

## IV. Cidadania e saúde

los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento

Benno de Keijzer

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

---

## 23. LOS DISCURSOS DE LA EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD: DE LA EVANGELIZACIÓN SANITARIA AL EMPODERAMIENTO

*Benno de Keijzer*

Este texto pretende hacer un balance crítico de los discursos y las prácticas de la educación, y la participación en salud en el contexto latinoamericano, recuperando las disonancias y contradicciones frecuentes entre los objetivos, los contenidos, la metodología y la participación real de la población presuntamente beneficiada. Se pretende, ante todo, mostrar ciertos vacíos en la articulación con los distintos sectores de la población, vacíos que frecuentemente tienen que ver con una visión limitada tanto de su realidad sociocultural como de las formas en que estos sectores se posicionan ante el proceso salud-enfermedad-atención.

### UN POCO DE HISTORIA

Aníbal Ponce (1975) plantea que, después de cada conquista de una sociedad por los ejércitos, la colonización y la nueva hegemonía son luego consolidadas por los maestros y los médicos. En el caso de América Latina, gran parte del crédito va también para la Iglesia. El sector Salud históricamente ha asumido la tarea de 'educar' a la población generalmente desde una perspectiva medicalizada y biologicista, bien intencionada en términos de prevenir enfermedades pero contaminada de mensajes y de una metodología que contribuye también al mantenimiento de la subordinación.

Veamos el ejemplo del *Mensajero de la Salud* en la década del 20, en las postrimerías de la Revolución Mexicana, cuando el general Obregón gobernaba México. Es la época donde la teoría microbiana viene en franco ascenso (habiendo derrotado a una perspectiva más social), por lo que esta revista toma como eje central el hecho de comunicar la 'buena nueva' de la higiene a una población empobrecida y con escasa educación formal. Uno de los ejemplos más claros de esta 'evangelización sanitaria' lo encontramos en *Las Posadas del Mensajero de la Salud* (Departamento de Salubridad Pública, 1922) generado por su Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas:

POSADAS DEL MENSAJERO DE LA SALUD<sup>1</sup>

LOS PEREGRINOS:  
 En nombre del cielo  
 Pedimos posada,  
 Estamos enfermos  
 Y la senda es larga...



LA SALUD:  
 Ya se pueden ir  
 Y no molestar,  
 Pues sólo por sucios  
 Enfermos están....

EL PEREGRINO:  
 Aparte de enfermos,  
 Con hambre llegamos,  
 Yo soy un obrero  
 Que está sin trabajo...

LASALUD:  
 Vicioso habéis sido  
 cargad vuestra cruz...  
 Los vicios se llevan  
 dinero y salud!

LOS PEREGRINOS:  
 Posada os pedimos  
 porque ya queremos  
 ¡oh, amada casera!  
 ser limpios y buenos

LA SALUD:  
 Pues si eso es verdad,  
 entrad peregrinos,  
 yo os tendré muy bien:  
 siendo buenos, limpios..

LOS PEREGRINOS:  
 ¡Oh Bendita HIGIENE!  
 ¡Oh, SALUD bendita!  
 tendremos trabajo,  
 Bienestar y... Dicha!

LA SALUD:  
 Entren pobres peregrinos,  
 los recibo con amor  
 Mas siempre me han de tener  
 como el más precioso don.

LOS PEREGRINOS:  
 (llenos de goce):  
 ¡Esta noche es de alegría!  
 de gusto y de regocijo,  
 porque ya vamos a ser en  
 Todo buenos y limpios!...

La imagen que acompaña a los versos es un dibujo que muestra a una mujer y un hombre viejos, cansados y harapientos que se encuentran frente a una elegante y blanca casa cuya puerta (cerrada) se encuentra encabezada por una palabra: 'higiene'. Detrás de la puerta, con la mano extendida hacia el picaporte, se encuentra una bella y altiva mujer con una túnica blanca donde reposa la palabra 'salud'.

El mensaje y el objetivo explícito de prevenir enfermedades 'por falta de higiene' es más que claro e importante en una época en la que los procesos infectocontagiosos predominan como causa de morbimortalidad. Es interesante que para ello se adapten las tradicionales

<sup>1</sup> Agradezco a Paul Hersch el compartir este hallazgo entre las posesiones de su finado abuelo.

‘posadas’ mexicanas buscando transmitir el ‘mensaje de salud’.<sup>2</sup> Sin embargo, el medio contiene también un mensaje implícito poderoso que refuerza la subordinación de los ‘peregrinos’ y oculta las causas sociales, culturales y económicas de la bondad, la pobreza, el alcoholismo y la falta de trabajo. Este ocultamiento, junto con la (falsa) promesa de la felicidad y la salud al traspasar el quicio de la higiene sólo contribuye a reforzar la inferiorización y subordinación de las clases populares.

Esto que analizamos en México está descrito magistralmente para procesos más tempranos en Francia por Luc Boltanski. Este autor analiza el papel de la medicina, la escuela y la puericultura en una época de gran efervescencia social durante la industrialización europea, con grandes masas poblacionales que dejan el campo e invaden las ciudades, con mujeres, hombres y niños trabajando largas jornadas en las fábricas, sin regulación alguna y viviendo en condiciones sanitarias que claramente sobrepasan a las autoridades. Es la puericultura, a través de los maestros y médicos, la disciplina llamada a prevenir situaciones de ruptura social educando a las madres en torno a la forma en que deben organizar y educar, a su vez, a su familia (Boltanski, 1974).

Al igual que en Francia, los servicios de salud en América Latina, junto con los nacientes programas de control natal (posteriormente de planificación familiar), jugaron un papel semejante en la llamada ‘explosión demográfica’ de los años 60 y 70, donde la masiva migración del campo a la ciudad y el aumento de la población en condiciones de trabajo y vida alarmantes amenazaban con romper el orden social (ahora conocido como ‘governabilidad’). Actualmente son los jóvenes y algunas minorías emergentes (como las étnicas) las que son objeto de semejantes programas de educación con claros tintes de control social.

Bueno, pero esto ya es historia... ¿o será? Hace pocos años recuperé por segunda vez el rotafolio de *Mariquita Cochinita* del basurero de una asociación civil. El material ‘educativo’ iba a parar al basurero por iniciativa de la coordinadora del centro de documentación, que lo aborrecía. Yo lo recuperé como ejemplo perfecto de la permanencia de una mirada hegemónica disfrazada de metodología participativa. Dicho material carece de créditos, pero circulaba como instrumento ‘eficaz’ para prevenir diarreas y parasitosis en una amplia red civil de salud en Guatemala. Veamos el texto:

Con el apoyo de caricaturas bastante denigrantes, el rotafolio relata la historia de “Mariquita Cochinita que era amiga de la suciedad. No le hacía caso a su mamá, no usaba zapatos, hacía del baño en el patio, no se lavaba las manos antes de comer. Hasta que un día

<sup>2</sup> El origen de las posadas también tiene que ver con la construcción de la hegemonía, en este caso, de la Iglesia durante la Colonia. Los frailes más perceptivos se daban cuenta de que no lograban convertir a los indígenas a punta de misas en latín, dando origen a formas más lúdicas y participativas de comunicar su mensaje. Entre ellas están las posadas (una representación participativa en la que un grupo se asume como los peregrinos que acompañan a José y María en la búsqueda de una posada para que nazca el niño Jesús) y las pastorelas (representaciones teatrales al aire libre en donde el bien y el mal se enfrentan, simbolizados por ángeles y diablos que luchan por ganar la conciencia de sencillos/as campesinos/as).

un parásito llamado Valentín enfermó a Mariquita de diarrea, con cólicos fuertes y calentura”. Obviamente, el médico llega al rescate y le receta una suspensión. Luego la enfermera le da consejos de higiene a Mariquita, con lo cual ella cambia su forma de vida y es sana y ‘feliz’.

De nuevo, es indudable la sana intención de promover la salud a través de la higiene – nada que argumentar al respecto. Pero, nuevamente también, el medio refuerza la responsabilidad individual (como máximo, familiar) de la enfermedad y el efecto ‘salvador’ de la institución médica, ocultando las raíces socioeconómicas de la enfermedad. No se problematiza la falta de acceso a servicios de la familia o las condiciones de trabajo de los padres. Sólo resalta, como en las Posadas del Mensajero, el discurso de la conversión: la transición de la ignorancia-enfermedad al conocimiento-autocuidado-higiene-salud y, ¿por qué no?... la felicidad. En términos más modernos, queda claro que Mariquita solo requería modificar su ‘estilo de vida’.

Esto, que puede sonar a diatriba contra la educación en salud, busca más bien abrir la reflexión hacia la necesidad de otras formas de enfocarla. ¿Podemos comunicar mensajes de higiene, nutrición o educación sexual sin desempoderar a la gente y sin convertir en culpable a la víctima? Hacer educación en salud en un sentido que también empodere a los sujetos sociales, que recupere y valore su cultura a la vez que buscamos mejorar su salud. Definitivamente sí se puede, y veremos algunos ejemplos interesantes.

En el contexto mexicano, cuando una concepción más participativa de la metodología educativa y una visión más social y menos conductista de los problemas avanzaba con mucho esfuerzo y lentitud, surgió una oleada conservadora que amenaza con volver a pedagogías basadas en el control y la manipulación.

## **PARTIENDO DE SUPUESTOS FALSOS**

El trabajo de educación, promoción y participación en salud se encuentra plagado de supuestos falsos que con frecuencia terminan entrapando las buenas intenciones de quienes lo promueven. En la formación de profesionales de salud y de psicología, la reflexión teórica y práctica en torno a la dinámica comunitaria, y lo que implica salir a ‘educar y *hacer* participar’ a diversos sectores de la población suele ser muy superficial. En la formación médica, lo que aparece como complejo y relevante son las ciencias básicas y las especialidades. El realizar tareas de educación en salud se considera algo simple: organizar una charla, a veces apoyados en algún rotafolio en la que se expone y, quizás, luego se responde a preguntas (si la ‘comunidad’ se anima a hacerlas). No se establece un diálogo real y por ende, el acto educativo suele ser un acto ritual que termina alimentando metas y estadísticas institucionales.

Empecemos por el principio: el concepto ‘comunidad’. El término comunidad ha tomado sentidos muy diversos y, por ende, va perdiendo poder descriptivo o explicativo (da Gran-

da).<sup>3</sup> En algunos casos, en vez de ayudar, vuelve invisibles aspectos importantes. Uno de los grandes ocultamientos que se da en la generalización de la ‘comunidad’ es el de la condición y necesidades específicas de las mujeres (Guijt & Kaul, 1998) Es un concepto que nos condiciona sobre lo que ‘debe’ ser la comunidad, ya que al oír hablar de *comunidad* tendemos a pensar en un conjunto de individuos que viven en una misma área geográfica y ecológica, con una cultura, necesidades e intereses comunes.

No es el caso: en la mayoría de las poblaciones podemos encontrar más elementos ‘diferentes’ que comunes e incluso muchos intereses ‘contradictorios’. En ciertos momentos o problemas población puede converger, pero en muchos otros es la divergencia lo que permeabiliza la dinámica interna. Jugando con la palabra suelo plantear que, más que *comunidades*, debemos esperar encontrarnos con *diversidades* o hasta *contrariedades*, cuando la contradicción es la que marca las formas de organización y movilización. Esto lo refrendan muchísimos trabajadores de salud en la comunidad quienes se encuentran poblaciones divididas por problemas que tienen que ver con la religión, partidos políticos, conflictos por tierras o la posesión del agua, etc. A veces, hasta para una campaña de salud pública hay que visitar a los distintos grupos o sectores buscando el acuerdo básico para desarrollarla.

Podemos convenir en que existe al menos un área geográfica-ecológica común, pero ésta es vivida por los integrantes de manera diferente, por ejemplo, cuando a los que viven en los márgenes les llega el drenaje de la zona central. Es mejor no ver a la comunidad como un conjunto de individuos, sino como un conjunto de redes de sociabilidad (y de poder) donde se articulan los intereses comunes con los intereses distintos y contradictorios. Esto permite concebir a una población como un conjunto dinámico y no como algo estático.

Este cuestionamiento al concepto de comunidad nos traslada al de ‘redes sociales’, que nos abre la perspectiva hacia las fuerzas que se mueven en una población dada. La hegemonía no se ejerce sobre los individuos separados sino a través de instituciones y de las redes sociales a las que pertenece el individuo –redes en las que aparecen también formas de resistencia y donde se recrea la cultura popular. Estas redes sociales tienen distintas funciones (Rodríguez Brandao, 1982; Bottinelli, 1994): 1) conducen la ideología, en ellas se constituyen los *habitus* y las distintas prácticas; 2) crean identidades; 3) son depositarias de la memoria histórica; 4) son las instancias donde se decide participar o resistir los programas; 5) también tienen funciones de control social, así como de inclusión y exclusión.

En la mayoría de nuestras sociedades encontramos como ‘redes primarias’ a la familia y las redes organizadas en torno al trabajo y la vecindad. Las ‘redes secundarias’ suelen conformarse en torno a la iglesia, la escuela, la salud (de practicantes y pacientes), la política o el deporte. Para un sujeto, algunas redes pueden pasar de secundarias a primarias y viceversa,

<sup>3</sup> Se abusa del término incluso para hablar de la ‘comunidad científica’, la ‘comunidad internacional’ o la universitaria, todas ellas atravesadas por todo tipo de conflictos.

como cuando se convierte a otra religión o se ingresa a un grupo de AA, lo cual plantea un proceso muy dinámico.

Una red social es analizable en diferentes aspectos: su extensión, su forma de organización (centralizada o descentralizada), las funciones que juega, sus contradicciones y sus fines explícitos e implícitos. Se ha observado que hay más oportunidad de sobrevivencia dependiendo de la pertenencia o no a redes sociales de apoyo. Esta perspectiva se está aplicando fructíferamente en el campo de la salud mental (Bottinelli, 1994) y en estudios de salud pública (Bronfman, 2000) para analizar procesos de mortalidad o sobrevivencia infantil.

Las redes son las formas primarias de organización siempre presentes, que responden o resisten, o simplemente ignoran las acciones que vienen desde los agentes de salud, educación y desarrollo. En muchos proyectos que promueven la participación no existe un claro planteamiento organizativo basado en las formas de organización ya presentes a nivel local. El ‘referente organizativo’ en los programas que pretenden impulsar la participación es prácticamente nulo y, cuando mucho, queda reducido al nivel local de los Comités de Salud. No han funcionado adecuadamente los esfuerzos de representatividad que, a veces, se han planteado a nivel municipal. A nivel estatal o nacional ni siquiera se conciben estructuras participativas. Esto refleja un temor a una participación real y organizada.

La procedencia exógena de las iniciativas de organización de la comunidad... impide que la organización comunitaria se asiente sobre bases duraderas, y ello se debe en gran parte a que las iniciativas de ‘organización de la comunidad’ generalmente parten de asumir a la comunidad como una tabula rasa, amorfa y sin estructura, haciendo caso omiso de las organizaciones comunitarias espontáneas, formales o informales, o lo que es más grave, eliminándolas.

Hay que acotar también la conspicua falta de evaluación real de la organización comunitaria espontánea, lo cual provoca que se reitere el uso de procedimientos –como la organización exógena y fugaz de la comunidad que ya han probado su insuficiencia–, o bien que se les use deliberadamente con fines de imagen pública sin una expectativa real de efectos evaluables. (Álvarez Manilla, 1996)

Entre el personal de salud sigue siendo común la queja de que encuentra “apatía” o desorganización en la comunidad porque ésta no responde a sus programas. Desde una mirada antropológica, Rodríguez Brandao nos invita a reevaluar esta percepción. Con frecuencia, esta apatía es precisamente un reflejo de la resistencia de la población a los programas o a la forma de implementarlos. Precisamente porque ‘están organizados’ (en redes sociales, como mínimo) es que pueden dar esta respuesta de rechazo. En muchos otros casos, su ‘participación’ se reduce a la utilización o aprovechamiento pragmático de lo que el programa ofrece, sin una participación que vaya más allá (Rodríguez Brandao, 1982).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Nótese que desde hace más de 30 años se están haciendo estos análisis significativos desde las ciencias sociales, aportes que suelen circular mucho más entre los proyectos civiles de educación popular que en el sector Salud.

El autor citado también analiza las formas populares de producción y reproducción de conocimientos, y prácticas de salud y educativas ¿Cuáles son las formas locales en que se enseña y aprende más allá de las agencias oficiales, como pueden ser las escuelas? Es muy común que nuestro trabajo choque o sea resignificado a través de lógicas o estructuras distintas de percibir, pensar, sentir y actuar en el mundo (el *habitus* al que se refiere Bourdieu, 1980 – ver adelante).

Finalmente, Rodríguez Brandao nos plantea la pregunta y el reto de revisar el ‘contenido colonizador’ en nuestros bien intencionados programas que suelen no tener la capacidad de percibir e incorporar las estructuras propias de creación y reproducción del saber popular: “La compleja articulación entre el programa y comunidad no será difícil, precisamente, porque involucra la invasión, bien intencionada, del orden popular de vida y trabajo?” (Rodríguez Brandao, 1982:145).

### **CONCIBIENDO LA PARTICIPACIÓN: LOS PROBLEMAS EMPIEZAN DESDE LA FORMA EN QUE SE CONCIBEN LAS COSAS**

Mi trabajo en docencia y de asesoría a proyectos comunitarios, civiles, académicos y gubernamentales me sirve como una ventana hacia los principales problemas que siguen dándose para lograr una participación y promoción significativas. Los principales problemas señalados por los trabajadores de la salud en diagnósticos participativos tienen que ver con el predominio de una ‘concepción de participación’ de la población vista como subordinada al programa y la institución, y que tiende a limitarse a la participación en actividades predefinidas. Esto lleva frecuentemente a que los promotores sean vistos como ‘de’ la institución y no ‘de’ o ‘para’ las comunidades en las que viven y trabajan.

Como sucede con el término ‘comunidad’, la palabra participación constituye un término polisémico que ya no se puede usar en forma aislada porque corre el riesgo de perder sentido. Esto es lo que hace que, como con la democracia, le aparezcan apellidos, desde el ya antiguo concepto de ‘participación comunitaria’ (años 60), pasando por el término más político de ‘participación popular’ y cerrando con el más reciente que se refiere a la ‘participación social’. En el contexto de la promoción de los Silos (Sistemas Locales de Salud), se evolucionó de una visión comunitaria a una de participación social donde se convoca a participar a las organizaciones comunales e instituciones locales.

En muchos programas se habla de movilización social, de ‘hacer participar’, para referirse a lo que en realidad es un proceso de participación subordinada, cuando no de manipulación. Yucatán (México) en los años 80 a la entrada de un gobierno estatal nuevo: un joven médico del sector Salud se encarga de organizar una reunión de ‘Planeación Democrática’. Para ello convoca a diversos sectores de la sociedad para plantear problemas y propuestas para los planes del sector Salud. Diseña una metodología participativa para el evento y logra una con-



vocatoria importante. Al final del primer día, su jefe, muy animado, lo llama para felicitarlo, diciendo que estuvo muy bien la organización. Remata su comentario diciéndole: “Lo importante es que se ‘vea’ que participen, al fin que los programas ya están hechos”.<sup>5</sup> La historia es antigua, pero tristemente vigente hasta nuestros días.

En muchos casos, la participación se reduce al autocuidado –algo valioso, pero limitado en cuanto al potencial real de la participación. Desde los años 60, cuando se promueve la participación comunitaria –entendida como apoyo a las acciones de los centros y casas de salud, sobre todo en el medio rural– hasta la fecha hemos visto colocar distintos apellidos a la participación.

Frecuentemente el concepto de participación utilizado se acerca o emerge de la Carta de Ottawa (1987), aunque mucho de la práctica real en la promoción y participación social sea más limitada. Cuando existe la decisión política de que la población tenga crecientes cuotas de control sobre la salud y sus determinantes, emergen otras formas de entender la participación. Aquí estamos considerando una dimensión cualitativa de la participación y no sólo la cuantitativa.

Una de estas propuestas es la de participación popular –una visión más política de la participación ligada a procesos de educación y organización popular. Es en estos contextos donde la reflexión sobre el poder es explícita, donde emerge también la noción de ‘empoderamiento’, enfocando especialmente la situación y condición de subordinación de las mujeres (Oxaal & Baden, 1997). Esta perspectiva ha permitido analizar más finamente los procesos subjetivos y colectivos que permiten una mayor ‘agencia’ social. El empoderamiento permite la *gestión* en salud –cuando las personas o grupos se acercan y negocian sus necesidades en salud con las autoridades.

Actualmente se habla cada vez más de la ‘participación ciudadana’ o la creación de ‘ciudadanía’ donde las personas intervienen como actores sociales y sujetos de derechos. Esto plantea que la participación en salud tiene vasos comunicantes con la participación en otros ámbitos donde, idealmente, los diferentes procesos participativos refuerzan esta ciudadanía, pero que en la realidad frecuentemente se contradicen. Una promotora rural puede tener presencia y voz en la clínica rural, pero no es escuchada en la reunión de padres de familia de la escuela o no tiene acceso a asambleas comunales por no tener tierra.

En lo que se ha conocido en México como el Movimiento Popular de Salud (Cauhich, 2002) muchas experiencias han enfatizado la autogestión en salud como el desarrollo de estrategias que permitan tener el menor grado de dependencia posible de las instancias oficiales. El ejemplo más claro de este tipo de iniciativas es el desarrollado en Ajoya, Sinaloa, por más de 20 años, desde donde surgen obras como *Donde no Hay Doctor y Aprendiendo a Promover la Salud*, de David Werner.

---

<sup>5</sup> Comunicación personal.

Cabe señalar que en esta maraña semántica los términos pueden usarse incluso en forma equívoca o invertida: he conocido proyectos de ‘movilización social’ que logran niveles importantes de participación y proyectos autodenominados como ‘participativos’ y ‘populares’ que simplemente manipulan o movilizan recursos humanos.

Personalmente entiendo a la participación como un proceso que puede contener la realización de actividades, pero que progresivamente va avanzando hasta tomar parte en la capacitación, difusión, evaluación, planeación y toma de decisiones. Esto incluye entonces: 1) la intervención de la población en el diagnóstico y planteamiento de problemas de salud; 2) la incorporación del conocimiento necesario para avanzar en el autocuidado y prevención de daños; 3) la capacidad de influir en la forma en que se prestan los servicios, así como en la manera en que se enfrentan las condiciones de vida y de trabajo que determinan la situación de salud (Keijzer, 1992). Esto equivaldría a un proceso de gestión de la propia salud.

Hay que enfatizar que al hablar de participación estamos hablando de ‘poder’ en el sentido de una capacidad creciente de reconocimiento e influencia sobre la problemática de salud y sus determinantes. Giovanni Berlinguer decía que la salud constituye una ventana privilegiada para observar contradicciones de una sociedad, reflejadas en aspectos como la enfermedad y mortalidad diferencial de las clases sociales que la componen. La manera en que se impulsa o no la participación (en general y en salud) nos abre también una ventana que muestra la coherencia o algunas de las contradicciones de nuestro sector Salud. Es indudable que una participación amplia y profunda de la población en el ejercicio de su derecho a la salud suele ser amenazante para gran parte del gremio médico.

Esto nos lleva de la mano a reconsiderar quién colabora con quién cuando se impulsa la participación. El personal de salud a nivel local frecuentemente se queja de la falta de ‘colaboración’ de la comunidad, cuando en todo caso debiera ser a la inversa – ¿de qué formas podemos colaborar a que su salud sea mejor? Después de todo, ¿de quién es la salud que estamos tratando de mejorar y promover?

Lo que resalta es, de nuevo, el supuesto de que el principal o único factor limitante es la falta de “colaboración plena” de la población. Si observamos la película desde el otro lado, podemos descubrir innumerables casos en los que la colaboración plena está faltando desde nuestro propio sector Salud. Al respecto, es fascinante y única la sistematización hecha de la experiencia de las mujeres de la Colonia Eusebio Kino en Sonora, quienes relatan 10 años de intentos de colaboración de y con el sector Salud manteniendo una actitud de lucha para no terminar siendo gobernadas o absorbidas por el sector (Castro & Contreras, 1998).

Una distinción reciente, aportada por quienes trabajan en comunidades con una perspectiva de redes sociales, pone el acento en cuál debe ser el polo fuerte cuando hablamos de participación. Ellos hablan de que existen “programas ‘con’ participación”, generalmente gubernamentales, donde el elemento participativo es uno más, incluso un elemento prestigioso o

vendible. Establecen la gran diferencia con la 'autogestión comunitaria asistida', donde el polo real de desarrollo es el comunitario, un polo que tiene la capacidad de buscar, atraer y controlar la asistencia que requiere de afuera (Pucci, 1993). Este concepto –la autogestión comunitaria asistida– es quizás el que mejor logra capturar el tipo de vínculo que potencialmente puede darse en muchos problemas básicos de salud. El desarrollo de una capacidad considerable contando con asistencia externa en los aspectos que rebasan dicha capacidad.

Aquí, la tensión entre la autogestión y la responsabilidad del Estado emerge nuevamente. Reconocer la capacidad autogestiva permite valorar una importante cantidad de esfuerzos en las redes sociales donde 'ya' se está participando para enfrentar todo tipo de problemas que se relacionan directamente o no con la salud: la vivienda, los servicios básicos, la nutrición, la lucha por mejores condiciones de trabajo, etc. La autogestión, sin embargo, no debe absolver al Estado de sus múltiples obligaciones en la creación de mejores condiciones de vida.

Gish, desde el '79, hace una interesante distinción entre la Atención Primaria en Salud y la 'salud por el pueblo' en la que el segundo polo, visto como no asistencial, se construye desde los sujetos con tres niveles posibles de acción: 1) como individuos en relación con su propia salud; 2) como comunidad que atiende la salud a través de servicios, tipo médicos descalzos o campañas preventivas; 3) como comunidad política que controla el sistema de salud y a sus profesionales, la asignación de presupuestos, etc. (Gish, 1979).

Pero vamos más allá. ¿Qué tanto participa el propio personal de salud en sus propios programas e instituciones? Generalmente existen vacíos y contradicciones con la participación 'en' el propio sector Salud, empezando por su marcada jerarquía interna. El nivel 'operativo' se encuentra divorciado del 'normativo', los programas (homogéneos) se 'bajan' a las 'dependencias' y los que menor poder de decisión tienen, como la auxiliar de enfermería, son enviados a 'hacer participar' a la comunidad en el programa. Para completar el panorama, en México la mayor parte de la organización sindical en salud se encuentra atravesada por el clientelismo, la burocracia y/o la corrupción, así como por la falta de democracia.

Muchos trabajadores de salud perciben falta de voluntad política para que realmente se avance hacia algo que sea más que una pseudoparticipación. Esto tiene que ver también con su enorme desconfianza en lo que la gente puede hacer por sí misma y su salud. El ciclo se cierra con la experiencia de subordinación vivida (y asumida) por la población en el contexto de la relación médico-paciente.

En participación y promoción de la salud existe siempre lo que algunos llaman la 'variable contextual', es decir el contexto social, económico, cultural y político en el que desenvuelven los procesos. Esta variable es central para determinar el nivel y calidad de la participación social; hay interesantes experiencias que se desenvuelven y avanzan en contextos económicos difíciles, pero también situaciones políticas de consenso que favorecen enormemente la participación. Esto se ha reproducido desde el nivel nacional (Cuba, Nicaragua) hasta el nivel munici-

pal en coyunturas específicas. La erosión del consenso en el caso de México no permite niveles importantes de participación en los programas del sector, aunque surgen procesos interesantes en forma paralela o incluso en oposición a las políticas oficiales.

## ACERCA DE LA EDUCACIÓN Y EL CAMBIO

¿Qué teoría educativa existe tras el trabajo de educación para la salud? Eso no se problematiza en el sector Salud y la mayoría de los que la practican no lo saben. ¿Cómo se concibe el proceso de cambio? Generalmente se ve como el resultado casi automático del aporte de una información impuesta. La gente se sigue viendo como 'ignorante' y el agente externo promueve el cambio a través de la información 'adecuada'. Con el tiempo nos damos cuenta de que la población no siempre 'hace caso' y persisten en sus 'conductas negativas a la salud' y terminamos calificando a las comunidades de 'apáticas y poco colaboradoras'. En muy pocos casos se reconoce que del otro lado hay concepciones y prácticas de salud que son distintas, así como tampoco se le da el peso suficiente a las condiciones objetivas de trabajo y de vida que limitan los cambios en el 'estilo de vida'.

¿Y qué teoría del sujeto hay detrás de nuestro trabajo educativo? ¿Vemos un sujeto racional, coherente entre su pensamiento y su práctica, o podemos llegar a concebir un sujeto ambivalente, frecuentemente contradictorio, en continuo proceso de transformación y con un inconsciente que también se hace presente? El propio personal de salud muestra contradicciones entre lo que recomienda al promover la salud y al cuidar la propia salud.

Para poder entender estos procesos educativos debemos guiarnos por teorías que permitan entender, en primer lugar, cómo se conforman los saberes y las prácticas en salud como parte de una cultura. Este proceso combina generalmente algunos elementos que vienen de la cultura oficial y otros elementos provenientes de la cultura popular. También debemos tener bases para entender la resistencia al cambio –las razones por las cuales la simple información (con o sin motivación) generalmente es insuficiente. Empecemos por la resistencia al cambio. En este terreno probablemente sea Bourdieu quien nos ofrece la mejor explicación sociológica de la articulación entre la hegemonía<sup>6</sup> y la constitución de las subjetividades.

Para entender las formas en que se introyecta y se reproduce la cultura hegemónica en cada sujeto, echamos mano de la categoría de *habitus* construida por Pierre Bourdieu (representante de la sociología de la cultura francesa). La pregunta que se hace Bourdieu en una cultura mucho más unificada como la francesa<sup>7</sup> es ¿cómo se introyecta la cultura hegemónica en las

<sup>6</sup> Retomando el concepto de Gramsci, la hegemonía según Carlos Maya, es la 'unidad' de la 'dirección' política, moral, intelectual y el 'dominio' (político y económico) que una clase ejerce sobre el resto de la sociedad. Viene del griego *hegemon*: el que domina (García Canclini, 1984).

<sup>7</sup> Autores latinoamericanos como García Canclini han propuesto repensar esta categoría para la realidad regional, culturalmente mas fragmentada.

culturas subalternas? En otras palabras: ¿cómo se reproduce la cultura en los individuos? Esto genera la categoría de *habitus*.

El *habitus* (Bourdieu, 1980; Canclini, 1984) está constituido por: 1) sistemas de percepción (cómo percibe uno al mundo); 2) pensamiento (cómo uno lo piensa) y 3) acción (cómo actúa en él) –que son durables (en el tiempo) y transponibles (a situaciones nuevas) y que funcionan como estructuras estructurantes (tienden a reproducirse hacia seres humanos nuevos).

El *habitus* se introyecta por las influencias de ‘autoridades pedagógicas’ (la familia, la escuela, la institución médica) a través de un ‘trabajo pedagógico’. El *habitus* programa la percepción de lo necesario y lo posible, lo pensable y lo discutible. El *habitus* programa también los hábitos de consumo y lo que se percibe como necesidades. En nuestras sociedades se da no sólo una apropiación diferenciada del capital político y económico sino también del capital cultural, que es algo que Bourdieu analiza a través de la escuela. Lo más relevante de la conformación del *habitus* es la interiorización de la hegemonía y la desigualdad.

El resultado final lo vemos cuando la apropiación diferencial del capital cultural se vive como virtud o esencia en la clase dominante, mientras que en las comunidades los campesinos dicen “somos muy burros” para aprender y las mujeres se consideran muy “cerradas de la cabeza”. O bien, teniendo 30 o 40 años, se autodefinen como “muy viejas...”, “mejor le mando a mi hija” para la conformación de un grupo en torno a algún problema de salud.

La categoría *habitus* permite explicar la fuerte correspondencia entre la estructura social y la conducta individual. Es el proceso por el cual lo social se interioriza en los individuos logrando que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. A través del *habitus*, las diferencias sociales se van naturalizando y la desigualdad (de género, de clase, de etnia, de generación) se va introyectando como autoinferiorización. Los *habitus* no son estáticos sino dinámicos. Lo que se introyectó es difícil de modificar pero es transformable a través de un trabajo pedagógico nuevo e igualmente intenso.

El proceso de constitución del *habitus* se vale de dos mecanismos:

- la arbitrariedad cultural: la cultura hegemónica determina lo que es legítimo y lo que no, como cuando se coloca a la ciencia (verdad) como opuesta a las “creencias” populares. El niño campesino o indígena ve información sobre los centros de salud en su libro de texto gratuito, pero nada sobre la medicina tradicional;
- la violencia simbólica: sirve para vencer las resistencias a la imposición de la hegemonía a través de premios y castigos. Esto sería convergente con el concepto de micropenalidad propuesta por Foucault.

Veamos un ejemplo muy reciente: ¿Por qué, después de estar de cuatro a seis horas en la escuela (a veces sin ganas) tantas niñas y niños llegan a casa y juegan a la ‘escuelita’? Sencillo, en la casa pueden reproducir el ‘acto educativo’ pero desde el lado del poder –el de la maestra.

Pasaron tiene diez minutos desde que Ale llegó a nuestra oficina proveniente de la escuela y se pone a ‘jugar’ en la sala de reuniones ante la pizarra. Se produce el siguiente monólogo el cual transcribo:

*Aver niños, les voy a decir cuando saquen sus libros de geografía. ¿Quién se ha portado bien de las niñas? Si no se callan les voy a poner puntos malos... puntos malos, eh?... puntos malos. Ya borré niños. Yo dije, ‘copien rápido!’. Hoy no tengo tiempo de jugar, eh? Hoy no vamos a jugar. Aver niños... ¡estoy hablando! Nadie va a hablar y el que hable lo voy a reportar con el Director.*

Ella decide que yo soy el ‘Director’ y llega al cuarto vecino conmigo con un niño invisible: “Me mandan este recado del niño que estaba enfermo, pero ya vino y no está enfermo, así que nos mintieron. Póngale puntos malos. Se va a su salón: Ya vieron niños, no se vale mentir aquí. Yo califico todo... todo... ¡nada de peros!”. A los tres minutos regresa conmigo y me pregunta, con mirada severa y las manos puestas en la cintura, si se “portó bien”. Yo le digo que sí. Ella le dice al niño invisible: “Bueno, ya vámonos”. Y de vuelta en el salón: “Vamos a borrar su nombre”.

Ale, la niña en cuestión, tiene 7 años y itan sólo 2 meses de haber entrado a la escuela primaria! Junto con las letras y la aritmética está interiorizando las relaciones de poder, la arbitrariedad cultural y la violencia simbólica en la conformación de su *habitus*. En la escuela suelen reforzarse las relaciones autoritarias que generalmente existen ya en la familia. Y esta será la historia más frecuente, con variaciones de grado en el autoritarismo durante sus próximos 12 años de contacto con la institución escolar.

¿Cómo desarrollar educación participativa con jóvenes o adultos, cuando el *habitus* se ha conformado en un sentido contrario hacia la subordinación, la obediencia y la simulación como forma de resistencia? He tenido la experiencia de trabajar con alumnos de primer año de licenciatura que se quedan pasmados ante un profesor que no va a dictar ni escribir en el pizarrón y que, para colmo, les pide que lean un texto y trabajen en grupos para que saquen ‘sus’ conclusiones. En un estudio cualitativo en el medio rural mexicano fue muy clara la diferencia entre el discurso y la participación limitada de jóvenes de secundaria en su salón escolar, con la soltura mostrada al trabajar con ellos y ellas por las tardes en forma de red social (Rodríguez & Keijzer, 2002).

Pero esto ocurre no sólo en la escuela sino también en el sector Salud, que tiene sus propias formas de arbitrariedad cultural y violencia simbólica. La interpretación y la atención al proceso salud-enfermedad también es una construcción cultural y la arbitrariedad cultural es ejercida cuando la cultura hegemónica se autodeclara como legítima (frente a concepciones distintas de la cultura subalterna).

La arbitrariedad cultural y la violencia simbólica ocurren en el sector Salud donde es el médico quien determina qué es y qué no es una enfermedad (dejando fuera los síndromes de filiación cultural y, entre otros, el “malestar de las mujeres” acuñado por Burín (1990). Apare-

ce en nuestra práctica discursiva cuando “educamos a la población” y decimos “ustedes deben lavarse las manos y comer bien” sin reparar en las condiciones reales de vida y las posibilidades de la gente. Es violencia simbólica contra los/as pacientes esa bata denigrante que se les pone en los hospitales que apenas cubre su desnudez, y cuando a las parturientas se las amenaza con que si no “cooperan”, su bebé va a morir; o cuando se les cuestiona que “para hacer al bebé, bien que lo disfrutaste, ¿no?”. Padres y madres de familia incorporan estos mecanismos y amenazan a sus pequeños con que si no dejan de llorar, “el Doctor les va a poner una inyección”.

Esto no significa que todo lo que hacemos desde nuestro trabajo de educación y promoción a la salud sea arbitrariedad o violencia simbólica (García Canclini, 1984). Por parte de las instituciones hay un servicio real, por ejemplo, los servicios de salud y la prevención de enfermedades, aunque pueda significar una suerte de intercambio desigual con los sectores hegemónicos. También es claro que, cuando existen la violencia simbólica y la arbitrariedad cultural, se generan formas de resistencia en el otro polo.

## **EL DESENCUENTRO DE DOS MUNDOS: DESFASES EN LA INTERFASE**

¿De dónde vienen las buenas ideas? En el terreno de la educación y la participación en salud, generalmente vienen de la periferia y desde abajo. Muchas de las críticas y propuestas de cómo mejorar el vínculo con la población vienen de la antropología (Harris, 1974) y en especial de la antropología médica, que por décadas ha estado inventariando tanto las cosmovisiones distintas a la nuestra como las prácticas de la medicina tradicional, dando cuenta de los múltiples desencuentros entre la llamada medicina oficial y las concepciones y prácticas populares.

La permanencia crónica en comunidades, y el contacto estrecho y diálogo verdadero con ellas permiten –a Paulo Freire primero y a David Werner después– desarrollar una concepción y estrategias específicas para un trabajo comunitario a la vez respetuoso, comprometido y eficaz. También el campo de la agronomía da nuevas luces y aportes en esta articulación. Y esto no es sorpresa, porque ¿quién si no los agrónomos han permanecido largas temporadas en el campo con sus esfuerzos de imposición-extensión y que, poco a poco, se está convirtiendo en aprendizaje y comunicación? En una revisión radical de la práctica de extensionismo agrario y en el esfuerzo por buscar articulaciones con la población campesina como sujetos de procesos, emergen al menos tres aspectos críticos a tomar en cuenta y que pueden ser aplicables también al campo de la salud (Chambers, 1994):

- El ‘poder y el pluralismo del conocimiento’, donde una de las formas de conocimiento es la de la ciencia (poderosa y casi universal) contrastando con el conocimiento rural, más local y situacional pero con formas propias de experimentación y aprendizaje. Las diferencias de conocimiento tiende a reforzar tanto el poder como la subordinación. Como propuesta se considera al conocimiento como un proceso para apoyar, estimular y reconocer en los sectores rurales.

- El ‘comportamiento, las interacciones y los métodos’: los campesinos, los extensionistas y los científicos son vistos como actores sociales. Las relaciones de poder se reflejan en las formas en que interactúan. Se plantea un cambio de rol del extensionista que se convierte en facilitador-catalizador de procesos, reforzando en los campesinos el papel de observadores, analistas, experimentadores y evaluadores. Esto, promovido desde los años 90, genera sorpresas por las capacidades generadas desde los participantes.
- El tercer aspecto son las instituciones que, para poder facilitar realmente la participación, requieren de una cultura, estilo y procedimientos participativos ‘a su interior’. Esto cuestiona las formas tradicionales de ejercer la autoridad, de planear y operar programas hacia una estructura más abierta a la escucha, la demanda y a la coordinación con los sectores rurales. Las instituciones pueden aprender de la experiencia generada por todo tipo de redes, coordinaciones y alianzas que, no sin conflicto, desarrollan modelos más participativos y descentralizados de trabajo.

Queda clara la similitud con el sector Salud en cuanto a las cuestiones que habría que revisar, reflexionar y redefinir para que la educación vaya más allá del ‘extensionismo o evangelización sanitaria’ y las distintas formas de participación florezcan con todo su potencial. El subtexto a esta mirada es la promoción del empoderamiento de los sectores subalternos.

Normal Long, de la Universidad de Wageningen (Holanda) propone el concepto de ‘interfase’ para caracterizar ese espacio de articulación entre agentes externos y los grupos y redes comunitarios: la interfase social es un punto crítico de intersección entre distintos sistemas sociales, campos o niveles de orden social donde encontraremos discontinuidades estructurales basadas en diferencias de valores normativos e interés social (Long & Villarreal, 1994).

El estudio de interfases se centra precisamente en esas discontinuidades caracterizadas por discrepancias de poder, valores, intereses y conocimiento, tratando de comprender los procesos culturales y organizativos que las reproducen o las transforman. Para empezar a darnos cuenta de algunas cosas que suceden en la interfase, se propone un sencillo esquema que busca recuperar cuatro miradas y percepciones entre los agentes externos y los locales:

La interfase en los procesos de trabajo con otras poblaciones

Miradas	Ellos	Nosotros
Nosotros	¿Cómo los vemos?	¿Cómo NOS vemos?
Ellos	¿Cómo se ven?	¿Cómo NOS ven?

La bidireccionalidad del proceso educativo es algo sabido desde hace más de 40 años tanto desde la perspectiva freireriana, en su contacto con los sectores populares, como en las estrategias del grupo operativo abarcando otros estratos poblacionales. En los aportes de Long y



colaboradores se plantea el conocimiento como un proceso de ‘fusión de horizontes’ donde el nuevo conocimiento necesariamente se articula al conjunto de conocimientos previos de ‘ambos’ lados de la interfase.

Es precisamente el cuidado de esta interfase lo que constituye el aspecto original y relevante en varios proyectos desarrollados recientemente en la región. Uno de ellos es el proyecto ReproSalud en el Perú (2003). Este proyecto surge de un convenio de cooperación de 10 años (1995-2005) entre Usaid-Perú y el Movimiento Manuela Ramos, organización feminista peruana dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres (Movimiento Manuela Ramos, 2003). El propósito del proyecto es mejorar la salud reproductiva de las mujeres pobres que viven en zonas rurales y periurbanas con los peores indicadores de salud reproductiva del Perú. El objetivo es que las mujeres mejoren su salud reproductiva mediante el uso de servicios oficiales de salud y el autocuidado. También se busca un impacto en los factores socio-culturales que afectan la salud de las mujeres, en el ámbito de las relaciones de género y las distancias culturales entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud tradicionales.

ReproSalud es un proyecto innovador que busca promover la salud reproductiva entre las mujeres de menores ingresos, empoderándolas, fortaleciendo sus habilidades individuales y comunales para defender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, establecer una relación más equitativa con sus parejas y los proveedores de salud, y para que se desempeñen como usuarias informadas con capacidad para plantear sus demandas. El diseño del proyecto está basado en la metodología de educación popular con perspectiva de empoderamiento de las mujeres. La selección de organizaciones comunitarias de base de mujeres (OCB) se hace a través de una entrevista y un sociodrama en donde presentan alguna de sus problemáticas. Las organizaciones seleccionadas entran como ‘socias’ de ReproSalud en un subproyecto que ellas conducen y administran.<sup>8</sup>

El cuidadoso trabajo en la interfase entre las mujeres profesionales de la salud y las mujeres indígenas implica un largo proceso autodiagnóstico de 15 días donde colectivamente se ubica el problema que las mujeres desean priorizar a partir de técnicas de investigación participativa. Mediante ejercicios participativos se motiva a las mujeres a reflexionar sobre su salud reproductiva y el modo en que se relaciona con su situación como mujeres. En los primeros años emergen como prioridades de las comunidades los siguientes problemas: la “regla blanca” (infecciones vaginales), “muchos hijos” (embarazos no planificados y anticoncepción) y “sufrimiento en el parto” (complicaciones en el parto). Nótese la capacidad del programa de mantener los nombres de los padecimientos en los términos de las propias mujeres. Otro hallazgo es que una alta proporción de los autodiagnósticos incluye un problema no específicamente reproductivo, pero con grandes consecuencias en ese campo, que las mujeres denomi-

<sup>8</sup> Hacia el año 2002, el proyecto ha trabajado en 91 distritos ubicados en 8 de los 24 departamentos del Perú: beneficia actualmente a 145.235 mujeres y 67.464 varones con una expansión planificada para llegar a 144.560 mujeres y 62.786 varones más.

nan “maltrato” (violencia doméstica). Aunque no estaba previsto como prioritario en el programa, se retoma como problema a abordar con las mujeres y luego con los hombres.

Durante el diseño de los primeros proyectos comunitarios en 1997, muchas OCB identificaron la necesidad de llegar y trabajar con los varones en sus comunidades. Ellas manifestaron razones estratégicas y prácticas. Desde una perspectiva práctica, era necesario comprometer a los varones de modo que no se opusieran a la participación de las mujeres en las reuniones de ReproSalud y otras actividades relacionadas. Estratégicamente, era vital involucrar a los varones debido a su decisiva participación en la toma de decisiones en el ámbito de la salud reproductiva y en las consecuencias que éstas tienen en la salud de las mujeres.

*La idea no nace del equipo. Este es un proyecto que se pensó para las mujeres y desde las mujeres. Y en cumplimiento del mandato del proyecto es que las mujeres digan qué problemas son esenciales, analicen sus causas, sus consecuencias. Escojan las causas sobre las que pueden actuar ellas y hagan un proyecto. La mayoría de mujeres con sabiduría han dicho: este problema y la salud no solamente es nuestro, tenemos que involucrar a los varones y tenemos que involucrar a los chicos y a las chicas. El involucramiento de los varones viene desde ellas, viéndolo como positivo.* (Entrevista individual a coordinadora de la Sede Central)

En vista de la sólida argumentación de las mujeres, ReproSalud decidió responder a su pedido. Para algunas, involucrarlos les permitía enfrentar la oposición inicial de éstos a que las mujeres se comprometían con ReproSalud. Otras evaluaron como necesario cambiar las actitudes y comportamientos de los varones para mejorar su salud reproductiva, en la medida que los identificaron como una de las causas de sus problemas de salud reproductiva. Las mujeres vislumbraron que los cambios en su salud reproductiva y la posibilidad de que éstos sean sostenibles y duraderos, no podían darse sin lograr cambios en los varones.

Una lección de ReproSalud es que si se trabaja desde una perspectiva de género y derechos, las mujeres encuentran el modo más adecuado de involucrar a los varones, reafirmando su capacidad para tomar decisiones acertadas cuando tienen espacios de reflexión y autonomía para hacerlo. Teniendo en cuenta el análisis y decisiones de las mujeres, y dada la buena aceptación de los varones involucrados –así como el requerimiento para trabajar con otros varones–, ReproSalud piensa continuar con las actividades de entrenamiento para ellos. Estamos ante un claro ejemplo: en la interfase se da una real escucha a los planteamientos de las mujeres.

La incorporación de los hombres implica todo un reajuste tanto de los objetivos como de las actividades, los materiales educativos y el presupuesto. Se diseña un proceso de trabajo con los hombres que permite que, manteniendo la salud de las mujeres como prioridad, se trabaje actualmente con una alta proporción de hombres en las comunidades, quienes también encuentran claves para mejorar la propia salud. El equipo de ReproSalud es consciente del riesgo que provoca el hecho de que los hombres tiendan a asumir el control de los proyectos locales. Por ello es que en todo momento se refuerza en las mujeres la idea de que la conducción de los proyectos comunitarios está a su cargo, como estaba estipulado desde un inicio en un proyecto que tiene a las organizaciones de mujeres como contrapartes:

*Lo que hacíamos reforzando es decirles: 'Señoras, ustedes van a manejar el proyecto, ustedes son las responsables que se prepare el proyecto, ustedes son las que manejan'. Y a los varones también se los hemos dicho en las capacitaciones. 'Señores, señoras, compañeros, mediante el proyecto se ha decidido trabajar con varones, porque las señoras lo han considerado importante y son ellas las que van a dirigir esto.' Los primeros proyectos donde estaban los varones y las mujeres eran una incertidumbre para los varones: ¿Qué estaba pasando? Ellos decían: Las mujeres no lo van a poder manejar, ellas no tienen capacidad, no lo van a hacer. Entonces algunos estaban esperando como que realmente fracasen ellas y pues que ellos puedan dirigir. (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Pun, zona quechua)*

Finalmente, lo táctico en el trabajo con varones se fue convirtiendo en estratégico: crece y es atractiva la posibilidad de que los varones pasen de ser únicamente parte del problema a convertirse en parte de la solución. Este es sólo uno de los muchos ejemplos de esfuerzos valiosos y novedosos que se vienen dando en América Latina con resultados palpables tanto en la educación como en la participación y promoción de la salud.

## RECOMENDACIONES

El contraste entre los discursos y la práctica de la educación y la participación en salud, desde una lectura social, arroja una serie de desencuentros, contradicciones y limitantes que deben ser tomadas en cuenta por las instituciones de salud si desean avanzar en la construcción de vínculos significativos y productivos con los sectores de la población que pretende atender. Es urgente rebasar el simplismo de muchas acciones educativas basadas exclusivamente en la transferencia de información para cambiar conductas y no en un diálogo intercultural. Para ello, las instituciones de salud deben establecer un diálogo y un aprendizaje con las experiencias más significativas de la periferia: las redes, las organizaciones civiles y los movimientos locales. Esto permitirá una radical revisión de los objetivos, contenidos, métodos y materiales educativos para que logremos una coherencia interna entre los mismos.

Igualmente, la participación no puede ser vista como la simple movilización de la población, sino como un proceso de empoderamiento progresivo de la misma, donde se incorporan grados crecientes de capacidad de conocer, detectar y resolver problemas en conjunto con el sector Salud. Existe una amplia gama de formas y niveles de participatividad posibles. Y más aún, en muchos casos no hay que pensar en promover desde cero, sino de articularnos con procesos participativos que ya existen y que frecuentemente no son reconocidos.

Promover la participación hacia la población implica reflexionar y estimular también la participación dentro del propio sector Salud, lo cual conduce a la revisión de las relaciones de poder a lo interno de las instituciones. ¿De qué forma una auxiliar de enfermería o una promotora va a facilitar el empoderamiento de un grupo de mujeres indígenas si ella misma carece de los más mínimos grados de poder en su propio programa? Como trabajadores/as de salud conviene asumirnos también como seres ambiguos y contradictorios, y como producto de procesos de socialización que pueden o no chocar con nuestra formación universitaria.

Debemos fortalecer la perspectiva social en el quehacer de salud, en especial, en la promoción y participación en salud. No podemos quedarnos estacionados en el biologicismo simplista que permeabiliza muchos de los contenidos educativos. Esto es fundamental con el personal de salud ya formado, e imprescindible con los estudiantes de las distintas carreras de salud en instituciones de educación superior en donde sigue dándose la antigua y absurda lucha entre clínicos y maestros de sociales.

Una perspectiva social implica sensibilizar al personal de salud en el reconocimiento de las presiones y límites a las que están sometidos los sectores con que trabajan y al reconocimiento de las estrategias que desarrollan para enfrentarlas. Muchas de estas estrategias constituyen una posible base para la acción conjunta.

El trabajo estrecho con la población, tomando en cuenta sus necesidades implica renunciar a los programas *king size* para permitir el desarrollo de alternativas regionales y programas específicos en un ejercicio de encuentro entre las políticas y programas generales gubernamentales, y su adaptación y enriquecimiento con la mirada local.

Finalmente, hace falta discutir y confrontar más profundamente los efectos reales del ajuste estructural, sobre todo en su efecto de recorte de programas sociales. La participación y promoción de la salud, valiosas en sí mismas, no pueden servir de simple parche al retiro progresivo de la responsabilidad del Estado en relación con la salud de la población. Debemos valorar la forma en que la política privatizadora choca con los buenos propósitos de una mayor participación social y participación en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ MANILLA, J. M. Corresponsabilidad y participación social. *Memorias: La Salud Pública y la Reforma del Estado*, ISP/UV, Xalapa, nov. 1996. (Mimeo.)
- BOLTANSKI, L. *Puericultura y Moral de Clases*. Buenos Aires: Laia, 1974.
- BOTTINELLI, C. (Coord.) *Migración y Salud Mental*. México: Ilef, Radda Barnen, 1994.
- BOURDIEU, P. *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus, 1980.
- BRONFMAN, M. *Como se Vive se Muere: familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca: Crim/Unam, 2000.
- BURIN, M. et al. *El Malestar de las Mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- CAHUICH, M. *Una Visión Distinta del Mundo: ensayo historiográfico sobre el proceso de la salud popular en México a fines del Siglo XX*, 2002. Tesis de Maestría, México: Historia y Etnohistoria, Enah.
- CASTRO, M. del C. & CONTRERAS, M. Participación comunitaria en salud en la Colonia Eusebio Kino. In: HARO, J. & Keijzer, B. de. (Coords.) *Participación Comunitaria en Salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. Colegio de Sonora: OPS y Prodessep, Hermosillo, 1998.
- CARTA DE OTTAWA para la promoción de la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103(1), 1987.
- CHAMBERS, R. Introduction. In: SCOONES, I. & THOMPSON, J. *Beyond Farmers First: rural people's knowledge, agricultural research and extension practice*. London: Intermediate Technology Publications, 1994.

- DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas. *Mensajero de la Salud*. México, D.F., 15 de noviembre de 1922.
- GARCÍA CANCLINI, N. Cultura y organización popular. *Cuadernos Políticos*, 39, enero-marzo 1984.
- GISH, O. The political economy of primary health care and “health by the people”; an historical exploration. *Social Science and Medicine*, 13C:203-211, 1979.
- GUIJT, I. & KAUL SHAH, M. *The Myth of Community: gender issues in participatory development*. London: Intermediate Technology Publications, 1998.
- HARRIS, M. *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas: los enigmas de la cultura*. México, D.F.: Alianza Editorial, 1974.
- KEIJZER, B. de. Participación popular en salud: logros, retos y perspectivas. In: MENÉNDEZ, E. & GARCÍA DE LEÓN, M. (Eds.) *Prácticas Populares, Ideología Médica y Participación Social*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y Ciesas, 1992.
- KEIJZER, B. de. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Género y Salud en Cifras*, 1(3), sept.-dic. 2003.
- LONG, N. & VILLARREAL, M. The interweaving of knowledge and power in development interfaces. In: SCOONES, I. & THOMPSON, J. *Beyond Farmers First: rural people's knowledge, agricultural research and extension practice*. London: Intermediate Technology Publications, 1994.
- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Opening our Eyes: a work experience with men on gender issues and sexual and reproductive health*. Lima, 2003.
- OXAAL, Z. & BADEN, S. *Gender and Empowerment: definitions, approaches and implications for policy*. Brighton: Bridge, Universidad de Sussex, 1997.
- PONCE, A. Educación y lucha de clases. In: PONCE, A. *Obras*. La Habana: Casa de las Américas, 1975.
- PUCCI, L. Autogestión comunitaria asistida de asentamientos populares urbanos: un método de trabajo con comunidad. In: DABAS, E. *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- RODRÍGUEZ BRANDAO, C. Estructuras sociales de reproducción del saber popular. In: GAJARDO, M. (Ed.) *Teoría y Práctica de la Educación Popular*. México: OEA-Crefal, 1982.
- RODRÍGUEZ, G. & KEIJZER, B. de. *La Noche se Hizo para los Hombres*. México, D.F.: Edamex y Popularion Council, 2002.