

Participación social y educación en salud: un vínculo problemático*

Dora Cardaci

Introducción

Desde las últimas décadas del pasado siglo, distintos actores sociales han analizado críticamente la orientación asistencial del modelo biomédico hegemónico subrayando la necesidad de promover la participación de las comunidades en la realización de actividades preventivas y, particularmente, en actividades educativas en salud.

La importancia de la participación de las poblaciones como acción básica de las políticas de atención primaria de la salud ha sido reconocida particularmente desde la Conferencia de Alma Ata realizada en 1978 y a través de la difusión de la Carta de Ottawa, aprobada en 1986 durante la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.

Diversos autores¹⁻³ consideran que la acción colectiva a favor de la salud ha logrado generar procesos de organización y de autonomía así como cambios socioculturales a favor de los sectores económicamente más desfavorecidos. Otros expresan dudas sobre los logros y continuidad en el tiempo del accionar de determinados conjuntos sociales⁴ o manifiestan gran escepticismo sobre lo que se ha realizado en nombre de la participación comunitaria. Tal es el caso de Ugalde⁵ quien llega a afirmar que *la experiencia en Latinoamérica, con excepción quizás de Cuba y Nicaragua, es que la participación comunitaria ha fracasado en mejorar la calidad de vida de las mayorías*. En un trabajo reciente afirma además que la falta de un marco conceptual claramente definido ha llevado al personal de salud a un alto grado de confusión que dificulta el análisis y el intercambio de experiencias.⁶

Como lo sugiere el título, este artículo tiene el propósito de caracterizar algunos de los problemas que enfrentan los procesos de participación social en actividades educativas referidas a salud. Para ello se realizó una revisión de capítulos de libros, artículos e informes re-

cientes sobre experiencias de la eficacia de la promoción y educación en salud en algunos países de América latina publicados en la última década,⁷⁻²⁴ y se entrevistó a informantes clave que podían proporcionar o esclarecer datos significativos sobre este tema.

Asistencialismo e idealismo: dos visiones extremas

Bajo el nombre de educación popular en salud existen en América latina diversas concepciones que se traducen en prácticas y formulaciones teóricas diferentes.

El análisis de la información reunida sugiere que no existe coincidencia en torno al marco conceptual desde el que se define qué es una comunidad, ni sobre cuáles son los alcances teóricos y empíricos de la participación y organización de las poblaciones.

No obstante que las cuestiones técnicas no son las que determinan en última instancia, la eficacia de un proceso educativo en salud con participación comunitaria, es innegable que dicho proceso requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos.

Cuando los técnicos, intelectuales y profesionales han abierto la posibilidad de poner estos conocimientos al servicio de las poblaciones, cuando han compartido su lenguaje con ella reconociendo la necesidad de su participación, se han generado muchas veces interpretaciones erróneas sobre el vínculo técnicos-población. Sobre estos malos entendidos se profundizará en este trabajo.

Los equipos de profesionales y promotores/as en salud que acuden a las comunidades recurrir, básicamente, a dos modalidades para organizar su trabajo educativo.

En la primera modalidad, se organiza un grupo que asume en su totalidad la propuesta de los agentes externos. Los participantes deciden

Profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Vicepresidenta para América latina de *Internacional Union for Health Promotion and Education*, Calzada del Hueso 1100, Delegación Coyoacán, México, D.F.

* El presente trabajo es producto de la investigación: *Nuevas tendencias en educación en salud*, que contó con el apoyo financiero del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México y de la UAM-X.

formar parte de la experiencia y aceptan las condiciones establecidas por los educadores. En las situaciones más extremas, que son las que nos interesa analizar, se configura una posición *vertical* o paternalista/asistencialista que resuelve la situación "dándole" a los grupos todo hecho.

La segunda modalidad de organización de las actividades educativas en salud es aquella que plantea un trabajo *de base* o *desde abajo a arriba*²⁵ que parte de un acercamiento a los sectores populares (generalmente a través de las organizaciones sociales locales) para *darles voz* y poder de decisión. En el extremo de esta perspectiva se encuentra una posición idealista que resuelve la situación afirmando que en las poblaciones ya existen, ya están dados los conocimientos y habilidades necesarios para que ellas mismas definan y organicen su propio proyecto educativo en salud, para que elaboren sus propios materiales e incluso se auto-eduquen.

El primer modelo, denominado asistencialista de participación comunitaria, se caracteriza por dos elementos centrales: por una parte, se sustenta en una enorme desvalorización del conocimiento tradicional. Esta situación se acompaña por la inmodificación de las condiciones en que está situado el grupo o la comunidad que viven en el tradicionalismo y, por tanto, de las condiciones que lo generan y regeneran.

Quienes trabajan desde este enfoque, por consiguiente, *le* organizan el proyecto a la población, *le* seleccionan los contenidos, *le* elaboran materiales, *le* enseñan qué tareas realizar. Esto reduce excesivamente el problema de la causalidad del proceso salud-enfermedad-atención, lo devuelve a quienes lo padecen en forma de responsabilidad individual o colectiva y centra su solución en las medidas técnicas que debe adoptar la comunidad.

Todo ello se lleva a cabo en nombre de los intereses y necesidades de una población que no participa más que como receptora pasiva de decisiones y conocimientos que le vienen dados desde afuera.

El fracaso de este modelo condujo a que se especulase en torno al carácter *refractario al cambio* que tendrían las poblaciones y a su resistencia a *modernizarse*.

Es innegable que el marcado interés por superar las posiciones paternalistas-asistencialistas y trabajar con y para los sectores populares, ha llevado a avances considerables en el campo de la promoción y educación en salud. Entre ellos se encuentran el logro de un ma-

yor entendimiento sobre cómo inducir modificaciones sustantivas en condiciones de salud específicas y el desarrollo de una mayor profesionalización en los métodos y técnicas de la educación y comunicación populares. Sin embargo, como se señaló anteriormente, diversos actores sociales han caído en posiciones idealistas que conducen a una interpretación mecánica de los postulados y metodologías de la educación popular en salud.

Uno de los aspectos alrededor del cual se han producido interpretaciones diversas y contradictorias es el propósito de lograr horizontalidad y diálogo en la relación personal de salud-grupos comunitarios.

La complejidad de este vínculo ha conducido, en ciertos casos, a una falta de especialización del educador y del proceso educacional y a una sobrestimación de lo metodológico.

Cuando esto ocurre, el educador se transforma en un *proponedor* de metodologías activas que servirían a los grupos para llegar *por sí solos* al conocimiento. En algunas experiencias, lo participativo significa que todos los miembros de un grupo tienen que dar su opinión, tienen que usar papelógrafos, tienen que ser actores en sociodramas. Lo pedagógico tiende a reducirse a lo estrictamente metodológico y ello, a su vez, a un problema de apropiación de técnicas "participativas". Por consiguiente, en estas situaciones se realiza más *animación* que educación en salud.

Asimismo, la interpretación distorsionada de lo que significa una relación *dialógica* en ocasiones ha conducido a minimizar o negar el papel del educador como educador.

Generalmente, a estas experiencias subyace una tendencia anti-intelectual y anti-teórica con base en la cual el educador se niega a sí mismo su papel de persona diferente al grupo, es decir, de agente externo a éste. En otras palabras, se niega su papel de intelectual, esto es, de portador de conocimientos externos, de una teoría capaz de iluminar la realidad. Se niega la conducción y la dirección que implica la palabra *educar* llegando a lo que algunos autores han denominado *populismo pedagógico*.²⁶

Quien realiza actividades educativas en salud tiene y ejerce cierto poder. A nivel teórico y práctico es aconsejable hacer explícito este poder y mostrar qué se hace con él, en lugar de ocultarlo detrás de una falsa igualdad pedagógica.

A lo que se puede y debe aspirar no es a eliminar esa desigualdad por decreto, sino a *en-*

cauzarla, depurándola progresivamente de sus componentes autoritarios.

Desde hace más de dos décadas los principales protagonistas de la educación popular latinoamericana se encuentran inmersos en un proceso de revisión de experiencias y postulados. Se preguntan cuánto de educativo, cuánto de popular y cuánto de participativo han tenido lo que han venido haciendo.

Cabe señalar que este movimiento de revisión crítica que se está dando en el terreno de la educación popular en general, recién comienza a iniciarse en el campo de la educación popular en salud latinoamericana.

Es importante subrayar, sin embargo, que en ciertos países europeos que llevaron adelante experiencias masivas de participación de las poblaciones en salud, este proceso de análisis de lo actuado ha logrado significativos avances.

En el caso de Italia, por ejemplo, desde la década de los años sesenta se operó el denominado *modelo obrero* surgido de movimientos de lucha espontáneos por la defensa de la salud en el centro de trabajo. La metodología base de este modelo presupone la integración de los conocimientos derivados de la experiencia obrera con el saber técnico-científico de aquellos profesionales que contaban con la confianza de los trabajadores.²⁷

La revisión de esta propuesta, que tuvo como eje un componente de participación muy importante, obedece a la necesidad de superar diversos problemas vinculados con los estilos de participación de los profesionales y los grupos de trabajadores.

Un primer problema es la actitud de los técnicos o profesionales del servicio sanitario hacia el mundo laboral, hacia los obreros. Esta actitud se ha caracterizado por un cierto respeto, y hasta temor, a educar sujetos adultos portadores de un peso político muy relevante. De acuerdo con quienes participaron activamente en este tipo de experiencias, existió la idea de que el objetivo y la función del personal sanitario se referían a la ejecución de actos meramente técnicos como el medir factores de riesgo contando con la colaboración de la subjetividad obrera. Esto se apoyaba sobre un supuesto erróneo, pues se consideraba a este grupo específico de población, a los trabajadores, como sujetos ya formados, capaces de organizar y utilizar correctamente la propia experiencia. Es decir, se asumía que la *conciencia obrera* era por sí misma sinónimo de *conciencia sanitaria*.^{28,29}

Vale la pena agregar que un segundo problema que resultó muy negativo para la operación del modelo fue la identificación mecánica entre los objetivos referidos al cuidado de la salud (modificación de las condiciones, del ambiente y de la organización del trabajo) con objetivos más generales que tienden al cambio social. Se cayó en la contradicción de considerar que haciendo una cosa se estaba haciendo la otra creyendo que para ambos tipos de fines valen los mismos medios. En numerosas experiencias llevadas a cabo en el lugar de trabajo durante la década de los años 80, el profesional, el técnico, era prácticamente excluido pues se consideraba que solamente los trabajadores podían conocer y decidir.³⁰

Hechos estos señalamientos sobre cómo el modelo obrero en numerosos casos fue derivando en posiciones romántico/idealistas que interpretaron al proceso de participación como centrado en el polo obrero con exclusión de los técnicos, interesa señalar otra dimensión problemática del vínculo profesionales de la salud-poblaciones que está muy presente en diversos casos de promoción popular en salud latinoamericanos.

Nos referimos a una de las líneas de trabajo que se han venido operando con mayor o menor éxito en nuestros países: la de la preparación de personal de las propias comunidades (llámense promotores, brigadistas, etc.) para lograr a través de ellos que los conocimientos y las acciones sobre saneamiento, control de embarazos, prevención de la violencia doméstica y otras, se *multipliquen*.

La idea del multiplicador, de la difusión exponencial de los conocimientos se ha venido retomando de las numerosas campañas masivas de alfabetización que se han emprendido durante este siglo en el subcontinente latinoamericano.

En las campañas de alfabetización el carácter de multiplicador se otorga fundamentalmente por la condición de alfabetizado, es decir, de sujeto que maneja la lectoescritura y el cálculo con una habilidad tal que puede poner estas capacidades al servicio de los demás.

En los procesos de participación masiva para la alfabetización y en los que se busca la promoción y la educación sobre determinados aspectos de salud, no sólo se persiguen objetivos diferentes, sino que se trabaja también con base en contenidos muy diferentes.

En el primer caso, el alfabetizador domina plenamente la información y habilidades que bus-

ca sean adquiridas por el alfabetizando. Sin embargo, en educación en salud el futuro brigadista seleccionado podría no contar necesariamente con el bagaje de conocimientos y destrezas que deberá enseñar a la comunidad. El trabajo previo de formación del brigadista como futuro multiplicador es altamente complejo ya que se le insta a que enseñe a las poblaciones no solamente una serie de técnicas y rutinas específicas sino se busca, explícita o implícitamente, que induzca cambios en aspectos vinculados con hábitos, creencias y conductas: con el *estilo de vida* de la gente. Asimismo, se le capacita con la expectativa de que él también modifique su propio estilo de vida.

Es difícil convencer a alguien de que deje un hábito, ya que cuando se le dice que abandone algo aparentemente tan simple como un riesgo para la salud definido médicamente, en realidad se le está pidiendo que renuncie a algo altamente complejo de su vida que puede estar teniendo para él los más variados significados.

Una visión estrictamente médica de la promoción de la salud no toma en cuenta este tipo de factores. No toma en cuenta el conjunto de motivaciones contradictorias que operan en la psicología individual y colectiva. Estas motivaciones contradictorias, si se consideran seriamente, pueden proporcionarnos explicaciones enriquecedoras sobre cuáles son los costos personales y colectivos que se decide pagar al sostener conductas riesgosas para la salud, al conservar hábitos que, desde la práctica y el saber médicos institucionalizados aparecen como *irracionales* o por lo menos, como *poco razonables*.

Un último problema propio de la formación de multiplicadores en salud (y que se plantea en menor medida en las campañas alfabetizadoras) es la dificultad que se presenta en la relación entre este tipo de educación participativa y la entrega de conocimientos modernos o contenidos específicos.

El personal de salud se enfrenta al desafío de cómo entregar contenidos e innovaciones que no siempre provienen ni están en la lógica de la cultura popular, conjugándolos con el rescate del conocimiento popular.

Esta dificultad lleva muchas veces a que se sobresimplifique y no se dé un nuevo y cada vez renovado *bagaje intelectual* a los participantes de los talleres y cursos de capacitación para que puedan volver a su quehacer cotidiano fortalecidos con nuevas ideas, nuevos conocimientos y nuevos análisis para reflexionar sobre su propio trabajo.

Otra manifestación de esta problemática es el desajuste entre materiales educativos y posibilidades o expectativas reales de las poblaciones.

Exponentes de ello son aquellos materiales elaborados enteramente por las poblaciones que no expresan la complejidad del problema de salud sobre el que se desea trabajar o aquellos que se definen y llevan a las comunidades desde fuera de ellas y que, por este motivo, les resultan ajenos, extraños.

Experiencias desarrolladas en Sudamérica y Centroamérica han probado, sin embargo, que la validez y efectividad de un material educativo, la garantía de su origen participativo y de su aceptación, no la otorga el que sea la gente exclusivamente quien lo elabore. Tampoco lo garantiza la alta calificación del equipo de planificadores y elaboradores de materiales que los aplica en una comunidad.^{31,32}

Consideraciones finales

Como señalaba hace más de cuatro lustros una educadora popular latinoamericana: *Cuando se afirma que la educación popular es dialógica, participativa, crítica, integral, lo que en verdad se está afirmando es que debería ser dialógica, participativa, crítica, integral.*³³

Frecuentemente tenemos una forma incorrecta de relacionarnos con los grupos de población, ya que no consideramos la especificidad de su cultura y reproducimos las relaciones autoritarias que cuestionamos teóricamente. Otras veces se sustituye el análisis de la realidad por teorías aprendidas que luego se proyectan sobre la realidad.

Esta disociación es particularmente grave por cuanto mientras nos autosatisfacemos con la perfección de nuestros esquemas, somos históricamente ineficaces en cuanto esos esquemas no son elaborados desde una comprensión de los referentes culturales y del nivel de conciencia de quienes son, en definitiva, los beneficiarios de ella.

A lo largo de este trabajo se ha buscado enfatizar la necesidad de un replanteamiento teórico y de un análisis profundo del discurso y la práctica de la educación popular en salud. Es en la práctica donde se darán los cambios, los ajustes y las innovaciones en este campo. Estas transformaciones, se nutrirán de las prácticas anteriores y del examen cuidadoso de ellas. La reflexión crítica supone una lectura permanente de la realidad para captar y entender cada

vez mejor por qué y para qué se están desarrollando ciertas actividades.

Es exactamente para superar el empirismo, el pragmatismo, las interpretaciones mecánicas y las posturas extremas que se plantea la urgencia de repensar seriamente lo que se ha venido llevando a cabo en nombre de la participación popular en salud.

Bibliografía

1. Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. En: Arroyo H, Cerqueira MT (eds.) *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina*, San Juan de Puerto Rico: OPS-Universidad de Puerto Rico; 1997:7-43.
2. Gómez Zamudio M. *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de Salud*, Canadá: Universidad de Montreal; 1998.
3. Kickbusch I. The Dynamics of Health Promotion: from Ottawa to Bangkok. Review of Health Promotion and Education, www.rhpeo.org/reviews/2005.
4. Menéndez E. Las múltiples trayectorias de la participación social. En: Menéndez E, Spinelli H (eds.) *Participación Social. ¿Para qué?*, Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006:51-80.
5. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 1987;41:27-47.
6. Ugalde A. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En: Menéndez E, Spinelli H (eds.) *Participación Social. ¿Para qué?*, Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006:145-164.
7. Alarcón-Muñoz A, Vidal-Herrera A. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública Méx* 2005; 47(6):440-446.
8. Arroyo H, Cerqueira MT (eds.). *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina*, San Juan de Puerto Rico: OPS-Universidad de Puerto Rico; 1997:7-43.
9. Arroyo H (comp.) *Experiencias de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en América Latina*, San Juan de Puerto Rico: OPS/Univ. de Puerto Rico; 2001.
10. Arroyo H (comp.) *La Situación de la Promoción de la Salud en América Latina*, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y Universidad de Puerto Rico; 2004.
11. Cardaci D. Promoción de la Salud: ¿cambio cultural o nueva retórica? En: Bronfman M, Castro R (comps.) *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública-International Forum for Social Sciences in Health, México, 1999:403-413.
12. Cardaci D, Díaz Beatriz. ¿En un mar de ambigüedades? Políticas, programas y estrategias de formación en promoción y educación en salud en México. En: Arroyo H (comp.) *La Situación de la Promoción de la Salud en América Latina*, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y Universidad de Puerto Rico; 2004.
13. Dupere S. Views on the international influence of Canadian health promotion. En: O'Neill M, Pederson A, Rotman I, et al (eds.) *Health Promotion in Canada*, Toronto: Canadian's Scholar Press; 2007:247-299.
14. Evaluation of Health Promotion Effectiveness in Brazil. Proceedings from the 1st. Brazilian Seminar on Health Promotion Effectiveness, *Rev Promotion and Education* 2007;1, edición especial.
15. Fonseca R, Trentini C, Valli F, et al, Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008;13(4).
16. Franceschi S, Clifford G, Plummer M. Prospects for primary prevention of cervical cancer in developing countries. *Salud Pública Méx* 2003;45(Supl. 3):430-436.
17. Mc Queen D. Informe Técnico sobre las bases científicas para la promoción de la salud, V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 5-9 de junio de 2000.
18. Orla-UIPES, Abrasco, Fund. Fiocruz, Actas del Segundo Seminario Brasileño sobre Efectividad de la Promoción de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, 13 al 16 de mayo de 2008.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. *Promoción de la Salud. Hacia una mayor equidad*, Ciudad de México, 5 al 9 de junio de 2000.
20. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Consejo Ejecutivo, 117^o Reunión. Punto 9.5 del orden del día. EB117/11, 16 de enero de 2006.
21. Peñaherrera E. Comportamientos de riesgo en adolescentes: una aproximación desde la educación popular. *Revista de Psicología* 2000;3(2).
22. Rice M, Franceschini M. Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to Healthy Municipalities, Cities and Communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion and Education* 2007;XIV(2):68-74.
23. Salazar L, Vélez A, Ortiz Y. En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América latina. Estudios de caso. Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud, Colombia, IUHPE, 2003.
24. Salazar L. Feasability for health promotion under various decision-making contexts. En: Mc Queen D, Jones C (eds.) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, New York: Ed Springer; 2007:353-367.
25. Brunack-Mayer A, Jennie L. The ethics of community empowerment: tensions in health promotion theory. *Promotion and Education* 2008;15(3):5-9.
26. Demo P. *Investigación Participante: Mito y Realidad*, Buenos Aires: Kapelusz; 1990.
27. Biocca M. *Esperienza di Lottta contra la Nocività in Alcune Aziende Italiane*, Roma: CENSAPI; 1990.
28. Briziarelli L. Entrevista realizada el 7 de mayo de 1996.
29. Módolo MA. Entrevista realizada el 2 de junio de 2003.
30. Cardaci D. Las ciencias sociales y la formación en educación para la salud. *Educación Médica y Salud* 1992;26(1).
31. Muñoz H. Evolución de la promoción de la salud y educación para la salud en Panamá. En: Arroyo H (comp.) *La Situación de la Promoción de la Salud en América Latina*, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC) y Universidad de Puerto Rico; 2004.
32. Reis Cintra A. Aspectos metodológicos de una experiencia piloto en educacao popular na saude publica. En: Orla-UIPES, Abrasco, Fund. Fiocruz, Actas del Segundo Seminario Brasileño sobre Efectividad de la Promoción de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, 13 al 16 de mayo de 2008.
33. Torres R. *Nicaragua: Educación Popular*, Managua: Línea Editorial; 1989.