son muy pesados	Sí, dentro de jornada laboral	Sí
<b>¿Es accesible el lugar?</b>	Sí	Sí	Sí. Centro de capacitación	Sí	Sí
<b>¿Tiene algún costo económico para usted?</b>	No	No	No, el diplomado fue beca	No	No
<b>¿Ha presentado alguna dificultad para atender su capacitación?</b>	Sí, el tiempo o carga de trabajo	No	No	No	No

Fuente: Elaboración propia.

En general, los y las promotoras de salud que trabajan en OGs reciben mayor capacitación que las que lo hacen en ONGs. Jorge y Raquel (OG), no reciben capacitación actualmente en su organización, sin embargo, esto es reciente, pues comentaron que antes

recibían de dos a tres cursos cada mes. La frecuencia con la que reciben capacitación varía incluso para los que trabajan en la misma organización, lo cual podría explicarse debido a la existencia de un programa de cursos que de acuerdo a la experiencia o carga de trabajo de las promotoras ellas y su jefe deciden si acuden o no:

“La Secretaria de Salud tiene un programa de cursos, son como 3 cursos cada mes. A nosotros se nos pasa un programa de los cursos y nosotros decidimos o más bien nos apuntamos a que cursos queremos ir y ya el directivo da la aceptación si vamos o no vamos” Jorge, OG.

“... La frecuencia ahí donde estoy ahorita no me han dado cursos porque se supone que ya se todo lo que tenía que saber, pero si me invitan si me gustaría mucho ir. Cuando estaba en X centro de salud cada quince días, cada mes nos mandaban a cursos, pero ahí donde estoy ahorita no recibo cursos” Raquel, OG.

“...Las promotoras, ahorita no hemos tenido (cursos) porque tenemos la campaña antirrábica, hay mucho trabajo, pero nada más entra octubre, noviembre, hasta el último día de diciembre están dando cursos. Sí nos capacitan mucho la verdad, lo que nos hace falta es los cursos de cuando vas a trabajar por primera vez, ¡inducción! Eso es lo que faltaría, porque capacitación si hay, a base del tiempo vas aprendiendo un montón, lo que quieras y la ventaja es que si el jefe te ve ganas, te manda a cada rato a todo, por eso a través de tantos años he aprendido mucho y nunca digo: ¡ayyy! Esto ya lo había oído, porque las cosas cambian, ¿no?...” Ananda, OG.

Como ya se mencionó en el apartado sobre formación formal, las promotoras no reciben una capacitación inicial como tal, sino que van aprendiendo a través de la práctica en campo, lo que hace evidente este resultado es el comentario anterior de Ananda (OG) donde muestra la necesidad de un curso de inducción, pues los cursos que se brindan son de actualización en la información sobre la prevención de enfermedades y contenido biomédico como se verá en el siguiente apartado sobre el contenido de los cursos, sin embargo, no existe una orientación sobre las funciones que va realizar la promotora en la comunidad, lo que ocasiona que las promotoras no lleven a cabo su papel como tal de acuerdo a los fundamentos de la promoción de la salud, sobretodo en cuanto a intervenir en los determinantes de la salud mediante la gestión y abogacía.

La duración de los cursos varía desde dos días hasta cinco días. En general se observa que la duración promedio es de doce horas durante tres días, lo que para algunas promotoras puede resultar en jornadas agotadoras, como comentó Lucía:

“A veces se vuelven **muy** pesados, muy **muy** pesados porque es de estar todo el día, ¿no? entonces ¡ya! a mis años ya no aguanto el cuerpecito, ¿no? entonces yo si recomendaría jornadas cortas, quizá más largas, pero sí de medio tiempo, ¿no? aunque es difícil ¿verdad? porque también por el trabajo, de repente quieren jueves y viernes y ya” Lucía, OG.

Sin embargo, para la mayoría de los y las promotoras los horarios resultan adecuados, pues a comparación de las dificultades que tienen las promotoras de las ONGs en cuanto al transporte, las condiciones del lugar, los costos y los horarios, las instituciones tienen mayores recursos materiales para la impartición de los cursos y cuentan con un centro de capacitación, lo que les evita la sobrecarga de trabajo, pues al ser impartidos por la misma organización, son parte de su jornada laboral. También les evita gestionar permisos ya que cuentan con autorización de sus jefes para acudir. Sobre las condiciones y el acceso al lugar de capacitación, las promotoras coinciden en que es muy adecuado:

“Tenemos un centro de capacitación para la salud. Está bien dotado de aulas y las sillas están cómodas y todo. Ese es un espacio. Cuando somos muchos por lo general rentan aulas en hoteles y sí está bien, está cómodo, hacen buen uso de la tecnología, sí, está bien” Lucía, OG.

“Tenemos un centro. Es accesible el lugar, tiene como 3 salas, muy suave pero también en el hotel XXX, la mayoría de las veces en ese hotel” Raquel, OG.

“Hay centros de capacitación, la secretaria tiene. Muy accesible, te llevan de la misma oficina, eso sí, ¿he?” Ananda, OG.

El hecho de que la OG cuente con mayores recursos, limita las dificultades que las promotoras puedan tener para capacitarse. La OG ofrece transporte para que las promotoras acudan al curso, si el lugar con el que cuentan no es suficiente debido a la cantidad de personas, se renta un hotel que cuenta con las comodidades necesarias. Un aspecto primordial que favorece el acceso a la capacitación de las promotoras en las OGs

es que no existe un costo para ellas, ya que las instituciones cuentan con mayores recursos económicos y humanos para brindar capacitación a su personal:

“...ese diplomado fue una beca, porque sí tenía costo pero lo pagó (la organización) y los otros (cursos) los cubren con el mismo personal. Por ejemplo, traen a los médicos, los especialistas de cada área y ellos nos dan los temas pero no, no tienen costo para nosotros” Raquel, OG.

Las dificultades para capacitarse que presentan los y las promotoras de las OGs son visiblemente menores, aunque en ocasiones, la carga de trabajo puede ser un obstáculo. Sin embargo, esto ocurre debido a cuestiones estructurales de la organización, pues como ya se ha señalado en el apartado de formación formal, Jorge (OG) es personal “poli funcional” lo que significa que cubre puestos tanto del área de promoción de la salud, como del área administrativa.

Tal como se ha reflejado en los comentarios de las promotoras, la capacitación está en manos de las OGs prioritariamente, por lo que las promotoras de salud de las ONGs buscan fuera de ésta la formación que creen necesitar, de acuerdo a la experiencia y formación previa que posean. Las ONGs no tienen suficientes recursos económicos para formar a sus promotoras, aunque hay algunas que sí tienen un fondo destinado a la capacitación. Muchas promotoras por ende, no han accedido a cursos, diplomados o congresos por falta de recursos económicos, tanto para pagar la inscripción como para el transporte. La capacitación a la que acceden es aquella que se le oferta de manera gratuita.

Otra dificultad para acceder a los cursos y talleres es el grado académico para quienes no tienen licenciatura, la carga de trabajo y las gestiones que implica solicitar permiso en la organización donde trabajan para asistir a otro lugar a actualizarse. Finalmente, debido a

sus dinámicas familiares, pues ésta puede llegar a interferir en la capacitación de la promotora.

Por último, respecto a los contenidos de capacitación que reciben los y las promotoras, se describen en las siguientes tablas la información sobre la cual se capacitan y continúan actualizándose:

Tabla 25.  
Contenido de la capacitación en ONGs

<b>Contenido</b>		
<b>Bio</b>	<b>Psico</b>	<b>Social</b>
Cáncer Diabetes Educación sexual Medicina tradicional Transformación de hierbas a medicinas Salud sexual y reproductiva Nutrición y preparación de huertos hortícolas.	Programación neurolingüística Motivación Violencia Género y equidad Comunicación Mediación Organización de campañas Planeación con liderazgo Autoestima	Referentes a la parroquia (el coro, la liturgia, catequesis, instituto de biblia) Perspectiva de género en los programas de trabajo Elaboración de proyectos por la no violencia. Elaboración de campañas sociales. Derechos humanos. Género y medio ambiente. Comunicación: presentaciones, escritura creativa, conducción de radio. Política pública. Economía doméstica: administración y contabilidad, finanzas personales, finanzas domésticas.

Fuente: Elaboración propia.

Las promotoras de las ONGs reciben capacitación con un contenido de tipo biomédico, psicológico y social. La mayor parte de los cursos que fueron referidos por las promotoras son los que abordan aspectos sociales tales como comunicación, economía doméstica, políticas públicas, género y medio ambiente, incluyendo cuestiones referentes a la religión, lo que supone que en ocasiones la teoría y práctica de la promoción de la salud puede verse como parte de un apostolado religioso.

Resulta congruente el hecho de que consideren la medicina tradicional respecto a que una promotora debe conocer y compartir las experiencias, lenguaje y cultura de la comunidad a la que sirve (Departamento de Salud Pública de Massachusetts 2009).

Por otra parte, los contenidos de tipo biomédico y psicológico, resultan adecuados de acuerdo a las funciones que realizan las promotoras, sin embargo se observa una carencia de especialización por áreas, que resulta necesaria para evitar que las promotoras se conviertan en “todólogas” como recomienda Verónica con base en su experiencia como capacitadora de promotoras en una organización:

“nunca va ser suficiente la capacitación, por eso nosotros les decimos: ustedes tienen que buscar su profesionalización en el área específica donde les gusta, porque sería mucho que la promotora se vea como “todóloga”: curso de nutrición y vamos al curso, curso de salud, curso de gestión, ¡ahí vamos! Son todólogas y está bien que tengan un conocimiento general, pero especialícense en algo” (Verónica, comunicación personal, 2011).

Lo anterior, pone en evidencia que aún no se ha terminado de definir desde las estructuras de las organizaciones el papel de la promotora de salud, por lo que su capacitación resulta en ocasiones muy amplia en cuanto a los temas abordados, pero sin definirse de manera profesional y especializada, lo que puede llevar a resultados difusos al momento de aplicar estos conocimientos en la comunidad.

Tabla 26.  
Contenido de la capacitación en OGs

Contenido		
Bio	Psico	Social
Cáncer Diabetes Educación sexual SIDA y VIH Anticoncepción Hipertensión arterial, Técnicas de medidas antropométricas Antígeno prostático Salud mental Violencia Adicciones Infecciones respiratorias Diarreas y enfermedades gástricas Ginecología Accidentes viales Vacunación: Tuberculosis y sarampión. Problemas epidemiológicos	Salud Mental Sexualidad Técnicas para llamar la atención de la gente	Técnicas dinámicas que la gente no pierda la atención de las pláticas

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se observa que los y las promotoras de salud en las OGs, reciben una capacitación y actualización mayoritaria en temas biomédicos, revelando muy pocos cursos sobre cuestiones psicológicos y sociales. Esto resulta una ausencia notable ya que de acuerdo a los fundamentos teóricos desarrollados por la promoción de la salud, ésta depende de factores tanto físicos, como también sociales, culturales y estructurales, (Lalonde, 1983).

Estos datos concuerdan con Alfaro *et al* (2010) quien encontró que la capacitación de las promotoras de salud se centraba en temas biomédicos como diabetes, obesidad, hipertensión arterial, nutrición, salud reproductiva, tuberculosis y se brindaba poca información sobre cuestiones sociales como la violencia y el medio ambiente.

La ausencia de capacitación con contenido psicológico y sobre todo social, puede explicar el hecho de que las promotoras de OGs limiten sus funciones en la comunidad a la enseñanza del autocuidado de la salud y el brindar información sobre las principales

enfermedades, hecho que resulta valioso, sin embargo como se mencionó antes, la promoción de la salud abarca muchas funciones además de llevar a cabo la educación para la salud. La gestión, la abogacía, la participación en políticas públicas resulta primordial para llevar a cabo de manera consumada la promoción de la salud.

## Conclusiones

La promoción de la salud tiene un papel primordial para disminuir la aparición de enfermedades crónicas que conforman actualmente el 75% de las causas de muerte de la población en México (Salomon *et al*, 2012, 8). Aunque se revisaron numerosas definiciones de promoción de la salud, se observó que el núcleo de dicho concepto es el proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, esto implica que no solamente el sector sanitario tiene una responsabilidad, sino que resulta fundamental la acción del gobierno, las instituciones educativas, el sector empresarial, los medios de comunicación y la población en general. El segundo aspecto central de la promoción de salud es fomentar, mediante información y dinámicas de aprendizaje, las posibilidades de realizar cambios a nivel personal en los estilos de vida y en las diversas estrategias de cuidado y atención a la salud-enfermedad.

En México, las estrategias y acciones de promoción de la salud se han puesto en marcha a través de diversos programas desarrollados prioritariamente por Organizaciones Gubernamentales (OGs) como la Secretaría de Salud, así como también por las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). En el presente estudio se encontró que en estos programas, los y las promotoras de salud ejercen un papel crucial para el logro de los objetivos planteados en salud, dado que realizan funciones destinadas no sólo a mejorar los conocimientos sobre salud en la población, sino también llevan a cabo acciones para influir en los determinantes sociales y promover la participación en salud, por lo cual fue confirmada de manera reiterada la necesidad de una formación y capacitación continua entre los y las promotoras de salud, para aportar mayores herramientas que aumenten las probabilidades de adquirir aptitudes y lograr sus metas.

El objetivo de este estudio fue describir el proceso de formación de las promotoras de salud en Hermosillo y analizar la capacitación recibida por las promotoras en las organizaciones que laboran. En este capítulo se sintetizarán los resultados y conclusiones de la investigación en función de las preguntas de investigación que dirigieron el estudio:

1. ¿Cómo es el proceso de formación tanto formal como informal que reciben los y las promotoras de salud en Hermosillo?

Para indagar en este proceso, se respondió a las siguientes preguntas:

2. ¿Cuál es la manera en que las promotoras de salud se auto perciben como personal de salud y cuáles son las funciones que llevan a cabo?
3. ¿Cuál es la capacitación y actualización que reciben los y las promotoras de salud en Hermosillo? ¿Existen diferencias en las estrategias y contenidos de capacitación otorgados por las OG y las ONG?

La primera pregunta que se respondió entre los resultados fue: **¿Cuál es la manera en que las promotoras de salud se auto perciben como personal de salud y cuáles son las funciones que llevan a cabo?** Se encontró que las promotoras se definen como personas capacitadas para compartir conocimientos sobre salud de manera responsable y comprometida. La acción que las define es la intervención que realizan en la comunidad, aunque cabe mencionar que su participación en salud, no se limita al ámbito biomédico, sino que comprende ámbitos de interés personal, político, religioso, institucional, académico o de género que se reflejan mediante sus intervenciones, especialmente entre los y las promotoras pertenecientes a ONGs.

Las habilidades que los y las promotoras de salud declararon en las entrevistas como necesarias para llevar a cabo su trabajo son: liderazgo, creatividad, iniciativa, empatía,

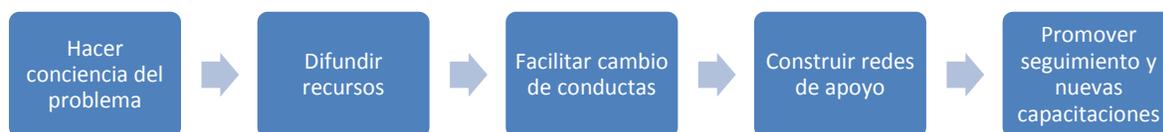
imparcialidad, sensibilidad, actitud de servicio, además de ser capaces de crear y mantener una relación de comunicación y compromiso con la comunidad, razón por la cual su capacitación resulta indispensable, debido a la influencia que ejercen sobre las personas.

Las funciones a través de las cuales llevan a cabo la promoción de la salud, de acuerdo a las respuestas que ofrecieron en las entrevistas, fueron:

- Conseguir mayor acceso a los servicios de salud
- Promover el desarrollo de entornos facilitadores de la salud
- Reforzar redes y apoyos sociales
- Promover comportamientos favorables para la salud
- Aumentar los conocimientos y difundir la información relacionada con la salud

Las actividades que realizan las promotoras apuntan a que llevan a cabo la promoción de la salud de acuerdo a sus fundamentos, tal como fue señalado por Kickbush (1996). Éstas se pueden observar de manera secuenciada en el siguiente diagrama:

Gráfica 4.  
Estrategias de intervención en la comunidad



Fuente: Elaboración propia.

No se encontró diferencia entre la auto percepción como promotores y promotoras de salud en función del género, es decir, la forma de percibirse como promotor no fue diferente entre hombres y mujeres, en cambio, la percepción de las funciones y roles que le

corresponden al promotor o promotora si fue diferente entre los y las promotoras que pertenecen a Organizaciones Gubernamentales (OGs) y las que pertenecen a ONGs. A diferencia de lo que establece Rootman *et al* (2007) en cuanto a que no existen diferencias de fondo sino de forma a la hora de hacer promoción entre los y las promotoras, existe una ligera diferencia entre los promotores que laboran en ONGs en la forma de percibir su trabajo pues son los únicos que otorgan un sentido místico a lo que realizan y que se refuerza al no recibir un salario formal por sus actividades.

A diferencia de los promotores de OGs, una de las estrategias que utilizan los y las promotoras de ONGs es el instruir a otras personas en cuestiones de abogacía, gestión y asesoría política lo cual las ha llevado a influir en la creación de políticas públicas, mientras que las estrategias de las promotoras gubernamentales se centran más en la educación para la salud. Para ambos tipos de promotores, una estrategia que ha favorecido la reproducción de los conocimientos y prácticas, así como la participación en salud por parte de la comunidad, es capacitar como promotoras a integrantes de la comunidad. Este es un factor de notable interés debido a la frecuente movilidad de las promotoras entre las ONGs y considerando que en la Secretaria de Salud las promotoras no son parte de la comunidad en la cual laboran. En este sentido, los argumentos de Werner (1984) y De Keijzer (2004) acerca de la necesidad de que los y las promotoras permanezcan en la comunidad continúan vigentes pues la movilidad supone el riesgo de la poca permanencia o sostenibilidad en las acciones de promoción.

Como personal de salud, las promotoras se consideran parte de un equipo de trabajo junto con el médico y la enfermera, pero observan que su trabajo se distingue por el mayor contacto que tienen con la población, lo que permite que sus funciones sean dinámicas y

adaptadas a las necesidades de la comunidad, así como llevadas a cabo con mayor atención y calidez, sin un interés económico, por lo cual se consideran mejor preparadas que el resto del personal de salud, a quienes consideran como prestadores de un servicio operativo y administrativo, sin involucramiento y con un trato inadecuado. Esta percepción llega a ser fuente de fortaleza y de conflicto, tanto con el personal médico institucional como con la visión de que el trabajo de promoción, para ser reconocido debe ser remunerado y además, contrasta con los pagos que reciben la mayoría de las veces los y las promotoras de Tijuana, según lo describe Alfaro *et al* (2010).

Por otra parte, las promotoras consideran que las organizaciones otorgan respaldo a su trabajo y son fuente de recursos para formarse. Señalaron la articulación con otras organizaciones e instituciones como indispensable para acceder a la capacitación y compartir experiencias, aunque en ocasiones consideran que la ausencia de un salario desvaloriza su trabajo y fomenta que las organizaciones no reconozcan su labor.

Según el perfil de la Secretaría de Salud (2001, 41) la promotora debe contar con grado de escolaridad técnico medio superior en salud o licenciatura en ciencias de la salud. Sin embargo, en la práctica se pudo observar que no sólo existen personas que no cubren el mínimo de escolaridad exigida por el perfil del puesto, sino que los y las promotoras adolecen de capacitación, sobre todo en los aspectos sociales y políticos. Una limitante observada tanto en promotoras de OGs como de ONGs y es la falta de un sistema metodológico o teórico como sustento de sus intervenciones. Argumentos basados en modelos de abogacía, de participación o educación comunitaria aparecieron difusamente, especialmente en promotores de ONGs, otorgando mayor importancia al aprendizaje inductivo, que lo describen como “experiencia en campo”.

Respecto a la necesidad de conocer **¿Cómo es el proceso de formación tanto formal como informal que reciben las promotoras de salud en Hermosillo?** Se encontró que las experiencias de formación de los y las promotoras de salud se presentan inicialmente de manera informal en el ámbito educativo o gubernamental. Para las promotoras de salud de las ONGs fue a través de experiencias con diversos enfoques para atender la salud, tales como herbolaria o medicina homeópata. Por su parte, las promotoras de OGs tuvieron experiencia previa trabajando en otras OGs. La formación inicial en la promoción de la salud se dio en múltiples casos, por la presencia de familiares o conocidos laborando en estas áreas.

Un aspecto que comparten la mayoría de las promotoras de ambos tipos de organización es la presencia de familiares dedicados al cuidado y atención de la salud lo cual representó que el proceso de salud-enfermedad se convirtiera en un aspecto significativo para ellas, familiarizándose con el trabajo de cuidado. Este es un hallazgo del estudio que no fue posible contrastar con ningún autor previo en la bibliografía y que puede tenerse en cuenta para identificar, en el futuro, posibles personas interesadas en la promoción de la salud.

El grado de estudios de la mayoría de los y las promotoras va de carrera técnica a maestría. Antes de ser promotoras, la mayoría recibió cursos enfocados a la salud desde diversas áreas, como desarrollo comunitario o atención al cliente. El hecho de que tengan un nivel de estudios medio y superior, aproxima a la discusión respecto a cuál es el grado de escolaridad más adecuado al perfil de la promotora de salud, lo cual se relaciona con cuestiones como el salario y la permanencia de las promotoras que trabajan en su comunidad, ya que actualmente, una mayor profesionalización no necesariamente equivale

a una mejor remuneración por su trabajo, por lo cual un elevado nivel de preparación representa una desventaja para que el promotor permanezca laborando dentro de su comunidad y por lo tanto busque otras oportunidades de desarrollo tanto profesional como económico, donde obtenga mayores ingresos y prestaciones. Esto es consistente con los resultados encontrados en Houston acerca de los beneficios de la certificación por Harris *et al* (2007) que describe que los beneficios de la certificación se dan más en un plano de satisfacción personal que económico para los promotores.

Parte del contenido ideológico encontrado en la promoción de la salud, es visto culturalmente como un trabajo de “cuidado al prójimo” que se sustenta en la percepción de que las aptitudes desarrolladas por la promotora se traten de una habilidad natural de la mujer y no como producto de sus conocimientos y experiencia laboral, lo que conlleva que aparezca como un trabajo “invisible” donde la labor de las promotoras en su propia comunidad no sea reconocida y se perciba como una actividad semi voluntaria o no profesional. La cuestión salarial aparece también como un factor que genera rotación organizacional, lo cual suscita inestabilidad laboral y económica para las promotoras, además de que puede representar un serio problema a corto plazo para las promotoras de las ONGS que no están afiliadas a algún servicio de salud, pues tomando en consideración su edad, se jubilarán en poco tiempo y no gozarán de ninguna prestación social.

Por otra parte, de acuerdo al perfil de promotor de salud en las OGs, donde sí obtienen prestaciones y sueldo fijo, es requisito contar con carrera técnica o licenciatura, lo cual resulta un obstáculo de ingreso para las promotoras que son parte de la comunidad, tienen experiencia pero no cuentan con la escolaridad mínima requerida. Lo anterior trae a discusión la necesidad de elaborar un perfil de ingreso en las OG más flexible en el nivel de

escolaridad y un reto para las ONGs de brindar mayor remuneración y recursos para lograr que el trabajo como promotor de salud sea fuente de desarrollo personal, profesional y económico para los y las promotoras.

Se observa que dos de los tres hombres no pertenecen a las carreras en el área de salud y tampoco habían recibido cursos sobre salud antes de trabajar como promotores, ya que llegaron prácticamente por casualidad o por no tener trabajo en sus ámbitos laborales, con lo cual se concluye que un factor de la reciente incorporación de los hombres como promotores de salud, fue la falta de oportunidades de empleo en las disciplinas profesionales para las que originalmente estudiaron.

Las principales dificultades que existen para que los hombres inicien o concluyan su proceso de formación es la cuestión laboral y económica, dando prioridad al trabajo remunerado por su función de proveedores en el hogar, lo cual indica que permea la idea de que la promoción de la salud es un trabajo semi voluntario. Otro factor es el cultural, ya que tradicionalmente la mujer asume el cuidado de la salud en la familia y en la sociedad a través de las ocupaciones en el área de la salud, esto contrasta con gran parte de la labor que los mismos promotores realizan, pues debido al contexto epidemiológico del país, resulta cada vez más necesario diseñar estrategias de abordaje con los hombres y por lo tanto incrementar el número de promotores hombres. Esto podría ser un tema tanto de investigación como de diseño de políticas públicas futuras.

La incursión de los hombres como promotores encontrada en este estudio, sugiere además que el personal que participa en los programas de promoción de salud debe ser seleccionado con base en sus competencias y ser capacitado y evaluado para asegurar que

cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias, ya que la falta de evaluación continua pone en evidencia la ausencia de parámetros en la capacitación y certificación, la cual de existir, fomentaría la profesionalización de sus intervenciones y otorgaría argumentos para lograr establecer un sueldo acorde a sus labores.

Entendiendo la certificación como el proceso académico por el cual se formalizan los saberes y destrezas de los promotores como recurso humano en una comunidad, en el presente estudio se encontró que en Hermosillo, solamente tres de las diez promotoras seleccionadas están certificadas, dos de ellas laboran en ONGs. La certificación resulta un medio para legitimar sus conocimientos obtenidos a través de la práctica en campo, sobre todo cuando no tienen estudios profesionales. No obstante, se encontró que la mayoría de las promotoras que laboran en ONGs tienen menor acceso a los programas de certificación, debido a la poca o nula oferta que existe en su lugar de residencia y a la carencia de recursos económicos tanto de las promotoras como de las ONGs.

A diferencia del estudio de Alfaro *et al* (2010) en Tijuana, el porcentaje de promotoras certificadas es minoritario. Esta diferencia sugiere la importancia de analizar si la certificación tiene un impacto en la calidad de su trabajo y en qué aspectos de su intervención se refleja. Con base en esto, pudiera establecerse un programa de certificación impulsado por las organizaciones, con la posibilidad de que las promotoras reciban mayores incentivos de acuerdo a sus logros, así como investigaciones que correlacionen la certificación recibida con el impacto en la vida profesional en general de los y las promotoras. Sin embargo, para realizar una investigación de impacto a partir de una certificación en Hermosillo, sería necesario el establecimiento de un programa de capacitación con características semejantes a un programa de educación formal, pues se

encontró que la mayoría recibe cursos de capacitación con frecuencia, contenido y duración irregular, tal como advierte Pontes (2012) que sucede en otros países como Brasil.

El contenido de los cursos, dentro de las OGs, no se establece de acuerdo a un programa o plan de estudios, lo cual se asocia al desconocimiento de los principios y metodologías de la promoción de la salud y además genera las prácticas técnicas no se lleven a cabo de manera fehaciente, lo cual puede relacionarse con que el campo de acción de las promotoras sea minimizado y su capacitación subestimada. Esta falta de capacitación inicial parte del supuesto de las instituciones capacitadoras de que las promotoras con experiencia o nivel superior de estudios cuentan con los conocimientos, técnicas y experiencia suficientes para llevar a cabo su labor en la comunidad. Sin embargo, las promotoras refieren la necesidad de actualizarse constantemente, incluso aquellas que han recibido capacitación inicial, lo cual reafirma la necesidad de una revisión a los procedimientos de selección y evaluación del personal de promoción de la salud tanto en las OGs como en las ONGs.

En las OGs los y las promotoras indican que aprenden conforme a la práctica, sin una base teórica o metodológica establecida por la institución. Tampoco son supervisadas o evaluadas en su trabajo, lo cual pone en evidencia que también existe la necesidad de realizar un programa de inducción o capacitación inicial que considere la formación y experiencia previa, así como las necesidades de aprendizaje expresadas por las promotoras, para que logren consolidarse en la comunidad con base en una mayor profesionalización de su trabajo. En un futuro, es recomendable entonces que se desarrollen programas de capacitación que contemplen tanto los aspectos teóricos y prácticos, como los mismos aspectos de actualización y manejo de grupos.

Se observó también que las promotoras llegan a desempeñar funciones de mediadoras, consejeras familiares, asesoras en finanzas, así como gestoras de servicios. Estos vínculos representan ganancia en experiencia y aprendizaje para la promotora, pero en el menor de los casos se obtiene un aprendizaje formal sobre intervención comunitaria, así como tampoco se establecen vínculos con conceptos o modelos teóricos acerca de la intervención. Es posible observar, por ejemplo, que aunque en sus intervenciones los y las promotoras reconocen que trabajan indirectamente para ayudar a reducir las inequidades en la atención a la salud e incrementar el uso de los programas comunitarios ofrecidos por el sector público, como lo afirma Ingram (2008), aspectos centrales como la participación comunitaria sólo son vistos en su mayoría como medio y no como fin, a diferencia de lo descrito por Castro y Contreras (1996).

Una manera de consolidarse para las promotoras, es el reconocimiento directo o indirecto de sus compañeros de trabajo u otro personal de salud, lo que le otorga mayor seguridad para llevar a cabo sus funciones. Sin embargo, es esencial resaltar que la formación y desempeño del trabajo de una promotora requiere de una preparación teórica, estratégica, técnica y pedagógica y notablemente social, ya que no se puede dejar de lado que para las promotoras un indicador de su consolidación como tal, es lograr una relación de confianza mutua y reconocimiento social dentro de la comunidad en la cual labora.

Ligado a esta consolidación en la comunidad, surge uno de los debates inconclusos alrededor de las promotoras de salud, sobre el pertenecer o no a la comunidad y su efecto en el alcance de los servicios e información que promueven, ya que desde el punto de vista teórico, una promotora de salud debe compartir la experiencia, lenguaje y cultura de la comunidad, además de mantener una relación de confianza, sin embargo, en la práctica,

solo una promotora de ONG trabaja en su propia comunidad y ninguna de las promotoras de las OGs pertenecen a la comunidad. Lo anterior resulta en dos posturas:

- Por una parte, hay algunas promotoras de ONG'S que señalan que son ellas las que tienen mejor aceptación por parte de la comunidad, porque las instituciones condicionan la ayuda a su participación constante.
- Por otro lado quienes participan en OG señalan tener mejor acogida porque representan a una institución.

Lejos de resolver esta disyuntiva, queda claro que no existe una posición con la cual se obtengan resultados definitivos en función de los mismos argumentos otorgados. Para algunos autores, el promotor ajeno a la comunidad genera dependencia y contradice el fundamento de habilitar a la población para que tome el control de los determinantes de su salud (De Keijzer, 2004). Sin embargo, en el trabajo de campo se pudo observar que un promotor de OG puede generar cambios permanentes en la comunidad, aunque esto depende en mayor parte de las motivaciones y habilidades del promotor para organizar, dirigir, comunicarse y generar nuevos liderazgos que otorguen seguimiento a los objetivos preestablecidos y que además gestionen nuevos proyectos de desarrollo para la comunidad. Es debido a esto que el promotor de salud como agente de cambio, necesita desarrollar sus capacidades a través de una adecuada capacitación, independientemente si pertenece a la comunidad en la que trabaja o no. Por otro lado, habrá que explorar con mayor profundidad la definición de comunidad entre las promotoras, ya que se observó varía ampliamente y no quedan claros los criterios con los cuales seleccionan a un grupo de personas para otorgar sus servicios. En ocasiones refieren a su familia como su comunidad, otras veces a personas de su mismo género o mayormente a un sector de la población definida por la organización

para la cual trabajan, de ahí que se observe que sí existen diferencias en la forma de percibir y concebir el objeto de intervención entre ellos y lo cual, constituye un reto para las organizaciones empleadoras, capacitadoras y certificadoras de los y las promotores.

Finalmente, respecto a la pregunta: **¿Cuál es la capacitación y actualización que reciben los y las promotoras de salud en Hermosillo?** Se encontró que las organizaciones empleadoras desarrollan una función crucial para la formación, capacitación y actualización de los y las promotoras, sin embargo, las estrategias aplicadas varían de acuerdo a sus recursos y al significado que otorgan a las actividades de intervención en la comunidad.

Las diferencias entre la formación recibida por promotores y promotoras en OGs como en ONGs puede compararse en la tabla siguiente:

Tabla 27.  
La formación recibida por las promotoras en las organizaciones

Resumen de la formación en las organizaciones		
Categorías	OG	ONG
Actividades	Talleres, cursos mensuales, a distancia. Diplomados.	Talleres con invitación, conferencias gratuitas. Experiencia en campo.
Temas	Biomédicos. Accidentes viales. Menor énfasis en área social.	Violencia de género, finanzas, medicina tradicional, planeación estratégica, liderazgo, salud sexual. -Biomédicos + psicosociales.
Significado	Acceso a conocimiento y desarrollo profesional.	Empoderamiento, apostolado religioso académico. Superación personal, necesidades de relación.
Participación	Compromiso laboral. Facilitar labores.	Adquirir y replicar información, brindar un servicio voluntario.
Relación	Centralizado.	Redes con otras ONG.
Dificultades	Perfil institucional. Personal poli funcional. No inducción.	Menor acceso debido a costos, escolaridad, transporte, carga de trabajo. Instalaciones inadecuadas.

Fuente: Elaboración propia.

Las promotoras de ONGs no reciben capacitación ni actualización debido a la falta de recursos, por lo cual diversificar fuentes de financiamiento y gestionar recursos para la formación se vuelve prioritario para estas organizaciones. En promedio las promotoras de ONGs reciben un curso cada año, por lo general de unas horas de duración. Solamente

tienen acceso a cursos gratuitos que otorgan otras organizaciones o instituciones, por lo cual enfrentan algunas dificultades con el horario, el transporte, la carga de trabajo y el negociar “permisos” con sus jefes. Otra dificultad para acceder a la capacitación es el grado académico requerido para la capacitación y en algunas ocasiones la dinámica familiar, motivo por el cual se llevan a cabo algunas estrategias para involucrar a la familia. Por otra parte, las promotoras que trabajan en OGs reciben capacitación con mayor frecuencia que las que lo hacen en ONG, ya que cuentan con un programa de cursos a los que pueden asistir de manera gratuita.

Una estrategia recomendable a futuro que podría incrementar el acceso a la capacitación y actualización de las promotoras de ONGs sería impulsar la participación en redes y alianzas con las OGs, de tal manera que puedan colaborar y participar con el objetivo en común de complementar el contenido de sus respectivos cursos, así como elaborar un programa de capacitación en conjunto que tuviera una base teórica y práctica basada en los fundamentos de la promoción de salud.

Las OGs cuentan con mayores recursos materiales y humanos para impartir cursos de actualización, lo que limita las dificultades de las promotoras para capacitarse, sin embargo se detectó la carencia de un curso de capacitación inicial. También, en las OGs los promotores de salud llegan a postergar las actividades de participación en salud dentro de la comunidad, ya que llevan a cabo funciones ajenas a su perfil, otorgando prioridad al trabajo administrativo, lo cual explica que el personal no siempre está debidamente capacitado en el área de promoción, pues la falta de tiempo y la carga de trabajo representan una dificultad para atender su capacitación. Se considera que brindar un marco de acción profesional a las promotoras a través de su evaluación y la creación de un curso de

capacitación inicial, puede ayudar a definir, estructurar y reconocer la labor de las promotoras dentro de las organizaciones así como restablecer sus funciones como tal.

Respecto al contenido, las promotoras de OGs hacen un mayor uso de temas biomédicos, de manera semejante a lo encontrado por Alfaro *et al* (2010) en Tijuana, a excepción del tema de salud ambiental y la atención a problemas de la vista, que no fue nombrado como contenido temático de los y las promotoras participantes en este estudio. Pero el contenido del que adolecen las promotoras gubernamentales es de los aspectos psicosociales, políticos y de gestión, aspectos que son los más desarrollados entre los y las promotoras de ONGs.

Las promotoras de las ONGs reciben capacitación con un mayor contenido de tipo psicológico y social y menor énfasis en temas biomédicos. La mayor parte de los cursos que fueron referidos por las promotoras de ONGs son los que abordan aspectos sociales tales como comunicación, economía doméstica, políticas públicas, género y medio ambiente. Es notable que los cursos de capacitación que brindan las ONGs abordan la medicina tradicional, ya que estas prácticas son comunes en la población.

En ocasiones la promoción de la salud sin un adecuado referente teórico y metodológico, resulta impregnado de ideas y valores ajenos a la promoción, tal es el caso de las cuestiones referentes a la práctica de una religión específica. Al respecto, resulta necesario elaborar programas de capacitación con áreas de enfoque para promover que las promotoras puedan especializarse, ya que de lo contrario pueden llegar a tener pocos conocimientos sólidos sobre una gran cantidad de temas.

Por otra parte, la carencia de un contenido que aborde los aspectos psicosociales de salud en la comunidad, explica que las promotoras muchas veces limiten su intervención a

la enseñanza sobre auto cuidado y a brindar información de las enfermedades con mayor índice de morbilidad y mortalidad lo cual constituye un impedimento para que el trabajo de promoción de salud pueda tener un mayor impacto y reducir las inequidades en la salud. Esto apunta una vez más a la necesidad de elaborar programas con planteamientos teóricos basados en el marco referencial de la promoción de salud.

## Recomendaciones

El desarrollo personal y profesional de los y las promotoras se traduce en el fortalecimiento del recurso del que disponen algunas comunidades para prevenir diversas enfermedades que resultarían incosteables para la salud pública y para incidir favorablemente en los determinantes de la salud. Por ello es importante centrar la atención en las posibilidades de capacitación y formación para los y las promotoras.

Para futuras investigaciones se recomienda la evaluación del impacto que han tenido hasta ahora los y las promotoras en las comunidades. Especialmente conviene hacer comparaciones en el impacto que han logrado tener los promotores certificados en comparación de los no certificados y diferenciar entre quienes viven en la comunidad y quienes asisten a diferentes comunidades de manera rotatoria o alterna. Ambas distinciones contribuirían a esclarecer el impacto que puede tener la profesionalización de su actividad a diferencia de sólo las capacidades personales que han podido desarrollar a lo largo de su trabajo, así como determinar el grado de conveniencia en la estrategia actual del sector salud de que los y las promotoras visiten diferentes comunidades.

Evaluar el impacto que han tenido hasta ahora promotores como los de las OGS permitiría además identificar las necesidades de capacitación requeridas en la dimensión psicológica y social de la promoción de la salud, lo mismo que serían para las ONGs la revisión de las necesidades en la dimensión biomédica. La evaluación es importante entonces porque permitiría establecer los criterios de capacitación continua o de nuevos procesos de certificación entre los y las promotoras. Tanto la certificación como la

capacitación formal, tan necesaria desde los mismos promotores de la salud, puede darse en al menos tres escenarios:

- 1) El fortalecimiento y diversificación de los programas de educación formal que ya existen, como el de la UIA o el del INSP pero ahora ambos en modalidad a distancia –o semipresencial- y sin el condicionante de que sea sólo una especialidad posterior a la licenciatura en el caso del INSP. Quizá este programa pudiera dejar de percibirse como educación de posgrado y empezar a verlo como créditos parciales para licenciaturas profesionalizantes o bien, programa de actualización o certificación para personas que no tienen la licenciatura completa. La certificación y profesionalización individual del promotor como agente de cambio y de justicia social en las comunidades podría resultar exitosa de la misma forma que ya se tiene evidencia en Estados Unidos.
- 2) La inclusión en los programas de actualización que actualmente maneja la Secretaría de Salud o los diferentes institutos de afiliación –IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.- de promotores y promotoras de ONGs. Particularmente después de identificar que los y las promotoras de ONGs son las que adolecen de contenidos biomédicos y que en cambio tienen mayor capacitación en aspectos psicosociales y de política pública, es conveniente pensar en vínculos entre las organizaciones a fin de que exista diálogo y acompañamiento entre los dos tipos de promotoras – gubernamentales y no gubernamentales-.
- 3) La creación de programas de capacitación nuevos. Ello podría darse por instituciones universitarias o de investigación, para crear un perfil de egreso en el que el promotor o promotora cuente con herramientas tanto profesionales como de

gestión y sistematización de aprendizajes y/o experiencias. Solo de esta forma puede esperarse que algunos estilos de intervención que han terminado en éxitos comunitarios no se pierdan.

Una dificultad que en consecuencia surgiría para los centros de capacitación o formación de promotoras sería la diversidad de las disciplinas y grados académicos existentes en el perfil de ingreso. Es por ello que, un aspecto básico a atender sería la división de la oferta educativa en los dos niveles, uno destinado a quienes no cuentan con estudios profesionales y otro para quienes ya los poseen.

Algunas características que tendría que contener el programa de capacitación para los y las promotoras son:

- Que contemple una dimensión profesionalizante, una de investigación y una de gestión.
- Que en la dimensión profesionalizante, se incluyan herramientas provenientes de diversas disciplinas, como la salud pública, la medicina, enfermería, odontología, psicología social, educación, psicoterapia, entre otras.
- Que en la misma dimensión exista una cierta cuota de horas supervisadas frente a la comunidad donde se pueda evaluar de forma práctica el manejo ético de los grupos.
- Que en la dimensión de investigación, los y las investigadoras desarrollen habilidades para la recolección de datos y la evaluación, preferentemente participativa, habilidades para la sistematización de experiencias y para la búsqueda de información fiable acerca del tópico o tema en el que trabajen.

- Que en la dimensión de gestión, se favorezca la creación de habilidades grupales, políticas públicas y hasta la formación de movimientos sociales para lograr que la promoción de la salud sea un trabajo profesional atractivo, distinguido del trabajo de voluntariado, organizado, autogestor y enmarcado con sueldos y prestaciones acordes a las leyes de trabajo vigentes y a la trascendencia de la labor realizada.

Por otro lado, el trabajo que realizan los y las promotoras seguirán siendo esfuerzos individuales y además replicados al interior de algunas comunidades si no se fortalecen las redes y las acciones de intercambio de trabajo entre OGs, ONGs e instituciones académicas. Es conveniente que los y las promotoras convoquen a la realización de trabajo conjunto para desarrollar y alcanzar objetivos por comunidades y entonces se deleguen las funciones de promoción entre quienes participan de ella.

Aquí se sugiere también el establecimiento de redes formales para el intercambio de información, programas de capacitación e intercambio de experiencias. En donde se rebase la idea de que promoción de la salud es sinónimo de educar para prevenir enfermedades de mayor morbilidad y mortalidad y de no poder realizar operativamente más actividades que éstas, al menos se pongan en relación los contenidos y las estrategias educativas, especialmente en las OGs.

Debido a que las instituciones capacitadoras de promotoras realizan una función preventiva que es en gran medida responsabilidad del gobierno, las instancias correspondientes dentro de éste, podrían establecer incentivos para los empleadores de promotores y promotoras. Mejoras en las condiciones de trabajo, programas de inducción,

así como el reconocimiento y salario ajustado a las competencias desarrolladas, serían acciones oportunas desde el gobierno.

Además de la visión profesionalizante de lo que realizan, será trascendente para el impacto del trabajo que los y las promotoras realizan, que experimenten procesos formativos que aborden por lo menos dos procesos complejos aparecidos como dilemas dentro del trabajo que hacen:

- 1) Por un lado, la superación de “la confianza de la comunidad” como indicador de logro de la promoción. Ya que si bien éste es un factor imprescindible en la relación de la promotora con la comunidad, no constituye el fin último para la mayoría de las promotoras participantes en esta investigación. Si el objetivo de intervención es que la gente aprenda, los y las promotoras deberán de estar dotados de herramientas de evaluación de aprendizajes. Pero si el objetivo de intervención es que la gente haga algo o ponga en práctica algo, entonces los y las promotoras deberán de adoptar una visión de búsqueda de esos indicadores concretos en el comportamiento de los individuos y grupos con los que trabajan en campo. Este fue uno de los aspectos más ausentes en la mayoría de los discursos y probablemente esté asociado al nivel académico o capacidad de análisis o teorización, pues fue abordado sólo por uno de los promotores con mayor grado de escolaridad. Pero también puede estar asociado a una visión “evangelizadora” acerca de la misión de promover la salud.

La mirada crítica y analítica, así como la construcción de indicadores no puede ser exclusiva del grado académico, pero el compromiso con un grado “mayor” de complejidad conceptual y evaluativa en la intervención sólo puede comprenderse

desde el reconocimiento de la promoción como una labor profesional y por lo tanto remunerada y reconocida por el resto de las actividades profesionales.

La construcción de indicadores y bancos de información teórica o empírica, contribuiría además a resolver la carencia de datos locales, servicios comunitarios, informes de intervención y materiales de estudio y transparencia.

- 2) Por otro lado, y como el aspecto cualitativo de mayor trascendencia, los y las promotoras deberán someterse a un proceso de desarrollo personal que implique la revisión de aspectos subjetivos importantes como sus propios valores y necesidades. ¿Cómo enfrento los actos de violencia en mi propia casa-colonia-comunidad?, ¿cómo ejerzo mi propia ciudadanía?, ¿qué tan equitativas son mis relaciones de género?, ¿cómo me responsabilizo del ejemplo que doy a otros hombres y mujeres en la comunidad?, ¿qué tan saludables son mis propios hábitos? Son sólo algunos de los diversos aspectos que los y las promotoras tendrían que cuestionarse e identificar en un proceso formativo si se desea que sean agentes activos de promoción y no solo re transmisores de información biomédica o evangélica en las comunidades.

Sólo al tener un espacio de exploración personal, se podría aumentar la probabilidad de que los y las promotoras tuvieran mayor conciencia de aspectos que realizan cotidianamente como la instrucción y la consejería enmarcadas en un contexto de poder y de aspectos políticos que, como menciona De Keijzer (2004), están introyectados pero no conscientes y esto se refleja en inconsistencias o ambivalencias entre lo que se dice y se hace, o bien, en conflictos o dilemas sin resolver desde el propio promotor o promotora.

## Bibliografía

- Alfaro Trujillo Beatriz, Valles Medina Ana María y Vargas Ojeda Adriana Carolina. 2010. Promotoras de Salud: una estrategia de intervención de las OSC'S en la ciudad de Tijuana, B.C. *Informe Preliminar Académico*, Tijuana, Baja California.
- Álvarez-Dardet Carlos. 2006. *Las bases de la promoción de la salud*. España, Universidad de Alicante.
- Arango, Luz Gabriela. 2010. *Trabajo, identidad y acción colectiva*, coordinado por Enrique De la Garza, Julio César Neffa, 81-110. México: Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Clacso, Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Arroyo, Hiram V. 2009. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Global Health Promotion 16*, 2: 66-72. Puerto Rico. Escuela de Salud Pública Universidad de Puerto Rico.
- \_\_\_\_\_. 2004. *La promoción de la salud en Latinoamérica: modelos, estructuras y visión crítica*. Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico.
- Ávila Dante, Miranda Ana, Vezub Marta, Cevallos Silvina. Formación de promotores de salud: oportunidad para generar vínculos como estrategia de participación comunitaria. Ponencia presentada en el 3 Congreso de atención primaria de la salud. Buenos Aires.
- Blasco Hernández, Teresa y Otero García, Laura. 2008. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*. (33) Marzo - Abril 08.
- Castro, María del Carmen. 1996. Participación comunitaria en salud. Estudio de casos: dos experiencias en Hermosillo, Son. *Tesis de maestría en Ciencias Sociales*. Sonora, México. El Colegio de Sonora.
- Castro, Maria del Carmen y Contreras, Marcia. 1998. Una experiencia de participación en Salud de un grupo comunitario no gubernamental en Hermosillo: Construyendo un mejor futuro. *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. Jesús Armando Haro y Benno de Kijzer Coord. Hermosillo, Son: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2000. Estructura y acción en la experiencia de la salud. En *La vida en la adversidad El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Chan, Margaret. 2010. La educación y la salud están íntimamente unidas. Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- Chapela Mendoza María, Jarillo Soto Edgar, Consejo y Chapala Carolina, Cerda García Alejandro. 2003. Los conflictos de la investigación de la salud. En *Nueva época* 8 n.14-15 junio-diciembre.

- Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora, A.C. 2000. *Historia, evaluación y desarrollo de la salud pública en Sonora 1530-2000*. México.
- CONAVA, 2008. *Manual de Vacunación 2008-2009*. México, DF. Consejo Nacional de Vacunación.
- Córdova Villalobos José, Barriguete Meléndez Jorge, Lara Agustín, Barquera Simón, Rosas Martín, Hernández Mauricio, De León María, Aguilar Carlos. 2008. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50, n. 5, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- De Keijzer, Benno. 2004. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. *Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*, Río de Janeiro, Fundación Fiocruz.
- De Keijzer, Benno y Jesús Armando Haro. 1998. Presentación. *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, de Jesús Armando Haro y Benno de Keijzer, 9-12. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Departamento de Salud Pública de Massachusetts. 2009. Promotoras de salud en Massachusetts: Mejorando la Atención y la Salud Pública. Massachusetts: Departamento de Salud Pública.
- Epp, Jake. 1986. Lograr la salud todos: un marco para la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: una antología*. Compilado por Organización Panamericana de la Salud, 3-5 Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Dirección General de Promoción de la Salud. 2010. La promoción de la salud: ¿Qué es la promoción de la salud?. Gobierno Federal. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
- ENSANUT. 2006. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, Mor. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
- Escobar, G. A., Valdespino, G. JL, Sepúlveda, A. J. 1992. *Vacunas, ciencia y salud*. México, DF: Secretaría de Salud, 1992: 205-215.
- Freeman, Leopoldo Hernández. 2009. La participación comunitaria como proceso sociocultural. *Boletín Entre Líneas*. Año III, No. 3-4.
- Gibbons, M. Christopher. Tyus, Nadra C. 2007. Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios en Trabajadores Comunitarios de Salud en Estados Unidos. *Los avances en las asociaciones de salud de la comunidad: Investigación, Educación y Acción*. Vol. 1 (4) 371-38. Estados Unidos: Instituto de Salud Universitario Johns Hopkins.

- Gibrán Khalil. 2005. *El loco; el profeta*. México: Nuevo Talento.
- Gómez-Arias Rubén Darío, González Rolando Edwin. 2004. Evaluando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores a considerar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22 n. 1. Colombia.
- González, G. Juan Fernando. 2010. *El mapa de las adicciones en México*. México. Consejo Nacional de las Adicciones
- Guba, E., Lincoln, Y. 2002. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Compilación de Denman, C., y Haro, J.A., *Por los rincones*. Antología de métodos cualitativos en la investigación social, 113-145. Sonora: Colegio de Sonora.
- Harris, A., McArthur, K., Huang, C., Harcrow, M. y Dacso, C. 2008. The Houston Community Health Worker Survey: Unanticipated Effects of Certification. *CuEXPO.2008*. Texas, USA. University of Houston College of Technology y The Methodist Hospital Research Institute.
- Hernandez Freeman, Leopoldo. 2009. La participación comunitaria como proceso sociocultural. Boletín "Entre Líneas" III (3-4).
- Ingram Maria, Sabo Samantha, Rothers Janet, Wennerstrom Ashley, de Zapien Jill Guernsey. 2008. Community Health Workers and Community Advocacy: Addressing Health Disparities. *J Community Health*: 417-424.
- Kickbusch, Ilona. 1996. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. P. 15-24
- Lalonde, Marc. 1983. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva Canadiense. En *Promoción de la salud: una antología*. Compilado por Organización Panamericana de la Salud, 3-5 Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Lara Enríquez Blanca Esthela y Velázquez Contreras Lorenia. 1993. El empleo de la mujer en las actividades económicas. *Mujer: Trabajo, Salud y Conflictos sociales en Sonora*, de Martínez *et al.*, 21-46. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Lehmann Uta y Sanders David. 2007. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, cost and impact on health outcomes of using community health workers. *School of public health*, E.U., University of the Western Cape.
- Lock, K., Smith, R., Dangour, A., Keogh-Brown, M., Pigatto, G., Hawkes, C., Fisberg, R.M. y Chalabi, Z.. 2010. Health, agricultural, and economic effects of adoption of healthy diet recommendations. *The Lancet* 376 (s.9753): 1699-709.
- Loggia Silvia María y Fernández-Cerdenio Araceli. 2006. Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud. *Género, cultura y sociedad* No. 2, México, Colegio de México.
- Manene, Luis Miguel. 2011. Las estructuras organizativas: su desarrollo, configuración, unidades, relaciones, flujos de trabajo y de valor. Disponible en <http://luismiguelmanene.wordpress.com/2011/06/05/las-estructuras-organizativas-su->

desarrollo-configuracion-unidades-relaciones-flujos-de-trabajo-y-de-valor-2/ (10 de diciembre de 2011).

Martínez, De Castro Inés, Araoz Robles Edith y Aguilar Almada Fernanda. 1993. *Mujer: Trabajo, Salud y Conflictos Sociales en Sonora*. Hermosillo, Sonora : El Colegio de Sonora.

Martínez, Miguel.2006.*Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Editorial Trillas. México.

Menéndez Eduardo. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En *estudios sociológicos*, enero-abril, México.

Menéndez Eduardo.1993.Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/ atención. En *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de Investigación en México*, de Mercado *et al.*, 130-162. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.

Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. 2009. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 26 (2):176–83.

Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos. 2010. Manual de Clasificación Ocupacional Uniforme. Estados Unidos: Oficina Ejecutiva de Gobierno.

Ogilvie, D. , Fiona Bull, F., Powell, J. , Cooper, A. , Brand, C., Mutrie, N., Preston, J. and Rutter, H. 2011. An Applied Ecological Framework for Evaluating Infrastructure to Promote Walking and Cycling: The iConnect Study. *American Journal of Public Health*. March 2011, Vol 101, No. 3.

Organización Mundial de la Salud. 1978. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (Serie«Salud para todos», N° 1).

-----2000.Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 junio de 2000.

-----2005. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

-----2006. ¿Cuál es la evidencia de la efectividad del empoderamiento para mejorar la salud?. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

-----2012. Centro de prensa: Las 10 principales causas de defunción. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (01 de marzo de 2011).

- Organización Panamericana de la Salud. 1996. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: una antología*, de Organización Mundial de la Salud, 367-372. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2012. Transformar la Educación y Formación Técnica y Profesional. Forjar competencias para el trabajo y la vida. París. UNESCO.
- 2012. Cinco pilares de la educación. Disponible en <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-internationalagenda/education-for-sustainable-development/education-for-sustainable-development/five-pillars-of-learning/> (consultado el 10 de febrero 2012).
- Partida, B. Virgilio. 2005. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México. Número. 45: 9-27.
- Piot, Peter y Ebrahim, Shah. 2010. *Prevention and control of chronic diseases en BMJ*: 341:c4865. Editorial
- Pontes, Ana Lucía. 2012. La formación y el trabajo del Agente Indígena de Salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil: revisión de la literatura. *Proyecto "Formación Profesional del Agente Indígena de Salud: contextos y discursos"*. Brasil. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Restrepo, Helena. 2007. La promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades: un debate presente. Documento para el foro Curso Internacional de Promoción de la Salud. Valencia: Escuela de Estudios de Salud.
- Reyes, C. Pablo Alejandro. 2012. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para Camino a la Salud en Sonora. *Proyecto "Centro de Excelencia para la Prevención de Enfermedades Crónicas en la Frontera México Estados Unidos –Camino a la Salud- el componente Sonora-Arizona"*. Sonora México. Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora.
- Rodríguez; G., Gil, J. y García E. 1999. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, España: Ediciones Aljibe
- Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. 2007. Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En: *Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas*. Compilado por Organización Panamericana de la Salud-OMS, 29-57. Washington, DC: OPS.
- Sanabria Ramos, Giselda. 2007. El debate en torno a la promoción de salud y la educación para la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (2): 1-7. La Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Santos-Burgoa Carlos, Rodríguez-Cabrera Lucero, Rivero Lilia, Ochoa Jorge, Stanford Adriana, Latinovic Ljubica, Rueda Gretel. 2009. Implementation of Mexico's Health promotion operational model. En *Public Health Research*, vol.6, n.1. E.U.

- Secretaria de Salud. 2001. *Programa de acción: Atención al Envejecimiento*. México. Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud. 2001. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*.
- Solli, Oddvar, Trond Jenssen y Ivan S. Kristiansen. 2010. Diabetes: Cost of illness in Norway. *BioMed Central Endocrine Disorders*
- Suárez Arroyo, Benjamín. 2005. *La formación a lo largo de la vida: un reto social y educativo*. Barcelona. [http://www.psico.uniovi.es/Fac\\_Psicologia/paginas\\_EEEs/Introduc/FormacionLargoVida.pdf](http://www.psico.uniovi.es/Fac_Psicologia/paginas_EEEs/Introduc/FormacionLargoVida.pdf) (01 de agosto 2011).
- The Annie E. Casey Foundation. 1998. *Summary of the National Community Health Advisor Study*. A policy research project of the University of Arizona. E.U.
- Tünnermann Bernheim, Carlos. 1995. La educación permanente y su impacto en la educación superior. *Nuevos Documentos sobre Educación Superior II Estudios e Investigaciones*. UNESCO.
- Unidad de Atención Crohn Colitis, UACC. 2011. Educación y promoción. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud?. <http://www.ua-cc.org/contenido3.htm>. (03 de noviembre de 2011).
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud y Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud. 2007. Determinar el futuro de la promoción de la salud: acciones prioritarias. Vancouver. Disponible en [http://www.iuhpe.org/uploaded/About%20us/Statements/SFHP\\_ESP.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/About%20us/Statements/SFHP_ESP.pdf) (20 de diciembre 2011).
- Wallerstein, N. 2006. ¿Cuál es la evidencia de la efectividad del empoderamiento para mejorar la salud? Organización Mundial de la Salud. Copenhagen: OMS Oficial Regional Europea.
- Werner, David, Bradford y Bower, Bill Larned. 1984. *Aprendiendo a promover la salud*. Berkeley, California: Fundación Hesperian.
- Zapata, O. 2005. La aventura del pensamiento crítico. Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas. México D. F.: Pax.
- Zepeda Berkowitz Marisa. 1993. La mujer como eje de la salud familiar. *Mujer: Trabajo, Salud y Conflictos sociales en Sonora*, de Martínez *et al.*, 62-72. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.

## Apéndice 1.

### Guía de entrevista semiestructurada.

#### 1. Descripción del proceso de formación informal que reciben las promotoras

<b>N.</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Breve/extensa</b>	<b>Cuanti/cuali</b>
1	¿Cómo se autodefine como promotora de salud?	Extensa	Cualitativa
2	¿Qué características considera que debe tener una buena promotora de salud?	Extensa	Cualitativa
3	¿Existe una característica de la promotora de salud que la distingue de otro personal de salud?	Extensa	Cualitativa
4	¿Cómo fue que inició su participación como promotora?	Extensa	Cualitativa
5	¿Cuál considera su mayor motivación para seguir como promotora?	Extensa	Cualitativa
6	¿Considera que obtiene un beneficio personal? ¿Cuál?	Extensa	Cualitativa
7	¿Considera que su vida ha cambiado a partir de su trabajo como promotora? ¿En qué aspectos?	Extensa	Cualitativa
8	¿Existen antecedentes de sanadores, médicos, enfermeras, parteras, curadora, sobadoras o personal de salud en su familia o comunidad? ¿Quiénes?	Extensa	Cualitativa
9	¿Cuál es la relación que lleva con la comunidad? ¿Se siente ligada a la comunidad?	Breve	cualitativa
10	Logros durante su experiencia como promotora de salud	Extensa	Cualitativa
11	Cuál es su objetivo como promotora de salud.	Extensa	Cualitativa
12	¿Existe algún factor que entorpece o fomenta su participación dentro de la comunidad? ¿Cuál? ¿De qué manera?	Extensa	Cualitativa
13	Técnicas empleadas durante su participación	Breve	Cualitativa

### 1.2 Descripción del proceso de formación formal que realizaron las promotoras

N.	Pregunta	Breve/extensa	Cuanti/cuali
14	Nombre y tipo de organización para la cual labora (OG u ONG)	Breve	Cualitativa
15	Tiempo laborando en esa organización	Breve	Cuantitativa
16	¿Trabaja en comunidades ajenas o a la que pertenece?	Breve	Cualitativa
17	Escolaridad	Breve	Cualitativa
18	Tiempo que lleva como promotora de salud.	Breve	Cuantitativa
19	Instituciones u organizaciones en las que se ha desempeñado como promotora.	Breve	Cualitativa
20	¿Ha llevado un programa de formación o certificación como promotora? Tipo de capacitación recibida.	Breve	Cualitativa
21	Ha llevado algún tipo de capacitación? En qué consistió? (frecuencia y duración)	Breve	Cualitativa
22	Considera que le hace falta capacitación en algún tema. ¿Cuál?	Breve	Cualitativa
23	¿Qué cursos o capacitación sobre salud llevó antes de ser promotora?	Breve	Cualitativa
24	¿De acuerdo a su experiencia, cual considera la manera más efectiva de formar a nuevas promotoras?	Extensa	Cualitativa

### 1.3 Descripción de la capacitación actual recibida por las promotoras en las instituciones

N.	Pregunta	Breve/extensa	Cuanti/cuali
25	¿Ha recibido capacitación en su organización?	Breve	Cualitativa
26	¿Con qué frecuencia recibe capacitación?	Breve	Cualitativa
27	¿Qué duración tiene la capacitación recibida?	Breve	Cualitativa
28	¿Qué temas incluye la capacitación?	Breve	Cualitativa
29	Los horarios en que recibe su capacitación ¿considera son adecuados?	Breve	Cualitativa
30	¿En qué lugar recibe la capacitación? ¿Es accesible?	Breve	Cualitativa
31	¿Les gustaría que fuera a distancia?	Breve	Cualitativa
32	¿La capacitación recibida tiene algún costo económico? ¿costo promedio?	Breve	Cualitativa
33	¿Ha presentado alguna dificultad para atender su capacitación?	Breve	Cualitativa

## 2. Descripción del programa de formación en las escuelas de promotoras

<b>Características del programa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado</li><li>• Certificación,</li><li>• Duración</li><li>• Presencial o a distancia</li><li>• Horarios</li><li>• Días de estudio</li><li>• Lugar</li><li>• Objetivos del programa</li><li>• Requisitos para aspirante</li><li>• Perfil del egresado</li><li>• Eje metodológico</li><li>• Plan de estudios</li></ul>

## Apéndice 2:

### Formato de consentimiento informado

Formato de consentimiento informado
<p><b>Para:</b> <b>De:</b> <b>Fecha:</b></p> <p><b>Asunto:</b></p> <p>El motivo de mi correo es para agradecerle por la entrevista que me otorgó como parte de mi tesis "La formación de las promotoras de salud en Hermosillo, Sonora" en el Colegio de Sonora. Espero no haya inconveniente en publicarla como parte de mi trabajo de tesis. El nombre será cambiado por motivos de confidencialidad, cualquier duda o pregunta, quedo a sus órdenes por este mismo medio o al teléfono: 2 59 53 00</p> <p>Sin más por el momento, me despido y agradezco su participación.</p> <p>Viridiana Chávez.</p>