

ACTIVISMO, ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN EN SALUD

Dora Cardaci*

Resumen

Actualmente, las formulaciones teóricas y la práctica que se han venido llevando a cabo en las últimas décadas en América Latina en el campo de la educación en salud son analizadas críticamente.

Este proceso de revisión de experiencias y postulados que aparecían como incuestionables formula interrogantes sobre el significado de conceptos claves como participación, trabajo comunitario, organización de las poblaciones, activismo, multiplicación de conocimientos.

El presente artículo subraya, además, la importancia de tomar en cuenta el funcionamiento de las relaciones de intercambio y ayuda mutua y reflexionar sobre la relación personal de salud-grupos educativos para no caer en un populismo pedagógico ni en visiones estrictamente médicas de la educación en salud.

Palabras claves

Educación en salud (personal de salud)

En el discurso de las instituciones y de los profesionales del área de salud hay coincidencia en plantear la necesidad de promover la participación de

* Profesora-investigadora Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

las comunidades en la realización de actividades preventivas y, particularmente en actividades de educación sanitaria.

Sin embargo, no existe igual coincidencia en el terreno de la práctica ni en torno al marco conceptual que nos definiría qué es una comunidad, a qué nos referimos con participación y qué significa organizar a las poblaciones.

Los profesionales que llegan a las comunidades suelen clasificar a los participantes en categorías tales como *organizados* y no organizados, jóvenes, adultos y mujeres, líderes y no líderes, y atribuyen a cada conjunto conductas y formas de pensar específicas.

Este proceder, da lugar a que se activen, sin tener conocimiento de ello, relaciones sociales que refuerzan las distinciones y jerarquías existentes en el medio popular.

Frecuentemente tenemos una forma incorrecta de relacionarnos con los grupos de población pues no consideramos la especificidad de su cultura y reproducimos las relaciones autoritarias que cuestionamos teóricamente. Caemos en una disociación particularmente grave pues sustituimos el análisis de la realidad por teorías aprendidas que luego se proyectan sobre la realidad.

Es central para el trabajo educativo en salud con comunidades, abandonar la imposición de nuestras formas de organización y abordar el problema de las relaciones informales. Esto es, detectar la existencia y descubrir el funcionamiento de las relaciones de intercambio y ayuda mutua en el interior de macro-relaciones.

Según Ramos¹ las relaciones informales pueden ser definidas como aquellas que se establecen entre vecinos, parientes y amigos con el objeto de intercambiar bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los miembros o familias partícipes de la relación.

Las relaciones informales de intercambio se construyen sobre la base de la interacción diaria y se manifiestan como una regularidad de eventos de intercambio de bienes y servicios entre un conjunto de individuos.

Problemas de salud, educación o alimentación, entre otros, pueden resolverse mediante la utilización de relaciones informales de intercambio ya que éstas operan como mecanismo complementario/alternativo de los intercambios de mercado y la producción doméstica (Ramos, 1989).

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

En aquellas ocasiones en que el personal de salud ha abierto la posibilidad de poner estos conocimientos al servicio de las poblaciones, cuando han compartido su lenguaje con ellas reconociendo la necesidad de su participación, se han generado muchas veces, interpretaciones erróneas sobre el vínculo técnicos-población. Sobre estas interpretaciones es importante hacer algunos señalamientos:

Algunas organizaciones no gubernamentales pero particularmente las instituciones de salud, trabajan desde una posición *asistencialista que se centra en dar a los grupos todo hecho*.

Desde esta perspectiva —y en el caso de un programa de prevención y eliminación de vectores, por ejemplo— se le define el proyecto a la población, se les seleccionan los contenidos, se les elaboran los materiales, se les enseñan qué tareas de limpieza deben realizar individual y colectivamente. 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 fuera.²

¿Qué se encuentra en el otro extremo de esta perspectiva?

En el otro extremo, hallamos 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 autónomamente su propio proyecto educativo en salud, lo que incluye, además, la elaboración de sus propios materiales.

El modelo *asistencialista* de participación comunitaria se sustenta en una enorme desvalorización del conocimiento tradicional y en la inmodifica-

ción tanto de las condiciones en que está situado el grupo o la comunidad que viven en el tradicionalismo como de los procesos que lo generan y regeneran.

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

Mucho se ha venido argumentando alrededor de este tipo de posiciones. Mucho se ha dicho y escrito sobre las consecuencias del paternalismo y del asistencialismo (Martinic, 1987, Núñez, 1990, Fontán, 1992).

Por este motivo, en este trabajo interesa profundizar especialmente en la segunda perspectiva denominada idealista. Interesa profundizar en ello porque los propios protagonistas de la educación popular latinoamericana se encuentran desde hace algún tiempo inmersos en un proceso de revisión de experiencias y postulados. Se preguntan cuánto de educativo, cuánto de popular y cuánto de participativo ha tenido lo que han venido haciendo. (Gianotten y de Witt, 1988, Brandao, 1984, Gadotti, Torres, 1994).

Cabe señalar que este movimiento de revisión crítica de la educación popular se ha comenzado a extender recientemente al terreno 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 enormes 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 adoptada en dicho modelo presuponía 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.

Algunas de las dificultades que se han observado en los estilos de participación de los profesionales y de los grupos de trabajadores son las siguientes:

Un primer problema se refiere a la actitud de los técnicos o profesionales del servicio sanitario hacia el mundo laboral, concretamente 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 los protagonistas de esta experiencia,^{3,4,5} existió la idea de que el objetivo y la función del personal sanitario se referían a la ejecución de actos meramente técnicos —como por ejemplo, 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, es decir, a los trabajadores, como sujetos ya formados capaces de organizar y utilizar correctamente la propia experiencia. Se consideraba, por tanto, que la *conciencia obrera* era por sí misma sinónimo de *conciencia sanitaria*.

Vale la pena agregar que un segundo problema que resultaba muy negativo para la operación del modelo era 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 a cambios más estructurales, en una palabra: al cambio social. Se cayó en la tautología de creer no sólo que haciendo una cosa se estaba haciendo la otra sino que para lograr ambos tipos de fines nos podríamos valer de los mismos medios.

En muchas experiencias el profesional, el técnico, era prácticamente excluido pues se consideraba que solamente los trabajadores podían conocer y decidir. Evidentemente los trabajadores son centrales en la toma de decisiones pero en procesos complejos de patología del trabajo el aporte de técnicos de diversas disciplinas es indispensable no solamente en la fase de diagnóstico sino también en etapas posteriores en que se elaboran propuestas de cambios en la organización del trabajo.

Estos breves señalamientos sobre cómo el modelo obrero fue derivando en numerosos casos en posiciones idealistas —que interpretaron el proceso de

participación como centrado en el polo obrero con baja o nula participación de los profesionales— nos llevan a plantear otros elementos que revelan la complejidad del vínculo personal de salud-poblaciones.

Una de las líneas de trabajo que se han venido operando con mayor o menor éxito en nuestros países es 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 vectores, etc. 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 nuestro continente.

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

En el caso de los procesos de participación masiva para la alfabetización y en los que se busca la prevención y la educación sobre ciertas áreas de la salud, no sólo se persiguen objetivos diferentes sino que se trabaja con base en contenidos muy distintos.

El alfabetizador domina probadamente aquella información y habilidades que busca sean adquiridas por el alfabetizando. En el caso de la educación en salud el futuro brigadista que seleccionamos no cuenta necesariamente con el bagaje de conocimientos y destrezas que deberá enseñar a la comunidad. El trabajo de capacitación del brigadista como futuro multiplicador es altamente complejo ya que nos proponemos que enseñe a las poblaciones no solamente una serie de técnicas y rutinas específicas —medidas para el saneamiento del medio ambiente, por ejemplo—, pues buscamos, implícita o explícitamente, cambiar las creencias, hábitos y costumbres que constituyen lo que se ha dado en llamar el *estilo de vida* de la gente. Y también buscamos, obviamente, transformar el propio modo de vida del futuro brigadista en el que no están siendo incluidas las medidas para la prevención del dengue, del paludismo, de las enfermedades gastro-intestinales...

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 educación en salud, no toma en cuenta este tipo de factores. No toma en cuenta para nada 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 de higiene que, desde la práctica y el saber médicos hegemónicos aparecen como *irracionales* o, por lo menos, como *poco razonables*.⁶

Otro de los desafíos a los que se ve enfrentado el educador en salud que busca la participación comunitaria y la multiplicación de conocimientos a través de la preparación de voluntarios o promotores, se vincula con la búsqueda de una mayor *horizontalidad* y *diálogo* en la relación profesional-personal comunitario.

Las dificultades para operacionalizar este vínculo en los términos propuestos, ha conducido en muchos casos a una falta de especialización del educador y del proceso educacional mismo. Cuando esto ocurre, el educador se transforma en un *proponedor* de metodologías activas que llevarían a los grupos a acceder por sí mismos al conocimiento.

Más aún, en muchos casos se produjo —y se sigue produciendo— una tendencia anti-intelectual y anti-teórica que conduce a que el educador se niegue a sí mismo su papel de docente, de portador de conocimientos y de una teoría capaz de iluminar la realidad. Se niega la conducción y la dirección que significa la palabra *educar* llegando a una suerte de populismo pedagógico en el que todos saben igual.

La práctica educativa, cuando pierde su vertiente crítica y se convierte en práctica auto-referida se interna en procesos repetitivos y cae en una sobre-estimación de lo metodológico. Lo pedagógico tiende a reducirse a lo

estrictamente metodológico y ello, a su vez, a un problema de manejo de técnicas *participativas*.

Así, se ha llegado a concebir que el *buen* educador es aquél que maneja la mayor cantidad de recursos para mantener *activos* a los grupos

Como señalan acertadamente Gianotten y de Witt:

El activismo es el peor enemigo de la educación popular. Ya no es oportuno el activismo de los talleres, de la elaboración de materiales didácticos, de folletos, boletines, etc. Ya no es oportuno el correr detrás de la gente pobre para que se organice en comités, en cooperativas, en asociaciones, en empresas comunales.

¿Por qué no podemos darnos el tiempo para hacer una reflexión crítica y audaz de nuestra propia práctica?

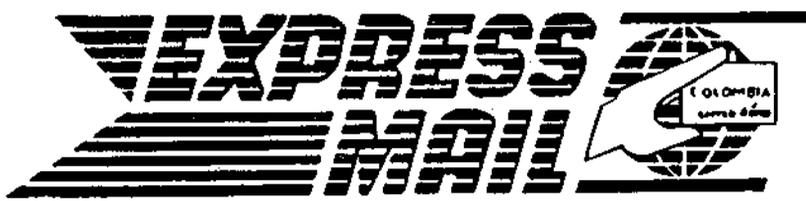
Referencias

1. RAMOS, S. *Las relaciones de parentesco y ayuda mutua en los sectores populares urbanos*. Bs. As., CEDES, 1989.
2. TORRES, R. *Discurso y práctica en educación popular*. Quito, 1988.
3. BRIZZIARELLI, Lamberto. *Entrevista personal*.
4. BERLINGUER, Giovanni. *Entrevista personal*.
5. GIOVANNINI, D. Un approccio psicosociale alla comunicazione del rischio, *Salute e Territorio* Año XV N° 86, septiembre-octubre. 1993 p. 22-26.
6. CARDACI, D. Aportes del psicoanálisis a la educación en salud, *Subjetividad y cultura* N° 2, marzo de 1992. p. 25-41.

Bibliografía

- DE KEIJZER, B. "Educación popular, medicina tradicional y cultura popular," En: *Medicina tradicional 500 años después*. Santo Domingo, IMD, 1993 p. 123-143.
- DENSCOMBE, M. "Personal Health and the Social Psychology of Risk Taking," *Health Education Research* Vol. 8 N° 4, Dic. 1993 p. 505-519.

- LOMBARDI, L. M. La cura, gli affanni, l'altrove. *Salute e Territorio* Año XV N° 87, Noviembre-Dicimbre. 1993 p. 47-50.
- FONTÁN, M. "Reflexiones acerca de la participación popular y sus problemas, en: Elichiri. N (Comp.)." *El niño y la escuela*, Bs. As., Nueva Visión, 1992 p. 285-295.
- GADOTTI, M, TORRES, C.A. (Comp.). *Educación popular: Crisis y perspectivas*. Bs. As, Miño y Dávila Eds., 1994.
- MARTINIC, S. *Saber popular. Notas sobre conocimientos y sectores populares*, Santiago de Chile, CIDE, 1991.
- NÚÑEZ, C. *Educar para transformar, transformar para educar*. México, IMDEC, 1990.
- PUIGROSS, A. *La educación popular en América Latina*. México, Nueva Imagen, 1985.
- RAMOS, S. *Las relaciones de parentesco y ayuda mutua en los sectores urbanos*. Bs. As., CEDES, 1989
- VILAS, C. *Entre la producción de lo nuevo y la reproducción de lo viejo: Educación, ideología y poder popular en Nicaragua*. Ponencia al tercer congreso nicaragüense de ciencias sociales, Managua, octubre 1982 (mimeo).



**Es el Correo Extrarrápido
Internacional de Colombia!**

**Solicite este servicio en
las oficinas del Correo Aéreo.**